

Guía de Prevención

VIH/Sida

Mujeres trans



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Guía de Prevención

VIH/Sida

Mujeres trans



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA - MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
BEATRIZ LONDOÑO SOTO - VICEMINISTRA DE SALUD Y BIENESTAR
GERARDO BURGOS BERNAL - SECRETARIO GENERAL
LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ - DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA
RICARDO LUQUE NÚÑEZ - COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA - REPRESENTANTE EN COLOMBIA
LUCY WARTENBERG - REPRESENTANTE AUXILIAR
MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA - ASESORA VIH/SIDA

EQUIPO TÉCNICO DEL CONVENIO COMPONENTE VIH

Ministerio de la Protección Social

RICARDO LUQUE NÚÑEZ - COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA - ASESORA VIH/SIDA
GEMA GRANADOS - ASESORA DE COMUNICACIONES

Equipo Técnico Convenio 620 VIH - MPS - UNFPA

PATRICIA BELALCÁZAR ORBES - COORDINADORA CONVENIO 620 - COMPONENTE VIH
LUZ ADRIANA BECERRA CASTRO - CONSULTORA MUJERES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD
ANDREA GARCÍA BECERRA - CONSULTORA MUJERES TRANS
EMMANUEL FONTALVO PATIÑO - CONSULTOR COMUNICACIONES
JUAN CARLOS PARDO LUGO - CONSULTOR JÓVENES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD
JUAN SIMBAQUEBA VARGAS - CONSULTOR HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES
LIZA GARCÍA REYES - CONSULTORA MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES
LUIZA FERNANDA BENAVIDES REINA - CONSULTORA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD
SONIA CAMPOS RAMÍREZ - CONSULTORA ESTRATEGIA INTEGRAL
TERESA DEL CARMEN MORENO CHAVES - CONSULTORA EPIDEMIOLOGÍA

Bogotá, D.C. 2011

ISBN: 978-958-99349-9-9

Diseño, diagramación e impresión
Acierto Publicidad & Mercadeo
asesoria@acierto-publicidad.com
www.acierto-publicidad.com

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición, la epidemia de VIH/Sida en el mundo ha dejado al descubierto una serie de inequidades y formas de injusticia que tan solo contribuyen a que la epidemia se perpetúe. En el mundo, y al igual que otras patologías, la infección por VIH prevalece en contextos donde existe mayor desigualdad y pobreza, además de una falta de acceso a servicios sociales y de salud. Adicionalmente, el hecho de que el Sida sea una infección de transmisión sexual y que haya afectado, mayoritariamente, a sectores específicos de la población que tradicionalmente han sido marginados y excluidos en razón de sus prácticas o su orientación sexual, ha contribuido a que la epidemia se expanda. De igual forma, lo han hecho las connotaciones morales cargadas de culpa o el rechazo que —a inicios de la epidemia (y aún hoy)— generaban las personas infectadas, por ser consideradas vectores de una enfermedad inexorablemente mortal; así como la desinformación existente, al intentar imponer perspectivas únicas de valoración moral para su prevención y control.

En otras palabras, el estigma y la discriminación que se dirige hacia las personas infectadas por el VIH o hacia aquellas percibidas de forma errónea como responsables de la infección, contribuyen a que la epidemia prospere y a que se generen nuevas formas de rechazo y condenación. ¿Cómo romper este círculo vicioso? ¿Por qué dirigir una serie de documentos de prevención hacia las poblaciones identificadas como más vulnerables? En principio, por una razón básica de salud pública; y es que las estrategias y acciones preventivas deben focalizarse justamente en donde las epidemias registran el mayor número de casos. Pero también, porque son justamente las comunidades mayormente afectadas quienes deben reconocer que el silencio y el miedo frente a las vulneraciones y los señalamientos, son cómplices de la mayor concentración de casos al interior de sus comunidades

y que, únicamente tomando la vocería para una acción solidaria contra la epidemia —ya no solo para prevenir los casos de grupos específicos de población, sino para liderar la respuesta hacia la sociedad como un todo—, se podrán desatar los nudos perversos que vinculan el Sida a formas de vida o al ejercicio de la sexualidad.

Por otra parte, la infección por VIH seguirá vinculada al comportamiento sexual pero no por ser las personas quienes son, sino por no haber sido capaces de poner freno a formas de condenación moral, criminalización o medicalización de la conducta sexual. No es reprimiendo la sexualidad como se previene el Sida sino justamente lo contrario: generando los espacios para el ejercicio de una sexualidad plena y en libertad. Solo personas autónomas y libres podrán contrarrestar a la epidemia pero, para esto, se requieren dos elementos fundamentales: primero, reconocer los propios factores de vulnerabilidad a la infección. Unos de contexto externo como son las barreras de acceso a información o a medidas de protección como el condón, y otros de carácter interno como la percepción del rol que cada quien tenga frente al nivel de exigibilidad de respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, o el nivel de comunicación asertiva que pueda generar con la o las parejas con que se relaciona afectiva o sexualmente. En segundo lugar, siendo capaces de responder en consecuencia a las realidades de la epidemia, de forma coherente y solidaria, reforzando el cuidado de sí mismo o misma y el cuidado de las demás personas. Todo ello, no entendiendo el cuidado simplemente como la posibilidad de usar o exigir el uso de preservativos, sino como la observancia, alerta y respuesta contundente frente a cualquier forma de estigma y discriminación; reconociendo que la vulneración de los derechos humanos es el principal combustible que atiza el perfil de la epidemia y que tan solo propiciando espacios para la convivencia entre personas distintas, es que se logrará frenar el Sida como una forma más de injusticia social.

Por lo mismo, estos documentos han sido elaborados para empoderar a las personas en tal perspectiva y para facilitar propiciar la construcción de los contextos de vulnerabilidad; pero, ante todo, para el reconocimiento de una identidad que se forje solidaria para enfrentar la epidemia. Para la construcción de ciudadanos y ciudadanas de derechos, sí; pero, sobre todo, para la construcción de personas responsables, capaces de agenciar ciudadanía. Personas dispuestas a reflexionar sobre la situación de salud que les atañe y a responder de forma firme y decidida a cualquier forma de segregación o injusticia, entre las que se cuenta la pandemia de intolerancia que alimenta la epidemia del Sida.

ÍNDICE

CAPÍTULO I 15

HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?	15
¿Qué se entiende por perspectiva de género?	16
¿Qué se entiende por enfoque diferencial?	17
¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?	18
¿Por qué las perspectivas de derechos y de género en el contexto del VIH/Sida?	19
¿Por qué el enfoque diferencial y el enfoque de vulnerabilidad en el contexto del VIH/Sida?	20
Diferencias entre “sexualidad”, “sexo” y “género”. ¿Por qué no son lo mismo?	21
¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?	23

CAPÍTULO II 31

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

¿Qué es el prejuicio?	31
¿Qué es estigma?	32
¿Qué es discriminación?	33
Prejuicio, estigma y discriminación por VIH	34
En mujeres en contextos de vulnerabilidad	35
En los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	36
En personas jóvenes	37
En las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)	38
En la población privada de la libertad	38
En la población trans	39

CAPÍTULO III 41

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales con respecto a la epidemia del VIH/Sida	41
¿Qué es el VIH?	42
¿Qué es el sistema inmunológico?	42
¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?	42
¿Qué es el Sida?	43
¿Cómo se transmite el VIH?	43
¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?	43
¿Por qué los preservativos son eficaces en la prevención del VIH?	44
¿Cómo se detecta el VIH?	45
¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?	46
¿Qué es y cómo se realiza la asesoría previa y posterior a la prueba?	47
¿Qué tratamientos existen para controlar la infección por el VIH?	48

CAPÍTULO IV 49

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

Del ámbito internacional	50
Del ámbito nacional	50

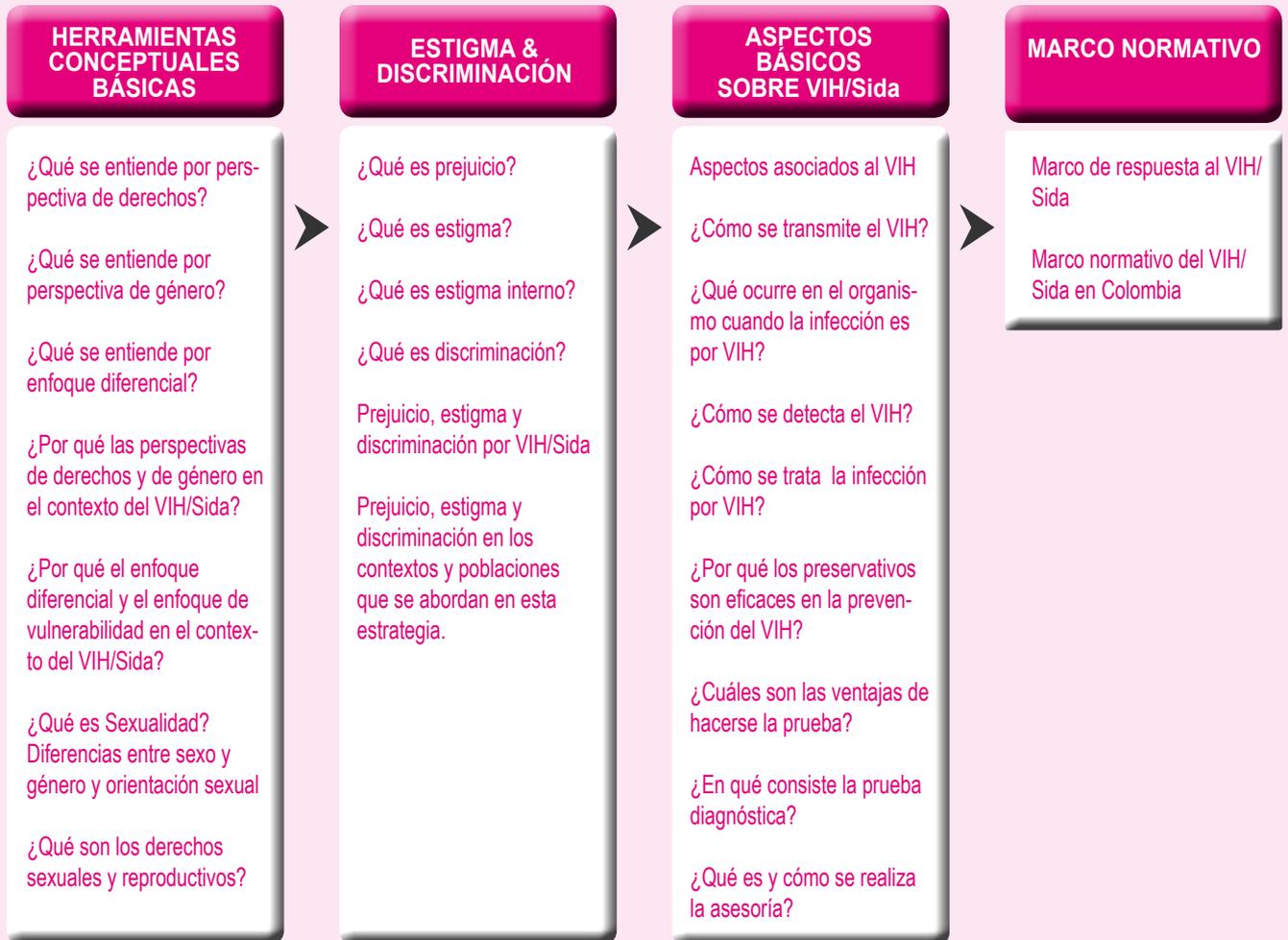
CAPÍTULO V 55

MUJERES TRANS

Las mujeres trans y sus contextos	55
¿Por qué hablamos de personas trans? ¿Por qué existen y por qué han existido en muchas épocas y culturas?	56
¿Quiénes conforman la población trans? Personas que luchan por sus reivindicaciones y por sus derechos	57
Sobre el sexo y el género en las experiencias trans. Un género propio y un sexo extraño	59
¿Por qué se debe trabajar con la población trans? Porque la sociedad es hostil con las diferencias	61
¿Qué situaciones de salud experimentan las personas trans? Múltiples discriminaciones y múltiples luchas por el derecho a la salud	62
El VIH/Sida y la población trans: estigma y realidad	65
¿Cómo se puede trabajar con poblaciones trans desde el sector salud? Construyendo colectivamente derechos iguales para personas distintas	66

CAPÍTULO VI	67
HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD	
CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	68
ACTIVIDADES ROMPEHIELO	69
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN	73
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN	87
BANCO DE RECURSOS Y DATOS	91
INDICADORES	93
ANEXO	99
GLOSARIO	109
BIBLIOGRAFÍA	115

ESQUEMA ESTRUCTURAL GUÍA METODOLÓGICA



CAPÍTULO I

HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

“Personas en situaciones similares deben ser tratadas de forma igual, y (...) aquellas que están en situaciones distintas deben tratarse de manera distinta, en forma proporcional a dicha diferencia”¹.

Este aparte, pretende brindar algunas comprensiones básicas sobre diferentes conceptos o términos que son fundamentales para el desarrollo de una estrategia de prevención en VIH/Sida. Se considera que las personas involucradas, son sujetos y sujetas activas en los procesos de construcción de las estrategias que se desarrollan con ellos y ellas y —por supuesto— capaces de transformar sus condiciones, prácticas, nociones de sentido y, en general, su vida y su cultura.

Esta guía se suscribe dentro de la **perspectiva** de derechos y de género y retoma dos **enfoques**: el de vulnerabilidad y el diferencial.

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?

La perspectiva implica el lugar paradigmático desde donde nos ubicamos para ver la realidad de las personas y los contextos sociales en que las mismas llevan a cabo sus proyectos de vida.

El enfoque corresponde al énfasis que se le da a esa mirada.

La perspectiva de derechos parte de reconocer a las personas como ciudadanas y ciudadanos libres; personas titulares activas de un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; que son indivisibles, universales, interdependientes e irrenunciables. Su aplicación implica el reconocimiento del Estado como responsable de preservar, respetar y hacer efectivo el disfrute de los derechos para toda la ciudadanía, en condiciones de igualdad y de dignidad.

¹ Definición de *enfoque diferencial*, tomada de Dirección de Poblaciones. Ministerio de Cultura. (n.d). Obtenida el 5 de Octubre de 2010, de <http://mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>

¿Qué se entiende por perspectiva de género?

La perspectiva de género es una herramienta de análisis social cuyo propósito es hacer visibles desigualdades e inequidades en el contexto de las relaciones sociales de poder, de dominación y exclusión, establecidas entre hombres y mujeres. Esta perspectiva también tiene en cuenta las experiencias, realidades, luchas y necesidades de las personas que se ubican fuera de los marcos normativos en los que se organizan socialmente las identidades de género y las sexualidades. Es decir, la perspectiva de género incluye a gays, lesbianas, bisexuales y personas trans; quienes experimentan situaciones de desigualdad y discriminación por cuestionar las normas de la heterosexualidad obligatoria y del binarismo de género que solo permite la existencia de dos identidades claramente marcadas: mujer-femenina/hombre-masculino.

Desde una perspectiva de género, las identidades tradicionales femeninas y masculinas, están construidas en un contexto de desigualdad. La forma como se construya la identidad puede transformarse en un factor que determine, disminuya o incremente la vulnerabilidad de cada persona frente a la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual. Esta desigualdad está determinada por un sistema diferencial de poder sustentado en el patriarcado, que puede definirse como “un sistema simbólico que organiza el funcionamiento de la sociedad a partir del dominio de los hombres y en el machismo, que afecta a las mujeres, pero también a los propios hombres”².

En el marco de este sistema patriarcal, tiene lugar el modelo hegemónico de masculinidad; o de masculinidad tradicional³. Es decir, el esquema culturalmente construido donde se presenta al hombre como esencialmente dominante, quien discrimina y subordina a la mujer, así como a otros hombres que no se adaptan a este modelo⁴. En palabras de Game y Pringle⁵, tal esquema cultural dota a algunos hombres de poder sobre otros hombres y, a todos los hombres, de poder sobre las mujeres. Este modelo asimila la masculinidad con el riesgo, la valentía, el dominio, la fortaleza (...); y se construye por oposición y dominio de lo femenino.

Este tipo de masculinidad —en especial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y de la prevención del VIH/Sida— a menudo se vuelve en contra de los propios hombres que la encarnan. Las creencias en torno a la

¿Sabías que...?

El uso de la perspectiva de derechos en cualquier trabajo que se realiza es fundamental ya que implica reconocer los efectos de este en las personas desde sus particularidades, respondiendo —de forma adecuada— a un sin número de situaciones que afectan a la dignidad y vida de las personas.

La equidad de género es entendida como la justicia en el tratamiento a mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades y expectativas específicas. Estas no implican necesariamente medidas similares, pero sí conducen a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades¹.

1 PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): Estrategia de Equidad de Género. Colombia. 2007-2008.

² *Ibid.*, p. 3.

³ R. Connell habla de *masculinidades hegemónicas* y *masculinidades subalternas*, constituidas por estructuras de poder de raza, clase y sexualidad. Es decir, en nuestro contexto las masculinidades hegemónicas serían masculinidades de la clase media alta, blancas, mestizas y heterosexuales. Las masculinidades gays, racializadas y de clases sociales bajas, se ubicarían en la categoría de masculinidades subalternas. En: CONNELL, R.: *Masculinities*. University of California Press, Berkeley, 1995.

⁴ KEIJZER, B.: *El hombre como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*, p. 201. Véase: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00026.pdf>.

⁵ GAME, A., PRINGLE, R.: *Gender at Work*. George Allen and Unwin, Sydney, 1983.

masculinidad, se transforman en mandatos socioculturales que instan a los hombres a probar su supuesta virilidad y hombría mediante la exposición al riesgo y en detrimento de ellos mismos, y de otros con los que interactúan permanentemente.

El consumo de alcohol, ser sexualmente insaciable, sostener relaciones sexuales sin protección y el uso de la violencia para mantener el ordenamiento de género establecido son prácticas que sostienen las identidades masculinas tradicionales, cuyos patrones incrementan la vulnerabilidad de los hombres y la de sus parejas frente a la infección por VIH/Sida. Es por ello, que constituye una de las barreras más importantes en la prevención de la infección.

No obstante, cabe señalar que las identidades de género son construcciones dinámicas que pueden transformarse a lo largo de la historia. Como se ha dicho anteriormente, no existe una única forma de ser hombre o de ser mujer. En este sentido, una de las estrategias claves en la prevención del VIH/Sida, es la generación de procesos reflexivos que alienten a mujeres y hombres a transformar imaginarios, prácticas y creencias en torno a su feminidad y/o masculinidad; a construir identidades más flexibles, donde las relaciones entre géneros permitan espacios proclives a la prevención del VIH/Sida y al ejercicio de una sexualidad placentera. Identidades que den paso al disfrute, al respeto y al reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de cada persona.

¿Qué se entiende por enfoque diferencial?

El enfoque diferencial⁶ enfatiza en la necesidad de reconocer las maneras en que una situación similar afecta, de manera específica, a diferentes grupos de poblaciones; reconociendo que, dicha diferencia, está profundamente influenciada y construida por los contextos sociales en lo que se crece, por las construcciones del lenguaje que se desarrollan en esos contextos y, por supuesto, por las prácticas cotidianas en el mismo.

El enfoque diferencial en la prevención del VIH/Sida, contempla el desarrollo de lecturas que permitan integrar en su mirada el reconocimiento de:

- La condición etaria (relativa a la edad en la que queda inserta una persona) y el estado respecto al ciclo vital, particularmente de niñas, niños, jóvenes y personas mayores.

⁶ Lo correspondiente al enfoque diferencial, fue reconstruido contextualmente a partir del siguiente texto: MEERTENS, D.: Enfoque diferencial y desplazamiento forzado. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Unidad de Servicios Comunitarios. Presentación para el Seminario de Profundización en Derechos Humanos para Funcionarios del Sistema de Naciones Unidas, 2007.

- El género y la identidad de género, distinguiendo la experiencia de hombres, mujeres y personas trans.
- La orientación sexual y las situaciones de discriminación y estigma que traen consigo las orientaciones sexuales no hegemónicas.
- El origen étnico, las tradiciones ancestrales, sus territorios, su autonomía y su cultura.
- La clase social. Dado que la estructura económica da lugar al acceso diferencial a los recursos y a la desigualdad social, esto implica que unos grupos humanos encuentren más dificultades en el acceso a los servicios, a métodos de protección ante el VIH/ Sida y a una sexualidad consentida.

¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?

En el contexto del VIH/Sida, la vulnerabilidad se define como “los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/Sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”⁷.

Por ello, asumir la vulnerabilidad como un enfoque, significa reconocer las formas en que estos aspectos —sociales, políticos y económicos— actúan entre sí, afectan la vida de la personas, y definen contextos que incrementan la susceptibilidad ante la infección por VIH/Sida.

La vulnerabilidad es:

- **Multidimensional**, ya que se manifiesta en distintas personas, grupos y comunidades, y adopta diferentes formas y modalidades.
- **Integral**, porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece.
- **Progresiva**, porque existe previamente y puede acumularse e incrementarse con el tiempo. En este sentido, es causa y consecuencia de distintas situaciones que ponen en evidencia dificultades existentes, agudizándolas y convirtiéndolas en detonadoras de nuevos problemas⁸.

La vulnerabilidad puede identificarse en dos dimensiones⁹: una **dimensión individual** y una **dimensión colectiva** que se divide, a su vez, en dos: **la dimensión social y la dimensión programática**.

¿Sabías que...?

Una de las estrategias de desarrollo del enfoque diferencial, son las acciones afirmativas cuyo objetivo principal es garantizar el goce efectivo de derechos en poblaciones o grupos en una condición especial de vulnerabilidad. Estas acciones se consolidan, en muchos casos, mediante el desarrollo de planes, políticas, programas y proyectos que lleven a atender la condición diferencial y a avanzar en el proceso de restitución, garantía y/o promoción de los derechos.

Para reflexionar...

Muchas de las intervenciones sociales, consideran que las acciones que se toman —frente a cualquier problema de tipo social— pueden ser generales y actúan bajo el precepto de atender bajo los mismos parámetros a la mayoría.

Cuando se desconocen las condiciones particulares, se actúa en detrimento de la participación y el reconocimiento de las poblaciones que no tienen condiciones mayoritarias, atentando contra su bienestar y el obligatorio cumplimiento de la garantía de sus derechos.

7 AYRES, J. y JUNIOR, I., citados en: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, 2009, p. 19.

8 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*; Bogotá, 2009, p. 12. Véase en: www.cndh.org.mx

9 Clasificación propuesta por Ayres y Junior *et al.* (2006), y retomada por el estudio del Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá. 2009. P. 13-15.

Estas dimensiones se entienden de la siguiente manera:

La dimensión social: está determinada por las condiciones económicas, políticas, culturales, morales e institucionales que **definen mayor o menor protección de una sociedad frente a la epidemia**. Esta dimensión incluye: normas sociales, relaciones de género y generacionales, referentes culturales, creencias y normas religiosas, estigma y discriminación, bienestar social, empleo, ingresos, apoyo social; el acceso a la atención en salud, a la educación, a la cultura, al ocio, al deporte y a medios de comunicación; la libertad de pensamiento, de expresión, la participación política, los derechos de ciudadanía, la rendición de cuentas del sector público y privado y —por último— el acceso al sistema jurídico.

La dimensión programática: está determinada por la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al VIH/Sida —independientemente de si provienen del ámbito gubernamental, no gubernamental, o privado; o de si pertenecen al nivel territorial (nacional, regional, o municipal)—. Cabe señalar que estas acciones se relacionan estrechamente con la dimensión social y determinan la dimensión individual.

La dimensión individual: Se define por tres supuestos: a) Todas las personas son vulnerables al VIH y sus consecuencias; b) En las personas infectadas, el potencial de vulnerabilidad está en función inversa al amparo social y a la asistencia en salud que dispone; y c) Las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales afectan la vulnerabilidad individual de toda persona¹⁰.

¿Por qué las perspectivas de derechos y de género en el contexto del VIH/Sida?

En el contexto del VIH/Sida, las perspectivas de derechos y de género están íntimamente vinculadas, dado

que las desigualdades entre géneros y las violaciones de los derechos, aumentan las vulnerabilidades —tanto de mujeres como de hombres y población trans— a la infección por VIH.

La relación intrínseca entre derechos y género que determina el contexto del VIH/Sida, hace necesarias acciones que distingan y hagan efectivos abordajes diferenciados por género; que se unan en pos de la defensa de los derechos humanos, de la promoción de un ejercicio efectivo de los mismos, y de la valoración de la situación específica que cada persona y población posee frente a la discriminación, la exclusión y la vulneración. El desarrollo de estas acciones contribuye a la transformación de contextos de vulnerabilidad del VIH/Sida.

Por ello, la adopción de las perspectivas de derechos y de género para la prevención de la infección por VIH, implica:

Reconocer las desigualdades y jerarquías definidas por el género en:

- El acceso, goce y disfrute de oportunidades y servicios sociales para mujeres, hombres y personas trans.
- La participación, el reconocimiento, la libre expresión, el respeto y el ejercicio de derechos para todas las poblaciones.

Reconocer la identidad de género como una dimensión dinámica que implica observar:

- Las múltiples construcciones de identidad de género que en el transcurso de la historia colectiva, individual y personal, aparecen y cambian.
- Los contextos y factores de vulnerabilidad, para observar las muy diversas maneras en que hombres, mujeres y personas trans interiorizan, reciben y se hacen partícipes de las políticas, programas y proyectos ofrecidos por entes estatales y no estatales.

¹⁰ Entendemos por “condiciones cognitivas”, la información, conciencia del problema y formas de enfrentarlo que posee una persona; por “condiciones comportamentales”, los intereses y habilidades de una persona para transformar actitudes y acciones a partir de elementos cognitivos; por “condiciones sociales”, el acceso a recursos y el poder que se posee para adoptar comportamientos protectores.

Asumir que:

- Todas las personas insertan sus vidas en una cultura concreta.
- Todas las personas tienen un valor y una capacidad de autodeterminación incuestionables que, especialmente en occidente, se ha denominado “**dignidad**”.
- Todas las personas deben asumir, defender y promover una serie de acuerdos globales que han sido denominados “**Derechos Humanos**”. Estos derechos no distinguen diferencias de sexo, género, orientación sexual, raza, etnia, clase, edad, creencia política, filosófica o religiosa, entre las personas y están destinados a proteger la dignidad de todo ser humano.
- Los derechos de toda persona tienen que ser promovidos y protegidos en toda condición y circunstancia.
- El Estado debe garantizar los derechos de las personas y emprender acciones que los promuevan, difundan, defiendan y restablezcan. Por ello, la misión de toda política pública es la eliminación de las brechas o desigualdades, la generación de condiciones sociales e institucionales que promuevan la equidad y el acceso a los servicios sociales en condiciones de igualdad en derechos, dignidad, y libertad para todas y todos; que partan del reconocimiento de los contextos, expectativas, aspiraciones sociales y culturales de cada persona o colectivo.
- Los derechos sexuales y reproductivos están estrechamente vinculados con derechos fundamentales y, por lo mismo, se consideran parte integral de los derechos humanos.

¿Por qué el enfoque diferencial y el enfoque de vulnerabilidad en el contexto del VIH/Sida?

Los abordajes que contemplan este enfoque, contribuyen a la implementación de acciones más efectivas y eficaces en el marco de la garantía de los derechos humanos, así como a la reducción del estigma y la discriminación hacia ciertos grupos que han sido identificados —erróneamente— como “potenciales transmisores” o “reservorios” del virus. Se plantea así, que todas las poblaciones y grupos humanos son potencialmente susceptibles al VIH y no solo determinados grupos.

De esta forma, el objetivo de la utilización del enfoque diferencial respecto a la epidemia del VIH/Sida, es reconocer el *impacto diferencial* que tiene en todas las poblaciones¹¹ y personas, en especial, las identificadas con una susceptibilidad mayor a la infección en razón de sus contextos de

¿Sabías que...?

Según Herrera y Campero², desde que apareció la epidemia del VIH/Sida en el mundo, hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizarla: de la idea de “*grupos de riesgo*”, se pasó a la de “*prácticas de riesgo*”; luego a la de “*situaciones y contextos de riesgo*” y, finalmente, a la de “*condiciones sociales del riesgo*”; lo que dio lugar al concepto de “**vulnerabilidad**”.

Mientras que las acciones para mitigar el riesgo apuntan hacia una probabilidad y evocan una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política.

Para recordar...

La adopción del enfoque de vulnerabilidad exige lecturas e interpretaciones de la realidad y la formulación y desarrollo de acciones en las tres dimensiones propuestas, ya que ellas se interrelacionan entre sí de forma permanente. Asimismo, se requiere del cuestionamiento constante de las estructuras tradicionales que hacen a algunos grupos humanos especialmente vulnerables a la infección, al perpetuar y naturalizar inequidades que sostienen dicha vulnerabilidad³.

² Citado en: /www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=859&Itemid=231

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS: Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Bogotá, 2009.

