



La salud
es de todos

Minsalud

Orientaciones para eliminar el estigma y la discriminación, hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género y población LGBTI



Orientaciones para eliminar el estigma y la discriminación, hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género y población LGBTI

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego
Viceministra de Protección Social

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Secretario General

Dirección de Promoción y Prevención

Gerson Orlando Bermont Galavis
Director de Promoción y Prevención

Equipo Técnico

Ana María Peñuela Poveda
Gloria Isabel Puerta Hoyos
Diana Carolina Fonseca Fonseca
Nirsa Elda Gamez Benito
Diana María Rodríguez
Oscar Alejandro Marin Quintero



Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. SITUACIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	5
3. IMPACTO SOCIAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	7
4. ALCANCE.....	8
5. OBJETIVOS	9
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
6. MARCO CONCEPTUAL	9
7. ASPECTOS CLAVES PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBTI.....	17
8. ORIENTACIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN A PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	19
8.1 ENTIDADES TERRITORIALES EN SALUD.....	19
8.1.1 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.....	19
8.1.2 GESTIÓN DE PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	20
8.1.3 EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD.....	21
8.1.4 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	22
8.2 ORIENTACIONES PARA LA COMUNIDAD.....	22
8.3 ORIENTACIONES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES.....	23
9. SEGUIMIENTO Y MONITOREO.....	24
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
11. ANEXOS.....	26
ANEXO 1 MARCO de Política Internacional.....	26
ANEXO 2 Marco de Política Nacional	27
ANEXO 3 GLOSARIO	30



1. INTRODUCCIÓN

Los problemas y trastornos mentales, así como el consumo de sustancias psicoactivas, como fenómenos complejos implican en su comprensión holística el reconocimiento de las diferencias poblacionales y territoriales y, en particular en los sujetos de derechos su singularidad y diversidad para hacer visibles los factores que pueden afectar la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas; y así mismo encontrar la forma de modificar estos patrones sin que se generen daños para la salud y la calidad de vida.

Reconocer a las personas que consumen sustancias psicoactivas como sujetos de derechos, en primer lugar, debe un imperativo ético de la política nacional para su prevención y atención seguido de la transformación de comportamientos que perpetúan imaginarios y prácticas de rechazo, que se concretan en la negación de servicios de salud, sociales, de protección y acceso a la justicia, perpetuando la exclusión social.

De manera general, se reconocen dos estereotipos que fortalecen el estigma hacia personas que consumen sustancias psicoactivas: el primero se relaciona con la ilegalidad del uso y venta de sustancias psicoactivas, y el segundo se asocia con el concepto de “vicio” y falta de voluntad, atribuyendo “culpa” por el consumo de manera exclusiva a la persona consumidora y olvidando que un trastorno adictivo es un problema de salud. Estos estereotipos afectan la empatía por parte de su red de apoyo familiar y social, así como, de los trabajadores de salud y de otros sectores, legitimándose en su contra, actos de violencia y rechazo.

A lo anterior, se suma que, desde la expedición de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, se encomienda a los estados parte adoptar disposiciones penales para perseguir y castigar toda actividad relacionada con las sustancias psicoactivas bajo fiscalización internacional, incluso con penas de prisión u otras medidas de privación de la libertad, mandato que retoma la declaración política y el plan de acción para contrarrestar el problema mundial de las drogas 2009.

Los informes globales y de Colombia señalan como los efectos de la estigmatización, la discriminación y la criminalización se cronifican cuando los usuarios de sustancias psicoactivas pertenecen a grupos vulnerables, tales como mujeres, niños, niñas, jóvenes, habitantes de calle, población indígena y población carcelaria; siendo el uso de drogas un aspecto que profundiza las condiciones de vulnerabilidad que limita el ejercicio pleno de sus derechos con barreras en el acceso efectivo a los servicios que oferta el Estado.

En particular, en el caso de las personas que se inyectan drogas –PID– éstas, están expuestas a otros rechazos por ser considerados de alto riesgo para la infección por VIH y otras infecciones. Algunos imaginarios sociales presuponen que, de hecho, todas las personas infectadas pertenecen a grupos de riesgo e inversamente, se asume que las personas pertenecientes a grupos vulnerables se encuentran infectadas por algún virus como el VIH/Sida.

Tanto el consumo de sustancias psicoactivas como el estigma y la discriminación hacia las personas consumidoras, en tanto fenómenos sociales, están inscritos en el sistema de organización social de género y por lo mismo, se expresan en, y afectan de manera diferente a las mujeres y población LGBTI. Aunque las diferencias no se reducen a esto, cuando una mujer consume se enfrenta a dos actos trasgresores, el primero, el consumo per se, socialmente se espera que quienes consuman drogas sean los hombres y la segunda a la transgresión del rol y sus expectativas, en tanto, ha perdido el control de sí misma, la mujer es cuidadora, maternal y fuerte.

Los estudios epidemiológicos muestran mayor prevalencia del uso de sustancias psicoactivas entre los hombres, aunque los más recientes reflejan un aumento en el uso de sustancias entre las mujeres, particularmente entre las adolescentes y las jóvenes.



Es por realidades como las antes descritas, es una decisión de política reconocer a las personas con consumo de sustancias como sujetos de derechos cuya prevención y atención integral tiene el propósito de respetar su autonomía y voluntariedad libre de estigma orientada a facilitar el acceso a servicios de salud y sociales con acompañamiento a su plan de cuidado en salud y bienestar.

2. SITUACIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

De acuerdo con la OMS (2019)², en 2016 la sustancia más consumida es el alcohol, y alrededor de 2300 millones de personas eran consumidoras actuales y el 57% de la población mundial de 15 años o más no habrían consumido alcohol el año anterior (3100 millones de personas). La segunda sustancia más consumida es el tabaco con un estimado de 1351 millones de personas consumidoras en 2015

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, según el informe global sobre drogas 2020, se calcula que alrededor del 5,4% de la población mundial entre los 15 y 64 años consumo drogas en alguna ocasión en 2016, lo que equivale a alrededor de 269 millones de personas, de los cuales el 13% tienen trastornos derivados de ello, lo que equivale a unos 35,6 millones de personas. La droga más consumida sigue siendo el cannabis y la droga que causa mayor afectación en la salud son los opioides por su relación con muertes de sobredosis y comorbilidades como las hepatitis virales y el VIH²

En Colombia^{3,4} los estudios más recientes se han realizado en 2016 en población escolar y universitaria y en 2019 en población general; del análisis de estos se concluye que el consumo es más frecuente en hombres que en mujeres y la edad de inicio del consumo tiende a aumentar; además por primera vez se logró estimar que alrededor de 578.000 mujeres de 12 a 65 años informaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva durante el embarazo. En el país se estima que el 42,5% de la población consume alcohol en el último año y alrededor de 2.5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres).

Por otra parte estima que en el país existen 1.461.000 personas con consumo de riesgo de alcohol y 995.000 persona con patrones de dependencia los cuales se benefician de recibir intervenciones de prevención y tratamiento, sin embargo solo 348.000 personas refirieron que en los últimos 12 meses sintió la necesidad de recibir ayuda para dejar de consumir alguna sustancia psicoactivas, finalmente por primera vez se logró identificar que alrededor de 578.000 mujeres de 12 a 65 años informaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva durante el embarazo.

Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas varían de acuerdo con el tipo de sustancia, en la que se evidencia descenso del consumo de tabaco en todos los estudios poblacionales, descenso del consumo de alcohol en escolares y universitarios, y aumento en la población general e incremento en el consumo de las sustancias denominadas ilícitas, especialmente, a expensas del aumento del consumo en las mujeres. En la tabla 1 se presentan los principales resultados de los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas. Este estudio incluye las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, sustancias inhalables y dick. Las drogas más consumidas fueron marihuana y cocaína con prevalencias de último año de 3,3% y 0,7% respectivamente.

En el estudio de consumo en población escolar (2016)⁴, la edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol se identifica que el 50% de los adolescentes han consumido estas a los 13 años y el resto de las sustancias a los 14 años; el consumo es más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, el consumo en ellas tiene mayor crecimiento en los estudios más recientes. Por ejemplo, se reportó que un 69,2% de los escolares de Colombia declararon haber usado alcohol alguna vez en la vida, cifra que se reduce a un 37% cuando se investiga el uso en el último mes, con un significativo mayor uso entre las mujeres respecto de los hombres: 37,9% y 36,1%, respectivamente. Respecto a la percepción del riesgo, se identifica que, frente al consumo



ocasional de tabaco, este es percibido por el 16,1% de los escolares, algo más alto entre los hombres (17,4%) que entre las mujeres (14,9%). Sin embargo, esta situación se revierte frente al uso frecuente de tabaco ya que las mujeres presentan una mayor percepción de gran riesgo que los escolares hombres, 64% y 58%, respectivamente. La percepción de gran riesgo en el uso de alcohol llega a solo el 9,2% de los escolares, con cifra también mayor entre los hombres que entre las mujeres, 10,2% y 8,3%. Nuevamente, la figura cambia y son las mujeres quienes perciben un mayor riesgo frente al evento de emborracharse con bebidas alcohólicas, 44,8% y 40,4%, respectivamente.

Tabla 1. Prevalencias del último año de consumo de sustancias psicoactivas										
Estudios nacionales										
Alcohol										
Estudio.	Población general				Poblaciones escolares			Población Universitaria		
año	1996	2008	2013	2019	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	61,65%	61,18%	58,78%	54,50%	65,61%	64,21%	56,23%	81,77%	85,01%	81,83%
Tabaco										
Estudio.	Población general				Poblaciones escolares			Población Universitaria		
año	1996	2008	2013	2019	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	21,40%	21,46%	16,21%	12,10%	31,71%	20,23%	14,47%	31,53%	34,06%	28,28%
Sustancias ilícitas										
Estudio.	Población general				Poblaciones escolares			Población Universitaria		
año	1996	2008	2013	2019	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	1,60%	2,74%	3,60%	Sin reporte	10,96%	8,58%	9,67%	Sin reporte	16,40%	22,40%

