

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Trabajo Final de Graduación, modalidad Seminario para optar por el
título y el grado de Licenciatura en Trabajo Social

**La atención integral de personas con el Virus de Inmunodeficiencia
Humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica, en el Hogar
Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago.**

Sustentantes:

Bach. Joselyn Ariana Brenes Jiménez/B31129

Bach. Daniela María Cordero Navarro/B32048

Bach. Ivania Pamela Escalante Solano/A82239

Bach. Krissia Danixa Sánchez Alvarado/B36405

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

2022



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 141

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 18 de julio del 2022, a las 6:00 p.m. vía plataforma Zoom, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las estudiantes :

SUSTENTANTES	CARNE	AÑO DE EGRESO
Joselyn Ariana Brenes Jiménez	B31129	I-2019
Daniela María Cordero Navarro	B32048	I-2019
Ivania Pamela Escalante Solano	A82239	II-2021
Krissia Danixa Sánchez Alvarado	B36405	II-2018

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Seminario de graduación**, para optar al grado de **Licenciatura en: TRABAJO SOCIAL**.

El tribunal examinador integrado por:

Mag. Karina Warner Cordero	Preside
Mag. Eugenia Boza Oviedo	Profesora Invitada
Mag. María del Pilar Meléndez Chanto	Director de T.F.G.
Licda. Priscila Delgado Soto	Lectora
MSc. Floribeth Vargas Vargas	Lectora

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de las postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondientes y, por lo tanto, se les solicita que se procedan a hacer la exposición.

ARTICULO II

Las postulantes hacen la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

"La atención integral de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica, en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago".

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo a los Artículos 26 y 27 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (x) APROBADO CON DISTINCION () NO APROBADO ()

Observaciones: Atender las observaciones y recomendaciones hechas por el Tribunal examinador durante la defensa oral.

La Presidenta del Tribunal le comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y se les declara acreedores al grado de Licenciatura en: **TRABAJO SOCIAL.**






Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Reglamentación, al que serán oportunamente convocados.

Medio electrónico utilizado para la defensa y comprobación de personas asistentes es vía plataforma Zoom Unirse a la reunión Zoom <https://udecr.zoom.us/j/82977643725>

ID de reunión: 829 7764 3725

Código de acceso: 473982

A las 19: 52 horas se levanta la sesión.

Tribunal Examinador	
Mag. Karina Warner Cordero	
Mag. Eugenia Boza Oviedo	
Mag. María del Pilar Meléndez Chanto	
Licda. Priscila Delgado Soto	
MSc. Floribeth Vargas Vargas	


Postulantes	
Joselyn Ariana Brenes Jiménez	
Daniela María Cordero Navarro	Daniela CN
Ivania Pamela Escalante Solano	Pamela Escalante S.
Krissia Danixa Sánchez Alvarado	Krissia Sánchez Alvarado

Tabla de contenidos

Dedicatoria.	4
Agradecimientos	5
Acrónimos y siglas	6
Resumen académico	8
Introducción	10
Capítulo 1. Encuadre investigativo	15
Estado de la cuestión	15
1. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aspectos generales	16
<i>1.1. El VIH en Costa Rica</i>	21
2. Migración, aspectos generales	22
<i>2.1. Legislación nacional e internacional sobre migración</i>	25
3. Migración y salud	27
<i>Conclusiones del Estado de la cuestión</i>	28
Delimitación y Justificación del Objeto y del Problema	31
Objeto y problema de estudio	31
Objeto de estudio	31
Problema de estudio	31
Objetivos de estudio	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
Capítulo 2. Aproximaciones teórico-metodológicas	37
Referente teórico-metódico	37
Categorías de fundamento	39
Capítulo 3. Estrategia metodológica	61
1. Tipo de estudio	61
2. Delimitación espacial	62
3. Delimitación temporal	62
4. Técnicas e instrumentos de recolección de información	63
4.1 Revisión bibliográfica y documental	63
4.2 Entrevista estructurada	63
5. Técnicas e instrumentos de análisis de información	65
5.1 Análisis de información	65

5.2 Triangulación de la información	66
6. Momentos de la investigación	67
6.1 Primer acercamiento (Diseño)	67
6.2 Trabajo de campo	67
6.3 Organización y análisis de la información recolectada	69
6.4 Análisis de resultados	69
6.5 Informe final	70
6.6 Exposición de resultados	70
Capítulo 4. Reconstrucción del marco jurídico y normativo internacional y nacional en salud, VIH, migración y hogares transitorios de organizaciones de bienestar social.	72
1. Introducción contextual a la importancia de los marcos normativos y jurídicos internacionales y nacionales.	72
2. Línea del tiempo: Hitos y conceptos importantes del marco jurídico internacional y nacional en torno a salud, VIH y migración.	74
Figura 1. Línea del tiempo sobre el marco jurídico internacional y nacional entorno a salud, VIH y migración.	74
Discusión	76
Capítulo 5. Factores de vulnerabilidad para las personas que viven con VIH en situación migrante.	82
1. Migración: motivaciones e implicaciones	82
Figura 2. Principales motivaciones para migrar a Costa Rica.	85
2. Salud y VIH en un contexto migratorio: impacto y progreso de la enfermedad	86
Tabla 1. Valoraciones sobre acceso a atención integral y tratamiento antirretroviral para personas nacionales y migrantes seropositivas.	89
Figura 3. Acceso a servicios de salud pública: perspectiva de la persona usuaria.	94
Capítulo 6. La atención integral e interdisciplinaria en el HNSE.	96
1. Organización de bienestar Social: Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.	96
Tabla 2. Integración del equipo profesional del HNSE.	100
2. La atención integral desde el equipo interdisciplinario.	102
Figura 4. Servicios Brindados por el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.	106
Figura 5. Protocolos utilizados en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.	111
Capítulo 7. La percepción de las personas usuarias del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza sobre la atención recibida.	117
1. Percepción del VIH según las personas usuarias.	117

Figura 6. Principales sentimientos y temores de las personas usuarias al conocer su diagnóstico.	120
2. Atención integral recibida según la percepción de las personas usuarias.	125
Figura 7. Principales instituciones articuladas con el HNSE.	132
Capítulo 8. Análisis de los hallazgos y consideraciones finales.	138
Bibliografía	149
Anexos	172
Anexo 1: Consentimiento informado para profesionales:	172
Anexo 2: Consentimiento informado para usuarios:	176
Anexo 3: Consentimiento informado para personas expertas:	180
Anexo 4: Guía de entrevista a profesionales del Hogar Nuestra señora de la Esperanza.	183
Anexo 5: Guía de entrevista a personas usuarias	186
Anexo 6: Guía de entrevista a personas expertas.	189
Anexo 7. Tabla: Normativa consultada para el análisis de políticas.	192

Dedicatoria.

Al comité asesor, Juan Carlos Vargas Aguilar, María del Pilar Meléndez Chanto, Priscila Delgado Soto y Floribeth Vargas Vargas por apoyarnos en este proceso y brindarnos su valioso conocimiento y observaciones que ayudaron a culminar con esta memoria de seminario de graduación exitosamente. A las personas profesionales del equipo interdisciplinario del HNSE, las personas usuarias del HNSE y a las personas expertas de otras instituciones, por el tiempo y la anuencia a participar y compartir sus experiencias, y a todas aquellas personas migrantes con VIH en situación de vulnerabilidad para que como sociedad respetemos los Derechos Humanos.

Agradecimientos

A mi familia por el apoyo incondicional en los momentos de frustración. A mi hermano por toda la ayuda y conocimientos que nos brindó. A mis compañeras por el esfuerzo que pusieron en este trabajo.

Krissia.

A mi familia por siempre apoyarme para alcanzar mis metas en todos los ámbitos de mi vida, en especial a mi mamá por todo lo que ha hecho y sigue haciendo por mí. A mis compañeras, colegas y principalmente amigas Joss, Dani y Kriss gracias por todo lo compartido en este camino universitario, les agradezco enormemente la dedicación y el soporte en todo momento para que pudiéramos concretar el seminario.

Pamela.

A mis compañeras, colegas y amigas Dani, Kriss y Pame con quienes fue un placer compartir este proceso, grandes mujeres de quienes he aprendido mucho, sin duda alguna el mejor trabajo de equipo, las quiero mucho. A mi mamá a mi papá y a mi hermano, quienes han sido un apoyo incondicional para mí, dándome soporte en los días de frustración estrés y cansancio

A mi pareja por su paciencia y amor, por todos esos fines de semana que me acompañó en silencio mientras yo pasaba horas en la computadora y por siempre creer en mí. A mis abuelitos quienes han sido una gran inspiración para seguir adelante y superarme, por su amor, sus oraciones y sus deseos de verme triunfar.

Joselyn.

A mis compañeras y amigas: Josi, Kriss y Pame, por todo el trabajo y esfuerzo que realizaron en este seminario y por haber compartido conmigo este proceso, de verdad, gracias. A mi familia, por todo el apoyo que me han brindado durante tantos momentos de estrés y cansancio, porque siempre han estado conmigo, les agradezco infinitamente. Al hermano de Kriss, por todas las ocasiones en que nos ayudó.

Dani.

Acrónimos y siglas

ACNUDH: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

ACNUR: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

ADN: Ácido desoxirribonucleico

ARN: Ácido ribonucleico

ARV: Antirretroviral

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CONAPDIS: Consejo Nacional de Personas con Discapacidad

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

CONASIDA: Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA

HIAS: Sociedad de Ayuda al Inmigrante Hebreo

HNSE: Hogar Nuestra Señora de la Esperanza

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social

INA: Instituto Nacional de Aprendizaje

ONG: Organización No Gubernamental

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OIT: Organización Internacional del Trabajo

PPVS: Personas viviendo con VIH/SIDA

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad

TARV/TAR: Tratamiento antirretroviral

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen académico

Brenes, Joselyn; Cordero, Daniela; Escalante, Ivania y Sánchez, Krissia. *La atención integral de personas en situación migrante en Costa Rica con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, Cartago*. Diseño de Trabajo Final de Graduación, modalidad de seminario de graduación, sometido a la consideración de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José, Sede Rodrigo Facio.

El diseño del Seminario de Graduación tiene como fin evidenciar los factores que inciden en la atención integral para la población en situación migrante que residen en Costa Rica y que presentan el diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), desde el trabajo interdisciplinario en organizaciones de bienestar social.

Para ello, se ha investigado previamente sobre los temas principales que abordará el estudio: aspectos generales del VIH y de la migración relacionados con la legislación y el derecho a la salud. Con ello se observa un panorama de vacíos y oportunidades de estudio.

De tal manera, se plantea como tema ***La atención integral a personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en situación migrante usuarias de los servicios del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago parte de las Organizaciones de Bienestar Social en Costa Rica***, del que se desprenden doce categorías pertinentes para su estudio: VIH y SIDA, salud, atención integral, determinantes sociales de la salud, interdisciplinariedad, migración, cultura, discriminación, xenofobia, Estado, política social y organizaciones no gubernamentales, todos estos se desarrollan en el referente teórico, con el fin de sustentar el proceso investigativo.

Gracias a las conclusiones encontradas a partir del estado de la cuestión, se plantea como objeto de estudio *La atención integral de personas en situación migrante en Costa Rica con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, Cartago en el periodo 2015-2021* y como problema de estudio *¿Cómo es la atención integral brindada por el equipo interdisciplinario*

del Hogar de Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago a las personas usuarias con el diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en situación migrante, dentro del periodo 2015-2021?

Como objetivo general de la investigación, planteamos analizar la atención integral que reciben las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica, brindado por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago, durante el periodo 2015-2021, donde se abordan encadenamientos clave que se encuentran vinculados al trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

Palabras clave: VIH-SIDA, atención integral, equipo interdisciplinario, migración, legislación, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de bienestar social.

Introducción

El tema de la presente investigación es *la atención integral de personas en situación migrante en Costa Rica con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) usuarias de los servicios de los hogares transitorios que forman o son parte de las organizaciones de bienestar social en Costa Rica.*

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se puede comprender como una condición médica que afecta directamente al sistema inmunológico, disminuyendo su capacidad para detectar amenazas externas e inhibiendo su poder de protección (Boza, 2017). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2020) señala que “se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades” (párr. 1), debido a lo cual se produce una inmunodeficiencia.

En Costa Rica, los primeros casos registrados datan del año 1983 con un grupo de personas hemofílicas, y tres años más tarde con pacientes homosexuales y bisexuales (Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y SIDA, 2016). La concentración de personas diagnosticadas con dicha condición se encuentra en gran parte en países en vías de desarrollo (Campillay y Monárdez, 2019).

Desde su aparición, se inició una lucha contra el virus que ha llevado a que las personas seropositivas puedan tener una vida larga y con pocas complicaciones médicas a causa del virus, gracias a los avances científicos y a la creación del tratamiento antirretroviral (TARV o TAR) a mediados de los años 90.

No obstante, a pesar de la lucha persistente de organizaciones como CONASIDA, ONUSIDA y OMS por garantizar el acceso al TARV a toda persona que lo necesite, existe un gran porcentaje de la población VIH que no tiene acceso al medicamento pues “solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial” (OMS, 2017 párr.3), en este sentido, tener acceso a los tratamientos no es lo único que importa: la permanencia y la correcta adherencia a los antirretrovirales es fundamental para reducir la mortalidad y la morbilidad dentro de esta población.

Existen varios factores de riesgo que influyen en una correcta adherencia al TARV, entre ellos se destaca el estigma social que rodea al VIH, el imaginario personal, las expectativas de vida, la discriminación, la falta de información, la atención en el sistema de salud, entre otras (Belmar y Stuardo, 2017). Estos elementos y la incorrecta adherencia pueden dar como resultado la aparición de resistencias — conocidas como farmacorresistencias al VIH—, las cuales son las principales causantes del fracaso del tratamiento.

Dentro de esta población, es posible afirmar que existen grupos que, por sus condiciones de vida, se encuentran más vulnerabilizadas ante el VIH y la discriminación que viene de la estigmatización negativa contra el virus. Entre esta población se puede identificar, en primera instancia, a los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como también a las personas trabajadoras del sexo, las mujeres y las personas migrantes (Berbesi y Segura, 2014).

Esto resulta fundamental ya que, como indican Quintal y Vera (2015) parafraseando a diversos autores, “la condición migratoria crea contextos de vulnerabilidad en los que es más factible que se lleven a cabo prácticas de riesgo asociadas a la adquisición de dicha enfermedad (...)” (p. 199). Aunando a lo anterior y según el tema de investigación planteado al inicio, se tiene que la condición migratoria encausa a que sea una población eminentemente vulnerable tanto en la adquisición y el progreso del virus, como en las posibilidades de atención integral.

En relación con el VIH, no se considera la migración como un factor intrínseco, sin embargo, las personas migrantes tienen una mayor exposición a este debido al comercio sexual, la violencia de género, la poca protección de sus derechos humanos y la desigualdad social y económica (Alarid-Escudero et al., 2012; Gómez et al., 2012).

Por otro lado, una persona migrante con VIH se expone a una serie de factores que ponen en riesgo su salud, al tener que enfrentar situaciones como la irregularidad en la administración de los medicamentos, la violencia constante y la discriminación causada tanto por la xenofobia como por los estigmas por ser seropositivos, la privación de refugio, la inseguridad alimentaria (OPS, 2019, p.7), la adicción a las drogas, la falta de redes de apoyo, falta de información, entre muchas otras.

Además, se enfrentan a obstáculos en el sistema de salud de los países transitorios o en los cuales se instalan indefinidamente, pues “criterios no médicos para el acceso al TAR tales como «la adherencia previa» se han utilizado para restringir el acceso a los migrantes, así como otras poblaciones de pacientes «no deseables» como los consumidores de drogas”. (Amon y Todris, 2009, p. 171), por lo tanto, se violenta su derecho a la atención integral. Así se observa que la situación de las personas migrantes seropositivas es convulsa, con lo cual su calidad de vida se ve limitada por una serie de factores socioeconómicos y culturales que vulnera sus derechos.

Es importante recalcar que históricamente la atención hacia estas poblaciones vulnerables, responden a una serie de transformaciones económicas, políticas y sociales, pues a partir del colapso del modelo económico en los años 80 en América Latina se inicia una serie de reformas estatales enfocadas en estabilizar la crisis económica, estas medidas se enfocaron principalmente en la descentralización del Estado, privatizando gran parte de las empresas estatales e invirtiendo selectivamente el gasto fiscal, reduciendo aquel que iba dirigido a los servicios sociales y a la protección de las poblaciones excluidas, es así que la Política Social sufren un cambio de paradigma descentralizado, trasladando sus funciones a la sociedad civil, también llamada tercer sector (Quesada, 2008).

De ahí que las Organizaciones No Gubernamentales u organizaciones de la sociedad civil establecidas en Costa Rica adquieran gran relevancia para hacerle frente a las necesidades de poblaciones en condiciones vulnerables, en particular, a aquellas organizaciones que se enlazan al aparato institucional del Estado por medio de recursos económicos, materiales o de capacitación del recurso humano para atender a poblaciones vinculadas a la Política Social, identificadas como ONG de Bienestar Social (Calvo et al., 1993). Esto es importante por el entrecruzamiento entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil, ya que permite abordar de manera integral la atención hacia poblaciones vulnerables.

A partir de los párrafos anteriores, se logra evidenciar que existen diversos factores que inciden en el manejo del diagnóstico del VIH en la población migrante en el ámbito personal, social, psicológico, económico, médico y de derechos humanos, por tanto, para garantizar que la atención sea integral se deben abarcar todas estas aristas y, para ello, es necesario un abordaje interdisciplinario, el cual podría impactar

de forma positiva los desenlaces de la enfermedad (Granada et al., 2018). En este sentido, esta investigación como parte de la formación profesional implica visibilizar a estas personas, las cuales pueden encontrarse en exclusión social y con transgresión a sus derechos humanos, debido al contexto y los factores de riesgo que enfrentan, por lo que representa también un desafío para las y los profesionales de Trabajo Social que buscan posibilitar el desarrollo integral de las personas.

Asimismo, se considera que dicho tema es importante tanto para las investigadoras, como para el área de Trabajo Social, ya que, a pesar de los avances en torno al VIH, las personas diagnosticadas con VIH mantienen una estigmatización social que transgrede su vida y, al contemplarlas desde un factor de vulnerabilización como lo es la situación migratoria, adquiere una connotación de vulnerabilidad mayor, que conlleva desigualdad, por ende es importante para el Trabajo Social actuar desde el ejercicio profesional. Existe información notable sobre las personas seropositivas, así como de las que se encuentran en situación migratoria, sin embargo, subyace un vacío en la información obtenida con respecto a la población migrante portadora de VIH, lo que conlleva la necesidad de ampliar las discusiones en torno a esta desde la profesión.

Primera Parte: Diseño de la investigación

Capítulo 1. Encuadre investigativo

Estado de la cuestión

En el presente apartado se evidencian los aportes académicos en torno al tema, plasmados en diversas investigaciones, para conocer lo que comprenden en cuanto al acceso a la atención integral de personas con VIH en situación migratoria.

Con el fin de encontrar e identificar trabajos finales de graduación, se realizó una revisión en bases de datos a nivel nacional e internacional. Entre ellas se utilizaron la base de tesis de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, el catálogo público (OPAC) del Sistema de Bibliotecas, el repositorio del SIBDI de la Universidad de Costa Rica, el Sistema de Información Documental de la Universidad Nacional (SIDUNA), así como el buscador de Google que redirigió a universidades españolas y peruanas con gran producción en las temáticas planteadas.

A raíz de esta búsqueda, se identificaron 33 trabajos finales de graduación, del periodo 2005-2019, que abordan el tema del VIH, la migración y el acceso a la salud en ambas condiciones. Los descriptores utilizados para la localización de las tesis fueron: VIH, Migración, y combinaciones de ambos como Migración y VIH u otros parecidos como Migración y Salud.

Las tesis halladas se agrupan de la siguiente forma: nueve tesis doctorales en las áreas de Medicina, Enfermería Comunitaria, Psicología, Historia, Derecho, Enfermería y Fisioterapia, Ciencias Sociales, Psicología Social y organizaciones, una tesis de especialización en medicina familiar y comunitaria, seis tesis de maestría en las áreas de salud pública, gerencia social, derechos humanos, derecho del trabajo y seguridad social, Antropología Social y finalmente diecisiete tesis de licenciatura en las áreas de Trabajo Social, Enfermería, Derecho y Psicología.

Las categorías encontradas mediante la propia investigación se dividen en tres bloques: en el primero, se expone el VIH, aspectos históricos de la enfermedad, su tratamiento y las implicaciones de tener o no acceso a él, así como la situación de la enfermedad en Costa Rica; en el segundo, se aborda la migración como fenómeno histórico, los factores de riesgo que conlleva estar en dicha situación, así como elementos de la legislación internacional y nacional que deben intervenir y, finalmente, el tercer apartado se enfoca en la situación de validación de los derechos

humanos de las personas migrantes, a su salud y ligado también a quienes tienen VIH.

Cabe recalcar que las tesis halladas se dividen en dos temas amplios: VIH y migración, con una pequeña agrupación que intersecciona ambos, lo cual conlleva a similitudes y diferencias en las metodologías empleadas según la temática.

En síntesis, de 18 tesis que abordan la temática de VIH desde diferentes profesiones, 13 de ellas utiliza la metodología cualitativa, 3 parten de un análisis cuantitativo y 2 combinan ambas con una metodología mixta. En cuanto a la temática de migración, de 12 tesis, 7 son cualitativas, 2 cuantitativas y 3 parten de la metodología mixta. Finalmente, las tesis que abordan ambas temáticas en conjunto son todas de metodología cualitativa.

Al analizar las técnicas de recolección y análisis de la información más utilizadas, se denota que todas las metodologías comparten instrumentos, así se observa que entre las más usuales se tienen las siguientes: entrevistas, técnicas grupales, observación, diagnóstico social, análisis bibliográfico, cuestionarios, análisis de contenido, encuestas; en el caso del análisis estadístico puro, este se limitó a utilizarse en tesis de corte cuantitativo.

A continuación, se presentarán los hallazgos teóricos de acuerdo a las categorías ya mencionadas.

1. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aspectos generales

Para iniciar se debe tener presente que el virus de inmunodeficiencia humana es entendido, en términos generales, como una enfermedad que ataca y genera el deterioro del sistema inmunológico, volviendo a la persona vulnerable tanto a dicho virus, como a otras enfermedades que pueden causar la muerte (Alonzo y Gomes, 2018; Bravo et al., 2018; Navarro, 2018; Chacón et al., 2012; Saénz, 2006; Flores et al., 2015; Salas, 2017; Alonzo y Gomes, 2018; Acuña, 2009; Quesada y Villegas, 2009; Mora y Valverde, 2006).

La anterior definición encuentra un gran consenso entre todas las personas autoras, sin embargo, hay quienes agregan una explicación más contundente en el

funcionamiento bioquímico del virus. Para constatar esta idea, Chacón et. al. (2012), Flores et. al. (2015) López y Monge (2005), Alcántara (2012), Velasco (2016), Acuña (2009), Valenzuela (2008), Navarro (2018), González (2015), Mora y Valverde (2006) y Roca (2017) agregan: el virus entra al organismo con el objetivo de hospedarse en los receptores CD4, pertenecientes a los linfocitos T, multiplicándose y creciendo ya que se adueña del núcleo y utiliza las enzimas de ARN (ácido ribonucleico), para insertarlas en las cadenas de ADN, generando la enfermedad de células sanas.

El VIH surge como enfermedad y campo investigativo desde que se referencian los primeros casos en 1981. Posterior a su surgimiento, fue adjudicada exclusivamente a la población homosexual, ya que dicha población era la que mayormente presentaba la enfermedad, posteriormente, se vio asociada a personas consumidoras de sustancias psicoactivas, o personas con una cantidad elevada de parejas sexuales (Chacón et. al., 2012; Saénz, 2006; López y Monge, 2005; Alcántara, 2012; Salas, 2017; Navarro, 2018; Roca, 2017), a lo cual González y Warner (2006), Briceño (2009), Pereira do Rêgo (2012) y Quesada y Villegas (2009) agregan la percepción negativa que dichas asociaciones generaban, ya que se consideraba el resultado de transgredir la moral, lo cual implica también una “muerte social” por el alto nivel de discriminación que conlleva.

Inicialmente, se aprecia un énfasis de la perspectiva médica y epidemiológica, debido a la novedad de la enfermedad, y el hecho de no tener ningún tratamiento para combatirla, volviéndose mortal prácticamente en el 100% de los casos. Pero poco a poco fueron permeando aspectos ligados a lo social, psicológico y cultural (Navarro, 2008; Valenzuela, 2018; Salas, 2017; Quesada y Villegas 2009; Pereira 2013; López y Monge 2005; Chacón et al., 2012; Orayen, 2013), ya que también se genera una gran carga emocional, debido a la estigmatización negativa de las personas que la padecen, así como discriminación por ideas moralistas antes mencionadas.

Dado su nivel de contagio y a falta de una cura, la mayoría de los autores concuerdan en considerar dicha enfermedad como una pandemia con afectación a nivel mundial, que ha cobrado millones de vidas, y sigue siendo un problema de salud pública que acumula un aproximado mayor a los 32 millones de personas que viven con VIH (Saénz, 2006; Chacón et. al., 2012; Flores et. al., 2015; González y Warner,

2006; Velasco, 2016; Valenzuela, 2018; Salas, 2017; Bravo et al., 2018; Alonzo y Gomes, 2018; Navarro, 2018; Pereira do Rêgo, 2012; Mora y Valverde, 2006). Asimismo, Valdez y Tataje (2012) refieren a la tendencia de descenso en la cantidad de contagios anuales, sin embargo, en otros países las infecciones continúan aumentando. Este virus no se ha eliminado, su transmisión continúa año con año, por ello, la importancia de investigarlo no ha perecido.

Por otra parte, es necesario hacer una aclaración importante acerca del virus que ha generado y continúa implantando una idea errónea en el imaginario social. Existe la idea generalizada que equipara el virus de inmunodeficiencia humana con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sin embargo, no son lo mismo. Autores como Chacón et. al. (2012), Flores et. al. (2015), González y Warner (2006), Salas (2017), Valenzuela (2008) González (2015), Roca (2017) y Alcántara (2012) explican que el SIDA se refiere a la etapa avanzada del VIH, donde existe una manifestación activa de síntomas, así como la aparición de varias enfermedades oportunistas que afectan el sistema inmunológico, debido a su debilitamiento, por lo que este se vuelve incapaz de combatirlos. En el caso del VIH, las personas pueden portar dicho virus, sin presentar síntomas o transmitirlo, y los autores concuerdan en que el tiempo aproximado entre la adquisición del VIH y la expresión más avanzada (SIDA) es de aproximadamente 10 años.

Resulta pertinente señalar que el VIH y el SIDA son consideradas como enfermedades crónicas y no necesariamente fatales, debido a la existencia y avance de tratamientos que inició en los años noventa y que han mejorado hasta la actualidad, esto ha permitido controlar la progresión del VIH en la persona portadora, así como evitar la transmisión. Dichos medicamentos son conocidos como antirretrovirales (ARV) e impiden la manifestación de enfermedades asociadas y e incluso la muerte por inmunosupresión (Valenzuela, 2018; Alcántara, 2012; Chacón et. al., 2012; Pereira, 2012; Quesada y Villegas, 2009; González y Warner, 2006; López y Monge, 2005), permitiendo una mejor calidad y esperanza de vida, siempre que se reciba el tratamiento de manera ininterrumpida de por vida.

Asimismo, en los últimos años ha tenido lugar la aparición de nuevas familias de fármacos y de inhibidores de la integrasa, las cuales han aumentado la eficacia de la medicación antirretroviral (Alcántara, 2012; Velasco, 2016; Quesada y Villegas,

2009), además del tratamiento profiláctico cuyo objetivo es prevenir o curar las enfermedades oportunistas (Chacón et. al., 2012; González y Warner, 2006).

Se evidencia la necesidad de una correcta adherencia al tratamiento, lo cual sigue siendo un reto y constituye a la vez un factor de éxito para el control del VIH, que va más allá del cumplimiento terapéutico, incluyendo variables sociales, culturales, personales, económicas y de salud, por lo que quienes investigan han buscado identificar estos factores que interfieren en dicho proceso para poder generar estrategias que permitan abordar la situación (Valenzuela, 2018; Pereira, 2012; Chacón et. al., 2012; Quesada y Villegas, 2009; González y Warner, 2006).

Diferentes autores y autoras establecen que existen algunas características que dificulta la adherencia debido a la rigurosidad del régimen (Chacón et. al., 2012; López y Monge, 2005), la dosificación fraccionada, el tamaño de la tableta, los efectos secundarios, las interacciones dietéticas, las interacciones farmacológicas, el uso prolongado de la terapia y el estigma presente en gran parte de la sociedad que se vincula con el miedo de la población con VIH de vivir la exclusión social, así como el riesgo de desarrollar mutaciones de resistencia, todas estas son condiciones que generan la mala adherencia al tratamiento (Valenzuela, 2018); asimismo, González y Warner (2006) y López y Monge (2005) señalan como factor de riesgo, la incertidumbre por no contar con adecuadas redes de apoyo, por falta de información y por estigmas sociales que, como dicen Pereira (2012), Chacón et. al. (2012) y Quesada y Villegas (2009) las personas que viven con VIH y sus redes de apoyo deben aprender a planificar sus vidas y adaptarse al tratamiento que deben llevar de por vida y, por ende, a los efectos secundarios que provoca.

A partir de lo que establecen organismos internacionales (González y Warner, 2006; Alcántara, 2012; Valenzuela, 2018), se indica que la adherencia es la capacidad del paciente de obtener resultados a corto y a largo plazo siendo un proceso complejo que se desarrolla en diferentes etapas. En primera instancia, en el diagnóstico y su aceptación, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de la forma correcta, la motivación para hacerlo tanto personal como familiar, la disposición y el entrenamiento de habilidades para llevarlo a cabo, la capacidad para superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo. Aspectos que, como indican González y Warner (2006),

deben tomarse en cuenta en la intervención profesional con la población seropositiva.

Es posible afirmar que existen factores sociales, culturales, psicológicos, políticos y económicos que inciden en el diagnóstico, la atención y en la adherencia al TARV, es por ello que se logra evidenciar en diversas investigaciones la importancia de un abordaje integral (Navarro, 2018; Valenzuela, 2018; Salas, 2017; Quesada y Villegas, 2009; Pereira, 2013; Velasco, 2016; López y Monge, 2005; Chacón et al., 2012; Mora y Valverde, 2006), que permita romper con los estigmas y la discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH. Aunado a lo anterior, se suma la necesidad de que la atención sea brindada por equipos interdisciplinarios (Navarro, 2018; Valenzuela, 2018; Salas, 2017; Mora y Valverde, 2006), esto con el fin de responder a las verdaderas necesidades de la población seropositiva.

Un aspecto poco investigado que se posiciona en Valenzuela (2018) es sobre cuál es el método adecuado para medir la efectividad del tratamiento, ya que idealmente debería ser una medición continua, cuantitativa, con alta sensibilidad y especificidad, ser fiable, reproducible, rápida, económica y aplicable en diferentes situaciones, sin embargo, los métodos existentes lo que proporcionan es una medición numérica de la concentración plasmática de los TARV y otros métodos que son indirectos o subjetivos que requieren de un evaluador y de una escala previamente estructurada en la que se otorgan grados de interpretación a la adherencia. Además, Alcántara (2012) y Velasco (2016) señalan la importancia de los datos que permitan la comparabilidad internacional, algo que es muy difícil debido a las diferencias de la atención en los servicios de salud y que no existe un consenso internacional sobre cómo definir los indicadores, cuáles y cuántos elementos deben incluirse para compararse.

En diferentes investigaciones se establece que el desarrollo de una vacuna segura y eficaz frente al VIH sigue siendo clave para controlar de manera sostenida la pandemia del VIH/SIDA, que hasta el momento no existe, siendo únicamente los antirretrovirales la oportunidad de vida para las personas portadoras de VIH (Velasco, 2016; González y Warner, 2006).

1.1. El VIH en Costa Rica

La situación epidemiológica del VIH/SIDA en el país se puede situar a partir del reporte de los primeros casos desde 1983 y es el Ministerio de Salud la institución que ha mantenido un sistema de vigilancia sobre estos. González y Warner (2006) señalan que en el país se conocía la existencia del SIDA antes de estos primeros casos, por tanto, hubo negligencia de las autoridades gubernamentales que no actuaron y esto hizo que la epidemia se desarrollara rápidamente.

A partir del año 1998, se muestra un descenso de la morbilidad por SIDA, esto se relaciona directamente con la obligatoriedad de la terapia antirretroviral a nivel nacional en 1997, ampliando la esperanza de vida de la población que vive con VIH/SIDA (Briceño, 2009; Chacón et. al., 2012; Quesada y Villegas, 2009), por medio de la inclusión de marcos normativos internacionales y el desarrollo de la Política Pública Nacional, con la creación de la Ley General sobre el VIH/SIDA (N°7771) y del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA (CONASIDA).

Estos marcos normativos y nuevos espacios se instituyen como herramientas para garantizar algunos derechos fundamentales para las personas portadoras de VIH. El derecho a la salud y el acceso a servicios de salud deben ser prioridad, debido a la importancia de que las personas seropositivas puedan tener un diagnóstico, un tratamiento y la adecuada adherencia al tratamiento, en donde también se interrelacionan otros aspectos sociales y psicológicos que impactan en la calidad de vida de las personas portadoras del virus (Valenzuela, 2018; Chacón et. al., 2012; López y Monge, 2005).

Aunque no se cuenta con una base de datos clara sobre la cantidad de personas que están infectadas con el virus (Briceño, 2009), se ha mostrado diversidad de datos como, por ejemplo, un aumento de casos hasta el año 2005.

En Costa Rica, los datos recolectados son principalmente de instituciones públicas, por lo que hablar de la prevalencia del VIH hace referencia a la estimación de la población que sí conoce su diagnóstico y ha recibido o recibe atención en salud (Quesada y Villegas, 2009; Acuña, 2009; Valenzuela, 2018). Para el 2013, 5965 personas vivían con VIH y de estos la mayoría accedían a la atención médica a través de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en clínicas especializadas con la

atención interdisciplinaria y acceso a la TARV (Briceño, 2009; Valenzuela, 2018). En el país, la vía sexual es el medio por el cual se dan la mayoría de los casos de infección por VIH, en un rango de edad que se encuentra entre los 20 y los 49 años, siendo entre los 25 y los 39 el de mayor tendencia. Son justamente las edades que corresponden a lo que se considera, la etapa de más actividad sexual y reproductiva (Briceño, 2009; Quesada y Villegas, 2009; Acuña, 2009; González y Warner, 2006).

Los indicadores publicados en el 2013 establecieron que, en cuanto a la supresión de la carga viral plasmática, un 30% de la población no la redujo (por debajo de 50 copias/ml) y un 38% de pacientes resultó con carga viral plasmática por encima de 1000 copias/ml" (Valenzuela, 2018). Por lo que, tal como indica Navarro (2018), a pesar de que Costa Rica ha suscrito acuerdos internacionales y existe legislación a nivel nacional vinculado a un robusto sistema de salud pública, esto no es garantía del acceso de la población portadora de VIH a los tratamientos, además, Salas (2017) plantea los retos pendientes en el país sobre la no discriminación, el no tener nuevos casos de transmisión, ni muertes asociadas al VIH.

Aunado a lo anterior, Mora y Valverde (2006) identifican que el ámbito hospitalario en el país no cuenta con los recursos institucionales para que los equipos de atención cuenten con la cantidad de profesionales y disciplinas necesarias para garantizar una atención integral a la población con VIH, en especial para la intervención social.

2. Migración, aspectos generales

Existe una generalidad sobre la conceptualización de migración, ya que en las investigaciones se entiende el hecho de migrar como el movimiento o traslado de una persona o un grupo de personas de un lugar a otro, dicho movimiento que se realiza para establecerse temporal o permanente, se puede llevar a cabo entre diferentes zonas de un mismo país, lo que se considera como una migración interna o entre diferentes países, es decir, migración internacional (Páez, 2015; Castro y Medina, 2019; Aguilar et al., 2018; Aguirre y Fonseca, 2018; Oreyan, 2013; Dávila, 2015).

En la mayoría de investigaciones, las migraciones internacionales se abordan de manera similar y coinciden en la intensificación de estas en los últimos años (Bonilla, 2010; Dávila, 2015; Aguirre y Fonseca, 2018; Hernández, 2015; Castro y

Medina, 2019; Agudelo, 2010). Algunas personas autoras parten de que este traslado o desplazamiento no únicamente es espacial, sino también social, y de que no existe una sola migración, por el contrario, esta se puede categorizar y tipologizar dependiendo del contexto (Orayen, 2013; Aguirre y Fonseca, 2018).

Ante esto, Páez (2015), Hernández (2015), Gómez (2013), Pereira (2013) Orayen (2013) y Agudelo (2010) refieren que la migración históricamente responde a las particularidades del contexto, Bonilla (2010) y Dávila (2015), así como Castro y Medina (2019) añaden a lo anterior que la migración se tornó en un fenómeno de carácter mundial a partir de mediados del siglo XX por los flujos descontrolados de migrantes entre fronteras y las respuestas sociales negativas de los países receptores, así como la ineficiencia de los estados en responder a la complejidad de la problemática.

Aunado a lo anterior, autoras como Hernández (2015), Orayen (2013), Pereira (2013) Bonilla (2010), Dávila (2015) y Castro y Medina (2019) señalan que históricamente la migración se ha caracterizado por estar ligada de manera directa al desarrollo económico-social, causante de crisis e inestabilidad política, económica, social y cultural, donde factores como “el desempleo, los conflictos internos, guerras, desastres naturales y el cambio climático, han impactado notablemente sobre la población” (Hernández, 2015, p.52). Castro y Medina (2019) concuerdan y mencionan que las migraciones como movimientos forzados se generan a partir del desarrollo desigual en el sistema capitalista y las estructuras neoliberales.

En tanto, parte de la población migrante se caracteriza por estar en situación de vulnerabilidad. De ahí que muchos de los estudios analizados mencionan que a pesar de que las causas específicas de la migración son variadas, las personas apuntan a la búsqueda de mejores condiciones de vida y de desarrollo para ellas y sus familias, siendo este generalmente el motivo principal de su traslado (Aguirre y Fonseca, 2018; Hernández, 2015; Dávila, 2015; Bonilla, 2010; Castro y Medina, 2019; Quirós, 2015; Gómez, 2013; Agudelo, 2010).

Al tener en cuenta lo anterior, se puede afirmar que la migración es un fenómeno que se mantiene en constante transformación y cada persona migrante lo vive de forma distinta, dependiendo de la época y contexto socioeconómico y político en el que se encuentre. De ahí que Dávila (2015), Hernández (2015), Aguirre y Fonseca

(2018), además de Agudelo (2010) y Páez (2015) analicen la migración internacional como un fenómeno social, complejo y dinámico, producto de las contradicciones socioeconómicas y los factores antes mencionados. Aunado a esto, se comprende que la migración no debe categorizarse como un hecho social aislado, por el contrario, se caracteriza por una constante transformación, y una heterogeneidad que envuelve una complejidad de aristas en la población migrante, así como en los países de donde provienen y los de destino (Aguilar et. al., 2018; Castro y Medina, 2019; Santillán, 2018).

El flujo migratorio, al ser complejo, tiende a producir inestabilidad y desequilibrios, que suelen ser vistos como negativos y afectan la dimensión demográfica, política, social, económica, de seguridad y salud, tanto en los países de origen como en los de acogida (Bonilla, 2010; Aguirre y Fonseca, 2018; Dávila, 2015; Castro y Medina, 2019; Aguilar et al., 2018). En este sentido, Santillán (2018) agrega que la migración además de que atañe a los gobiernos y sociedad civil, implica diferentes elementos a tomar en cuenta, como los grupos de edad, discapacidad, género, violencia, interculturalidad, discriminación, entre otras; atravesando prácticamente todas las esferas de las personas migrantes, por lo tanto, se entiende que los efectos de los procesos migratorios también son variados.