¹¹ Las características diferenciales de cada uno de los grupos, se profundizarán en el aparte de caracterización de la población, siendo estas (en nuestro caso): hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), mujeres trans, jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad, y población privada de la libertad.

vulnerabilidad; y, a partir de ello, generar acciones diferenciales tanto de promoción, prevención y atención; como de restauración del derecho a la igualdad y no discriminación, a la dignidad, a la integridad física, psicológica y moral, al desarrollo de las libertades fundamentales y a la realización efectiva de los derechos vulnerados.

De acuerdo con estos enfoques, las estrategias de prevención de la epidemia de VIH/Sida deben estar sustentadas en:

- El reconocimiento de vulnerabilidades y necesidades especiales de cada grupo de población y de las personas que lo componen.
- La identificación de los impactos diferenciales de la epidemia.
- La garantía de la igualdad de oportunidades en el acceso a la información, los servicios sociales en general y de salud en particular, y la participación comunitaria.
- La promoción del acceso y la participación equitativa.
- La planeación y ejecución de acciones directas con las poblaciones para reconocer, garantizar y restituir sus derechos. Es necesario señalar que estas acciones deben estar basadas en el reconocimiento de sus características específicas y la posibilidad de que ellas sean sujetas activas en la transformación de sus condiciones.

En esta estrategia de prevención del VIH/Sida, se abordarán características de los contextos que determinan la vulnerabilidad a la infección por VIH de las personas que hacen parte de las siguientes poblaciones: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH); Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS); jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad, mujeres trans y población privada de la libertad; a partir de las cuales se formulan las herramientas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Diferencias entre “sexualidad”, “sexo” y “género”. ¿Por qué no son lo mismo?

La “**sexualidad**” es una dimensión constitutiva del ser humano que abarca el sexo, el género y la orientación sexual, entre otras categorías. Todas ellas están interrelacionadas e inmersas en el concepto de sexualidad pero tienen definiciones diferentes.

Las diversas formas de comprensión del mundo, se van construyendo a través del proceso de socialización en contextos específicos como la familia, el grupo de amistades, la escuela, la universidad, el trabajo (...) que, junto con la percepción y expresión particular de la persona, conforman el marco de referencia en el que cada quien asume su existencia y el ejercicio de su sexualidad.

El “**sexo**” alude a las características estrictamente biológicas que fundamentan diferencias específicas entre hombres y mujeres y que no suelen determinar las conductas. Entre estas características se encuentran: una carga genética en el par 23 de XX para las mujeres o XY para los hombres, presencia de gónadas masculinas (testículos) o gónadas femeninas (ovarios), diferencia en los órganos reproductores internos (útero, trompas de falopio, o conductos deferentes, próstata), diferencia en los órganos genitales externos (pene, escroto, senos, vulva) y —por último— caracteres sexuales corporales secundarios (tono de voz, masa muscular, vello facial, etc.).

El “**género**” es una categoría de análisis que hace referencia al significado otorgado socialmente al hecho biológico de ser mujer y hombre. Es decir, es una definición específica cultural asignada socialmente a, lo que se espera, correspondería a la forma de ser mujer (feminidad) o de ser hombre (masculinidad) y que, por tanto, varía en el tiempo y en el espacio¹². Por ser una construcción sociocultural, cambia a lo largo de la historia y es diferente en cada cultura; incluso pueden coexistir, dentro de una misma sociedad, diferentes sistemas de género relacionados con la diversidad cultural que exista.

Por ejemplo, en la India existen las *hijras*, personas que tienen un sexo de nacimiento masculino o intersexual. Desde el género, se identifican a sí mismas como mujeres, se refieren a sí mismas en femenino y suelen vestir acorde con su identidad y desempeñar, por tanto, roles femeninos. La historia de esta condición cuenta con una larga tradición —tanto en la cultura védica, como en las cortes de los gobernantes islámicos del subcontinente—.

Todo lo anterior, significa que las características atribuidas a las mujeres y a los hombres son modificables, es decir, **no se puede hablar de una única forma de ser mujer ni de una única forma de ser hombre**.

La “**orientación sexual**” hace referencia a la atracción erótica y afectiva hacia una persona. En la orientación sexual entran en juego la excitabilidad sexual de la persona en relación con otro u otra, sus afectos, sus emociones e ideas de placer y de pareja.

La orientación sexual no se da en función del sexo o de la construcción de género.

Es necesario resaltar que el sexo o características biológicas, corporales y físicas **no determinan** ni la forma en que se asumen **los roles de género**, ni las formas en que una persona puede **identificarse a sí misma** frente a dichas asignaciones, ni la orientación sexual y —por tanto— se permite que la **identidad** frente a uno u otro sexo sea una construcción individual.

Para reflexionar...

En la mayoría de sociedades, este sistema sexo-género, es decir, “el sistema de valores a partir del cual se distribuyen socialmente lugares, roles, y accesos al poder para los sujetos de una sociedad de acuerdo con el sexo de nacimiento”⁴, ha desarrollado relaciones de desigualdad, exclusión y discriminación —en contra de las mujeres— en la mayor parte de las esferas de la vida humana, pública y privada; que se cruzan —a la vez— con otras variables como la edad, etnia, orientación sexual, religión (...). Esto se traduce en menos oportunidades, acceso y control de los recursos para las mujeres y una menor valoración y reconocimiento a sus actividades y a sí mismas, como seres humanos que se manifiestan en todos los campos.

4 PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD: *Cómo elaborar una estrategia de género para una Oficina de País*, 2004.

12 PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Estrategia de Equidad de Género*. Colombia. 2007- 2008.

¿Sabías que...?

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son parte de los derechos humanos y abarcan derechos que ya están reconocidos en las leyes nacionales y documentos internacionales sobre derechos humanos. Estos se consideran:

Históricos, dado que están profundamente ligados con los procesos políticos y sociales de las comunidades a lo largo del tiempo, como las movilizaciones promovidas por mujeres y/o el movimiento de lesbianas, gays, bisexuales y trans; en torno al ejercicio y disfrute de la sexualidad.

Inalienables o intransferibles, pues es imposible cambiar a la persona titular de un derecho. Es decir, que no se puede pasar o transmitir a alguien el dominio sobre ello.

Imprescriptibles, es decir, que son permanentes y no pueden desaparecer con el tiempo.

Universales, ya que le pertenecen a todas las personas sin distinción alguna.

Indivisibles e interdependientes puesto que están articulados entre sí, todos son importantes y ninguno puede separarse de otro.

Progresivos, ya que su tendencia es al avance y no a su regresión o cancelación.

Así, resulta pertinente hablar de “diversidad sexual” término con el cual se reconoce el amplio espectro de posibilidades que el ser humano asume en la búsqueda de satisfacer su deseo, afectividad, erotismo y genitalidad y, en general, de relacionarse con otros y otras.

¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

Los desarrollos conceptuales y políticos en materia de reconocimiento de los derechos humanos, han permitido posicionar los derechos sexuales y reproductivos, como tales, enfatizando que estos garantizan la convivencia y la armonía sexual; lográndose que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas; permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad plena, libre, segura y con la menor vulnerabilidad posible¹³. Así, estos derechos se ven protegidos, promovidos y garantizados, a través de los principios constitucionales de la dignidad, la autonomía y la solidaridad.

El respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, alude a la toma de decisiones en el ámbito público y al dominio sobre el propio cuerpo de manera autónoma. En este sentido, se reconocen como condiciones esenciales para el ejercicio y disfrute de otros derechos y como fundamento de la verdadera ciudadanía en todas las personas. Lo anterior, entendiendo que el cuerpo se constituye en el primer e inmediato territorio, de forma que el ejercicio sobre él se constituye no solo como expresión de la sexualidad, sino también como el primer espacio para el ejercicio de ciudadanía y la toma de decisiones libres.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son derechos humanos y deben considerarse como tal. Estos son dinámicos, amplios y están completamente relacionados con la realización de otros derechos como la igualdad, la equidad y la dignidad.

Para la presente guía, se utilizará la propuesta construida por Cook, Dickens y Fathalla¹⁴ (2005); quienes realizan una agrupación de cinco líneas de derechos, que representan los criterios de análisis del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de interpretación integral del ser humano.

Es importante destacar que esta interpretación no aísla unos derechos de otros, tampoco invalida anteriores trabajos; sino que avanza en el fortalecimiento de los existentes.

¹³ Véase: http://www.onusida.org/co/der_sex_rep.htm

¹⁴ COOK, R. DICKENS, B. & FATHALLA, M.; *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Profamilia, Bogotá, 2005.

Estos grupos de derechos son:

1. Derecho a la vida, a la libertad, a la supervivencia, a la seguridad y a una sexualidad libre de riesgos.
2. Derecho a la autodeterminación reproductiva, a la libre opción a la maternidad y a la protección, en caso de embarazo.
3. Derecho a la información, a la educación y a la toma de decisiones.
4. Derecho a la atención, a la protección en salud y a los beneficios del progreso científico.
5. Derecho a la no discriminación y al debido respeto por las diferencias.

Reconociendo esta clasificación, proponemos la siguiente relación de derechos sobre la infección por VIH/Sida, ya sea para personas que viven o no con el virus.

El primer grupo de derechos hace referencia a todos los derechos relacionados con la vida, la libertad, la supervivencia, la seguridad y una sexualidad libre de riesgos.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
<p>Este grupo de derechos desde la sexualidad implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No infectarse con el VIH/Sida por el hecho de tener relaciones sexuales. ▪ Que su vida no corra riesgo por evitar infectarse con el VIH/Sida. ▪ Que su vida no corra riesgo por vivir con el VIH/Sida. ▪ Recibir tratamiento para la infección por VIH/Sida. ▪ Recibir seguridad por parte del Estado para la atención del VIH/Sida. ▪ No ser re-infectado o re-infectada en una relación sexual. ▪ No ser víctima de tratos inhumanos por vivir con VIH/Sida. ▪ Tener una pareja y a protegerla. ▪ Usar el condón como método de protección. ▪ No ser una persona discriminada ni estigmatizada por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser una persona discriminada ni estigmatizado por presumirse que vive con VIH/Sida. 	<p>Este grupo de derechos desde la reproducción implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibir un diagnóstico a tiempo para tomar decisiones sobre el ejercicio de la maternidad y/o paternidad basadas en una información completa. ▪ Asegurarse de no estar en situaciones de vulnerabilidad cuando se decide gestar un embarazo. ▪ Recibir tratamiento en caso de ser una mujer gestante que vive con el VIH/Sida. ▪ Recibir atención médica en el momento del parto. ▪ Programar una cesárea para evitar el riesgo al que pueda estar expuesto el bebé o la bebé, en el momento del parto. ▪ Que su hija o hijo reciba toda la atención médica necesaria y se apliquen todas las maniobras suficientes para evitar que se pueda infectar. ▪ Ser informada, en caso de vivir con VIH, y desear un embarazo. ▪ Recibir la leche de fórmula que garantice la alimentación del recién o la recién nacida.

“Tengo derecho a permanecer sano y/o sana, el Virus de Inmunodeficiencia Humana no debe constituir una amenaza para mi vida”.

El segundo grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la autodeterminación reproductiva, la libre opción a la maternidad y la protección en caso de embarazo.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
<p>Este grupo de derechos desde la sexualidad implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gozar del derecho a mantener una sexualidad placentera, cuidadosa y responsable cuando se es una persona que vive con VIH/Sida. ▪ Decidir si quiere o no quedar embarazada a partir de una relación sexual con una persona que viva con VIH. ▪ Decidir si quiere usar o no la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo. ▪ Decidir si quiere o no recibir la profilaxis post-exposición. ▪ Decidir si quiere o no tener relaciones sexuales con una persona que viva con el VIH/Sida. ▪ Decidir protegerse para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual como el VIH/Sida. ▪ Usar el condón cuando se decide no tener hijos o hijas. 	<p>Este grupo de derechos desde la reproducción implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Decidir si quiere o no quedar embarazada cuando sabe que su pareja vive con VIH/Sida. ▪ Decidir libremente y sin presiones, si quiere quedar embarazada cuando es una persona que vive con VIH/Sida. ▪ Recibir todo el seguimiento y tratamiento médico que requiera una mujer en gestación para que su bebé no se infecte con el VIH/Sida. ▪ Decidir, como hombre, tener hijos y/o hijas independientemente de su condición frente al VIH/Sida y su orientación sexual. ▪ Como hombre que vive con el Virus de inmunodeficiencia Humana, recibir el tratamiento y procedimientos específicos para tener un hijo o una hija. ▪ Participar del cuidado y la crianza de las y los hijos y promover el ejercicio de una paternidad responsable.

“Como mujer, puedo decidir sobre mi cuerpo y sobre la reproducción, sin importar que sea una persona que viva con VIH”.

El tercer grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la información, la educación y la toma de decisiones.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
<p>Este grupo de derechos desde la sexualidad implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibir toda la información para disfrutar la sexualidad sin correr riesgo de infectarse con VIH/Sida. ▪ Recibir la información sobre el uso adecuado del preservativo. ▪ Recibir o impartir información relacionada con VIH/Sida. ▪ Recibir información para que una persona que vive con VIH, pueda disfrutar su sexualidad sin exponer a otra persona al virus. ▪ Reconocer el ejercicio de la sexualidad como valioso, independientemente de aquellos estigmas o razones de discriminación que se generen sobre la misma. 	<p>Este grupo de derechos desde la reproducción implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibir información suficiente para que una mujer que vive con VIH/Sida (MVVS), decida si quiere o no tener hijos o hijas. ▪ Recibir la información para prevenir un embarazo. ▪ Obtener toda la información de los pasos que se deben seguir para tener hijas o hijos. ▪ Decidir si quiere o no tener hijas o hijos. ▪ Recibir información del diagnóstico, antes, durante y/o después del parto. ▪ Decidir si quiere o no recibir asesorías personalizadas antes de tomarse la prueba para VIH/Sida. ▪ Recibir información sobre el ejercicio de una paternidad responsable y equitativa.

“Tengo derecho a recibir toda la información para poder prevenir la infección por VIH/Sida”.

El cuarto grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la atención, la protección en salud y los beneficios del progreso científico.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
<p>Este grupo de derechos desde la sexualidad implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar, informarse y beneficiarse de servicios que promuevan el desarrollo de una sexualidad plena y libre. ▪ Gozar de servicios que se encuentren libres de estigma y discriminación. ▪ Recibir atención y servicios de salud para el diagnóstico por VIH/Sida. ▪ Recibir atención sin condición de diagnóstico. ▪ Aseguramiento en salud por condición de VIH/Sida. ▪ Recibir todos los exámenes necesarios para diagnosticarse frente a la infección por VIH/Sida. ▪ Obtener todo el tratamiento para prevenir el Sida. 	<p>Este grupo de derechos desde la reproducción implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibir todos los procedimientos necesarios para que las mujeres que optan por la reproducción, puedan tomar esta decisión con información sobre su estado serológico. ▪ Usar la última tecnología necesaria para la prevención de la infección de un o una bebé cuya madre sea diagnosticada con el VIH/Sida. ▪ Recibir atención prenatal y tener facilidades en el acceso a asesoría y prueba voluntaria para el diagnóstico de la infección por VIH y la sífilis gestacional, así como a todas las alternativas de manejo y tratamiento en caso de resultar infectada. ▪ Recibir asesoría y prueba voluntaria de diagnóstico rápido antes del parto en caso de no haber tenido acceso al diagnóstico durante la gestación.

“Tengo derecho a recibir tratamientos modernos, eficaces, oportunos y libres de estigma y discriminación”.

El quinto grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la no discriminación y el debido respeto por las diferencias.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
<p>Este grupo de derechos desde la sexualidad implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No ser estigmatizado ni estigmatizada por la orientación sexual, la identidad de género o la condición socioeconómica. ▪ No ser considerada una persona enferma por construir identidades que no son socialmente normativas. ▪ No ser estigmatizada ni estigmatizado por el ejercicio del trabajo sexual. ▪ El derecho a tener relaciones sexuales con información necesaria para la prevención del VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada por hacerse la prueba de VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada por comprar, portar y usar condones. ▪ No ser señalado o señalada por vivir, compartir y convivir con personas que vivan con VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada en los servicios de salud con base en ningún prejuicio. 	<p>Este grupo de derechos desde la reproducción implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Decidir responsablemente tener hijos o hijas, sin importar si existe un diagnóstico con VIH/Sida. ▪ Construir una familia sin que esto implique responder al modelo tradicional de esta. ▪ Participar del proceso de cuidado y crianza de hijos e hijas sin ser discriminado o discriminada; estigmatizado o estigmatizada por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser invalidado ni invalidada reproductivamente por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser excluido ni excluida de los núcleos familiares por la orientación sexual y/o la identidad de género. ▪ Ejercer la maternidad o la paternidad sin que el desarrollo del trabajo sexual sea considerado un impedimento para ello.

“Ninguna persona puede ser discriminada o estigmatizada a razón de su orientación sexual, identidad de género, condición socioeconómica, condición etária o por el desarrollo de trabajos socialmente excluidos”.

CAPÍTULO II

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

La pobreza, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia son, entre otros, fenómenos que se encuentran íntimamente relacionados con los contextos de vulnerabilidad y el avance de la epidemia. Estas situaciones estructurales se complican aún más cuando se niega el derecho a la educación sexual y persisten tabúes sociales respecto a la sexualidad humana¹.

Para poder comprender los temas de estigma y discriminación, es necesario poder establecer algunos conceptos previos que se encuentran relacionados.

¿Qué es el prejuicio?

*“El prejuicio es la forma más barata de pensar”
(A. Calabrese).*

Es la acción y efecto de juzgar las cosas, situaciones, personas o grupos, sin tener un conocimiento completo sobre aquello que se juzga. Un prejuicio, por tanto, es una opinión previa acerca de algo que se desconoce.

Los prejuicios son una primera causa para estigmatizar. Es una actitud apresurada con la que se atribuyen etiquetas y que predispone a actitudes discriminatorias.

Una forma de eliminar los prejuicios, es a través de la educación en la construcción de ciudadanía y el reconocimiento de la diversidad. El establecimiento de relaciones positivas con personas de diferentes razas, etnias, preferencias u orientaciones sexuales o preferencias religiosas, contribuye de manera significativa a eliminar prejuicios y a la convivencia pacífica.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP): VIH/Sida y salud pública. Manual para personal de salud, México, 2009.

Estos han sido contruidos históricamente y dependen de los contextos y las culturas en las que se desenvuelven las personas; muchos tienen una relación directa con lo que implica ser hombres o mujeres o con el desafío de esos mandatos que imponen “cómo se debe ser”.

Ejemplos:

“Esa mujer debe ser una cualquiera, mira cómo se viste”.

“Es una trans, debe tener muchas enfermedades”.

“Como es trabajadora sexual, es una trepadora”.

Comentarios como estos dan lugar a la discriminación y a perpetuar la epidemia entre los sectores de población más afectados.

¿Qué es estigma?

Se ha definido como un atributo descalificador que desprecia a la persona a la que lo se le asigna. El término, en la Grecia clásica, se refería a una marca física que se les hacía a grupos de personas que se encontraban marginadas de la estructura social. En la actualidad, las marcas físicas casi han desaparecido, pero el estigma ahora se basa en uno o más factores, como el género, la orientación sexual, la clase, el grupo étnico, creencias religiosas, el sexo, las prácticas sexuales, el estado serológico, entre otras.

Este concepto se incorpora al análisis sociológico a partir de investigaciones con personas que sufren enfermedades mentales, padecen deformidades físicas o tienen conductas percibidas como “socialmente desviadas”, tales como la homosexualidad². Lo anterior hace énfasis en un atributo “descalificador”, como “un tipo de cosa”, una diferencia individual y relativamente fija de las personas. De alguna manera, el concepto de estigma, ha sido utilizado para marcar varias situaciones como “deshonrosas” en función de lo que una comunidad considera tolerable o no. Es decir, las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado, sin que ello tenga que ver directamente con la persona, sus cualidades o calidades.

Estas valoraciones negativas, que resultan de procesos sociales y culturales, estigmatizan a ciertas personas y grupos: de forma que pueden también afectar las percepciones de estas personas sobre sí mismas, lo que se ha denominado estigma interno.

¿Sabías que...?

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”. *Constitución política de Colombia*. Artículo 13.

“Todo lenguaje que tienda a estigmatizar a una persona por su orientación sexual es, entonces contrario, a la Carta y es explícitamente rechazado por esta Corte Constitucional”. Sentencia C-481 de 1998.

² GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires, [1963] (1968).

Aggleton y Parker, señalan que es necesario conceptualizar el estigma y la discriminación como procesos sociales que solo pueden ser comprendidos en relación con nociones más amplias como poder y dominación. Desde este punto de vista, el estigma juega un rol principal, al producir y reproducir relaciones de poder y control en todos los sistemas sociales³.

Cabe decir que, tanto estigma como discriminación, son un manifiesto concreto de la desigualdad e inequidad social, lo que da cuenta de un proceso de construcción democrática que no ha concretado la participación y la diversidad⁴. El estigma, entonces, replica comportamientos de superioridad de un grupo sobre otro, dando lugar al escenario ideal para que se establezcan desigualdades que, dependiendo de los contextos, perjudicarán a quienes se observan como “inferiores”.

¿Qué es discriminación?

La discriminación tiene diversos orígenes y se expresa de formas muy diversas: deteriora la convivencia entre las personas, margina a aquellas que se encuentran más propensas a sufrirla y, así mismo, limita su desarrollo humano y el disfrute de derechos fundamentales.



La discriminación es tratar diferente algo que es igual. Todas las personas son diferentes, sin embargo, en el marco de los derechos todas las personas son iguales. Cuando esto no ocurre, se observa una acción de discriminación. Dichas acciones de discriminación perjudican a las personas y grupos de personas que son objeto del estigma social⁵.

El estigma interno, puede llegar a relacionarse con sentimientos de subvaloración personal, que repercuten en el ejercicio de los derechos, en un menor acceso a servicios y en la disminución o ruptura de vínculos sociales.

3 PARKER, R. y AGGLETON, P.: HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 2003, p.57, pp. 13-24.

4 HERNÁNDEZ Y MUÑOZ: Análisis de situación del estigma y discriminación a las personas que viven con VIH y los grupos poblacionales más expuestos en el marco del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH/Sida y propuesta de plan sub-regional 2007-2010. OPS, 2007.

5 *Ibid.*

Como causas de la discriminación se reconoce el temor a lo desconocido, a las diferencias, a sentimientos de amenaza a la propia identidad, desconocimiento de la diversidad y de la posibilidad de enriquecimiento mutuo a través de esa diversidad.

Se entiende así, que se discrimina por los prejuicios, los estereotipos y los estigmas aprendidos y reproducidos a lo largo de la vida por costumbre, por tradición o por herencia familiar. El siguiente apartado ilustra la relación entre los tres conceptos tratados.

El estigma y discriminación coexisten en un círculo vicioso, que se inicia en los juicios sin fundamento, promovidos por las etiquetas que se asignan a las “personas diferentes” y que se cristalizan en distinciones que contribuyen a generar nuevos prejuicios.

La discriminación se manifiesta de múltiples formas, entre las que se encuentran:

- Evitar a personas por su identidad de género o su orientación sexual, por ejercer trabajo sexual, usar drogas o habitar en la calle. De la misma manera, la discriminación se da cuando se les niega el acceso a algún tipo de servicio, al trabajo o a la vida en familia.
- El rechazo a las personas que viven con VIH o que pertenecen a otros grupos en situación de vulnerabilidad, al no permitirles el ingreso a sitios específicos, la membresía a un grupo, o por no desear asociarse con ellas.

También puede ocurrir, dentro de un entorno institucional, por ejemplo, cuando:

- Las personas en contextos de vulnerabilidad o que viven con el VIH, son apartadas de otras (pacientes) en una institución de salud o se les niega el acceso a los servicios de atención a la salud o al seguro médico.
- Cuando un empleador o una empleadora no respeta los derechos de una persona en razón de su género, orientación sexual, raza, etnia, religión o estado serológico; de la misma manera, cuando revela el diagnóstico sin el consentimiento de la persona a colegas del trabajo.

- Negar el acceso a la escuela a niñas o niños que viven con VIH o se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

La discriminación puede ocurrir también a nivel nacional, cuando se le sanciona o legitima a través de leyes y políticas. En este caso, la discriminación se convierte en una violación del derecho en tanto es el Estado el que actúa. Algunos ejemplos son:

- Negar el ingreso a un país a una persona que vive con el VIH debido a su estatus VIH positivo.
- Prohibir que las personas que viven con VIH tengan ciertas ocupaciones y tipos de empleo.
- El tamizaje y prueba de VIH obligatorias para personas o grupos.
- El rechazo o bloqueo a propuestas legislativas que procuran la equidad patrimonial, pensional y de seguridad social, entre las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género con sus pares heterosexuales.

La discriminación, por cualquier razón, es una violación de sus derechos humanos y es algo que el sistema legal de un país puede y debe abordar.

Prejuicio, estigma y discriminación por VIH

La infección del VIH se relacionó con la transmisión sexual y, en la mayoría de las sociedades, tuvo su impacto inicial en poblaciones con prácticas y/o identidades sexuales diferentes a las de los patrones hegemónicos. Las primeras construcciones sociales sobre el Sida se vincularon a imágenes de homosexualidad masculina, pero luego se incorporaron algunas formas de estigmatización: con las personas que desarrollan el trabajo sexual, las personas trans, quienes tienen más de una pareja sexual y con quienes usan algún tipo de drogas.

Respecto a las personas que viven con VIH, las construcciones sociales y valoraciones se dieron en una línea de pensamiento que afirmaban que las personas

infectadas habían hecho algo malo o merecían su destino porque se habían “portado mal”. Este estigma afecta no solo a las personas que viven con el VIH, sino a quienes están asociados con ellas como sus parejas, sus hijos e hijas y otros integrantes de su misma unidad doméstica o de su entorno social, generando además distintas formas de discriminación.

En conclusión, es necesario comprender que:

La sexualidad del ser humano no puede estar sujeta a valoraciones o juicios de valor que la encasillen o limiten. El VIH no se transmite por razones de identidad, orientación o género. No hay que atender a estos conceptos en este sentido, sino a la forma en que se generan prácticas más seguras frente a las vías de transmisión.

Dado que algunos de los obstáculos más significativos respecto a la calidad de los servicios de salud para la atención integral del VIH son el estigma y la discriminación, se requiere adicionalmente que:

- Todas las respuestas a la epidemia del VIH, se planteen desde un marco multisectorial que reconozca la complejidad de los contextos en los que se ubican las personas.
- El sector salud se posicione desde un papel fundamental en dichos procesos.
- Se fomente la participación activa de las personas con VIH, así como de las comunidades más afectadas por la epidemia.
- Se comprenda que quienes prestan el servicio de salud también son personas atravesadas por la cultura y, por tanto, con actitudes que pueden ser estigmatizantes y discriminatorias y que —por lo mismo—, no todas son válidas o indicadas para el ejercicio de su labor. Se debe recordar que los y las profesionales de la salud, ante todo deben regirse por el principio ético de no maleficencia resumido en el aforismo latino *primum non nocere* (primero no hacer daño) ya que está visto que el estigma y la discriminación lesionan la dignidad de las personas. Generar estrategias de sensibilización y capacitación que aborden

los prejuicios existentes en torno a la sexualidad, el género y las relaciones de pareja, la homosexualidad y las relaciones sexuales entre hombres; la atención y tratamiento del VIH y el Sida y las condiciones contextuales que aumentan sus niveles de vulnerabilidad.

En mujeres en contextos de vulnerabilidad

Tanto el estigma como la discriminación, están identificados como dos de los principales obstáculos a la prevención, atención y cuidados del VIH/Sida. La discriminación es definida, según el *Protocolo para la identificación de la discriminación contra las Personas que viven con VIH/Sida (PVVS)*, como “cualquier medida que acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado”⁶.

En las mujeres, la discriminación por VIH/Sida se une a las diversas discriminaciones por género, en donde la violencia hacia ellas constituye una de sus manifestaciones más perversas. Por su parte, el estigma como atributo que descalifica socialmente a la persona afectada, produce soledad y aislamiento social, y está ligado a una concepción del poder que justifica la dominación de colectivos e individuos que se consideran mejores o superiores sobre otras personas; esto es particularmente evidente en los casos de discriminación hacia las mujeres. Por ello, su existencia profundiza la desigualdad entre géneros e incrementa la vulnerabilidad de aquellas personas que se ven sometidas a la discriminación por sexo e identidad de género.

Vale señalar que, históricamente, la sexualidad de las mujeres ha estado sujeta a estigmatización y control por diferentes instancias: la iglesia, la familia, la pareja, el sistema de salud, entre otras. De hecho, la regulación social de la sexualidad —que determina quién debería expresarse sexualmente o no— restringe su acceso a la información, a los servicios adecuados sobre salud sexual y reproductiva, la capacidad para

⁶ ONUSIDA: Protocolo para la identificación de la discriminación contra las personas que viven con el VIH/Sida. 2001.

tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad en general y el disfrute del placer sensual y erótico; lo cual es particularmente preocupante en el contexto del VIH/Sida.