En el estudio de consumo en población escolar (2016)⁴, la edad de inicio del consumo de tabaco y alcohol se identifica que el 50% de los adolescentes han consumido estas a los 13 años y el resto de las sustancias a los 14 años; el consumo es más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, el consumo en ellas tiene mayor crecimiento en los estudios más recientes. Por ejemplo, se reportó que un 69,2% de los escolares de Colombia declararon haber usado alcohol alguna vez en la vida, cifra que se reduce a un 37% cuando se investiga el uso en el último mes, con un significativo mayor uso entre las mujeres respecto de los hombres: 37,9% y 36,1%, respectivamente. Respecto a la percepción del riesgo, se identifica que, frente al consumo ocasional de tabaco, este es percibido por el 16,1% de los escolares, algo más alto entre los hombres (17,4%) que entre las mujeres (14,9%). Sin embargo, esta situación se revierte frente al uso frecuente de tabaco ya que las mujeres presentan una mayor percepción de gran riesgo que los escolares hombres, 64% y 58%, respectivamente. La percepción de gran riesgo en el uso de alcohol llega a solo el 9,2% de los escolares, con cifra también mayor entre los hombres que entre las mujeres, 10,2% y 8,3%. Nuevamente, la figura cambia y son las mujeres quienes perciben un mayor riesgo frente al evento de emborracharse con bebidas alcohólicas, 44,8% y 40,4%, respectivamente.

Frente al consumo, el alcohol es la sustancia más consumida con una prevalencia de último año de 54,5% y empieza a mostrar disminución en el estudio más reciente, en segundo lugar, se encuentra el tabaco, con una prevalencia de consumo de 12,1 en el último año y su tendencia tiende a disminuir y con prevalencias mucho más bajas las demás sustancias psicoactivas.

En relación a la atención de personas en los servicios de salud de personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social -



SISPRO que da cuenta del número de personas atendidas y el número de atenciones por cualquier patología; en cuanto a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas se ha identificado que existe aumento progresivo del número de personas atendidas por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, y en promedio reciben 5 atenciones al año, además se duplicó la población atendida entre el 2017 y 2019, pasando de 53.691 personas atendidas en 2017 a 109.066 personas atendidas en 2019; Para el 2020 se han atendido 31935 personas.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, es importante resaltar que dos terceras partes de las personas atendidas son hombres (67,54%) y esto se relaciona con que también son más hombres que mujeres los que presentan consumo y que de acuerdo con la evidencia internacional, las mujeres presentan mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

3. IMPACTO SOCIAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La OMS define los determinantes sociales como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria⁵. Así mismo la comisión Lancet identifica el fenómeno de la transmisión generacional de la pobreza y plantea una relación bidireccional entre las situaciones adversas en la niñez, pobreza y violencias, con la aparición de problemas y trastornos mentales, incluidos el consumo de sustancias psicoactivas, junto con mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios como salud, educación y trabajo⁶

En términos de salud mental y exclusión el CONPES 3992 de 2020⁷ evidencia los factores precipitantes de las problemáticas en salud mental en Colombia relacionados con la exclusión y menciona aspectos claves como por ejemplo que, existe discriminación en el 14,8 % de niños y niñas entre 7 y 11 años, y el 21,3 % de personas entre 45 y 59 años, con mayor proporción en las mujeres, aumentando al 65,9 % cuando las personas presentan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, solo el 18,9 % de los hombres y el 9,2 % de las mujeres dedican tiempo diario a realizar actividades de tipo cultural, deportivo o dedicadas a sus aficiones⁸; en cuanto a la población escolarizada, solo el 31 % de los escolares y el 13,4 % de los adolescentes realizan actividad física⁹.

En relación con la participación comunitaria, la Encuesta de Cultura Política¹⁰ identifica que entre el 63,4 % y el 76 % de las personas mayores de 18 años no han escuchado hablar de espacios de participación ciudadana; además, entre el 20 % y el 51,3 % desconocen los mecanismos de participación. Así mismo se identifica que hay un alta de deserción escolar, de cada 100 niñas y niños que ingresan al primer año de educación, solo 44 logran graduarse como bachilleres. En la educación superior, la tasa de deserción para 2018 fue del 46 %.

Todos estos factores influyen en la aparición o persistencia de problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, y en dificultades para la rehabilitación integral e inclusión social de aquellos que sufren estas condiciones. El CONPES es enfático en afirmar la importancia de la atención integral de las personas en términos de salud mental, pero también en términos del acceso a bienes y servicios que les garantice calidad de vida, a partir de su acceso a educación, deporte, empleo, vivienda, recreación, y participación social, acorde con la dignidad humana.

En respuesta a la situación antes expuesta, la resolución 089 de 2019,¹¹ mediante la cual se adopta la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, tiene como objetivo garantizar la atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos



de derechos; en este marco se reconoce la dignidad humana como fundamento de los derechos humanos en su relación ineludible con el desarrollo, considerando al ser humano como fin en sí mismo.

Desde los derechos humanos, la política integral profundiza y prioriza la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana, y reconoce a las personas en riesgo o con consumo de sustancias psicoactivas como sujetos de especial protección estatal. El desarrollo humano se concibe como un proceso mediante el cual se amplían las libertades y oportunidades humanas, a partir de la acción estatal y el reconocimiento y potenciación de las capacidades de las personas, familias y comunidades.

En este sentido, se promueve la comprensión de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y aquellas situaciones asociadas al riesgo, desde una perspectiva de capacidades y oportunidades, orientados hacia la transformación y desarrollo. El abordaje desde los enfoques de género, curso de vida y diferencial, contribuye a la garantía de los derechos orientado al desarrollo humano al visibilizar y promover la transformación de relaciones inequitativas de género, trascender la consideración de la edad como único criterio explicativo del desarrollo hacia una comprensión más holística y procesual del mismo (trayectorias, transiciones, sucesos vitales, efectos acumulativos, ventanas de oportunidad, vidas interconectadas) y el reconocimiento de las particularidades poblacionales y territoriales relacionadas con la diversidad cultural, social e histórica.