En el ámbito social, estos desequilibrios mencionados anteriormente producen choques culturales y manifestaciones de intolerancia y xenofobia, desinformación y riesgos de exclusión social en el país de acogida (Gómez, 2013; Páez, 2015; Orayen 2013; Bonilla, 2010; Dávila, 2015). Mientras que la desintegración familiar y las rupturas de vínculos suelen afectar a los países de origen (Dávila, 2015; Castro y Medina, 2019); de igual forma el ámbito económico genera conflictos en los países de llegada, esto por la mano de obra barata extranjera que suele verse como una amenaza por parte de la población autóctona, y se visualiza a la persona inmigrante trabajadora como un recurso o mercancía que se traduce en mayor desarrollo económico, sin necesidad de implicar también un desarrollo social (Bonilla, 2010; Dávila, 2015). Además de lo anterior, Bonilla (2010) señala que las instituciones estatales, como lo son las de seguridad social, los centros educativos, y todas aquellas que ofrecen servicios públicos se ven afectadas por la atención brindada a población migrante ilegal.

De igual manera, la población migrante sufre efectos de su traslado, principalmente aquellas personas que se encuentran en condición migratoria irregular, puesto que sus derechos suelen verse vulnerados, al sufrir de explotación laboral, complicaciones en el acceso a la salud y la falta de oportunidades por los sentimientos de xenofobia dentro de los países de acogida (Quirós, 2015; Gómez, 2013), a esto Aguirre y Fonseca (2018) también señalan que el nivel de discriminación depende del país de origen.

Por otra parte, es importante contextualizar la situación migratoria de Centroamérica; Dávila (2015) señala como principales países de origen: Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala, donde las movilizaciones se realizan especialmente en las épocas de siembra y cosecha; y los principales países de destino: Costa Rica y Estados Unidos, situando a España como nuevo país de destino migratorio; además, destaca que en la región el tema de las remesas juega un papel de relevancia.

Asimismo, los países centroamericanos tienden a caracterizarse por la presencia de flujos migratorios de tránsito, puesto que estos son parte de la ruta para llegar a su país de destino: Estados Unidos (Aguirre y Fonseca, 2018; Dávila, 2015; Hernández 2015). Además, Castro y Medina (2019) también enfatizan en la importancia de comprender el contexto durante los conflictos armados en la región, que obligan a iniciar la migración. Finalmente, Hernández (2015) señala que existe poca información estadística actualizada en Centroamérica, lo que refleja la ineficiencia de la región en lo que respecta al tema de la migración internacional.

2.1. Legislación nacional e internacional sobre migración

La mayoría de las personas autoras mencionan la importancia de comprender que la migración no es un fenómeno que únicamente compete a los países de acogida, por el contrario, la articulación y la promoción de acuerdos entre los países es fundamental para mejorar la vivencia de esos procesos en las personas. Precisamente se destaca que hay poca articulación con respecto a las políticas migratorias internacionales, lo que conlleva a una limitante para brindar una respuesta efectiva a esta población (Agudelo, 2010; Aguirre y Fonseca, 2018; Aguilar et al., 2018; Dávila, 2015; Hernández, 2015).

En este punto es necesario referir que en las últimas décadas se han generado estrategias desde los gobiernos, principalmente receptores, para mejorar esta situación, sin embargo, no es suficiente, ya que en muchos casos se desarrollan políticas de seguridad nacional y control, debido a la percepción de la migración como amenaza, es decir, desde un paradigma más de vigilancia y de control, por lo que se realiza la restricción de flujos migratorios en vez de acciones para mejorar las condiciones de las personas migrantes (Castro y Medina, 2019; Hernández, 2015; Aguilar et al., 2018).

En el caso de Costa Rica, tanto Castro y Medina (2019) como Quirós (2015) y Aguilar et al. (2018) señalan la importancia de identificar la creación de políticas públicas que respalden los derechos de esta población, principalmente, durante los últimos años; sin embargo, resaltan que no se ha logrado responder a las verdaderas necesidades de estas personas, debido a la implementación tardía, la desarticulación y vacíos existentes en torno al tema.

Es así que, las personas que deciden o se ven forzadas a migrar, enfrentan procesos de integración en los países de acogida, en los cuales deben adaptarse a situaciones diferentes de su país de origen y por ende a nuevas formas de vida (Agudelo, 2010; Castro y Medina, 2019; Páez, 2015; Bonilla, 2010). Dichas adaptaciones están influenciadas por las leyes y políticas migratorias, así como lineamientos internacionales que contemple cada Estado, ya que a partir de estas es que se presentan sus acciones u omisiones (Aguilar et al., 2018). Actualmente, con el aumento de la migración se presenta también una continua transgresión a los derechos humanos, siendo que el acceso a la salud, educación, cultura, justicia, empleo, entre otros, pueden ser violentados (Aguirre y Fonseca, 2018; Hernández, 2015; Bonilla, 2010; Castro y Medina, 2019; Dávila, 2015).

En este sentido, muchas personas no cuentan con la protección de sus derechos en los países de acogida, y el cruzar una frontera de manera legal o ilegal significa una diferencia respecto al acceso que las personas tienen a los derechos humanos fundamentales, continuando durante un proceso vulnerable en el que se enfrentan a trata de personas, amenazas a la integridad física, discriminación, violencia, entre otros (Castro y Medina 2019; Dávila, 2015).

3. Migración y salud

Las tesis analizadas parten del concepto de salud como un fenómeno complejo, que no es único ni universal, que este ha variado a lo largo de la historia y que su significado depende del contexto geográfico, y de la significancia o valor que le den los individuos de una misma sociedad en la cual se conceptualiza (Orayen, 2013; Agudelo, 2010). De igual forma, Orayen (2013) expone los modelos de salud, tanto el biomédico como el social, las teorías explicativas de las desigualdades sociales en salud, y los modelos integrales para la explicación de las desigualdades sociales.

Al entender la salud como un proceso complejo, es posible realizar un análisis integral de cómo se manifiesta en el marco de las migraciones internacionales, las cuales se caracterizan por ser complejas y cambiantes.

Aunado a lo anterior, Agudelo (2010) y Orayen (2013) señalan la importancia de visualizar los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud, con criterio multidimensional, así como características del país de origen, entendiendo que el análisis del contexto es fundamental para tener presentes los posibles riesgos que enfrentaría la población migrante.

Por consiguiente, la población migrante se encuentra en situación de mayor desprotección con respecto a garantizar su derecho a la salud, tanto física como mental (Santillán, 2018; Páez, 2015) y en lo que respecta al derecho a la salud Orayen (2013) manifiesta que no basta con la universalización de la atención sanitaria, pues resulta ineficiente al momento de velar por la garantía en el acceso igualitario a los servicios y atención en salud de los diferentes grupos de migrante.

Además de lo anterior, Hernández (2015) y Bonilla (2010) hace referencia que las políticas internacionales en materia de migración no ofrecen respuestas eficaces, pues resulta insuficiente para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud y a la asistencia social de esta. En esta misma línea, Páez (2015), Castro y Medina (2009), Aguilar et al. (2018) señalan que en Costa Rica las leyes migratorias y sanitarias son injustas y limitan el acceso a la atención gratuita a la población migrante, en especial a la que se encuentra en situación migratoria irregular, además de que no existe un verdadero interés desde la institucionalidad en solventar las necesidades de esta población.

En lo que respecta a la población migrante seropositiva, Orayen (2013); Pereira (2013); González (2015) y Lazo (2008) evidencian que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, dado a la falta de información, desarraigo afectivo, discriminación, exclusión social, trabas al momento de acceder a la atención en los sistemas de salud, y dificultades en la adaptación sociocultural, así como en la falta de políticas y el desinterés de los estados en garantizar su derecho a la salud.

Conclusiones del Estado de la cuestión

En las diferentes investigaciones recopiladas se posicionan que hay grupos que viven mayores vulnerabilidades al ser portadoras del VIH y desarrollar el SIDA, entre ellos, los hombres que tienen sexo con otros hombres, las personas adolescentes y las mujeres, sin embargo, las personas migrantes no son consideradas como grupo de riesgo, por lo que se descuidan las situaciones que viven. Debido a esta tendencia, fue difícil encontrar investigaciones que abordaran a las personas migrantes con VIH que por situaciones políticas, económicas, sociales y culturales se encuentran en vulnerabilidad, demostrando el gran vacío existente en el estudio de esta población.

En esta línea, si bien se destaca la importancia de la atención integral de la población portadora del VIH y se visualiza el trabajo interdisciplinario para dicha atención al mencionar la necesidad de dar un acompañamiento, no solo médico, sino psicológico y social a las personas que se encuentran con tratamiento, ninguna de las investigaciones refleja que quienes logran tener acceso a la atención la reciben de forma integral por parte de las instituciones involucradas, lo cual denota que la legislación existente tanto internacional y nacional no es suficiente a la hora de operacionalizar la atención integral en las instituciones del Estado y de ahí el auge de organizaciones no gubernamentales que se han creado producto de la preocupación de la sociedad civil para dar respuesta a las necesidades de la población con VIH.

Lo anterior resulta importante ya que, a pesar del desarrollo amplio del tratamiento antirretroviral a nivel científico, tecnológico e investigativo de los últimos 30 años, los factores sociales, psicológicos, entre otros, que influyen en su óptima adherencia no han sido tan visibilizados, limitando la importancia de la salud integral, lo cual podría conllevar a un impacto negativo y a un factor explicativo de la dificultad

que enfrentan algunas personas al consumir el tratamiento como es debido para minimizar los efectos del virus.

Es importante recalcar que la temática de migración, al ser reconocida como un fenómeno en el cual convergen distintas aristas y a pesar de que mantiene una evolución a través de la historia, en las últimas décadas ha cobrado gran relevancia por su intensificación. Esto debido, en su mayoría, a las estructuras neoliberales en diferentes países que han propiciado desigualdades en el ámbito económico, social, político, cultural, entre otros. Es así que se involucran muchos aspectos, tanto en los países de origen como en los de acogida, con respecto a las personas que migran y a las situaciones a las que estas se enfrentan durante su proceso de adaptación y estancia en un nuevo lugar, quienes ven reducidas o inexistentes sus redes de apoyo en los países de acogida para hacerle frente a lo que implica el seguimiento riguroso del tratamiento para el VIH.

Aunado a esto, también se identifica que no toda la población migrante experimenta iguales procesos, ya que en muchas ocasiones quienes migran se visualizan como una amenaza para el país receptor, evidenciando discriminación y xenofobia, incluso se relaciona con la criminalización que la misma legislación del país receptor impone. En esta línea, es posible afirmar que las personas en situación migratoria regular e irregular enfrentan distintos procesos en su adaptación y durante su estadía en el país de acogida, en el acceso a los servicios, y por ende a la validación de sus derechos, lo cual incide en las posibilidades de atención integral en cuanto al VIH.

Ahora bien, se puede discernir que, debido a la negativización de la población migrante en los países de acogida, el interés por garantizar los derechos humanos, enfatizando en la salud, de esta población es pobre en la mayoría de los casos, debido al alto nivel de xenofobia y desinterés que muestra la sociedad civil y las instituciones estatales e internacionales. Es fundamental señalar esto porque, al estudiar a la población con VIH que además se encuentra en situación migratoria, el panorama se complejiza debido a las resistencias para atenderles en los servicios de salud que son tan necesarios para garantizar su calidad de vida y de ahí que el trabajo de las organizaciones no gubernamentales sea fundamental, ya que la flexibilidad que pueda tener para la atención de la población permite resguardar y validar los derechos.

Finalmente, es importante mencionar nuevamente que es necesario no solo el acceso al tratamiento, sino también a la atención integral que facilite la adherencia a este. En el caso costarricense, se observó que es uno de los países de destino más importante de la región centroamericana, aunque ha existido intereses en garantizar la salud y acceso al tratamiento para las personas con VIH, parece que este no incluye a las personas migrantes.

Delimitación y Justificación del Objeto y del Problema

Objeto y problema de estudio

A raíz de las conclusiones descritas en el Estado de la cuestión, como objeto y problema de este estudio se plantean los siguientes encabezados:

Objeto de estudio

La atención integral brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago a las personas usuarias con VIH en situación migrante en Costa Rica, en el periodo 2015-2021.

Problema de estudio

¿Cómo es la atención integral brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar de Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago a las personas usuarias con VIH en situación migrante, dentro del periodo 2015-2021?

Para iniciar, se debe tener presente que el VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial y, a pesar de los esfuerzos para su erradicación, existe un alto porcentaje de la población que no tiene acceso a las pruebas de detección y al tratamiento antirretroviral (OMS, 2020). En Costa Rica, según datos oficiales proporcionados por ONUSIDA en el 2018, se logró estimar que hay aproximadamente 15.000 personas adultas, niños y niñas con VIH, de estos 7200 (49%) se encuentran consumiendo el tratamiento antirretroviral; en adición, el rango de prevalencia del virus es en adultos de 15 a 49 años (Ministerio de Salud y CONASIDA, 2018). Estos datos reflejan la ineficiencia del país en la atención médica, pues menos de la mitad de la población seropositiva tiene acceso al TARV.

Aunado a lo anterior, Rodríguez (2018) señala que la pandemia del VIH genera un impacto social importante, pues las alteraciones no son únicamente relacionadas con los problemas de salud que acarrea la enfermedad, sino también con aspectos familiares y laborales importantes; así como un impacto en los costos nacionales en salud. En esta línea, es importante señalar que la pandemia puede tener una mayor afectación en ciertos grupos, quienes se encuentran en una situación de vulnerabilización constante, ya que no cuentan con las mismas oportunidades de acceso a los servicios de salud por lo cual, “prevalece en ciertos grupos con

condiciones sociales que afectan su calidad de vida: presos, trabajadoras y trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, y migrantes” (Yáñez et al., 2011, p.103), estos últimos, según el mismo autor, tienden a enfrentarse a situaciones de vulnerabilidad e indefensión por la falta de cobertura médica, separación familiar y constantes violaciones a sus derechos.

En este sentido, la migración también es una temática de mucha importancia a nivel global, sobre todo, considerando el aumento que este fenómeno ha tenido durante las últimas décadas. De acuerdo con la Dirección General de Migración y Extranjería y la Dirección de Integración y Desarrollo Humano (2017) en su informe sobre el Diagnóstico del contexto migratorio en Costa Rica, desde mediados del siglo anterior, el país se ha caracterizado por la emigración de costarricenses principalmente a países más desarrollados y por la recepción de población migrante, mayoritariamente de la región centroamericana, siendo este segundo movimiento poblacional más alto, ya que las personas inmigrantes representan aproximadamente un 10% de quienes habitan el país.

Es evidente que para la población con VIH no es suficiente una atención médica que se limite a la entrega de medicamentos y al sumarse la situación de migración, el impacto trasciende la salud física y mental de las personas, llegando a afectar sus condiciones de vida y limitando oportunidades de acceso en distintas áreas. Debido a ello, es necesario contar con atención integral para esta población tan vulnerabilizada, sin embargo, la respuesta estatal no es suficiente para sus necesidades. Al consultar la Ley General sobre el VIH-SIDA, se observa que se entiende como atención integral la atención médica, quirúrgica, psicológica y acceso al tratamiento (Asamblea Legislativa, 1998), sin embargo, el mayor énfasis se da al consumo de los antirretrovirales, y no se busca incidir más allá de la salud física y mental.

En normativa ligada con la Ley General sobre el VIH-SIDA, se señala que las personas en estados de emergencia deben ser atendidas, sin embargo, el pago por el servicio es exigido, lo cual supone un costo que muchas personas en situación de pobreza, callejización, consumo problemático de sustancias psicoactivas y migración no podrían costearse. En esta línea, en el año 2015, se promulga la Directriz N.º 037-S, la cual establece la atención integral de la población portadora de VIH/SIDA, sin importar la situación en la que se encuentre social, económica o culturalmente, ni

tampoco su condición migratoria, esto genera un precedente en la legislación en salud que resguarda a la población nacional y extranjera en situación de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, señalando que las entidades públicas deben brindar atención integral en salud por enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA. Existen distintos escenarios que podrían llevar a las personas a no conocer el alcance de sus derechos, y en cuanto a la población con VIH en situación migratoria, existen diversos niveles de discriminación social que podrían no permitir el acceso a la atención que el Estado promete dar. Dicha directriz remite a la Ley, pero teniendo en cuenta que la ley limita la atención integral a la psicología, cuando otras disciplinas son también necesarias, es pertinente cuestionarse qué se hace en los otros ámbitos de la vida de la población que también necesita ser atendida.

Debido a la conjunción de factores que enfrentan esta población a una vulnerabilidad elevada y a respuestas ineficientes por parte de los estados, se han presentado respuestas que parten desde organizaciones de la sociedad civil u organizaciones no gubernamentales. En este sentido, estas instituciones se caracterizan por actuar de manera autónoma al Estado, es decir, su conformación corresponde a una iniciativa civil y generalmente no tienen intención de lucro. Asimismo, estas se destinan principalmente a la incidencia en problemáticas sociales, buscando brindar servicios a poblaciones vulnerabilizadas socialmente (Pérez et al., 2011).

Gracias a diversas entrevistas sostenidas con la administradora y con la trabajadora social de la organización, se reconoce al Hogar Nuestra Señora de La Esperanza ubicado en Cartago, como una de las organizaciones más importantes a nivel país en su labor por la atención de personas con VIH, las cuales en muchos casos presentan, además, una situación de migración. Con antecedentes desde 1998, ha realizado una importante labor en la atención de la población seropositiva en situación de pobreza, abandono y discriminación social (Delgado, comunicación personal, 2020). Es importante señalar, además, que esta organización se caracteriza por brindar una atención integral a la mencionada población, lo cual se representa en la misión del centro, con las siguientes palabras:

Brindar un servicio integral con calidad y calidez humana, a las personas con el VIH, carentes de recursos económicos y de apoyo familiar, atendidas en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza o en sus domicilios, así como ofrecer

programas de prevención y sensibilización a la comunidad (Delgado, comunicación personal, 2020).

Para el presente estudio, es importante evidenciar dentro del objeto y del problema el trabajo realizado por esta organización, ya que cuenta con un objetivo que engloba, más que la adherencia al tratamiento, el buscar la incidencia en distintas necesidades de la población como: problemas de salud subyacentes al y del VIH, discriminación y estigmatización existente de la enfermedad, competencias psicosociales afectadas por situación como la callejización, discapacidades y situación migratorias irregulares, entre otras (Delgado, comunicación personal, 2020).

Asimismo, al buscar la incidencia en dichas situaciones y tener como misión la atención integral, también es pertinente estudiar cómo se constituye el equipo interdisciplinario de la organización para conocer cómo se comprende y se brinda una atención verdaderamente integral. En esta línea, se reconoce como parte de las profesiones que atienden la población del centro las siguientes: Psicología, Trabajo Social, Odontología, Fisioterapia, Enfermería, Nutrición y Medicina General (Delgado, comunicación personal, 2020), el conocimiento sobre esto permite un acercamiento y abre espacios para el estudio del equipo interdisciplinario y la atención que brindan a la población objeto de este estudio.

Es importante señalar que, gracias a la labor que realiza esta organización por la población con VIH, en el año 2015 el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) le otorga el estatus de organización de Bienestar Social, lo cual le proporcionó una serie de beneficios como financiación, dirección técnica, coordinación institucional e intersectorial, etc. (IMAS, 2021), esto contribuye a que los alcances de la atención del Hogar se puedan ampliar y mejorar para la atención integral de esta población. Además, en el año 2018, se le concede el reconocimiento como organización de utilidad pública, lo que extiende las posibilidades de recibir poblaciones con otras características que también necesitan la atención.

Respecto al periodo seleccionado en el objeto y problema del estudio, la promulgación de la Directriz N.º 037-S, que tiene como objetivo expandir el alcance de la atención en el sistema de salud a población con VIH en distintas situaciones de vulnerabilización, en conjunción con las reformas otorgadas al Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, muestra que a partir del 2015 se producen cambios importantes en la

forma en que se atiende a la población con VIH, tanto a nivel nacional como dentro del Hogar. Debido a ello, interesa estudiar cuáles son los procesos de atención integral que se desarrollan en la organización desde ese momento hasta el año 2021.

Objetivos de estudio

Objetivo general

- Analizar la atención integral que reciben las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica, brindada por el equipo interdisciplinar del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, durante el periodo 2015-2021.

Objetivos específicos

1. Identificar el marco normativo y jurídico que sustenta la atención de las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica desde los hogares transitorios que forman parte de las organizaciones de bienestar social.
2. Determinar los factores que inciden en la atención integral brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias en situación migrante.
3. Describir la atención integral que brinda el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza a las personas con VIH en situación migrante.
4. Identificar la percepción de las personas usuarias en situación migratoria sobre la atención integral brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza a partir de sus necesidades.

Capítulo 2. Aproximaciones teórico-metodológicas

El siguiente apartado tiene como finalidad establecer el posicionamiento teórico-metodológico desde el cual se partió para realizar el proceso investigativo que, además, sustenta el acercamiento y abordaje del objeto de estudio. En este apartado, se desarrolla una serie de categorías fundamentales que se constituye en el marco orientador para la comprensión de la investigación.

Referente teórico-metódico

Para la presente investigación, se tomará como referente teórico-metódico la teoría crítica ya que, por sus características y los elementos de la realidad social que aborda, se acerca a lo que se busca profundizar.

La realidad social se entiende como un proceso histórico en constante construcción, que se presenta en condiciones materiales que impactan de distintos modos a las personas y median las relaciones sociales (Briones, 2002). La teoría crítica viene a posicionar una perspectiva de esta realidad profundizando en elementos como la cultura, lo cual deriva en xenofobia, discriminación e, incluso, la atención integral, lo que es un importante componente posicionado dentro de la investigación realizada.

De esta forma se tiene que la teoría crítica parte de una serie de categorías, fundamentando sus posiciones en las teorías de Marx, Webber y Freud. Entre ellos se identifican la dominación, que es observada a la luz de la cultura y la razón, haciendo distinciones entre racionalidad formal o instrumental, la cual se limita a ajustar los medios de acuerdo a los fines de los sujetos y la racionalidad objetiva o sustantiva (razón), que reflexiona sobre los fines que debería perseguirse de acuerdo al posicionamiento ético (2004).

En esta investigación interesa la atención integral brindada por un equipo interdisciplinario que tiene un trasfondo personal/cultural y, además, de protocolos institucionales que va a dirigirles de cierta forma. Asimismo, el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza está mediado y sujeto a normativas nacionales, lo cual representa un espacio macrosocial. Por ello, se considera que esta teoría brinda importantes elementos en el análisis que se pretende realizar aquí.

Otro elemento que se expone desde esta teoría es el de los intereses, los cuales están relacionados con la investigación de una forma particular. Para ello, se hace la distinción entre los distintos tipos de intereses con que se realiza un estudio, los cuales son llamados técnicos y prácticos. Es importante señalar que, a partir de esta teoría, se hace una gran crítica al positivismo y sus pretensiones objetivas, por ello estos, dos elementos son expuestos de forma diferenciada. De esta forma el interés técnico se caracteriza por manipular al objeto natural, lo cual lo liga a las ciencias naturales, y el interés práctico que se liga a la comunicación producida en las relaciones sociales (Laso, 2004).

En ese sentido, el presente estudio es de interés práctico ya que se busca conocer cómo la serie de factores expuestos en el marco teórico, entre ellos, la cultura, la discriminación, los determinantes sociales de la salud, que se transmiten mediante las relaciones sociales, donde en conjunto con otros mecanismos se observa un acceso a la atención integral limitada para las personas con VIH que, además, tienen una situación migratoria. Así, como se logra observar, la teoría crítica viene a aportar una base importante mediante la cual se pueden abordar los elementos que se han colocado como principales en este estudio.

Asimismo, se utilizará el método cualitativo, Anguera (1998) coloca a la investigación cualitativa como:

(...) una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación, que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad, siempre compleja, y preserve la espontánea continuidad temporal que le es inherente, con el fin de que la correspondiente recogida de la información sistemática de datos, categóricos por naturaleza, y con independencia de su orientación preferentemente ideográfica y procesual, posibilite un análisis que dé lugar a la obtención de conocimiento válido con suficiente potencia explicativa, acorde, en cualquier caso, con el objetivo planteado (...) (p. 514).

De acuerdo con la cita anterior, la investigación cualitativa al ser ideográfica, busca identificar las nociones e ideas compartidas que dan sentido al comportamiento social, profundizando en el fenómeno sin la necesidad de buscar generalizaciones (Bonilla y Rodríguez, 2005).

Es factible seleccionar dicho enfoque para el presente estudio, pues requiere conocer el proceso de construcción histórico y sociocultural mediante el cual se ha discriminado y violentado el derecho a la salud integral de la población objeto de estudio. De esta forma, se incluyen a las personas seropositivas y migrantes en situación de vulnerabilidad, interpelando directamente al desarrollo de relaciones sociales que adoptan o rechazan ideas manifestadas en el mundo material.

Otras de las características básicas de este enfoque son sus etapas no excluyentes, que operan bajo un proceso de raciocinio inductivo e interactivo (Bonilla y Rodríguez, 2005) y permiten una retroalimentación constante a lo largo del desarrollo de la investigación, al tener en cuenta que la realidad social es un proceso interactivo y puede ser tratado bajo enfoques. Al entender la realidad social como un proceso histórico en constante construcción, que se presenta en condiciones que impactan de distintos modos a las personas y median las relaciones sociales (Briones, 2002).

Con este enfoque, no se define un camino estrecho a seguir, entendiendo que el mundo es cambiante, por lo que la investigación puede y debe ir indicando lo que es necesario, lo que no se tiene contemplado, y los cuestionamientos que no se plantearon desde un inicio (Esterberg, 2002 citado por Hernández et al., 2014). Esta investigación, al abordar elementos de la realidad social que influyen cultural e históricamente, debe reconocer el dinamismo que impera en estos procesos, por lo cual no se puede tomar una teoría o un objeto, y examinarlo con una idea preconcebida que desembocará en el resultado deseado.

Categorías de fundamento

En el presente apartado se presentarán y desarrollarán las principales categorías que darán sustento al estudio. Entre ellos se exponen los que la investigación ha indicado como fundamentales para la comprensión del tema de estudio, así como las principales temáticas planteadas en los objetivos del estudio.

Como primer concepto, el **virus de inmunodeficiencia humana**, el cual se comprende de la siguiente manera: “El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, provocando un deterioro progresivo del mismo.” (Rosas et. al., 2015, p. 83); sin

embargo, es importante comprender por qué se llega a ese estado de deterioro, y cuál es su peligro, de esta forma se tiene que:

La infección por VIH destruye específicamente los linfocitos CD4 y ello debilita el sistema inmunitario. A medida que avanza la infección, el número de linfocitos CD4+ disminuye hasta llegar a límites muy bajos lo que pone en riesgo al paciente con VIH para padecer infecciones y tumores oportunistas (Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC y Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida, 2017, p. 9).

En este sentido, el hecho que el VIH ataque específicamente las células encargadas de alertar al sistema inmunológico de amenazas supone una gran vulnerabilidad del sistema, y propicia que aparezcan otras enfermedades que aprovechan dicha inoperatividad del sistema inmunológico para proteger efectivamente a una persona, generando no solo este virus, sino otras que deben ser tratadas con el mismo cuidado. Este deterioro es un proceso, por ello se hace una importante diferenciación entre VIH y SIDA, ya que este último es "...el conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la pérdida de la capacidad defensiva, o inmunodeficiencia, en nuestro organismo, secundarias a la infección por VIH y es la expresión final de la enfermedad" (GeSIDA y SEISIDA, 2017, p. 10), lo cual puede suceder en pocos meses o varios años, después de contraer el virus de inmunodeficiencia humana.

Los medios de transmisión de esta enfermedad se pueden dividir en tres grandes grupos: la vía sexual, la cual se da al tener relaciones sexuales vaginales, anales, contacto de boca y genitales, con comportamientos riesgosos; la vía sanguínea, que puede producirse por transfusiones de sangre, uso compartido de jeringas o accidentes laborales con objetos punzocortantes contaminados; y la vía vertical, que se da de madre a hijos y se puede presentar en el momento del embarazo, parto o lactancia (Sánchez et al., 2012).

La enfermedad fue, primeramente, identificada en un grupo de pacientes 'homosexuales' en Estados Unidos para el año 1981, de los cuales algunos consumían sustancias psicotrópicas administradas vía intravenosas (Boza, 2016). Asimismo, en Costa Rica, el primer caso confirmado por este virus data de 1983 en un grupo de

pacientes hemofílicos y, posteriormente, para 1986 se identificaron casos en pacientes homosexuales y bisexuales (Ministerio de Salud y CONASIDA, 2016).

Este panorama genera una percepción negativa hacia la enfermedad y, principalmente, hacia las personas que la padecían, ya que se creía que dichas poblaciones iban en contra de la moral y buenas costumbres y estaban generando la enfermedad, la cual, a su vez, contraen bajo su propia responsabilidad al no cuidarse. Asimismo, se genera una conciencia de culpabilización hacia estas poblaciones porque ellos estaban esparciendo la enfermedad hacia el resto de la sociedad (Radusky y Mikulic, 2019). A pesar del conocimiento actual de la enfermedad, así como esfuerzos hacia la eliminación de estos prejuicios, estos persisten en la sociedad e, incluso, se llegan a transmitir a los sistemas de salud, lo cual pone en riesgo el acceso a los tratamientos antirretrovirales (Campillay & Monárdez, 2019).

Los tratamientos se empezaron a estudiar y, para 1987, se aprueba el primero, junto con una prueba para detección del virus; en los siguientes años aparecieron varios tratamientos más, junto con la estimación positiva de su eficacia (GeSIDA y SEISIDA, 2017). En el caso de Costa Rica, la terapia antirretroviral se implanta a partir de 1998 en consonancia con la promulgación de la Ley General del VIH/SIDA del mismo año (Ministerio de Salud y CONASIDA, 2016).

Una necesidad fundamental para el éxito del tratamiento es la adherencia, pero hay distintos factores que pueden impactar negativamente sobre esto, entre los cuales se pueden considerar como menciona Rosas et. al. (2015) la edad, la falta de redes de apoyo o de vivienda, los ingresos económicos, así como las creencias respecto al tratamiento. Se debe considerar, a la vez, que el sistema de salud puede incidir en la adherencia, ya que condiciones como:

...el acceso a los servicios de salud y las características de la(s) institución(es) en las que el paciente es atendido. Entre estos factores se encuentran, las barreras institucionales tales como, medicamentos cubiertos por este, costos, tramitología para obtener los TARV, esquemas dosis-tiempo, el difícil acceso a consultas, entre otras (p. 85).

Es importante recalcar que el acceso al tratamiento antirretroviral es fundamental para mantener la enfermedad bajo control y con efectos mínimos, así

como la adherencia para no generar resistencias a los medicamentos, por lo cual todas las personas deberían contar con acceso a ellos, sin ninguna condicionante. Pero también es necesario comprender que el avance o el retroceso del virus también va ligado a factores sociales. Es así que, para efectos de este estudio, el VIH se va a entender como una enfermedad que impacta a las personas en su componente físico y emocional, pero también el social, debido al alto nivel de estigmatización que existe en torno a las personas que contraen el virus. Por ello, se hace hincapié en la necesidad de comprender el siguiente concepto a desarrollar.

Al tener en cuenta las consecuencias del VIH en la **salud** de las personas, es importante analizar lo que se entiende por esta. Si se toma como punto de partida lo determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta señala en su constitución adoptada en 1946 y entrada en vigor en 1948, que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2020, párr. 1), sin embargo, para definirla, esta categoría ha tenido una evolución a lo largo de la historia.

Es así que la salud se caracteriza por la complejidad de su significado, habiéndose manifestado desde diferentes teorías, modelos o perspectivas. Se comprende que la salud es cambiante y depende de múltiples factores. Ante esto, Gavidia y Talavera (2012) señalan que el concepto es una construcción a partir de los aportes que se han realizado desde variadas épocas y lugares.

La salud no tiene una perspectiva única y universal¹; empero, hay un aspecto prevalente que la ha caracterizado y es el binomio que forma con la idea de enfermedad. Se establece una oposición entre las dos, construyendo el significado de una en función de la otra (Gavidia y Talavera, 2012) y determinando así una concepción biologicista que tuvo mucha fuerza hasta mediados del siglo XX², con discusiones concentradas en las enfermedades, identificando la salud únicamente como la ausencia de la primera (Valenzuela, 2016).

¹Existen tres características fundamentales que validan esto: “(...) a) Puede ser usada en muy diferentes contextos; b) Se parte de presupuestos básicos distintos; c) Resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar” (Gavidia y Talavera, 2012, p. 161).

²Con teorías desde distintas perspectivas como la demoníaca (espíritus malignos), humoral (enfermedades que provenían de la sangre, bilis negra y bilis amarilla) y la microbiana (gérmenes que provocan enfermedades)

Ya desde principios del siglo XX, se empezó a reconocer la importancia de los procesos psíquicos, con la obra de Sigmund Freud, por lo que se genera otro tipo de concepciones, desde el área psicosomática y relacionando la salud con el bienestar de las personas, y no solamente con la ausencia de malestar o sufrimiento físico. De esta forma, es que se conceptualiza la idea de la OMS mencionada anteriormente (Gavidia y Talavera, 2012). Esto representa un aporte de mucha importancia, pues trasciende la enfermedad y se plantea un significado más amplio, englobando dimensiones diferenciadas que también son parte del ser humano, como la mental y social.

Valenzuela (2016) menciona que se reconoce “(...) en algún momento que el concepto y significado de salud que la OMS aportó en 1946, fue pertinente y acertado, aun reconociendo que los tiempos van cambiando las visiones de la sociedad en mayor o menor grado” (p. 52). Sin embargo, esta visión de salud ha sido sujeta a críticas desde diferentes puntos de vista, por lo que, basándose en Salleras (1985), Gavidia y Talavera (2012) exponen que es:

(...) Utópica, porque el “completo” estado, tanto de salud como de enfermedad, no existe ya que no se trata de condiciones absolutas y entre ambos extremos siempre existen gradaciones intermedias; así mismo el término “completo” es más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable. Estática, porque considera la salud como un “estado”, una situación, un nivel-estanco, y no como un proceso dinámico. Subjetiva, porque la idea de bienestar, como la de malestar es subjetiva y depende del propio individuo (...) (p. 167).

A lo anterior se suma la importancia del equilibrio y la adaptabilidad al entorno, De la Guardia y Ruvalcaba (2020) resaltan la capacidad de funcionamiento dentro de la sociedad, se toma en cuenta el comportamiento de las personas, reconociendo algunas enfermedades como conductuales y, por lo tanto, la salud como un estilo de vida, siendo que en ocasiones la mayoría de las causas no son meramente biológicas³ (Gavidia y Talavera, 2012).

Con lo anterior, se destaca la idea del autocuidado y, además, que la salud no se relaciona “(...) exclusivamente con la prevención y el tratamiento o rehabilitación, sino también con la promoción del bienestar (...)” (Garzaniti y Romero, 2018, p. 284),

³ Como diabetes, VIH/SIDA, accidentes de tránsito

por lo tanto, como bien mencionan las autoras, es un proceso en construcción y deconstrucción. Así, se comprende que,

La salud, abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo), por tanto es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020, p. 82).

Por ende, en la presente investigación, se acoge lo que menciona Valenzuela (2016) en cuanto a visualizar la salud acorde a la complejidad humana, incluyendo el ámbito emocional, espiritual, mental, las condiciones de vida y el entorno biológico, sociocultural, económico e, inclusive, político. Con esto, la salud no se va a considerar como la ausencia de una enfermedad en este caso del VIH, ni tampoco como el completo estado de bienestar, ya que como se mencionó anteriormente, esta idea es más utópica que realista; sino se va a considerar como un proceso complejo y dinámico que es multidimensional y, por tanto, está condicionada a determinantes de distinta índole.

En esta línea, es importante comprender los llamados **determinantes sociales de la salud**, los cuales surgen para sentar bases realistas de cómo comprender la salud a nivel social, restándole esa connotación utópica. Estos pueden ser comprendidos como “...determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias...” (OMS, 2009, p. 1), lo cual refiere a las oportunidades de acceso diferenciadas entre personas, según distintos factores. Para ampliar esta idea se puede ver que, en su definición de los determinantes sociales de la salud, Alfaro (2014) menciona lo siguiente:

(...) las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. (p. 36)

A partir de dicha cita, se evidencia que al hablar de salud no se puede eximir el peso que tienen las condiciones de vida y las oportunidades sociales con que las

personas se desarrollan, en cuanto al nivel de bienestar con el que se contará. Tal como se ha mencionado anteriormente, la salud como completo estado de bienestar requiere que este se presente también en lo social, pero para ello hay que considerar todas esas determinantes que varían las situaciones que vive cada persona. Dichos factores pueden ser tan variados como “(...) biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.” (Ávila, 2009, p. 79), sin embargo, como agrega la autora, tales factores pueden modificarse al actuar desde la salud pública sobre estos determinantes sociales (Ávila, 2009).

Asimismo, existe una clasificación que diferencia las expresiones individuales de las macrosociales en los determinantes sociales de la salud. En esta línea se consideran los determinantes sociales intermediarios como aquellos que refieren a los riesgos derivados de las condiciones materiales individuales que enfrenta cada persona, entre las cuales se puede considerar las condiciones laborales, ambientales, psicosociales, etc. (Castillo y Solano, 2011). Además, existen otra forma de determinantes, los cuales tienen una mirada más social. Estos son conocidos como los determinantes estructurales o distales de inequidades, y abarcan partes más macrosociales de la vida, como los estilos de gobernación, factores económicos, sociales, culturales, históricos, entre otros (Breilh, 2013).

A partir de estas clasificaciones, se desliga el concepto de inequidades en salud, el cual es importante clarificar al estar presente en el acceso a la atención integral de la salud que enfrentan las personas seropositivas en situación migratoria en Costa Rica. Sobre esto se dice que los determinantes sociales de la salud son cuestiones evitables y modificables, que al no actuar las mismas generan injusticias, es decir, inequidades (Castillo y Solano, 2011) los cuales hacen que las personas no tengan las mismas condiciones de salud.

En este sentido, se denota que no es responsabilidad exclusiva de las personas tratar de modificar su realidad social, sino que debe haber un compromiso desde las esferas macrosociales para modificar todos estos factores que ponen en desventaja a algunas personas. Si se retoman varios aspectos de la población con VIH, existen factores sociales, culturales, religiosos, biológicos, etc. que pueden propiciar esta enfermedad y, además, incidir en la atención que se le brinde.

Para ello, es necesario tener acceso a una atención que no se limite a proporcionar tratamiento, ya que, debido a las características de la enfermedad, esto no es suficiente para tener condiciones de vida que permita la adherencia al tratamiento. En su lugar, es necesario que exista una integralidad en la atención donde se contemplen factores externos al individuo, para atenderlos de manera que tengan un impacto positivo en la vida de estas personas.

En consecuencia, para el presente estudio es necesario comprender el significado de la **atención integral de la salud**, reconociendo que esta implica diferentes factores en los servicios en los que se atienden a las poblaciones. Como bien se abordó anteriormente, la salud es un proceso complejo condicionado en gran parte por determinantes sociales y estructurales y, al respecto, De la Guardia y Ruvalcaba (2020) señalan como parte de dichos determinantes a “(...) los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud” (p. 83), siendo que los espacios y la forma en que brinda la atención también influye en los procesos de atención de la salud.

De igual forma, se concuerda con lo mencionado por Escobar y Parevic (2017), cuando hacen referencia a que estos procesos de atención se brindan a poblaciones diversas y en una sociedad donde se presentan “(...) desigualdades culturales en materia de acceso al cuidado de la salud, prestación de asistencia sanitaria de calidad y resultados de salud (...)” (p. 4). En este sentido, se torna necesario mejorar estos escenarios y como bien mencionan las autoras, con el fin de proporcionar una atención de calidad, es importante tomar en cuenta aspectos como la cultura, enfatizando en situaciones donde converge la temática de migración, siendo este el caso que se plantea en la presente investigación.

En esta línea, es importante comprender que la atención no depende únicamente de las y los profesionales que brindan sus servicios, pues también hay que considerar la creación de políticas y programas específicos que están involucrados. De tal manera, para la atención integral también es necesaria la articulación entre los sectores políticos, sociales y culturales que tienen incidencia desde distintos ámbitos, para que de una forma organizada se satisfagan las expectativas de personas usuarias de los servicios, las y los profesionales y las instituciones u organizaciones. Se reconoce así que el proceso de atención de salud depende de la naturaleza humana y

su dinamismo, pero también de la comunicación y relaciones que se establecen entre las y los actores de la sociedad (Correa, 2016).