Por ejemplo:

- El estigma y la discriminación asociado al VIH/Sida, restringen la búsqueda de información sobre la enfermedad por parte de las mujeres. Los patrones tradicionales de género pueden impedir que cualquier mujer, sea o no sexualmente activa, busque información sobre asuntos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, por temor a la censura social o a que se la señale como “inmoral” o “promiscua”.
- Las mujeres que viven con VIH/Sida experimentan, frecuentemente, actitudes estigmatizantes y discriminación por parte del personal de salud. Las gestantes son sujetas de acciones coercitivas para realizarse la prueba; soportan demoras en su tratamiento, son más propensas a la vulneración de sus derechos reproductivos y, en ocasiones, son obligadas a abortar o persuadidas con el objetivo de que desistan de su maternidad.
- El estigma afecta a la vivencia de las mujeres en los servicios de salud, la cual está determinada —en buena parte— por la relación establecida con el personal médico y asistencial. Los juicios morales negativos sobre la sexualidad y las actitudes descalificadoras acerca de las Mujeres que Viven con VIH/Sida (MVVS) o de las mujeres en general, expresadas por el personal, se reflejan al momento de la atención y constituyen una barrera en el acceso a estos servicios.

Otro escenario en donde el estigma se manifiesta entre las MVVS, es la maternidad y la lactancia. La maternidad, como una opción elegida por una mujer que vive con VIH/Sida, puede acarrear censuras y aislamiento por parte de sus redes sociales y familiares. Por otra parte, la decisión de no lactar puede implicar la develación involuntaria de su situación frente al VIH y estar sujeta, así, a acciones discriminatorias y violentas por parte de su familia, pareja o personas allegadas. Para muchas mujeres, el temor a la violencia constituye una barrera para develar su estado serológico y, por ende, para llevar a cabo acciones encaminadas al cuidado de su propia salud.

En los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

Las manifestaciones del estigma y la discriminación en HSH, se manifiestan de diversas maneras y poseen fuertes implicaciones en el trabajo de prevención con esta población. Existe todo un conglomerado de contextos

Para reflexionar...

Piensa algunos casos de personas que hayan tenido problemas en el sistema escolar o laboral por su identidad de género o su orientación sexual. ¿Qué se debería hacer en estos casos?

Recuerda algunos casos de personas que hayan tenido problemas porque en su contexto laboral se enteraron de que viven con el VIH.

¿Cuáles son las justificaciones para discriminar a otras personas? ¿Qué circunstancias hacen que se discrimine a las personas en el sistema de salud?

que colocan a los HSH como blanco continuo y casi preferente de esta epidemia. Entendiendo que, biológicamente en términos constitutivos, no existen condiciones que predispongan particularmente a estas personas a la infección por el VIH, debemos pensar que existen otros factores que hacen vulnerable a esta población. La mayoría de las situaciones mencionadas tienen que ver con estigma y discriminación.

Las evidencias del estigma y la discriminación en HSH, señalan que los programas de prevención destinados a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tropiezan con varios obstáculos. Por ejemplo: negación de que existen contactos sexuales entre hombres; estigmatización o criminalización de los HSH; información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en las relaciones sexuales entre hombres; dificultad para llegar a muchos de los hombres que mantienen este tipo de relaciones; establecimientos sanitarios insuficientes o inadecuados —incluyendo la atención en Salud, Sexual y Reproductiva (SSR)—; falta de interés entre los organismos donantes para apoyar y sostener los programas de prevención dirigidos a los HSH y falta de programas destinados, particularmente, a los trabajadores sexuales masculinos; asimismo, falta de atención en los programas nacionales sobre el Sida a la cuestión de los HSH.

La marginación, la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud, y la falta de reconocimiento de la variedad de identidades (situaciones que llevan en ocasiones hasta el asesinato), son violaciones de los derechos a la plena ciudadanía de los hombres gay y otros hombres que se relacionan sexual y afectivamente con otros hombres⁷. Las violaciones a la plena ciudadanía, son constantes y generalizadas en nuestros países y la cruda realidad es que estas situaciones conmueven poco al resto de la comunidad. Aun en países en donde la protección a la diversidad sexual estaría garantizada por la constitución, la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reconoce su propia vulnerabilidad y sus niveles de riesgo ante la agresión social.

Los obstáculos mencionados son muchos y de diferente orden. Ahora bien, para enfrentar tales obstáculos, entre otras cosas, es menester contar con información completa y fiable y con análisis adecuados y comprometidos. Un esfuerzo en tal dirección, se encuentra en las páginas que siguen. En ellas se sintetizan investigaciones que tratan de hacer un aporte para una comprensión más acabada y realista de por dónde pasa la epidemia.

La estigmatización de la sexualidad, especialmente de HSH, se nutre de la invisibilidad social en la que se la ha ubicado históricamente y, a su vez, contribuye a perpetuarla.

La salida de la falta de reconocimiento social —factor adicional de vulnerabilidad— es un proceso individual y social, personal y político. En el marco de dicho proceso, un modo más de promover que se hable de temas considerados tabú; es incorporarlos a la agenda legítima de la investigación, la producción y la socialización de los conocimientos. En particular, el hecho de que las universidades, los centros de estudios y las organizaciones internacionales —en conjunto con las propias comunidades— alienten investigaciones sobre gays y otros HSH, constituye un paso importante contra el señalamiento, la injuria, la descalificación y condena a la que se somete a estas personas y, por lo tanto, contra los contextos de vulnerabilidad de este sector de la población.

En personas jóvenes

Cuando una persona joven vive con VIH, posiblemente sea estigmatizada debido al erróneo imaginario colectivo que se ha constituido en torno que, se piensa, que el VIH ha sido contraído en prácticas sexuales descontroladas, llevadas a cabo a través de actos sexuales irresponsables. En todos estos planteamientos no se tienen en cuenta los contextos de vulnerabilidad de la persona que vive con el virus y que no ha tenido que contraerlo, necesariamente, a través de alguna de estas prácticas estigmatizadas. Tampoco se visualiza aquí, que la razón de la infección pueda provenir de otras vías diferentes a la sexual.

⁷ DÍAZ, R.M. & AYALA, G.: Discriminación social y la salud: el caso de los hombres latinos homosexuales y el riesgo de infección por HIV. Washington: National Gay and Lesbian Task Force. 2001.

Los señalamientos incluyen, también, cargar con el pesar, dolor y vergüenza familiar y personal porque “tan joven y ya infectado”, “esa señora tan joven y ya con un hijo en esas” (...). Otras veces, simplemente el desconocimiento es tan alto, que la infección no da una posibilidad de vida posterior al diagnóstico. Estos comentarios no cambiarán la condición serológica de las y los jóvenes infectados, pero sí generará —en cambio— estigmas que desmotivan, agreden y señalan; como si estuvieran escritas las vías específicas de transmisión para jóvenes y adolescentes, como si ello ayudara a que otras personas evitaran la infección.

En las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)

Para identificar las condiciones de estigma y discriminación que afrontan las trabajadoras sexuales, es necesario que se les reconozca desde su condición: como mujeres en un contexto en donde —generalmente— presentan mayores condiciones de vulnerabilidad que los hombres.

Las trabajadoras sexuales se enfrentan a diferentes prejuicios sobre ellas, por ejemplo, se piensa que todas ellas son malas, que están enfermas, que permanentemente pueden tener alguna infección de transmisión sexual, que dan mala imagen a un lugar, que son incapaces de tener sentimientos y que, incluso, han optado por el desarrollo del trabajo sexual porque es una vía “fácil” de acceder al dinero.

Otros prejuicios sobre el desarrollo del trabajo sexual están asociados a causas que se consideran determinantes, por ejemplo, el haber sido víctimas de algún tipo de violencia sexual en la niñez, la pobreza, la pertenencia a una u otra región específica del país. También se cree que aquellas que ejercen el trabajo sexual —en su mayoría—, son coaccionadas; que no han podido decidir sobre el ejercicio de su sexualidad o que todas desearían cambiar de actividad. En ocasiones, estas creencias previas hacen que se les desconozca como sujetas de derechos con plena autonomía.

Aunque ni una ni otra razón es, en sí misma, verdadera o falsa, constituyen ideas desde las que —comúnmente— las personas se relacionan con las trabajadoras sexuales. Muchas de estas ideas son poderosas razones bajo las cuales se construyen estigmas y se ejercen múltiples formas de discriminación. A su vez, una mujer trabajadora sexual que viva con VIH, ve limitada seriamente su posibilidad de permanecer en el desarrollo de su labor si es que las compañeras, la o el administrador o, en ocasiones, el propio personal de salud —según sea el caso— llegasen a enterarse.

Para una trabajadora sexual, el vivir con VIH no solo implica aquellas características que se esbozaron anteriormente frente a las mujeres, sino que es una situación que complejiza —entre otras cosas— el acceso a los recursos económicos; el perder la posibilidad de seguir desarrollando el trabajo sexual; el ser señalada y tildada por sus compañeras y por las o los administradores y las dueñas o dueños de los establecimientos así como por los clientes.

Las acciones de discriminación sobre trabajadoras sexuales que vivan con VIH, se centrarán también en la idea de que “se lo merecen” o “se lo han buscado”. Estas ideas operan en todos los niveles: su familia, sus compañeras de trabajo, prestadores de servicios, clientes.

Es importante reconocer que todas y cada una de las personas tienen o han tenido prejuicios frente a ellas y su trabajo; por lo que la recomendación principal para desarrollar cualquier tipo de trabajo es acercarse, reconociéndolas como ciudadanas plenas y como sujetas de derecho.

En la población privada de la libertad

En el contexto carcelario, es preciso reconocer las muchas formas y motivos que sustentan la discriminación y estigma. Por un lado, están aquellas que surgen en la sociedad y que han hecho que, históricamente, se tejan —alrededor de la cárcel y de quienes en ella se encuentran— una serie de rechazos por considerarlas

personas delincuentes, agresoras de las reglas y el funcionamiento de los esquemas sociales; sin detenerse a contemplar situaciones particulares. Estos prejuicios, asimilados por quienes ingresan a la cárcel, se evidencian en forma de auto-discriminación ante el proceso de reclusión, o por quienes hacen parte de la red de soporte (familia, amistades, pareja, instituciones, etc.) y, entonces, se rompen los vínculos que —en este contexto— conllevan situaciones de mayor vulnerabilidad frente al VIH.

Relacionado con este marco, están aquellas formas que se entrelazan al interior de los establecimientos y que evidencian este contexto como una representación de lo que sucede en el entorno social externo, y desde donde es posible definir la cárcel como un microsistema, espejo de la sociedad. En este sentido, se reconocen las formas de discriminación y estigma en las relaciones entre las personas privadas de la libertad, demarcadas por los aprendizajes previos que motivan que —cada uno y cada una— ponga en juego representaciones sociales relacionadas con el género, las orientaciones sexuales e identidades de género, la edad, entre otras; las cuales tiñen de discriminaciones, prejuicios y diversas formas de violencia, las relaciones.

Tal es así, que las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas o personas jóvenes y/o con menor educación, son las que se ven en el lugar de mayor vulnerabilidad frente al VIH. Quienes viven con el virus, experimentan también otras formas de discriminación adicionales; y es que, si bien en ocasiones son recluidos o recluidas en un patio aparte para facilitar necesidades de atención, nutrición y descanso; se les excluye también de las dinámicas del contexto, limitando sus relaciones y las posibilidades de interactuar de forma normal.

Otro de los niveles en los que se reconocen distintas formas de discriminación y estigma, surgen desde la idea de la pérdida de derechos que se expresa en la estructura del sistema judicial y administrativo, desde donde se limitan y controlan las expresiones sexuales y las distintas construcciones personales posibles.

Finalmente, está el estigma y la discriminación hacia las personas que salen de la cárcel y pretenden reincorporarse al sistema. Este se manifiesta en las dificultades para acceder al mundo laboral, reconfigurar relaciones sociales y familiares y reconstruirse como personas sujetas de derechos, luego de un periodo de negación o desconocimiento de los mismos.

En la población trans

Las personas trans género (travestis, transexuales), afrontan una serie de estigmas y discriminaciones relacionadas con su identidad de género, que se sale de los parámetros sociales que definen los cuerpos, las estéticas, los roles y las sexualidades normativas de los hombres y las mujeres. Nuestro sistema sexo-género impone un binarismo sexual basado en la existencia de dos categorías exclusivas: hombre-mujer; en las cuales deben insertarse todas las personas. Quienes se salen de este esquema binario, experimentan violencias, estigmas y discriminaciones.

Construir la identidad de género fuera de este marco binario, impone en las personas trans un estigma y un atributo profundamente desacreditador⁸, que aparece en todas sus interacciones sociales; generando menosprecio, reproche, incompreensión y violencia hacia ellas⁹. El estigma se posiciona en los cuerpos trans, leídos desde los códigos binarios como cuerpos ilegítimos, engañosos o como “cuerpos que no importan”¹⁰.

Los estigmas que recaen sobre las personas trans, aparecen en sus interacciones sociales con las personas y las instituciones; pues las mentalidades y las lógicas de funcionamiento institucional están estructuradas a partir de este binarismo sexual que estigmatiza y excluye a todas las identidades que se salen del marco hombre-mujer.

8 GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, [1963] (1968).

9 MECCIA, E.; et. al.: Trabajo sexual: estigma e implicancias relacionales. Trayectorias de vulnerabilidad de mujeres y travestis en situación de prostitución en el Gran Buenos Aires. *Los nuevos rostros de la marginalidad*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2005.

10 BUTLER, J.: *Cuerpos que importan*. Paidós, Buenos Aires, 2003.

Las personas trans son percibidas como enfermas y como anormales, lo cual tiene que ver con la lectura que se hace desde la medicina acerca de las experiencias trans, interpretadas como una “disforia de género” o un “trastorno de la identidad”, según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV y el DSM V¹¹). Es decir, como una anomalía o como una enfermedad relacionada con la identidad de género de la persona. Dicho imaginario de anormalidad, enfermedad, disforia o trastorno, impone un estigma sobre las personas trans.

De otro lado, las personas trans son vistas como contaminadas y contaminantes en relación específica con el VIH/Sida. Tal estigma se manifiesta, también, en las prácticas del personal de la salud, quienes asocian directamente a las personas trans con el VIH/Sida y establecen —de esta forma— una barrera de acceso al sistema de salud para dicha población, que muchas veces prefiere no utilizar estos servicios debido a este estigma¹². En este caso, el estigma que recae sobre las personas trans se convierte en una práctica discriminatoria.

También existen múltiples estigmas sociales que representan a las personas trans, siempre, como personas excluidas de los vínculos familiares, amistosos, amorosos, de apoyo e incluso de las instituciones —tanto públicas como privadas—. Es decir, se piensa que las personas trans carecen de lazos sociales.

Otro estigma social generalizado, asocia a las personas trans con trabajos como el trabajo sexual, el espectáculo y la peluquería, sin la posibilidad de proyectarlas en otros espacios laborales. De igual forma, las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, se enfrentan a un doble estigma: por ocupación y por identidad de género¹³. Los estigmas que recaen sobre las personas trans pueden articularse además con elementos relativos a la raza y a la clase social, en un contexto clasista y racista como el colombiano.

Estos estigmas se relacionan directamente con una serie de experiencias de discriminación que enfrentan las personas trans y que se manifiestan en diversos niveles de su experiencia subjetiva y social. En ocasiones, desarrollan formas de auto discriminación a través de intensos sentimientos de inferioridad, de anormalidad y de desigualdad, por su identidad de género “diferente”, que las hace sentir fuera de las categorías de ciudadanía y excluidas del disfrute de los derechos. Tales formas de auto-discriminación, se relacionan con lo que hemos definido como “estigma interno” e implican silencios, ocultamientos, depresiones, subvaloraciones, baja autoestima y poca capacidad de exigencia de derechos en las personas.

Asimismo, tal estigma interno genera en las personas trans distanciamientos y autoexclusiones de espacios sociales e instituciones, como la institución de salud y sus servicios de promoción de la salud y prevención y atención del VIH/Sida. Muchas personas trans temen ser discriminadas, estigmatizadas y violentadas en el sistema de salud —ya sea por su identidad de género o por la vinculación casi automática que existe de su identidad trans con el VIH/Sida—.

La discriminación de las personas trans se manifiesta en espacios cotidianos y cercanos como la familia y, generalmente, trasciende a espacios públicos como las comunidades, las instituciones educativas, las instituciones de salud y el Estado. Se trata de una experiencia de discriminación intensa y violenta, que surge en los vínculos familiares cotidianos y llega hasta la relación que las personas tienen con la ciudadanía y el Estado. De esta manera, se relaciona directamente la exclusión familiar con las barreras institucionales y de disfrute de derechos en las personas trans.

11 AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª Edición. American Psychiatric Association. Washington D. C., 1994.

12 SALAZAR, X.; et al: *Las personas trans y la epidemia del VIH/Sida en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos*. IESSDEH. Universidad Peruana Cayetano Heredia. ONUSIDA. AMFAR, Lima, 2010.

13 SALAZAR, X. y VILLAYZÁN, J.: *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/Sida*. IESSDEH. Red LacTrans. UNFPA, Lima, 2009.

CAPÍTULO III

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales respecto a la epidemia del VIH/Sida

La epidemia de VIH/Sida, ha afectado a todos los niveles estructurales de las sociedades y ha hecho evidente la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social. Trascender la mirada clínica de la enfermedad y reconocer los factores sociales, políticos, económicos, educativos, así como las relaciones entre ellos —que pueden estar configurando distintas formas de vulnerabilidad frente al VIH—, implica también asumir nuevos retos complejos para el abordaje en los distintos niveles de trabajo —tanto en prevención como en atención—.

De esta forma, el enfoque de vulnerabilidad frente al VIH permite reconocer a las personas y ubicarlas en entornos con características particulares. Las amas de casa, jóvenes, personas trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), población privada de la libertad y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), han sido reconocidas como las poblaciones más afectadas por la epidemia, hecho que tiene una intrínseca relación con diversos contextos de vulnerabilidad que los y las hace susceptibles a la infección por VIH.

En este sentido, una estrategia de prevención del VIH/Sida, debe reconocer los aspectos que configuran los contextos de vulnerabilidad en las distintas poblaciones, construirse desde un marco de equidad de género y promoción del ejercicio de los derechos humanos y enfocarse a la transformación de aproximaciones teóricas, conceptua-

les, metodológicas, imaginarios y prácticas que subyacen a la respuesta del país e intervienen en el curso de la epidemia del VIH/Sida.

¿Qué es el VIH?

El Virus de Inmunodeficiencia Humana —VIH— es una partícula infecciosa que debilita el **sistema inmunológico**, llamado también “sistema de defensa”, que afecta la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades.

El Virus es extremadamente débil fuera del cuerpo humano. La exposición a temperaturas altas y a condiciones del medio ambiente tales como el sol, resultan suficientes para que esta partícula pierda todas sus cualidades. El virus no puede penetrar la piel sana, solo ingresa al organismo por unas determinadas “puertas de entrada” a saber: heridas abiertas, mucosas o por el torrente sanguíneo.

¿Qué es el sistema inmunológico?

Es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones. Lo constituyen diferentes tipos de proteínas especiales de la sangre y glóbulos blancos, entre los que se encuentran, las células CD4. Por medio de una serie de pasos, este sistema se encarga de generar unas células especiales, llamadas anticuerpos, para combatir y destruir los agentes infecciosos invasores antes de que causen daño. Estos agentes pueden ser: bacterias, hongos, virus.

Cuando un agente infeccioso ingresa al cuerpo, las células CD4 envían al sistema inmunológico la orden de neutralizarlo. El sistema inmunológico requiere de cierto tiempo para generar una respuesta efectiva para contrarrestar al organismo extraño, que puede durar algunos días o semanas.

¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?

Poco después de que tiene lugar la infección, el sistema inmunológico del organismo se prepara para enfrentar el virus mediante los anticuerpos que, por lo general, consiguen reducir provisionalmente la cantidad de virus en la sangre. Sin embargo, la velocidad con la que el virus se replica es superior a la velocidad de la respuesta generada por el organismo.

Al ingresar al organismo, el VIH infecta directamente los CD4; ingresa en ellos y los utiliza para replicarse (producir más VIH). Cada vez que

¿Sabías que...?

- En las personas que viven con VIH, el recuento de células CD4 y la carga viral, permiten determinar la etapa de la enfermedad o infección y, según los resultados, el personal médico determina el tratamiento a seguir.
- El recuento de células CD4 de una persona, da información sobre el estado de su sistema inmunológico y la carga viral es la cantidad de virus presente en la sangre de una persona. Cuanta más alta es la carga viral, más afectado está el sistema inmunológico.
- El VIH solo es detectable con la prueba destinada para ello, llamada Elisa.

Los anticuerpos son proteínas producidas por ciertos glóbulos blancos contra organismos específicos. Estos anticuerpos trabajan para evitar que los agentes infecciosos se queden en la sangre y afecten el organismo.

Para reflexionar...

Después de más de dos décadas del primer caso en Colombia, las personas aún piensan que el VIH se puede transmitir por dar o recibir caricias, abrazos o besos, compartir el teléfono, visitar personas enfermas, compartir comida, cubiertos o vasos, beber en fuentes de agua potable, bañarse en piscinas públicas, utilizar el mismo sanitario, por picaduras de mosquitos y otros insectos, trabajar, relacionarse o convivir con personas viviendo con el VIH, donar sangre, compartir la misma habitación, albergue o refugio.

De igual manera, y pese a la gran cantidad de información que aclara aspectos relacionados con el VIH/Sida, aún permanecen falsas creencias como las siguientes:

- Que las mujeres casadas y monógamas no están expuestas al VIH.
- Que tener relaciones sexuales sin protección con la pareja estable no implica una exposición al VIH.
- Que el VIH solo afecta a personas homosexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales o personas trans.
- Que el amor y la fidelidad protegen de la infección por VIH.
- Que las personas que viven con VIH son promiscuas.
- Que donar sangre es un riesgo para adquirir la infección por VIH.

Se denominan “infecciones oportunistas”, aquellas que ingresan al organismo cuando este está debilitado y no puede protegerse.

una célula de CD4 produce más virus, esta es destruida de forma que se reduce la capacidad de producir más células de defensa y el organismo va descompensando su sistema inmunológico; de esta manera queda expuesto a otros agentes infecciosos y propensos a desarrollar infecciones oportunistas.

Con el tiempo, el virus puede anular la capacidad de respuesta del organismo ante la enfermedad, momento en que se pueden reconocer una serie de síntomas y signos propios del debilitamiento del sistema inmunológico, denominado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).

¿Qué es el Sida?

El **Sida** se caracteriza por la manifestación clínica de las infecciones oportunistas que afectan al cuerpo humano debido al bajo nivel de sus células de defensa y al alto nivel de réplicas del VIH en la sangre. No obstante, cabe señalar, que una persona que ha llegado a la etapa de Sida puede regresar a una etapa asintomática si tiene la atención médica adecuada y oportuna, acceso a los medicamentos y lleva hábitos de vida saludables en cuanto al consumo de alimentos y bebidas, actividad física y soporte emocional de sus redes sociales y familiares.

¿Cómo se transmite el VIH?

El virus que causa el Sida es un pequeño organismo que no puede reproducirse solo, y por tanto, necesita alojarse en un ser humano para poder vivir y replicarse. Se aloja en los fluidos corporales, particularmente en la sangre, en los fluidos vaginales, en el líquido pre-eyaculatorio, el semen y la leche materna.

Esta característica determina unas vías de transmisión particulares. Estas son: la sexual, la perinatal y parenteral.

¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

Sexual: Es llamada así porque sucede en relaciones sexuales no protegidas, es decir, sin preservativo o con uso inadecuado del mismo, con una persona con VIH/Sida. Esta es una vía de transmisión dado que, en estas relaciones, se entra en contacto con sangre, semen, líquidos cérvico-vaginales y líquido pre-eyaculatorio.

En este sentido, se reconocen —entre las prácticas sexuales que no representan exposición al virus—, el coito anal, vaginal y oral protegidos (es decir, usando condón), los abrazos, las caricias, los masajes, la masturbación, la masturbación mutua (sin heridas en la piel).

¿Por qué los preservativos son eficaces en la prevención del VIH?

Cuando se usan correctamente y en todas las prácticas sexuales —desde el comienzo hasta su fin—, los condones son el método de barrera más efectivo para prevenir los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/Sida. Esto significa, emplear un condón por cada práctica; sea esta vaginal, oral o anal.

En prácticas penetrativas —sean vaginales o anales— el condón debe usarse desde antes de la penetración cuando el pene está erecto, hasta después de la eyaculación; y retirarse antes de que el pene pierda la erección. Si la penetración se realiza con algún tipo de juguete, este debe cubrirse con un condón. Si este juguete es utilizado con otra persona, el condón debe cambiarse.

Para prácticas de sexo oral a hombres (felación), debe emplearse un condón masculino. En el caso de sexo oral a mujeres (cunnilingus), puede hacerse uso de un condón masculino o femenino preparado previamente para que funcione como una barrera de látex (se rompe a la mitad antes de desenrollarse).

De esta manera, el uso del condón tiene una eficacia protectora de por lo menos un 98%. Los condones son fabricados, probados y verificados de manera científica para garantizar su eficacia. Las pruebas técnicas de calidad de los condones incluyen la prueba de filtración de agua, la prueba tensil y la prueba de presión de aire. El condón de látex es impermeable al semen y a los microorganismos, sean estos bacterias, hongos o virus; a menos que se rompa o se deslice significativamente durante su uso.

Algunos factores que pueden estar asociados con la ruptura o deslizamiento del condón, incluyen un inadecuado almacenamiento, el vencimiento no advertido, el uso de elementos corto-punzantes para abrir el empaque, falta de lubricación, el uso de lubricantes derivados del petróleo, sustancias grasas, cremas de manos o vaselina.

Para reflexionar...

En Colombia, cerca del 97% de las infecciones se dan por vía de transmisión sexual¹.

Una persona que vive con VIH tiene derecho a llevar una vida sexual activa, plena y placentera. Es importante recordar que una persona que vive con VIH, puede reinfectarse con otra cepa del virus, lo que puede complicar su tratamiento. Por lo tanto, el auto-cuidado y la protección son determinantes para mantener su salud.

La reinfección sucede cuando una persona que vive con VIH, tiene relaciones sexuales con otra persona que tiene una clase de VIH distinto. Entonces, se reinfecta con esta otra clase de virus. Esto sucede porque el virus del VIH ha mutado, es decir, que ha ido cambiando en su estructura. En el transcurso del tiempo —desde que apareció el VIH— hay otros virus que son más nuevos y más resistentes, por ejemplo, a los medicamentos antirretrovirales.

Las personas que viven con VIH tienen el mismo aspecto físico que las personas que no; así que el uso del condón no debe estar sujeto a este criterio.

Para recordar...

En la transmisión por vía sexual, la única manera de prevenir el VIH es mediante el uso adecuado del condón masculino o femenino de forma constante y desde el inicio de la relación sexual, acompañado de lubricante a base de agua.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. SIVIGILA: *Boletín epidemiológico nacional*. Semana 52. 2009.

¿Sabías que...?

- La posibilidad de que un o una bebé cuya madre viva con el VIH nazca sin la infección, puede ser menor al 2%, siempre y cuando se sigan las recomendaciones médicas para evitar la infección perinatal: realizarse la prueba antes de iniciar la gestación, tomar los medicamentos antirretrovirales, nacimiento por cesárea programada y suministro exclusivo de leche de fórmula.
- Desde 1988 toda la sangre que se recibe en los bancos de sangre es probada, no solo para prevenir la infección por VIH sino otras enfermedades transmisibles. De esta forma, donar sangre o recibir transfusiones son prácticas seguras que no representan riesgo para la infección por VIH.

Parenteral¹: Sucede cuando se penetra la piel por medio de una aguja u otros instrumentos no esterilizados y estos contienen sangre de una persona que vive con VIH. Por ejemplo, en el intercambio de instrumentos utilizados para el consumo de drogas inyectables, la realización de tatuajes con instrumentos no esterilizados o desechables; transfusiones de sangre o de órganos a los que no se les ha hecho la prueba de detección del VIH.

En general, conviene evitar la exposición directa a la sangre de otra persona, así como el uso de instrumentos y utensilios —como jeringas y agujas— que no sean desechables; no solo para evitar la infección por el VIH, sino también otras infecciones como las hepatitis virales, entre otras.

Perinatal: Esta vía de transmisión se da de una mujer que vive con el VIH a su bebé. Se puede producir en tres momentos:

- **Durante el embarazo**, a través de la placenta. Cuanto más alta sea la carga viral en la madre gestante, mayor es la probabilidad de que el o la bebé adquiera el virus.
- **Durante el parto**, por el contacto con sangre y otros fluidos. La mayor parte de las infecciones ocurren en este momento.
- **Durante la lactancia**, el virus puede pasar a través de la leche materna o en el sangrado de los pezones de la madre.

Toda mujer gestante, debe tener presente la posibilidad de haber estado expuesta a cualquier Infección de Transmisión Sexual (ITS) o al VIH, dado que ha entrado en contacto con fluidos seminales y, por ello, debe practicarse la prueba de laboratorio indicada, previa asesoría y con un seguimiento clínico adecuado.