De otro lado, el punto cuarto del Acuerdo Final de Paz, que trata acerca de la solución al problema de las drogas ilícitas, establece, dentro de las competencias del sector salud, la creación de un “Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo, que articulará la prevención del consumo y revisará la política existente... (cuyas) acciones estarán enmarcadas en el respeto de los derechos de las personas (incluyendo la no estigmatización de los consumidores y su no persecución penal en razón del consumo)...” y que “Se pondrá en marcha un Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas que incluya acciones de rehabilitación e inserción social. El análisis de género muestra precisamente como se acrecientan las actitudes discriminatorias hacia las personas que consumen drogas, en particular a las mujeres y personas LGTBI, por ejemplo: el caso de una mujer consumidora que está en el contexto de la prostitución recibe mayor discriminación y es sujeta de todo tipo de violencias.

A partir de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – 2019³ que, por primera vez incluye preguntas de orientación sexual e identidad de género, en el país se podrá realizar una aproximación de enfoque diferencial. Según la encuesta, la muestra efectiva fue de 49.756 personas que representan cerca de 24 millones de personas entre 12 y 65 años, cuya distribución por sexo señala que el 51,8% son mujeres y el 48,2% hombres. Así mismo, el porcentaje de encuestados que se auto identifica como lesbiana, gayo bisexual en la encuesta es del 1,2%.

Ahora bien, con los resultados de la encuesta, desde el Observatorio de Drogas de Colombia, se adelantó el análisis integral y la consolidación del estudio de consumo de sustancias psicoactivos 2019, en donde además de presentar los diferentes indicadores de consumo de sustancias discriminados por sexo, más adelante se podrá profundizar en el análisis de las nuevas variables incluidas.

4. ALCANCE

Facilitar la adopción de prácticas basadas en la evidencia que permitan a los agentes del sector salud desde el trabajo territorial sinérgico la reducción del estigma y la discriminación hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género, de diversidad sexual y de identidades de género diversas.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Definir orientaciones técnicas dirigidas a los actores del sector salud para la promoción y adopción de prácticas que, desde una perspectiva de género, respete la diversidad sexual y de identidades de género diversas de las personas consumidoras que incidan en la búsqueda y acceso oportuno a los servicios de salud, sin el miedo a sufrir rechazo o violencias.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Brindar elementos conceptuales y operativos para reflexionar alrededor del estigma y la discriminación hacia las personas que consumen sustancias psicoactivas, sobre la vulneración de derechos que representan y los efectos que generan en las personas y familias.
2. Brindar orientaciones a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, a la comunidad en general y a los medios de comunicación, para participar de manera activa con aportes concretos en la implementación de acciones para la reducción del estigma en relación con las personas que consumen sustancias psicoactivas, principalmente mujeres y personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 ENFOQUES

El presente documento se enmarcan en declaraciones, pactos y acuerdos firmados por el estado colombiano, como la declaración universal de los derechos humanos (1948) y el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, que plantea la integralidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos y que en particular en salud establece en la observación general 14, del artículo 12 que: “la realización efectiva que tienen los sujetos al disfrute pleno de sus vidas en condiciones adecuadas en los contextos específicos en que se desenvuelven, lo que implica el reconocimiento de la dignidad humana. Para el logro de ésta se requiere la interrelación e interdependencia del derecho a la salud con otros derechos como la educación, la alimentación, el vestido, el trabajo, la vivienda y la participación¹²

De lo anterior, se deriva la necesidad de acoger el **enfoque diferencial**, reconociendo que las personas y grupos tienen condiciones y necesidades específicas que deben ser consideradas para lograr reducir situaciones de inequidad que dificultan el goce efectivo de los derechos. Reconocer “las condiciones de desigualdad social, económica, cultural, de grupos sociales históricamente marginados, excluidos, que se encuentran en situaciones de desigualdad y/o inequidades manifiestas; lo que requiere de acciones específicas en pos del desarrollo de su autonomía, de su inclusión y de la justicia social, para que puedan acceder en términos de igualdad de oportunidades a los bienes y servicios de los que goza la sociedad general” En el marco del alcance de este documento, principalmente en relación con los servicios de salud.

El enfoque diferencial parte de las necesidades particulares de personas o grupos desde las perspectivas de ciclo vital, género, orientaciones sexuales, pertenencia a un grupo étnico (indígena, afrodescendientes, ROM), posición socioeconómica, y de las diferentes discapacidades, tanto físicas como mentales para generar respuestas acordes con dichas necesidades y cumplir con el principio de igualdad. Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona, en los diferentes momentos del curso vital y en distintos contextos culturales.

Esta conjunción de situaciones que generan vulnerabilidades simultáneas en una misma persona corresponde a lo que se ha denominado enfoque interseccional entendido como el análisis de características poblacionales de opresión o privilegios que interactúan o convergen en los sistemas sociales. Este enfoque vincula en el mismo sujeto de derechos a lo largo sus trayectorias vitales, las condiciones de vida con las posiciones de los



distintos actores sociales: socioeconómico, género, orientación sexual, etnia e identidad cultural, ubicación geográfica, condiciones físicas y mentales¹³.