Con lo anterior expuesto, se entiende que en el proceso de atención se deben identificar las necesidades de las personas usuarias de los servicios y tomar decisiones en cuanto a la intervención a realizar, esto “(...) con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas (...)” (Correa, 2016, p. 1229). A esto es importante agregar que la cobertura de las necesidades debe trascender aquellas que son médicas y físicas, comprendiendo que para una integralidad en la atención se deben considerar los demás factores que están involucrados.

Igualmente, se considera oportuno mencionar que, así como la salud es uno de los derechos humanos fundamentales, la atención integral de esta debe ser visualizada de la misma forma, entendiendo que toda persona debe poder acceder a una atención que cubra en mayor medida sus necesidades. Se reconoce así la importancia de visualizar lo anterior desde una perspectiva que integre oportunamente los diferentes aspectos en la atención que se brinde a las personas.

Para esto, también se plantea la interdisciplina como un elemento indispensable. En consecuencia, desde esta investigación se reconoce la importancia de un **equipo interdisciplinario** en la atención de las personas, por lo que se concuerda con Valenzuela (2016) cuando menciona que la salud debe ser abordada desde distintas profesiones y al respecto señala que:

Este enfoque permite el ingreso de un sinnúmero de especialistas, que se encuentran vinculados al tema, no solamente con el proceso de curación de enfermedades, sino que también con conductas personales y grupales que tienen una contribución significativa de la concepción integral y positiva de la salud (p. 54).

Aunado a esto, desde Garzaniti y Romero (2018), la orientación interdisciplinaria se basa en la complejidad de la realidad social, así como en la división del trabajo con el propósito de la evolución, desde donde se visualizan distintas profesiones que pueden dar respuesta a las necesidades de las poblaciones.

De acuerdo con Madeiro (2013), al hablar de equipos interdisciplinarios estos se pueden definir “como un grupo de personas que abarcar distintas disciplinas, que trabajan en forma conjunta en la planificación y búsqueda de soluciones a un mismo problema (...)” (p. 6), en este caso involucraría a profesionales de distintas áreas que trabajan para atender las necesidades de las personas usuarias y, como bien menciona la autora, esta “(...) es una estrategia fundamental para la intervención, para dar respuestas a las diversas demandas que le son formuladas a las instituciones” (Madeiro, 2013, p. 7).

Es importante, además, que el trabajo del equipo interdisciplinario no se visualice como “(...) la suma de saberes en cadena ni la yuxtaposición o conglomerado de actuaciones, sino la interacción e intersección de los conocimientos (...)” (Boiero y Estrada, 2012, p. 5). De esta forma, siguiendo a las autoras, se posibilita la atención e intervención con las personas desde los enfoques necesarios, que permitan un abordaje en la situación que lo requiera, ya sea de manera individual, social o institucional.

En este sentido, una vez más se resalta la importancia de que la atención a las personas con respecto a su salud sea de manera integral y, considerando que existen poblaciones con situaciones particulares, que muchas veces tienen una connotación de vulnerabilidad, es necesario desarrollar las siguientes categorías.

Una de estas poblaciones es aquella que proviene de la **migración**, la cual es comprendida como un fenómeno social, en el que cual históricamente se ha registrado el movimiento de personas y grupos poblacionales de un lugar a otro, tanto dentro como fuera de los límites políticos-territoriales, a causa de un sin número de razones, tales como crisis económicas, sociopolíticas, de salud, alimentos, secuestros, persecuciones, narcotráfico, guerras, violación de derechos, aspectos ideológicos, entre muchas otras.

La migración interna es aquella que se da al interior de un país, principalmente de zonas urbanas a rurales, es importante colocar que Costa Rica presenta en los últimos años un aumento del flujo urbano-urbano (Barquero y Molina, 2012). Es así que la migración interna es un componente decisivo de los procesos de redistribución espacial de la población y tiene implicaciones para comunidades, hogares y personas (CEPAL, s. f.), y suele ser parte de una estrategia que permita mejorar las condiciones de vida de las personas y familias

La migración se puede dar a nivel interno de los países, migrar de zonas rurales a urbanas, a nivel regional, asimismo, las fronteras terrestres entre países vecinos se vuelven un factor que posibilita los movimientos migratorios, tal como indican Canales et al., (2019) en América Latina una característica importante ha sido la migración intrarregional y transfronteriza, ambas situaciones son parte del fenómeno migratorio para comprenderlo a nivel internacional.

La movilidad poblacional por medio de las fronteras internacionales tiene sus inicios desde la creación de las propias fronteras y, si bien es preciso mencionar que muchas grupos o personas deciden movilizarse por elección libre, muchos otros se ven forzados u obligados por la exclusión social, la falta de oportunidades y la precariedad de condiciones (ONU, s. f.), en tanto,

La migración internacional está determinada por los desbalances entre las dinámicas económicas y demográficas en los países, condicionados por el estilo de desarrollo y su inserción económico-productiva en el proceso de globalización, que generan desigualdades y brechas de productividad y salariales, entre países de origen y de destino. (Canales et al., 2019, p. 17).

Si bien la migraciones han sido parte de la historia del ser humano, la actual configuración globalizada a nivel mundial le proporciona nuevas características; en tanto es imprescindible comprender la decisión migratoria como un proceso complejo, en donde el proyecto de futuro personal (producto de la construcción sociocultural a lo largo de la historia), se ve resquebrajado al no cumplir con el discurso hegemónico, generando inseguridad en la realización tanto personal como económica, política y social y para evitar dicha situación las personas deben optar por escapar en búsqueda de mejores oportunidades (S. Aruj, 2008). Siendo que la “(...) migración no es estática, sino que los flujos están interrelacionados.” Guillen et al., 2019, p. 284), en donde las personas mantienen un contacto entre el lugar de origen y el de destino por medio de las remesas para sus familiares que han quedado en el país de origen (Mirabal, 2020).

Estos desplazamientos internacionales pueden realizarse de forma temporal o permanente y la normativa tanto en los países de tránsito y de destino genera diversas connotaciones, según el estatus que adquiere la persona en el país al que llega de

manera temporal o permanente: turista, transeúnte, refugiado, ilegal, residente con permiso temporal, entre otras designaciones jurídicas propias de cada país. Los estados receptores han desarrollado mecanismos en donde mediante las políticas migratorias establecen obstáculos principalmente para los más vulnerables, ya que solo se ven como personas que tienen un costo económico para el país receptor, siendo necesario un cambio de visión de los países para generar oportunidades dentro de las economías, dado que estas personas se ven forzadas a migrar con la intención de “(...) poder acceder a una mejor calidad de vida, que coadyuve al bienestar como individuo y de sus familias.” (Romero et al., 2019, p. 283). Por lo cual para efectos de la presente investigación se comprenderá la migración como un proceso complejo, que tiene diversas aristas para su comprensión, que se encuentra influenciada por el contexto social, político y económico, que al no ser estático genera vulnerabilidades.

De ahí que se entienda que la forma en que se migra puede conllevar riesgos y situaciones de vulnerabilidad, pues, si bien hay personas que migran de forma **regular**, es decir aquella “persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional y ha sido autorizada a ingresar o permanecer en un Estado de conformidad con las leyes de ese Estado y los acuerdos internacionales en que ese Estado sea parte” (OMI, 2019), también existen muchos otros que migran y lo hacen de forma **irregular**, sin la autorización de ingreso y permanencia anteriormente citados, lo cual hace que, en dichos desplazamientos, en la mayoría de los casos no exista una planificación, y en contraposición a sus deseos de una mejor calidad de vida, sus derechos son violentados por lo cual dichos movimientos migratorios ameritan la atención y esfuerzos de los gobiernos para asegurar el trato igualitario a una población vulnerable (Romero et al., 2019).

Migrar de manera irregular genera un proceso de mayor desigualdad y discriminación para las personas que lo viven, donde se “(...) criminaliza la migración irregular y simplifica y politiza un fenómeno complejo y multicausal.” (Canales et al., 2019, p. 14), esto a pesar de las razones que llevan a una persona a migrar de esta manera. Además, las personas que emigran de manera irregular arriesgan sus vidas ya que lo hacen por territorios peligrosos, asimismo, se pueden enfrentar a extorsiones de los coyotes, lo que genera mayores riesgos para sus vidas (Mirabal, 2020).

Un aspecto que puede explicar la migración irregular es que no es una acción planificada, siendo que muchas de las personas que emigran lo hacen para sobrevivir debido a las situaciones que atraviesan en sus países de origen, se les dificulta portar y acceder a la documentación necesaria para poder legalizar la situación migratoria en el país de acogida, y en muchos de los casos no cuentan con los recursos económicos que les permitan completar los procesos y obtener un estatus migratorio dentro de los parámetros de legalidad del país receptor.

(...) la legalidad de salida del país y entrada a un nuevo Estado, es allí donde converge la necesidad de contar con los requerimientos legales de modo efectivo, rápido, dado que el migrante que lo hace impulsado por necesidad, desea lo más pronto posible incorporarse al campo laboral, situación que en ocasiones no ocurre (...) (Aldana e Isea 2019, p. 57)

Así las personas que deben migrar de manera irregular ven obstaculizadas sus posibilidades de cumplir con los requerimientos del país receptor y, por otro lado, el marco jurídico de las instituciones encargadas de atender las situaciones de la población migrante no facilita los procesos, poniendo a la persona migrante como un 'indocumentado', en condición irregular en una situación donde hay una violación de los derechos humanos, con problemas sociales como la explotación laboral, dificultad para acceder a servicios de salud, puesto que al huir de sus países de origen no portan en muchos casos la documentación que posteriormente requerirán en el país de destino.

Sin embargo, un elemento que se deja de lado es como la cultura se vuelve un factor importante tanto para la persona que emigra como para las personas del país receptor, el cual tiene un impacto en la vida cotidiana.

Por ello, es importante abordar la **cultura** debido a lo que genera a nivel social. Al respecto se tiene que la cultura se puede comprender como el conjunto de conocimientos, acuerdo morales, artísticos, tradicionales, de costumbres, entre otros, que las personas adquieren y crean a partir de su vida social (Barrera, 2013). Dicho concepto es observable en tanto se crean preceptos culturales de lo que es aceptado y lo que no es. Sin embargo, este concepto evoca una gran complejidad, debido a que no se puede hablar de una sola cultura. Considerar que existe una sola cultura por grupo social llevaría a ignorar la cantidad de desigualdades, jerarquizaciones y conflictos que

se dan dentro de un grupo social, por ejemplo, un país o, incluso, una provincia (Grimson, 2008).

Estas diferenciaciones que se realizan a nivel cultural se han visto impregnadas tanto en el VIH como en la migración, ya que tanto la negativización y estigmatización del VIH, como el rechazo o miedo que se tiene hacia los inmigrantes, parten de preceptos que se van implantando culturalmente en las personas que viven en una misma sociedad. Grimson (2008) menciona que existen diferencias culturales, las cuales generan una idea parcializada de otros y esto lleva a no entenderles, por lo que “para comprender a una cultura resulta necesario comprender a los otros en sus propios términos sin proyectar nuestras propias categorías...” (p. 49).

Sin embargo, es pertinente preguntarse ¿qué tanto se ha tratado de comprender a las personas con VIH en situación migratoria antes de juzgar y rechazar? Dicha respuesta parecería ser negativa, ya que, a pesar de las campañas informativas para eliminar mitos sobre las personas con VIH, estas siguen lidiando con estigmas negativos, en gran parte asociados al moralismo (UNAIDS, trad. 2017). Lo mismo sucede con las personas migrantes, las cuales cargan con rechazo por el hecho de ser extranjeros en culturas que parecen no querer recibirles. Para ampliar esto, se presentarán a continuación dos conceptos que reflejan lo que genera la cultura en las sociedades de donde nace.

Rodríguez (2006) señala que la **discriminación** es un término polisémico, que suele emplearse con mucha frecuencia y que forma parte del lenguaje cotidiano de las personas, cuyo sentido e intenciones suelen ser diversas y se presenta en los “prejuicios muy frecuentes que desplegamos casi diariamente frente a distintos grupos de personas diferentes a los nuestros, en las simplificaciones que hacemos de la realidad, en las elecciones elementos específicos, en las generalizaciones y extrapolaciones rápidas” (Barrios et al., 1995, p. 192) que realizamos del otro. En tanto es que se puede afirmar que:

La discriminación es una conducta, culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales. (Rodríguez, 2007, p.19).

Esta exclusión suele estar mediada por motivos como la religión, la orientación sexual, la raza, el idioma, la cultura, el estatus económico, la nacionalidad e incluso por condiciones médicas como el caso del VIH-SIDA, entre muchos otros motivos, los cuales están rodeados de estigmas y prejuicios construidos socialmente, que generan desprecio hacia otros; estas actitudes, según Carbonell et al. (2007) tienden a estar aceptadas y respaldadas por la llamada falacia naturalista que es parte del determinismo biológico, en la que la superioridad e inferioridad de las personas responden a características biológicas, cabe recalcar que dicho argumento no responde a los análisis lógicos ni científicos.

Asimismo, el paradigma de la normalidad sustenta la discriminación, pues es común escuchar que a una persona se le discrimina por ser ‘diferente’, por no cumplir con los estándares sociales y culturalmente aceptados, este paradigma de lo normal naturaliza las jerarquías, crea e impone modelos ideales y fomenta las prácticas discriminatorias y las desigualdades sociales (INADI, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Presidencia de la Nación, 2019).

Aunado a lo anterior, la discriminación según Rodríguez (2006) presenta un nivel estructural, pues corresponde a relaciones de carácter fundamental del orden social y determina comportamientos y actitudes tanto en el ámbito cultural como dentro de las relaciones subjetivas y sus efectos sobrepasan el orden cultural, social y simbólico, y según el mismo autor, “se dejan notar en las relaciones económicas, la calidad de la salud, el acceso y logro educativos, los derechos políticos y otros terrenos relevantes” (p. 116).

Para la presente investigación, la discriminación será entendida no como un fenómeno natural, sino que responde a un proceso social y por ende histórico que sufre de constante transformación, a esto Carbonell et al. (2007) señala que la valoración de los rasgos utilizados para dar un trato diferenciado a una persona han sido diversos y variados a lo largo de los últimos siglos y, si bien toda persona puede ser objeto de discriminación, aquellas que encuentra en una situación de vulnerabilidad son quienes la sufren en mayor medida (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2012).

Dentro de estas poblaciones vulnerables se encuentran las personas con VIH. Desde que se dio a conocer la pandemia en los años ochenta ha estado rodeada de estigmas y prejuicios sociales y, a pesar de los múltiples avances en la tecnología y en

la medicina, la discriminación hacia esta población continua siendo un problema a nivel mundial en la actualidad. Esta, según Capella, Navarro y Fajardo (2018) proviene principalmente del desconocimiento de la población sobre las causas y efectos del virus, así como la asociación que se ha hecho del padecimiento con ciertos colectivos históricamente excluidos y señalados, entre ellos los hombres que tienen sexo con otros hombres y drogodependientes, a estos colectivos se pueden sumar las trabajadoras del sexo y la población transexual.

Los contextos donde se presenta con mayor frecuencia esta discriminación de acuerdo a (Campillay y Monárdez, 2019) son en el ámbito familiar, sociodemográfico y sanitario, en este último es donde se dan las violaciones más graves hacia los derechos humanos en personas seropositivas; estas actitudes representan un desafío para los organismos internacionales que velan por la protección de los derechos de este colectivo, así como en la lucha en pro de la erradicación y prevención del virus.

Otro de los grupos expuestos a sufrir de discriminación son los migrantes, en especial cuando su situación migratoria es irregular. En la actualidad, el fenómeno de la migración es de suma importancia a nivel mundial, son millones de personas las que han dejado sus países de origen en búsqueda de mejores oportunidades, esto los ha llevado a enfrentarse a múltiples situaciones en las que sus derechos son violentados y donde se enfrentan a obstáculos que impiden su integración en el país de acogida.

Ante esto Chacón et al. (2011) mencionan que la heterogeneidad poblacional producida por estos flujos suele generar desafíos relacionados con la gestión de la diversidad y el respeto hacia los otros, es así que “a menudo los migrantes son objeto de discriminación en el ámbito de la vivienda, la educación, la salud, el trabajo y la seguridad social. Se trata de un problema mundial que afecta a los países de origen, a los de tránsito y a los de destino” (ACNUDH, 2009, párr. 1), acciones que en muchos casos suelen ser respaldadas por leyes y políticas restrictivas, vulnerando aún más los derechos de esta población.

En tanto, es de suma importancia abordar la discriminación por motivos de **xenofobia**, la cual es entendida en palabras de Herranz (2008) “como el comportamiento o actitud que desarrolla un grupo social o étnico (en este caso, etnofobia) frente al temor o prevención respecto de otros grupos (étnicos, sociales o nacionales) a los que se les considera extranjeros” (p. 112). Al hablar de xenofobia,

según el mismo autor, indirectamente se realiza una asociación con el concepto de racismo, el cual es definido como “una ideología que promueve comportamientos o actitudes de odio y rechazo a personas que tiene características físicas diferentes a las del propio grupo étnico o racial” (Herranz, 2008, p. 112), desde esta perspectiva se promueve la superioridad de unos y la inferioridad de otros, con base en concepciones e ideales construidos y promovidos social y culturalmente.

Estas actitudes tienden a fomentar la estigmatización hacia las y los extranjeros, que a su vez alimenta sentimientos de hostilidad, rechazo y odio hacia esta población por parte de las personas del país de acogida. Dentro de las manifestaciones más graves de la xenofobia se encuentran violaciones de sus derechos principalmente a la libertad, la seguridad, la integridad y la vida (Salgado, 2003).

Además de lo anterior, es importante señalar que la xenofobia, en muchos casos, aumenta según el contexto sociopolítico de los países, como una forma de responsabilizar al migrante de situaciones complejas en períodos de tensión (Zamora, 2012), es por lo que suele verse al extranjero como una amenaza, que pone en riesgo los recursos del país, como los puestos de trabajo de los nacionales y los servicios sociales.

En este sentido, el **Estado** como categoría de análisis permite comprender el papel que ha tenido y tiene en cuanto a las relaciones sociales. Para Oszlak (2011) y Moncayo (2012), comprender la esencia desde su origen histórico, el poder que ejerce, las manifestaciones de las instituciones y recursos desde su papel en nuestra sociedad contemporánea se debe vincular el Estado al sistema de organización social y productivo que rige a nivel mundial, el cual indudablemente es el capitalismo y que sus transformaciones repercuten en la configuración del Estado.

Por lo tanto, el Estado tiene un rol complejo donde se incorporan múltiples intereses y sectores de la población, “la sociedad es, inmediatamente, un orden político cuya expresión institucional es el Estado” (Ponce, 2008, p. 30), en donde se encuentran distintos enfoques acerca del alcance de la intervención del Estado principalmente por la discusión del rol que asume el Estado en función del mercado ya sea de “estatización o de privatización” o el involucramiento del Estado en la “vida pública o privada” de la sociedad (Oszlak, 2011, p. 1, citando a Hirschman, 1982). Asimismo, Oszlak (2011)

indica que desde el marxismo el Estado es “...un mero comité ejecutivo de la clase dominante” (p. 1), este rol más en la línea de preservar el *statu quo*.

En relación con ello, Ouviaña (2002) alude que el Estado perpetúa las desigualdades propias del orden capitalista, el cual “lejos de representar el interés del conjunto de la sociedad, el Estado termina ‘legalizando’, según su lectura, la dominación de una clase con intereses particulares” (p. 7). Otros autores concuerdan con dicho pensamiento, pues señalan que la naturaleza del Estado se encuentra en la dominación y la construcción del poder. En esta misma línea, Moncayo (2012) plantea que el Estado como un producto del capitalismo “...es una construcción social que todos fabricamos y reproducimos sin saberlo y sin pensarlo- , del Estado como régimen, bloque de poder, o gobierno. Distintas dimensiones del análisis que no se pueden confundir.” (p. 21)

Por ello, otro elemento necesario para entender el Estado es como “(...) un escenario de contradicciones y luchas (...)” (Moncayo, 2012, p. 20), que, sin importar el tipo de gobierno o régimen político, ya sea democrático, autoritario o represivo, este se va transformando, pero sin dejar de lado su papel en la reproducción de las relaciones sociales dentro del modelo capitalista.

Es posible decir que el Estado es una articulación entre dominio y consenso, donde existen mecanismos para ejercer el dominio o llegar al consenso desde la hegemonía, el cual es el punto crucial en donde, como sociedad, se acepta el sometimiento. Esto se complejiza porque el Estado cambia de forma y de apariencia en función de las actividades que desarrolla, de donde opera, de las fuerzas políticas y las circunstancias (Jessop, 2014), por lo tanto, sus medios de poder están en constante evolución y se dificulta encontrar los puntos de quiebre.

Como se mencionó anteriormente, el papel que ejerce el Estado responde a intereses hegemónicos particulares, por ende, las acciones u omisiones provienen de cargas ideológicas y valorativas. Bracamonte (2002) señala que los “Estados nunca llegan al nivel de la Justicia, otros avanzan más allá de la protección o seguridad ciudadana y el reconocimiento y protección de los derechos fundamentales” (p. 77).

Desde estos diferentes posicionamientos, se entiende el Estado como el conjunto de relaciones o un campo de lucha de los diferentes grupos o clases sociales

y grupos de poder donde median sus diversos intereses que se pueden presentar de manera antagónicos, en este sentido, las instituciones de Estado tienen un papel importante en la búsqueda de regular las relaciones sociales y de dar respuesta a las manifestaciones de la cuestión social por medio de las políticas públicas y en particular la Política Social.

Por lo tanto, es pertinente desarrollar la categoría de **Política Social**, la cual se puede entender como elemento importante para la atención de las personas con VIH en situación migrante.

En este sentido, con el fin de acercarse a lo que se entiende por política social, resulta importante hacer referencia, en primera instancia, a la Política Pública. Se reconoce que esta tiene diversas concepciones y que no representa un proceso lineal mediante el cual se intervienen en las necesidades de la población, ya que es determinada por los contextos en que se desarrolla. Estas intervenciones o toma de decisiones no precisamente están expresadas en actos formales y surgen desde una o más organizaciones estatales (Oszlak, y O'Donnell, 1995).

Es así como se acoge la concepción de Política Pública que exponen Oszlak y O'Donnell (1995), donde se entiende “(...) como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil.” (p. 112). Esta ‘cuestión’, como lo llaman los autores, son aquellos “(...) asuntos (necesidades, demandas) socialmente problematizados” (Oszlak, y O'Donnell, 1995, p. 110).

Por lo tanto, el aparato estatal pretende dar respuesta y de alguna forma ‘solucionar’ los problemas que históricamente han surgido. Es importante entonces retomar el contexto y las particularidades que socialmente estas necesidades y demandas presentan. Además de reconocer que, debido al sistema capitalista, como bien mencionan Fernández y Rozas (1988), la intervención del Estado se extiende conforme al crecimiento económico, ya que este “exige una mayor complejidad de sus aparatos político y administrativo para generar decisiones (...)” (p. 23).

El desarrollo de las políticas públicas es un proceso complejo que involucra también una amplia gama de actores y sectores donde se llevan a cabo. Se identifican

ámbitos como el de seguridad social, el económico y el social, siendo terrenos para la actuación del Estado (Fernández y Rozas, 1988).

De esta forma es que, retomando la categoría de política social propiamente, es importante mencionar que, al igual que otras categorías, existen diversas concepciones y teorías sobre lo que se comprende por esta, la manera en que se manifiesta, así como el papel que tiene en la sociedad. En tanto, desde la presente investigación se considera su accionar como elemento sustancial que responde a las necesidades de la población, las cuales han surgido teniendo como base las desigualdades propias del sistema capitalista.

Las razones estructurales e históricas del surgimiento y desarrollo de las políticas sociales se encuentran en el capitalismo (Grassi, 2013) y, en este sentido, dichas políticas “(...) aparecen como decisiones del Estado destinadas principalmente a atenuar los efectos negativos de los problemas sociales generados por las desigualdades económicas (...)” (Fernández y Rozas, 1988, p. 24).

Es importante comprender que las políticas sociales se tornan fundamentales para la conformación y la continua existencia del modelo económico imperante, sus relaciones de poder asimétricas y la hegemonía que le caracterizan, ya que “(...) éstas corresponden al modo como la reproducción social se configuró estatalmente (...) es la manera y expresa, el cómo y hasta donde una sociedad asegura la reproducción de sus miembros y, en definitiva, la forma como resuelve su propia reproducción” (Grassi, 2008, p. 30).

Es así como, “contribuyen para obtener la aceptación y la legitimidad necesarias para la manutención del orden social” (Pastorini, 1999, p. 190). Por ende, las políticas sociales son entendidas como un “proceso y resultado de relaciones complejas y contradictorias que se establecen entre Estado y sociedad civil (...) se problematiza el surgimiento y el desarrollo de las políticas sociales en el contexto de la acumulación capitalista y de la lucha de clases” (Behring, 2013, p. 6).

Por lo tanto, se comprende que las políticas sociales no pueden ser vistas únicamente como instrumentos de servicios para la población o como un conjunto de planes y programas de intervención, pues es a través de estas que se han resuelto o

intentado resolver las tensiones en la sociedad, de manera contingente y mediante acciones generalmente transitorias (Grassi, 2008).

Con lo anterior, se comprende que las Políticas Sociales, como parte de las Políticas Públicas responden a una lógica capitalista y orden social hegemónico, donde se toman decisiones o no, ante las situaciones de la población que presenta demandas/problematizaciones/necesidades sociales provenientes propiamente del sistema; esto mediante la intervención de actores u organizaciones estatales.

En consideración de las categorías señaladas, se reconoce la importancia de abordar las necesidades de las poblaciones que debido a las transformaciones estatales en materia política, social y económica no están siendo atendidas en instituciones públicas. En consecuencia, se encuentran las **organizaciones no gubernamentales (ONG)**, las cuales, tal como menciona Sandino (2019), son espacios de la sociedad civil donde se ejecutan políticas sociales, funcionando, así como mecanismos que estabilizan en cierta forma las desigualdades presentes en la sociedad, mediante la atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Posterior a las décadas de 1970 y 1980, es que surgen y toman auge estas organizaciones (Sandino, 2019) y, a partir 1990, en el país “se vincula la acción estatal con la no gubernamental, ya que se evidencia el otorgamiento de mayores responsabilidades a la sociedad civil, como proceso paralelo a la descentralización de los servicios sociales que le correspondían anteriormente al Estado” (Sandino, 2019, p. 27).

La intervención de las ONG con poblaciones en situaciones vulnerables ha permitido que se reconozca su importancia como orientadoras de las Políticas Sociales del país (Valverde, 2017). En este sentido, la presente investigación hace énfasis en las **organizaciones de bienestar social**, ya que estas organizaciones están vinculadas directamente con el Estado, lo que brinda la posibilidad de generar un mayor impacto en las poblaciones que son atendidas, además este vínculo presenta una “(...) cooperación donde se realiza el trabajo coordinado entre las organizaciones y el Estado, con la oportunidad de crear y fortalecer espacios de diálogo y negociación entre ambos sectores.” (Valverde, 2017, p. 140).

Las organizaciones de bienestar social (OBS) o también conocidas como Instituciones Bienestar Social (IBS) están definidas en el artículo 14 del Reglamento para la Prestación de Servicios y el Otorgamiento de Beneficios del Instituto Mixto de Ayuda Social (s.f) como:

(...) organizaciones de base cuyos fines constitutivos se encuentran destinados al cuidado, protección y rehabilitación social de los niños, niñas, adolescentes, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, personas drogodependientes y son declaradas y autorizadas como tales por el IMAS de conformidad con la Ley No 3095 del 18 de febrero de 1963 (p.11).

En tanto, dichas instituciones son asociaciones o fundaciones no gubernamentales, creadas de forma voluntaria y sin ánimo de lucro, cuya atención tiene cobertura nacional y su propósito se centran en apoyar a personas y grupos en situaciones de vulnerabilidad, en pobreza y pobreza extrema (IMAS, 2021).

En representación del Estado, se encuentra el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), posicionándose como institución proveedora de recursos y con un rol de seguimiento, ya que esta no operacionaliza la política social de forma directa con las personas usuarias, y quien asume este rol de trabajo es la organización de la sociedad civil con quien se está llevando a cabo la alianza (Valverde, 2017). De esta forma, el IMAS brinda financiamiento en cuanto al costo de atención (de necesidades básicas, procesos socioeducativos para las poblaciones usuarias, entre otros); equipamientos básicos e infraestructura comunal (IMAS, 2021).

El área de Acción Social y Administración de Instituciones de Bienestar Social (AASAI), el cual es parte de la Subgerencia de Desarrollo Social (SGDS) del IMAS, es el ente estatal cuya función es el ser el vínculo entre el Estado y las OBS, su principal objetivo es contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población objeto de atención, es por ello que busca generar el desarrollo de dichas OBS, al encargarse de la inscripción, dirección, supervisión, fiscalización presupuestaria y coordinación interinstitucional (IMAS, 2021).

Capítulo 3. Estrategia metodológica

1. Tipo de estudio

El presente estudio se realizó bajo la modalidad de seminario, ya que se pretende estudiar una organización que brinda atención integral para el abordaje del VIH, el cual sigue afectando a un porcentaje importante de población que vive en Costa Rica, donde las personas migrantes son un grupo vulnerabilizado y atendido en esta organización. Hablar de atención integral de la salud de personas con VIH, en conjunto con la situación migratoria, es una discusión relativamente nueva, aún más los esfuerzos interdisciplinarios que se dan para brindar una atención integral, de ahí la necesidad de recopilar la mayor cantidad de información disponible tomando como modelo el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago, con el fin de identificar el trabajo desarrollado por el equipo interdisciplinario.

La recopilación detallada de información, más los aportes de las personas profesionales insertas en el Hogar, los y las usuarios y usuarias migrantes, y las personas expertas en migración y VIH genera un panorama sobre la situación actual que se maneja en la organización, así como la atención integral que se puede brindar a través de su equipo profesional. Es importante señalar que para la formulación de este diseño de trabajo final de graduación se mantuvo contacto con Mónica Gamboa (coordinadora general del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza), Priscila Delgado (trabajadora social del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza), Natalia Serrano (enfermera del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza) para un primer acercamiento al Hogar y la población en estudio, así como con Karina Warner (trabajadora social y profesora de la Universidad de Costa Rica), Juan Carlos Vargas (profesor de la Universidad de Costa Rica) y María del Pilar Meléndez (profesora de la Universidad de Costa Rica), quienes guiaron y brindaron información clave para la formulación y el desarrollo de este TFG.

A partir de lo anterior y bajo la premisa de evidenciar el tipo de atención brindada por el equipo interdisciplinario de la Organización mencionada anteriormente a las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica, se busca validar el derecho a la salud integral de esta población, y que, con los aportes teóricos, la información recopilada, así como las conclusiones obtenidas, sean la base de

nuevas interrogantes para la formulación de futuras investigaciones.

Se plantea realizar un estudio de tipo exploratorio, lo cual responde a las características del método cualitativo. Es exploratorio al considerar que la revisión bibliográfica reveló que el tema de la atención integral en salud de personas con VIH en situación migrante no ha sido estudiado con anterioridad, por lo que con ello se busca explorar y tener una familiaridad inicial, además de satisfacer el deseo de las autoras de mayor conocimiento ante el abordaje de un objeto de investigación relativamente nuevo (Babbie, 1999), características básicas de las investigaciones exploratorias. En el presente documento, se desarrolló una recopilación de saberes académicos que han servido para direccionar y encuadrar el estudio, lo cual constituye en sí una exploración, y esta continúa con el fin de poder acercarse al objeto planteado, por ello se considera el estudio de tipo exploratorio.

2. Delimitación espacial

Como espacio de estudio, se plantea la organización no gubernamental y de bienestar social Hogar de Nuestra Señora de la Esperanza, ubicada en Cartago. Dicha institución se reconoce por atender población con VIH, tanto hombres como mujeres mayores de edad, en situaciones tales como pobreza, discapacidad, consumo problemático de sustancias psicoactivas, callejización y migración, y brindar una atención integral contando con un equipo de trabajo interdisciplinario.

Es importante señalar que, además de las características que habilitan esta institución como lugar para realizar el estudio, debido a la concordancia que existen entre los objetivos de ambos, existe anuencia por parte de la organización para realizar el trabajo de campo.

3. Delimitación temporal

Se plantea como periodo de estudio del 2015 al 2021, ya que en este periodo es donde entra en vigor la directriz N.º 037-S, la cual obliga al Estado y la Caja Costarricense del Seguro Social a dar tanto tratamiento antirretroviral, como atención integral a personas migrantes, sin importar si su situación es regular o irregular lo que tiene como

objetivo expandir el alcance de la atención en el sistema de salud a población con VIH. Asimismo, en el año 2015 el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) le otorga el estatus de organización de Bienestar Social al Hogar de Nuestra Señora de la Esperanza, significando una serie de beneficios como financiación, dirección técnica, coordinación institucional e intersectorial, etc. (IMAS, 2021), esto genera que los alcances de la atención del Hogar se puedan ampliar y mejorar para la atención integral de esta población. Debido a ello, interesa estudiar cuáles son los procesos de atención integral que se desarrollan en la organización desde ese momento hasta el año 2021.

4. Técnicas e instrumentos de recolección de información

4.1 Revisión bibliográfica y documental

Con respecto a las técnicas de recolección de información a utilizar, se consideró primeramente la revisión bibliográfica y documental, la cual se basa en la identificación y análisis de datos existentes relacionados con el tema u objeto de investigación. Asimismo, permite orientar al investigador o investigadora, sobre lo dicho del área investigativa, y dar respuesta al problema de investigación (Monge 2011).

La revisión bibliográfica y documental se coloca como una de las técnicas más importantes para facilitar la aprehensión de contenido histórico y teórico, además de brindar respuestas a preguntas de investigación que no se conseguirían mediante observación o entrevista, lo cual es fundamental para encontrar las relaciones existentes entre todos los elementos de investigación (Valles, 1999).

Con ello se hizo uso de revisión de informes de instituciones que trabajan en el abordaje del VIH y migración, noticias, ponencias, documentos e investigaciones relacionados al tema, así como de normativa, nacional e internacional.

4.2 Entrevista estructurada

Como segunda técnica de investigación, se realizaron entrevistas estructuradas, con las personas que conforman el equipo interdisciplinario del HNSE, entre ellas profesionales en Medicina, Psicología, Nutrición, Enfermería, Fisioterapia, Odontología, Administración, Asistencia de Pacientes y Trabajo Social, quienes

forman parte del equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago (ver Anexo 4) y con personas expertas en las áreas de migración, VIH y salud de otras instituciones (ver Anexo 6), para acercarse a la realidad social sobre estas temáticas, abordando elementos centrales de los objetivos de investigación propuestos.

Asimismo, se tuvieron entrevistas a personas con VIH en situación migrante, quienes sean o hayan sido usuarias del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago durante el periodo de investigación (ver Anexo 5), en primer instancia habiendo aceptado previamente el consentimiento informado para participar en la investigación (ver Anexo 1,2 y3). Por otro lado, teniendo en cuenta el contexto actual sobre la pandemia por COVID-19, se ejecutaron las entrevistas respetando los protocolos del Ministerio de Salud y del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, realizándose a través de herramientas virtuales con apoyo de la trabajadora social del Hogar, siempre con respeto a la privacidad y confidencialidad de los datos brindados por las y los entrevistados de acuerdo a lo establecido por la ley.

Se planteó la entrevista estructurada, ya que se definieron de antemano las preguntas que iban a ser utilizadas a las personas entrevistadas (Arias, 2006), pero dicha técnica no limitó a las personas investigadoras de poder intervenir según las respuestas entregadas, brindando el espacio para plantear otros cuestionamientos pertinentes, dentro de las mismas interrogantes. Es importante resaltar que:

La entrevista, más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación "cara a cara", entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida. (Arias, 2006, p. 73)

Por ello, se consideró la entrevista estructurada, como la que mejor complementa esta definición, ya que, al tener una guía de entrevista, esta no limitó la perspicacia de las personas entrevistadoras, ni las respuestas de la entrevistada, pues permitió que el diálogo se presentara de manera más fluida, sin perder de vista el objetivo de la entrevista.

Con respecto a los criterios que permitieron la selección de las personas entrevistadas son los siguientes:

- Profesionales del equipo interdisciplinario: Se tuvo el aval de la coordinación general del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago para poder realizar las entrevistas, previo a la aceptación del consentimiento informado de manera individual de cada una de las personas que forman parte del equipo (se adjunta carta).
- Personas migrantes con VIH: En situación migrante considerando cualquier estatus migratorio según la legislación costarricense, mayores de edad, sin importar sexo, género, orientación sexual y que estén recibiendo o hayan recibido atención en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago durante el periodo 2015-2021, quienes dieron su consentimiento informado previamente para participar de la investigación.
- Personas expertas en temas de salud, VIH o migración: Personas insertas en cualquier institución que atienda a población seropositiva, en situación migrante, de preferencia con conocimiento general del Hogar.

5. Técnicas e instrumentos de análisis de información

5.1 Análisis de información

Con respecto al análisis de información que fue recolectada por medio de las técnicas anteriormente descritas, se partió, tal como indica Hernández (2014), con que habrá en un primer momento datos muy variados y sin una estructura, por lo que se considera fundamental realizar análisis de información bajo una categorización de los “patrones y tendencias” (Sandoval, 2002, p.86) de los datos recogidos por medio de las técnicas de recolección.

Sandoval (2002), a partir de Glaser (1978), indica que el mecanismo que se emplea para dicha categorización se conoce como ‘codificación’ y tiene “(...) características diferentes, conforme progresa la tarea investigativa, iniciándose, con un primer nivel que él denomina de codificación sustantiva o abierta, pasando luego a un segundo nivel que denomina de codificación selectiva o axial.” (p. 86).

Asimismo, Sarduy (2007) expresa que el análisis de información se utiliza para “(...) obtener ideas relevantes, de las distintas fuentes de información, lo cual permite expresar el contenido sin ambigüedades, con el propósito de almacenar y recuperar la información contenida.” (p. 3). En este sentido, en el proceso investigativo, se han elaborado referentes teóricos que permitieron clasificar la información de acuerdo a la codificación efectuada.

A través del estudio de la información obtenida (transcripciones de entrevista o de los textos escritos) y el significado que esta conlleva en la codificación, el análisis de la información permite entender la complejidad de la realidad social de lo que se desea estudiar. Por tanto, es necesario establecer un vínculo entre los niveles de superficie (descripción), análisis e interpretación de los datos e información recolectada (Jiménez y Torres, 2006).

5.2 Triangulación de la información

Asimismo, se realizó una triangulación de los datos y la información obtenida, donde se visualizaron estos desde distintas perspectivas, por lo que la importancia de dicha técnica radicó en la “(...) riqueza, amplitud y profundidad de datos si provienen de diferentes actores del proceso, distintas fuentes y de una mayor variedad de formas de recolección” (Hernández et al., 2014, p. 417).

Por lo tanto, siguiendo a Rodríguez et al. (2006), se posibilitó una confrontación y comparación de distintos análisis que poseen un mismo objetivo, fortaleciendo las conclusiones que se puedan obtener de estos, debido a que “la utilización de diferentes estrategias y fuentes de información sobre una recogida de datos permite contrastar la información recabada” (Aguilar y Barroso, 2015, p. 74). Lo anterior fue fundamental para la investigación que se desarrolló, ya que posibilitó visualizar la atención integral por parte del equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza brindada a las personas con VIH, en situación migrante en Costa Rica.

6. Momentos de la investigación

A continuación, se establecen los diferentes momentos seguidos en el proceso investigativo con la aclaración de que el orden establecido en este informe se escogió con fines explicativos, ya que durante el proceso se generó nueva información que permitió la retroalimentación de los diferentes momentos.

6.1 Primer acercamiento (Diseño)

Este primer acercamiento correspondió a la elaboración del diseño de investigación, el cual consistió en la formulación del tema, el estado de la cuestión, el objeto, el problema, los objetivos, así como el proceso de acercamiento al objeto correspondiente a la estrategia metodológica, para lo cual se desarrollaron las siguientes tareas:

- Consulta de bases de datos.
- Revisión de 33 trabajos finales de graduación, del periodo 2005-2019, que abordan el tema del VIH, la migración y acceso a la salud en ambas condiciones (licenciatura, doctorado, maestría y posgrado).
- Revisión de libros y artículos indexados concernientes a VIH, la migración y acceso a la salud en ambas condiciones.
- Acercamiento y comunicación oral con profesionales expertos en migración.
- Acercamiento y comunicación oral con profesionales expertos en salud y VIH-SIDA.
- Selección de técnicas e instrumentos para la recolección y análisis de la información (lo cual dio paso a la posterior elaboración de guías de entrevista, de revisión documental y de análisis de la información).