Una mujer que vive con el VIH, puede evitar la infección de su bebé si recibe el tratamiento médico adecuado.

¿Cómo se detecta el VIH?

Se detecta mediante una prueba que consiste en un análisis de sangre que puede hacerse de dos maneras:

1. Prueba rápida: Se hace mediante punción en el pulpejo del dedo, del cual se toma una gota de sangre. El resultado se obtiene en 20 minutos aproximadamente.

¹ Frente a esta vía de transmisión, se cuenta con un protocolo de medidas universales en las que se recomiendan las prácticas básicas de bioseguridad a seguir, dirigidas a profesionales de la salud para evitar o disminuir la exposición ocupacional al VIH.

2. Muestra de sangre tomada y procesada en el laboratorio: La prueba más usada es la *ELISA* para VIH, que detecta los anticuerpos producidos por el organismo como respuesta a la infección. Estos anticuerpos son detectables unas semanas después de la exposición inicial al virus, en un periodo promedio de doce semanas denominado “ventana inmunológica”.

Cabe señalar, que los resultados de la prueba *ELISA* para VIH, son de dos tipos: reactivos y no reactivos. “Reactivos” cuando la prueba detecta anticuerpos que dan cuenta de la infección del VIH y “no reactivos”, cuando la prueba no detecta dichos anticuerpos.

Como las pruebas del VIH pueden no detectar los anticuerpos en caso de infecciones muy recientes que están dentro del periodo de ventana inmunológica, se recomienda que —tras una prueba inicial no reactiva— se efectúe otra prueba de anticuerpos tres meses después.

Si el resultado de la primera prueba *ELISA* es reactivo, se realiza una segunda prueba tamiz y, si esta sigue siendo reactiva, es importante realizar una prueba confirmatoria denominada *Western Blot*.

¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?

La asesoría previa y posterior a la prueba tiene un impacto favorable en la prevención primaria de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

La realización de la prueba y el acceso a una adecuada asesoría previa y posterior a esta, puede ayudar a tomar decisiones importantes como asumir el control de la propia vida. Si se piensa que se vive con el VIH, este puede ser el primer paso para emprender hábitos de vida saludables y evaluar alternativas de tratamiento. La prueba permite:

- Reconocer factores que incrementan la propia vulnerabilidad a la infección por VIH.
- Enfrentar la ansiedad y el miedo derivados del desconocimiento del estado personal ante el VIH.
- Prevenir la transmisión perinatal del VIH.
- Contar con información que sustente decisiones oportunas destinadas al cuidado de sí y de otras personas que vivan o no con el virus.

¿Sabías que...?

- En Colombia, la prueba es voluntaria, confidencial y gratuita para todas las personas.
- Todas las pruebas usadas para la detección del VIH son voluntarias y deben realizarse bajo el consentimiento informado de la persona solicitante. El resultado es confidencial y solo lo debe conocer la persona que se realiza la prueba quien decide a quién comunicarlo. No es requisito para obtener empleo, contraer matrimonio, recibir atención médica, formar parte de instituciones, etc. Al respecto, puede profundizar en el marco normativo incluido en este documento.

Para recordar...

- La prueba diagnóstica para VIH debe realizarse en el marco de una asesoría previa y posterior al resultado y debe responder a las necesidades de quien la solicita.
- La prueba de VIH es la única manera de saber si una persona vive o no con el virus, pero en ningún caso es una forma de protección.

¿Qué es y cómo se realiza la asesoría previa y posterior a la prueba?

Para iniciar, es necesario señalar que la asesoría previa y posterior a la prueba es un derecho de todas las personas que debe ser exigido en todas modalidades de este procedimiento. La asesoría contempla un conjunto de diversas actividades destinadas a informar, orientar y facilitar el acceso a otros servicios de apoyo, en consideración a las circunstancias individuales e intereses personales asociados al cuidado de su salud.

Esta asesoría se realiza en dos momentos: antes de la prueba para VIH y después en la entrega de resultados.

Asesoría previa a la prueba. En esta fase se reconocen factores del contexto de vulnerabilidad en el que se encuentra la persona y, según estas:

- Se identifican los aspectos asociados a la salud sexual y reproductiva.
- Se ofrece información sobre el VIH y las vías de transmisión y se analizan las posibles prácticas a través de las cuales el o la consultante se ha expuesto al VIH.
- Se promueve el uso correcto y consistente del preservativo en todas las relaciones sexuales.
- Se evidencia la red o redes de apoyo y los contextos que pueden hacerle vulnerable a la infección.
- Se evalúan las acciones a seguir frente a los posibles resultados.

Asesoría posterior a la prueba. En este segundo momento se entrega el resultado, se reafirman los mensajes transmitidos en la asesoría previa y se desarrollan las acciones psicosociales que se consideren necesarias.

Si el resultado de la prueba es reactivo, se sugiere la realización de la prueba confirmatoria *Western Blot*.

Para lograr que la asesoría sea un proceso fortalecedor que promueva la toma responsable y plena de las decisiones que directamente afectan la vida de quien solicita la prueba, la de sus familiares y la de su comunidad, se requiere:

- Que se enmarque en un espacio confidencial y personalizado.
- Que se desarrolle en un lugar tranquilo, que propicie la intimidad y cuente con un tiempo suficiente pero definido.
- Que se establezca un vínculo de confianza entre el o la asesora y el o la solicitante que facilite la comunicación interpersonal.

- Que sea realizada por personas idóneas, técnicamente competentes y entrenadas para dar información, educación y apoyo psicosocial.

¿Qué tratamientos existen para controlar la infección por el VIH?

Los medicamentos para controlar la infección por VIH —conocidos como antirretrovirales (ARV)— no curan la infección; se usan para controlar la reproducción del virus y para detener la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH.

El inicio del tratamiento con ARV es una decisión que toma el o la paciente después de recibir una buena asesoría médica sustentada en exámenes y la aplicación de protocolos clínicos que analizan los resultados de la carga viral y del conteo de células CD4.

Con tratamiento con ARV, un proceso de recuperación nutricional y el apoyo psicosocial adecuados, el número de células de defensa CD4 vuelve a elevarse al nivel normal y las réplicas del virus en la sangre puede llegar de nuevo a ser tan bajo, que no se logre detectar en los exámenes de laboratorio. A este estado se le denomina “estado indetectable”.

La asesoría es un proceso breve, focalizado y centrado en:

- Las condiciones de la persona que solicita la prueba, ya sea previa o posterior a la misma.
- La resolución de conflictos asociados a la toma de decisiones respecto a la realización de la prueba diagnóstica y temas subsecuentes, una vez recibido el diagnóstico.
- El tratamiento para la infección por VIH, es un derecho para toda la población que lo requiera y está incluido en los planes de beneficios del SGSSS —tanto para el régimen subsidiado como para el régimen contributivo, así como para las personas pobres no aseguradas—. El tratamiento no solo incluye los medicamentos ARV, sino que hace referencia a la atención integral (psicología, nutrición, terapias, odontología, etc.)

CAPÍTULO IV

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

El contexto normativo global y nacional, obliga a las instituciones de salud, a brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona. Tales contextos normativos, promueven el acceso a asesorías eficaces y amigables en pruebas de VIH/Sida, con el fin de garantizar el control de la infección y la enfermedad, buscando en sí el cuidado de la salud de todas las familias y personas del país.

¿Sabías que...?

La legislación colombiana contempla —no solo el diagnóstico— sino que también comprende la atención a personas viviendo con el virus que causa el Sida, y que establece mecanismos para cubrir —mediante procesos de orden jurídico— la prevención, diagnóstico y atención en la infección por VIH y la enfermedad del Sida.

Las acciones integrales de cualquier país en prevención, atención, manejo y registro del VIH y del Sida; se enmarcan dentro de los contextos globales regidos por normatividades, acuerdos y derechos internacionales suscritos por diversas naciones del mundo; debido al impacto de la infección en las sociedades contemporáneas. Este marco normativo global, obliga a los Estados y a las entidades de salud al desarrollo de acciones eficaces de promoción, prevención y atención en VIH/Sida, con lo que busca mitigar los efectos de la infección.

Del ámbito internacional

	NORMAS, ACUERDOS, DERECHOS INTERNACIONALES	IMPORTANTE DESTACAR
1	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)	Propone prevenir las ETS ⁷ —incluido el VIH/Sida— reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las ETS, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres. http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm
2	Derechos Sexuales y Reproductivos (1997)	Los DDSSRR pretenden garantizar libertades en materia de sexualidad humana, así como asistencia e intervenciones efectivas por parte de las instituciones de salud, en el bienestar sexual y reproductivo de las poblaciones. http://www.onusida.org.co/der_sex_rep.htm
3	Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas (2000)	Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal. Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres. Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. Objetivo 6: Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades. Meta 6 A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH. Meta 6 B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten. Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. http://www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml
4	Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS (2001)	Declaración de compromiso de lucha contra VIH. Incluye componentes de liderazgo, prevención, atención, apoyo, tratamiento incluyendo la terapia antirretroviral y derechos humanos. http://www.un.org/spanish/ag/sida/aress262.pdf
5	Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política sobre VIH/Sida (2006)	Reafirma que la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todas las personas, es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/Sida, sobre todo, en las esferas de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo; y reconoce que hacer frente al estigma y la discriminación también es un elemento fundamental en la lucha contra la pandemia mundial del VIH/Sida. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_es.pdf
6	Plan Subregional Andino de VIH (2007 - 2010)	Propone el acceso universal para la prevención, cuidados y tratamientos del VIH. http://new.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=102

⁷ Cita textual del documento.

Del ámbito nacional

Colombia ha desarrollado diferentes acciones para contener la infección por VIH y ha formulado documentos de política pública relacionados con la prevención, diagnóstico y atención de la infección por VIH. Estos documentos, dentro del Estado colombiano, pretenden incluir los distintos sectores y actores gubernamentales, sociales e institucionales y, de esta manera, contribuir a mejorar la situación de salud de la población.

Actualmente, Colombia ha desarrollado diferentes instrumentos normativos que realmente pretenden responder a las necesidades —en especial a la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento integral— de personas infectadas y afectadas por el VIH/Sida.

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
1	Constitución política de Colombia http://www.armada.mil.co/?idcategoria=542940#	Constitución política de Colombia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Constitución indica que el derecho a la salud es de carácter fundamental para cualquier ser humano sin importar su condición física, creencia, actitud y demás. Se debe garantizar a todas las personas habitantes, el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. ▪ El derecho a la salud es considerado como uno de los principales derechos que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. ▪ La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que podrá ser prestado por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado, el cual se debe regir bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. ▪ La salud debe ser parte integral de los servicios de salud en atención, promoción, prevención, protección, diagnóstico, recuperación y otros servicios de control y vigilancia que le atañen a la institución de salud independientemente de su condición pública o privada. ▪ La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todas las personas habitantes será gratuita y obligatoria. ▪ Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2	Ley 100 de 1993 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. ▪ El Ministerio de protección social definirá en el plan de atención básica (1) las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y (2) las acciones de saneamiento ambiental. ▪ Se contemplan intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a las personas, como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el VIH/Sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.
3	Ley 972 de 2005 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%200972%20DE%202005.pdf	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es la Ley en la cual se declara de interés y prioridad de la República de Colombia la Atención integral estatal a la lucha contra el VIH/Sida. ▪ Especifica que el SGSSS garantizará el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la Infección. ▪ Indica que el día Primero (1ro) de diciembre de cada año se institucionaliza como el Día Nacional de respuesta al VIH/Sida en Colombia. ▪ Se garantiza el respeto a la intimidad y privacidad de la persona paciente, derecho a la familia, al trabajo, al estudio y a llevar una vida digna. ▪ La tarea fundamental de la autoridad de salud será lograr el tratamiento, la rehabilitación del paciente o la paciente y evitará la propagación de la infección. ▪ Cualquier entidad que conforme el SGSSS, no podrá negar la asistencia de laboratorio, medicina u hospitalización a una persona paciente de VIH/Sida. ▪ El o la paciente asegurada deberá ser obligatoriamente atendida por la EPS. ▪ El o la paciente no asegurada deberá ser atendida por la respectiva entidad territorial.
4	Ley 1122 de 2007	Por el cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios y usuarias del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
5	Decreto reglamentario 559 de 1991 (Derogado) http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/decreto/1991/decreto_0559_1991.html	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, HIV, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, (SIDA), y se dictan otras disposiciones sobre la materia.	<ul style="list-style-type: none"> El presente decreto es el primer pronunciamiento y primera reglamentación relacionada con el VIH/Sida en Colombia. Destacó por primera vez el carácter confidencial del diagnóstico y las asesorías y voluntariedad de las pruebas diagnósticas. Hizo en este entonces énfasis en contar con personal cualificado en salud y educación para hacerle frente a la infección y así tomar medidas de prevención.
6	Decreto 1571 de 1993 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%20%201571%20DE%201993.pdf	Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados. Se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.	<ul style="list-style-type: none"> Indica que los bancos de sangre, cualesquiera que sea su categoría, requieren como mínimo, entre otros, para su funcionamiento, la dotación y suministro de equipos y reactivos para pruebas de diagnóstico de sífilis, hepatitis B y Virus de Inmunodeficiencia Humana. En el párrafo cuarto refiere que el personal que labora en los bancos de sangre y servicios de transfusión deberá utilizar ropa de trabajo y elementos de protección que garanticen condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad. En el artículo 18 hace referencia a las bolsas de sangre o componentes que se utilicen con fines terapéuticos. Según este, deberán tener adherida, como mínimo, la siguiente información: entre otras, el Sello Nacional de Calidad de Sangre, normatizado por el Ministerio de Salud y aplicado bajo la responsabilidad del Director del Banco de Sangre, cualquiera que sea su categoría. En el artículo 42 se especifica, que los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría, deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todas y cada una de las unidades recolectadas las siguientes pruebas; entre otras, la detección de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) 1 y 2.
7	Decreto 1543 de 1997. http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201543%20DE%201997.pdf	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).	<ul style="list-style-type: none"> Que la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha incrementado considerablemente en los últimos años en la población colombiana, tanto en hombres como en mujeres y menores de edad. Visibiliza la necesidad de expedir las normas correspondientes en desarrollo de la función de control y prevención. Que por su naturaleza infecciosa, transmisible y mortal, requieren de un esfuerzo a nivel intersectorial y de carácter multidisciplinario para combatirlo. Que la vulneración de los derechos fundamentales de las personas infectadas del VIH/Sida son cada vez más frecuentes. El temor infundado hacia las formas de transmisión del virus, hace necesario determinar los derechos y deberes de PVVS y de la comunidad en general. Es el decreto marco en el manejo de los casos de Infección por VIH/Sida. Regula la atención y da los lineamientos para el manejo de la infección por VIH/Sida en Colombia.
8	Decreto 2323 de 2006 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%202323%20DE%202006.pdf	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 09 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.	<ul style="list-style-type: none"> Regula los resultados de laboratorio y garantiza la calidad en todas las pruebas, lo cual hace que las pruebas de tamizaje sean confiables cuando sean tomadas en los laboratorios de referencia.

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
9	Decreto 3518 de 2006 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.	<ul style="list-style-type: none"> En el presente decreto se reglamenta y crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y se dictan medidas para los procedimientos de vigilancia en salud pública. Es importante resaltar, entre otras disposiciones del decreto, las responsabilidades frente a la obligatoriedad de la información epidemiológica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación o reporte obligatorio, oportuno y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en salud pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.
10	Resolución 3442 de 2006 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%203442%20DE%202006.pdf	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.	<ul style="list-style-type: none"> Se adoptan las Guías de Práctica Clínica para VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica, las cuales serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH y con Enfermedad Renal Crónica, por parte de Entidades Promotoras de Salud, EPS subsidiadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales. Se Adoptan las recomendaciones del Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida y del Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica, en sus aspectos de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral como el instrumento de referencia para la gestión programática, por parte de todas y todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según los recursos y competencias establecidas por la ley. Son expedidas de acuerdo con Medicina basada en la Evidencia (MBE), permitiendo tener un mejor control de los recursos y una mejor atención para las personas usuarias.
11	Resolución 5261 de 1994 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%205261%20DE%201994.pdf	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> El manual se diseñó con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia. En el libro I, capítulo Sexto (VI) en las actividades, intervenciones y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, nomenclatura y clasificación, se referencia y se clasifica: <ul style="list-style-type: none"> 19878 Sida, anticuerpos VIH 1. 19879 Sida, anticuerpos VIH 2. 19882 Sida, antígeno p. 24. 19884 Sida, prueba confirmatoria (Western Blot, otros). Y en el libro II, capítulo I, título IV: el desarrollo del plan obligatorio de salud para el nivel IV. La atención de patologías de tipo catastrófico a la que se hace referencia en el artículo 117, dice que son "patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento". Se consideran dentro de este nivel, el manejo de pacientes infectados por VIH.
12	Resolución 412 de 2000 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%20412%20DE%202000.pdf	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> En la presente resolución se expiden las guías de atención y la norma técnica de obligatorio cumplimiento. Dentro de las guías de atención a Enfermedades de Salud Pública que se adoptan en la 412 de 2000 que están establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: las Infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida (resolución 3442 de 2006).

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
13	Acuerdo 117 de 1998 http://www.minproteccion-social.gov.co/Normatividad/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios y usuarias en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las EPS subsidiadas, deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad. ▪ El acuerdo habla de la Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública, entre las cuales, las condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables, entre ellas, están las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH).
14	Circular 063 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuerda que en la resolución 5261 de 1994, están las intervenciones y procedimientos de diagnóstico: las pruebas diagnósticas para VIH/Sida, anticuerpos VIH1, VIH 2, antígeno P24 y prueba confirmatoria (Western Blot). ▪ Acuerdo 000306 de 2005: la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. ▪ La Ley 972 de 2005, establece que las entidades que conforman el SGSSS, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, a la persona paciente infectada con el VIH/Sida. ▪ Recuerda que el artículo 23 del Decreto 2323 de 2006, señala que la financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado.
15	Acuerdo 08 de 2009 http://www.pos.gov.co/Documents/Acuerdo%20008%20Dic%2029-09.pdf	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para los menores de 13 años de edad se garantiza exclusivamente la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS (...). ▪ Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel el POS-S cubre: prueba para VIH 1 y 2, Prueba confirmatoria por Western Blot o Equivalente. ▪ Los eventos y servicios de pacientes infectados por VIH están incluidos en el POS-C y POS-S ▪ En los casos de infección por VIH el Plan cubre la atención integral necesaria de la persona infectada con el VIH y del paciente con diagnóstico de Sida (...) entre otros atención, insumos y materiales, medicamentos y exámenes.

PLANES Y POLÍTICAS NACIONALES

	NOMBRE DEL PLAN	IMPORTANTE DESTACAR
1	Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6406.pdf	El plan tiene como finalidad global contribuir al logro del acceso universal a los servicios de promoción, prevención, atención y apoyo en VIH/Sida.
2	Plan Nacional de salud Pública 2007 – 2010, adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007 http://www.minproteccion-social.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan Nacional de salud pública afirma y ratifica la prioridad frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, entre otras, las infecciones transmisión sexual, el VIH/Sida. ▪ Dentro de las metas nacionales de Salud Sexual y Reproductiva está, entre otras, mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años. ▪ Pretende implementar el modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. ▪ Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante. ▪ Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos y las recién nacidas para reducir la transmisión perinatal del VIH. ▪ Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. ▪ Coordinar el trabajo integral de los programas de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia — AIEPI, de lucha contra el VIH y el Programa Ampliado de Inmunizaciones— PAI para prevenir y atender la coinfección VIH/tuberculosis.

CAPÍTULO V

MUJERES TRANS

Las mujeres trans y sus contextos

En este apartado se abordarán los contextos propios de las mujeres trans, sus procesos de construcción de cuerpos e identidades de género, sus reivindicaciones y vulneraciones de derechos, y sus relaciones con las instituciones de salud y con el VIH/Sida. La categoría de personas trans hace referencia a experiencias trans masculinas y femeninas; sin embargo, en esta guía se hablará específicamente de mujeres trans o de experiencias trans ubicadas en lo femenino, es decir, de identidades femeninas encarnadas en unos cuerpos que —al nacer— fueron asignados a lo masculino, nombrados como hombres y tratados como varones, pero que —a través de múltiples procesos y luchas— se han construido, nombrado y reivindicado como **ellas**, como mujeres o como trans femeninas. Todas las identidades de género —tanto masculinas como femeninas—, se construyen socialmente¹, pero los procesos de construcción de identidades trans femeninas tienen sus especificidades. Debido a las particularidades de sus contextos de vulnerabilidad frente al VIH/Sida, esta guía se centrará en las experiencias de las mujeres trans. A su vez, propone un abordaje integral de la población trans que permita el desarrollo de acciones de prevención del VIH/Sida; para ello, se profundiza en las identidades, las formas de nombrarse, las luchas y los cuerpos de las trans, como marco analítico para las acciones de prevención en VIH/Sida. El desarrollo de acciones de prevención de VIH/Sida con poblaciones en contextos de vulnerabilidad, debe partir del conocimiento de dichas poblaciones.

¹ Al respecto véase DE BEAUVOIR, S. *El segundo sexo*. Cátedra. Madrid, [1949] (1999), y BUTLER, J.: *El Género en Disputa*. Paidós – pueg, México, [1990] (2001).



Imágenes tomadas de: *Guía didáctica sobre transexualidad para jóvenes y adolescentes*. Helena Vergara (coordinadora). COGAM – Comunidad de Madrid, Madrid, s.f.

¿Por qué hablamos de personas trans? ¿Por qué existen y por qué han existido en muchas épocas y culturas?

Existen cuerpos masculinos y femeninos que se ubican, de manera estable y sin mayores inconvenientes, dentro de algunas de las dos categorías

hegemónicas de hombres masculinos o mujeres femeninas. Pero también existen personas trans, con cuerpos que transitan por lo masculino y lo femenino, que se mueven de un lado a otro. Nos referimos, en este caso, a cuerpos que —al nacer— fueron asignados por la familia, la medicina, la religión, el Estado y la sociedad como masculinos, pero que se construyeron como femeninos. Este es el caso de las mujeres trans.

La humanidad está constituida por diversidades culturales, étnico-raciales, etarias, sociales y también por diversidades de género; pues no solo existen hombres o mujeres. En las experiencias de las personas, nos encontramos con múltiples maneras de ser hombre y de ser mujer y con categorías de identidad de género que exceden lo masculino y lo femenino, presentes en distintas culturas alrededor del mundo². En India hay **hijras**, **muxes** en Oaxaca, **katoeis** en Tailandia³ y trans en Colombia; quizá porque muchas culturas son conscientes de que hablar únicamente de hombres y de mujeres no es suficiente para abarcar la diversidad de cuerpos, identidades, estéticas, formas de ser y de sentir de las personas.

¿Quiénes conforman la población trans? Personas que luchan por sus reivindicaciones y por sus derechos

La población trans está conformada por personas que cuestionan las nociones tradicionales de masculinidad y feminidad mediante sus cuerpos, estéticas y prácticas. Las personas trans cuestionan la continuidad socialmente impuesta entre sexo “biológico” y género “cultural”, es decir, asumen de manera estable —o en momentos específicos—, una identidad de género que no coincide con las normas sociales impuestas sobre su “sexo biológico” asignado al nacer, o sobre sus características sexuales-genitales.

Muchas veces, las personas trans proponen otras identidades de género, que van más allá del nombrarse o reconocerse como hombres y como mujeres. Reconocerse como trans, travesti, transgenerista, transexual o como parte de un “tercer género”, significa apartarse del binarismo sexual que solo permite la existencia de hombres masculinos y mujeres femeninas; es cuestionar el sistema sexo-género⁴ que se impone en los cuerpos, las sexualidades, los espacios, los roles, las jerarquías y las instituciones. Desde esta perspectiva, las experiencias trans son políticas y desestabilizadoras, por lo que sobre ellas recaen múltiples estigmas, violencias y discriminaciones. Aquello que cuestiona al orden establecido es —a su vez—, cuestionado por el orden establecido.

Las experiencias trans se enmarcan en el campo de las nuevas políticas identitarias y se relaciona específicamente con lo que en la actualidad se denomina “movimiento de la diversidad sexual y de géneros” o LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas). Lo LGBT articula una serie de identidades de género y orientaciones sexuales no normativas que se configura como sector y movimiento social en el año 2001 en Colombia, luego de los procesos organizativos desarrollados por el Proyecto Planeta Paz; una iniciativa en la que se apuesta por la promoción y consolidación de los sectores sociales que tradicionalmente excluidos en el país⁵.

La historia de los movimientos de personas gays y trans femeninas se remonta a los disturbios ocurridos en la ciudad de Nueva York, el 27 y 28 de junio de 1969, en un bar denominado Stonewall Inn⁶. En los disturbios de Stonewall Inn, participaron hombres homosexuales racializados (negros, latinos, asiáticos) y trans racializadas (latinas, especialmente cubanas y puertorriqueñas), quienes se alzaron en contra del poder policial represivo y exigieron sus derechos a la dignidad, al

2 HERDT, G.: *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. Zone Books. Zone Books, New York, 1994.

3 NANDA, S.: *Gender diversity*. Crosscultural variations. Waveland Pres, Illinois, 2000.

4 RUBIN, G.: “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo”. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Marta Lamas (comp.): pp. 35-96. pueg – unam, México, [1975] (1996).

5 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA – INSTITUTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS: *Texto descriptivo fuentes secundarias. Diseño y formulación de una política pública para el reconocimiento, atención y garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas (LGBT) del Municipio de Medellín*. Medellín, 2009.

6 VÉLEZ, L.: *Minorías sexuales y sociología de la diferencia. Gays, lesbianas y transexuales ante el debate identitario*. Montesinos, Madrid, 2008.

libre desarrollo de la personalidad y a disfrutar de espacios públicos de socialización, como ciudadanas y ciudadanos. En honor a los disturbios de Stonewall Inn, cada año —el último fin de semana de junio—, se celebra en varias ciudades del mundo, la marcha del “orgullo gay”, actualmente re-significada en este contexto como “marcha de la diversidad sexual” o “marcha LGBT”.

Por su parte, las mujeres lesbianas —además de su participación en el movimiento LGBT—, han desarrollado también su acción política desde su vinculación al feminismo y a las críticas que han planteado al patriarcado, a la sujeción de las sexualidades y los cuerpos femeninos y a la heterosexualidad obligatoria⁷. Los movimientos de gays, lesbianas y transgeneristas que surgen después de la década de los años sesenta, hacen parte de lo que hoy se denomina “movimientos sociales”. Actualmente han emergido movimientos relacionados con la identidad bisexual, con las identidades trans masculinas (hombres trans que fueron asignados con un sexo femenino al nacer)⁸ y con la intersexualidad (antes llamados o llamadas hermafroditas, personas con ambigüedades genéticas, genitales u hormonales que impiden su asignación a algunas de las dos categorías hegemónicas de sexo–género)⁹.

En la década de los años ochenta, el VIH/Sida golpeó fuertemente las colectividades de hombres gays y trans femeninas y muchas personas murieron a causa de la epidemia¹⁰. En ese momento surgieron grupos de activistas (como ACT – UP y *Queer Nation*) que realizaron protestas masivas en las principales capitales del mundo (Nueva York, París, San Francisco), a través de la movilización masiva, del *performance* y de la denuncia pública del silencio que los estados y los organismos de salud sostenían con respecto a la epidemia del VIH/Sida¹¹. Podría afirmarse que, desde la década de los años ochenta, el VIH/Sida ha estado en la agenda de activistas y grupos gays y trans en el mundo¹².

En Colombia, existe una historia propia del movimiento LGBT. En la década de los años setenta, activistas como León Zuleta, Ebel Botero y Manuel Velandía, desarrollaron —de la mano del feminismo y la izquierda política— una intensa reivindicación de las identidades sexuales y de género diversas en las principales ciudades del país —Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla—. Asimismo, en las décadas de los años ochenta y noventa

Trans, transgeneristas, transexuales, travestis transformistas... ¿Al fin qué? Una pequeña historia política sobre las formas de nombrar la diversidad de género en Colombia...

En Colombia, la categoría de transgeneristas agrupa oficialmente las identidades que se apartan del binarismo masculino-femenino y que cuestionan la continuidad del sexo biológico con el género cultural. Es el nombre que se emplea en las políticas públicas y en muchos contextos de defensa de derechos humanos. La categoría de transgeneristas, en la que más adelante se profundizará, abarca identidades de transexuales, travestis, transformistas, drag queens, drag kings (...).

Sin embargo, tanto las organizaciones contemporáneas de mujeres trans en Colombia y en Latinoamérica¹, como las formas cotidianas de reconocimiento propio de muchas personas trans, han ido posicionando paulatinamente la palabra *trans* para hablar de las personas que asumen una identidad de género que no está acorde con su sexo anatómico, asignado al nacer.

Cuando hablamos de transgeneristas y de trans, nos referimos a experiencias en las identidades masculinas y femeninas. Sin embargo esta guía, como ya se ha mencionado, hace referencia explícita a las identidades trans femeninas, es decir, a las mujeres trans.

¹ Véase el sitio web <http://www.redactrans.org.ar/home.htm>, consultado el 3 de septiembre de 2010.