Así pues, el enfoque interseccional busca detallar las vulnerabilidades para reconocer sus múltiples dimensiones en la lectura comprensiva del sujeto que supera las necesidades específicas para adecuar, ampliar e integrar la respuesta social. Desde este enfoque, la Organización Panamericana de la Salud, desde 2013 en su *serie de orientaciones para la prevención de la violencia*¹⁴, ha incluido el reconocimiento de situaciones de estigma y auto-estigma que llevan a las mujeres, que tiene consumo problemático, a no reconocerlo como tal y a no buscar ayuda; así mismo las mujeres víctimas de explotación sexual y trata de personas son inducidas al consumo; una mujer que consume algún tipo de sustancia tiene mayor riesgo de ser víctima de violencia sexual y feminicidio por los efectos de las sustancias en su capacidad psicomotora y para la toma de decisiones. Por situaciones como estas se deben abordar las consecuencias de las violencias y el consumo de manera integral.

Teniendo en cuenta la complejidad de lo descrito en el párrafo anterior, se aclara que las intervenciones en este sentido serán desarrolladas más adelante en el documento de *Lineamiento nacional en salud mental para niñas y mujeres víctimas de violencias por razones de sexo y género*, que se encuentra actualmente en construcción por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

6.2 CONCEPTOS CLAVE

El estigma hace referencia a construcciones culturales negativas hacia personas y grupos específicos, a través de las cuales se les asignan aspectos que deben ser controlados, excluidos o eliminados de una sociedad o comunidad. Cuando esta construcción negativa es interiorizada por la persona o comunidad que recibe el “estigma o marca”, se denomina auto-estigma. Lo anterior limita el ejercicio de sus derechos, afecta su calidad de vida y repercute en su familia, comunidad y redes de apoyo.

De tal manera, nos apoyamos en autores como Marcelino López y sus colaboradores¹⁵ quienes han apelado a la psicología social para explicar la coexistencia del estigma público o social (de la población general o mayoría), y el auto-estigma (relativo a las personas estigmatizadas) que se desarrolla como consecuencia del primero una vez es interiorizada por la persona estigmatizada.

Según estos autores, el estigma público o social, surge básicamente de la forma en que se clasifican o categorizan culturalmente personas, grupos, comunidades o cosas las cuales habitualmente comparten rasgos diferentes en el comportamientos, estilos y formas de vida, etnia, cultura, religión categorías raciales, creencias, orientación sexual e identidad de género entre otros, los cuales se definen en términos de antagonismo, “bueno/malo”, “deseable/indeseable” y “aproximable/rechazable”. Se configura básicamente por la interacción de los siguientes tres componentes:

1. Estereotipos: conjunto de creencias que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social, comportamientos o creencias y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo.
2. Prejuicios: predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.
3. Discriminación: Hace referencia a las conductas de rechazo o de vulneración a los derechos (por acción u omisión) de personas o instituciones hacia las personas o grupos estigmatizados que producen exclusión social.

Estos tres procesos ocurren en personas, actores institucionales y comunitarios de un territorio; están íntimamente relacionados y se refuerzan mutuamente, de esta manera los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta.



Por otro lado, el proceso de estigmatización, a través del cual se asocia el complejo tramado de actitudes, antes descrito, a personas o grupos concretos, supone un conjunto de pasos mas o menos sucesivos que López y colaboradores¹⁶ describen de la siguiente manera:

1. “La distinción, etiquetado e identificación de una determinada “marca” que afecta a un grupo de personas.
2. La asociación a las personas etiquetadas, en función de creencias culturales prevalentes.
3. Su consideración como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”.
4. Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza).
5. La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas.
6. La existencia de factores o dimensiones estructurales, relacionadas con asimetrías de poder.”¹⁰

De tal manera, las ideas prejuiciosas en las que se basan el estigma y la discriminación llevan con frecuencia a que las personas hagan o dejen de hacer acciones que impactan los derechos de los sujetos estigmatizados. Por ejemplo, se niegan servicios de salud; para el ingreso laboral o educativo se exigen pruebas de VIH, de sustancias psicoactivas, de embarazo; se restringe la libre movilización, o no le permiten la toma de decisiones entre otros. Esta violación de los derechos genera un impacto negativo en los individuos, sus familias, e incluso en la sociedad, al reforzar las condiciones que favorecen y crean los contextos de vulnerabilidad.

Finalmente, como resultado nocivo de lo anterior sobre la autoestima y la conducta personal y social de quienes son estigmatizados, surge el “auto-estigma” en la medida en que las personas estigmatizadas asumen como efectivamente propios los estereotipos negativos que le han sido imputados por la mayoría de la población (Por ejemplo: peligrosidad, incapacidad e incurabilidad).

Es así como la auto-estigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autovaloración, favoreciendo el aislamiento y los diferentes riesgos asociados a este, por ejemplo: pérdida de oportunidades educativas y laborales, exposición a violencias, presencia y evolución de enfermedades que se quedan sin diagnóstico y/o tratamiento, dificultad para pedir ayuda derivando en deterioro físico y mental e incluso la muerte.

Por lo anterior, como una expresión de protección física, emocional y social, las personas con problema o trastorno mental y/o consumo de sustancias psicoactivas y/o orientación sexual diversa tienden a disfrazar o negar esos atributos que son devaluados por la sociedad pero que de alguna manera pueden mantenerse ocultos.