6.2 Trabajo de campo

Dada la coyuntura internacional y nacional que se vive por la pandemia producida por SARS-CoV-2, el trabajo de campo se realizó bajo una modalidad virtual entre el 14 de junio del 2021 al 03 de octubre del 2021, siguiendo la disposiciones de la Universidad de Costa Rica, así como del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza de Cartago, para el resguardo de la salud de las personas involucradas en esta investigación, por lo cual se llevó a cabo una fase de pruebas, con el fin de

identificar fortalezas, debilidades y las oportunidades con la plataforma mediante la cual se realizaron las entrevistas.

La plataforma seleccionada fue Meet, cuyo acceso es por medio de Internet y es un servicio gratuito, las pruebas realizadas permitieron a las investigadoras conocer la estabilidad de la plataforma por más de una hora de conexión.

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de la aplicación de entrevistas, que se dividió en tres bloques y respondieron al objeto de estudio, que gira en torno a la atención brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago, es importante señalar que al iniciar cada etapa no se pasó al siguiente bloque de entrevistas hasta finalizarlo, esto con el fin de tener la oportunidad para replantear preguntas, y considerar variables que no se observaron a través del análisis de información.

Primeramente, se aplicaron las entrevistas a las personas profesionales que componen el grupo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza; en el segundo bloque, se realizaron con la población usuaria del Hogar con VIH en situación migrante y, finalmente, hubo un último bloque de entrevistas con profesionales expertos en las temáticas de análisis.

Asimismo, se realizó en este momento la revisión documental y bibliográfica con respecto a los documentos vinculados al tema y objeto de estudio. Para lo cual se realizaron las siguientes tareas:

1. Revisión bibliográfica y documental sobre el marco normativo y jurídico que sustenta la atención de las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica desde los hogares transitorios parte de las organizaciones de bienestar social.
2. Acercamiento a la atención integral que brinda el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza a las personas con VIH en situación migrante.
3. Acercamiento a la percepción de las personas usuarias en situación migratoria sobre la atención integral brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza a partir de sus necesidades.
4. Aplicación de la entrevista estructurada a las personas que conforman el

equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago.

5. Aplicación de la entrevista estructurada a población seropositiva en situación migrante usuaria del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en Cartago.
6. Aplicación de la entrevista estructurada a profesionales informantes clave de instituciones u organismos que abordan las temáticas de análisis.

6.3 Organización y análisis de la información recolectada

En primera instancia, se realizaron las transcripciones de cada una de las entrevistas con el fin de poder tener mayor detalle de las respuestas de las personas entrevistadas; es importante mencionar que dicho proceso fue realizado por el equipo investigador, teniendo la complejidad de ser un proceso lento, ya que cada entrevista tuvo en promedio una duración de una hora y debieron ser escuchadas en múltiples ocasiones para lograr la transcripción total.

Posteriormente a la transcripción de las entrevistas realizadas y de la revisión documental y bibliográfica, se desarrolló la triangulación de los datos e información recopilada anteriormente por medio de tres matrices creadas en Excel, lo que posteriormente permitió generar la discusión y reflexión de estas. Para dicho momento se plantearon las siguientes tareas:

- Elaboración de síntesis de los documentos bibliográficos investigados.
- Organización de la información recopilada, mediante categorías de análisis.
- Codificación de datos obtenidos en las entrevistas a partir de las matrices en Excel.
- Análisis de información tanto de las entrevistas, documentos bibliográficos y normativa en materia del acceso a la atención integral en salud de la población portadora del VIH en situación migrante.

6.4 Análisis de resultados

El análisis de resultados se realizó en diferentes momentos de la investigación, mediante discusiones grupales, sin embargo, una vez completadas las matrices, organizando la información recopilada tanto en las entrevistas y en la revisión documental y bibliográfica según las categorías de análisis establecidas, tomando en

cuenta las recomendaciones brindadas por el comité asesor, de manera continua en el proceso de investigación desde sus distintas observaciones.

6.5 Informe final

A lo largo del proceso de investigación, se desarrolló un documento de trabajo el cual se trabajó la memoria final del Seminario, las conclusiones y las consideraciones finales de la investigación y la defensa del Seminario de graduación. Se dio una última revisión por parte del equipo investigador y del comité asesor, para enviar el informe final a revisión por parte de una persona profesional en Filología.

6.6 Exposición de resultados

Al finalizar el proceso, teniendo consolidado y revisado el informe final, se procedió a la defensa del presente Trabajo Final de Graduación, el cual una vez aprobado por el respectivo tribunal se procederá a socializar los resultados con la contraparte, el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra señora de la Esperanza, así como las personas usuarias y otras personas interesadas que deseen participar, aportando al quehacer profesional en la atención del VIH en población migrante.

Segunda parte: Resultados de la investigación

Capítulo 4. Reconstrucción del marco jurídico y normativo internacional y nacional en salud, VIH, migración y hogares transitorios de organizaciones de bienestar social.

1. Introducción contextual a la importancia de los marcos normativos y jurídicos internacionales y nacionales.

A modo de introducción, se quiere señalar la importancia de que existan marcos normativos internacionales que sienten las bases para el respeto y cumplimiento tanto de los derechos humanos, como de las leyes nacionales que se desprenden de ellos.

Su surgimiento, así como su vigencia, se puede rastrear en la historia a través de distintos hitos como la Paz de Westfalia, la Revolución Francesa, las conquistas napoleónicas que dan surgimiento al estado moderno, hasta las guerras mundiales y el consiguiente surgimiento de la Organización Mundial de las Naciones Unidas (Rocca, 2006). Prácticamente, todos estos hitos se relacionan con un ambiente de desigualdad, discriminación de ciertos grupos o colectivos, y un desenlace que, aunque belicoso, ha servido para sentar bases hacia el respeto de los derechos de las personas e igualar cada vez más el terreno para todas y todos.

Es importante tener en cuenta que todas las normativas son, como menciona Mora (2016), “(...) relativamente reciente (s), y cabe mencionar que se derivan de los principios básicos de la sociedad occidental” (p. xii). Esto sirve para reconocer que a pesar de todos los hitos mencionados, se ha tardado para llegar al robusto sistema de normativa internacional, y que a pesar de ello, menciona la autora, “Lamentablemente en el mundo globalizado actual, si algo está sobre el tapete es la constante violación de los derechos humanos (...)” (p. xii).

Ante dicha situación, se destaca que existen diversos documentos, organismos e instrumentos para subsanar tantas violaciones a los DDHH de muchos grupos vulnerabilizados, los cuales surgen por una necesidad, sí, pero también por la constante lucha de estas agrupaciones para ser reconocidas y respetadas.

Para este estudio es especialmente importante conocer estos marcos normativos ya que sirven tanto para plantear modos de actuar en las instituciones, con el surgimiento de leyes que pueden desprenderse de lo internacional, como para luchar por la validación de derechos a la población en estudio, quienes, por sus condiciones y situaciones de vida, sufren una constante discriminación y violación de sus derechos.

De tal forma, en este capítulo se hace un recorrido por dos diferentes secciones, la primera corresponde a la línea de tiempo sobre los hitos más importantes y los conceptos que se desarrollaron a lo largo de los años en los diferentes instrumentos internacionales y nacionales, y como segunda parte se desarrolla una discusión con los hallazgos que se dieron a lo largo de este.

2. Línea del tiempo: Hitos y conceptos importantes del marco jurídico internacional y nacional en torno a salud, VIH y migración.

Con el fin de presentar la información de una forma más visual, se creó la Figura 1, que corresponde a una línea del tiempo con el marco jurídico internacional, el cual puede ser identificado con el color celeste y el marco normativo nacional, representado con color rojo.

Figura 1. Línea del tiempo sobre el marco jurídico internacional y nacional entorno a salud, VIH y migración.





Fuente: Elaboración propia a partir de información del anexo 7.

Discusión

Son numerosos los instrumentos jurídicos que sirven de base para el respeto de los derechos humanos de la población objeto de estudio, tanto en su condición de salud, al tener el virus de inmunodeficiencia humana, como en su situación migratoria (Anexo 7). Sin embargo, resulta importante entender el cómo y por qué surgen estos, así como la relación que tienen entre sí. En este apartado se han abordado distintos elementos que servirán para entender el trasfondo de la normativa nacional, y cuánta relación tiene con respecto a los instrumentos internacionales.

Así, de creación más temprana, se observa que la región panamericana tuvo el interés de crear un código que sirviera para protocolizar, reglamentar y proteger la salud pública. Antes de este momento existió interés en la medicina, sin embargo era tratado de manera empírica, individualizada, y ligada a creencias arcaicas de la salud, donde la enfermedad se creía castigo de los dioses por los pecados individuales o colectivos; esta etapa dio origen a múltiples creencias en torno a la salud las cuales han sido reproducidas a lo largo de generaciones, pero es preciso destacar que según aumentaba el conocimiento sobre la naturaleza surgieron explicaciones racionales y científicas (OPS, 2002).

Tanto a partir de los avances científicos desarrollados en el siglo XIX, como en la creación de equipos médicos, el estudio de las bacterias y el interés en la medicina social, es que a inicio del siglo XX se genera un esfuerzo en el desarrollo de la salud pública, centrada en la prevención de la enfermedad, dando origen a un cambio de paradigma enfocado en los determinantes de la enfermedad, los estados tomaron un rol activo bajo términos tales como “Medicina Estatal” o “Medicina Política” (Maldonado et al., 2019).

De esta forma, se denota que la región panamericana cambió de paradigma en salud, y resulta importante resaltar que Costa Rica fue uno de los países que promovieron el Código Sanitario Panamericano y sus posteriores actualizaciones. Además, se debe resaltar que, en los siguientes años, específicamente en 1943 el país también generó la ley constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y posteriormente promulgó la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1955), fortaleciendo el sistema de aseguramiento y salud, con lo cual puso en evidencia que el interés por proteger la salud pública era real y consecuente con los

lineamientos internacionales. En cambio, a nivel mundial, es hasta 1946 que surgen organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1947 los primeros esfuerzos de la región se ven condensados en la Organización Panamericana de la Salud, además de que, en 1948, se promulgó la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Esto muestra que la salud como derecho siempre ha estado presente en los esfuerzos políticos mundiales, sin embargo, no es sino hasta 1948 que, en un contexto convulso y mermado por la Segunda Guerra Mundial, se inicia el auge jurídico de los derechos humanos de las personas, donde ya no se centra únicamente la salud física, sino en los demás ámbitos que conforman a las personas de manera integral; pues debido a las crueldades en contra de la dignidad e integridad humana “el valor de la vida del ser humano adquirió nuevas dimensiones éticas y políticas en la sociedad occidental. De esta manera, se consolidó el derecho a la vida y se reconoció un nuevo y más complejo derecho humano: el derecho a la salud” (Maltodano et al., p. 58). Este hecho refuerza el interés por la protección a la salud existente y también aparecen normativas relacionadas a otros derechos como los civiles, políticos, sociales, culturales y económicos, además de principios como la no discriminación.

En materia migratoria, sin embargo, se nota un gran rezago, además de un desligamiento de la situación y el derecho a la salud de esta población. Como primera acción en el marco normativo internacional se encuentra lo dispuesto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y posteriormente a través de los años se hace referencia a la población migrante en otros documentos que regulan los derechos humanos. En 1960, entra en vigor la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas y la Convención para Reducir los Casos de Apátridas, señalando la importancia de respetar los derechos de estas personas, de la misma forma que la población extranjera en general.

Con respecto a Costa Rica, en 1973 se creó la Ley General de Salud N.º 5395 “(...) la cual vino a establecer la salud como un bien de interés público (...)” (Zúñiga, 2007. p. 20). Después de varios esfuerzos por reforzar la protección a la salud y pasando por paradigmas de la salud tales como la medicina curativa y posteriormente la preventiva, se llega a esta etapa en la cual la salud es pública y, por tanto, es el Estado el encargado de protegerla, específicamente, a través del Ministerio de Salud.

En dicho momento importa tanto la salud individual como la colectiva, y las personas se ubican como el centro de interés en esta tutela (Zúñiga, 2007), sin embargo, en consonancia con los pocos avances en materia migratoria en esta ley aún no se coloca el derecho a la salud de las personas migrantes, lo cual muestra un bajo o nulo interés en proteger la salud de esta población durante esta época.

Por otro lado, casi una década después cuando se da a conocer el virus de inmunodeficiencia humana en 1981 (Boza, 2017), el Marco Normativo Internacional se torna lento en surgir, debido a un aparente desinterés por parte de los grandes organismos reguladores de la salud, y la sociedad en general, rasgo que se venía evidenciado tanto a nivel internacional como nacional.

En el periodo comprendido entre los años 1979 y 1985 a nivel internacional se daban esfuerzos normativos destinados a proteger grupos vulnerabilizados, sin embargo, las acciones que se establecieron eran de carácter general, algunos aspectos que se incluyen son sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, donde, además, se incorpora el tema de la migración para las mujeres y que, aunque no expresa de manera específica el tema de la atención del VIH, permite incluir a las mujeres seropositivas y migrantes. Asimismo, se aborda la eliminación de la tortura, tratos crueles o degradantes, lo que de igual forma protege a las personas seropositivas y migrantes de ser expulsadas de un país ante el peligro de recibir algunos de estos tratos en su país de origen. Estas acciones son importantes para la protección de dichos grupos que, por las condiciones de discriminación y desigualdad, corren mayores riesgos en torno a su salud.

Por otro lado, los tratamientos antirretrovirales se promovieron entre 1987 y 1989; durante la Primera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos se discutió la importancia de elaborar normas a nivel internacional que fueran guía para los países y la formulación de sus políticas en torno al VIH, ya que históricamente el VIH ha cargado con un estigma social y cultural negativo lo cual genera el ocultamiento de la problemática, y lo que realmente se necesita es movilización de recursos provenientes de gobiernos y la sociedad civil (ONUSIDA, 2005).

Sin embargo, no es sino hasta 1996 cuando se crean las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos, siendo esta la respuesta a

la necesidad de que los gobiernos sean capaces de promover y respetar los derechos humanos de la población con VIH (ONUSIDA, 2006). Estas directrices, que surgen incluso más de 10 años después del descubrimiento del primer caso de VIH, son las primeras iniciativas halladas a nivel normativo internacionalmente y, de forma similar, en Costa Rica se crea la Ley General sobre VIH/SIDA N.º 7771, la cual data de 1998, evidenciando que se constituyeron en compromisos asumidos por el país. En el mismo año se promulga la Declaración Mundial de la Salud, que reafirma lo mencionado en la constitución de la OMS respecto a la igualdad de derechos y a la responsabilidad de los países en torno al derecho de la salud.

No obstante, se debe resaltar que, tanto a nivel internacional como nacional, el tiempo transcurrido para que esto se diera fue extenso, debido tanto a la estigmatización de la enfermedad, como al ocultamiento, desinformación y culpabilización de las personas que lo contraían como se mencionó anteriormente, eximiendo de responsabilidades a los gobiernos (ONUSIDA, 2005), esto permitió el avance de la enfermedad, sin existir acciones para la prevención, tratamiento integral y protección de la salud de la población que contrajo y seguía contrayendo el virus.

Aunado a lo anterior, es conveniente acotar que en América la descentralización de los estados y el sector salud, sumado al surgimiento de nuevos actores tanto públicos como privados, han generado cambios en la atención de las personas, eximiendo de responsabilidad a los ministerios nacionales de salud, delegando así ciertas acciones de salud pública y regulación sanitaria a instancias intermedias del Estado e incluso locales (OPS, 2002). Específicamente en Costa Rica, las OBS son quienes asumen responsabilidades estatales tanto el ámbito social, de salud y migración; dichas organizaciones se encuentran reguladas en el Reglamento a la Ley de Asociaciones del 2001, y en el reglamento de la Prestación de Servicios del IMAS y sus posteriores modificaciones.

Es importante señalar que la salud entendida como parte de un constructo social y su acceso universal como derecho humano, posee dimensiones que se desligan de las labores estatales en torno a la salud pública, y que están vinculadas con las construcciones culturales, comportamientos individuales y colectivos que se suman a las acciones del Estado (OPS, 2002), pero si bien los estereotipos y tabúes creados en torno a la población seropositiva a lo largo de los años ha impulsado a los estados a

tomar partida en dicha dimensión social, no es sino hasta el año 2002 que, desde ONUSIDA, se da la promulgación del Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH, el cual pretende impactar en la cotidianidad de las personas y romper con dichos constructos sociales.

En Costa Rica específicamente sobre el tema migratorio, a nivel normativo, se identifica la Ley General de Migración y Extranjería N.º 8764, aprobada en 2009, por lo que es relativamente reciente, la cual ahonda extensamente en cuestiones relativas a los requerimientos tanto para el ingreso, como para la salida y la permanencia en el territorio nacional de personas extranjeras, como un parámetro para el control de esta población mientras se encuentra en el territorio nacional. Si bien se habla de la necesidad de integrar a estas poblaciones a la sociedad, señalando como responsabilidad de todas las instituciones y personas, esta ley se centra más en los aspectos punitivos y de control.

Posterior a esta ley y a reconocer que existe discriminación en varios ámbitos como la salud, el trabajo, la educación y a nivel familiar, social, entre otros, para esta población, se han desarrollado normativas que evolucionan a un interés mayor por la protección de los derechos de la población migrante, así como la creación de planes nacionales vinculados con su abordaje.

Se evidencia que el VIH no es una condición que afecte a las personas solo a nivel de salud, por lo cual se debe abordar su atención de manera integral, este aspecto ni siquiera había sido mencionado en ningún instrumento hasta antes del 2002 y a nivel nacional, el marco normativo no presentó cambios respecto al VIH, hasta el año 2015, donde se evidenció un interés por generar avances en la atención de las personas con VIH, mediante la implementación de la directriz N.º 037-S que trata sobre la atención integral por enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA y en donde por primera vez de manera clara se estipula la obligatoriedad de la CCSS en la atención médica por dicha enfermedad y acceso al tratamiento de personas portadoras de VIH sin importar su situación migratoria o su acceso a alguna modalidad de aseguramiento.

En este mismo periodo, específicamente en el año 2016, se da también un avance significativo a nivel internacional en torno a los derechos de las personas que, por múltiples razones, deben migrar de sus países de origen, pues se promulga la Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes, así como el Pacto

Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. Posteriormente, acorde a esto, en el país se aprueba la Directriz N.º 046-S sobre la obligación de brindar atención de la salud y tratamiento a la población migrante continental y extracontinental en Costa Rica, respondiendo al contexto político, económico y social convulso de la región, que ha tenido un impacto directo en relación con el movimiento migratorio.

Las políticas migratorias vinculadas a atender las necesidades de dicha población actualmente son pocas y de reciente creación, se reconoce que en el país se han realizado modificaciones a leyes y reglamentos con el fin de volverse más incluyente, sin embargo, además de ser acciones muy recientes, estas tienen poca divulgación, lo cual ralentiza el avance e impacto que estas pretenden generar.

Asimismo, es evidente que, tanto en lo internacional como en lo nacional, ha existido una fuerte carencia por abordar al VIH de una manera integral y aunque existen iniciativas como la mencionada directriz, no abarca la integralidad y el alcance necesario.

A pesar de esto, se debe reconocer que en el 2019 Costa Rica dio un paso adelante en esta necesidad, y retoma el tema en la normativa nacional, pues surgió la Reforma Integral a la Ley General sobre el VIH-SIDA N.º 9797, la cual acompaña estas acciones con planes y políticas nacionales, mostrando un mayor avance en materia de derechos humanos, al igual que en la prevención y atención de la enfermedad.

Como se ha podido observar a lo largo de los años a nivel internacional y nacional, se han hecho esfuerzos por proteger los derechos de las personas migrantes con VIH, sin embargo, se evidencia una fragmentación de la política según las temáticas a las cuales responden, centradas en dos grandes grupos: migración-VIH y salud-VIH. En tanto, existe una segmentación de las acciones sobre la atención de VIH y migración, lo cual limita la respuesta integral del Estado y organizaciones no gubernamentales ante las necesidades de la población.

Finalmente, es evidente que los cambios se deben dar no solo a nivel de los acuerdos o instrumentos políticos o legales que se suscriben, sino a nivel estructural en los diferentes estados, en especial en Costa Rica, abordando las distintas aristas que se entrecruzan al hablar de la atención de la población migrante con VIH.

Capítulo 5. Factores de vulnerabilidad para las personas que viven con VIH en situación migrante.

La movilización a un entorno desconocido y, en ocasiones, incierto es un fenómeno global que afecta a individuos, grupos, familias, y este movimiento se ve agravado por un contexto globalizado con un entorno geopolítico convulso. Los motivos para decidir migrar son variados, pero en la mayoría de los casos se busca mejores y mayores oportunidades para aumentar la calidad de vida de las personas que, probablemente, en su lugar de origen no existían o eran inaccesibles (Organización Integral para las Migraciones, OIM, 2018).

Para el presente estudio, resulta fundamental entender cómo la migración motiva e impacta en la vida de las personas usuarias y la atención que se brinda desde el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, ya que es tanto un factor que ha llevado a las personas a tener la necesidad de recibir estos servicios, como un elemento que tiene implicaciones en la atención que se brinde desde el equipo interdisciplinario de la organización.

Ante estos cuestionamientos, en este capítulo se desarrolla una serie de indagaciones que tienen el propósito de explorar por qué las personas migraron, específicamente a Costa Rica, así como las implicaciones que esto tuvo en su salud y desarrollo del VIH. Para dicho propósito se consultó en fuentes bibliográficas y, además, se realizaron entrevistas con profesionales del equipo interdisciplinario del HNSE, personas usuarias del Hogar, que además están en situación migrante, y personas expertas de distintas instituciones que, ya sea por su posición profesional o por el lugar en que laboran, han adquirido experticia tanto en la población VIH-migrante, como en la atención que se les debe brindar.

1. Migración: motivaciones e implicaciones

La migración es un fenómeno histórico y constante a nivel mundial, el proceso de *movimiento migratorio* conlleva una serie de repercusiones en la vida de las personas debido a las problemáticas sociales que se desprenden de ella y hacen a las personas tomar la decisión de marcharse de su lugar de origen (pueblo, ciudad, país, etc.) hacia otra parte. Al respecto, enfatizan Fernández et. al. (2018) que

La persona migrante es muy vulnerable desde el mismo instante en que decide marcharse de su hogar y emprender la búsqueda de un mejor futuro. Requiere el valor y la decisión de desprenderse de la familia, las costumbres, la seguridad, del alimento. Enfrentar los retos del tránsito migratorio hasta el destino soñado, y finalmente, tratar de insertarse en la sociedad meta, para asimilarse y alcanzar el objetivo de una mejor calidad de vida. (p. 95)

En esta línea, se tiene que las personas deciden migrar al ir “(...) en busca de una mejor calidad de vida, por lo general, la situación política, económica, social e incluso ambiental (...)” (Ministerio de Salud, 2016, p. 4) y son motivos que impulsan a las personas a buscar otro lugar en el que puedan sentirse seguras, con mejores oportunidades para cubrir sus necesidades. A raíz de las entrevistas con personas usuarias del HNSE, esta idea se reafirma, ya que la mayoría expresa un atractivo económico, ambiental, educativo e incluso de asentarse con familia que ya había migrado al país.

Al respecto de esta situación, las personas expertas entrevistadas durante el trabajo de campo, coinciden en que la migración empieza por la decisión de trasladarse a otro lugar, ya sea de un país a otro, como dentro de un mismo territorio. Asimismo, reconocieron que existen distintos estatus migratorios que se pueden observar en la actualidad, los cuales son: situación regular, irregular, visa humanitaria y solicitantes de refugio. También es importante recalcar sobre estas personas, principalmente la persona entrevistada del Hogar de Paso Ancho, profesional de Enfermería, que “la situación migrante es una situación que afecta a las personas a nivel integral, es un asunto más allá de trasladarse a otro país y de dejar el país de origen, tiene que ver con cuestiones sociopolíticas (...)” (Enfermería Hogar de la Esperanza, Comunicación personal, 2021). Esta persona indica que, para él, las poblaciones migrantes son vulnerables.

Es importante considerar que, si bien la migración es una decisión que se toma, generalmente, con la intención de mejorar la calidad de vida, también tiene su impacto negativo en las personas. La OIM (2018) lo expresa de la siguiente manera:

La migración ha contribuido a mejorar la vida de las personas tanto en los países de origen como en los de destino y ha brindado a millones de personas en todo el mundo la oportunidad de forjarse una vida segura y plena en el

extranjero. Sin embargo, no todos los movimientos migratorios se producen en circunstancias favorables (p. 1).

Ahora bien, a pesar de no ser una mejoría segura, las personas deciden movilizarse a este país, lo que se puede explicarse porque Costa Rica, por su posición geográfica y su reconocimiento como un país pacífico y sin ejército, se convierte en un punto atractivo para la migración, ya sea de asentamiento o tránsito a otros países de la región. Asimismo, como menciona el Ministerio de Salud (2003):

El contexto económico y político costarricense propicia una serie de condiciones positivas para la llegada de población migrante que viene en busca de trabajo o de una oportunidad para desarrollar actividades lejos del conflicto y la violencia política vivida en otros escenarios nacionales (p. 7).

Las personas usuarias entrevistadas, por ejemplo, comentaron que sus motivos para migrar a Costa Rica y asentarse en este país fueron, principalmente, los siguientes:

Figura 2. Principales motivaciones para migrar a Costa Rica.



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a personas usuarias del HNSE durante el 2021.

Con estas motivaciones, se puede inferir que Costa Rica se presenta como un destino que parece brindarles oportunidades de mejorar su calidad de vida, tanto a las personas entrevistadas, como a sus familias. Se puede afirmar que es debido a condiciones que impiden tener una buena calidad de vida, por lo que las personas migrantes llegan a lugares donde se convierten en una persona externa, lo cual puede llevar a que se expongan a otros factores que les vulnerabiliza. En palabras de la OMS (2007) se menciona que:

Las personas que acaban de migrar a menudo se ven enfrentadas a una situación de pobreza y marginación y tienen escaso acceso a prestaciones sociales y

servicios de salud, sobre todo en los primeros tiempos de la inserción en un nuevo entorno (ya sea dentro o fuera del país de origen o retorno). (p. 2)

Ante las dificultades mencionadas, las personas migrantes necesitan de otros recursos que sean más accesibles, para subsanar estas condiciones de vulnerabilidad y, en vista que la población a la cual se brinda la atención integral en el HNSE tiene, además, una condición de salud que requiere regularidad, se quiso conocer también cómo son los procesos por los que han pasado desde la llegada al país y las implicaciones en su condición de VIH.

2. Salud y VIH en un contexto migratorio: impacto y progreso de la enfermedad

Bajo las mencionadas condiciones, se denota que las personas migrantes se enfrentan a distintas y numerosas barreras a la hora de acceder a servicios incrementando su vulnerabilidad sanitaria (tanto física como mental) que se desliga del proceso migratorio (OMS, 2007). Así es que, además de sus dificultades para tener acceso a un trabajo bien remunerado, a la educación, y a la vivienda digna, también encuentran dificultades para tratar su salud en servicios públicos, debido a cuestiones como su estatus migratorio.

Se reconoció que las barreras en el acceso a servicios de salud para las personas migrantes es una problemática que comienza por el desinterés para atender la salud de las personas migrantes, así como a factores ya discutidos como la xenofobia, la discriminación, la política pública o la falta de ella, y la visión de otredad que se tiene en los países de acogida (OMS, 2007; Fernández et al., 2018).

Costa Rica no es ajeno a mostrar rasgos culturales y sociales que promueven la discriminación de las personas migrantes, agravándose la situación cuando tienen una condición de irregularidad, lo cual impacta en el acceso a servicios. En referencia al discurso de ostracismo, Gatica (2017) comenta cómo en el país existe un discurso que coloca a la persona costarricense en una posición de superioridad sobre la persona migrante, exaltando el nacionalismo y la xenofobia. Otro factor que profundiza estas

desigualdades, como comentó Priscila Delgado, trabajadora social (Comunicación personal, 2021) es el país de origen, ya que los y las inmigrantes de países anglosajones y latinoamericanos, principalmente centroamericanos, reciben un trato muy distinto, tanto por la apariencia física, como por la cantidad de recursos económicos que el país de origen tiene, yendo más allá de la persona.

Estos factores están presentes en la dificultad que encuentran las personas migrantes para acceder a los servicios de salud pública y, al considerar que “Costa Rica sobresale como un destino constituido por diferentes nacionalidades y la consecuente interacción de culturas, que en un espacio de reciente historia y pequeña extensión geográfica, constituye una amalgama compleja, vasta y de coyuntura para su desarrollo” (Ministerio de Salud, 2016, p. 5), el brindar servicios adecuados, acorde a los derechos humanos en materia de salud debería ser una prioridad.

Sin embargo, el acceso a servicios de salud para las personas migrantes se ve altamente condicionado a su situación migratoria, al acceso al trabajo y al aseguramiento, lo cual lleva a que la atención se vea mermada en caso de no cumplir con dichos requisitos. Para reafirmar la idea se visualiza que:

En principio, y de acuerdo con el marco político-institucional prevaleciente, los servicios de salud se encuentran disponibles para aquel que los necesite. Sin embargo, para los inmigrantes, el acceso a tales servicios depende de tres elementos: su condición migratoria, las condiciones laborales de contratación y el nivel de atención. (Ministerio de Salud, 2003, p. 25)

No obstante, no todas las personas migrantes que habitan en el país lograron entrar por medios “regulares”, ya que para ello se necesita de condiciones adecuadas a nivel económico por los altos costos que tienen los requisitos burocráticos de entrada al país, político tanto en el lugar de origen como el de llegada, y sociales como oportunidades de acceso a nivel educativo y laboral. Sin embargo, en muchas ocasiones no existen ni las condiciones ni la voluntad, al respecto Canales et. al. (2019) menciona que:

La narrativa oficial predominante sobre migración, que explica sus causas y consecuencias y orienta la gobernanza y las políticas públicas, está basada en un paradigma de la seguridad nacional que privilegia los controles y seguridad

fronterizas. Esta narrativa oculta o subestima las causas estructurales de la migración, invisibiliza sus aportes a la economía, la sociedad y la cultura, vulnera la situación de los derechos humanos de los migrantes en tránsito, criminaliza la migración irregular y simplifica y politiza un fenómeno complejo y multicausal. (p. 14)

Bajo este panorama plagado de barreras políticas, sociales y culturales, las personas migrantes tienen un acceso a servicios de salud condicionado, y considerando que su estatus migratorio es difícil de regularizar, mientras se encuentran en dicho proceso quedan desprotegidas a nivel sanitario, pero al contar con una condición como el VIH, el acceso al tratamiento antirretroviral resulta indispensable para desacelerar el progreso de la enfermedad.

Ante esto es importante tener presente, como se verificó en el Capítulo 4, que en el país existe la Directriz N.º 037-S (2015), además de la Reforma Integral Ley General sobre el VIH-SIDA, N.º 9797 (2019), con las que se exige que se brinde tratamiento antirretroviral y atención integral a la población migrante sin importar su condición. No obstante, los y las profesionales del HNSE expresan que, en la práctica, la situación se complejiza por motivos culturales, sociales e institucionales. Al preguntarles sobre las diferencias en el acceso a servicios de salud para personas nacionales en contraste con migrantes seropositivas, hay un consenso casi total en que las limitaciones para estos últimos, tienen carácter burocrático, cultural y legal. Para ejemplificar esto se tiene una serie de opiniones colectivas entre profesionales y otras expresadas por un solo profesional, lo cual se presenta a continuación.

Tabla 1. Valoraciones sobre acceso a atención integral y tratamiento antirretroviral para personas nacionales y migrantes seropositivas.

Diferencias entre el acceso al tratamiento antirretroviral y atención integral entre personas seropositivas nacionales y migrantes regulares o irregulares.	
Opiniones colectivas	Opiniones individuales
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo Social, Administración, Fisioterapia B y Medicina refieren que, al tener una situación migratoria irregular, lo cual significa no contar con documento de identidad o la documentación necesaria para la realización de los trámites migratorios, las personas presentan dificultades y barreras para poder acceder al TARV. 2. Todos los profesionales, excepto Odontología (que no responde), ven que efectivamente existe una diferencia en el acceso a los servicios de salud pública de las personas migrantes en situación regular e irregular. 3. Asistencia de pacientes y Fisioterapia A destacan la discriminación y estigma que sufre la población con VIH, lo que se puede traducir en miedo y temor de acercarse a recibir y exigir atención médica. Asimismo, Nutrición y Asistencia de Pacientes evidencian que hay una discriminación por ser migrantes. 4. Los profesionales, además, destacan que la dificultad para la población migrante depende de su estatus migratorio, situación que se intensifica, por un lado, porque las mismas personas usuarias y funcionarias del sector de salud pública en Costa Rica desconocen la legislación que permite darle acceso al tratamiento y atención en salud del 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración señala el hecho que las personas que se encuentran en condición irregular no existen para el sistema, lo cual hace que estas personas se mantengan sin acercarse a las instituciones porque existe temor a que su situación empeore. 2. Psicología menciona la complejidad de hacer referencias a otras instituciones porque se necesita una cédula de identidad, además de que el proceso de regularización tiene un costo elevado. 3. Nutrición acota que siempre existe algún motivo en papel, para negarles la atención a las personas migrantes, principalmente irregulares. 4. Asistencia de pacientes considera que las situaciones para las personas extranjeras y nacionales son muy diferentes ya que en el caso de las personas migrantes se debe hacer un trámite para justificar el uso del tratamiento y revelar su condición de VIH, que muchas veces es incómodo, debido a los mismos estereotipos sobre la enfermedad. 5. Fisioterapia B hace referencia a que si la persona migrante tiene sus papeles al día es como cualquier otro costarricense y no hay problemas para recibir su atención médica.

<p>VIH a cualquier persona sin importar su situación como, por ejemplo, no tener documentación o seguro social. Considerando que no es una atención prioritaria, y en ocasiones se pospone en favor de una persona que cumpla con los requisitos mencionados, o alguien nacional.</p>	
---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a profesionales del HNSE durante el 2021.

Con lo anterior se puede observar que existe gran similitud entre los factores de vulnerabilidad que identifican en el acceso de la población migrante a los servicios de salud. En ellos se enfatiza la dificultad de procesos burocráticos, el mal trato de personal en salud pública y el desconocimiento de estos sobre los alcances de las leyes, así como de las personas usuarias, quienes ven mermados sus medios para la exigibilidad de sus derechos.

En una línea similar, las personas expertas también tienen sus opiniones sobre el acceso a servicios de salud de la población migrante, entre lo cual destaca que, como principal factor de vulnerabilidad, está el estatus migratorio, pues de esto depende si puede tener acceso al aseguramiento y, por lo tanto, a los servicios de atención en salud. En el caso de situación migratoria irregular, el hecho de comenzar un proceso de regularización es complicado debido a la necesidad de documentos que comprueben su nacionalidad, lo cual dependiendo del contexto sociopolítico del país de origen puede no ser realizable, además de elevados costos de trámites, y un tiempo extenso de respuesta institucional puede generar una mayor vulnerabilidad a la persona. Dichas opiniones, como se pudo analizar, siguen la misma línea que las de los y las profesionales del Hogar, lo cual mostró que, a pesar de estar ubicados y ubicadas en distintas instituciones y ámbitos, las problemáticas que mencionaron se encuentran presentes en todo el país y, específicamente, en su sistema de salud público.

Además, los y las expertas mencionaron otros factores como el desconocimiento de la información por parte de las personas usuarias, las pocas o nulas redes de apoyo, situación de callejización, consumo de sustancias psicoactivas y

exclusión social (por la condición de VIH o por ser migrante). Se identificó también que la falta de información es un factor que influye dentro de las instituciones o profesionales. Así como la situación psicosocial de la persona, se logró corroborar que estos factores igualmente fueron abordados por los y las profesionales de la organización, destacando que, a pesar de las diferencias entre instituciones, servicios y de la misma población, las condiciones de vida se asemejan en todos estos ámbitos.

Las personas expertas también resaltan que, según el estatus migratorio, se observan diferencias entre la atención a ellas en comparación con las personas nacionales. Destacan que esto se expresa, principalmente, en la atención que reciben por parte de puestos administrativos, de recepción o secretaría, que son el primer enlace de las personas usuarias con el personal de salud y los centros de atención pública.

Esta serie de elementos en conjunción inevitablemente podrían impactar ya sea en el contagio, como en el progreso individual del VIH. En la actualidad, los avances en materia de salud y los conocimientos sobre la prevención y el tratamiento del virus han creado herramientas que posibilitan controlar la epidemia a nivel mundial y conseguir que este deje de ser un problema de salud pública; sin embargo, esto se dificulta en tanto exista una visión que obstaculice el abordaje integral de aquellos determinantes que ponen limitaciones a los servicios sanitarios y la lucha contra el virus (The Global Fund, 2019).

Como parte de estos determinantes, se encuentran los mitos que rodean al virus y la discriminación a las personas que lo tienen, ya que su descubrimiento suele estar asociado a poblaciones socialmente estigmatizadas como “los varones homosexuales, las y los trabajadores sexuales y las/los usuarios de drogas inyectables (UDI), ya que los primeros casos en Estados Unidos de América se detectaron en dichas poblaciones” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016, p. 6). Asimismo, como se ha explorado en este estudio, otra población muy discriminada respecto a servicios de salud son precisamente las personas migrantes, ya que existe un discurso xenofóbico que impregna la sociedad.

A pesar de los avances en derechos humanos y la lucha contra la estigmatización y no discriminación, “dentro de sus propias familias y comunidades, las personas seropositivas o afectadas por el VIH se enfrentan al estigma internalizado

y al aislamiento como resultado de los prejuicios y el rechazo” (The Global Fund, 2019, p. 3). Esta discriminación tiende a aumentar el miedo generalizado hacia el VIH y con ello la vulnerabilidad a la infección, la detección y su tratamiento, así como el autoestigma en los y las portadoras del virus, quienes, en muchas ocasiones, dejan de autopercibirse como sujetos de derecho (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016).

Debido a las características degenerativas y vulnerabilizantes de esta enfermedad, la atención y la toma del tratamiento antirretroviral de manera puntual es indispensable, y en el caso de la población migrante, principalmente en situación irregular, esto se complica ante las negativas que reciben en los hospitales del sector público, como mencionaron las personas profesionales del Hogar y personas expertas de otras instituciones. Existe un gran desconocimiento sobre la enfermedad, los recursos legales, así como sobre el estado cognitivo, el nivel de escolaridad y otras características que pueden ser discriminatorias como el género y la edad, aunado a enfermedades oportunistas que podrían tener las personas con VIH. Estos factores son sumamente dañinos ya que:

La toma adecuada del tratamiento es la clave del éxito del tratamiento antirretroviral. El cumplimiento irregular favorece la progresión de la infección y la disminución de los linfocitos CD4. Además, aumenta el riesgo de que el virus se haga resistente a los fármacos antirretrovirales, disminuyendo las opciones de encontrar un tratamiento eficaz. (GeSIDA & SEISIDA, 2017, p. 25)

Es importante considerar que, para lograr un abordaje integral del VIH, el acceso a la información es fundamental para propiciar un cambio actitudinal en las personas, en particular los grupos vulnerables, para que así puedan tomar decisiones en torno a la prevención de la transmisión o en caso de vivir con VIH puedan adoptar las estrategias para la adherencia al tratamiento, pero que sin duda debe ir de la mano con la cobertura del sistema de salud, para que los servicios de salud se brinden de manera continua ante una enfermedad crónica, logrando cambios actitudinales que pasan por la discriminación y la estigmatización de la población con VIH (The Global Fund, 2019).

Al indagar con las personas usuarias sobre sus dificultades para acceder a los servicios de salud en el sector público, la mayoría expresa no haber tenido ningún inconveniente, lo cual se puede relacionar a que todos y todas se encuentran en situación regular, de naturalización, en proceso de regularización nuevamente o mientras se encuentran dentro del Hogar reciben acompañamiento en el seguimiento de citas médicas y de los procesos socioeducativos para aprender a exigir su derecho al tratamiento. Asimismo, algunos hospitales prestan facilidades para que las personas reciban esta atención, ya que una de las personas usuarias hace hincapié en que en el Hospital Calderón Guardia el servicio era muy bueno al contar con un equipo interdisciplinar y de infectología fuerte, pero, al cambiar al Hospital Max Peralta, la atención era deficiente, se cometieron errores de diagnóstico y se intentó darle de alta, a pesar que el VIH necesita atención continua (Usuario 1, comunicación Personal, 2021).