⁷ WITTIG, M.: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales, Madrid, 2006.

⁸ PRECIADO, B.: *Testo yonki*. Espasa, Madrid, 2008. HALBERSTAM, J.: *Masculinidad femenina*. Egales, Madrid, 2008.

⁹ CABRAL, M. et al.: *Interdicciones. Escrituras de la Intersexualidad en Castellano*. Anarrés Editorial, Córdoba, 2009; CABRAL, M.: “Pensar la intersexualidad hoy”. Citado en “Sexualidades migrantes: género y transgénero”. 2003. MAFÍA, D. (Comp.): *Feminaria*. Buenos Aires, pp. 117-126.

¹⁰ LLAMAS, R. (Comp.): *Construyendo identidades*. Siglo XXI Editores, Madrid, 1995.

¹¹ VÉLEZ, L.: *Minorías sexuales y sociología de la diferencia*. Montesinos Editorial, Madrid, 2008.

¹² SPARGO, T.: *Foucault y la teoría queer*. Gedisa, Barcelona, 2000.

emergen en la escena política nacional colectivos lésbicos como *Solidaridad Lesbiana (sol)*, *Triángulo Negro*, *Mujeres al Borde*, *Colectivo Lésbico*, *Samkia*, *Dalai*, *Fundación Mujeres de Ébano*¹³.

Durante la primera década del año 2000 empezaron a cobrar fuerza organizaciones de mujeres trans en Colombia, tales como *Santamaría Fundación*, *Red Distrital y Nacional de Personas Trans*, *Transcolombia* y *Corporación Opción*; quienes se encargaron de la defensa de derechos y la visibilidad de las personas trans en Colombia. Pese a esta historia reciente de organización política, las personas trans siempre han luchado contra las injusticias que recaen sobre ellas; se han visibilizado y han exigido sus derechos iguales como personas distintas. Con sus cuerpos, sus estéticas, su valentía y sus experiencias que desestabilizan la estructura binaria, las trans —desde hace muchos años— vienen desarrollando críticas cotidianas, pequeñas y casi invisibles pero indispensables, al orden discriminador y excluyente de sexo y género¹⁴.

En este contexto, las personas trans se agrupan dentro de la categoría de *transgeneristas*, conformada por diversas identidades:

- **Transexuales:** personas que transforman sus características sexuales mediante intervenciones endocrinológicas —hormonas— y quirúrgicas; muchas de ellas se han realizado o desean realizarse cirugías de reasignación sexual.
- **Travestis:** personas que asumen una identidad atribuida socialmente al sexo opuesto. Muchas personas travestis intervienen sus cuerpos con hormonas y cirugías, pero no desean transformar quirúrgicamente sus genitales.

- **Transformistas:** personas, generalmente hombres, que asumen identidades femeninas en contextos de noche, festivos o de espectáculo.
- **Drag queens:** hombres que asumen una identidad transgresora del género en contextos festivos, exagerando rasgos de la feminidad.
- **Drag kings:** mujeres que asumen una identidad transgresora del género en contextos festivos, exagerando rasgos de la masculinidad.

Sobre el sexo y el género en las experiencias trans. Un género propio y un sexo extraño

Antes de continuar, es preciso diferenciar y definir algunos conceptos que pueden ayudar a comprender con más facilidad este asunto de que existen personas trans, es decir, personas diversas en el género, que van más allá de las categorías binarias de hombres y mujeres. El sexo, el género y la orientación sexual son categorías relacionadas pero que se deben diferenciar para comprender las experiencias de las personas trans¹⁵.

Sexo: hace alusión a los atributos físicos, determinados por la anatomía y la fisiología, es decir, a los aspectos genitales, genéticos y hormonales que inciden en la definición de una persona como hombre, como mujer o como intersexual (persona que nace con características genitales, genéticas u hormonales ambiguas que impiden su asignación inmediata en alguna de las categorías dominantes de hombre o mujer).

En el caso de las experiencias trans, dichos atributos físicos del sexo son intervenidos y transformados mediante procedimientos quirúrgicos y de sustitución hormonal. Muchas mujeres trans realizan sus transformaciones corporales (hormonización e implantes en senos, glúteos, piernas, rostro) sin acudir a las instituciones de salud para la construcción de sus características

¹³ UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA – INSTITUTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS: *Texto descriptivo fuentes secundarias. Diseño y formulación de una política pública para el reconocimiento, atención y garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas (LGBT) del Municipio de Medellín*. Medellín, 2009.

¹⁴ Véase BUSTAMANTE, W.: *Invisibles en Antioquia 1886 – 1936. Una arqueología de los discursos sobre la homosexualidad*. Trabajo de grado de pregrado en Historia. Universidad Nacional de Colombia, Medellín 2002 y GARCÍA, A.: *Tacones, siliconas, hormonas. Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de grado de Maestría en Estudios de Género. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2010.

¹⁵ En el capítulo de Enfoques, se puede profundizar en dicha relación y diferenciación sexo–género–sexualidad, así como en sus importantes relaciones con el tema de los Derechos y los niveles de vulnerabilidad al VIH/Sida.

sexuales como mujeres, con lo cual ponen en riesgo su vida. Las mujeres trans construyen sus cuerpos y su sexo acorde con su identidad femenina. En ocasiones, dicha construcción empieza a edades tempranas e implica una serie de exclusiones.

Todos los cuerpos humanos, mediante complejos procesos culturales, deben construirse siguiendo determinadas normas relacionadas con las categorías hegemónicas de sexo y de género; aquellos cuerpos que se construyen cuestionando dichas normas, son excluidos, discriminados, subvalorados y violentados. Son cuerpos vistos como “irreales e ilegítimos”¹⁶ y —sobre ellos— recaen estigmas, golpes, burlas y múltiples castigos.

La gran mayoría de personas, piensan que el sexo es natural e inmodificable, pero las trans evidencian que el sexo es también una construcción social en la que intervienen símbolos, lenguajes, normatividades y tecnologías que producen cuerpos masculinos y femeninos.

Género: se refiere a las formaciones psicológicas del yo, a la convicción subjetiva que poseen las personas sobre la opción de ser hombre o de ser mujer. El género también hace alusión a las construcciones culturales, sociales, históricas, simbólicas, institucionales y estéticas establecidas por las sociedades alrededor de los sexos. Cuando se habla de género, se habla de normas, procesos históricos, relaciones de poder y divisiones de los valores, del espacio y del trabajo que se establecen —culturalmente— acerca de la diferencia sexual. El género es la forma como se interpretan, se establecen y se institucionalizan culturalmente las diferencias percibidas entre los sexos. Las trans construyen una identidad de género femenina en un cuerpo que fue interpretado por la sociedad como masculino, lo que les implica diversas experiencias de discriminación, violencia y vulneración de derechos, y también de exclusión de ámbitos como la familia y las instituciones públicas.

Orientación sexual: hace alusión a los deseos sexuales y a las prácticas eróticas de las personas. ¿A quiénes desea? ¿Con quiénes tiene relaciones sexuales? ¿Con quiénes establece vínculos socio-sexuales de matrimonio, noviazgo, amantazgo? De la sexualidad se desprenden las identidades u orientaciones sexuales que pueden ser homosexuales (cuando los deseos y las prácticas sexuales se desarrollan con personas del mismo sexo), bisexuales (cuando los deseos y las prácticas sexuales se desarrollan con personas que pueden ser del mismo sexo o del otro sexo) o heterosexuales (cuando los deseos y las prácticas sexuales se desarrollan con personas del sexo opuesto)¹⁷. Muchas mujeres trans se identifican como mujeres heterosexuales pues desean, tienen prácticas sexuales y se vinculan afectivamente con hombres. También existen mujeres trans lesbianas, cuyo deseo sexual se dirige exclusivamente a otras mujeres; o mujeres trans bisexuales, cuando ellas desean tanto a hombres como a mujeres.

Tradicionalmente se impone como norma social una coincidencia obligatoria entre el sexo, el género y la orientación sexual. Es decir, las personas que poseen características sexuales definidas como propias de los hombres deben tener una identidad de género masculina con una orientación sexual heterosexual y las personas que poseen características sexuales definidas como propias de las mujeres deben tener una identidad de género femenina con una orientación sexual heterosexual. Así se establece quiénes son las personas legítimas, legibles y con derechos propios¹⁸. Pero esta norma social no siempre se cumple y existen personas trans cuyas características sexuales (el sexo entendido como características genitales, genéticas, hormonales) no coinciden con sus identidades de género (el género, entendido como sentimiento subjetivo de ser hombre o ser mujer, como estéticas y cuerpos atribuidos a los hombres o a las mujeres). Cuestionar dicha coincidencia entre características del sexo e identidad de género, hace de algunas personas unos sujetos o sujetas anormales, ilegítimos, ilegibles y con barreras de acceso a los derechos¹⁹ por su experiencia distinta que —en este caso— implica desigualdad social.

16 Véase BUTLER, J.: *El Género en Disputa*. Paidós – pueg, México, [1990] (2001) y BUTLER, J.: *Cuerpos que importan*. Paidós. Buenos Aires, 2003.

17 FAUSTO–STERLING, A.: *Cuerpos Sexuados*. Melusina, Barcelona, [2000] (2006).

18 BUTLER, J.: *El Género en Disputa*. Paidós – pueg, México, [1990] (2001).

19 *Ibid.*

¿Por qué se debe trabajar con la población trans? Porque la sociedad es hostil con las diferencias

Por dichas transgresiones de los códigos, las normas y las estéticas de sexo y género, muchas personas trans experimentan situaciones de violencia física y psicológica, de discriminación, de marginación, de exclusión de diversas instituciones sociales (como la familia, la escuela, la educación superior, el trabajo, el Estado, la iglesia, el sistema de salud) y de vulnerabilidad frente al virus del VIH²⁰.

El caso específico de mujeres trans (travestis y transexuales femeninas), es decir, de personas que hicieron el tránsito de lo masculino a lo femenino, es particular, pues muchas de ellas enfrentan graves situaciones de violencia y de marginación por su identidad de género y se ven abocadas al desempeño del trabajo sexual en calle en centros urbanos de nuestro país, luego de ser excluidas de sus familias y comunidades de origen; así como también de instituciones educativas y de salud²¹. Debido a estos procesos de exclusión social e institucional que han experimentado las mujeres trans, se hace difícil su acceso a otros espacios distintos a los que ofrece el trabajo sexual y se generan múltiples barreras para el ejercicio de sus derechos como ciudadanas. En este contexto, las mujeres trans se enfrentan con un doble estigma: por identidad de género y por trabajo sexual.

Las personas trans en condiciones de trabajo sexual se ven abocadas al consumo de alcohol, cigarrillo y sustan-

cias psicoactivas, debido a las dinámicas que imponen este oficio y su desempeño en la calle; asunto que incide directamente en su salud, en el acceso a las instituciones prestadoras de servicios de salud —pues temen a la estigmatización y el reproche por parte del personal de la salud debido a sus consumos y a la discriminación por su identidad de género—, y en la adherencia a tratamientos antirretrovirales cuando viven con el virus del VIH. Además, en dichas condiciones experimentan diversas violencias estatales (policiales) y para -estatales (por grupos de “limpieza social” y grupos armados ilegales) y muchas de ellas son víctimas de crímenes de odio por su identidad de género. Todo lo anterior hace que exista un contexto generalizado y naturalizado de transfobia: “conjunto de creencias, opiniones, actitudes y comportamientos de agresión, odio, desprecio, burla, estigma y discriminación contra las personas trans”²². La transfobia se manifiesta en las calles, los espacios públicos, la familia, las instituciones de salud, la escuela, el Estado y en todas las instituciones sociales.

La ciudad de Cali ha sido pionera en Colombia en la denuncia de las violencias contra personas trans, gracias al trabajo de *Santamaría Fundación* con proyectos como el Observatorio Ciudadano Trans. En una de las varias zonas donde las personas trans ejercen el trabajo sexual en Cali —la calle 70—, *Santamaría Fundación* ha reportado, entre el 2005 y el 2010, 45 casos de violaciones de los derechos a la vida, a la libertad y la integridad de las mujeres trans. Los casos reportados consisten en: abusos policiales, homicidios, tentativas de homicidio, amenazas y lesiones personales contra mujeres trans²³. Los crímenes de odio o por transfobia, son denunciados por diversas organizaciones alrededor del mundo²⁴ y en ocasiones se dificulta su visibilización y seguimiento; pues en las estadísticas oficiales y en los medios de comunicación, tales crímenes se catalogan como asesinatos de “gays” u “homosexuales”, debido a la falta de reconocimiento público de las identidades trans femeninas.

20 ESTRADA MONTOYA, J. & GARCÍA, A.: “Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad. El VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia”. En: *Revista Gerencia en Políticas de Salud*. Bogotá. 9 (18) pp. 90-102, enero-junio de 2010. SALAZAR, X., et al.: *Las personas trans y la epidemia del VIH /Sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos*. iessdeh. Universidad Peruana Cayetano Heredia. onusida. amfar. Lima, 2010. SALAZAR, X. & VILLAYZÁN, J.: *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH /Sida*. iessdeh. Red LacTrans. untpa, Lima, 2009.

21 MEJÍA, A. & BENAVIDES, L.: *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá*. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. – Secretaría de Planeación, Bogotá, 2008. CORPORACIÓN COLOMBIA DIVERSA: *Diversidad y escuela: hacia una caracterización de las prácticas de inclusión y exclusión de la población LGBT en 5 jornadas de 4 escuelas distritales*, 2006. COLOMBIA DIVERSA – SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL: *Proyecto homofobia en la escuela*. Bogotá. Olaya, Eucaris, 2008. *Barreras de acceso y permanencia de personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas –LGBT– en el sistema educativo de Bogotá D. C.* Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. — Secretaría de Planeación.

22 SANTAMARÍA FUNDACIÓN. *Identidades Trans: Ciudadanía plena. Cartilla de derechos humanos*. Santamaría Fundación — Fondo Mujer — Secretaría de Equidad y Género, Gobernación del Valle del Cauca, Cali, 2008, p. 3.

23 SANTAMARÍA FUNDACIÓN. Código T. Edición n.º 01 de abril de 2010. Cali, p. 10.

24 Véase: <http://www.cogam.org/secciones/transsexuales>. Consultado el 15 de septiembre de 2010.

De esta forma, es evidente cómo las mujeres trans experimentan graves vulneraciones de derechos como a la vida digna, a la igualdad, a la educación, al trabajo, a la salud, al buen nombre, al libre desarrollo de la personalidad y a la vida. Las familias, la sociedad y las instituciones del Estado se tornan agentes que vulneran los derechos de las personas trans, las cuales se ven afectadas tanto en sus cotidianidades como en las lógicas institucionales que discriminan, excluyen y estigmatizan a las personas trans por su identidad de género no normativa, que se encuentra fuera del binarismo hombre-mujer.

El Estado no reconoce la identidad de todas las mujeres trans, pues —si bien es posible en Colombia cambiarse el nombre y poseer oficialmente un nombre femenino que las identifique—, ellas continúan marcadas con el sexo masculino en su documento de identidad y dicho reconocimiento masculino no se puede modificar hasta realizarse la cirugía de reasignación sexual o de cambio de sexo; cirugía que muchas no desean realizarse o a la que algunas no tienen acceso. Esta falta de reconocimiento legal implica una serie de vulneraciones y barreras en los derechos, pues una persona con un nombre, una identidad y un cuerpo femenino, es reconocida oficialmente como un miembro del sexo masculino, obstaculizando de este modo su acceso al trabajo, a la educación y a la participación en el Estado.

En relación con el tema de salud, las mujeres trans también experimentan graves exclusiones y discriminaciones, pues la estructura binaria del sistema de salud solo reconoce las necesidades de hombres y de mujeres, sin tener en cuenta a personas como las mujeres trans, que se salen de este marco binario de identidad. Tanto las lógicas institucionales que guían el funcionamiento de la prestación de servicios en salud como las mentalidades discriminadoras de muchos de los prestadores y prestadoras, son elementos que limitan el acceso de las mujeres trans a los servicios de salud.

La falta de reconocimiento de sus identidades y nombres femeninos en las instituciones de salud²⁵ y los tratos inadecuados que las mujeres trans reciben por parte del personal de vigilancia, administrativo, médico y de enfermería, se convierten en barreras que obstaculizan el ejercicio de la ciudadanía en salud de las trans. Además, las mujeres trans no tienen fácil acceso a procedimientos como las terapias hormonales con estrógenos pues en el Plan Obligatorio de Salud, dichos procedimientos están destinados a mujeres con sexo femenino en su documento de identidad; así mismo, se presentan problemáticas cuando un cuerpo femenino de una mujer trans demanda servicios propios de los cuerpos masculinos como, por ejemplo, exámenes de próstata. Esta guía propone una serie de reflexiones y acciones para que algunas de estas barreras sean identificadas y para la que las personas trans desarrollen acciones tendientes a exigir sus derechos en salud.

Las mujeres trans son una población vulnerable al VIH/Sida debido a las normas sociales excluyentes de sexo y de género que las marginan en una sociedad binaria que solo acepta lo masculino y lo femenino como norma. De igual manera, las trans experimentan contextos específicos de vulnerabilidad individual al asumir una identidad femenina posicionada en los márgenes de la sociedad. Pese a esta vulnerabilidad, en Colombia no se han desarrollado suficientes estudios sistemáticos cuantitativos y cualitativos que den cuenta de la situación social y de los contextos de vulnerabilidad al VIH/Sida de las mujeres trans.

¿Qué situaciones de salud experimentan las personas trans? Múltiples discriminaciones y múltiples luchas por el derecho a la salud

El sistema de salud es una de las primeras instituciones en definir, explicar, patologizar e intervenir las

25 GARCÍA, A.: Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. *En Revista Colombiana de Antropología vol. 45 (I)*. Enero-Junio. 2009, pp. 119-146; SALAZAR, X., et al.: *Las personas trans y la epidemia del VIH/Sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos*. iessdeh, Universidad Peruana Cayetano Heredia. onusida, amfar, Lima, 2010. SALAZAR, X. & VILLAYZÁN, J.: *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/Sida*. iessdeh. Red LacTrans. unfpa, Lima, 2009.

experiencias trans. Desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX diversos sexólogos han definido, desde la anormalidad y la patología, términos como “invertidos”, “travestis” y “transexuales”²⁶. De este modo, el hecho de autonombrarse e identificarse hoy como “trans”, implica que actualmente las personas están luchando contra las instituciones de poder que definen y patologizan la diferencia. Es decir, las personas trans están reivindicando, por la vía del reconocimiento propio, el derecho a la autodeterminación y la dignidad desde las diferencias.

La experiencia de las personas trans —en términos clínicos— se observa como trastorno de la identidad de género (TIG), disforia de género o transexualidad. Dichas denominaciones aparecen consignadas en textos médicos como el dsm-v y el cie 10, y muchas organizaciones sociales de personas trans alrededor del mundo, han luchado por la despatologización de la transexualidad²⁷; es decir, los movimientos sociales trans exigen que la transexualidad no sea vista como patología, como enfermedad, como trastorno o como disforia. Estas luchas sociales también reivindican el derecho de las personas trans a recibir los tratamientos médicos (hormonales y quirúrgicos) necesarios para la construcción de su identidad, como parte de los sistemas de cobertura en salud²⁸.

En países como España, las luchas de las personas trans han logrado la creación de marcos normativos como la Ley de Identidad de Género que garantiza el reconocimiento oficial de la identidad por parte del Estado en los documentos oficiales y los tratamientos médicos de intervención corporal que demandan los y las trans.

Por las características biopsicosociales de sus procesos de construcción de identidad, las mujeres trans requieren una serie de acompañamientos específicos de parte del sector —tanto en lo referente a las intervenciones en el cuerpo (endocrinología, cirugía)—, como en los aspectos psicológicos (psicología) y sociales (trabajo social, sociología, antropología) que implican dichas construcciones identitarias. Algunas personas trans cuentan con recursos para recibir los servicios y el acompañamiento adecuado, otras personas han empleado las herramientas jurídicas de la Constitución Política de 1991 (como la acción de tutela) para exigir el derecho a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud, logrando que sus tratamientos hormonales, quirúrgicos de cambio de sexo y de género sean reconocidos por sus eps o eps subsidiadas²⁹.

Sin embargo, muchas mujeres trans hoy en Colombia, no cuentan con las herramientas necesarias para acceder al sistema de salud y se encuentran en las periferias —tanto de la sociedad como del sistema médico—, viéndose obligadas a realizarse intervenciones corporales (implantes de siliconas industriales, aceites vegetales o minerales, biopolímeros y otros materiales fluidos en el rostro, los senos, las piernas y los glúteos) y tratamientos hormonales (auto medicación de elevadas dosis de estrógenos, estradioles, progesteronas y tratamientos intermitentes que no tienen continuidad en el tiempo) que ponen en riesgo su salud, su vida y que agudizan las condiciones de discriminación, exclusión y estigma que experimentan. En este caso, como en todos los casos, la identidad no es una opción; no es algo exclusivamente estético o un simple capricho pasajero, pues la identidad es siempre una necesidad primordial en la configuración de la persona y —en el caso de las mujeres trans—, muchas de ellas deben poner en riesgo su vida para construir su identidad, por no contar con el acompañamiento necesario de las instituciones ni con las herramientas para exigir sus derechos.

El consumo de hormonas implica, en ocasiones, una barrera para la adherencia a esquemas antirretrovira-

26 HIRSCHFELD, M.: “Selection from The travestites: The erotic drive to cross – dress”. En *The Transgender Studies Reader*. STRYKER S. & WHITTLE S. (eds.), pp. 28-39. Routledge, New York, [1910](2006); CAULDWELL, D.: “Psychopathia transsexualis”. En *The Transgender Studies Reader*. STRYKER S. & WHITTLE S. (eds.), pp. 40-44. Routledge, New York, [1949](2006); BENJAMIN, H.: *The Transsexual Phenomenon*. 1966. Disponible en: <http://www.symposium.com/ijit/benjamin/index.htm>. BENJAMIN, H.: “Transsexualism and transvestism as psycho – somatic and somato – psychic syndromes”. En *The Transgender Studies Reader*. STRYKER S. & WHITTLE S. (eds.), pp. 45-52. Routledge, New York, [1954](2006).

27 MISSÉ, M. & COLL G. (eds.): *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Madrid, 2010.

28 GARCÍA, A. & MISSÉ, M.: “Diálogo trans-cultural”. En *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Madrid, 2010.

29 GARCÍA, A.: “Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo género”. En *Revista Colombiana de Antropología* vol. 45 (I). Enero-Junio. 2009, pp. 119-146.

les, pues no se ha investigado la relación entre las terapias de sustitución hormonal en trans y los esquemas antirretrovirales en personas trans que viven con el virus. Muchas personas trans prefieren continuar exclusivamente con el consumo de hormonas, temiendo los efectos estéticos y de salud al combinar tratamientos hormonales y antirretrovirales.

Según el estudio sobre barreras de acceso a servicios de salud en poblaciones lgbt (lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas) que realizó en 2008 la Alcaldía de Bogotá (Secretaría de Planeación-Dirección de Diversidad Sexual), el porcentaje de afiliación de las personas trans al sistema de salud es del 65%. El estudio afirma que solo el 50% de personas trans que conformaron la muestra estadística, han asistido a consultas en los últimos 6 meses. Tanto la afiliación como el uso de los servicios en las personas trans, presenta los más bajos porcentajes entre los grupos LGBT (de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas) analizados³⁰.

Dicho estudio también evidencia —de forma cualitativa— la estrecha relación que existe entre las dificultades de acceso al sistema de salud (tanto en lo concerniente a vinculación como a servicios) y las condiciones de exclusión familiar, los bajos niveles educativos, las pocas oportunidades laborales (debido a su identidad), los insuficientes recursos económicos y la autodiscriminación en las personas trans. En el grupo analizado se encontró que quienes poseen capacidad de pago para afiliarse a una eps, acceden con más frecuencia a servicios de salud que quienes pertenecen a una eps subsidiada o que son vinculadas.

Otras barreras de acceso al sistema de salud, consisten en el desconocimiento del personal prestador de servicios de salud sobre las realidades, experiencias, identidades y protocolos de atención para trans y en el hecho de que para el sistema de salud las intervenciones hormonales y quirúrgicas de intervención del cuerpo son vistas como estéticas o accesorias, cuando en realidad constituyen una necesidad fundamental para

las personas trans. Las lógicas patriarcales, binarias y excluyentes de las diversidades del sistema de salud también representan importantes barreras de acceso³¹.

Una investigación desarrollada por *Santamaría Fundación* de Cali muestra que, en el 2006, el 48% de las mujeres trans de esta ciudad no se encontraba vinculado a la Seguridad Social en Salud³². Como respuesta a estas problemáticas de las trans en el sistema de salud, algunas fundaciones y organizaciones de las principales ciudades del país (*Santamaría Fundación - Cali, Red Distrital de Personas Trans, Mesa Trans, Corporación Opción y Fundación Procrear - Bogotá*) conformadas por personas trans, se han encargado de desarrollar acciones de sensibilización y formación y de realizar materiales de información dirigidos tanto al sector salud como a la población trans, tendientes a reducir barreras de acceso a la salud³³.

Así mismo, marcos normativos como la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital de Bogotá³⁴ y la política pública para el reconocimiento, atención y garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas (LGBT) del Municipio de Medellín (en proceso de aprobación por parte del Concejo de Medellín), son herramientas para la garantía de derechos en salud de la población trans y son modelos de reconocimiento susceptibles de ser aplicados en otros contextos del país.

31 *Ibid.*

32 COLOMBIA DIVERSA: *Informe de derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia 2006-2007*. Organización Colombia Diversa. Bogotá, 2008.

33 SANTAMARÍA FUNDACIÓN: *Derechos en salud para mujeres trans*. Secretaría de Salud Departamental, Gobernación del Valle del Cauca – Santamaría Fundación, Cali, 2009.

34 Consejo de Bogotá D.C. 2009. Acuerdo n.º 371 “por medio del cual se establecen lineamientos de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital, y se dictan otras disposiciones”. Citado en ALCALDÍA DE BOGOTÁ - SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN: *Por una ciudad de derechos: Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital*. Bogotá, 2008.

30 MEJÍA, A. & BENAVIDES, L.: *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá*. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C. – Secretaría de Planeación, Bogotá, 2008.

El VIH/Sida y la población trans: estigma y realidad

El VIH/Sida representa muchas veces un estigma que recae sobre las mujeres trans y que tiene que ver directamente con una serie de prejuicios que se tienen sobre esta población: trabajo sexual, exclusión social, promiscuidad, penetraciones anales, marginalidad. Al pertenecer al grupo de personas que poseen una identidad de género y una orientación sexual no normativas, las personas trans son estigmatizadas casi automáticamente, siendo percibidas como cuerpos contaminados y contaminantes en relación con el VIH/Sida.

Tal estigma ha sido cuestionado por las propias personas trans y debe ser abordado también al interior del sector salud para no generar barreras de acceso al servicio. Sin embargo, el VIH es una realidad con la que se enfrentan muchas personas trans que viven con el virus y que se encuentran en contextos de vulnerabilidad.

Hasta el 2008, la población trans se ubicaba arbitrariamente dentro de la categoría HSH (Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres), pero —por diversos factores como las características propias de esta población, sus contextos específicos de vulnerabilidad al VIH/Sida, los procesos particulares de construcción del cuerpo y el género de personas trans y la presión de múltiples organizaciones sociales de trans en el mundo— onusida y la oms comenzaron a considerar a las mujeres trans como población diferenciada para el registro y la acción en VIH/Sida, evidenciándose la necesidad de desarrollar estrategias particularizadas y enfocadas a este grupo.

En Colombia no existen datos estadísticos acerca de la prevalencia del VIH en población trans femenina (transgenerista, transexual o travesti), pero en contextos latinoamericanos se han reportado altos índices de prevalencia en esta población, como es el caso de Argentina con 34,4% y Perú con 32% a 44% en el 2007 y El Salvador en un 25% en el 2003³⁵; ello evidencia la

compleja situación de vulnerabilidad que experimenta esta población y la necesidad de generar acciones y estadísticas con la población trans en Colombia.

Diversos análisis cualitativos realizados recientemente desde la academia, el sector salud y el movimiento social trans; evidencian y denuncian las problemáticas de las personas trans en países de Latinoamérica como Brasil, Colombia, Perú y Argentina³⁶.

Muchas personas trans en Colombia viven experiencias de marginación social y afrontan contextos de vulnerabilidad frente al VIH/Sida por el hecho de asumir identidades de género femeninas no normativas, aspecto que además las excluye de instituciones como la familia y el Estado, y les genera múltiples vulneraciones de derechos como el trabajo, la educación y la salud en un contexto social que rechaza tales identidades de género y que las posiciona en contextos de vulnerabilidad frente al VIH/Sida. La marginación social implica que muchas personas trans no estén vinculadas al sistema de salud en Colombia, lo cual las aleja de la posibilidad de acceso a programas de prevención, a APV y a tratamientos antirretrovirales para aquellas que viven con el virus.