Estigma, discriminación y consumo de sustancias desde un enfoque de género

Como se mencionó anteriormente, el consumo de sustancias psicoactivas, así como el estigma y discriminación que sufren las personas consumidoras, no pueden abordarse en abstracto, ni puede definirse de manera universal, porque son fenómenos que cobran características específicas con base en las diferencias de clase, género, raza, edad y los contextos geopolíticos y culturales particulares de las personas. A continuación, presentamos una aproximación a estos fenómenos desde una perspectiva de género, es decir, que tiene en cuenta la manera en que el consumo y el estigma y la discriminación están inscritas en el sistema de género, y cómo esto hace que afecte de manera diferente a grupos específicos de personas.

El género es un sistema de organización social que opera a través de lógicas que establecen diferencias binarias entre lo femenino y lo masculino, que asignan roles y características específicos para lo uno y lo otro, y establece unas relaciones de poder que subordinan lo femenino a lo masculino, con base en las cuales se le otorga un lugar social a las personas de acuerdo con las características sexuales con las que nacen (es decir, si nace con caracteres sexuales femeninos se le considera mujer y si nace con caracteres sexuales masculinos



se le considera hombre). Esta forma de organización impone entonces expectativas sociales diferentes para hombres y mujeres, expectativas que se expresan en los estereotipos de género como, por ejemplo, el estereotipo de que las mujeres cuidan de la familia, mientras que los hombres proveen para la familia.

Cuando las personas no encajan en los roles que la sociedad impone dentro de este sistema de organización de género, es decir, cuando las personas trasgreden lo que los estereotipos de género definen para ellas, se genera una sanción social, que se traduce, entre otras, en el estigma y discriminación por motivos de género. Las personas LGBTI sufren constantemente de estigma y discriminación por motivos de género, así como también aquellos hombres y mujeres cisgénero y heterosexuales que no se comportan de acuerdo con los mandatos del sistema de género (por ejemplo, la niña a la que llaman 'marimacha' porque no sigue las normas de comportamiento delicado que se impone a las niñas).

Comprender el consumo y su relación con el estigma y la discriminación hacia personas consumidoras desde un enfoque de género implica entender que el uso de sustancias psicoactivas, como fenómeno social, no está por fuera del sistema de género. El consumo, y su relación con el estigma y la discriminación, tienen características diferentes de acuerdo con el lugar social que el sistema de género le impone a cada persona, y a si la persona 'encaja' o no con este lugar social.

A continuación, se explica la manera en que el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas es entendido socialmente dentro del sistema social de género, y las consecuencias de esto en el estigma y la discriminación hacia las personas consumidoras. En otras palabras, se mostrará que el consumo tiene un lugar generizado en el imaginario de las personas, y en consecuencia tiene efectos más graves cuando quien consume es mujer o perteneciente a la población LGBTI.

La imagen dominante: el consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno masculino

Estudios sobre las representaciones sociales sobre las personas con consumos problemáticos y no problemáticos de sustancias psicoactivas y los efectos que estas representaciones tienen sobre ellas y su identidad^{17,18} han mostrado que la imagen dominante las define como fenómenos masculinos, y describen cómo este imaginario se ha entendido por años como el estereotipo general de la drogodependencia y el consumo, sin poner atención a que se trata de un estereotipo generalizado, que aplica específicamente a cierto tipo de hombres.

Dichos estudios encontraron que la drogodependencia se asocia con imágenes de hombres con deterioro físico evidente, flacos, demacrado, enfermos y portadores de infecciones transmisibles como el VIH. Se asocia también a hombres con comportamientos violentos, involucrados en la delincuencia, problemas con la justicia y prisión, que viven en situaciones de exclusión y marginalidad extrema, en la que la carencia de relaciones y familia son frecuentes y la situación de calle habitual. El estereotipo también los ubica como personas faltas de voluntad y carácter, que no salen de sus adicciones porque no tienen la fuerza para ello, y que además son mentirosos y manipuladores. Otro elemento que forma parte del estereotipo de las personas drogodependientes es que son personas adultas, usualmente entre los 35 y los 55 años.

Este estereotipo general admite matices asociados tanto a la clase social como a la capacidad adquisitiva y el tipo de sustancia consumida. La identificación negativa de las personas drogodependientes deriva de la diferenciación entre dos "tipos de sujeto", "el ciudadano "normal y formal" y el sujeto marginal, al primero se le atribuye todo lo bueno y se le perdonan pequeños deslices (como puede ser el tráfico de drogas o la prescripción abusiva de fármacos), porque forman parte del sistema social, por otro lado, al sujeto marginal, en este caso el "drogadicto", se le atribuye todo lo malo sin concedérsele ningún valor positivo"¹³ Mientras que el ciudadano normal consume "drogas blandas", asociadas con las clases sociales altas, el sujeto marginal consume "drogas duras", asociadas a las clases sociales desfavorecidas y a la destrucción de familias y comunidades. Como lo explican Cantos y Molina ¹⁷ "la clase social sirve como excusa para diferenciar entre buenos y malos



consumidores problemáticos, estando representados en los primeros las personas de clases favorecidas. La representación social de las personas con problemas de consumo y clase social desfavorecida está más estigmatizada y castigada que la de las personas de clase social favorecida con la misma dificultad. La variable *clase social* permite distinguir dos tipos de seres humanos cuyas conductas, pensamientos y emociones no son juzgados de la misma manera.”.