Asimismo, tres personas usuarias comentan sobre malos tratos, irresponsabilidades y la dificultad para conseguir citas en cortos periodos de tiempo. Para ejemplificar mejor estas dificultades, se contemplan algunas opiniones directas de la entrevista con personas usuarias en la siguiente figura:

Figura 3. Acceso a servicios de salud pública: perspectiva de la persona usuaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a personas usuarias del HNSE durante el 2021.

Comparando las opiniones de profesionales y personas usuarias, se nota que los y las usuarias en condición regular reciben una atención bastante acertada y perciben de manera positiva, en su mayoría, el servicio, pero es indudable que el sector de salud pública tiene algunas carencias que pueden mejorarse, de acuerdo con los y las profesionales, en la atención que brindan a usuarios y las usuarias migrantes en situación de irregularidad, aún más tomando en cuenta que existe sustento jurídico que obliga a cualquier personal administrativo o médico a brindar el tratamiento, las citas de control médico y el seguimiento a enfermedades derivadas del VIH a las personas, sin importar su condición legal.

Ahora, entendiendo las dificultades propias de la enfermedad y la situación migratoria, el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza entra a cumplir un papel de suma importancia en el cumplimiento de la adherencia al tratamiento de las personas usuarias, así como brindarles una atención integral. Los medios usuales por los que se puede ingresar al Hogar son por referencia de hospitales o por medios propios. Así, se observó que 4 de los y las usuarias llegaron por referencia del hospital donde les atendían, por una decaída de salud usualmente o, en el caso de una usuaria, por conocer su diagnóstico al realizarle un examen de sangre, como parte del proceso de embarazo. Sin embargo, otro usuario, específicamente menciona que en el Hospital no le comentaron nada del Hogar, por lo cual llegó por sus propios medios.

Además, es importante recalcar que el contexto social, económico y cultural también son factores que influyen tanto en el desarrollo de la enfermedad, como en el estado emocional de las personas y su necesidad de una atención integral más personalizada y constante. Esto se quiere recalcar ya que, además de la crisis en salud, se logra evidenciar que previo al ingreso al Hogar dos de los usuarios se encontraban viviendo procesos emocionalmente difíciles: uno de ellos con un estado emocional de alto estrés por no tener recursos económicos, estar confundido y presionado por su situación de pobreza; el otro por un intento de suicidio por problemas familiares que se generaron a partir de su diagnóstico de VIH.

A partir de las situaciones descritas y en razón de ir respondiendo el problema de estudio, se quiere conocer cómo es la atención brindada por el equipo interdisciplinar del HNSE, por lo cual se procederá a desarrollar especificidades del funcionamiento del Hogar, y la interacción de sus profesionales, en la búsqueda de brindarles la atención necesaria a las personas usuarias.

Capítulo 6. La atención integral e interdisciplinaria en el HNSE.

En el presente capítulo se estudian las características, tanto del Hogar, como del equipo interdisciplinario, ampliando en este al ser parte fundamental del objeto de estudio, el cual se tiene especial interés en conocer. Además, se profundiza en lo que el mismo Hogar y sus profesionales comprenden por equipo interdisciplinario.

En un segundo punto se explora la atención integral e interdisciplinaria en el HNSE, sus componentes y cómo lo aborda el equipo de trabajo, asimismo, se compagina con los protocolos de atención que posee el Hogar, en contraste de la opinión de las personas profesionales.

Los puntos aquí descritos se sustentan a partir de revisión y análisis bibliográfico, así como la información recopilada de entrevistas realizadas con profesionales del Hogar, personas usuarias migrantes que se encuentran en la organización y opiniones de personas expertas que trabajan las temáticas desde otras instituciones que han llegado a vincularse al HNSE.

1. Organización de bienestar Social: Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.

La organización fue constituida legalmente en 1998 e inaugurada en el 2003 año en que se da el ingreso formal de personas al hogar y, según indica Gamboa (2021), quien se desempeñaba como Administradora “(...) nació con la motivación de atender a personas afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que vivían en situación de pobreza, abandono familiar y discriminación social a causa de su enfermedad” (Administración, comunicación personal, 2021) con una postura y principios cristianos de ayuda al prójimo y solidaridad.

En la actualidad, el Hogar es un lugar de estancia limitada por un tiempo aproximado de 6 a 9 meses, con posibilidades de extenderse según casos específicos y atiende a población mayor de edad, hombres y mujeres, tanto nacionales como extranjeras en situación de vulnerabilidad, entre ellas personas en pobreza, con discapacidad, situación de calle y en consumo de sustancias psicoactivas. Su edificación, según indica la administradora, está diseñada para atender a un máximo

de 28 espacios, de los cuales 19 están destinados a hombres y 7 a mujeres, y los restantes dos 2 cupos están destinados a aquellas personas de recién ingreso que necesitan una atención y supervisión médica por su condición de salud (Administración, comunicación personal, 2021).

Al cuestionar sobre los principales grupos de edad y de género en que se agrupa la población que atienden las y los profesionales tienen claro el perfil de personas usuarias que son ingresadas en el Hogar, el cual se caracteriza por ser en su mayoría hombres, a partir de los 18 años y hasta los 76, que es la persona con más edad al momento de las entrevistas, el mayor rango de edad es de adultos jóvenes entre 35 a 50 años. El Hogar tiene por política trabajar con personas mayores edad, sin embargo, como lo indican desde Administración y Trabajo Social (Comunicación personal, 2021) en algunos momentos se han tenido PME por solicitud del PANI, cuando la madre o representante legal ha permanecido en las instalaciones, generalmente han sido mujeres embarazadas a quienes se les ha dado acompañamiento desde el Hogar.

Hay un patrón muy claro en lo que respecta a la distribución de los cupos, pues hay mayor espacio para el ingreso de hombres, ya que en el periodo en que se realizaron las entrevistas los y las profesionales coinciden en que aproximadamente el 90% de las personas ingresadas son hombres y un 10% son mujeres, en su momento solo había 3 mujeres ingresadas, lo cual según se indica no ha sido establecido por normativa del Hogar sino propiamente por la demanda.

En sus inicios, según indica la administradora de la organización (Comunicación personal, 2021), el Hogar era un lugar donde se recibía a personas con VIH en situación de vulnerabilidad y sus servicios se enfocaban en garantizar necesidades básicas, es decir, techo, alimentación y vestuario, con un enfoque de carácter más asistencialista. Surgiendo según la demanda la necesidad de especializar esa atención y abordar de una manera más integral a la población en aras de mejorar su condición de vida, lo cual se refleja en la visión organizacional:

La Asociación brindará servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH, en coordinación con la Caja Costarricense del Seguro Social, con el apoyo de la Junta de Protección Social y de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para promover la reinserción familiar y social de la población atendida en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, o en sus

domicilios, y contribuirá con sus programas a disminuir la infección por el VIH, así como el estigma y la discriminación que afecta a estas personas. (Administración, Comunicación personal, 2021)

Al respecto, la Caja Costarricense de Seguro Social (2003) indica que la respuesta de la atención integral en salud puede darse a nivel individual o colectivo y estas “(...) intervenciones diseñadas y decididas por las instituciones, grupos organizados o las que se producen en forma espontánea en la sociedad por los grupos sociales, de frente a las necesidades y problemas de salud.” (p. 42), acotando que estas intervenciones pasan por diferentes niveles: el estatal, el comunitario, grupal y finalmente por el individual.

En tanto, organizaciones de la sociedad civil como el HNSE en los últimos años han desarrollado esfuerzos en generar herramientas para atender a las poblaciones más vulnerables, tareas delegadas por la descentralización a nivel estatal, es así que se crea un vínculo entre el Hogar e instancias públicas como la CCSS, JPS y el IMAS dirigidas a atender la política social y protección de los derechos de estas poblaciones, es así que:

Las ONGs que trabajan en VIH en Costa Rica han desarrollado su trabajo alrededor de la articulación de acciones, tecnología y potencial humano para hacer frente a la situación del VIH y el sida en las poblaciones más vulnerables del país, desarrollando estrategias para lograr un mayor impacto en las acciones de planeación, investigación, prevención, atención, asesoría, coordinación, desarrollo, evaluación y seguimiento de la pandemia. (CONASIDA, 2016, p. 43).

Según lo anterior y en aras de garantizar el cumplimiento de los derechos de esta población y ofrecer una mejor atención, es que surge en el HNSE, para dar respuesta a la necesidad de especializar los servicios y brindar una atención integral dando como resultado la iniciativa de conformar un equipo interdisciplinario con el cual abordar a través de diferentes áreas a la población usuaria. Desde el punto de vista de Pizarro:

El equipo interdisciplinario, está constituido por un grupo de profesionales, en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien

tiene un campo de acción definido o bien es la acción simultánea y metódica de los profesionales de un mismo servicio, aportando bajo la autoridad de un responsable, una contribución bien definida al estudio y al tratamiento de una situación dada. (Pizarro, 1981, p. 11)

En esta misma línea, se puede acotar que la acción interdisciplinaria, el acercamiento intersectorial e interorganizacional en el abordaje de los determinantes sociales de la salud son responsabilidad del Estado, el gobierno y la sociedad civil, y la respuesta social organizada favorecen a los servicios de salud en la atención de los problemas de salud de la población (CCSS, 2003).

En tanto el HNSE, en su rol de organización de la sociedad civil, asume un papel protector de los derechos de las poblaciones vulnerables con VIH, superando su visión asistencialista, al apostar por la conformación de un equipo interdisciplinario, pues a través de los equipos interdisciplinarios según Pizarro (1981) es posible contribuir al conocimiento integral del ser humano y sus relaciones con la sociedad, con su autoformación y transformación de la realidad, además la autora indica que estos grupos de conocimiento buscan generar cambios en la sociedad mediante el estudio de problemas sociales económicos, médicos, educativos entre otros.

Según lo anterior, es que se busca un abordaje desde distintas áreas, en tanto se indaga con las y los profesionales del Hogar, por la constitución de dicho equipo cuyas respuestas se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Integración del equipo profesional del HNSE.

Integración del equipo profesional	
Similitudes	Diferencias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo Social, Administración y Nutrición consideran que el equipo interdisciplinario se compone de: Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Fisioterapia, Enfermería, Medicina y Odontología. 2. Psicología menciona las mismas profesiones, exceptuando a Odontología. 3. Asistencia de Pacientes no menciona Odontología ni Fisioterapia. 4. Odontología no menciona a nutrición ni a Fisioterapia. 5. Únicamente Enfermería y Medicina mencionan como parte del equipo a la coordinación administrativa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una diferencia importante es que Psicología, Fisioterapia A y Asistencia de Pacientes reconocen como parte importante del equipo a personal de cocina, y asistente de pacientes agrega al de misceláneos. 2. Se evidencia la importancia y el acompañamiento que realiza el asistente de pacientes, sin embargo, este no es considerado parte del equipo interdisciplinario, únicamente es mencionado por Fisioterapia. 3. La coordinadora de Enfermería distingue dos categorías: equipo interdisciplinario (Trabajo Social, Psicología, Medicina, Enfermería y Administración), quienes tomaban decisiones del manejo del Hogar y en relación a los casos; y el equipo profesional (Trabajo Social, Psicología, Medicina, Enfermería y Administración, se incluye a Nutrición y Terapia Física), quienes se reunían semanalmente para analizar cada caso.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a profesionales del HNSE durante el 2021.

Sin bien las repuestas de los y las profesionales, como se observa en la Tabla 2, se encuentran en la misma línea, se logra evidenciar que en ciertas ocasiones no hay una diferenciación entre el equipo interdisciplinario el cual está integrado por 5 profesionales (Trabajo Social, Psicología, Medicina, Administración y Enfermería) y el equipo profesional, en el que se integran a las demás profesiones como Nutrición y Terapia Física. En esta misma línea es importante señalar el rol que cumplen el equipo de cocina, así como el de limpieza en la atención de la población, que fueron mencionados por dos de los profesionales como parte del equipo interdisciplinario.

Además de la conformación del equipo profesional, se indaga con los y las profesionales del HNSE sobre su rol y el de sus compañeros y compañeras de trabajo, donde se logra observar que, a nivel general, tienen conocimiento de las demás profesiones y de la manera en que está conformado el equipo interdisciplinario, sin embargo; la mayoría no lo menciona de forma específica como el área clínica o el área psicosocial, haciendo la clasificación, sino que lo refieren como un todo.

Asimismo, en algunos casos no se explica cómo es la dinámica con las demás profesiones y el rol que tienen en el equipo, pero quienes lo explican enfatizan en el trabajo con las profesiones con quienes tienen más relación como por ejemplo Fisioterapia trabajan mucho de la mano con Medicina y Nutrición.

Por lo comentado, se denota que la coordinación del área clínica tiene una mayor responsabilidad en la toma de decisiones. Medicina explica que es el coordinador de todos y todas las profesionales del área clínica y establece las pautas sobre cómo intervendrán desde las demás áreas, además de brindar atención directa a pacientes. Menciona también que, a pesar de que en el Hogar el trabajo es interdisciplinario, el coordinador siempre debe ser un profesional de Medicina, señalando que es quien se encarga de tomar las decisiones clínicas (Medicina, Comunicación personal, 2021).

Sin embargo, como refiere la administradora, con la integración de Trabajo Social y Psicología al equipo de profesionales, se empezaron a dar pautas para analizar los casos, lo cual también implicó, como comenta Trabajo Social:

(...) hacer un proceso de sensibilización muy fuerte hacia otros profesionales para lograr que el equipo Interdisciplinario asumiera este tipo de enfoque centrado en la persona y en sus derechos humanos, no sólo centrada en la parte clínica y de igual manera ya la participación a nivel de la parte psicosocial, ya era como más destacada y se podía tomar acciones más articuladas en ese sentido (Trabajo Social, Comunicación personal, 2021).

En tanto, se da un cambio en el análisis de los casos, en busca de abordar no solo el bienestar físico, sino también el emocional y psicosocial en aras de brindar un abordaje que contemple los diferentes determinantes sociales de la salud de las personas usuarias, acercando a una atención más integral.

2. La atención integral desde el equipo interdisciplinario.

En cuanto a la atención integral, es importante indicar que se parte de la salud como un proceso complejo y dinámico que es multidimensional, por tanto está condicionada a determinantes sociales de distinta índole que impactan la salud de las personas en general, pero, en particular de la población con VIH en situación migrante, donde, además, existe un componente de carácter subjetivo, ya que interviene la percepción que estas personas y la sociedad en la que se insertan tienen con respecto a la condición migratoria y de salud.

De esta manera, a partir de lo que los y las profesionales plantearon, la atención integral tiene que visualizar las necesidades y particularidades de cada persona usuaria que esté en el Hogar, en tanto se busca desde la organización brindar un abordaje clínico, el cual está centrado en la atención de los padecimientos o enfermedades, así como el bienestar físico donde se destaca la Terapia Física y la Nutrición, además, también es fundamental identificar la parte emocional y social de las situaciones que vivencian las personas en los diferentes ámbitos de su vida.

Por lo tanto, todos y todas las profesionales, desde sus criterios técnicos, buscan brindar la mejor atención para la persona, desde el enfoque de derechos humanos y con una visión centrada en la persona, aunque se logró identificar que algunas áreas profesionales se centran en mayor medida en su espacio profesional, lo que implica que no se contemplan en su totalidad las necesidades de la persona usuaria, en donde se comprenda que tiene toda una historia de vida, experimentado la vulnerabilidad desde muchas aristas como personas que viven con VIH y que además han debido o decidido migrar.

Por otro lado, les ha implicado aprender a convivir en un nuevo entorno, tanto a nivel país, con un sistema institucional y burocrático particular, como el proceso de institucionalización que deben atravesar quienes son usuarios y usuarias de los servicios del Hogar, lo cual involucra que tienen pocas o nulas posibilidades de salir durante el periodo de la estancia en el Hogar, y que con el contexto de pandemia esta situación ha sido más evidente, ya que como parte de los ajustes de protocolos, las visitas o los permisos de salida se vieron limitados.

En este sentido, Trabajo Social tiene un aporte y un papel importante, en la sensibilización e integración del equipo de trabajo interdisciplinario, para poder trascender la atención que se brinda desde cada profesión y comprender la importancia de la interrelación de todos los aspectos (emocionales; físicos como ejercicio y alimentación; sociales como convivencia, redes de apoyo, salud, adherencia al tratamiento, etc.) en la vida de la persona, así como en su calidad de vida. En tanto, se reconoce, además, que:

La Atención Integral es un proceso dinámico que hace posible organizar los recursos disponibles de acuerdo a los estándares que sean fijados para cada situación o nivel de cuidados. Los esfuerzos para obtener estos estándares involucran no solo a los trabajadores de la salud y pacientes, sino también a los familiares, amigos, ONGs, organizaciones de la comunidad, organizaciones religiosas y otras involucradas en el cuidado de las PVVS. (OPS, 2004, p.8)

Además de lo anterior, es importante señalar que el Hogar tiene una población usuaria en diferentes situaciones. Algunas personas mediante el proceso de intervención interdisciplinaria, logran adherirse correctamente al tratamiento antirretroviral, mientras que otras personas ingresan al Hogar para enfrentar de forma digna su fallecimiento ya que los esquemas de tratamiento no son funcionales en sus casos, muchas veces por no haber logrado la adherencia y por ende el organismo ha creado resistencia a las diferentes líneas de tratamiento posibles de utilizar para lograr la indetectabilidad del virus.

En este sentido, el Hogar busca relaciones interinstitucionales e intersectoriales que permitan brindar opciones de enlace para atender las necesidades de las personas usuarias. Esto teniendo en cuenta que se caracteriza por ser una organización de índole transitorio, que se centra en la estabilización de las personas durante su estancia, la cual, como se mencionó anteriormente, generalmente es entre 6 a 9 meses, sin embargo, varía de acuerdo con cada persona y sus particularidades. Son precisamente estas necesidades específicas las que propician el trabajo con otras instituciones que tratan un tema determinado y pueden brindar abordajes conforme a cada situación.

Por lo que, las personas que viven con VIH requieren una integración de las diferentes redes de atención, así,

La atención integral debe caracterizarse además de su accesibilidad y equidad, que sea proveída en todos los niveles del Sistema de Salud. Esto incluye el cuidado domiciliario y comunitario; atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. Cada uno de estos niveles deben ser puntos dentro de una continuidad de la atención para las personas (...). (OPS, 2004, p.7)

Como ejemplo de lo anterior, se destaca lo mencionado frecuentemente durante las entrevistas a profesionales, donde se hace hincapié en el trabajo del Hogar interrelacionado con CONAPDIS y CONAPAM, estas instituciones se convierten en contrapartes tanto para personas con discapacidad como para la población adulta mayor respectivamente, además del vínculo con IAFA en casos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, es posible inferir que no siempre los procesos de referencia se dan de manera rápida y fácil, ya que el contexto económico del país ha incidido en el recorte de presupuestos institucionales y, de esta forma, la condición de VIH de la población hace que en estos espacios institucionales se reproduzcan mitos y estereotipos.

Por otro lado, algunos elementos a considerar dentro de la atención integral de la población con VIH en situación migrante son sin duda los determinantes sociales de la salud (DSS), fundamentales para visibilizar la atención que se les brinda a las personas. Esto representa un conjunto de factores que influyen directa o indirectamente en la salud de la población. En tanto, al tener en cuenta que la salud es un proceso complejo, se identifican también los distintos elementos del contexto y la realidad de las personas, como aquellos que determinan su salud, así como el acceso y la atención que reciban.

En este sentido, los DSS “explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (OMS, 2021, párr. 3).

A partir de dicha perspectiva, se ha logrado avanzar en la superación del enfoque biologista de la salud, pues se reconoce la necesidad de transformar las estructuras sociales y los contextos que influyen en la calidad de vida de las personas (Mejía, 2013), como lo es, en este caso específico, de la población que ha sido diagnosticada con VIH y que se encuentran en situación migrante.

(...) la clave para hacer frente a las profundas inequidades que hoy existen entre diversos grupos de la población, tanto a nivel global como al interior de cada país, es generar una creciente conciencia colectiva de la necesidad de intervenir tales determinantes. Entre ellos, el más crucial es la concentración del poder político y económico en manos de minorías privilegiadas, producto del capitalismo y de la globalización financiera (Mejía, 2013, p. 34).

Siendo que el reconocimiento de estos permite brindar una mejor respuesta a los problemas e inequidades sanitarios presentes en la sociedad, procedentes de las desigualdades socioeconómicas. Es de gran importancia que se visualicen los determinantes sociales de la salud y su afectación, en este sentido, a partir de las observaciones del departamento de Enfermería del HNSE, algunas de las situaciones que influyen en el bienestar de la población usuaria, si se analizan desde el punto de vista de la salud, señalan que las dificultades empiezan por el acceso a los servicios de salud, puesto que "la adherencia es algo muy complejo, no es solo de tomar medicamentos (...)" (Enfermería, Comunicación Personal, 2021), también implica que la población usuaria conozca y pueda hacer valer los derechos que la legislación costarricense contiene.

Además de brindar herramientas y atender durante el proceso la salud física y mental, se desarrollan estrategias que permitan la reinserción social y laboral a las personas usuarias que se encuentran en el proceso de egreso y de esta manera poder sostener en el tiempo la adherencia al tratamiento, el equilibrio psicológico y emocional, a la vez que tengan la posibilidad de tener fuentes de ingresos de manera autónoma, siendo importante para la calidad de vida de las personas y sus entornos.

Como parte de la atención integral e interdisciplinaria, es importante reconocer los servicios brindados y, de acuerdo con lo comentado en las entrevistas realizadas a profesionales del Hogar, se pueden clasificar de la siguiente forma:

Figura 4. Servicios Brindados por el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas a profesionales del HNSE realizadas durante el 2021.

Con lo anterior, se destaca que, como servicios brindados, se identifican principalmente los servicios profesionales del equipo interdisciplinario. Esto, tomando en cuenta las intervenciones que se realizan desde cada área en específico, pues individualmente cada profesional reconoce las necesidades de la persona usuaria, se establecen objetivos que cumplir y trabajan sobre estas. De tal forma, “(...) desde antes que ellos ingresen, cuando se hace la referencia (...) se empieza a pensar en el plan que se tiene con esa persona (...) tienen la entrevista con cada uno de los profesionales durante la primera semana (...)” (Administración, Comunicación personal, 2021).

Así, es oportuno mencionar que en la mayoría de las respuestas se resalta el trabajo de Enfermería, ya que, a diferencia de las demás profesiones que se encuentran

solamente durante el día, el departamento de Enfermería también tiene tres turnos de trabajo que permiten la atención 24 horas y los 7 días de la semana, y son quienes se encargan de dar respaldo y permanecer con las personas usuarias, especialmente, con aquellas en muerte digna. En este sentido, “están constantemente valoradas, supervisadas por un equipo profesional durante todos los días, en una situación de crisis hay un equipo que responde y que está en una disponibilidad completa(...)” (Trabajo Social, Comunicación personal, 2021).

Estos servicios han sido producto de los cambios que se fueron incorporando en el Hogar, ya que, desde el área de Trabajo Social, se menciona que antes se tomaban las decisiones solo entre el área administrativa y médica, un cambio importante hacia la interdisciplinariedad que se tiene actualmente. Además, desde la Coordinación Administrativa se afirma que, a pesar de que socialmente se puede considerar que las áreas administrativas no tienen contacto directo con la población, todas las personas que entran al Hogar se relacionan entre sí, tanto usuarias como profesionales, administrativas, encargadas de cocina y limpieza.

En este sentido, se resalta que cada profesión trabaja de manera individual, pero como parte de la dinámica de trabajo y la atención que se brinda, el equipo profesional se reúne una vez a la semana para analizar las situaciones de cada persona usuaria, en dicha reunión se comenta sobre el avance o retroceso que hayan tenido, cumplimiento de metas, aspectos importantes tanto a nivel clínico como psicosocial que es importante que las y los demás profesionales conozcan. En tanto, estas reuniones se consideran fundamentales para el abordaje de los procesos.

Lo anterior, porque este es el espacio en el que se toman decisiones colegiadas, término utilizado por algunas de las personas profesionales que intervienen en los procesos de atención, pero aun así se denota que el peso y decisión final se siguen tomando desde la coordinación del área clínica y la administración. Se puede evidenciar que desde el área psicosocial se ha hecho un trabajo en concientizar al resto de profesionales para que la toma de decisiones esté basada en los diferentes aspectos que están interrelacionados con los determinantes sociales de la salud y las necesidades de las personas usuarias.

En las reuniones se discuten y analizan los posibles ingresos de las personas al Hogar, además se exponen los casos de quienes ingresan, así como la situación en la

que se encuentran; a partir de ese momento, se empieza a trabajar en el abordaje que se le brindará. Es entonces que también se toman decisiones respecto a los egresos de la población usuaria, pues al analizar la situación actual de cada persona, tomando en cuenta tanto los objetivos establecidos como el proceso desarrollado durante su estancia en el Hogar, se identifica si es pertinente su salida; entendiendo que, para esto, la persona debe tener las condiciones físicas, emocionales y psicológicas para continuar con una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral.

Otro aspecto importante que mencionar es lo referido por algunas personas del equipo profesional como ‘egreso administrativo’, pues concuerdan en que la población usuaria debe cumplir los reglamentos establecidos, por lo tanto, cuando se identifica un ‘mal comportamiento’, como lo califican los y las profesionales, en primer instancia, se aborda de manera verbal, cuando se presenta de manera reincidente y que se hayan generado dos amonestaciones por escrito, se realiza una tercera amonestación formal, por lo que la persona tiene que egresar del Hogar. Con esto se comenta que “(...) nadie toma arbitrariamente alguna decisión, lo único que podría decirse que se sale de esa decisión colegiada es cuando (los usuarios) ya tienen las amonestaciones (...) que ahí ya no hay nada que ver en conjunto, ya está establecido en el reglamento (...)” (Comunicación Personal, Administración, 2021).

Retomando lo vinculado con los servicios que brinda el Hogar, a partir de algunas respuestas de profesionales, también se desprenden los servicios obtenidos en la articulación que se lleva a cabo con otras instituciones, con el pensamiento de atender las necesidades de la población usuaria, entre ellas, además de las ya mencionadas CONAPDIS, CONAPAM e IAFA, también se rescata la CCSS, el IMAS, la Sociedad de Ayuda al Inmigrante Hebreo (HIAS) y ACNUR, esta última es muy importante en los casos de personas en situación migratoria que requieren apoyo en diversos trámites, de igual forma en coordinación con la Dirección General de Migración y Extranjería.

Se desarrollan también capacitaciones, talleres y charlas como parte de atención socioeducativa, estas se enfocan en diferentes temáticas, desde lo relacionado con el VIH y la adherencia al tratamiento, hasta temas direccionados a un futuro egreso, en el ámbito laboral como la elaboración del currículum vitae y la capacitación

en la búsqueda de empleo, entre otras. Estas se promueven internamente, desde el Hogar, o algunas se coordinan con otras de las instituciones que están articuladas.

Asimismo, es importante hacer mención a la posibilidad de contactar a personas profesionales en algún área con la que no cuente el Hogar, por ejemplo, Psiquiatría o Terapia del Lenguaje, pues en distintas ocasiones se han tenido casos que lo requieren, por lo que se gestiona externamente para que la persona usuaria reciba un servicio más especializado. Además, tanto las personas usuarias entrevistadas, como las y los profesionales, señalan el servicio de alimentación que se brinda, el cual es adaptado de acuerdo con la situación de cada persona y en congruencia con lo recomendado por la profesional en Nutrición. Igualmente, se resalta el servicio de vivienda, a pesar de que sea de forma transitoria.

Otro servicio identificado es el seguimiento a las personas que ya han egresado del Hogar, esto se menciona en menor medida y no es ampliado, lo cual se puede relacionar a la falta de recursos ya sea humano o económico; sin embargo, se resalta que dicho seguimiento se presenta cuando son casos en los que hay mayores factores de vulnerabilidad, los cuales, previo al egreso, son presentados a la Junta Directiva quienes aprueban o no la integración al programa de personas beneficiarias externas que mensualmente reciben un comestible (víveres); se destacan también los beneficios a los que puede acceder esta población mediante la articulación con el IMAS y la CCSS, por ejemplo.

Es importante señalar que la persona usuaria 04, quien ya egresó, menciona el apoyo que se le brindó desde el Hogar, particularmente desde Trabajo Social, para la situación en la que se encontraba durante la entrevista, respecto a su proceso migratorio de regularización en el país, el cual ha tenido que continuar posterior a su egreso. Por otro lado, la persona usuaria 05, quien también ya egresó, destaca que mensualmente desde el Hogar recibe un apoyo con paquetes de alimentos, al menos al momento de la entrevista.

Un elemento fundamental es que mientras la población se encuentra dentro del Hogar se da un importante apoyo en el seguimiento de citas médicas y para exámenes de laboratorio en centros de salud, a estas las personas usuarias asisten en compañía del personal del departamento de Enfermería, pero además, se busca desarrollar las redes de apoyo en las que puedan respaldarse al momento del egreso, tal es el caso de

las conexiones con el Departamento de Trabajo Social en los centros médicos con el fin de facilitar procesos de validación de derechos para la atención en salud, así como para el acceso al tratamiento antirretroviral.

(...) toda la red de contactos que nosotros tenemos la hemos creado a lo largo de los años (...) le decimos le podemos dar el número de tu oficina al beneficiario tal, que ya va a egresar y que va a ir por su cuenta y necesita ayuda (...) se las trasladamos a ellos cuando la necesitan. (Enfermería, Comunicación Personal, 2021).

Asimismo, es importante señalar que estas conexiones se construyen, como se menciona, desde Nutrición y Medicina (Comunicación personal, 2021), debido a que algunas profesiones tienen buena relación con el personal de ciertas instituciones como hospitales (excluyendo al Max Peralta), pero esto hace que las alianzas sean solo de carácter interpersonal y verbal, sin que medie una relación interinstitucional.

Medicina identifica que, con la Dirección General de Migración y Extranjería, se tiene que presionar más, principalmente desde Trabajo Social. Con esto se reitera que existen muchas trabas para la atención de la población VIH y además refiere que algunas alianzas institucionales se dan más por simpatía que por una obligación legal o ética, a pesar de los esfuerzos de las personas profesionales del Hogar. Asimismo, la situación permite pensar que, ante un eventual retiro de la persona profesional que mantenía la red de apoyo, esta se perdería o empezaría de cero, lo cual atrasa y coloca en riesgo el proceso de las personas usuarias.

Por otro lado, es importante hacer mención al tema de los protocolos utilizados en el Hogar, a nivel general, se identifican los siguientes:

Figura 5. Protocolos utilizados en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a profesionales del HNSE durante el 2021.

Es necesario comprender la importancia de los protocolos en la atención de la salud de las personas, debido a que, como mencionan Reconde-Suárez y Peña-Figueredo (2019), esto ayuda a ampliar los conocimientos y favorece la investigación, además, contribuye a la obtención de datos de la población y puede generar una constante actualización de estos al protocolizar la atención y se propicia un apoyo en la decisión de un abordaje adecuado y con mayor beneficio para la persona usuaria. De esta forma, “los protocolos en la asistencia sanitaria constituyen una herramienta útil en la práctica diaria ya que contribuyen a elevar la calidad de la atención, difundir y apropiar el conocimiento (...)” (Reconde-Suárez y Peña-Figueredo, 2019, p. 11).

En este sentido, es oportuno mencionar que, a partir de las entrevistas realizadas a las y los profesionales del Hogar, no hay claridad de cuáles son los protocolos o su formulación como tal, por tanto, existe un desconocimiento en este

aspecto. A nivel general, se puede rescatar que los protocolos están relacionados con los lineamientos y procesos de trabajo que el Hogar y cada profesional lleva a cabo con la población,

(...) hemos ido presentado como diferentes solicitudes para que nos den como categorías, tenemos declaratoria de utilidad pública ante el Ministerio de Justicia y Paz, tenemos declaratoria de Bienestar Social ante el IMAS, ahora tenemos la certificación de idoneidad en el IAFA, tenemos el aval también del programa de reducción de daños del IAFA, entonces al ir adquiriendo todos estatus por decirlos así, vienen de la mano también con compromisos que nos obliga a ir documentando y protocolizando todo el desarrollo de los servicios que se dan acá en el hogar (Administración, Comunicación Personal, 2021).

Primeramente, se menciona el protocolo de ingreso de la población usuaria, donde “(...) están los criterios de inclusión, los criterios de exclusión (...)” (Administración, Comunicación Personal, 2021), bajo los cuales una persona tiene la posibilidad de ingresar para iniciar el proceso de adherencia al tratamiento y recibir la atención brindada por el equipo interdisciplinario del HNSE, algunas respuestas resaltan la creación de un protocolo de ingreso abreviado, el cual flexibiliza el proceso en casos particulares como cuando son personas sin documentación, por ejemplo, o son referidos por instituciones que no logran cumplir con la especificidad de los requisitos comúnmente solicitados por el Hogar cuando la persona era referida por centros médicos de la CCSS, desde Trabajo Social, se especifica que este protocolo permite tener “(...) requisitos menos estandarizados” (Trabajo Social, Comunicación Personal, 2021).

Otro protocolo que mencionan, aunque en menor medida, es el del ingreso de visitas al Hogar por parte de familiares de la población usuaria, principalmente, donde se abarca la confidencialidad que se debe guardar cuando los familiares no saben el diagnóstico, además, en este protocolo se establece los lineamientos de las solicitudes para el ingreso de alimentos, las cuales se aprueban desde el Departamento de Nutrición. Igualmente, existe un protocolo de permisos de salidas que establece cómo es el proceso y cuáles son los requisitos que permiten realizar la solicitud de permisos por parte de la persona usuaria, para salir del Hogar en determinados días.

Aunque no se menciona, a partir de la revisión bibliográfica se encuentra el protocolo de llamadas, el cual indica que las personas usuarias puedan realizar llamadas telefónicas para comunicarse con otras personas mientras se encuentran residiendo en el Hogar.

Además de la creación del protocolo de COVID-19 debido a la coyuntura mundial de pandemia, la coordinación del departamento de enfermería al respecto señala que este protocolo ha modificado la forma en que se dan las visitas, ya que estas se reciben en un espacio externo y las personas debían llegar “(...) con el equipo de protección personal (...)” (Enfermería, Comunicación Personal, 2021), además, este protocolo señala los procedimientos a seguir desde el equipo profesional cuando ingresan como parte de la jornada laboral, en este sentido desde el Departamento de Fisioterapia que explica que al ingreso se deben “(...) tomar la temperatura y desinfectarse” (Fisioterapia A, Comunicación Personal, 2021), señala también que están vacunados y vacunadas desde febrero, “(...) pero continúan con este protocolo para no exponer a la población usuaria (...)” (Fisioterapia A, Comunicación Personal, 2021), además se menciona que al ingreso se bañan y no vuelven a salir hasta finalizar la jornada laboral.

Es importante ligar todo lo anterior con lo que entienden las y los profesionales por atención integral, en tanto primeramente se rescata que, desde una percepción teórica general, la persona usuaria está involucrada en su propio abordaje, esta perspectiva se puede evidenciar desde lo indicado por Trabajo Social, partiendo de que había un manejo de los casos, donde se abordaba diferentes aristas de las necesidades que se presentaban al momento de ingresar y en primera instancia se buscaba

(...) estabilizar su situación de salud, (...) abordar todo el trámite burocrático de la Caja, no es lo mismo una persona que llegue estando asegurada, con el documento de identidad y todo, a una persona que esté en una situación de especial vulnerabilidad por su situación migratoria irregular, entonces lo primero era proveer la manera en que esta persona podía acceder a este tratamiento y a la atención clínica, (...) posteriormente se procedía a satisfacer todas las necesidades básicas, el seguimiento de su tratamiento, la alimentación muchos de ellos necesitan dietas, no era solo brindarle un plato de comida a la persona, sino saber que comidas son las que requieren. A nivel social se tenía

que iniciar todo el proceso migratorio, que eso implicaba ir a coordinar con diversas instituciones, pero lo que pasa es que migración hay un servicio de trabajo social que debería valorar estos casos con prioridad, y por la carga de trabajo a nivel público (...) se coordinaba con organizaciones especializadas en este tema, (...) con bufetes de abogados que trabajan alrededor del consulado de Nicaragua, (...) con el ACNUR con respecto a las personas solicitantes de refugio o con HIAS que brinda asesoría legal gratuita para estas personas, en trámites migratorios que requerían de asesoría legal (...) (Trabajo Social, Comunicación Personal, 2021).

Es importante señalar que, durante el proceso que se sigue con cada persona, se le consulta directamente sobre sus necesidades, en este sentido “(...) todas las semanas se repasan todos los casos, muchas veces cambia de camino [el plan de intervención] ya sea por su situación de salud o porque la persona decide otra cosa (...)” (Comunicación Personal, Administración, 2021) y, a partir de los criterios técnicos y profesionales, se desarrolla el plan de intervención para brindar la mejor atención a la población usuaria. Sin embargo, esto se puede contraponer en la práctica, ya que no todos y todas las profesionales manejan el concepto o tienen interiorizado en un mayor grado el ubicarse desde las necesidades de la persona usuaria.

(...) a veces no entendemos muchas conductas de ellos verdad, que también nos afectan a nosotros emocionalmente cuando venimos a trabajar o "¿porqué [sic] me dijo eso él?" o a veces es difícil, a veces es "¿porqué [sic] no me pusiste atención?", ellos son también muy manipuladores a veces, porque como vienen de condición de calle, de condición de drogadicción, también tratan de manipularlo a uno. (Fisioterapia A, Comunicación Personal, 2021).

Al indagar con las personas expertas sobre su definición de atención integral, se puede evidenciar que indiferentemente de su posicionamiento personal y profesional, las definiciones están enfocadas en ver a las personas como un ser integral y complejo, tomando en cuenta tanto su parte física como emocional y la necesidad de brindar un servicio a partir de las necesidades de cada persona en aras de mejorar su calidad de vida. Se entiende entonces que la atención integral debe comprender:

(...) el conjunto de servicios interdisciplinarios y multisectoriales que se les brinda en forma oportuna a las personas con VIH y sus allegados(as), con

calidad y calidez que va desde el acceso a la información científica hasta el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, atención y rehabilitación en todos los procesos que esto involucra (Ministerio de Salud y CONASIDA, 2007, p. 20).

Se identifica con esto que cada área tiene una manera de abordar las situaciones que le corresponden, por ejemplo, desde el área de Psicología se menciona como primer protocolo el de reducción de daños, esto aplicado a las personas usuarias que ingresan al Hogar con historial de consumo de sustancias psicoactivas; mientras que desde la Administración se menciona el protocolo para atención en crisis, sin profundizar en el concepto de atención integral y sin que existan protocolos como tal establecidos, estos son más procedimientos de trabajo.

Al tener en cuenta que no todas las personas presentan las mismas necesidades, las respuestas resaltan que no es posible establecer un único protocolo para la atención, ya que significa generalizar a toda la población y no se estarían visualizando las particularidades, situaciones y experiencias de cada persona que ingresa. Se identifica así, la importancia de considerar la atención de la salud, de forma contextualizada en cada persona, como bien mencionan Gavidia y Talavera (2012) y de acuerdo con el momento en el que está viviendo, al identificar sus necesidades específicas.

Sin embargo, al no existir protocolos definidos y previamente establecidos, puede permitir que los y las profesionales aborden las situaciones acordes con su posicionamiento más personal y esto influye en la atención brindada; de aquí la importancia de contar con protocolos que funcionen de guía en los procesos de intervención con la población, pues

(...) son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla (...) La razón principal para la existencia de las Guías o Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos. (CCSS, 2007, p. 5)

En este sentido, debido a que la atención integral tiene como parte fundamental a la persona, en el siguiente capítulo, se analiza la percepción de las personas usuarias, sobre la atención recibida por el equipo interdisciplinario, además del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza en general, con el fin de considerar todas las aristas necesarias a explorar y colocar a la persona como el centro de la atención.

Capítulo 7. La percepción de las personas usuarias del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza sobre la atención recibida.

A través de los dos capítulos anteriores, se evidencian los factores que ponen en condición de vulnerabilidad a las personas con VIH que además son migrantes y cómo esta situación lleva a la necesidad de recibir una atención integral, la cual es brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza. Pero esta información quedaría sesgada al no conocer las percepciones de sí mismas en sus condiciones de salud y su situación migrante o cómo han sentido la atención que se les brinda desde la organización.