Además de estas experiencias de exclusión social, las intervenciones de feminización de sus cuerpos —inyecciones de siliconas industriales y aceites que muchas personas trans se realizan— y las prácticas sexuales de riesgo en el trabajo sexual —incentivadas por factores como la pobreza y la clase social— y en sus relaciones de pareja, los “riesgos del amor” implican también contextos de vulnerabilidad específicos para la población trans en el país.

³⁵ ESTRADA MONTOYA, J. & GARCÍA, A.: “Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad el VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia”. En *Revista Gerencia en Políticas de Salud*. Bogotá. 9 (18): 90-102, enero-junio de 2010.

³⁶ BERKINS, L. & FERNÁNDEZ, J.: *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2005; BENEDETTI, M.: *Toda feita. O corpo e o genero das travestis*. Garamond, Rio de Janeiro, 2005. GARCÍA, A.: “Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo género”. En *Revista Colombiana de Antropología* vol. 45 (1). Enero-Junio 2009, pp. 119-146; INSTITUTO RUNA: *Realidades invisibles: violencia contra travestis, transexuales y transgéneros que ejercen comercio sexual en la ciudad de Lima*. HIVOS, Lima, 2007; SALAZAR, X. & VILLAYZÁN, J.: *Las personas trans y la epidemia del VIH/Sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos*. iessdeh – upch – onusida – amfar, Lima, 2010.

¿Cómo se puede trabajar con poblaciones trans desde el sector salud? Construyendo colectivamente derechos iguales para personas distintas

Es necesario que las personas del sector salud se acerquen a las realidades de las personas trans y conozcan sus experiencias, características e identidades para reducir prejuicios y para posibilitar la interacción horizontal y respetuosa hacia esta población. Se requiere ampliar el marco de derechos para que allí se incluya a las personas trans que han estado históricamente excluidas de dicho marco.

Mediante diversas actividades los prestadores y prestadoras de servicios en salud deben tomar consciencia de sus prácticas y sus concepciones excluyentes con las diversidades de género y, a partir de ello, establecer medios para transformar sus prácticas y concepciones discriminatorias. Es ideal que las personas del sector salud que desarrollen actividades de atención con trans

hayan sido previamente informadas y formadas en las diversas temáticas relacionadas con la población trans:

- Perspectiva de derechos, perspectiva de género
- Enfoque diferencial, identidades de género
- Diversidades de género
- Experiencias sociales y subjetivas de las trans
- Procesos de construcción de cuerpos e identidades trans
- Derechos vulnerados de las trans
- Estigma y discriminación de la población trans
- Necesidades de las personas trans
- Luchas, exigencias políticas y movilizaciones trans

El conocimiento y sensibilidad a estas realidades por parte del personal del sector salud puede determinar la diferencia entre vulneración y garantía de derechos de las personas trans. “Personas distintas, derechos iguales”, es algo que se construye desde las prácticas cotidianas de los y las prestadoras de salud.

CAPÍTULO VI

HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Las siguientes actividades fueron diseñadas para transformar niveles de vulnerabilidad individual, social y programática frente a la infección por VIH/Sida en mujeres trans. Por lo cual, para su aplicación y para garantizar su efectividad es necesario conocer el enfoque de vulnerabilidad y tenerlo en cuenta a la hora del desarrollo de las actividades que aquí se proponen.

Los niveles de vulnerabilidad individual, social y programática no representan categorías cerradas, sino niveles interrelacionados que se vinculan y se entrecruzan de múltiples maneras. Así, cada una de estas actividades tiene la capacidad de enfocarse en un nivel de vulnerabilidad o de incidir en los tres niveles propuestos, según los intereses y las necesidades del facilitador o facilitadora.

Las herramientas de la presente guía permitirán orientar diferentes actividades en el momento de realizar acciones encaminadas y enfocadas a la prevención del VIH/Sida desde lo individual, lo social y lo programático. Por ello, cuando usted se pregunte “**¿cómo puedo hacer una actividad de prevención de VIH/Sida adecuada y pertinente con mujeres trans?**”, usted podrá hacer uso de esta guía metodológica y generar actividades de formación o sensibilización desde este mismo enfoque.

En este apartado encontrará diferentes herramientas que le ayudarán a desarrollar la guía de una manera mucho más amena y cordial. Esto le permitirá prepararse técnica, táctica y emocionalmente para el desarrollo de las actividades. La intención de esta guía es que usted pueda elegir cuáles son las actividades que quiere desarrollar, según su tiempo y dispo-

nibilidad. Encontrará actividades rompehielo, actividades de formación y otras actividades de sensibilización destinadas no solo al grupo de personas que aquí se especifica, sino a la población en general.

Consideraciones generales para el uso de las herramientas de formación y sensibilización

1. A continuación se exponen algunas ideas fundamentales a tener en cuenta en el desarrollo de estas herramientas:

- Como facilitador o facilitadora que use esta guía es preciso que se familiarice con las herramientas conceptuales que anteriormente se han expuesto, interiorice los conceptos y los maneje a la perfección.
- Es necesario que su postura en los talleres o intervenciones en espacios abiertos sea siempre garante de los Derechos Humanos y que propenda por la visibilización de los mismos desde sus propias actuaciones.
- Reconozca el saber de las personas que participan; esto es fundamental para lograr aprendizajes conjuntos y significativos para todas y todos.
- Para el desarrollo de actividades en espacios cerrados o talleres o para cuando las personas asistentes se encuentren cansadas o adormiladas es fundamental el uso de técnicas de animación y/o rompehielos al inicio del taller —como se explicará más adelante—. Es importante que use un lenguaje sencillo y preciso para explicar cada uno de los conceptos.
- Potencie la creatividad y recursividad en el desarrollo de todos los espacios, en tanto que algunas de las actividades necesitarán integrar conocimientos y particularidades de las regiones o contextos en donde tenga lugar la intervención.
- En el desarrollo de los talleres, identifique a los y las jóvenes asistentes y adecúe la actividad buscando siempre la integración y reconocimiento; identifique también a personas con algún tipo de limitación visual, auditiva o motora, así como sus capacidades para leer o escribir.

- Recuerde el uso de un lenguaje incluyente en todas sus intervenciones.
- No suponga que todos y/o todas las presentes tienen una orientación sexual heterosexual, ni tampoco generalice a las personas jóvenes como un todo.
- Se sugiere, como estrategia pedagógica, el uso de tarjetas visibles con los nombres de quienes participan en el desarrollo de las actividades con el fin de facilitar la interacción.
- No olvide nunca, al presentarse, decir su nombre completo antes del inicio de cualquiera de las actividades.

2. Estructura de los Talleres:

- a. Presentación del objetivo de la estrategia y del objetivo del taller: la persona facilitadora hará una presentación del marco en el cual se inscribe la estrategia de prevención de VIH/Sida y el objetivo del taller. En lo posible, utilice fichas para que éste se encuentre visible a lo largo del mismo.
- b. Actividad de presentación/rompehielos/relajación: será necesario utilizar siempre una serie de actividades rompehielos que —en lo posible— incluyan la presentación de los y las asistentes.
- c. Establecimiento de normas: proponga algunas normas básicas de relación como levantar la mano para participar, escuchar activamente los contenidos y participaciones, reconocer las opiniones de las otras personas asistentes, respetar el desarrollo de los tiempos, etc.
- d. Actividad central: desarrolle algunas de las actividades propuestas en las herramientas proporcionadas más adelante.
- e. No olvide cerrar siempre con el reconocimiento de la participación de las personas asistentes, resalte las principales ideas trabajadas, invite a la realización de las tareas —si las hubiere— y motive a la participación al próximo taller.

EN TODOS LOS TALLERES DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SE DEBERÁ REALIZAR LA EXPLICACIÓN SOBRE EL USO ADECUADO DEL CONDÓN. PARA TAL EFECTO, ES NECESARIO DISPONER DE LOS MATERIALES NECESARIOS.

ACTIVIDADES ROMPEHIELO

Es esencial que todos los talleres incluyan en su inicio actividades rompehielo o de presentación.

A continuación, se sugieren algunas que puede utilizar indistintamente a la actividad central del taller. Es importante que en el desarrollo de estas actividades procure relacionarlas con el tema y objetivo del taller que se va a ejecutar.

Actividad 1. Los círculos

Se pedirá a las asistentes que se ubiquen en dos círculos, una frente a la otra. Seguido a ello, se les dará la instrucción de presentarse, decir sus datos básicos: nombre, edad, lugar de origen. Posteriormente, se les pedirá que se sienten en círculo y una de ellas presentará a la otra diciendo “mi nombre es... tengo... años y soy de origen...”. El objetivo de la actividad es promover la escucha y el reconocimiento de la otra.

Actividad 2. ¿Cómo me siento, cómo estoy?

Las participantes piensan en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están. El adjetivo debe empezar con la misma letra que sus nombres; Así, cada una debe decir, por ejemplo, “soy Vanesa y soy verdadera”; o “soy Brenda y me siento bien”. Al pronunciar el adjetivo, también pueden actuar para describirlo.

Actividad 3. Cuando niña me decían...

La persona facilitadora dará la instrucción de decir cada una su nombre y una frase sobre qué les decían sus cuidadoras y/o cuidadores que debían hacer cuando eran niños, sobre sus deberes y prohibiciones. Ejemplo, “yo soy Carolina, y cuando era niño me decían que debía ser fuerte y jugar fútbol”; “soy Vanesa y cuando era niña me decían que tenía que ser masculino y que no podía jugar con muñecas”. A la par que las participantes van diciendo los deberes, ser tomará nota en el tablero/papelógrafo de ello.

Actividad 4. Construyendo la red

Las asistentes forman un círculo y empiezan presentándose quienes reciben del facilitador o facilitadora una bola de lana (nombre, edad, ocupación, dónde vive, con quién vive). Quien se presenta, sujeta el extremo de la lana y lanza la bola a otra participante que a su vez realiza la presentación. Así sucesivamente se desarrolla el ejercicio hasta que todas las asistentes se han presentado y conforman una red con la lana. El o la facilitadora hablará de la importancia de construir vínculos y redes sociales para las personas trans.

Actividad 5. La bomba

Las asistentes forman parejas de forma aleatoria. Cada asistente tiene una bomba inflada y debe dibujarse en la bomba mientras cada quien se presenta a su pareja (nombre, edad, ocupación, dónde vive, con quién vive y qué es lo que más le gusta de su cara, representándolo en el dibujo en la bomba). Cada asistente toma la bomba de su pareja y hace la presentación de la bomba, mostrándola a las demás.

Actividad 6. Mi verdadera cédula

Cada asistente hace en una ficha de cartulina o, en una hoja media carta, su cédula de ciudadanía trans. En ella

anota su nombre, identidad de género, lugar y fecha de nacimiento, y dibuja su rostro o coloca una foto suya, si posee alguna en el momento. Posteriormente, cada asistente muestra su cédula trans y menciona los datos allí consignados.

Actividad 7. La ocupación asignada

Se pide que una voluntaria salga del salón. Mientras está afuera, el resto de las participantes escogen una ocupación para ella. Cuando la voluntaria regresa, el resto de las participantes actúan las actividades propias de la ocupación. La voluntaria debe adivinar la ocupación que ha sido escogida para ella según las actividades que sean actuadas

Actividad 8. Los cuerpos hablan

Pida al grupo que se mueva por el salón, que muevan y suelten los brazos y relajen sus cabezas y sus cuellos. Después de un momento, diga una palabra. El grupo debe formar estatuas que describan esa palabra. Por ejemplo, el facilitador o facilitadora dice “paz” y todas las participantes instantáneamente y sin hablar tienen que adoptar posiciones que demuestren lo que para ellas significa “paz”. Repita el ejercicio varias veces.

Actividad 9. Me voy de viaje y me llevo...

Todas se sientan en un círculo. Empiece diciendo “me voy de viaje y me llevo un abrazo” y abraza a la persona a su derecha. Entonces, esa persona tiene que decir “me voy de viaje y me llevo un abrazo y una palmada en la espalda” y le da a la persona a su derecha un abrazo y una palmada en la espalda. Cada persona repite lo que se ha dicho y añade una nueva acción a la lista. Continúe alrededor del círculo hasta que todas hayan tenido un turno.

Actividad 10. Las islas

Dibuje con tiza o cinta en el suelo cinco círculos suficientemente grandes para acomodar a todas las participantes. Dé a cada isla un nombre. Pida a cada una que escoja la isla en la que le gustaría vivir. Luego advierta a las participantes que una de las islas se va a hundir en el mar muy pronto y las participantes de esa isla se verán forzadas a moverse rápidamente a otra isla. Permita que el suspenso crezca y luego diga el nombre de la isla que se está hundiendo. Las participantes corren a las otras cuatro islas. El juego continúa hasta que todos están apretadas en una isla.

Actividad 11. Las robots

Divida a las participantes en grupos de tres. Una persona en cada grupo es la controladora de las robots y las otras dos son las robots. Cada controladora debe manejar los movimientos de sus dos robots. La controladora toca a una robot en el hombro derecho para que se mueva hacia la derecha; y toca el hombro izquierdo para que se mueva hacia la izquierda. La persona facilitadora empieza el juego diciendo a las robots que caminen en una dirección específica. La controladora debe tratar de detener a las robots para evitar que choquen contra obstáculos como sillas o mesas. Pida a las participantes que cambien de papeles; así, todas pueden tener la oportunidad de ser controladoras y robots.

Actividad 12. Corrientes eléctricas

Las participantes se ponen de pie o se sientan en un círculo, tomadas de las manos y se concentran en silencio. La persona facilitadora envía una serie de “pulsaciones” en ambas direcciones alrededor del grupo apretando discretamente las manos de aquellas junto a él o ella. Las participantes pasan estas pulsaciones a través del círculo, como si fuera corriente eléctrica, apretando la mano de la persona junto a ellas y literalmente “energizando” al grupo.

Actividad 13. Mensajes para conocernos

Pida al grupo que se ponga de pie y forme un círculo, y que se pongan de lado —de tal manera— que cada persona esté de cara con la espalda de la persona de adelante. Entonces las personas dan un masaje a los hombros de la persona frente a ellas. Repita el masaje con otras partes del cuerpo, por ejemplo, en la cabeza, en las manos.

Actividad 14. Me gusta de ti

Pida a las participantes que se sienten en un círculo y que digan qué cosa les gusta de la persona que está a su derecha. Antes de iniciar la actividad, dé un tiempo para pensar.

Actividad 15. Apoyo y equilibrio

Pida a las participantes que formen parejas. Pida a las parejas que se tomen de las manos y se sienten y luego se paren, sin soltarse las manos. Repita el mismo ejercicio en grupos de cuatro personas. Luego forme grupos de ocho personas tomadas de las manos en un círculo. Pida a las integrantes de cada grupo que se numeren. Cuando dé una señal, pida a las personas con un número par que se inclinen hacia atrás, mientras que las personas con números impares se inclinan hacia adelante, obteniendo un grupo balanceado.

Actividad 16. Aplausos

Las participantes sentadas o paradas forman un círculo. Envían un aplauso a través del círculo, dando la cara a la persona que está a su derecha y aplaudiendo al unísono. Esta persona repite el aplauso con la persona a su derecha y así sucesivamente. Haga esto lo más rápido posible. Envíe muchos aplausos, con diferentes ritmos, alrededor del círculo al mismo tiempo.

Actividad 17. Conociendo nuestros cuerpos

Todas las participantes deben buscar una pareja. La persona facilitadora dice acciones como “de nariz a nariz”, “de espalda a espalda”, “de cabeza a rodilla”, etc. Las participantes tienen que seguir estas instrucciones en pareja. Cuando la persona facilitadora dice “persona a persona” todas tienen que cambiar de parejas.

Actividad 18. Directoras de orquesta

Divida al grupo en dos y pida que una mitad se dé palmadas en las rodillas y que la otra mitad aplauda. La persona facilitadora actúa como conductora de la orquesta y controla el volumen, subiendo bajando sus brazos. El juego continúa con diferentes integrantes del grupo tomando turnos para hacer el papel de conductora.

Actividad 19. Espejos humanos

Las participantes se dividen entre ellas en parejas. Cada pareja decide cuál de ellas va a ser “el espejo”. Entonces, esta persona imita (refleja) las acciones de su pareja. Después de un tiempo, pida a la pareja que cambie de papeles y así la otra persona puede ser “el espejo”.

Actividad 20. Me voy al mercado a comprar

El grupo forma un círculo. Una persona empieza por decir “me voy al mercado a comprar pescado”. La siguiente persona dice, “me voy al mercado a comprar pescado y papas”. Cada persona repite la lista y luego añade una cosa más. El objetivo es ser capaz de acordarse de todas las cosas que las personas han dicho antes de la participación de cada una.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Transformándonos y cuidándonos

Las actividades que se plantean a continuación proponen una serie de metodologías participativas de trabajo que parten de las estéticas y los intereses propios de las mujeres trans y sus contextos. También se proponen una serie de actividades con el personal de la salud que aborda imaginarios acerca de las mujeres trans y desarrolla propuestas para transformar algunas barreras de acceso al sistema de salud a las que se enfrentan.

Actividad 1. Mi lista protectora, mi amuleto protector

Objetivo: evidenciar los impactos de la epidemia del VIH/Sida y la necesidad de desarrollar acciones individuales de prevención.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: marcadores, tablero, video beam (opcional), hojas tamaño carta, lápices, tela, lana o hilo, agujas.

Descripción: el facilitador o facilitadora, utilizando datos epidemiológicos y análisis cualitativos, presenta los impactos de morbilidad y mortalidad del VIH/Sida en Colombia, en el mundo y en contextos trans. Se pueden emplear presentaciones en power point con la información o anotar los datos en un tablero.

Las participantes intervienen narrando los impactos del VIH/Sida en sus contextos cotidianos y cercanos, es decir, si han tenido personas cercanas que viven con VIH (amigas, amigos, parejas, familiares) y sobre cómo el VIH/Sida impacta en la vida de las personas.

Posteriormente, el facilitador o facilitadora y las asistentes definen algunas prácticas concretas de prevención del VIH/Sida (uso del condón, acceso a APV, capacidad de decisión sobre el cuidado del cuerpo).

Las asistentes anotan en una hoja las prácticas que están a su alcance en prevención de VIH/Sida y luego las socializan, cada quien complementa su lista con los aportes del facilitador y del resto del grupo.

Cada participante fabrica una bolsa de tela, a manera de escapulario, amuleto o contra. La lista se dobla y se coloca dentro del estuche de tela fabricado. El facilitador o facilitadora enfatiza en la dimensión protectora de este amuleto, contra o escapulario y en su efectividad de protección contra el VIH/Sida si se realizan las acciones allí consignadas.

Para finalizar, cada una de las asistentes se compromete a guardar la lista-amuleto en la billetera, el bolso o en un bolsillo, portarla durante una semana y revisarla constantemente.

Actividad 2. Vistamos y protejamos nuestras muñecas

Objetivo: construir colectivamente estrategias individuales de prevención frente al VIH/Sida.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: 4 muñecas (tipo *barbies* o semejantes), agujas, hilos, papeles de colores, retazos de tela, broches, botones.

Descripción: se hacen cuatro grupos de trabajo y cada uno recibe una muñeca (tipo *barbie*) desnuda, agujas, hilos, papeles de colores, retazos de tela, broches, botones.

Posteriormente, cada grupo apoyado por el facilitador o facilitadora, creará un atuendo para la muñeca conformado por diferentes prendas y cada prenda debe tener

un mensaje o una práctica de prevención con respecto al VIH/Sida (por ejemplo: el pantalón tiene el mensaje del uso del condón, la blusa tiene el mensaje de acceder a APV, la chaqueta tiene el mensaje de “nunca dejar de protegerse en las relaciones sexuales”).

Cada grupo socializa su trabajo mostrando las prendas mientras viste a la muñeca y mencionando el mensaje de prevención propio de cada prenda.

Se discute frente a las cuatro muñecas vestidas, acerca de los mensajes y prácticas de prevención y se hace la pregunta sobre si estas muñecas están realmente protegidas.

Para finalizar la actividad, las muñecas se rifan al final entre las asistentes, enfatizando en los mensajes de prevención del VIH/Sida que poseen los vestidos de las muñecas.

Actividad 3. Mi vida y mis derechos: manifiesto trans

Objetivo: reconocer las experiencias de vida propias que implican vulneraciones de derechos y construir colectivamente un listado de derechos trans.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: cartelera sobre los derechos humanos, tablero, marcadores de colores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielos de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes. La actividad se inicia con la presentación y discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos por parte de la persona facilitadora.

Se escriben los derechos sexuales y reproductivos en el tablero o se coloca en el tablero una cartelera donde están consignados previamente estos derechos.

Posteriormente, en grupos de 4 o 5 personas, se discute sobre experiencias de vida con las que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las personas trans. El cuándo, el cómo, el por qué y el quién, serán las preguntas que guiarán la discusión sobre los derechos vulnerados.

Cada grupo construirá un listado de derechos sexuales y reproductivos haciendo énfasis directamente en las particularidades de la población trans.

Para finalizar la actividad, se socializan los listados de derechos trans y colectivamente se construirá un *Manifiesto de derechos sexuales y reproductivos trans* que será consignado en el tablero o en cartulinas expuestas ante todo el grupo.

Actividad 4. Reconociendo la vulnerabilidad de mi cuerpo

Objetivo: reconocer las vías de transmisión del VIH/Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: carteleras con siluetas de cuerpos femeninos, marcadores de colores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielos de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora presenta las características y vías de transmisión (sexual, parenteral, parental o vertical) del VIH/Sida, según los contenidos de la Guía Metodológica.

Se presenta una cartelera con la silueta de un cuerpo femenino y con puntos se marcan las partes del cuerpo a través de las cuales el VIH/Sida se puede transmitir, con una flecha dirigida a cada punto del cuerpo.

Luego se anota sobre cada flecha, cuáles son las vías de infección específicas relacionadas con el punto del cuerpo detectado.

Debajo de la flecha y con un color diferente a los utilizados previamente, se anotan algunos tips para impedir la transmisión por cada unas de las vías y puntos detectados.

Actividad 5. La muñeca golpeada y curada

Objetivo: Reconocer colectivamente las violencias que experimentan las personas trans en el ámbito público, los efectos de estas violencias y las estrategias de afrontamiento de las personas trans.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: una muñeca (tipo barbie) vestida, tijeras, marcadores rojos y negros, bisturíes, ropa de muñeca, cinta, algodón, alcohol, listado de instituciones y de vías de atención y de denuncia de violencias.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielos de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Cada asistente toma la muñeca en sus manos; observa detenidamente todo el cuerpo de la muñeca y —a partir de la observación— narra experiencias de agresiones y violencias que ella ha experimentado o que sus compañeras trans han experimentado. Con las tijeras, los marcadores o el bisturí, cada asistente marca en el cuerpo de la muñeca los signos de dichas violencias vividas por las trans (se pinta un ojo de morado, se pinta de rojo la mejilla, se corta la piel de la muñeca con el bisturí).

Después de una ronda de intervenciones y de marcas, la muñeca golpeada se coloca en el centro del grupo para que todas la puedan observar y se hace un minuto

de silencio como protesta simbólica en contra de estas agresiones evidenciadas en el cuerpo de la muñeca y experimentadas por tantas personas trans.

El grupo y el facilitador o facilitadora discuten formas de prevención y vías de denuncia institucional de estas violencias experimentadas.

Para finalizar la actividad, cada persona toma de nuevo la muñeca golpeada y cura algunos de los golpes y agresiones (utilizando algodón y alcohol para borrar sus manchas y esparadrapo para las heridas), y habla de las estrategias que desarrollan las personas trans para afrontar dichas violencias (redes familiares de apoyo, redes de amigas de apoyo, redes institucionales).

Actividad 6. La caja de Pandora

Objetivo: Cuestionar las falsas creencias e ideas acerca del VIH/Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: una caja forrada con papel brillante, hojas con mensajes verdaderos y falsos sobre el VIH/Sida.

Descripción:
Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora inicia la actividad hablando de la importancia de romper mitos y acceder a información confiable acerca del VIH/Sida.

En una caja forrada con papel brillante, aparecen unos papelitos de colores doblados con mensajes relativos al VIH/Sida que pueden ser verdaderos o falsos, por ejemplo:

- El VIH/Sida solo afecta a homosexuales
- El VIH/Sida solo afecta a trans

- El VIH/Sida solo afecta a los trabajadores sexuales
- El VIH/Sida se transmite con besos
- Las personas con VIH mueren rápidamente

Cada asistente escoge un papelito, lo lee y opina acerca del mensaje. Cada quién guarda el mensaje escogido.

Para finalizar la actividad, se socializan todos los mensajes y el facilitador o facilitadora aclara dudas al respecto.

Actividad 7. El condón con sentido

Objetivo: brindar información acerca del correcto uso del preservativo.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: caja forrada con papel brillante, condones, lubricantes, fichas con mensajes verdaderos y falsos acerca del uso del condón en la prevención del VIH/Sida.

Descripción:
Presentación convenio 620.

Actividad rompehielos de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

En una caja forrada con papel brillante se encuentran unos sobres de papel de colores con condones, lubricantes y con unos mensajes verdaderos y falsos acerca del uso del preservativo y su importancia en la prevención del VIH/Sida (por ejemplo: “siempre debo usar preservativo”, “puedo negociar con mi pareja el uso del preservativo”, “el amor y la fidelidad hace que el condón no sea necesario”).

Cada asistente toma un sobre, lo abre, describe brevemente su contenido y socializa los mensajes allí encontrados.

Colectivamente, se debate acerca de los mensajes y los materiales encontrados en los sobres.

Para finalizar la actividad, el facilitador o facilitadora explica cada uno de los mensajes que se encontraron en los sobres.

Actividad 8. El maquillaje que cuida mi imagen y cuida mi salud

Objetivo: formar a las personas trans en temas de prevención del VIH/Sida, mediante una actividad que relacione las prácticas estéticas del maquillaje con las prácticas de cuidado de la salud y prevención del VIH/Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: bases líquidas, polvos compactos, sombras e iluminadores para ojos, lápices para ojos, delineadores de labios, labiales, brillos para labios, espejos, tablero, marcadores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora presenta a las asistentes distintos objetos de maquillaje y relaciona cada uno de ellos con una práctica o mensaje de prevención del VIH/Sida (la base líquida representa el uso del condón, los polvos compactos representan el acceso a APV, las sombras e iluminadores representan el cuidado en todas las prácticas sexuales).

En un tablero o cartulina expuesta, se anotan los objetos y su relación con el cuidado de la salud y prevención del VIH/Sida.

Las asistentes forman grupos de 4 personas, reciben distintos objetos de maquillaje y repasan la relación de cada objeto con la prevención del VIH/Sida.

Cada grupo elige una persona voluntaria para ser maquillada.

Para finalizar la actividad, en forma de plenaria, cada grupo maquilla a su modelo, hablando de los mensajes de prevención asociados a cada objeto de maquillaje y de la función estética que cumple cada objeto en la imagen de las personas trans.

Actividad 9. Mapas del cuerpo

Objetivo: identificar, representar y re-significar los lugares del cuerpo en los que se han manifestado las violencias contra las personas trans y donde se han realizado intervenciones para la construcción de la identidad trans.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: pliegos grandes de papel blanco, marcadores de colores, colores, crayolas, trozos de papel de colores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

- Se hacen parejas de trabajo.
- Se colocan en el suelo pliegos grandes de papel y una de las personas que conforman la pareja se acuesta sobre el pliego de papel, mientras la otra dibuja con un marcador la silueta de su compañera.
- Cuando cada quien tenga dibujada su silueta sobre el papel, se deshacen las parejas y cada participante empieza a dibujar sobre su silueta las partes de cuerpo que han sido intervenidas en sus procesos de construcción de identidades trans y aquellas partes donde se han manifestado las violencias o agresiones vividas. Se deben diferenciar claramente las representaciones de las intervenciones trans y las agresiones, para facilitar su socialización.

Para finalizar la actividad cada asistente socializa la silueta de su cuerpo y el trabajo realizado sobre ella.

Actividad 10. Usemos correctamente el condón

Objetivo: informar acerca del uso correcto del condón.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: modelos anatómicos, condones, tablero o papelógrafo, marcadores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

A cada asistente se le entregan condones y él o la facilitadora menciona las características que se deben tener en cuenta a la hora de comprar o de acceder a los condones: fecha de fabricación, fecha de vencimiento, cámara de aire, forma del empaque, material del empaque.

Posteriormente, las asistentes mencionarán las creencias e ideas falsas con relación al uso y la función del condón en la prevención del VIH/Sida.

Empleando los condones entregados y los modelos anatómicos, las asistentes aprenderán a usar correctamente el preservativo, guiadas por el o la facilitadora, quien también aclara dudas y equívocos relacionados con el uso del condón. (véanse Cuadros 1 y 2).

Al final, cada asistente recibirá condones y se comprometerá a usarlos correctamente en sus relaciones sexuales.

Actividad 11. Cine foro. Documental *Translatina*

Objetivo: identificar contextos sociales de vulnerabilidad al VIH/Sida específicos de la población trans y relacionar dichos contextos con los derechos humanos.

Tiempo: 2 horas y 30 minutos.

Materiales/Equipos: video beam, pantalla de proyección, documental *Translatina*.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Proyección del documental *Translatina*.