Los imaginarios descritos incluyen, además de la generización del consumo de SPA como un fenómeno masculino, una carga importante de clasismo y edadismo que oscurece gravemente la comprensión del fenómeno del consumo (problemático o no problemático). Por un lado, la identificación de la drogodependencia como un fenómeno adulto como contracara de la aceptación del consumo en la etapa juvenil, el cual se ha normalizado la utilización de SPA incluso si se llega a estados de consumo excesivo particularmente los fines de semana, lo cual se ve como un hecho normal de transición a la edad adulta, lo cual hace que se invisibilicen los consumos problemáticos en niños, adolescentes y jóvenes¹⁷. Por otro lado, se ha identificado que el estereotipo que asocia la drogodependencia con clases menos favorecidas, un deterioro físico notorio, y el consumo de drogas “fuertes”, tiene el doble efecto de invisibilizar los casos de drogodependencia en personas que no cumplen este perfil, y de acentuar la vulnerabilidad de las personas habitantes de calle, al asociarlas con el consumo problemático, el estereotipo del “drogadicto” y del “sujeto problemático”¹⁷

La comprensión de la representación social dominante acerca del consumo problemático y no problemático de SPA pasa por entender que se trata de una representación asociada a lo masculino. Es por eso que “[mientras que el consumo de drogas en los hombres es visto como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (excepto en los casos en los que la adicción es grave y tiende a asociarse a conductas violentas y antisociales), en las mujeres es considerado un vicio que supone la estigmatización de la persona y se traduce en un menor apoyo familiar y social”.¹⁸

En efecto, la sociedad define una masculinidad “óptima”, a través de establecer una serie de creencias y valores que se aprenden durante la socialización de género temprana, que comprende estereotipos como los siguientes: “los hombres son racionales, independientes, asumen riesgos, saben que tienen el poder, que ejercen control, que lo deben ejercer, imponer y lograr prestigio al ejercerlo sobre otros, a través de la competencia, la agresividad y la violencia para resolver conflictos, en cuanto debe ser y demostrar que es fuerte y duro, lo contrario significa humillación, lo cual se homologa a lo femenino, o con la emotividad, no ser capaz, poca hombría.”¹⁹

Varios de estos estereotipos representan, por un lado, un riesgo para el consumo de SPA en hombres, porque, en tanto definen la masculinidad, las dinámicas sociales de reafirmación de la propia masculinidad requieren que los hombres estén demostrando que cumplen con dichos estereotipos. Así, por ejemplo, el tomar riesgos como el consumo de sustancias, y el consumir en mayor cantidad que otros hombres, son dos formas habituales de reafirmar la masculinidad.

Por otro lado, la masculinidad está también asociada con el no poder manejar los propios impulsos. Como lo explica Cantos¹⁶, es socialmente aceptado que los hombres se emborrachen, pierdan el control y sean agresivos. Esto, junto con el estereotipo de que la masculinidad implica acudir a la violencia para resolver conflictos, entre otros, están a la base de la idea dominante de la persona drogodependiente como agresiva, viciosa, delincuente y falta de voluntad.

Muchos de los estereotipos anteriormente mencionados asociados a la drogodependencia y el consumo como fenómenos masculinos recaen también sobre las mujeres y personas LGBTI, como por ejemplo el ser carentes de voluntad, mentir, ser irresponsables, o tener enfermedades y deterioro físico. No obstante, estos estereotipos y el estigma y discriminación derivados, toman características diferentes a causa del lugar que ocupan en el sistema de género. Un ejemplo concreto de esto es que, si bien el consumo problemático de sustancias se



identifica con el deterioro físico evidente, en el caso de los hombres se establece una asociación con la delincuencia, mientras que en el caso de las mujeres se le asocia con la prostitución o el uso del cuerpo para conseguir dosis u otros objetivos vitales¹⁷

Para poder abordar la discriminación a mujeres y personas LGBTI consumidoras de sustancias psicoactivas desde un enfoque de género sumado a que el consumo es un fenómeno de naturaleza masculina también es importante tener en cuenta que existen tres formas de relación entre el estigma/discriminación por motivos de género (es decir, el estigma y discriminación que sufren aquellas personas que no se ‘acomodan’ a los mandatos del sistema de género), y el consumo de SPA:

1. En primer lugar, el estigma y discriminación es un factor de riesgo clave para el inicio del consumo de SPA^{20,21,22,23}
2. En segundo lugar, los estereotipos y prejuicios por motivos de género juegan un rol fundamental en darle forma al estigma y discriminación que sufren las mujeres y población LGBTI por consumir sustancias psicoactivas.
3. En tercer lugar, los estereotipos y discriminación constituyen una barrera para que las mujeres y personas LGBTI busquen ayuda, accedan a los servicios de salud, y para la efectividad de los programas de ayuda, y aquí juegan de manera negativa el estigma por motivos de género y el estigma por consumo²⁴

A continuación, se aborda la relación entre el estigma y discriminación por motivos de género a mujeres y población LGBTI y el consumo de SPA, haciendo énfasis en las tres dimensiones mencionadas.