Para dicho propósito, a través de entrevistas con personas usuarias en situación migrante, se exploraron los temores, sentimientos y pensamientos que la población vive en su cotidianidad dentro de una organización transitoria y al egresar de la misma. Asimismo, se cuenta con el insumo de las entrevistas a los y las profesionales que componen el equipo interdisciplinario, sin embargo, esta información es un aporte para comprender mejor la percepción de las personas usuarias de los servicios y atención brindada por las profesiones.

Es fundamental tener en cuenta que la salud parte de las personas, de sus condiciones físicas, emocionales y mentales, de los factores sociales en los que se desenvuelven y de lo que buscan para sentirse en bienestar (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020). De esta manera, la atención integral va a englobar estos aspectos y va a dirigirse hacia las personas y sus necesidades individuales y sociales (Castillo et al., 2003), por ello es de suma importancia darles su lugar a las personas en el centro de la atención integral. Como menciona Macías et al., (2019): “(...) la participación de las personas con VIH en la respuesta a la epidemia le otorgará una mayor legitimidad, coherencia y rigor en las intervenciones, pues son estas personas las que mejor conocen cuáles son sus necesidades y cómo solventarlas” (p. 108).

1. Percepción del VIH según las personas usuarias.

Durante esta memoria de seminario se habló ampliamente de lo que es el VIH, de las afectaciones físicas e incluso sociales de la enfermedad, de las limitaciones sociales que genera. Si bien esto es muy importante, el cómo lo perciben las personas que lo viven tiene un peso mayor al ser un conocimiento adquirido a través de las

experiencias (Macías et al., 2019). Bajo esta idea, se quiso comprender en primera instancia que piensan las personas entrevistadas acerca del VIH, lo que conocen o desconocen, ya que esto tiene un impacto directo en el desarrollo de la enfermedad.

En el proceso de las entrevistas, queda claro que no todas las personas usuarias manejan la misma información, ya que algunas dan respuestas poco profundas que denotan desconocimiento sobre la enfermedad, y hablan principalmente del consumo del tratamiento, lo que se podría traducir a una información limitada. Sin embargo, se pudo rescatar que hay usuarios y usuarias que tienen un conocimiento más profundo del virus. Por ejemplo, se mencionaron los procesos de infección, métodos de prevención del contagio, enfermedades oportunistas, carga viral, CD4 y la toma de medicamentos complementarios, entre otros. Asimismo, un usuario menciona los síntomas, como baja de peso y probable fallecimiento sin el tratamiento, lo cual vino tanto de su experiencia personal, como del conocimiento adquirido al encontrarse institucionalizado en el Hogar.

Esto, además, señala que las personas usuarias, aunque no cuenten con un conocimiento clínico, pueden reconocer cuestiones como los síntomas, los medios de contagio, cuidados que hay que tener para evitar la exposición al VIH. Sin embargo, sí se dejó entrever una problemática social que, en el caso de esta enfermedad, conlleva un gran riesgo, la cual es una difusión de la información limitada, a pesar de esfuerzos hechos por entidades internacionales en la propagación de la información (UNAIDS, trad. 2017), se logró observar que el conocimiento no es tan accesible como parece.

En este sentido, un usuario señala una carencia en información relativa a leyes de protección para las personas con VIH. Aun así, las personas usuarias comentan que la información obtenida correspondiente al VIH proviene de algunos hospitales con clínicas especializadas de VIH y el Hogar como los principales lugares donde esta información fue obtenida, únicamente una persona usuaria expresó no conocer lo suficiente por la poca información recibida sobre el VIH, no especifica si esta carencia viene por parte de la sociedad, la cultura o el Hogar. No obstante, se pudo inferir que algunas de las personas entrevistadas obtuvieron datos más claros sobre el virus, al conocer su diagnóstico, lo cual evidencia también una carencia en el alcance de la información a nivel preventivo.

El conocimiento que la población posee sobre las ITS [particularmente sobre VIH] es, en general limitado y principalmente concentrado en los grupos poblacionales con mejores recursos económicos, mejor accesibilidad a la salud y a la información, ya que las personas que se sitúan en el estrato alto cuentan con mejores servicios y facilidades, las cuales se evidencian en el acceso a la educación y la información. (Chacón et. al. 2009, p. 81)

Aunque las personas autoras hacen referencia a población adolescente, a partir de las entrevistas realizadas, se puede evidenciar que este es un patrón que continúa en la etapa de la adultez. Si bien esta información, ya fuera poca o mucha, es inherente a la atención de la salud de las personas, también lo son los miedos, temores, e incluso estigmas que estos tienen, como se mencionó en capítulos anteriores, otros de los obstáculos que enfrentan las personas con VIH, que además son migrantes, tienen relación con una cultura que estigmatiza esta enfermedad y además muestra xenofobia, como mencionan Campillay y Monardez (2019):

Reconocer la existencia de prejuicios y discriminación en el entorno social y sanitario en personas VIH/SIDA, permite asumir que es un problema complejo, del cual es necesario conocer cómo se produce, los efectos en las personas que lo padecen y establecer las estrategias necesarias para comenzar a intervenirlo. (p. 95)

Por ello se indagó en los principales sentimientos y temores que expresaron las personas usuarias, mostrando como principales tendencias, las siguientes:

Figura 6. Principales sentimientos y temores de las personas usuarias al conocer su diagnóstico.



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a personas usuarias del HNSE durante 2021.

Ante esta información, se observa que el vivir con VIH representa un desgaste emocional para las personas entrevistadas, lo cual no solo les deteriora mentalmente, sino que ha afectado el progreso de su enfermedad. Ante esto hay que ser conscientes que las personas con VIH también tienen mitos y estigmas y esto "(...) actúa dentro de un proceso social en que existe una estructura de poder, pues la persona se etiqueta, estereotipa, devalúa y discrimina por distintas razones al ser considerado inferior" (Campillay y Monardez, 2019, p. 96). Además, el

temor al rechazo afecta todo el progreso del VIH, ya que, si las personas muestran esta cultura discriminatoria para consigo mismos, pueden desatender su salud, no buscar atención por el miedo al rechazo y ser juzgados, y por ende no empezar a consumir el tratamiento antirretroviral al momento en que lo necesitan o tener dificultad de adherirse a este (ONUSIDA, 2017).

Asimismo se indagó en los miedos, temores o mitos que las personas del equipo interdisciplinario del HNSE notaron en los usuarios y usuarias para acercarse a solicitar atención en salud, encontrando que los profesionales identifican claramente tres tipos de temores: los relacionados a la situación migratoria y su posición dentro del sistema de salud, los que refieren al VIH y el impacto a su salud, y los que tienen al momento en que se acerca su egreso del Hogar, debido a la incertidumbre generada por falta de recursos, redes de apoyo o medios para mantenerse por sí mismos.

Las personas entrevistadas mostraron los temores identificados por los profesionales y cabe destacar que, en cuanto a la situación migratoria, un usuario comenta que tuvo un intento de suicidio debido a dicha condición, en conjunto con problemas relacionados al VIH y su familia. Se demostró entonces que el VIH y la situación migrante se relacionan y condicionan la vida de las personas, y esto genera también inseguridades para acercarse a los centros de salud pública.

En conjunto con esto, se debe tomar en cuenta que el VIH al ser una enfermedad que deteriora el sistema inmunológico tiene impacto también en el estado físico, cognitivo y emocional de las personas, en conjunto con los estigmas mencionados tanto de la sociedad como de las personas hacia sí mismas. Inevitablemente dichas situaciones generan una afectación en la vida de las personas, pues los prejuicios y pensamientos, generalmente negativos, limitan en cierta medida su acceso a centros de salud pública (Bran-Piedrahita et al., 2018).

Las personas entrevistadas indican que han presentado cambios en sus vidas, principalmente en dos niveles, el primero en su salud y el segundo a nivel psicosocial y emocional, estos cambios van a afectar en mayor medida negativamente en la autoestima, la situación de salud, la calidad de vida y el bienestar en general de la persona. Además de ello se puede evidenciar que se han presentado modificaciones a

nivel económico, pues algunas de las personas usuarias han dejado de trabajar por su condición de salud lo cual afecta directamente su independencia económica.

(...) estas mismas representaciones sociales que replantean la autoimagen de cada sujeto generan que el relacionamiento con sus pares –incluida la familia, círculo de amigos y entorno laboral– se vea alterado, pues en la mayoría de los casos los mitos e imaginarios que se han erigido respecto a la infección llevan a que éstos sean rechazados, con lo cual se vulnera su cohesión social con los colectivos a los que pertenecen. (Bran-Piedrahita, 2018, p. 69)

Las personas entrevistadas cuentan situaciones muy diversas en cuanto a si tienen redes de apoyo, lo que se puede destacar es que o mantienen el diagnóstico confidencial o prefieren solo compartirlo con un círculo muy pequeño de personas, aquellas que consideran de mayor confianza. Por otras respuestas brindadas se podría inferir como un riesgo los juicios de valor u otras situaciones complejas al compartir su condición médica, es por ello que prefieren acogerse a su derecho de mantener la confidencialidad del diagnóstico.

Una de las personas usuarias indicó que, a pesar de que tuvo un cambio negativo en su vida, esta afectación no ha sido permanente, ya que trataba de una situación emocional al conocer su diagnóstico que gracias a su red de apoyo y las personas profesionales que le han atendido han permitido mejorar esa situación, en primer lugar, por medio de la aceptación del diagnóstico y después con una correcta adherencia al tratamiento, por lo que se reconoce la importancia del papel que cumple las relaciones con su entorno.

En tanto se evidencia que,

El apoyo social es reconocido como un factor muy favorable para la adherencia y garante de una mejor calidad de vida para las personas que padecen la enfermedad del VIH/Sida, convirtiéndose en un aspecto esencial para mejorar las habilidades de afrontamiento y compromiso (...)” (Sánchez et al., 2021, p. 14).

Sin embargo, la realidad es que la gran mayoría de las personas usuarias del HNSE no cuentan con estas redes de apoyo, por lo que los Hospitales, instituciones

como CONAPAM, CONAPDIS y principalmente el Hogar se convierten en una de sus principales redes de apoyo en la lucha contra el VIH.

La adherencia al TARV como señala Guell (2002) “es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia”(párr. 38), la cual en ocasiones se convierte en un reto principalmente en aquellas poblaciones más vulnerables, así como por la desinformación.

En las entrevistas realizadas, se logra evidenciar un conocimiento generalizado sobre la importancia de la adherencia al TARV, la mayoría entiende que el no consumir los antirretrovirales va a tener gran impacto negativo en la salud, pues esto se asocia con enfermedades oportunistas, el deterioro tanto físico, cognitivo y emocional que, en algunos casos puede llevar a la persona a la muerte, por lo que deben consumir la medicación de por vida y en el horario correspondiente. La interrupción del medicamento como menciona una de las personas entrevistadas puede generar resistencias que, al manejarse cuatro esquemas, se podrían agotar todas las posibilidades, si se abandona.

Sin embargo, el lograr la adherencia se ve impactado por diversos factores. Si se consideran los determinantes sociales se tiene, por ejemplo, el acceso a servicios, nivel de ingresos, problemas familiares, falta de redes de apoyo (Rosas et al., 2015) o, diferentes problemáticas sociales, mencionadas por profesionales y usuarios entrevistados, como adicción a sustancias psicoactivas y callejización. Pero también existen variables personales, los cuales se expresan de la siguiente manera:

La aceptación de la enfermedad y la actitud hacia la misma determina en gran medida la adherencia al TAR, pero también se relaciona de forma directa con la adquisición de hábitos de autocuidado y cuidados hacia el entorno que complementan a los tratamientos farmacológicos. (Sánchez et al., 2021, p. 10)

Al indagar con las personas usuarias migrantes del Hogar, se encontró que los factores que identifican u observan en sus pares de la organización tienen que ver con el conocimiento del diagnóstico, la falta de redes de apoyo, la carencia de información sobre el virus y sus cuidados, además de datos falsos, mitos, el estado emocional, los recursos económicos, estabilidad laboral, consumo de sustancias psicotrópicas o

alcohólicas, etc. Es importante señalar que un usuario menciona incertidumbre por su situación migratoria y teme que en algún momento le dejen de brindar el tratamiento.

Asimismo, se les preguntó específicamente que les había afectado en casos personales para la adherencia y, si bien se concuerda con muchos de los determinantes sociales y culturales mencionados en párrafos anteriores, también se encuentran otras variables, internas y estructurales, importantes de señalar, por ejemplo:

- Poca comunicación interinstitucional entre hospitales, negligencia hospitalaria y del personal (dependiendo del centro de salud), dificultades económicas, imposibilidad de pagar el seguro social, y consecuente morosidad.
- Falta de información y de conocimiento del diagnóstico.
- Barreras culturales por desconocimiento de trámites burocráticos.
- Ignorar el diagnóstico por sentirse fuerte físicamente sin consumir el tratamiento.

En esta intervención, durante las entrevistas, también se identificaron factores positivos que las personas usuarias, consideran como favorables para comenzar o continuar con la adherencia al TARV. Entre ellos se mencionaron que las situaciones de los y las demás usuarias del centro con los que comparten cotidianamente les pudieron causar una impresión fuerte, debido a la interrupción que tienen en el Hogar debido al internamiento, las diferentes historias de vida les hicieron empatizar con los demás y ellos mismos, así como entender cosas que fuera del Hogar no habían captado. Además, dos personas usuarias comentan sobre el buen trabajo que se realizó en el Hogar con ellos, lo mucho que les han apoyado y otros dos usuarios compartieron experiencias favorables en el sistema de salud pública y seguridad social.

Otro factor a tener en consideración es la situación migrante, el desconocimiento de leyes, derechos y del mismo VIH, según lo que informan los usuarios entrevistados, muchos tienen un limitado acceso al aseguramiento lo cual les convierte en grupos vulnerabilizados. Una preocupación que les genera más presión emocional, como menciona un usuario, aun cuando se encuentra consumiendo el tratamiento y no tiene intención de dejarlo, le inquieta que, al no tener seguro y residencia al día, se lo dejen de brindar, esto, como se ha mencionado, muestra una problemática en la difusión de la información, principalmente en cuanto a derechos se

trata pero, como menciona el Ministerio de Salud (2003) “(...) la tendencia es la atención de la población sin considerar las especificidades culturales, de género y etnia. En definitiva, persiste una política de atención limitada para atender a grupos que como los migrantes presentan condiciones particulares en su inserción en la sociedad costarricense” (p. 26).

2. Atención integral recibida según la percepción de las personas usuarias.

Como parte de los principios rectores de la Política Nacional de VIH, se encuentra la Coordinación intersectorial, interinstitucional e intrainstitucional de los distintos sectores involucrados (MS y CONASIDA, 2007) en aras de garantizar una atención integral y el cumplimiento de los derechos de esta población, es aquí donde el HNSE cumple un rol fundamental en atención de las personas con VIH en situación de vulnerabilidad, en tanto para efectos de la presente investigación es de suma importancia conocer el posicionamiento de la población respecto a la atención recibida en la organización desde diversos elementos y si esta coincide con la definición planteada de atención integral, entendida esta como:

(...) un proceso dinámico que hace posible organizar los recursos disponibles de acuerdo a los estándares que sean fijados para cada situación o nivel de cuidados. Los esfuerzos para obtener estos estándares involucran no solo a los trabajadores de la salud y pacientes, sino también a los familiares, amigos, ONGs, organizaciones de la comunidad, organizaciones religiosas y otras involucradas en el cuidado de las PVVS. (OPS, 2004, p. 8)

Las experiencias por parte de las personas usuarias del HNSE en situación migrante reconocen un ambiente muy positivo en la organización, la experiencia de la mayoría de la población ha sido buena, respecto a la atención, consideran que es excelente, al igual que el equipo profesional, les reconocen como profesionales y personas muy buenas, que les han apoyado cuando lo han necesitado.

No obstante, la percepción de la atención también está influenciada por la parte personal, pues uno de los usuarios indica que ha tenido malas experiencias con el profesional de Asistente de Pacientes, reconociéndose como parte del Departamento

de Enfermería, sin embargo, indica que es inflexible en el proceso de acompañamiento a las citas, ya que el usuario indica no tener posibilidad de expresar su opinión en algunos momentos de la atención. Además, se identifica también que no hay mucha comunicación y cercanía con la parte administrativa, de no ser por alguna situación en específico, relacionada a la solicitud de permisos.

Se destaca la respuesta de uno de los usuarios en el momento de la entrevista, ya que menciona que es importante la alimentación, las terapias y el apoyo que les brindan desde el Hogar, pero respecto a las charlas y talleres que se imparten (con temas variados, como el estrés, ansiedad, liderazgo, habilidades blandas, comunicación asertiva, entre otras), considera que hay una saturación ya que estas se dan casi todos los días, a pesar de abordar distintos temas, realmente no existe un impacto de esta información, por el contrario, queda en el olvido y no se lleva todo el conocimiento teórico a la práctica. Esta persona refiere que es necesario cambiar los objetivos, que sean más a mediano y a largo plazo, que de alguna forma sea verdaderamente de provecho para la población, reconociendo cuáles son sus necesidades reales.

A manera general, la percepción que se tiene de la atención en el Hogar, así como de las y los profesionales en cada área es positiva, se identifica que existe seguimiento desde Trabajo Social, siendo este un apoyo para su atención. Trabajo Social cumple un rol de suma importancia en la atención de la población, ya que, en él, los y las usuarias han tenido bastante acompañamiento desde este Departamento y la impresión que tienen de ella como persona y profesional es excelente.

En este sentido, es importante conocer la percepción de las personas usuarias respecto a la apertura de las y los profesionales para recibir consultas; en tanto, Vargas (1994) añade que la percepción es entendida como

El proceso cognitivo de conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (p. 47)

Es importante entonces visualizar lo anterior también en términos de confianza para realizar preguntas y evacuar dudas. Respecto a la relación de la persona usuaria con el equipo profesional, se rescata lo señalado por Da Silva et al., (2015), ya que “(...) tiene una función tan importante como el medicamento utilizado para el tratamiento de la enfermedad (...)” (p. 240).

Por lo tanto, de acuerdo con las respuestas de las personas usuarias en relación a cuáles profesionales acuden cuando tienen alguna duda, en su mayoría reconocen la importancia de confiar en todo el equipo interdisciplinario, pero se identifica que la profesional de Trabajo Social es a quien generalmente se le tiene más confianza para realizar consultas, pues es la más mencionada. Un aspecto interesante es que, al referirse a ella, lo hacen directamente con el nombre (Priscilla) y no así con las demás profesionales que mencionan. De todas las respuestas, únicamente en una se comenta que no quiso preguntar a las y los profesionales.

Las personas usuarias también hicieron mención a que acuden a realizar consultas al Departamento de Enfermería o al de Psicología cuando no se sienten bien emocionalmente, e incluso se hace referencia a los permisos de salida, que se deben coordinar con la secretaria y posterior con Administración. Asimismo, un usuario comenta que inicialmente consultaba únicamente a las demás personas usuarias, respecto a algún tema en específico que desconociera sobre el funcionamiento del Hogar, rescatando también la importancia de la relación entre las y los usuarios dentro de la organización.

Como bien mencionan Da Silva et al. (2015), los y las profesionales pueden promover cambios en las personas usuarias, mediante la relación de confianza establecida con ellas y al asumir actitudes positivas durante sus intervenciones. Dentro del HNSE, dado el proceso de institucionalización que viven las personas usuarias, se recalca que en muchas ocasiones la persona profesional es el único recurso a quien dirigir sus problemas o consultas y, por tanto, la manera en que estas se abordan,

(...) puede implicar en el seguimiento o no del tratamiento. Hasta que este no presente solución para el problema planteado, el principal generador de sufrimiento se da cuando el paciente percibe que el profesional no toma su queja en consideración y no se preocupa en intentar entenderla. (Da Silva et al., 2015, p. 240-241)

Con lo anterior en consideración, se identifica que las personas usuarias no hacen referencia a todo el equipo interdisciplinario o todos los servicios que brinda el Hogar. Esto también podría deberse a que únicamente mencionan a los y las profesionales con quienes han tenido más relación, contacto y de quienes han recibido una mayor atención en el abordaje de sus casos.

Como se mencionó anteriormente, las respuestas de las personas usuarias, en su mayoría, señalan una intervención en sus situaciones, asimismo, también que es eficiente y acorde con sus necesidades, percibiendo una mejora en su calidad de vida. Sin embargo, un elemento importante por señalar es la parte de la institucionalización, incluso la profesional de Trabajo Social también lo comenta, teniendo en cuenta las consecuencias que genera en las personas usuarias.

(...) para una persona que ha tenido que pasar por un proceso de desarraigo y se ha diagnosticado por esta enfermedad y luego quedar institucionalizada, bien que mal aunque yo entiendo que bajo la modalidad de albergue lo que se procura es estabilizar a la persona y darle una atención integral, no deja de ser un mecanismo en cierta parte represivo, cualquier tipo de institucionalización, hablamos no sólo como uno lo ve en los centros penitenciarios, pero también bajo modalidades de atención y de servicios, la persona pierde su libertad, su libertad de tránsito, su autonomía, pierde contacto con el mundo, con la realidad, imagine estar en ese proceso en el que uno no conoce el país en el que está, no conoce el lugar, no conoce la cultura, no conoce las personas y perder ese contacto con la realidad, después de ya haber perdido, es mucho de lo que eran tus raíces, dejar atrás familia, amistades, trabajo, hijos, etc. (Trabajo Social, Comunicación personal, 2021)

Algunas personas usuarias comentan que la llegada y el primer periodo dentro del Hogar resulta particularmente difícil, ya que las personas ingresan en un estado de salud que no les permite, por ejemplo, leer y firmar el contrato de ingreso, pues generalmente están en una situación de debilidad tanto física como emocional. Ante esto, una persona usuaria menciona que no se realiza ningún proceso de inducción para quienes ingresan, lo cual puede incidir en que las personas usuarias al ingresar sientan mayor desorientación, pues desconocen el reglamento interno y los mecanismos para solicitar o solventar necesidades materiales y de atención profesional.

A partir de los datos analizados en las entrevistas, se denota que la necesidad de acceder a información tiende a ser solventada entre las y los mismos usuarios que ya tienen mayor tiempo de estar residiendo en el Hogar, lo cual podría ser confuso al ser información que no proviene directamente de la Administración o de los profesionales que dan atención a los casos.

Se podría inferir que la coyuntura de pandemia en el país ha sido un impedimento para ejecutar acciones que permitieran fortalecer las redes de apoyo en los casos donde algunas personas de la familia sabían el diagnóstico y estaban anuentes a dar apoyo; así como cuando estas acciones del Hogar puedan ser una forma de promover el trabajo con redes de apoyo desgastadas, es decir, aquellas que conocían el diagnóstico y decidieron alejarse de la persona con VIH. Sin embargo, otra realidad presente en las personas entrevistadas es que, al mantener su diagnóstico confidencial, el Hogar debe respetar este derecho y decisión a la vez, por lo que algunas acciones se centran en establecer articulaciones con otras instituciones u organizaciones cuando los casos lo ameritan, para resolver necesidades de salud específicas o de larga estancia.

Al respecto y concordando con Mosqueda et al. (2017), la presencia o no de las redes de apoyo, ya sea familiares, comunales y sociales en general, impacta en la salud de las personas y su calidad de vida, y, por ende,

(...) La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones. (Mosqueda et al., 2017, p. 111)

Las personas entrevistadas coinciden en que no se realizaron acciones desde el Hogar para las redes de apoyo familiar o comunales y, como justificaciones, se tienen las restricciones por la pandemia y la confidencialidad del diagnóstico. Uno de los elementos que plantearon dos de las personas usuarias es que los permisos de salida del Hogar en fines de semana contribuyen en alguna medida a que las personas puedan por sus propios medios tener acercamiento a redes de apoyo familiares o de amistad, sin exponer el diagnóstico. Una de las personas usuarias entrevistadas comenta que

desde el Hogar se gestionó la articulación con el CONAPAM como una opción de larga estancia, para posterior al egreso del Hogar.

A nivel general, se menciona que sí reciben información mediante las charlas y capacitaciones que constantemente le imparten a la población usuaria. Como principal información recibida, destaca la normativa que les permite acceder al tratamiento antirretroviral sin importar su situación migratoria (Ley 9797 y Decreto S-037). Se menciona, además, el conocimiento de sus derechos en general como persona con VIH y con lo relacionado al tema migratorio. En este sentido, se resalta lo mencionado por Sánchez et al. (2021), al señalar que la información recibida “(...) favorece la actitud positiva frente al TAR y percepción de la eficacia del tratamiento (...)” (p. 12).

Por tanto, las respuestas sugieren que sí reciben información variada durante las capacitaciones y en la atención profesional en el Hogar, lo que reconocen como fundamental para la validación de sus derechos. Dos personas haciendo usuarias hacen referencia a que la persona profesional en Trabajo Social es quien les brinda el apoyo con la información relacionada a las leyes y derechos que tienen, sin embargo, también por las mismas respuestas a lo largo de las entrevistas se observan dos consideraciones opuestas, ya que, por un lado, para un usuario, el conocimiento de la ley le permite sentirse como una persona empoderada, pues también cuenta con el seguro por el Estado, lo que le ayuda mucho con su objetivo de integrarse a la sociedad en un futuro. Mientras que otro usuario sí reconoce que, a pesar de recibir muchas charlas y talleres, no tiene conocimiento de la ley, comenta que realmente no la recuerda, esto se puede relacionar al nivel de escolaridad o incluso a que las personas usuarias debido a enfermedades oportunistas o consumo de sustancias psicoactivas, presentaban deterioro cognitivo y su capacidad de retención se limitaba.

Asimismo, señalan que reciben información vinculada con su futura reinserción social y laboral, reconociendo la importancia de esta para su posterior egreso y, por ende, autonomía. De igual forma, esta información brindada mediante las capacitaciones puede ser articulada con otras instituciones u organizaciones, teniendo claro el objetivo de buscar una reinserción de la persona y la mejora de su calidad de vida. Por lo tanto, también se establecen estas articulaciones mediante

referencias interinstitucionales, de acuerdo con las necesidades y situación de cada persona.

En tanto la CCSS, en relación con la atención integral, ha logrado un perfil en el Sistema Nacional de Salud, el cual

(...) está integrado por el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades, sean estas instituciones del sector salud o de otros sectores. (CCSS, 2004, p. 10)

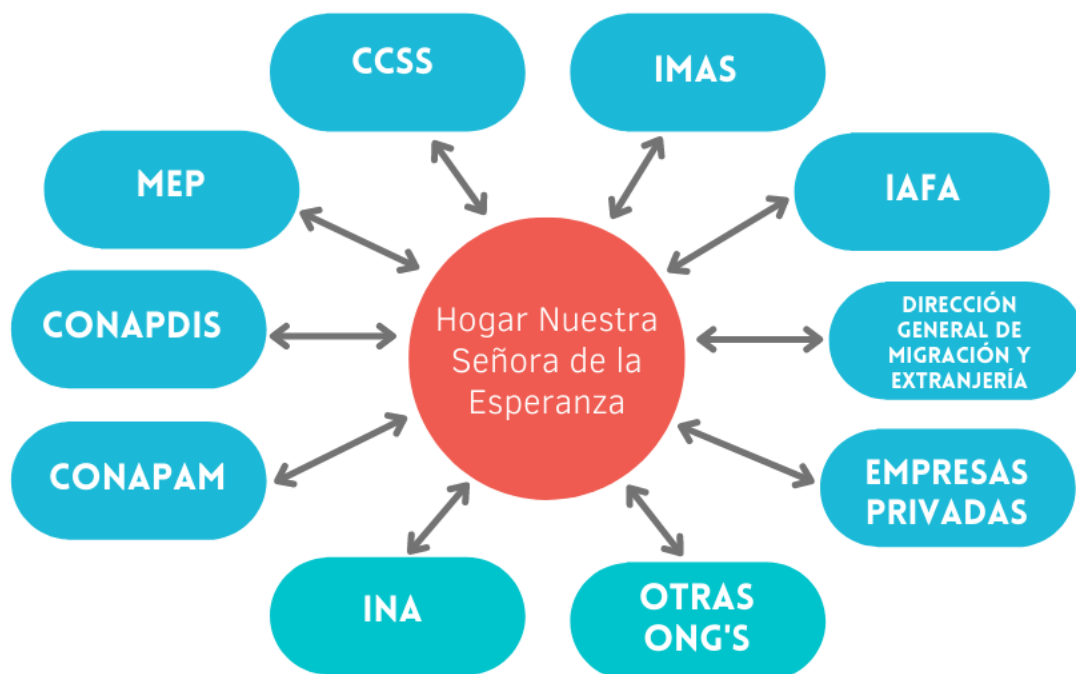
En este sentido, al mencionar los hospitales y el acceso a los servicios de salud, en las respuestas se identifica que no han tenido problemas para recibirlos; al respecto, una persona usuaria comenta que siempre le acompañaban desde el Hogar y no tenían inconvenientes. Igualmente, respecto a la población usuaria interna, esta puede sentir confianza y seguridad debido a que el personal del Hogar les acompaña y, por ende, se sienten apoyadas por las y los profesionales en todo momento.

Es fundamental que se reconozca que, a pesar que las personas usuarias puedan contar con herramientas que le permitan exigir el cumplimiento de sus derechos, cuando la persona egresa, el proceso de acceder a estos servicios puede ser diferente, pues debe hacer frente a todas las situaciones de una forma individual y sin el acompañamiento directo del Hogar, así como las barreras de carácter sociocultural relacionadas al VIH y la migración. Al respecto, Da Silva et al. (2015) resaltan que esta "(...) es una enfermedad que exige ideas constantes a los servicios de salud para controles, sometimiento a variados exámenes y tratamientos prolongados, factores que traen repercusiones negativas en la calidad de vida de estas personas (...)" (p. 240); de ahí la importancia de que la población esté informada.

Si bien es importante que las personas usuarias cuenten con elementos para su desarrollo personal y desenvolvimiento en el sistema de salud pública, también se debe considerar las herramientas con que cuenta la organización para subsanar otras necesidades de la población, ante esto, Villalobos y Piedra (1998) señalan que, desde los espacios locales, la atención integral y la salud de las personas no debe ser responsabilidad de un solo grupo de profesionales, sino que esta requiere de un

enfoque interdisciplinario, así como interorganizacional e intersectorial, en este sentido, es de suma importancia conocer la opinión de las personas usuarias respecto a los procesos de coordinación con otras instituciones. Ante esto, las principales articulaciones que se realizan desde el Hogar identificadas, tanto por la población usuaria como por las y los profesionales, son las siguientes:

Figura 7. Principales instituciones articuladas con el HNSE.



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a profesionales del HNSE durante el 2021.

En relación con lo anterior, las respuestas de las personas usuarias respecto al apoyo y al acompañamiento desde distintas instituciones y organizaciones son muy variadas, de acuerdo con la experiencia de cada persona. Sin embargo, se destaca la importancia del encadenamiento entre la atención interdisciplinaria desde el Hogar con las diferentes organizaciones e instituciones que de una u otra manera generan referencias y contrarreferencias entre sus servicios.

En esta investigación, se partió de la premisa de que:

La atención integral de la salud requiere de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e interorganizacional. En este sentido, un solo grupo de profesionales y de técnicos no puede ni debe ser responsable por el estado de salud de toda la población, ya que ello sería desconocer los múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad y la amplitud e componentes que se entrelazan para una respuesta social con una perspectiva integral e integradora. (Villalobos y Piedra, 1998, párr. 48).

En esta línea, ante la situación migratoria, también es necesario contar con relaciones interinstitucionales, en tanto se identifica según la trabajadora social el vínculo con la oficina de Dirección General de Migración y Extranjería, con trámites para la actualización de la cédula cada cierto tiempo, lo cual, en el caso de la población migrante-VIH, es un componente fundamental en la atención integral. Asimismo, en articulación con la CCSS, se desarrollan procesos para la atención médica de las personas usuarias, así como la valoración para la pensión del régimen no contributivo y CONAPAM, pues organizacionalmente se recibe un subsidio económico mensual para la compra de pañales y medicamentos que no brinda la Caja Costarricense del Seguro Social.

Como parte de otras coordinaciones interinstitucionales, se identifican instituciones como el IMAS en aras de solventar necesidades básicas y de protección social y el IAFA en procesos socioeducativos en temáticas de adicción, inclusive se hace referencia a universidades privadas, donde estudiantes han impartido charlas y talleres. Dos de las personas usuarias mencionan la importancia de los estudiantes de Enfermería y las charlas informativas que ellos y ellas les han brindado: “(...) vienen estudiantes de enfermería que nos traen temas de mucha importancia, sobre salud y (...) sobre hábitos (...) positivos, todo eso, de estilos de vida sanos” (usuario 01, Comunicación personal, 2021).

Por otro lado, las relaciones establecidas con el MEP y el INA en procesos socioeducativos permiten solventar algunas necesidades de capacitación y formativas de aquellas personas en edad económicamente activa y con funcionalidad física y cognitiva, sin embargo, se necesita que requieran poco tiempo, ya que el lapso en que las personas se encuentran institucionalizadas es menor a un año en la mayor cantidad

de casos, lo cual limita el acceso a oportunidades que requieren periodos mayores. Al respecto, Administración comenta lo siguiente:

(...) se trabaja desde varios ángulos, el rezago académico, la escolaridad de ellos es sumamente baja, entonces los que quieren se les apoya y se les impulsa a tratar de terminar la escuela o ya sea secundaria, se trabaja con la modalidad de maestro en casa del MEP, entonces ellos se matriculan, se preparan aquí y van y presentan exámenes, sin embargo la mayoría le digo que se inclinan más por algún oficio o algo que puedan desarrollar ya, no tanto pensando en terminar su estudio, esto es una limitante para poder no solo ubicarlos laboralmente, sino también para formarlos porque por ejemplo el INA pide noveno y la mayoría de chicos empezaron secundaria o no terminaron la primaria, entonces no tienen acceso a estas oportunidades, entonces además de que ellos están aquí un tiempo limitado que en promedio son entre seis meses y un año depende de las condiciones que tenga, del avance del proceso y de la adherencia. (Administración, Comunicación Personal, 2021)

Por otra parte, con poblaciones que no cuentan con posibilidad de reinsertarse laboralmente por condiciones de discapacidad o por ser adultas mayores, se gestiona con CONAPAM y CONAPDIS para una reubicación institucional ante un eventual egreso, de acuerdo a la situación particular de la persona usuaria. Asimismo, una persona usuaria también comenta el apoyo recibido desde Trabajo Social para gestionar con una empresa privada (Colono Construcciones), con subsidio de alimentos por unos meses.

A esto se puede sumar lo que una de las personas profesionales en Fisioterapia menciona: “(...) hay otras organizaciones no gubernamentales, más que todo privadas que también colaboran, KFC da donaciones de pollo, Perimercados si no me equivoco también da donaciones de comida, etc. y también como estamos en Cartago aquí los agricultores son muy dados a donar, entonces ahí cuando veras son sacos de papa, de chayote, de todo, entonces digamos que, por ese lado, el centro está muy muy apoyado”. (Comunicación Personal, Fisioterapia B, 2021)

Con todo lo anterior, a partir de las respuestas de la población usuaria, se identifica que la atención está enfocada en las necesidades y las particularidades de las y los usuarios siendo que estas se desarrollan tanto de forma individual como grupal y

abordando la dimensión de salud y la psicosocial. Se infiere igualmente que la atención se centra mucho en sesiones grupales, charlas y procesos socioeducativos, sin embargo, la mayoría de personas usuarias no mencionan específicamente cuales son las temáticas, con esto, es posible cuestionar la incidencia de dichos temas, y si se toman en cuenta los intereses de las personas y su puesta en práctica durante la vida cotidiana y cuando egresen del Hogar, puesto que al parecer la información no es retenida.

Por otro lado, se identifica la realización de actividades dentro del Hogar en las que la población usuaria se mantenga ocupada y desarrolle habilidades, como es el caso de una empresa que envía partes de prensas de ropa para que las y los usuarios las ensamblen, por ejemplo. En las respuestas de profesionales también se hace mención al voluntariado que algunas personas realizan en la cocina, después de obtener el carné del curso de manipulación de alimentos avalado por el INA, lo que igualmente es de mucho apoyo para su currículum, ya que les permite adjuntar experiencia.

De acuerdo con las personas usuarias, en la atención que reciben de manera grupal, principalmente desde Trabajo Social y Psicología, se trabaja el cómo se sienten en ese momento, así como también sobre temas de interés e informativos. En las respuestas se reconoce que el equipo interdisciplinario responde a las necesidades con los planes de trabajo de forma individualizada, partiendo de cada caso en específico.

Por ende, de forma general, las personas usuarias concuerdan en que no consideran necesario realizar cambios a los servicios y la atención que reciben, ya que, de acuerdo con sus experiencias, tanto el trato como la información recibida y el apoyo profesional es de mucha calidad.

Se hace referencia a lo mencionado anteriormente sobre las capacitaciones y talleres, ya que una persona usuaria sí visualiza importante modificarlas, pues opina que en realidad no aportan mucho a las necesidades de la población que está en el Hogar y no les funcionará esta información por sí sola cuando egresen, al respecto, comenta la importancia de que la información “(...) sea útil pero que al mismo tiempo yo pueda llevar eso a la práctica y que haya una transformación del conocimiento teórico a la practicidad” (Usuario 01, Comunicación Personal, 2021). Además, sobre las temáticas que les interesaría abordar, menciona que no se les consulta, comentando

que “nadie ha venido a hacer una encuesta de cuáles son nuestras necesidades reales” (Usuario 01, Comunicación Personal,2021).

Esta misma persona reconoce la importancia de realizar actividades en el Hogar, por lo que también comenta que incluso ya ha propuesto la creación de un vivero para que ellas y ellos trabajen y generen sus propios ingresos, con el fin de tener algún dinero ahorrado para el momento de egreso o incluso para costear algunas necesidades mientras están en el Hogar.

Es importante destacar que otra de las personas usuarias entrevistadas menciona que no hay nada que cambiar, sin embargo, la trabajadora social (que se encontraba acompañándolo) le consulta respecto a la información del tratamiento, si le gustaría recibirla y responde que “sí”. Otra persona usuaria entrevistada comenta que quería llevar el curso de manipulación de alimentos, pues le hubiera ayudado a su currículum; lo impartieron mientras estaba en el Hogar, sin embargo, a él no le ofrecieron llevarlo. No sabe el motivo por el cual pasó esto, pero no considera que haya sido por discriminación, pues menciona que nunca se sintió de esta forma. Pudo haber sido debido a que no cumplía con la documentación o requisitos necesarios que establece el INA para recibir el curso, por ende, la profesional en nutrición no le podía integrar.

En este sentido, con el desarrollo de este y los anteriores capítulos se identifican elementos que requieren de un análisis más amplio y detallado, en cuanto a la atención brindada por el HNSE y el abordaje de la intervención con la población usuaria, por tanto, en el siguiente capítulo se analizan los principales hallazgos del presente estudio y las consideraciones finales que el equipo investigador considera pertinentes.

Tercera parte: Análisis de hallazgos y consideraciones finales

Capítulo 8. Análisis de los hallazgos y consideraciones finales.

En el presente capítulo, se exponen las principales conclusiones y consideraciones conseguidas a partir del análisis de la información obtenida mediante la revisión documental, el proceso investigativo, así como el trabajo de campo al entrevistar a distintos actores clave, con el fin de dar respuesta al objeto y problema de investigación.

En primer lugar, al realizar el estado de la cuestión y la revisión bibliográfica para el diseño del presente Seminario de Graduación, se denota que, tanto el tema de VIH como el de migración se han abordado en amplitud por separado, sin embargo, son pocos los trabajos académicos que consideran estas dos variables juntas a pesar de su interrelación en casos de personas migrantes que tienen esta enfermedad como se ha logrado observar. Esto limitó los hallazgos de la etapa preliminar del estudio, lo cual impuso retos para crear el diseño de investigación.

Ahora bien, se debe señalar que la coyuntura generada por la pandemia del COVID-19 impuso retos al realizar este estudio, ya que la mayoría de trabajo se realizó de manera remota, tanto en la búsqueda de información que se hizo por medios completamente digitales, como al realizar el trabajo de campo donde todas las entrevistas fueron logradas igualmente por medios digitales y aplicaciones que permitieron la conectividad de manera virtual. Esto condiciona en cierta manera el alcance del estudio, ya que la experiencia presencial, la interacción frente a frente o el apersonamiento en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza se logró solamente en una ocasión y con protocolos estrictos de bioseguridad.