Discusión acerca de los contenidos del documental *Translatina* e identificación de contextos de vulnerabilidad de derechos y al VIH/Sida de las personas trans.

Para finalizar la actividad, se contrastan los contenidos del documental con los contenidos de la *Guía metodológica para el trabajo con población trans* y se discute acerca de si todas las personas experimentan los mismos contextos de riesgo en vulneraciones de derechos y VIH/Sida.

Actividad 12. Cine foro. Película *Mi vida en rosa*

Objetivo: identificar las tensiones, problemáticas y vínculos familiares de las personas trans,

Tiempo: 2 horas y 30 minutos.

Materiales/Equipos: video beam, pantalla de proyección, película *Mi vida en rosa*.

Descripción:

Presentación convenio 620.

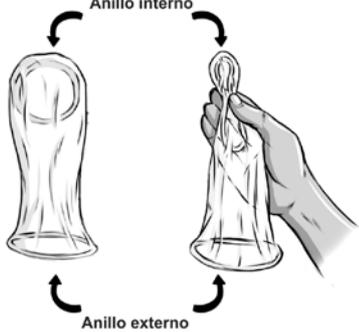
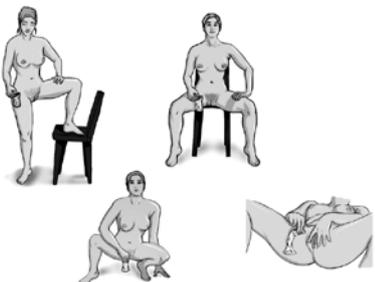
Proyección de la película *Mi vida en rosa*.

Discusión acerca de los contenidos de la película *Mi vida en rosa* e identificación de tensiones, problemáticas y formas de vínculos familiares de las personas trans.

Para finalizar la actividad, se debate acerca de la importancia de los vínculos familiares y el apoyo familiar en las experiencias de las personas trans, evidenciando el

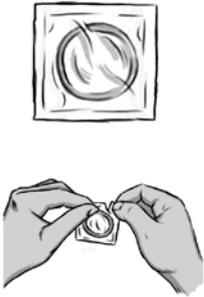
CUADRO 1

Instrucciones para el uso del condón femenino

1	2	3	4
	<p>Verifique la fecha de vencimiento en el empaque. Absténgase de usarlo si ya ha expirado.</p> 	<p>Antes de abrirlo, esparza el lubricante frotando el empaque con las manos.</p> 	<p>Para abrir el empaque, con sus manos rasgue por la ranura del borde.</p> 
5	6	7	
<p>Anillo interno</p>  <p>Anillo externo</p>		<p>Busque la posición más cómoda para insertarlo.</p> 	
8	9	10	11
<p>Con los dedos índice y pulgar, apriete el anillo interno hasta juntar los laterales y separe los labios externos de la vagina.</p> 	<p>Inserte el condón en la vagina.</p> 	<p>Deslice el dedo índice o medio hacia dentro del condón y empújelo dentro de la vagina tan profundo como sea posible. Asegúrese de que el condón no esté trenzado y que se ajuste suavemente contra la pared de la vagina.</p> 	
12	13	14	15
<p>Sostenga el anillo exterior al rededor de sus labios externos mientras guía el pene de su pareja hacia dentro del condón.</p> 	<p>Si durante la relación sexual el pene entra entre el condón y la pared de la vagina, pare y reintroduzca el pene dentro del condón.</p>  <p>Si el pene empuja el anillo exterior hacia dentro de la vagina se debe usar un nuevo condón.</p>	<p>Pare retirar, acostada, tome el condón por los extremos del anillo exterior y gírelo para mantener el semen dentro. Retire el condón suavemente.</p> 	<p>Envuelva el condón en un papel y arrojelo a la basura.</p> 

CUADRO 2

Instrucciones para el uso del condón masculino

1	2	3	4
<p>No usar si la fecha ha expirado, o si el empaque está roto ó dañado.</p> 		<p>El paquete podría tener burbujas de aire.</p> 	
<p>Si no lo han circuncidado, corra el prepucio hacia atrás.</p> 			
5	6	7	8
<p>Sujete el condón de la punta.</p> 		<p>Retirelo y deseche el condón.</p> 	
<p>Desenróllelo completamente.</p> 		<p>Luego de usarlo sáquelo lejos de su pareja.</p> 	

papel de las redes sociales de apoyo para el ejercicio de derechos y la inclusión social de las personas trans. El facilitador o facilitadora muestra la relación que existe entre diferentes niveles de exclusión y discriminación en las mismas: exclusión familiar, exclusión comunitaria, exclusión del sistema educativo, exclusión del sistema laboral, exclusión del sistema de salud, exclusión del Estado...

Actividad 13. Conversatorio. En familia

Objetivo: fortalecer los vínculos familiares, sociales y de apoyo de las personas trans.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: tablero o papelógrafo, marcadores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Los y las asistentes son personas trans y sus madres, padres, hermanos, hermanas, primos, primas, amigos o amigas.

El o la facilitadora inicia la actividad hablando de la importancia de los vínculos familiares y de apoyo en todas las personas. El facilitador o facilitadora debe hacer énfasis en la importancia de fortalecer las redes sociales de las personas trans y en cómo el apoyo de la familia, los amigos, las amigas y las demás personas trans puede ser determinante a la hora de exigir derechos y cuidar la salud

Las personas trans harán intervenciones hablando de las experiencias de apoyo y de rechazo en sus familias.

Las intervenciones de las personas trans estarán dirigidas por preguntas como: ¿cómo han sido apoyadas en

sus núcleos familiares?, ¿cómo han sentido también rechazos?, ¿qué han sentido con tales rechazos?, ¿qué han hecho para afrontarlos?

Los y las familiares de las personas trans hablarán de la experiencia de tener en su familia a una mujer trans.

Las intervenciones de los y las familiares estarán dirigidas por preguntas como: ¿Cómo han aceptado y cómo han rechazado a las personas trans?

Todos y todas las asistentes hablarán de los espacios y las actividades cotidianas que se desarrollan en las familias con las personas trans. Las intervenciones estarán dirigidas por preguntas como: ¿Dónde vivimos? ¿Cómo es nuestra casa? ¿Qué espacios públicos visitamos? ¿Qué hacemos juntos y juntas en la cotidianidad? ¿Qué piensan las demás familias de nosotros y nosotras?

Para finalizar la actividad, el o la facilitadora retomará las experiencias expuestas de aceptación y de rechazo y enfatizará en la importancia de los vínculos familiares para las personas trans.

Actividad 14. Conversatorio. El amor en los tiempos del Sida

Objetivo: trabajar con las personas trans y sus parejas temas de prevención del VIH/Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Tablero o papelógrafo, marcadores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Los y las asistentes son personas trans y sus parejas afectivas.

El o la facilitadora abrirá el conversatorio hablando de temas como prácticas de riesgo del VIH/Sida, la necesidad de relacionar el amor con el cuidado, la importancia de los vínculos afectivos para las personas.

Los y las asistentes harán intervenciones acerca de sus imaginarios e ideas acerca del amor y el VIH/Sida a partir de interrogantes como: ¿el amor me protege del VIH/Sida?, ¿debo usar condón con mis parejas afectivas?, ¿a qué riesgos me expongo si no me protejo con mi pareja?, ¿qué importancia tiene mi pareja en mi vida?

Para finalizar la actividad, el o la facilitadora hará un cierre retomando los imaginarios e ideas expuesta por los y las asistentes y aclarará las dudas acerca de la relación entre el amor y el VIH/Sida

Actividad 15. Conversatorio-taller. Nuestro proyecto de comunidad: ¿personas trans?

Objetivo: evidenciar la importancia de los vínculos de las personas trans y de la organización y la unión para exigir sus derechos y mejorar su la calidad de vida.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: pliegos de papel, marcadores, colores, lápices.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Se solicita a las asistentes que cierren los ojos y que piensen en los siguientes temas: ¿cómo ha sido la aceptación y el rechazo en mi familia?, ¿cómo ha sido la aceptación y el rechazo de mis amigas y amigos?, ¿cómo me he sentido aceptada o rechazada por las demás personas trans?, ¿cómo rechazo y acepto a las demás personas trans?, ¿creo que es importante que las personas trans nos unamos?, ¿para qué nos unimos

las personas trans y en qué nos beneficia esta unión?, ¿por qué no estamos unidas las personas trans?

El o la facilitadora hace una introducción refiriéndose a la importancia de los vínculos familiares y sociales en la experiencia trans y de cómo estos vínculos se convierten en una red de apoyo importante para la construcción de la identidad, la exigencia de los derechos y el cuidado de la salud

El o la facilitadora explica brevemente los signos que aparecen en los genogramas y la forma de construir un genograma¹.

Posteriormente, cada una de las asistentes recibirá un pliego de papel para graficar sus vínculos familiares actuales, empleando los esquemas de los genogramas.

Cada asistente presentará su genograma y lo explicará a las demás, hablando de su madre, padre, abuelos, hermanas, hermanos, tíos, tías, etc. que aparecen allí representados y representadas.

Durante la presentación, cada asistente (apoyada por el o la facilitadora y por las demás asistentes) complementará este genograma con los vínculos sociales que son significativos para ella (amigos, amigas, compañeras de trabajo) y con las instituciones de apoyo a las que acude cotidianamente (instituciones de salud, escuela, iglesia, alcaldía, organizaciones), construyendo de este modo un eco mapa que grafica sus relaciones sociales.

Para finalizar la sesión, el o la facilitadora retomará los principales vínculos e instituciones mencionadas por los asistentes, enfatizará en su importancia y evidenciará la necesidad de la unión de las personas trans y de su organización colectiva para exigir derechos y prevenir su vulneración. El cierre estará enmarcado en las siguientes preguntas e incentivará la participación de las asistentes. ¿Es importante que las personas trans

¹ Se propone usar genogramas en esta actividad, pero pueden utilizarse otras formas gráficas de representación de los vínculos sociales y familiares y de la red subjetiva. El genograma es un recurso gráfico que se emplea para graficar familias y relaciones de parentesco mediante símbolos: hombres: triángulos; mujeres: círculos; relaciones matrimoniales o amorosas: líneas horizontales; Relaciones de paternidad y maternidad: líneas verticales.

se unan? ¿Para qué se unen las personas trans y en qué las beneficia esta unión?

Actividad 16. Escalera a los derechos

Objetivo: reconocer algunas herramientas y prácticas que posibilitan el acceso a los derechos de las personas trans.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: tablero, cuatro cuartos de cartulinas de colores, marcadores de colores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

La actividad inicia con un debate sobre cuáles son los derechos más vulnerados de las personas trans en el contexto actual.

Se escogen en grupo los cuatro derechos vulnerados más importantes y se anotan en una cartulina (por ejemplo: derecho a la educación, a la salud, a la vida digna, al libre desarrollo de la personalidad).

Las cartulinas con derechos vulnerados se pegan en la parte superior del tablero y debajo se dibujan unas escaleras con cuatro peldaños que conducen a los derechos vulnerados. Para finalizar la actividad, en cada peldaño de cada escalera se escribe una acción necesaria para el cumplimiento de los derechos.

Actividad 17. Cajas de la discriminación

Objetivo: reconocer las experiencias de vida propias que implican discriminaciones en ámbitos como la familia, la escuela, el trabajo, el círculo de amigos y amigas y las instituciones.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: 5 cajas medianas forradas con papel blanco, marcadores de colores, hojas tamaño media carta, lápices.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador empieza discutiendo algunos ámbitos de la vida de las personas trans en los que se experimentan discriminaciones en la familia, la escuela, el trabajo, el círculo de amigos y las instituciones.

Se colocan 5 cajas medianas, forradas con papel blanco y se marcan con el nombre de los ámbitos donde las asistentes manifiesten que existen discriminaciones hacia las personas trans (por ejemplo, la familia, la escuela, el trabajo, el círculo de amigos y las instituciones de salud).

Las asistentes describen brevemente en una hoja de papel alguna vivencia de discriminación experimentada en cada uno de estos ámbitos y coloca su experiencia en cada una de las cajas correspondientes.

Para finalizar la actividad, se entregan las cajas a diferentes participantes voluntarias y quien recibe la caja socializa las experiencias allí depositadas, discutiendo en grupo posibles estrategias para evitar tales discriminaciones

Actividad 18. El género y mis vivencias en lo femenino

Objetivo: visibilizar las normas sociales de género, los roles y los valores atribuidos a lo masculino y lo femenino y su incidencia en el cuidado de la salud y la vulnerabilidad al VIH/Sida.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: silueta masculina, silueta femenina, marcadores, cartulina.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora coloca en el tablero o en cartulinas expuestas una silueta masculina y otra femenina.

Colectivamente, se marcan las siluetas con mensajes, palabras, ideas alusivas a lo masculino y lo femenino (pasivo, activo, fuerte, débil, bello, dominante).

Tres asistentes voluntarias narran cómo ha sido su experiencia social al asumir una identidad femenina (elementos estéticos, sexuales, amorosos, roles que se han asumido) en relación con lo anotado acerca de las siluetas y con la diferenciación socialmente establecida entre lo masculino y lo femenino.

El o la facilitadora, menciona y discute algunos contextos sociales de vulnerabilidad al VIH/Sida relacionados con la construcción social de lo femenino y las experiencias trans (discriminación por identidad de género, niveles de exclusión, falta de autonomía, pasividad).

Para finalizar, se plantean colectivamente algunas estrategias para cuestionar estas construcciones sociales de género que implican vulneraciones para lo femenino y para las experiencias trans.

TRANS-FORMANDO LAS INSTITUCIONES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS

Las actividades que se proponen a continuación tienen como objetivo trabajar con el personal de la salud temáticas relacionadas con las mujeres trans, sus experien-

cias de vulneración de derechos y las responsabilidades de los y las prestadoras de servicios de salud en la garantía de los mismos a dicha población.

Actividad 19. Cine foro. Documental *Translatina*. Mismos contextos de riesgo

Objetivo: identificar contextos de riesgo específicos de la población trans.

Tiempo: 2 horas y 30 minutos.

Materiales: video beam, salón para proyección del documental *Translatina*.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Proyección del documental *Translatina* para el personal de salud. Discusión sobre los contenidos del documental *Translatina* e identificación de contextos de vulnerabilidad de las personas trans.

La persona facilitadora y los asistentes deben identificar los elementos relacionados con el contexto de vulnerabilidad programática y las posibles acciones para incidir en este nivel de vulnerabilidad.

Para finalizar la actividad, se contrastan de los contenidos del documental con los contenidos de la guía metodológica para el trabajo con población trans y se discute acerca de si todas las personas experimentan los mismos contextos de vulnerabilidad.

Actividad 20. Cine foro. Película *mi vida en rosa*

Objetivo: identificar las tensiones, problemáticas y vínculos familiares de las personas trans.

Tiempo: 2 horas y 30 minutos.

Materiales/Equipos: video beam, pantalla de proyección, película *Mi vida en rosa*.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Proyección de la película *Mi vida en rosa* para el personal de salud.

Discusión acerca de los contenidos de la película *Mi vida en rosa* e identificación de tensiones, problemáticas y formas de vínculos familiares de las personas trans.

Para finalizar la actividad, se debate acerca de la importancia de los vínculos familiares y el apoyo familiar en las experiencias de las personas trans, evidenciando el papel de las redes sociales de apoyo para el ejercicio de derechos y la inclusión social de las personas trans.

El facilitador o facilitadora muestra la relación que existe entre diferentes niveles de exclusión y discriminación en las personas trans: exclusión familiar, exclusión comunitaria, exclusión del sistema educativo, exclusión del sistema laboral, exclusión del sistema de salud, exclusión del Estado...

Actividad 21. En los tacones de las otras

Objetivo: conocer las realidades, experiencias, identidades y contextos de las personas trans, con el fin de acceder a unas informaciones que permitan ofrecer servicios incluyentes en salud para las personas trans.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: imágenes fotográficas o audiovisuales, testimonios de personas trans.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

A partir del uso de imágenes (fotográficas o audiovisuales), testimonios de vida de personas trans o fragmentos de la *Guía metodológica para el trabajo con población trans*, presentar algunas realidades de las personas trans.

Debatir acerca de las estéticas, las intervenciones en los cuerpos, los procesos de construcción de identidad, las reivindicaciones, el establecimiento de vínculos y los contextos de vulnerabilidad de las personas trans.

Actividad 22. ¿Cuándo nuestras instituciones vulneran derechos?

Objetivos: identificar prácticas que vulneran los derechos de las personas trans al interior de las instituciones de salud y proponer acciones de transformación.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Tablero, marcadores.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Se inicia la actividad con el planteamiento de la siguiente pregunta ¿qué tipo de personas estoy acostumbrado o acostumbrada a ver y a atender cotidianamente en los servicios de salud? ¿Qué personas asisten cotidianamente a la institución de salud? ¿Qué servicios solicitan?

Posteriormente, se discute acerca del interrogante: ¿qué pasa si interactuamos en la institución con una persona con apariencia femenina, pero con nombre y sexo masculino en su documento de identidad? ¿Estamos capacitados y capacitadas para brindarle unos servicios respetuosos y de calidad?

Para finalizar se enumeran algunos elementos, competencias, conocimientos necesarios para brindar a las personas trans servicios de salud amigables, retomando los contenidos de la *Guía metodológica para el trabajo con población trans*.

Actividad 23. ¿Qué pasa si...?

Objetivo: mediante una actividad reflexiva, reconocer los prejuicios que cada persona posee acerca de la población trans.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: hojas tamaño carta con encabezados, lápices, lapiceros.

Descripción:

Presentación convenio 620.

Actividad rompehielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Cada asistente recibe una hoja tamaño carta con una de las siguientes preguntas como encabezado:

- ¿Qué pasa si se encuentra con una persona trans que acude a su institución solicitando servicios en salud?
- ¿Qué pasa si en un transporte público se sienta cerca de usted una persona trans?
- ¿Qué pasa si una compañera de trabajo es una mujer trans?
- ¿Qué pasa si una compañera de la universidad o la escuela es una mujer trans?
- ¿Qué pasa si una persona de su familia asume una identidad trans?

Los y las asistentes escriben en la hoja las ideas, palabras e impresiones que generan dichas frases y posteriormente cada quien hace una socialización de sus anotaciones.

Al final, se reflexiona y se debate acerca de los prejuicios, con el direccionamiento del facilitador

ACTIVIDADES PARA LA SENSIBILIZACIÓN

Actividad 1. Actividad en calle

Entrega de materiales IEC y condones

Objetivo: Brindar información sobre VIH/Sida y entregar condones a mujeres trans en ejercicio de la prostitución.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: Materiales IEC, condones.

Descripción:

En la calle entregar a personas trans espejos y objetos de maquillaje marcados con mensajes sobre VIH/Sida y ofrecer información sobre la importancia de usar adecuadamente el condón en la prevención del VIH/Sida. Dentro de los espejos se encuentra un condón.

Actividad 2. Actividad en calle. Proyección documental *Translatina*

Objetivo: sensibilizar acerca de los contextos de vulnerabilidad de las personas trans.

Tiempo: 1 hora y 30 minutos.

Materiales/Equipos: video beam, pantalla para proyección, documental *Translatina*.

Descripción:

Proyección del documental *Translatina*, en horas de la noche, en una calle de la ciudad con presencia de personas trans en ejercicio de la prostitución.

Actividad 3. Actividad en calle. Proyección película *Mi vida en rosa*

Objetivo: sensibilizar acerca de las experiencias de las niñas trans y sus relaciones familiares.

Tiempo: 1 hora y 30 minutos.

Materiales/Equipos: videobeam, pantalla para proyección, película *Mi vida en rosa*.

Descripción:

Proyección de la película *Mi vida en rosa*, en horas de la noche, en una calle de la ciudad con presencia de personas trans en ejercicio de la prostitución

Actividad 4. Actividad en calle. Re-significación de lugares de violencias

Objetivo: visibilizar los espacios de agresión y las violencias que sufren las personas trans.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: imágenes, mensajes, flores, velas, condones.

Descripción:

Se identifican los lugares públicos en donde han tenido lugar acciones de violencia y crímenes de odio contra personas trans.

En la noche, se intervienen dichos lugares con fotografías de personas trans, mensajes en contra de las violencias, velas y flores.

Esta actividad se acompaña con entrega de condones y de información sobre prevención del VIH/Sida

Actividad 5. Actividad en centro comercial.**Entrega de materiales IEC**

Objetivo: brindar información sobre las experiencias de las personas trans.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: materiales IEC.

Descripción:

Personas trans entregan material informativo sobre las experiencias trans.

Actividad 6. Actividad en instituciones escolares, educativas y del Estado

Objetivo: Brindar información sobre las experiencias de las personas trans y transformar imaginarios negativos.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: Materiales IEC.

Descripción:

Personas trans entregan material informativo sobre las experiencias trans en diferentes instituciones a estudiantes, profesores, profesoras, administrativos y administrativas, prestadores y prestadoras de salud, funcionarios y funcionarias públicas.

Actividad 7. Intervención en espacios públicos

Objetivo: visibilizar y brindar información sobre las experiencias de las personas trans y transformar imaginarios negativos.

Tiempo: 2 horas.

Descripción:

Mediante actividades como la danza, el *performance* y algunos breves conversatorios con los y las transeúntes, las personas trans se apropiarán de espacios públicos como calles, parques, universidades, centros comerciales de la ciudad, harán visibles sus experiencias y brindarán información sobre sus experiencias.

Actividad 8. Intervención en instituciones públicas

Objetivo: visibilizar y brindar información sobre las experiencias de las personas trans y transformar ima-

ginarios negativos que inciden en la vulneración de los derechos de las mujeres trans.

Tiempo: 2 horas.

Descripción:

Mediante actividades como la danza, el *performance* y algunos breves conversatorios con los y las estudiantes, profesores y profesoras, prestadores y prestadoras de servicios de salud, funcionarios y funcionarias públicas,as personas trans se apropiarán espacios institucionales como escuelas, colegios, universidades, hospitales, instituciones de la alcaldía y del Estado, para visibilizar y brindar información sobre sus experiencias.

Herramientas para el monitoreo y la evaluación

Formato estándar para la recolección de lecciones aprendidas

	Actividad	Utilidad		Observaciones: en este espacio anote qué considera que puede influenciar de manera positiva en el éxito de la actividad
		SI	NO	
1		SI	NO	
2		SI	NO	
3		SI	NO	
4		SI	NO	
5		SI	NO	

BANCO DE RECURSOS Y DATOS

Páginas Web de información sobre población trans sobre VIH/ Sida

Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans

<http://www.redlactrans.org.ar/>

Área Transexual de cogam Colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales de Madrid

<http://www.cogam.org/secciones/transexuales>

Santamaría Fundación de Cali

<http://santamariafundacion.blogspot.com/>

Guía didáctica sobre transexualidad para jóvenes y adolescentes

<http://www.cogam.org/secciones/educacion/documentos-sin-orden/i/34983/154/guia-didactica-sobre-transexualidad-para-jovenes-y-adolescentes>

gat Grupo de Apoyo a Transgeneristas Bogotá

<http://www.facebook.com/group.php?v=wall&gid=73815051772>

Campaña de despatologización de la transexualidad

<http://stp2012.wordpress.com/>

Secretaría Trans ilga

http://trans_esp.ilga.org/

Organización de las Naciones Unidas. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas

<http://www.unfpacolombia.org>

Organización de las Naciones Unidas onusida

<http://www.onusida.org.co/>

Portal de Organizaciones y Red de trabajo en VIH

<http://www.portalsida.org/>

INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

Toda acción de prevención debe estar precedida por procesos de seguimiento y monitoreo que permitan tener información respecto a las acciones claves que se adelantan en los diferentes grupos de población para reducir la transmisión del VIH por mecanismo sexual, que es el más frecuente en el país.

Dentro de la prevención interesa particularmente hacer monitoreo al acceso y uso de condones, al acceso a la prueba voluntaria en VIH, aspectos sobre estigma y discriminación; para lo cual se han empleado algunos indicadores internacionales que permitan dar cuenta de los mismos, los cuales se presentan más adelante.

En particular en el contexto de estas guías de prevención se sugiere incluir de manera concurrente con el desarrollo de actividades de prevención, la aplicación de instrumentos sencillos a cada una de las poblaciones (véase anexo), para tener información que permita de manera rápida tomar decisiones frente a estos tres aspectos centrales en los temas de prevención. Estas aproximaciones en campo dan información que de otra forma los servicios de salud de manera cotidiana no provee o que puede ser muy costosa la obtención de los mismos como, por ejemplo, las encuestas de segunda generación, que vinculan la estimación de prevalencias de VIH a encuestas sobre comportamiento sexual¹.

Los instrumentos que se sugieren para cada población fueron revisados y ajustados con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y por personas pertenecientes a cada grupo de población.

¹ Ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA- *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales*. Colombia. 2009

Bajo este contexto, se proponen un grupo de indicadores que permiten evaluar las acciones preventivas dirigidas a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, así como otras acciones para el fortalecimiento de la oferta de asesoría y prueba voluntaria adelantada en las instituciones de salud.

Se proponen las siguientes categorías para seguimiento a los indicadores de prevención²:

- Porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.
- Porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.

Indicadores que permitan establecer el conocimiento de la infección como:

- Porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

Indicadores que permitan establecer el comportamiento frente a la prevención de la infección de VIH:

- Porcentaje de personas que usaron el preservativo en su última relación sexual.

Indicadores de asesoría y prueba voluntaria:

- Porcentaje de personas que se realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados.
- Porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad al que llegan los programas de prevención del VIH.

Indicadores que permitan establecer Estigma y Discriminación frente al VIH:

- Porcentaje de personas que han sido víctimas de algún tipo de rechazo o maltrato (físico, verbal, expresiones de discriminación, ridiculización, burlas, intimidaciones, amenazas, rechazo, entre otros) en los servicios de salud por ser trans, HSH, MTS, joven o mujer en contexto de vulnerabilidad.
- Porcentaje de personas a quienes alguna vez le han negado servicios en las instituciones de salud, juzgados, notarías, religiosos y/u otros establecimientos públicos por ser mujeres trans.
- Porcentaje de personas rechazadas por parte de la familia por su identidad de género (tener que cambiar de lugar de residencia, retiro del colegio, retiro del sistema de seguridad social en salud entre otros).
- Porcentaje de personas que cuando reciben servicios médicos, tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual o su identidad de género.
- Porcentaje de personas que han sido discriminadas por que viven con el virus del VIH.

Los resultados de estos indicadores permitirán aproximarnos a la situación de las acciones preventivas dirigidas a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, así como otras acciones para el fortalecimiento de la oferta de asesoría y prueba voluntaria adelantada con instituciones de salud, con el fin de revisarlas y fortalecerlas.

Por lo tanto se recomienda implementar estos indicadores de forma sistemática y en todas las acciones de prevención y abordaje a las acciones frente al VIH.

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

PREVENCIÓN DEL VIH INDICADOR 01:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la

2. ONUSIDA. *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. Ginebra. Suiza. 2009.

transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

- Área Prevención.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH.
- Numerador: Número de entrevistados que contestó correctamente a las 5 preguntas.
- Denominador: Número de entrevistados que contestó correcta e incorrectamente a las 5 preguntas.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Identificar el grado de conocimiento de las formas de prevención de la transmisión sexual del VIH.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 - 1). ¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH al tener una pareja fiel que no esté infectada?
 - 2). ¿Pueden las personas protegerse así mismas del VIH, el virus que causa el Sida, utilizando un condón de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales?
 - 3). ¿Piensa que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el virus que ocasiona el Sida?
 - 4). ¿Puede una persona infectarse de VIH por picaduras de mosquito?
 - 5). ¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?

INDICADOR 02:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
- Área: Comportamiento.

- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.
- Numerador: Número de entrevistados que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
- Denominador: Número total de entrevistados
- Constante: 100.
- Definición operativa: Identificar los progresos en la reducción de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.
- Interpretación: Ofrece una visión de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. En el último mes, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

INDICADOR 03

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.
- Área: Comportamiento.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
- Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
- Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.

- Constante: 100.
- Definición operativa: Comparar el comportamiento frente al inicio de las relaciones sexuales.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

INDICADOR 04:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
- Área: Comportamiento.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.
- Numerador: Número de entrevistados que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
- Denominador: Número de entrevistados que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Mostrar el grado de uso del preservativo de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales de alto riesgo (p. ej., que cambian de pareja habitualmente).
- Interpretación: Mide el grado de uso del preservativo de las personas que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y que hayan tenido más de una pareja. Los niveles y tendencias deben interpretarse con cautela usando los datos obtenidos

sobre los porcentajes de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año.

- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. ¿En el último mes con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales penetrativas?
 2. ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, usted o sus parejas utilizaron un condón?

INDICADOR 05:

- Nombre del indicador: Porcentaje de profesionales del sexo y los otros grupos vulnerables que declaran haber usado un preservativo con su último cliente.
- Área: Comportamiento.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.
- Numerador: Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
- Denominador: Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Establecer la persistencia en el uso del condón en las relaciones sexuales comerciales.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero ¿usted o su pareja utilizaron un condón?