Es importante tener en cuenta que, bajo este panorama de virtualidad, se depende de factores sobre los cuales existe poco o nulo control, como la pérdida de electricidad, la baja conectividad o el no acceso a Internet, incluso la captación de la información en forma auditiva a través de aplicaciones que se vieron afectadas por dichos factores. Asimismo, se resalta que en las entrevistas a las personas usuarias realizadas en el Hogar las respuestas fueron más amplias que las desarrolladas de manera virtual. Es importante destacar también que en dos de las entrevistas está presente la profesional de Trabajo Social, en un caso es por la discapacidad de unos de los usuarios, por lo que puede haber una influencia en las respuestas.

Ante este panorama, se muestra que la investigación no es un proceso lineal que puede ser creado a priori, sino que es dinámico y las personas investigadoras deben tener la capacidad para hacerle frente a las dificultades, y adaptarse a las necesidades que los hallazgos vayan marcando, y contemplar todas las variables para plantear el tema, el objeto y el problema del estudio y buscar las poblaciones clave con las cuales se trabajó.

Con dichas etapas superadas, se pasó a realizar un análisis sobre la normativa internacional y nacional en los temas de salud, VIH y migración, encontrando una extensa normativa en cada uno de ellos, sin embargo, son nulos los momentos en que estas temáticas se intersecan para generar espacios en que se considere al virus de inmunodeficiencia humana como un elemento de la salud de las personas migrantes que impacta tanto en la etapa de movilización como en la adaptación a una nueva realidad.

Si bien estas aristas son diferentes y con elementos independientes entre sí, es necesario considerar que la población migrante con VIH es una población vulnerabilizada, en la cual los tres elementos mencionados se presentan en conjunto y reflejan una carencia al no contar con insumos legales que contemplen las particularidades y necesidades de esta población. Sin embargo, el fuerte fundamento jurídico que existe en salud, VIH y migración protege en cierta medida los derechos de la población migrante con VIH en la práctica, ya que las personas profesionales que atienden a dicha población desde distintas instancias pueden hacer uso de la legislación para hacer validar la atención integral de la salud.

Se debe resaltar que, en el caso de Costa Rica, se cuenta con una ley específica para el VIH desde 1998, la cual ha sido modificada recientemente para ser la Reforma Integral Ley General sobre el VIH-SIDA N.º 9797, esta ordena al sistema de salud público a brindar atención y tratamiento antirretroviral sin que la situación migrante irregular sea una barrera al recibir los servicios. Asimismo, se cuenta con políticas dirigidas a la integración de las personas migrantes, la salud y el VIH, sin embargo, no existen instrumentos en que se contemplen las particularidades de los tres factores en conjunto lo cual puede llegar a limitar el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes-VIH.

Lo anterior es una problemática que necesita ser abordada, ya que existe gran movilización migratoria al país por cuestiones geográficas, económicas y culturales, lo cual convierte esta población en un grupo vulnerable que por su condición de salud necesita mantener el acceso y la adherencia al tratamiento, así como la atención constante de los sistemas de salud. Además, el estatus migratorio irregular se convierte en una limitante importante para el acceso a servicios de salud ya que existen trabas a nivel político y cultural por ver a la persona migrante como una amenaza. Esto se observa en instrumentos jurídicos represivos que se enfocan más en el control fronterizo y en colocar trabas para la entrada al país, lo cual afecta y vulnerabiliza mayormente a las personas que no cuentan con los medios para tener una migración en términos regulares.

Por otro lado, se vislumbra a partir de las entrevistas realizadas que, dentro del sistema de salud pública, hay limitaciones culturales, institucionales e, incluso, éticas, ya que las personas que van a solicitar estos servicios pueden verse enfrentadas a malos tratos, trabas en el acceso al tratamiento y recibir información errónea, dependiendo de quien les atienda en ventanillas. Asimismo, los procesos burocráticos son complejos y en muchos casos pueden terminar sin una resolución por estas barreras.

Resalta el factor cultural, ya que el modo en que se atiende a estas personas se ve influenciado por el imaginario social que se tiene sobre el VIH, el cual, a pesar de la gran cantidad de información que existe en la actualidad, sigue teniendo una connotación negativa asociada a estereotipos y cuestiones de moralidad, mitos que incluso las mismas personas seropositivas mantienen. Además, hay que tener en cuenta las percepciones sobre las personas migrantes, las cuales en el país tienden a ser negativas y acarrear problemas de discriminación desde diferentes aristas: por enfermedad, estatus migratorio, grupo etario, sexo, género, entre otras. Se muestra a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales y usuarios del HNSE, además de expertos de distintas instituciones, que permea en el trato brindado en la CCSS, donde los juicios de valor pueden llegar a presentarse en la calidad de atención que brindan algunos y algunas profesionales. De igual manera, se debe contemplar la adaptación que va a tener la persona migrante a un sistema de salud ajeno y al nivel de información que tiene tanto de sus derechos como del VIH.

Es importante considerar lo anterior ya que las personas usuarias y profesionales entrevistadas, a excepción de Odontología, expresaron haber vivido o presenciado este tipo de tratos, por el alcance que tienen los servicios del Hogar, se necesita al sistema de salud público y a la Dirección General de Migración y Extranjería para dar respuesta a necesidades de salud de la población usuaria del Hogar, además que muchas de las personas que llegan a la organización son referidas desde esas instituciones.

Al haber vacíos en las relaciones interinstitucionales, lo cual se ha evidenciado a lo largo del análisis, el Estado no engloba todas las necesidades que tienen las personas migrantes con VIH (u otras condiciones de vulnerabilización), muestra limitaciones y omisiones a los derechos humanos y de salud, esto hace necesarios los servicios de organizaciones de la sociedad civil o no gubernamentales para dar respuesta a dicha población y el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza se presenta como un actor clave en esta dinámica nacional.

La atención que brinda la HNSE, al tener en sus inicios un enfoque o postura de carácter religioso y asistencialista, estaba centrada en solventar necesidades básicas, es decir, alimentación y techo, y conforme a su experiencia surgió la necesidad de brindar una atención más especializada, es así que se conforma el equipo interdisciplinario con la intención de ofrecer a su población usuaria un abordaje integral.

Es importante destacar que el HNSE se especializa en personas seropositivas, caracterizadas por presentar situaciones de vulnerabilidad tales como condición de callejización, consumo de sustancias psicoactivas, pobreza extrema, falta de redes de apoyo y otros, estos factores son los que llevaban a las personas a necesitar el servicio de la organización. Las personas migrantes, como se ha mencionado, también son un grupo vulnerable, por ello se insertan en el Hogar, el cual se convierte en una alternativa para solventar necesidades dependiendo de sus situaciones, se les brinda atención en el VIH, al mismo tiempo que se les acompaña con los diferentes procesos migratorios.

El HNSE está centrada en la población usuaria pues el abordaje profesional está enfocado en las particularidades y necesidades de cada una de las personas usuarias, para lo cual se elabora una planificación desde cada área profesional, de

acuerdo con la situación de cada una de las personas individualmente y se revisan dichos objetivos de manera conjunta en las reuniones colegiadas semanales. Además, se busca dar respuesta a las situaciones tanto físicas como psicosociales que desde el Hogar no pueden ser abordadas, esto a través de referencias y conexiones interinstitucionales.

A pesar de que, desde antes de la llegada de la persona usuaria se conoce y planifica cómo se abordarán sus situaciones, se denota que hay una carencia en el proceso de ingreso de la población, pues parte de las personas usuarias mencionan haber aprendido las reglas de convivencia de sus pares, indicando la necesidad de fortalecer el primer acercamiento al Hogar y brindar una inducción o proceso que les permita tener una transición menos difícil, ya sea desde un centro hospitalario o cualquier otra organización. Esto porque la persona usuaria se enfrenta a cambios radicales no solo por el diagnóstico, sino también porque desconocen el funcionamiento del Hogar y de la institucionalización, pues implica ser residente del HNSE de entre 6 y 9 meses, pero en algunos casos las personas usuarias ingresan para recibir acompañamiento en el proceso hacia el fallecimiento, en el cual se propicia una muerte digna, así como también en otros casos donde, al no tener redes de apoyo o al ingresar por una desgastada situación de salud, requieren permanecer más tiempo dentro del Hogar.

Con respecto a las redes de apoyo con las que cuentan los y las usuarias, cabe destacar que estas suelen ser escasas por el rechazo social y los mitos relacionados con las personas que viven con VIH, sufriendo discriminación por parte de sus allegados y allegadas o llevando a las personas a omitir su diagnóstico y no contar con el sostén de sus seres queridos y, en el caso de quienes cuentan con redes de apoyo, el empobrecimiento y la condición socioeconómica de sus familias no les permiten encargarse de sus cuidados, siendo principalmente una red de apoyo emocional.

Se logra evidenciar que el HNSE tiene un rol importante como red de apoyo institucional para las personas usuarias en el momento de su estancia, así como también lo tienen las diferentes instituciones a nivel nacional, como CONAPDIS y CONAPAM, en el caso de las personas adultas mayores y personas con alguna discapacidad principalmente al momento de su egreso, pues es posible el reubicarlas en los albergues de dichas instituciones y así garantizar su atención y cumplimiento de

derechos. Sin embargo, es importante considerar que estos procesos de articulación no siempre son tan sencillos de llevar a cabo, dado que en estas instituciones aún se reproducen estereotipos o mitos alrededor de las personas que viven con VIH

Para la población en edad laboral resulta aún más difícil el acompañamiento de redes de apoyo institucionales y el poder lograr la reinserción sociolaboral, es por ello la importancia de generar procesos que permitan a las personas usuarias tener una independencia económica y autonomía personal. Al ser una organización de estancia transitoria, el HNSE presenta como reto la continuidad en los procesos de atención, principalmente en aquellos que están enfocados en la reinserción social y económica, pues el trabajar con población cuyo proyecto de vida está enfocado en la capacitación y la profesionalización resulta difícil, debido a que el corto tiempo de estancia es en la mayoría de los casos insuficiente. Esto deja como resultado la necesidad de generar mejores herramientas o estrategias en este aspecto, así como el trabajo conjunto con instituciones u organizaciones especializadas con el fin de garantizar y promover la permanencia de las personas usuarias en dichos procesos de capacitación al momento de su egreso.

Por otro lado, todas las personas pasan por procesos de socialización en lo que se adquieren preceptos culturales, y los(as) profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar del HNSE, no están exentos(as) de ello. Con esto se observa que en algunos momentos, la consideración profesional está mediada por estereotipos, producto del contexto social, económico, político y cultural en el cual se encuentran insertas, lo cual trasciende la formación académica y la práctica profesional. Esto puede limitar la respuesta o calidad de la atención integral ya que, por ejemplo, en algunas aseveraciones de los(as) profesionales expresadas en las entrevistas se identifica una visión paternalista al referirse a las personas usuarias.

Ahora bien, se denota que el Trabajo Social tiene un rol fundamental en la promoción de la atención interdisciplinaria e integral, no obstante, a pesar de los esfuerzos por complementar las diferentes visiones de los y las profesionales en disciplinas varias, aún predomina el enfoque biomédico, el cual se identifica en la toma de decisiones finales, ya que la parte de coordinación clínica es quien tiene un mayor peso para dar el aval a las demás profesiones del área clínica respecto a su intervención,

de acuerdo con las situaciones de cada persona usuaria, además de incidir en la definición del momento para dar el egreso a una persona usuaria.

En esta misma línea, Trabajo Social desde su quehacer profesional tiene un papel de mucha importancia en cuanto a los procesos de regularización de la situación migratoria y el aseguramiento de la persona usuaria, ya que, desde el área, es donde se realizan las primeras coordinaciones con otras instituciones para su propia atención y otras situaciones particulares, por ende, la profesión también está vinculada con los trámites y requerimientos para realizar referencias a otras instituciones u organizaciones, de acuerdo con las necesidades de la población.

Además, desde su rol en la revisión y seguimiento de los casos que se dan cada semana, Trabajo Social brinda una visión más integral, partiendo de la realidad de los y las usuarias desde otras aristas que tal vez no se visualizan en las demás áreas profesionales, esto permite reconocer determinantes sociales de la salud que le entrecruzan a las personas usuarias, de tal forma se identifica que estos son importantes para poder abordar las necesidades y lograr una atención integral de la población.

Por otro lado, existe una predominancia de procesos socioeducativos que no representan un verdadero impacto en la población según la percepción de algunas personas usuarias, ya que se evidencia la poca retención de la información, cuestionando si en realidad implica un efecto positivo en su cotidianidad dentro del Hogar, y si esta verdaderamente es de utilidad para el momento en que las personas usuarias hayan egresado, sin embargo eso puede deberse al nivel escolar de la población, al deterioro cognitivo o incluso a un estado de crisis producto de su estado físico o emocional

Es importante resaltar también que la atención interdisciplinaria no es sinónimo de atención integral, pero sí es un prerequisite para buscar la integralidad, pues no es únicamente que las personas usuarias reciban atención de cada profesional, sino que es necesario que exista conciencia de la importancia de la integralidad de las áreas en el abordaje de la dimensión física, social, psicológica, económica, política etc., en aras de garantizar el abordaje de las verdaderas necesidades de la persona y el completo bienestar físico, mental y social.

Otra cuestión que media en el trabajo interdisciplinario y el alcance que tenga la atención brindada en el Hogar tiene que ver con el estado emocional de las personas debido a su proceso de asimilación del diagnóstico, mitos sobre la enfermedad adquiridos de los estigmas que se tramiten en la sociedad, condiciones propias de su historia de vida y condiciones materiales, así como la percepción que las personas usuarias del servicio que reciben, ya que una mala autopercepción genera resistencias a la adherencia al tratamiento, los alcances que tenga la atención brindada en la institución y el cómo se desenvuelven los y las usuarias en ello.

A través de las entrevistas con los y las usuarias, se contempló que la información que tenían era, en su mayoría, limitada y difícil de conseguir, asimismo, la comprensión de los efectos de la enfermedad se puede considerar fue más aprendido a través de la experiencia y, en cierta medida, esto afectó al desarrollo del virus. Sin embargo, destacaron que lo conocido al momento de la entrevista fue adquirido mediante los procesos atencionales del Hogar o incluso en algunos hospitales. Aunado a esto, la importancia de la adherencia al TARV también se comprendió en la organización, no obstante, cabe destacar que algunas personas contaban con un entendimiento mayor del funcionamiento del medicamento o el tipo que estaban consumiendo, mientras que otras comprenden su importancia principalmente porque los y las profesionales se lo dijeron, sin llegar a tener una autonomía comprensiva lo cual, ante un eventual egreso, puede conllevar a recaídas.

Dicha falta de información previa a la entrada al hogar señala, nuevamente, las limitaciones que el Estado y su institucionalidad presenta en la atención del VIH, lo cual puede ser observado tanto en personas usuarias de diferentes instituciones, como en el personal que atiende a la población cuando va en búsqueda de los servicios. Por su parte, el Hogar realiza importantes esfuerzos en la trasmisión de una información correcta, pero esta podría presentarse de una manera distinta según las capacidades cognitivas de la persona receptora, lo que genera la diferencia en el manejo de los datos entre unas personas entrevistadas y otras.

Sin embargo, se denota un posicionamiento positivo hacia el Hogar y sus servicios, ya que ayuda a subsanar, primeramente, las necesidades más inmediatas y se va más allá en la búsqueda de mejorar la condición de salud y reinserción social de las personas, brindándoles distintos servicios según los requieran. Además, consideran

que los y las profesionales muestran apertura para atender sus consultas y que, ante un problema personal, pueden solicitar asistencia. Una crítica constructiva que también se les hace es que los procesos no van tan enfocados a la reinserción laboral de las personas usuarias que tienen posibilidades de independencia funcional y que no todos ni todas las profesionales tienen el mismo nivel de apertura.

Asimismo, resalta el hecho de que en pocas respuestas las personas usuarias mencionaron aspectos vinculados con el contexto de pandemia por COVID-19 y su relación con su situación migratoria, así como con el proceso de regularización, el aseguramiento y el impacto que pudo haber tenido esta coyuntura al momento de ingresar al Hogar y durante su estancia en él.

Al realizar este estudio se observó que, a pesar que el HNSE expresa en su misión y direccionamiento profesional que se trabaja con atención integral, se ven limitaciones importantes y oportunidades de mejora. En cuanto a recursos, se observó que existen dificultades para encontrar financiamiento además de lo brindado por instituciones como la Junta de Protección Social y el Instituto Mixto de Ayuda Social, los cuales no son suficientes para abordar todas las necesidades de las personas usuarias.

Respecto a vinculaciones interinstitucionales, para resolver los procesos tanto de atención en salud como de cuestiones migratorias y de protección social, se encuentran dificultades que se ven mediadas por la apertura de otras instituciones y trabas a nivel burocrático debido a la duración, tiempos de espera y elevados costos de los trámites, esto representa una limitación en la integralidad de la atención dada en el Hogar. Además, muchas de estas conexiones se recargan en relaciones personales entre los y las profesionales de la organización con otras instituciones, por lo que, si dicha persona deja de laborar en el centro, se puede perder.

No existe un trabajo intersectorial e interinstitucional articulado a la atención que necesita esta población, ya que debido a aspectos políticos, institucionales y organizacionales, además de una dificultad general para la operativización de instrumentos ya existentes, no hay protocolos o lineamientos en aras de garantizar y fiscalizar dichos procesos, sino que estos dependen principalmente de la anuencia de las personas profesionales y de los contactos entre personas por su “amistad” y no por su condición de funcionarias o puesto institucional. Inclusive, dentro del mismo Hogar,

no se identifican protocolos propios del trabajo interdisciplinario que involucre también la intervención con las personas usuarias desde un abordaje de atención integral, esto denota una necesidad tanto en el HNSE, como a nivel país de crear esfuerzos en este ámbito, con el objetivo de garantizar una atención de calidad.

Existen limitantes al momento de establecer coordinaciones institucionales, la ausencia de información en los y las profesionales es una de estas, pues permea directamente en la intervención con cada persona usuaria. La desarticulación, influye ya sea directa o indirectamente en el manejo de los casos desde cada institución, generando procesos de atención más lentos y con menos impacto en la población usuaria.

Otro aspecto importante por retomar es el relacionado con la institucionalización de la persona usuaria. A pesar de que la atención se brinda desde diferentes áreas y de que se tiene un protocolo para permisos de salidas, es necesario reconocer que la población de alguna forma puede sentir privación de su libertad al permanecer en un mismo lugar durante cierto tiempo, especialmente, si es un lapso más amplio y hay que adaptarse al cumplimiento de los reglamentos. Por ende, es un elemento que impacta en las redes de apoyo y las relaciones interpersonales externas al Hogar con las que pueda contar la población usuaria.

Los procesos se ven mediados por el limitado tiempo en que las personas se encuentran en el Hogar, lo cual representa sesgos y restringe los alcances de algunos servicios, dando como resultado un mayor enfoque en el mejoramiento de la salud física, la cual, si bien es importante, no es la única área en que se necesita trabajar y no contempla a las personas usuarias en su totalidad.

De esta forma, se observa que el concepto de atención integral es limitado, ya que no aborda todos los aspectos necesarios para dar respuesta a las necesidades de la población con VIH migrante que se encuentran en situación de vulnerabilidad, pues las carencias estatales, interinstitucionales y barreras socioculturales se reflejan en la atención brindada desde el HNSE.

Con lo anteriormente descrito y teniendo en cuenta que el presente estudio es exploratorio y de carácter cualitativo, es oportuno mencionar también que no pretende ser una evaluación de los servicios y la atención profesional brindada por el Hogar a

la población usuaria. Por tanto, como equipo investigador y con el respaldo de las personas asesoras, se decidió no incluir recomendaciones, debido que, además, se consideró que las investigadoras no cuentan con los criterios profesionales suficientes para establecer dichas recomendaciones en este caso específico.

En este sentido, es importante reconocer que la investigación aportó elementos fundamentales al equipo investigador como profesionales en Trabajo Social, debido al acercamiento que se tuvo al objeto de estudio y, por ende, al conocimiento de la atención brindada a las personas usuarias del HNSE en situación migrante. Señalando, además, la importancia de la profesión en este tipo de organizaciones e identificando, al menos en primera instancia, lo que implica realizar procesos de trabajo con esta población.

De esta forma se generó, precisamente, una mayor comprensión de dichos procesos de intervención y las dinámicas profesionales, así como el abordaje de las necesidades particulares de cada usuario o usuaria y la importancia de visualizar los determinantes sociales que median en la búsqueda de la atención integral y de calidad para esta población.

Se destaca también como aporte para las investigadoras, la importancia de visualizar a Trabajo Social en coordinación constante con otras áreas profesionales. El trabajo interdisciplinario, necesariamente implica una mayor cohesión con otras profesiones, lo cual, en algunas situaciones, puede generar desencuentros, debido a diferencias de opiniones y pensamientos; sin embargo, es fundamental tener la capacidad de afrontarlas adecuadamente, con la comprensión de que, para brindar una atención integral, se debe buscar el abordaje de las distintas necesidades de la persona usuaria. Esto incluyendo sus particularidades físicas, emocionales y psicosociales.

Bibliografía

- Acuña, María del Carmen. (2009). Factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales precipitantes de la adquisición del VIH en adolescentes infectados (Tesis de licenciatura) Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2062/1/29918.pdf>
- Agudelo, Andrés. (2010). Trabajo y determinantes sociales de la salud en la población migrante de España (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, España. https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/AgudeloA_tesis.pdf/de645b91-4685-457e-8b2a-e45a38e236bb
- Aguilar, Andrea; Céspedes, Dayana; Fernández, Andrés y González, Florian. (2018). Poblaciones inmigrantes internacionales y políticas públicas en Costa Rica (2009-2016) (Seminario de Graduación por el grado de licenciatura). Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/8973>
- Aguilar, Sonia y Barroso, Julio. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. Revista de Medios y Educación, núm. 47, julio, 2015, pp. 73-88 Universidad de Sevilla Sevilla, España. <http://www.redalyc.org/pdf/368/36841180005.pdf>
- Aguirre, Alessia y Fonseca, Thalía. (2018). Crisis migratoria de cubanos y africanos 2015-2016. Relación con el respeto de los Derechos Humanos en su tránsito por Costa Rica (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Liberia, Costa Rica. <https://iiij.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019/05/Tesis-AlessiaThalia.pdf>
- Alarid-Escudero, Fernando; Sosa, Sandra; Fernández, Bertha y Galárraga, Omar. (2013). Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/sida en migrantes en Centroamérica. Salud Pública de México. 55(1). 23-30. <https://scielosp.org/article/spm/2013.v55suppl1/S23-S30/>
- Alcántara, Antonio. (2012). Vivir con el VIH: influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad (Tesis doctoral). Universidad de Lérida,

España.

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/81313/Taat1de1.pdf?sequence=1>

Aldana, Julio y Isea, Josía. (enero-junio de 2019). Migración. Un fenómeno del siglo XXI. *Iustitia Socialis: Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Criminalísticas*. 4(6). 52-70.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7049437>

Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Año 1. (1). 36-46.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>

Alonzo, Edar y Gomes, Esther. (2018). Conocimiento sobre VIH/SIDA prácticas sexuales en adolescentes (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11892/1817.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2009). Lucha contra la discriminación de los migrantes.
<https://www.ohchr.org/sp/aboutus/pages/discriminationagainstmigrants.aspx>

Amon, Joseph y Todris, Katherine. (2009). Acceso a tratamiento antirretroviral para las poblaciones migrantes del sur global. *Revista internacional de derechos humanos*. 6(10). 162-187.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000100009&lang=es

Anguera, María Teresa. (1998). *Métodos de Investigación en Psicología*. Editorial Síntesis.

Arias, Fideas. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme.

Aruj, Roberto S.. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de población*, 14(55), 95-116. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100005&lng=es&tlng=es.

Ávila, María. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta méd. costarric. 51(2). 71-73.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

Babbie, Earl. (2000). Fundamentos de la investigación social. México: International Thomson Editores, S.A. ISBN 970-686-002-9.

<https://tecnicasmasseroni.files.wordpress.com/2012/02/babbie-fundamentos-de-la-investigacion-social.pdf>

Barquero, Jorge y Molina, Wendy (2012) Nuevas tendencias de la migración interna en Costa Rica. Hacia un patrón de migración intrametropolitana en la GAM 2000-201. Presentado en el Simposio Costa Rica a la luz del Censo 2011 8 y 9 de noviembre 2012. Disponible en

[:https://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/anoblaccenso2011-02.pdf_0.pdf](https://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/anoblaccenso2011-02.pdf_0.pdf)

Barrera, Raúl. (2013). El concepto de la cultura: definiciones, debates y usos sociales. Revista de Clasehistoria (343). 2-24. [El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales](#)

Barrios, César; Berry, Angela; Cancado, Antonio; Cerdas, Rodolfo; Dominguez, Andres; Elizondo, Gonzalo; Gala, Antonio, Koch, Cristian; Lindgren, J.A; Magendzo, Abraham; Márquez, Edith; Monsivais, Carlos; Montaner, Carlos; Ordoñez, Jaime; Peytringnet, Gerard; Rial, Juan; Ruiz, Jaime; Omar, Fabián y Vedel, Ole. (1995). Estudios Básicos de Derechos Humanos III. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <https://www.iidh.ed.cr/iidh/publicaciones/series/>

Behring, Elaine. (2013). La Política Social en el contexto de la crisis capitalista. Revista de Trabajo Social Plaza Pública, (9), 4-20. Recuperado de <https://revistaplazapublica.files.wordpress.com/2014/03/2.pdf>

Belmar, Julieta y Stuardo, Valeria. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. Revista chilena de

infectología. 34(4). 352-358.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400352&lang=es

Berbesi, Dedsy; Segura, Ángela. (2014). Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. *Investigaciones Andina*. 16(28). 964-977
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239030490009>

Boiero, Marta y Estrada, Gabriela. (2012) Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad. Un ensayo de la enseñanza de Finanzas y Administración Pública. Facultad de Ciencias Económicas Instituto de Desarrollo Regional. Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina. Recuperado de: <https://xdoc.mx/preview/multidisciplinariedad-5d7fed34924dd>

Bonilla, Andrea. (2010). Globalización y migración : el fenómeno discriminatorio en los contextos de liberación económica con especial referencia a Centroamérica (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
<http://ijj.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2017/06/GLOBALIZACION-Y-MIGRACION.pdf>

Bonilla-Castro, Elssy y Rodríguez, Penélope. (2005). Más allá del dilema de los métodos (3 ed.). Editorial Norma.

Boza, Ricardo. (2017). Patogénesis del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*. V(I). 28-46
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>

Bracamonte, E. (2002). Política, Estado y Gobierno. Universidad Católica Boliviana.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rcc/n10/a09.pdf>

Bran-Piedrahita, Lemy, & Posada-Zapata, Isabel Cristina, & Palacios-Moya, Lucía, & Bermúdez-Román, Viviana (2018). Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 25(76),57-74. ISSN: 1405-1435. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10554384003>

- Bravo, Patricia; Calle, María y Lázaro, Liliana. (2018). Conocimiento sobre transmisión de VIH/SIDA y actitudes sobre prácticas sexuales riesgosas en varones de una institución educativa de Nasca-ICA, 2017. Tesis para optar por el título de licenciatura en enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3694/Conocimiento_BravoMolina_Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Supl. 1), 13-27.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Briceño, Fernando. (2009). Análisis sobre las condiciones sociolaborales de personas VIH positivas en una muestra cualitativa durante los meses de julio y agosto de 2010. (Tesis de maestría) San José Costa Rica.
<http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1191/1/Analisis%20sobre%20las%20condiciones%20socio%20laborales%20de%20personas%20VIH%20positivas%20.pdf>
- Briones, Guillermo. (2002). Epistemología de las ciencias sociales. ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2003). La Gestión en la Atención Integral de la Salud. Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud. San José, Costa Rica.
<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/La%20gesti%C3%B3n%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20salud.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades.
<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Metodología para la elaboración de Guías de Atención y Protocolos. San José, Costa Rica. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/protocolos.pdf>
- Calvo, M., Chinchilla, M., Coto, G. y Pacheco, E. (1993). Las organizaciones no gubernamentales y su participación en la gestión de la política social costarricense. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, Costa Rica.
- Campillay, Maggie y Monárdez, Maribel. (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. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n47/1886-5887-bioetica-47-00093.pdf>
- Canales, Alejandro; Fuentes, Juan y De León Escribano, Carmen. (2019). Desarrollo y migración: desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica. Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44649-desarrollo-migracion-desafios-oportunidades-paises-norte-centroamerica>
- Capella, Sergio; Navarro, Jose y Fajardo, María. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. I Revista internacional de trabajo social y bienestar I(7). 15-2
- Carbonell, Miguel; Rodríguez, Jesús; García, Rubén y Gutiérrez, Roberto. (2007). Discriminación, igualdad y diferencia política. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. ISBN: 978-970-765-079-4. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27899.pdf>
- Castillo, Alcira; Quirós, Ileana y Sancho, Xenia. (2003). La gestión en la atención integral de la salud. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/La%20gesti%C3%B3n%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20salud.pdf>

- Castillo, Alcira y Solano, Mary. (2011). Determinantes Sociales y la Atención Primaria de la Salud Renovada (ponencia). Simposio Institucional de Promoción de la Salud. San José, Costa Rica.
- Castro, Claudia y Medina, María. (2019). La integración de juventudes migrantes y refugiadas en Costa Rica, una mirada desde las experiencias de las personas jóvenes en las asociaciones Red de Jóvenes Sin Fronteras y Jóvenes Madiba durante el periodo 2010-2016 (Tesis de Licenciatura). <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2018-18.pdf>
- Chacón-Quesada, Tatiana, Corrales-González, Daniela, Garbanzo-Núñez, Davis, Gutiérrez-Yglesias, José Andrés, Hernández-Sandí, Alejandro, Lobo-Araya, Adriana, Romero-Solano, Alexander, Sánchez-Avilés, Libertad, & Ventura-Montoya, Stefanie. (2009). ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(2), 79-98. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008&lng=en&tlng=es.
- Chacón, Lorenzo; Fresno, José; Chahin, Alia; Martínez, Antidio; Aierdi, Xabier; Moreno, Gorka, Rinken, Sebastián; Escobar, María; Andueza, Izaskun; Lasheras, Rubén; Aguilar, Maria; Ruiz, Andrea; Ullloa, Edith; Bruquetas, Maria, Mari-Klose, Pau; Moreno, Francisco; Uceda-Maza, Xavier; Bolívar, Gardy y Flores, Leonel. (2011). La discriminación étnica hacia la población inmigrante: un reto para la cohesión social. *Revista Documentación social*, (162). 1-334 <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2012/02/DS100162-LA-DISCRIMINACI%C3%93N-%C3%89TNICA-HACIA-LA-POBLACI%C3%93N-INMIGRANTE.pdf>
- Chacón, Vanessa; Chávez, Karol y González, Diana. (2012). La política social de prevención y atención en salud en VIH-SIDA en el periodo 1995 al 2010 en Costa Rica. (Seminario para optar por el grado de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2012-11.pdf>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (s.f) Acerca de la migración interna. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/migracion/acerca-migracion-interna>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). Migración forzada de personas Nicaragüenses a Costa Rica. ISBN 978-0-8270-6925-1 <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MigracionForzada-Nicaragua-CostaRica.pdf>
- Consejo Nacional de Atención Integral del VIH sida (2016) Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y sida 2016 – 2021. San José, Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/planes-planes-institucionales/712-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida-2016-2021/file>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). La discriminación y el derecho a la no discriminación. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/43-discriminacion-dh.pdf>:
- Comisión Nacional de Derechos Humanos México (2016) Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf
- Consejo Nacional de Migración. (2013). Política Migratoria Integral para Costa Rica. San José, Costa Rica. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9485.pdf?view>
- Correa, Martha. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista CUIDARTE. 7(1). 1227-1231. <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/300/487>
- Da Silva, Augusto; Torres, Gilson; Da Silva, Ilisdayne; Nelson, Ana; Lucena, Indira y Costa, Danyella. (2015). Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS.

Revista electrónica trimestral de enfermería. N°40. ISSN: 1695-6141.
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/administracion1.pdf>

Dávila, Elena. (2015). Efectos socioeconómicos de la migración internacional de centroamericanos en la segunda mitad del siglo XX- Énfasis en Nicaragua. Tesis para optar por el grado de doctorado en Historia. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3765/0784_DavilaRissler.pdf?sequence=3&isAllowed=y

De la Guardia, Mario y Ruvalcaba, Jesús. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal, of negative & no positive results 5(1). <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3215>

Díaz, Claudio. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. Revista General de Información y Documentación ISSN: 1132-1873.
<https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/60813/4564456547606>

Dirección General de Migración y Extranjería y Dirección de Integración y Desarrollo Humano. (2017). Diagnóstico del Contexto Migratorio de Costa Rica 2017. <https://red-iam.org/sites/default/files/2018-11/Diagnostico%20Contexto%20Migratorio%20de%20Costa%20Rica%202017.pdf>

Escobar, Blanca y Parevic, Tatiana. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Revista electrónica, Enfermería actual en Costa Rica. Edición Semestral N°. 32, Enero 2017 - Junio 2017. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf>

Fernández, Arturo y Rozas, Margarita. (1988). Políticas Sociales y Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina: HVMANITAS. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000010.pdf>

- Fernández, Flory. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación *Revista de Ciencias Sociales* , vol. II, núm. 96, <https://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS96/03.pdf>
- Fernández, Miguel, Roo, Jacqueline, Dávila, Rocío, Montalvo, Johanna, Da Costa, María, De Angulo, Andrea, Edward, Alan y Alarcón, Daniel. (2018). La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 13(1). pp. 84-112.
- Flores, Daniel; Ríos, Roger y Vargas, María Marleni (2015) Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya, Distrito de Belén (Tesis de licenciatura). <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3305>
- Garzaniti, Ramiro y Romero, Paula. (2018). Atención integral de la salud: La interdisciplina como herramienta fundamental. *Revista Anuario Temas en Psicología*. (4). http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/73012/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gatica, Gustavo. (2017). Aportes de las personas migrantes y refugiadas a la creación de riqueza en Costa Rica. *Rev. Rupturas* 8(1). pp. 71-100
- Gavidia, Valentina y Talavera, Marta. (2012). La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales Universidad de Valencia (España). <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- Gómez, Emanuel. (2013). Los Ngäbe-Buglé y su acceso a servicios de salud en Costa Rica como trabajadores temporales (tesis de maestría) Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica. <https://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/handle/120809/1230/Los%20Ngabe-Bugle%20y%20su%20acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica%20como%20trabajadores%20temporales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gómez, Jesica; Caballero, Marta; Infante, César; Cruz, Rosibel; Cuadra, Rosario y González, Tonatiuh. (2012). Contexto de las organizaciones civiles centroamericanas en la atención al sida en poblaciones móviles. *Salud Pública de México*. 55. 15-22. <https://scielosp.org/article/spm/2013.v55suppl1/S15-S22/>
- González, Carlos. (2015). La experiencia sociocultural del VIH/SIDA en mujeres diagnosticadas/os que migraron a Playa del Carmen Quintana Roo (Tesis de Maestría). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Distrito Federal, México. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/158/1/TE%20G.N.%202015%20Carlos%20Alberto%20Gonz%c3%a1lez%20Navarrete.pdf>
- González, Daniel y Warner, Karina. (2006). La sexualidad desde las masculinidades en los hombres que viven con el VIH-SIDA. Costa Rica (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2006-08.pdf>
- Granada, Ana; Vanegas, Claudia; Forero, Elizabeth; Silva, Claudi y Vergara, Erika. (enero-marzo 2018). Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. *Acta Médica Colombiana* 43(1). 31-36. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00031.pdf>
- Grassi, Estela. (2008). La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate “post-neoliberal. En: Es posible pensar una nueva política social para América Latina. Flacso, sede Ecuador.
- Grimson, Alejandro. (2008). “Diversidad y cultura: reificación y situacionalidad”. *Tabula Rasa* (8). pp. 45-67.
- Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC y Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. (2017). Documento Informativo sobre la Infección por el VIH. http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf

- Guell, Ana (2002) La Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas VIH/SIDA. Un Abordaje desde la Pprspectiva del Trabajo Social. N° 64. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n642002/art1.pdf>
- Guillén de Romero, Jacqueline; Menéndez, Fabián y Moreira, Tatiana. (2019). Migración como fenómeno social vulnerable y salvaguarda de los derechos humanos. Revista de ciencias sociales. 25(1). 281-294. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7113730>
- Hernández, Carolina. (2015). Derechos fundamentales y migración internacional (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, España. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/10131/TESIS%20Hernandez%20Melgar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos, y Baptista Pilar. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana.
- Herranz, Gonzalo. (2008). Xenofobia: un estudio comparativo en barrios y municipios almerienses. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (121). 107-132.
- Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) (2021). Administración de Acción Social y Administración de Instituciones de Bienestar Social. Recuperado de: <https://www.imas.go.cr/es/general/administracion-de-accion-social-y-administracion-de-instituciones-de-bienestar-social#:~:text=El%20C3%A1rea%20de%20Acci%C3%B3n%20Social,de%20forma%20voluntaria%20con%20el>
- Instituto Mixto de Ayuda Social (s.f) Reglamento para la prestación de servicios y el otorgamiento de beneficios del 1 Instituto Mixto de Ayuda Social. https://www.imas.go.cr/sites/default/files/docs/reglamento_de_servicios_y_beneficios_imas.pdf
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Presidencia de la Nación. (2019). Entender la Discriminación. <http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2019/11/Entender-la-Discriminaci%C3%B3n.pdf>

- Jessop, Bob. (2014). El Estado y el poder. Utopía y Praxis Latinoamericana, Universidad de Zulia, Venezuela. vol. 19, núm. 66, julio-septiembre, 2014, pp. 19-35. <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937089004.pdf>
- Jiménez, Absalón y Torres, Alfonso. (2006) La práctica investigativa en ciencias sociales. Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá, Colombia. 2006.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2017). Confronting discrimination Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf
- Laso, Silvana. (2004). La importancia de la teoría crítica en las ciencias sociales. Espacio Abierto (13). pp. 435 – 455
- Lazo, Roberto. (2008). Influencia de la migración en personas que conviven con el VIH-SIDA, que pertenecen a ASONVIHSIDA, Nicaragua, mayo-julio 2008. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud UNAN – Managua. CIES. <https://repositorio.unan.edu.ni/6828/1/t448.pdf>
- López, Fernanda y Monge, Silvia. (2005). La intervención del Trabajo Social con mujeres embarazadas o con hijos/as menores de dieciocho meses que viven con el VIH/SIDA. Costa Rica. (Tesis licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2005-05.pdf>
- Macías, Camilo; Méndez, Victor; Loo, Nadine y Montes de Oca, Yamirka. (2019). Algunas consideraciones teóricas sobre la asesoría y el apoyo psicológico de las personas con VIH/sida. Revista Información Científica, (98)1. pp.106-116.
- Madeiro, Silvana. (2013) Trabajo social y salud: la importancia del abordaje interdisciplinario. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de la República, Uruguay. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8304/1/TTS_MadeiroRam%2B%C2%A1rezSilvanaLorena.pdf

Maldonado, Carlos; Vivas, Laura; Gómez, Luis; Villamizar, Santiago; Bonilla, José y Tobler, Chantal. (2019). Salud Pública y complejidad: Historia, concepto y ejes.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/3576/9789587391534.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Martínez, Judith; Gispert, Estela; Castell, Pastor; Alfonso, Clara y Diago, Heidy. (2014). Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. Rev. Med. Electrón. (36)5 Matanzas set.-oct. 2014.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500015

Mejía, Luz. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2013; 31 pp. 28-36.

Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>

Ministerio de Salud. (2003). *Migración y Salud en Costa Rica: Elementos para su análisis*.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6307.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes*.

https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/4-marco_de_acciones_rectoras_-_ministerio_de_salud_2016.pdf

Ministerio de Salud de Costa Rica y Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida (CONASIDA). (2007) Política Nacional de VIH y sida.

https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/politica_nacional_vih_sida_es.pdf

Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida (CONASIDA). (2018). Informe Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH Y SIDA 2018 COSTA RICA.

<http://www.conasida.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/biblioteca-de->

[archivos/documentos/nacionales/informativos/215-medicion-del-gasto-de-la-respuesta-nacional-ante-el-vih-y-sida-2018-costa-rica/file](#)

Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida (CONASIDA). (2016). Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados por Costa Rica Declaración de Compromisos. <http://biblioteca.fdi.cr/wp-content/uploads/2018/02/127-Informe-Nacional-sobre-los-progresos-realizados-por-C-R-Declaraci%C3%B3n-de-compromisos-2016-CONASIDA.pdf>

Mirabal, Jorge Arturo. (2020). Migración y transnacionalismo. Extrañando la tierrita..., de Ana Melissa Pardo Montaña. Perfiles latinoamericanos, 28(55), 403-411. <https://doi.org/10.18504/pl2855-016-2020>

Monge, Carlos. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, guía didáctica. Universidad Surcolombiana. Colombia

Mora, Carolina. (2016). Los Derechos Humanos. Multiculturalidad y Ciudadanía en un Mundo Globalizado. Costa Rica: Editorial UCR.

Mora, Dayan y Valverde, Graciela. (2006). La persona adulta mayor que vive con el VIH-SIDA: lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el Trabajo Social. Costa Rica. (Tesis Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2006-07.pdf>

Mosqueda, Diana; Reyes, Guadalupe; Montuy, Yéssica; Miranda, Armando y Arcos, Karina. (2017). Apoyo social en personas que viven con VIH. Salud, educación y economía en la frontera sur de México, ISBN: 978-607-97080-2-3. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD46905.pdf>

Navarro, Ana Luisa. (2018). Intervención desde el trabajo social con redes de apoyo primarias de la población usuaria con VIH del Hospital San Juan de Dios (Práctica dirigida de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6381/1/43550.pdf>

- Orayen, Estibaliz. (2013). Desigualdades en salud en los grupos de inmigrantes viviendo en la comunidad autónoma del país vasco (Tesis doctoral). Universidad Alcalá de Henares, España. <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/20064/Tesis%20Est%C3%ADbaliz%20Orayen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización de las Naciones Unidas (s.f). MEJORAMIENTO DE LA GOBERNANZA BASADA EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/MigrationHR_improvingHR_ReporSPt.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). Informe Sobre las Migraciones en el Mundo. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones (2019) Glosario de la OIM para la migración. ISSN 1816-1014. Suiza. Disponible en: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. 2007. *Salud de los migrantes*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26222/A61_12-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* (informe de la secretaría). 62º Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud. (2016). 55º Consejo Directivo. 68º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). <https://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud como derecho humano fundamental, Declaración del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. 10 de diciembre de 2017. <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Organización Mundial de la Salud (2020), VIH/sida Datos y Cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/es/#:~:text=Los%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud%20explican%20la%20mayor%20parte,rspecta%20a%20la%20situaci%C3%B3n%20sanitaria
- Organización Panamericana de la salud. (OPS). (2002). Salud Pública de las Américas. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2004) Guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe. https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/2004_Guia_atencion_integral_personas_con_coinfeccion_TB_VIH_America_Latina_y_el_Caribe.pdf
- Oslak, Oscar y O'Donnell, Guillermo. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2 (4), pp.99-128
- Oszlak, O. (2011). El Rol del Estado: Micro, Meso, Macro. Conferencia dictada en el VI Congreso de Administración Pública organizado por la Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública y la Asociación de Administradores Gubernamentales. Resistencia Chacho, 7 de julio del 2011.

- Ouviña, H. (2002). El Estado: su abordaje desde una perspectiva teórica e histórica. En: Introducción al conocimiento de las sociedad y el estado. Aldea Editores: Buenos Aires, Argentina.
- Páez, Alicia. (2015). Inmigración y salud: Consecuencias del proceso migratorio (Trabajo Fin de Grado). Trabajo Social, Universidad de Salamanca, España. <https://gredos.usal.es/handle/10366/128584>
- Pereira de Rêgo Barros, Airton. (2013). Vulnerabilidad y afrontamiento del VIH-SIDA en el contexto de la inmigración (tesis de doctorado). Universidad de Valencia, España. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=CphP80BMTpQ%3D>
- Pérez Ortega Giovanni; Arango Serna, Martin; Sepulveda Atehortua, Lizeth (2011) Organizaciones no Gubernamentales; ONG y el desarrollo; Clasificación de las ONG; Tercer sector; Organizaciones sin ánimo de lucro. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/ede/article/view/27942/28203>
- Pizarro Aguilar , Roxana. (1981). Los Equipos Interdisciplinarios. La necesidad del trabajo interdisciplinario en las instituciones de Seguridad Social en Costa Rica. (Tesis de Licenciatura). <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v8n17/art3.pdf>
- Ponce, J. (2008). Es posible pensar una nueva política social para América Latina (1a ed.). Imprenta: Quito, Ecuador.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2005). Situación de la Epidemia de SIDA. https://data.unaids.org/publications/irc-pub06/epi_update2005_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2006). Situación de la Epidemia de SIDA. https://data.unaids.org/publications/irc-pub06/epi_update2005_es.pdf
- Quesada, Lisseth y Villegas, Sarita. (2009). Implicaciones del significado social del VIH/SIDA en el acceso y permanencia al trabajo a partir de la experiencia de las y los usuarios de la Clínica de SIDA del Hospital San Juan de Dios, en el

período de enero a diciembre del 2008 (Tesis de Licenciatura).
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-1-sr-2009-01.pdf>

Quintal, Rocío y Vera, Ligia. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. Estudios de Cultura Maya, XLVI. 197-226. Centro de Estudios Mayas. Distrito Federal, México. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281342751008>

Quirós, Adrián. (2015). Migración e Inserción Laboral (Tesis de Maestría). Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica. <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1555/1/MIGRACI%C3%93N%20E%20INSERCI%C3%93N%20LABORAL.pdf> (157 páginas)

Radusky, Pablo y Mikulic, Isabel. (2019). Experiencia y percepción de estigma relacionado con el vih en varones con orientación homosexual. Salud & Sociedad, 10(2), 110-127.

Reconde-Suárez, Deyme y Peña-Figueredo, María. (2019). Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de Enfermería como resultado científico enfermero. Centro Internacional de Restauración Neurológica. La Habana, Cuba. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1326.pdf>

Ritzer, George. (1997). Teoría sociológica contemporánea. Madrid, España: MacGraw- Hill

Roca, Manuel. (2017). Factores relacionados con el insuficiente control de la infección por el VIH en la Cohorte Española VACH. (Tesis doctorado). https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454985/2017_Tesis_Roca%20Sanz_Manuel.pdf?sequence=1

Rocca, Carlos. (2006). Origen y evolución del derecho internacional público. Iushistoria (3). <https://p3.usal.edu.ar/index.php/iushistoria/article/download/1622/2055>

Rodríguez, Jesús. (2006). Un marco teórico para la discriminación. Colección Estudios (2), ISBN 970-9833-41-3. http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002%281%29.pdf

- Rodríguez, Jesús. (2007). ¿Qué es la discriminación y cómo combatirla? (2ªed). Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/50%20CI002_Ax.pdf
- Rodríguez, Pablo. (2018). Aspectos epidemiológicos del virus de inmunodeficiencia humana en Costa Rica. *Rev. Costarricense de Salud Pública* 27(2). 118-126
- Rosas, María; Cardozo, Joshdelin; Cecilio, Estefania; Chávez, Orlando y Conti, Lino. (2015). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes pediátricos VIH positivos. *Bol Venez Infectol*, 26(2). 83-96.
- Sáenz, Jorge. (2006). La persona adulta mayor que vive con VIH-SIDA: lineamientos para una intervención profesional en el sistema hospitalario desde el trabajo social. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Salas, Ana. (2017). Atención psicológica individual y grupal a población con VIH/sida y sus familiares (Práctica de Licenciatura). Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6512/1/41180.pdf>
- Salgado, Judith. (2003). Discriminación, racismo y xenofobia. *Revista Aportes Andinos Globalización, migración y derechos humanos*. (7). 1-8. https://flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/6549.Discriminacion_racismo_y_xenofobia_Judith_Salgado.pdf
- Sánchez, Catalina; Acevedo, José y González, Miguel. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista CES Salud Pública*. 1(3). 20-37. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3977488.pdf>
- Sánchez, Sara; Pastor, María; Cánovas, Miguel; Almansa, Pilar; Peñalver, Caridad y Jiménez, Ismael. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. N°62, ISSN: 1695-6141. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n62/1695-6141-eg-20-62-1.pdf>

- Sandino, Natasha. (2019) Procesos de gestión de Organizaciones No Gubernamentales en Bajo Tejares, San Juan, San Ramón, 2017-2018, en el marco de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia en Costa Rica. Trabajo Final de Investigación para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Trabajo Social con énfasis en Gerencia Social. Recuperado de: http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79227/Entrega%20final%20formato_Natasha%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santillán, Armando. (2018). Migración, Salud y Discapacidad: Un análisis de la encuesta sobre migración en la frontera (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4792/Tesis%20Migracio%C%81n%2C%20Salud%20y%20Discapacidad%2C%20un%20 analisis%20e mif.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- The Global Fund. (2019). Informe técnico VIH, derechos humanos e igualdad de género. https://www.theglobalfund.org/media/6574/core_hivhumanrightsgenderequality_technicalbrief_es.pdf
- Thwaites, Mabel. (Ed.). (2012). *El Estado en América Latina: continuidades y rupturas*. Editorial Arcis, CLACSO. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20121127121700/EIEstadoenAmericaLatina.pdf>
- Valdez, Bettina y Tataje, Anabeli. (2012). Análisis de la gestión social y capacidad organizacional de la ONG IMPACTA para atender a la población más vulnerable de adquirir VIH mediante el Programa de Atención Médica Periódica (tesis de maestría). Pontifica Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5817/VALDEZ_BETTINA_TATAJE_ANABELI_ANALISIS_IMPACTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valenzuela, Laura.(2008). Intervención del profesional de trabajo social en el proceso de adherencia al tratamiento en los pacientes de VIH/Sida.(Tesis licenciatura

en Trabajo Social). Universidad de San Carlos de Guatemala.
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/4677/>

Valenzuela, Luis. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte. (9). 50-59.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070681>

Valenzuela, Yerikza. (2018). Abordaje de la baja adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con virus de inmunodeficiencia humana (tesis para optar por el grado de especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria). Universidad de Costa Rica.

Valles, Miguel. (1999). Técnicas cualitativas de investigación reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis.

Valverde, Natalia. (2017) Sistematización de la experiencia de consolidación de tres organizaciones civiles del Área de Atención y Administración de Instituciones de Bienestar Social del IMAS. Trabajo Final de Graduación modalidad Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Recuperado de:
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/4819/1/42315.pdf>

Vargas Melgarejo, Luz María. 1994. Sobre el concepto de percepción. Revista Alteridades. Redalyc. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. México

Velasco, Cesar. (2016). El VIH desde una perspectiva de salud global (tesis de doctorado) Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/105505>

Villalobos, Luis Bernardo y Piedra Gonzalez, Mario A.(1998) Reforma en la salud en Costa Rica: implicaciones en la gestión municipal. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc.* 1998, vol.6, n.1, pp.43-51. ISSN 1409-1259.

Yañez, I; Sánchez, MA; Conde, CJ. (2010). Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH-SIDA entre migrantes

mexicanos. ENF INF MICROBIOL, 31(3). 98-104
<https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2011/ei113e.pdf>

Zamora, José.(2012). Racismo, xenofobia, antisemitismo en el horizonte de los flujos migratorios. Enfoques teóricos y teoría crítica. Revista ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura (188). 591-604.

Zúñiga, Isabel. (2007). Reseña Historica Ministerio de Salud 1927-2007. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Rese%C3%B1a%20hist%C3%B3rica.%20Ministerio%20de%20Salud%201927-2007.pdf>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado para profesionales:

Consentimiento informado a Profesionales

Para personas que participan en una investigación

Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social.

Modalidad: Seminario

Investigación: "La atención integral de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica, en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza Cartago"

Nombres del equipo investigador:

Nombre del participante:

Medios para contactar a la/al participante: (números de teléfono)

Correo electrónico:

Contacto a través de otra persona:

A- PROPÓSITO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Para obtener la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica se realizará una investigación en modalidad seminario, bajo la responsabilidad de Joselyn Brenes Jiménez, Daniela Cordero Navarro, Pamela Escalante Solano y Krissia Sanchez Alvarado. El objetivo es analizar la atención integral que reciben las personas

con VIH en situación migrante en Costa Rica, brindada por el equipo interdisciplinar del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza Cartago, durante el periodo 2015-2021.

B- ¿QUÉ SE HARÁ?:

Al aceptar participar en esta investigación se realizará una entrevista semi-estructurada con el fin de describir la atención integral que brinda el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza a las personas con VIH en situación migrante. Si bien existe una guía sobre lo que se preguntará: datos generales de la población que se atiende, lo relacionado a atención interdisciplinaria dirigida a estas personas, así como factores de vulnerabilidad y limitaciones y oportunidades que se presentan para las y los profesionales en esta atención; existe la posibilidad de realizar preguntas que permitan ampliar algún punto de lo anteriormente indicado.

Si la persona concede la aprobación, la entrevista será realizada de manera virtual y grabada en audio con el fin de recuperar toda la información brindada para la investigación, la grabación será de carácter privado y utilizada únicamente para lo indicado anteriormente, posterior a la finalización de la investigación será borrada.

C- RIESGOS:

1. Algunas de las preguntas pueden generar sensibilidad o incomodidad, debido a que se aborda el área profesional y el proceso de trabajo, tanto individual como grupal, por medio del equipo interdisciplinario, lo cual puede suponer un riesgo en la pérdida de intimidad.

D- BENEFICIOS:

Como resultado de la participación en esta investigación no se obtendrá un beneficio directo para el informante, sin embargo, la colaboración de las personas que participan, permitirá a las investigadoras acercarse a factores que se relacionan con la atención integral del VIH en la población migrante que vive en Costa Rica.

Al finalizar la investigación se realizará una devolución de resultados al Hogar Nuestra Señora de la Esperanza y a las personas que participaron en dicha investigación, que se ajustará al momento epidemiológico del SARS-CoV-2 que se encuentre viviendo al momento de presentar los resultados de la investigación.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en la investigación es voluntaria. Tiene derecho a negarse a participar o no continuar con la participación en la misma en cualquier momento, sin que esto afecte su labor profesional en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza. Además, puede negarse a responder alguna de las preguntas y continuar con las siguientes.

F. CONFIDENCIALIDAD

La participación en el estudio es confidencial, los datos personales no aparecerán dentro de la investigación, sin embargo, los resultados podrán aparecer en una publicación académica/ científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de manera anónima haciendo referencia al área de atención, la identidad de las personas participantes no será revelada. Toda grabación obtenida en las entrevistas tendrá carácter anónimo.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar la autorización para participar en esta investigación debe haberse hablado con alguna de las personas investigadoras, sobre dicha investigación y ellas deben haber contestado todas las preguntas de manera satisfactoria y oportunamente.

Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Joselyn Brenes Jiménez (8745-0255), Daniela Cordero Navarro (8511-6383), Pamela Escalante Solano (8955-4147) y Krissia Sanchez Alvarado (6107-4602), en el horario de Lunes a viernes de 2 p.m a 4 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m

1. La persona participante no perderá ningún derecho por firmar este consentimiento informado y recibirá una copia de este consentimiento informado para uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha aclarado toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué se trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma de la persona que participa

Lugar, fecha y hora

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, cédula y firma del testigo

Lugar, fecha y hora

Anexo 2: Consentimiento informado para usuarios:

Consentimiento informado a población usuaria

Para personas que participan en una investigación

Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social.

Modalidad: Seminario

Investigación: "La atención integral de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica, en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza Cartago"

Nombre de persona participante:

Medios para contactar a la/al participante: (números de teléfono)

Correo

electrónico: _____

Contacto a través de otra

persona: _____

A- PROPÓSITO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Para obtener la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica se realizará una investigación en modalidad seminario, bajo la responsabilidad de Joselyn Brenes Jiménez, Daniela Cordero Navarro, Pamela Escalante Solano y Krissia Sánchez Alvarado. El objetivo es analizar la atención integral que reciben las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica, brindada por el equipo interdisciplinar del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza Cartago, durante el periodo 2015-2021.

B- ¿QUÉ SE HARÁ?:

Al aceptar participar en esta investigación se realizará una entrevista con el fin de identificar la percepción de las personas usuarias en situación migratoria sobre la atención recibida por el equipo del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza a partir de

sus necesidades. Si bien existe una guía sobre lo que se preguntará: acerca del conocimiento o información que tenga sobre el VIH en general, el tratamiento y los factores que afectan al tratamiento, se preguntará también acerca de situaciones que ha afrontado desde el diagnóstico y sobre la atención que ha recibido. Existe la posibilidad de realizar preguntas que permitan ampliar algún punto de lo anteriormente indicado aunque no estén en la guía, pero siempre sobre estos mismos temas.

Si usted concede la aprobación, la entrevista será realizada de manera virtual y grabada en audio con el fin de recuperar toda la información brindada para la investigación, la grabación será de carácter privado y utilizada únicamente para lo indicado anteriormente, posterior a la finalización de la investigación será borrada.

C- RIESGOS:

1. Algunas de las preguntas pueden generar alguna molestia, como sensibilidad o incomodidad emocional por los temas que se pueden hablar dentro de la entrevista, por ser aspectos sobre su vida, lo cual puede suponer el riesgo en la pérdida de intimidad.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de la técnica descrita para la realización de la investigación, las personas investigadoras participantes por medio del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza buscarán al profesional para el respectivo tratamiento (de orden psicosocial) queriendo procurar el bienestar de la persona participante.

D- BENEFICIOS:

Como resultado de la participación en esta investigación no se obtendrá un beneficio directo, sin embargo la colaboración de las personas que participan, permitirá a las investigadoras acercarse a factores que se relacionan con la atención integral del VIH en la población migrante que vive en Costa Rica.

Al finalizar la investigación se realizará una devolución de resultados al Hogar Nuestra Señora de la Esperanza y a las personas que participaron en dicha investigación, que se ajustará al momento epidemiológico del SARS-CoV- 2

que se encuentre viviendo al momento de presentar los resultados de la investigación.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en la investigación es voluntaria. Tiene derecho a negarse a participar o no continuar con la participación en la misma en cualquier momento, sin que esto afecte la calidad de la atención recibida en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza.

F. CONFIDENCIALIDAD

La participación en el estudio es confidencial, los resultados podrán aparecer en una publicación académica/ científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de manera anónima, la identidad de las personas participantes no será revelada. Toda grabación obtenida en las entrevistas tendrá carácter anónimo.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar la autorización para participar en esta investigación debe haberse hablado con alguna de las personas investigadoras, sobre esta investigación y ellas deben haber contestado todas las preguntas que usted tenga de una manera satisfactoria y oportunamente.

Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Joselyn Brenes Jiménez (8745-0255), Daniela Cordero Navarro (8511-6383), Pamela Escalante Solano (8955-4147) y Krissia Sánchez Alvarado (6107-4602), en el horario de Lunes a viernes de 2 p.m a 4 p.m.

- I. La persona participante no perderá ningún derecho por firmar este consentimiento informado y recibirá una copia en formato digital de este consentimiento informado para uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha aclarado toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué se trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma de la persona que participa

Lugar, fecha y hora

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, cédula y firma del testigo

Lugar, fecha y hora

Anexo 3: Consentimiento informado para personas expertas:

Consentimiento informado a personas expertas

Para personas que participan en una investigación

Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social.

Modalidad: Seminario

Investigación: "La atención integral de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica, en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza Cartago"

Nombre del participante:

Medios para contactar a la/al participante: (números de teléfono)

Correo electrónico:

A- PROPÓSITO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Para obtener la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica se realizará una investigación en modalidad seminario, bajo la responsabilidad de Joselyn Brenes Jiménez, Daniela Cordero Navarro, Pamela Escalante Solano y Krissia Sanchez Alvarado. El objetivo es analizar la atención integral que reciben las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica, brindada por el equipo interdisciplinar del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza Cartago, durante el periodo 2015-2021.

B- ¿QUÉ SE HARÁ?:

Al aceptar participar en esta investigación se realizará una entrevista semi-estructurada con el fin de profundizar en los factores a nivel país que inciden en la atención integral que se brinda a las personas con VIH particularmente aquellas que son migrantes. Si bien existe una guía sobre lo que se preguntará: información general sobre el VIH, población migrante y experiencia profesional relacionada a atención integral dirigida

a estas personas, existe la posibilidad de realizar preguntas que permitan ampliar algún punto de lo anteriormente indicado.

Si la persona concede la aprobación, la entrevista será realizada de manera virtual y grabada en audio con el fin de recuperar toda la información brindada para la investigación, la grabación será de carácter privado y utilizada únicamente para lo indicado anteriormente, posterior a la finalización de la investigación será borrada.

C- RIESGOS:

1. No existe ningún tipo de riesgo para las personas participantes. En caso de que alguna pregunta le resulte incómoda de responder, siéntase en la libertad de no hacerlo.

D- BENEFICIOS:

Como resultado de la participación en esta investigación no se obtendrá un beneficio directo para el informante, sin embargo, la colaboración de las personas que participan, permitirá a las investigadoras acercarse a factores que se relacionan con la atención integral del VIH en la población migrante que vive en Costa Rica.

Al finalizar la investigación se realizará una devolución de resultados al Hogar Nuestra Señora de la Esperanza y a las personas que participaron en dicha investigación, que se ajustará al momento epidemiológico del SARS-CoV-2 que se encuentre viviendo al momento de presentar los resultados de la investigación.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en la investigación es voluntaria. Tiene derecho a negarse a participar o no continuar con la participación en la misma en cualquier momento. Además, puede negarse a responder alguna de las preguntas y continuar con las siguientes.

F. CONFIDENCIALIDAD

El nombre de el o la profesional podrá ser mencionado en la investigación, los resultados podrán aparecer en una publicación académica/científica o ser divulgados en una reunión científica, en caso de abordar información sensible ésta recibirá un trato

de confidencialidad, haciendo únicamente referencia al criterio profesional sobre la temática abordada.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar la autorización para participar en esta investigación debe haberse hablado con alguna de las personas investigadoras, sobre dicha investigación y ellas deben haber contestado todas las preguntas de manera satisfactoria y oportunamente.

Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Joselyn Brenes Jiménez (8745-0255), Daniela Cordero Navarro (8511-6383), Pamela Escalante Solano (8955-4147) y Krissia Sanchez Alvarado (6107-4602), en el horario de Lunes a viernes de 2 p.m a 4 p.m.

1. La persona participante no perderá ningún derecho por firmar este consentimiento informado y recibirá una copia de este consentimiento informado para uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha aclarado toda la información descrita en este consentimiento antes de firmar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué se trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma de la persona que participa

Lugar, fecha y hora

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, cédula y firma del testigo

Lugar, fecha y hora

Anexo 4: Guía de entrevista a profesionales del Hogar Nuestra señora de la Esperanza.

Guía de entrevista estructurada a profesionales del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, Cartago

Para personas que participan en una investigación
Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social.
Modalidad: Seminario

Investigación: ‘La atención integral de personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, Cartago’

Objetivo: Analizar la atención integral que reciben las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica, brindada por el equipo interdisciplinar del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, durante el periodo 2015-2021.

Fecha de la entrevista:

Nombre la persona funcionaria:

Edad:

Institución en la que labora:

Cargo:

Formación:

Capacitaciones sobre la población migrante con VIH:

Tiempo de trabajar con la población con VIH/SIDA?

- a. De 6 meses a 1 año
- b. De 1 año a 3 años
- c. De 3 años a 5 años
- d. 5 años y más

I. Datos de la población con VIH que atiende:

1.1 ¿Cuáles son los principales grupos etarios y de género en que se agrupa la población que atiende?

1.2 De la población que se encuentra con el diagnóstico de VIH, ¿qué porcentaje se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV)?

1.3 ¿Reciben población migrante para la atención del VIH?

1.4 ¿Cuáles considera usted que son las principales necesidades de la población migrante con VIH?

1.5 ¿Cuál es el acceso a la información sobre el VIH y sus derechos como población migrante que usted identifica en la población?

1.6 ¿Qué mitos o estereotipos ha identificado usted en las personas migrantes seropositivos con respecto al VIH?

II. La atención interdisciplinaria y profesional dirigida a la población:

2.1 ¿La atención que se brinda a los y las usuarias se realiza por medio de un equipo interdisciplinario?

- a. Sí
- b. No

2.2 ¿Por cuales profesionales se encuentra constituido el equipo interdisciplinario y cuál es la dinámica de este? (cómo son las tomas de decisiones, el peso de cada profesional)

2.3 ¿Cuál es su papel dentro del equipo interdisciplinario?

2.4 ¿Cuáles son los servicios prestados a esta población? (específicos del profesional entrevistado)

2.5 ¿Qué tipo de intervención se realiza? Amplíe su respuesta.

- a. Individual
- b. Grupal
- c. Comunal

2.6 ¿Existen protocolos de atención institucional? Si es así, ¿en qué consisten? (área médica y social) ¿Cómo se vinculan los protocolos con el criterio profesional?

2.7 ¿Considera necesario modificar el protocolo para atender necesidades no contempladas?

2.8 ¿En su experiencia profesional ha trabajado con personas en situación migrante?

- a. No
- b. Sí. En caso de ser afirmativo: ¿cuál ha sido su experiencia de trabajo con esta población?

2.9 ¿Cómo es la adherencia al TARV, específicamente, en la población migrante que atiende el Hogar? ¿Qué impacto tiene sobre la atención integral?

2.10 ¿Cómo considera/define que debe ser la atención integral de la población con VIH en situación migrante?

III. Factores de vulnerabilidad

3.1 ¿Cómo define usted a la persona que vive con VIH?

3.2 ¿Considera que las personas en situación migrante presentan más dificultades al acceder a una atención integral que el resto de la población seropositiva?

- a. Sí
- b. No

Amplíe su respuesta

3.3 ¿Cuáles factores considera usted que obstaculizan o dificultan la atención a la población VIH que tiene una condición migratoria? (sociales, económicos, educativos, culturales, políticos, religiosos, médicos, institucionales)

3.4 ¿Considera usted que existe alguna diferencia en el acceso a la atención en salud que tiene una persona portadora del VIH en situación migratoria irregular, respecto a una en situación migratoria regular?

3.5 ¿Conoce el tipo de redes de apoyo que tiene la población con VIH en situación migratoria que es atendida en la institución? (familiares, comunales, institucionales, etc.)

3.6 ¿Cuáles son las principales dudas o temores que puede presentar la población en condición migratoria para acercarse a recibir la atención en salud?

IV. Limitaciones (institucionales, estatales) en la atención de la población

4.1 ¿Cuáles son las alianzas interinstitucionales para atender las necesidades de la población migrante y cuál es su dinámica?

4.2 ¿Considera que existen factores institucionales o estatales que dificultan el acceso a la atención de la población seropositiva en situación migrante?

4.3 ¿Qué estrategias han sido necesarias (en caso de existir esos factores) para hacer frente a las limitaciones?

Anexo 5: Guía de entrevista a personas usuarias

Guía de entrevista estructurada a población del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, Cartago.

Para personas que participan en una investigación
Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social.
Modalidad: Seminario

Investigación: ‘La atención integral de personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en situación migrante en Costa Rica en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, Cartago’

Objetivo: Analizar la atención integral que reciben las personas con VIH en situación migrante en Costa Rica, brindada por el equipo interdisciplinar del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, durante el periodo 2015-2021.

Esta entrevista es de carácter confidencial, no voy a anotar su nombre o ningún otro dato que se pueda utilizar para identificarlo y en la transcripción de la información no se realizará ninguna alteración a los datos por usted brindados. Se agradece de antemano su valiosa participación. Las preguntas son sobre información general del VIH, su diagnóstico, además de la atención que ha recibido en el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, ubicado en Cartago.

Si en algún momento se siente incomodidad o desea dejar de contestar a las preguntas, puede decírmelo o bien si tiene alguna pregunta o no entiende algo, puede hacerla.

Fecha de la entrevista:

Nombre de la investigadora:

Seudónimo para la investigación:

I. Información general:

1.1. Edad:

1.2 Nacionalidad:

1.3 Composición familiar:

1.4 Escolaridad:

1.4.1 () Primaria incompleta 1.4.2 () Prima completa 1.4.3 () Secundaria incompleta

1.4.4 () Secundaria completa 1.4.5 () Secundaria completa 1.4.5 () Técnica

1.4.6 () Universitaria incompleta 1.4.7 () Universitaria completa

1.5 Situación laboral/económica

1.6 Condiciones de vivienda

II. Información sobre el VIH

2.1 ¿Ha tenido acceso a información sobre el VIH?

- a. No. ¿Cuáles cree que son las razones por las que no ha podido tener información?
- b. Sí. ¿Por cuáles medios?

- 2.3 ¿Cómo definiría usted el VIH antes de ser diagnosticado o diagnosticada?
- 2.4 ¿Y qué piensa sobre el VIH después del diagnóstico?
- 2.5 ¿Conoce sobre sus síntomas y medios de transmisión?
- 2.6 ¿Cómo afecta este virus al organismo?
- 2.7 ¿Conoce sobre el tratamiento y cómo funciona?
- 2.8 ¿Cuál es la importancia de cumplir adecuadamente con el tratamiento?
- 2.9 ¿Qué factores considera usted influyen en la adherencia del tratamiento?

III. Sobre el diagnóstico

- 3.1 ¿Hace cuánto tiempo sabe sobre su diagnóstico?
- 3.2 ¿Recibió el diagnóstico en Costa Rica o con anterioridad?
- 3.3 ¿Qué sentimientos o dudas ha tenido luego de conocer su condición de salud?
- 3.4 ¿Qué tipo de apoyo o acompañamiento cree usted que se necesita para enfrentar esas dudas o sentimientos?
- 3.5 A partir del diagnóstico, ¿ha experimentado cambios en su vida diaria? (hábitos de vida saludable, relaciones interpersonales)
- 3.6 ¿Personas o grupos que se han constituido en red de apoyo después del diagnóstico?
- 3.7 ¿Qué ha considerado que es necesario para hacer frente a su situación de salud?

IV. Sobre la situación migratoria

- 4.1 ¿Cuál fue su motivación para migrar a Costa Rica? ¿Qué implicaciones generó en su vida tomar esta decisión?
- 4.2 Cuando lo hizo, ¿vino al país usted solo o sola o en compañía de otras personas?
- 4.3 ¿Aún tiene familia en su país de origen? De ser así, ¿mantiene comunicación?
- 4.4 ¿Cuenta con apoyo de otras personas en Costa Rica?
- 4.5 ¿Cuál es su situación migratoria actualmente? En caso de ser irregular, ¿ha recibido apoyo del Hogar para regularizar su situación migratoria? Amplíe.

V. Sobre la atención

- 5.1 ¿Ha recibido información de políticas y leyes sobre la validación de sus derechos o sobre organizaciones o asociaciones de VIH y migración? De ser afirmativa su respuesta, ¿esta le ha sido útil?
- 5.2 ¿Qué tipo de tratamiento recibe en la actualidad? (médico, social, psicológico)
- 5.3 Si recibe tratamiento antirretroviral, ¿ha tenido alguna dificultad o problema para adherirse-apegarse a este? De ser afirmativa la respuesta: ¿Por qué considera que ha pasado esto?
- 5.4 ¿Ha tenido dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud? De ser afirmativa su respuesta, ¿cuáles han sido?
- 5.5 ¿Ha recibido atención en otras instituciones u organizaciones por medio del hogar?

- 5.6 ¿Cómo considera usted que ha sido la atención que ha recibido hasta el momento?
- 5.7 Cuando tiene alguna duda ¿le pregunta a las y los profesionales del equipo interdisciplinario?
- 5.8 ¿Confía en que el personal del hogar le ayudará a enfrentar su situación actual?
- 5.9 A partir de su experiencia, ¿qué recomendaciones le haría al Hogar sobre la atención brindada

Anexo 6: Guía de entrevista a personas expertas.

Guía de entrevista a profesionales de las ONG

Objetivo: Determinar los factores que inciden en la atención integral brindada por el equipo interdisciplinario del Hogar Nuestra Señora de la Esperanza para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias en situación migrante.

Fecha de la entrevista:

Nombre la persona funcionaria:

Institución en la que labora:

Cargo:

Edad:

Tiempo de trabajar con la población migrante con VIH/SIDA:

I. Datos de la población con VIH que atiende:

¿Cuál es la distribución?

¿Cómo define usted a la persona que vive con VIH?

De la población que se encuentra con el diagnóstico de VIH, ¿qué porcentaje se encuentra recibiendo el TARV?

¿Cómo es la adherencia al TARV, específicamente, en la población migrante?

La atención profesional dirigida a la población

¿Cuáles son los servicios prestados a esta población?

¿Cómo se deben abordar sus necesidades?

¿Cuáles son las principales dudas o temores que pueden presentar la población migrante que tiene el diagnóstico de VIH?

¿En qué consisten los protocolos de atención? (área médica y social)

II. La atención interdisciplinaria y profesional dirigida a la población: (dirigido a profesionales de instituciones)

2.1 ¿La atención que se brinda a los y las usuarias se realiza por medio de un equipo interdisciplinario?

- a. Sí
- b. No

2.2 ¿Por cuáles profesionales se encuentra constituido el equipo interdisciplinario y cuál es la dinámica de este? (cómo son las tomas de decisiones, el peso de cada profesional)

2.3 ¿Cuál es su papel dentro del equipo interdisciplinario?

2.4 ¿Cuáles son los servicios prestados a esta población?

2.5 ¿Qué tipo de intervención se realiza? amplíe su respuesta.

- a. Individual
- b. Grupal
- c. Comunal

- 2.6 ¿Existen protocolos de atención institucional? Si es así, ¿en qué consisten? (área médica y social) ¿Cómo se vincula los protocolos con el criterio profesional?
- 2.7 ¿Considera necesario modificar el protocolo para atender necesidades no contempladas?
- 2.8 ¿En su experiencia profesional ha trabajado con personas en situación migrante?
- No
 - Sí. En caso de ser afirmativo: ¿Cuál ha sido su experiencia de trabajo con esta población?
- 2.9 ¿Cómo es la adherencia al TARV, específicamente, en la población migrante?
- 2.10 ¿Cómo considera/define que debe ser la atención integral de la población con VIH en situación migrante?
- 2.11 ¿Ha recibido capacitaciones relacionadas con la población a la que atiende?
- Sí
 - No
- () Cursos () Talleres (Seminarios)
- 2.12 ¿Cuáles son las alianzas interinstitucionales para atender las necesidades de la población migrante y cuál es su dinámica?

IV. La atención interdisciplinaria y profesional dirigida a la población: (dirigido a profesionales de organismos internacionales o nacionales)

- 3.1 ¿Cuáles considera que han sido las luchas más importantes en torno a los derechos de las personas migrantes y portadoras de VIH?
- 3.2 ¿Cuál es su papel en la organización dentro de las Políticas Públicas, programas o planes?
- 3.3 Existe un equipo interdisciplinario de trabajo: ¿Por cuáles profesionales se encuentra constituido el equipo interdisciplinario y cuál es la dinámica de este? (cómo son las tomas de decisiones, el peso de cada profesional)
- 3.4. ¿Cuál es el papel de la población migrante y portadora de VIH para la toma de decisiones?
- 3.5 ¿Cuáles son las acciones que, como organización, realizan para visibilizar los derechos de la población?
- 3.4 ¿Cuáles son los servicios prestados a esta población?
- 3.5 ¿Qué entiende la organización por atención integral?

III. Factores de vulnerabilidad

- 3.1 ¿Cómo define usted a la persona que vive con VIH?
- 3.2 ¿Considera que las personas en situación migrante presentan más dificultades al acceder a una atención integral que el resto de la población seropositiva?
- Sí
 - No
- Amplíe su respuesta
- 3.3 ¿Cuáles factores considera usted que obstaculizan o dificultan la atención a la población VIH que tiene una condición migratoria? (sociales, económicos, educativos, culturales, políticos, religiosos, médicos, institucionales)

3.4 ¿Considera usted que existe alguna diferencia en el acceso a la atención en salud que tiene una persona portadora del VIH en situación migratoria irregular, respecto a una en situación migratoria regular?

3.5 ¿Conoce el tipo de redes de apoyo que tiene la población con VIH en situación migratoria que es atendida en la institución? (familiares, comunales, institucionales, etc.)

3.6 ¿Cuáles son las principales dudas o temores que pueden presentar la población en condición migratoria para acercarse a recibir la atención en salud?

IV. Límites (institucionales, estatales) en la atención de la población.

4.1 ¿Considera que existen factores institucionales o estatales que dificultan el acceso a la atención de la población seropositiva en situación migrante?

4.2 ¿Qué estrategias han sido necesarias (en caso de existir esos factores) para hacer frente a las limitaciones?

4.3 ¿Cuáles son las implicaciones que tiene la recaída en la adherencia sobre la atención integral de la población migrante con VIH?

Anexo 7. Tabla: Normativa consultada para el análisis de políticas.

Normativa Internacional	Año	Normativa Nacional
Código Sanitario Panamericano	1924	
Protocolos adicionales al Código Sanitario	1927	
	1943	Ley Constitutiva de la CCSS
Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Principios básicos para alcanzar la salud en todos los países.	1946	
Constitución de la Organización Panamericana de la Salud	1947	
Declaración Universal de los Derechos Humanos. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.	1948	Constitución Política de Costa Rica
Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud	1949	
Protocolos adicionales al Código Sanitario	1952	
	1955	Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Convención sobre el Estatuto de los Apátridas y la Convención para Reducir los Casos de Apátrida	1960	
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	1965	
-Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. -Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966	
Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)	1969	
	1973	Ley General de Salud N.º 5395
Declaración de Alma - Ata: Enfatiza la necesidad de la atención primaria	1978	
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	1979	
Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes	1984	
Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura N° 7934	1985	
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).	1988	
Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer " Convención De Belém Do Pará"	1994	
Directrices Internacionales sobre el VIH-SIDA y los Derechos Humanos/ ACNUDH y ONUSIDA/ Segunda, Consulta Internacional sobre VIH/SIDA.	1996	
Declaración Mundial de la Salud: Sobre el derecho humano al goce de la salud en igualdad.	1998	Ley General sobre el VIH/SIDA, N.º 7771
Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	1999	Ley Orgánica del Ministerio de Salud
-Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas. -Declaración del Milenio, ONU.	2000	

-Repertorio de Recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del Trabajo. OIT -Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH, ONUSIDA -Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA	2001	Reglamento a la Ley de Asociaciones
-Directrices Internacionales sobre el VIH-SIDA y los Derechos Humanos/ ACNUDH y ONUSIDA tercer Consulta Internacional sobre VIH/SIDA. -Orientación Estratégica sobre la prevención del VIH, UNFPA	2002	Ley 8239 derechos y deberes de personas usuarias
Declaración de la Cumbre extraordinaria de jefes de Estado y de gobierno de los países del Sistema de la integración centroamericana (SICA)	2005	
-Resolución sobre la Salud de los Migrantes de la Asamblea Mundial de la Salud -Declaración de compromiso de ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe.	2008	
	2009	Ley General de Migración y Extranjería N.º 8764
	2010	-Plan Nacional de Salud 2010-2021 -Plan Estratégico Nacional VIH y SIDA (PEN) 2011-2015
	2011	-Política Nacional de Salud 2011-2021 -Reglamento para la Prestación de Servicios y el Otorgamiento de Beneficios del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y sus modificaciones.
	2012	Reglamento de Extranjería.
	2013	Política de Integración Migratoria 2013- 2023
	2014	Política nacional para una sociedad libre de racismo, discriminación racial y xenofobia 2014-2025.
	2015	-Directriz N.º 037-S Atención integral por enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA -Política Nacional de Salud
-Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes. -Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular.	2016	-Plan Nacional de Salud 2016-2020 -Plan estratégico nacional VIH-SIDA 2016-2021. -Directriz N.º 057 Atención de personas en tránsito y condición irregular, personas objeto del tráfico ilícito de migrantes y víctimas de trata de personas, pertenecientes a los flujos migratorios mixtos que se encuentren en territorio nacional. -Norma Nacional para atención en salud libre de estigma y discriminación a personas LGBTI y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). -Directriz N.º 046-S sobre la obligación de brindar atención de la salud y tratamiento a la población migrante continental y extracontinental en Costa Rica.

	2018	Plan Nacional de Integración para Costa Rica 2018-2022
	2019	-Plan estratégico institucional 2019-2022 de la CCSS -Reforma integral Ley General sobre el VIH-SIDA, N.º 9797, 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.