INDICADOR 06:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que se realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- Área: Programática.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en asesoría y las pruebas voluntarias de VIH.
- Numerador: Número de encuestados que se han realizado la prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- Denominador: Número de todos los encuestados.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Establecer el uso de la prueba voluntaria de VIH y el reclamo de los resultados.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?
 2. ¿Usted se hizo voluntariamente la prueba de VIH o se le solicitó hacerla?
 3. No me diga el resultado pero, ¿averiguó usted el resultado de su prueba?

INDICADOR 07:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad al que llegan los programas de prevención del VIH.
- Área: Programática.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los

programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.

- Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a ambas preguntas.
- Denominador: Número total de encuestados.
- Constante: 100.
- Definición operativa: El indicador permite ofrecer una idea del alcance de los servicios de pruebas de VIH voluntarias en población vulnerable.
- Preguntas que evalúan el indicador
 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea realizarse la prueba del VIH?
 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o en los servicios de salud sexual y reproductiva)?

INDICADOR 08:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas en condición de vulnerabilidad que conocen que a la prueba de VIH antecede una asesoría?
- Área: Asesoría Prueba Voluntaria - APV.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.
- Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a la pregunta realizada.
- Denominador: Número total de entrevistados.

- Constante: 100.
- Definición operativa: El indicador permite ofrecer una idea del alcance de la asesoría previa a la toma de prueba de VIH voluntaria en población vulnerable.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. La última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería?

INDICADOR 09:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas en condición de vulnerabilidad que conocen que para la entrega del resultado de la prueba de VIH se debe brindar asesoría pos test.
- Área: Asesoría Prueba Voluntaria - APV.

- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.
- Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a la pregunta realizada.
- Denominador: Número total de entrevistados.
- Constante: 100.
- Definición operativa: El indicador permite ofrecer una idea del alcance de la asesoría previa a la toma de prueba de VIH voluntaria en población vulnerable.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. ¿Recibió asesoría o consejería cuando le entregaron los resultados de la prueba de VIH?

ANEXO**ENCUESTA****Conocimientos, prácticas y acceso a asesoría y prueba voluntaria para VIH en poblaciones trans**

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su vida y sobre lo que conoce sobre el VIH-Sida. Esta encuesta es confidencial por lo que no es necesario que registre su nombre en ninguna parte. Sus respuestas son de gran importancia para evaluar las intervenciones de prevención del VIH-Sida.

Número de la encuesta: _____

Nombre de la institución u ONG que aplica la encuesta: _____

Ciudad: _____

Fecha: _____

I. GENERALIDADES

1. Edad _____

2. Municipio en el que vive _____

Zona: Urbana Rural

3. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales en el último mes contado hasta ayer con?:

Hombre Mujer Hombre y mujer Persona trans

4. ¿Cual es su estrato socioeconómico?

0 1 2 3 4 5 6

5. Tipo de seguridad social en salud a la que pertenece (**carné de salud**):

Contributivo Subsidiado No asegurado Especial

Sisbén No sé No tengo No responde

6. ¿Cual es su nivel de educación?

- Primaria incompleta Primaria completa
 Secundaria incompleta Secundaria completa
 Tecnológico Técnico
 Universitario Postgrado
 Ninguno

7. ¿Actualmente esta trabajando?

- Sí No ¿En qué? _____

8. En términos de género ¿usted con cual género se identifica?

- Homosexual Heterosexual Bisexual Otro,
 Masculino Femenino ¿Cuál? _____

9. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal con o sin su consentimiento?

- No sabe No responde

10. ¿Esa primera relación sexual fue con?

- Hombre Mujer Personas trans
 No sabe No responde Otro ¿Cuál? _____

11. En esa primera relación sexual ¿usaron condón?

- Sí No
 No sabe No responde

II. INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/Sida

1. ¿Ha oído hablar sobre el VIH o el Sida?

- Sí No

2. La información que usted tiene sobre VIH, Sida o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por:
(puede marcar varias opciones).

- Televisión Radio o prensa Familia Instituciones de salud
 Amigos Establecimiento educativo Campañas ONG/Fundación
 Agencias de cooperación Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Ha participado en los **últimos 12 meses contados hasta ayer**, en actividades de información o educación sobre VIH/Sida?

- Sí No

4. ¿Qué entidad(es) le han brindado las actividades de información o educación sobre VIH/Sida?

- Hospital/Centro de salud Clínica/Medicina prepagada ONG/Fundación
 Iglesias Establecimiento educativo Otro ¿Cuál? _____

5. ¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?

- Sí No No sabe

6. ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual es decir, **No tener múltiples parejas sexuales?** y que no viva con el virus.

- Sí No No sabe

7. ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo o mosquito?

Sí No No sabe

8. ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con una persona que está infectada?

Sí No No sabe

9. ¿Cree que una persona que **se ve sana** puede estar infectada con el VIH?

Sí No No sabe

III. INFORMACIÓN SOBRE COMPORTAMIENTO

1. La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿usted, su pareja o sus parejas utilizaron condón?

Sí No

2. En qué prácticas sexuales utiliza condón (puede marcar varias opciones)

Oral Anal Vaginal Juegos sexuales

3. Si no utilizó condón ¿cuales fueron las razones? (puede marcar varias opciones)

- A la pareja no le gusta Son caros
- A usted no le gusta Cree que disminuye lo que siente
- Siente vergüenza de pedir el condón Confía en la fidelidad de su pareja
- Son difíciles de conseguir No consiguió en este momento
- Estaba bajo los efectos de las drogas La pareja estaba bajo los efectos de alcohol
- Otro, ¿Cuál? _____

4. ¿Ha tenido relaciones sexuales con un cliente en el último año a cambio de dinero?

- Sí No No sabe No responde

Si la respuesta es no o no sabe pase a la pregunta 9

5. Aproximadamente ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?

- Edad No se acuerda

6. ¿Con cuántos clientes tuvo relaciones sexuales el último día de trabajo sexual? _____

7. La última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente, ¿usted o su cliente usaron condón?

- Sí No

8. Si no lo utilizó ¿cuáles fueron las razones? (puede marcar varias opciones)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Al cliente no le gusta | <input type="checkbox"/> El cliente estaba bajo efectos de alcohol |
| <input type="checkbox"/> El cliente estaba bajo efectos de droga | <input type="checkbox"/> El cliente ofrece pagar por no usarlo |
| <input type="checkbox"/> Se habían terminado | <input type="checkbox"/> Son difíciles de conseguir |
| <input type="checkbox"/> Es un cliente conocido y continuo | <input type="checkbox"/> Son muy caros |
| <input type="checkbox"/> A usted no le gusta | <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____ |

9. En que lugares usted consigue condones:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tienda | <input type="checkbox"/> Farmacia/droguería |
| <input type="checkbox"/> Supermercado | <input type="checkbox"/> Centro salud/hospital | <input type="checkbox"/> Centro nocturno/reservado |
| <input type="checkbox"/> Clínica privada/consultorio | <input type="checkbox"/> ONG/Fundación | <input type="checkbox"/> Tienda de artículos para sexo |

Si compró los condones, responda la pregunta número 10.

10. ¿Cuanto pagó por cada condón la última vez que compró? \$ _____

11. ¿En donde consiguió condones la última vez?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tienda | <input type="checkbox"/> Farmacia/droguería |
| <input type="checkbox"/> Supermercado | <input type="checkbox"/> Centro salud/hospital | <input type="checkbox"/> Centro nocturno/reservado |
| <input type="checkbox"/> Clínica privada/consultorio | <input type="checkbox"/> ONG/Fundación | <input type="checkbox"/> Tienda de artículos para sexo |

12. ¿Con cuántas personas aproximadamente ha tenido relaciones sexuales penetrativas anal, oral o vaginal, en el último mes contado hasta ayer?

Número de personas: _____ Ninguna

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA DE VIH

1. ¿En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?

- Sí No

Si su respuesta es no pase a la pregunta 7

2. Cuando usted se hizo la prueba fue:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por su propia iniciativa | <input type="checkbox"/> Por solicitud de trabajo | <input type="checkbox"/> Por donación de sangre |
| <input type="checkbox"/> En alguna campaña | <input type="checkbox"/> En estudio de investigación | <input type="checkbox"/> La solicitó el personal de salud |
| <input type="checkbox"/> Alguien lo convenció | <input type="checkbox"/> Porque una ONG me lo sugirió | |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de una amiga o compañera trans | | |
| <input type="checkbox"/> Por que una de sus parejas sexuales vive con el VIH | | |
| <input type="checkbox"/> Porque un conocido o familiar murió por VIH | | |
| <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____ | | |

3. ¿Conoció los resultados de la última vez que se hizo la prueba de VIH?

Sí No

4. La última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿dónde se la hizo?

Centro de Salud Hospital Clínica ONG
 Banco Sangre Laboratorio particular En una campaña No se acuerda
 Otra, ¿Cuál? _____

5. La última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería antes de tomarle la muestra de sangre?

Sí No

6. ¿Recibió asesoría o consejería cuando le entregaron los resultados de la prueba de VIH?

Sí No

7. ¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea hacerse la prueba de VIH?

Sí No

8. ¿Le han suministrado o entregado condones en el último año en el servicio de salud al que usted asiste?

Sí No

V. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1. ¿Alguna vez ha sido víctima de algún tipo de rechazo o maltrato (físico, verbal, expresiones de discriminación, ridiculización, burlas, intimidaciones, amenazas, entre otros) en los servicios de salud por ser trans?

Sí No No sabe No responde

2. ¿Alguna vez le han negado alguno de los siguientes servicios por ser trans? (puede marcar varias opciones)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Al comprar o arrendar una vivienda | <input type="checkbox"/> Servicios religiosos |
| <input type="checkbox"/> Atención odontológica | <input type="checkbox"/> Diversión o recreación |
| <input type="checkbox"/> Hospedaje temporal | <input type="checkbox"/> Educación |
| <input type="checkbox"/> Jurídicos | <input type="checkbox"/> Salud (hospital, clínicas, EPS, IPS, centros de salud) |
| <input type="checkbox"/> En tienda/cigarrería/droguería/panadería del barrio en donde vive | |
| <input type="checkbox"/> Atención en una tienda de autoservicio o restaurante | |
| <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál? _____ | |

3. ¿Alguien de su familia la ha rechazado por ser trans?

- Sí
 No
 No sabe
 No responde

4. Si se ha presentado rechazo en sus relaciones familiares esto ha generado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ser excluida de convivencias familiares | <input type="checkbox"/> Tener que cambiar de lugar de residencia |
| <input type="checkbox"/> Tener que ocultar su identidad de género | <input type="checkbox"/> Retiro de instituciones educativas |
| <input type="checkbox"/> Retiro del sistema de salud (si era beneficiaria) | <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> No sabe | <input type="checkbox"/> No responde |

5. ¿Quién o quiénes alguna vez en su vida, la han rechazado por ser trans?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nadie | <input type="checkbox"/> Fuerzas armadas (policía, militares) | <input type="checkbox"/> Familiares |
| <input type="checkbox"/> Religiosos | <input type="checkbox"/> Compañeros de trabajo | <input type="checkbox"/> Profesionales de la salud |
| <input type="checkbox"/> Profesores | <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Compañeros de estudio |
| <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> No sabe | <input type="checkbox"/> No responde | |

6. ¿En qué lugares se ha sentido discriminada por su identidad trans? (puede señalar varias opciones)

- En ningún lugar Discotecas Transporte público
 Parques Hoteles Centros comerciales
 Instituciones de Salud (Hospitales públicos, IPS, EPS, centro de salud)
 En instituciones del Estado (en alcaldías, en gobernaciones, en juzgados, en ministerios, en instituciones educativas).
 Otra, ¿Cuál? _____ No sabe No responde

VI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. ¿Usted sabe que son las infecciones de transmisión sexual?

- Sí No No sabe No responde

Si usted responde que sí, responda a la siguiente pregunta:

2. ¿En el último año usted ha estado enferma por una infección de transmisión sexual?

- Sí No No sabe No responde

Si la respuesta es sí, mencione ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna recomendación para fortalecer la prevención en VIH? Escríbalo en este espacio.

GRACIAS

GLOSARIO

Adherencia

Estricto seguimiento de un régimen de tratamiento recetado. Exige que una persona que vive con VIH tome la dosis correcta de un medicamento en el momento preciso; exactamente como se ha recetado.

Anticuerpo

Parte del sistema inmunitario que se encarga de reconocer y luchar contra la presencia de organismos infecciosos y otras sustancias extrañas que entran al organismo. Cada anticuerpo es específico de una parte del organismo infeccioso o de otra sustancia extraña particular. Los anticuerpos se producen después de la primera exposición a una sustancia.

Antirretroviral (ARV)

Medicamento que inhibe la capacidad de multiplicación de un retrovirus (como el VIH).

Asintomático(a)

Sin señas ni síntomas obvios de enfermedad.

Cierre conceptual

Es el momento en el que la persona facilitadora retoma los aspectos conceptuales y teóricos, surgidos como producto del trabajo en el taller. Señala las conclusiones y puede servir de punto de partida a otras actividades.

Coinfección

Infección por más de un virus, una bacteria o cualquier otro microorganismo en un momento determinado. Por ejemplo, una persona infectada por el VIH puede presentar coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) o el bacilo de la tuberculosis (TB).

Contagioso(a)

Que se transmite fácilmente por contacto diario normal entre las personas. Por ejemplo, la varicela es una enfermedad infecciosa (causante de infección) y contagiosa. En cambio, el VIH es un ejemplo de una enfermedad infecciosa pero no contagiosa (es decir, no se transmite de una persona a otra por medio del contacto casual).

Infección de transmisión sexual (ITS)

Cualquier infección propagada por la transmisión de microorganismos de una persona a otra durante el contacto sexual.

Enfoque

Hace referencia a la concentración de la mirada sobre un punto específico. En esta guía se usa para enfatizar en el reconocimiento de las diferencias de determinados grupos de poblaciones y sus contextos de vulnerabilidad.

Epidemia

Enfermedad que se propaga con rapidez en un segmento de la población humana de una zona geográfica determinada.

Epidemiología

Rama de la medicina que estudia la incidencia, la distribución y el control de una enfermedad en una población.

Estereotipos

Son aquellas ideas fijas que se tienen sobre las personas; encasillándolas en modelos determinados y que, generalmente, crean acciones de discriminación hacia ellas. Por ejemplo, la idea de que todos los hombres gay son promiscuos, o que todas las mujeres trabajadoras sexuales tienen Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Exigibilidad

Es una cualidad inherente a cada derecho, que permite el gozo por parte de todos los ciudadanos y ciudadanas, en condiciones de igualdad, libertad y dignidad.

Exposición ocupacional

Exposición a material potencialmente infeccioso, como sangre, tejido, fluidos corporales, equipo o suministros médicos, en el ambiente de trabajo. La exposición podría ocurrir por medio de un pinchazo con una aguja, una cortada con un objeto, contacto con una membrana mucosa o contacto con la piel que no esté intacta.

Género

Es una categoría de análisis que hace referencia al significado otorgado socialmente al hecho biológico de ser mujer y hombre. Es decir, es una definición específica cultural asignada socialmente a, lo que se espera, correspondería a la forma de ser mujer (feminidad) o de ser hombre (masculinidad) y que, por tanto, varía en el tiempo y en el espacio¹. Por ser una construcción sociocultural, cambia a lo largo de la historia y es diferente en unas culturas y en otras; incluso pueden coexistir, dentro de una misma sociedad, diferentes sistemas de género relacionados con la diversidad cultural que exista.

Identidad de género

Se define como la forma en que cada persona se identifica a sí misma como hombre o mujer, teniendo esto relación directa con lo que significa serlo en cada cultura.

Imaginarios

Ideas socialmente construidas sobre diversas personas, que crean “verdades absolutas”; saberes populares que se legitiman a través de prácticas sociales.

Incidencia

La proporción de casos nuevos de una enfermedad; en particular, en determinada población.

Infección

Implantación y desarrollo de un microorganismo infeccioso en un cuerpo biológico.

Inmunidad

Protección o resistencia a las enfermedades.

Inmunitario

Sistema que defiende el cuerpo contra la infección y la enfermedad.

Inmunocompetente

Capacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal.

Inmunodeficiencia

Incapacidad de producir cantidades normales de anticuerpos o células inmunitarias, o ambos.

¹ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Estrategia de Equidad de Género*. Colombia. 2007-2008.

Inmunodeficiente

Incapacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal debido al deterioro del sistema inmunitario.

Inmunodepresión

Incapacidad del sistema inmunitario de funcionar normalmente. Puede ser provocada por medicamentos (por ejemplo, la quimioterapia) o ser el resultado de ciertas enfermedades (como la infección por el VIH).

Intervención

En medicina, un tratamiento o una acción tomada para prevenir o tratar una enfermedad o para mejorar la salud de otras formas.

Orientación Sexual

Hace referencia a la atracción erótica y afectiva hacia una persona. En la orientación sexual entran en juego la excitabilidad sexual de la persona en relación con otro u otra, sus afectos, sus emociones e ideas de placer y de pareja. Existen tres grandes categorías de orientación sexual: Bisexual (atracción hacia hombres y mujeres), Homosexual (hombres que sienten atracción por hombres, mujeres que sienten atracción por mujeres), Heterosexual (hombres que sienten atracción hacia mujeres y mujeres que sienten atracción hacia hombres).

Pandemia

Brote de una enfermedad infecciosa como el VIH, que afecta a la gente o a los animales en una extensa zona geográfica. Llamada también epidemia mundial.

Pareja Serodiscordante

Pareja sexual que mantiene una relación a largo plazo, en la que una persona tiene una infección de transmisión sexual (como el VIH) y la otra, no.

Parenteral

Cualquier vía de administración, por ejemplo, de un medicamento en el cuerpo, distinta del aparato digestivo. Por ejemplo, las venas (intravenosa), los músculos (intramuscular) o la piel (subcutánea).

Perinatal

Período inmediatamente anterior y posterior al nacimiento.

Personas Trans

Esta categoría se usa para mencionar a las personas que han decidido realizar un tránsito en su identidad de género, no correspondiendo con lo

que se espera según su dotación biológica. (Para mayor información sobre este aspecto diríjase a la guía para Mujeres Trans).

Perspectiva

Lugar ideológico desde donde se posiciona una persona para realizar interpretaciones, explicaciones, intervenciones, entre otras.

Posnatal

Período después del nacimiento (se refiere al recién nacido o nacida).

Prenatal

También conocido como “antenatal”. Es el período comprendido entre la concepción y el comienzo del trabajo de parto.

Prevalencia

El número de casos acumulados de un evento o infección en una población en un momento dado.

Transmisión Perinatal

Transmisión del VIH de una madre infectada a su hija o hijo durante la gestación, el parto y/o la lactancia.

Profilaxis

Tratamiento para evitar la aparición de una enfermedad o infección particular o prevenir recaídas de los síntomas de una infección ya controlada.

Prueba rápida

Tipo de prueba para la detección de anticuerpos del VIH en la sangre que se realiza en menos de 30 minutos con más de 99% de sensibilidad y especificidad.

Prueba Western Blot

Es una técnica de laboratorio que se utiliza para confirmar los resultados de la prueba conocida como ELISA.

Rol

Según la Real Academia Española, se define como el papel o función que alguien o algo cumple; es frecuentemente utilizada esta expresión en el contexto de los estudios feministas y de género para expresar como sinónimo de las tareas asignadas para hombres y mujeres de acuerdo con el sexo de nacimiento “roles de género”.

Sexo

Hace referencia a las características estrictamente biológicas que fundamentan diferencias específicas entre hombres y mujeres y que no suelen determinar las conductas.

Sexualidad

Constituye una amplia dimensión de las personas en donde se incluye su manera de ser, actuar y pensar en relación con las demás personas; en esta categoría se hace referencia al reconocimiento de otras, como la identidad de género y la orientación sexual.

Síndrome

Conjunto de síntomas o trastornos que ocurren juntos e indican la presencia de cierta enfermedad o una mayor posibilidad de que se presente.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Enfermedad del sistema inmunitario causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El Sida se caracteriza por dejar el cuerpo vulnerable a afecciones potencialmente mortales.

Sistema patriarcal

Sistema social que tiene su centro en el poder masculino. Define la masculinidad desde el poder, el control, el valor, el dominio de la razón, la posesión del conocimiento, el gobierno de lo público y la independencia individual, que configuran la identidad del varón. En este sistema de valores lo femenino es inferior, y debe supeditarse a la autoridad y mando de quienes lo encarnan.

Virus de la hepatitis B (VHB)

Virus causal de la hepatitis B, inflamación del hígado que puede ocasionar lesión y cáncer de ese órgano. Se propaga por contacto con la sangre de una persona infectada, por medio de las relaciones sexuales, o de la madre al niño durante el parto. Existe una vacuna para prevenir la infección por este virus; adicionalmente la hepatitis B puede tratarse con varios medicamentos.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE BOGOTÁ-SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN: *Por una ciudad de derechos: Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital*, Bogotá, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª Edition. American Psychiatric Association. Washington D.C., 1994.

AYRES J. & JUNIOR, I.: “Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS” En *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá, 2009, p. 19.

BENJAMIN, H.: Transsexualism and transvestism as psycho – somatic and somato – psychic syndromes. En *The Transgender Studies Reader*. Susan Stryker and Stephen Whittle (eds.), Routledge, New York, [1954](2006), pp. 45-52.

BERKINS, L. y FERNÁNDEZ, J.: *La Gesta del Nombre Propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2005.

BUSTAMANTE, W.: *Invisibles en Antioquia 1886 –1936. Una arqueología de los discursos sobre la homosexualidad*. Trabajo de grado en Historia. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2002.

- BUTLER, J.: *Cuerpos que importan*. Paidós, Buenos Aires, 2003.
- BUTLER, J.: *El Género en Disputa*. Paidós – PUEG, México, [1990] (2001).
- CABRAL, M. et al.: *Interdicciones. Escrituras de la Intersexualidad en Castellano*. Anarrés Editorial, Córdoba, 2009.
- CABRAL, M.: “Pensar la intersexualidad hoy”. En *Sexualidades migrantes: género y transgénero*, Feminaria Editora, Buenos Aires, 2003.
- CAULDWELL, D.: *Psychopathia transexualis*. The Transgender Studies Reader. Susan Stryker and Stephen Whittle (eds.). Routledge. New York. [1949](2006), pp. 40-44.
- COLOMBIA DIVERSA: *Informe de derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia 2006–2007*. Organización Colombia Diversa, Bogota, 2008.
- CONNELL, R.: *Masculinities*. University of California Press, Berkeley, 1995.
- Consejo de Bogotá D. C. 2009. Acuerdo n.º 371, “por medio del cual se establecen lineamientos de la política pública para la garantía plena de de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital, y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.
- COOK, R.; DICKENS B. y FATHALLA, M.; *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Profamilia, Bogotá, 2005.
- CORPORACIÓN COLOMBIA DIVERSA: *Diversidad y Escuela: hacia una caracterización de las prácticas de inclusión y exclusión de la población LGBT en 5 jornadas de 4 escuelas distritales*. 2006.
- DÍAZ, R. & Ayala, G.: *Discriminación social y la salud: el caso de los hombres latinos homosexuales y el riesgo de infección por HIV*. Washington, National Gay and Lesbian Task Force, 2001.
- ESTRADA, J. & GARCÍA, A.: “Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad el VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia”. En *Revista Gerencia en Políticas de Salud*. Bogotá. 9 (18): 90-102, enero–junio de 2010.
- FAUSTO–STERLING, A.: *Cuerpos sexuados*. Melusina, Barcelona, [2000] (2006).

GAME, A.; PRINGLE R.: *Gender at Work*. George Allen and Unwin, Sydney, 1983.

GARCÍA, A.: "Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo género". En *Revista Colombiana de Antropología vol. 45 (I)*. Enero-Junio. 2009, pp. 119-146.

GARCÍA, A.: *Tacones, siliconas, hormonas. Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de grado en Maestría en Estudios de Género. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2010.

GARCÍA, A. y MISSÉ, M.: "Diálogo trans-cultural". En *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales. Madrid. 2010.

GARCÍA, C.: "¿Y entonces qué es ser hombre? Identidades masculinas y cuerpo" En *Masculinidades, relaciones de género y violencia intrafamiliar, vol. 5*; Política Haz Paz, Consejería Social de la Presidencia de la República de Colombia, Bogotá, 2001.

GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu, 1963.

HALBERSTAM, J.: *Masculinidad femenina*. Egales, Madrid, 2008.

HERDT, G.: *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. Zone Books, Gilbert (ed.). New York, 1994.

HERNÁNDEZ Y MUÑOZ: *Análisis de situación del estigma y discriminación a las personas que viven con VIH y los grupos poblacionales más expuestos en el marco del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida y propuesta de plan sub-regional 2007-2010*. OPS, 2007.

HIRSCHFELD, M.: Selection from *The travestites: The erotic drive to cross-dress*. The Transgender Studies Reader. Susan Stryker and Stephen Whittle (eds.) Routledge. New York. [1910](2006), pp. 28-39.

INSTITUTO RUNA. *Realidades invisibles: violencia contra travestis, transexuales y transgéneros que ejercen comercio sexual en la ciudad de Lima*. En LLAMAS, R. (Comp.): *Construyendo identidades*. Siglo XXI Editores, Madrid, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP): *VIH/Sida y salud pública. Manual para personal de salud*. México, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. SIVIGILA. *Boletín epidemiológico nacional, semana 52*, Bogotá, 2009.

KEIJZER, B.: *El hombre como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. p. 201. Ver en: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00026.pdf>.

MECCIA, E., et. al.: "Trabajo sexual: estigma e implicancias relacionales. Trayectorias de vulnerabilidad de mujeres y travestis en situación de prostitución en el Gran Buenos Aires". En *Los nuevos rostros de la marginalidad*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005.

MEERTENS, D.: *Enfoque diferencial y desplazamiento forzado*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Unidad de Servicios Comunitarios. Presentación para el Seminario de Profundización en Derechos Humanos para Funcionarios del Sistema de Naciones Unidas, 2007.

MEJÍA, A. y BENAVIDES, L.: *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá*. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C – Secretaría de Planeación, Bogotá, 2008.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL – FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres.*, Bogotá, 2009.

MISSÉ, M. & COLL-PLANAS G., (eds.): *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Madrid, 2010.

NANDA, S.: *Gender diversity. Crosscultural variations*. Waveland Pres, Illinois, 2000.

OLAYA, E.: *Barreras de acceso y permanencia de personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas –LGBT– en el sistema educativo de Bogotá D. C*. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. – Secretaría de Planeación, Bogotá, 2008.

ONUSIDA: *Protocolo para la identificación de la discriminación contra las personas que viven con el VIH/Sida*. 2001. <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC295-protocol.es.pdf>

PARKER, R.; Aggleton, P.: "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action" En *Social Science and Medicine*, 2003, p.57, pp. 13-24.

PRECIADO, B.: *Testo yonki*. Espasa, Madrid, 2008.

PROFAMILIA, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*, 2005.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Cómo elaborar una estrategia de género para una oficina de país*, 2004.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Estrategia de Equidad de Género*. Colombia, 2007- 2008.

RUBIN, G.: "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del SEXO". En *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. pp. 35-96. PUEG – UNAM, México, [1975] (1996).

SALAZAR, X., et al.: *Las personas trans y la epidemia del VIH/Sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos*. IESSDEH. Universidad Peruana Cayetano Heredia. ONUSIDA. AMFAR. Lima. 2010.

SALAZAR, X. & VILLAYZÁN, J.: *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/Sida*. IESSDEH. Red LacTrans. UNFPA. Lima. 2009.

SANTAMARÍA FUNDACIÓN: *Código T*. Edición n.º 01 de abril, Cali, 2010.

SANTAMARÍA FUNDACIÓN: *Derechos en salud para mujeres trans*. Secretaría de Salud Departamental, Gobernación del Valle del Cauca–Santamaría Fundación, Cali, 2009.

SANTAMARÍA FUNDACIÓN: *Identidades Trans: Ciudadanía plena. Cartilla de derechos humanos*. Santamaría Fundación –Fondo Mujer–, Secretaría de Equidad y Género, Gobernación del Valle del Cauca, Cali, 2008. p. 3.

SPARGO, T.: *Foucault y la teoría queer*. Gedisa, Barcelona, 2000.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA–INSTITUTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS: *Texto descriptivo fuentes secundarias. Diseño y formulación de*

una política pública para el reconocimiento, atención y garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas (LGBT) del Municipio de Medellín. Medellín. 2009.

VÉLEZ, L.: *Minorías sexuales y sociología de la diferencia. Gays, lesbianas y transexuales ante el debate identitario*, Montesinos, Madrid, 2008.

WITTIG, M.: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales, Madrid, 2006.

Documentos en línea

BENJAMIN, H.: *The Transsexual Phenomenon*. 1966. Disponible en: <http://www.symposion.com/ijt/benjamin/index.htm>.

Páginas Web

COGAM. <http://www.cogam.org/secciones/transexuales> Consultado el 15 de septiembre de 2010.

DIRECCIÓN DE POBLACIONES. MINISTERIO DE CULTURA. (n.d). Obtenida el 5 de Octubre de 2010, de <http://www.mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>.