Estigma, discriminación y consumo de sustancias psicoactivas en mujeres

La discriminación que sufren las mujeres consumidoras de SPA no se reduce a las formas de discriminación al consumo mencionadas en la sección anterior de este documento, sino que además están conectadas con la estigmatización y discriminación de género, en tanto el consumo de sustancias constituye una transgresión a los roles de género impuestos por la sociedad.

Como lo explican¹⁸... el uso de drogas sí es compatible con los roles tradicionalmente designados a los hombres y con los mandatos dirigidos a ellos (como ejercer poder y control, asumir riesgos o regular de forma agresiva y violenta). Esto significa que la imagen de las drogodependencias está asociada a lo masculino, no sólo porque la proporción de hombres consumidores y con problemas de consumo es mayor que el de mujeres sino, también, porque las drogas y su consumo son compatibles con el modelo imperante de masculinidad. Asumir riesgos, como el consumo de drogas, por ejemplo, es intrínseco a la masculinidad, mientras que es “impropio” de la feminidad o lo asociado tradicionalmente a las mujeres y lo femenino.”¹⁸

Los mandatos y estereotipos de género expresan lo que una sociedad espera de las mujeres, y cuando una mujer se sale de los roles que le imponen estos estereotipos (por ejemplo, consumiendo SPA), la sociedad la estigmatiza, y le impone una imagen indeseada que implica prejuicios y segregación como una manera de castigarla. Esto explica por qué la estigmatización y discriminación que asocia el sentimiento de vergüenza y culpa por no “cumplir los roles que les son propios” es mayor en las mujeres usuarias de drogas, supone un cuestionamiento a su identidad y valía²⁰.

Una de las principales maneras en que el consumo de SPA como transgresión a los roles de género define el tipo de estigma y discriminación hacia las mujeres consumidoras tiene que ver con el mandato de género de cuidar a las demás personas. Como lo explica Cantos¹⁷



Cuidar de las demás personas, se convierte en un pilar básico de la socialización de las mujeres y hace que los roles de cuidado formen parte de la identidad asociada a lo femenino, entendiéndose éste como una cuestión propia y natural en las mujeres... Como consecuencia de esta socialización en el cuidado, las mujeres sienten mayor responsabilidad sobre el estado de salud bio-psico-social de las personas que les rodean confiriéndoles un papel central en la familia y su bienestar... Además, el cuidado les obliga a ser responsables, “maduras”, “centradas” o receptivas, cualidades todas ellas atribuidas y esperadas en las mujeres.

Socialmente se asume que el consumo de SPA (sea o no un consumo problemático) es incompatible con el cuidado de las demás personas. Esto se asocia con estigmas hacia las mujeres como poco responsables, poco aptas para el cuidar de sus hijos/as y familias, y malas mujeres.

Este tipo de estigmas tienen fuertes efectos materiales:

1. Estudios realizados sobre hombres y mujeres que se encuentran en las mismas situaciones de consumo, evidencian que para el caso de las mujeres es más frecuente el retiro de la custodia de los hijos, situación que evidencia la perspectiva sexista y el castigo social que recae en mayor medida sobre las mujeres²⁵
2. Las familias las abandonan más al entrar en procesos de rehabilitación porque ellas no pueden seguir cumpliendo su rol de cuidadoras.
3. Algunos estudios²⁶, reportan altos porcentajes de mujeres que durante su embarazo recibieron tratos discriminatorios por parte del personal médico por consumir SPA, y que además fueron víctimas de violencia obstétrica durante sus partos.

Estos tipos de discriminación, y la usual carencia de apoyo social, hacen que las mujeres consumidoras de SPA desarrollen fuertes sentimientos de culpabilidad, lo que lleva a que su consumo se dé al interior del hogar, en secreto, y que tarden más tiempo en pedir ayuda, lo cual aumenta la cronicidad del consumo en esta población.

Una segunda forma en que el consumo de SPA como trasgresión de los roles de género define el tipo de estigma y discriminación hacia las mujeres consumidoras tiene que ver con la biopolítica sobre sus cuerpos y sexualidad. Los principales estereotipos y estigmas asociados con esto son los siguientes de acuerdo con Cantos y Molina¹⁸:

1. Que el consumo de drogas desinhibe a las mujeres, hay más excitación sexual, las dispone a tener encuentros sexuales, también se vincula con baja protección y autocuidado. Se dejan hacer cosas, les gusta.
2. El consumo las hace adoptar conductas que ponen en peligro su integridad física y emocional, que es un acto irresponsable. Los que ven a una mujer bajo el efecto de sustancias sienten que es fácil lograr lo que quieren de ella.
3. Las mujeres consumidoras usan su cuerpo y sexualidad para lograr ciertos objetivos vitales, y que además se vinculan a la prostitución y a la ilegalidad.

Estos estereotipos sumados a los tradicionales de género, como por ejemplo que las mujeres de bien no muestran su deseo sexual, pero que en el fondo ellas sí quieren, y que los hombres no pueden controlar sus impulsos, son la justificación para violentarlas sexualmente. Sumado a que las mujeres no deben hacer las mismas cosas que los hombres si no quieren ser abusadas o violadas. Estos estereotipos y estigmas tienen efectos materiales como los siguientes:

1. Aumentan las posibilidades que las mujeres sean víctimas de abusos o violaciones.



2. Pese a la evidencia de que las mujeres son víctimas de abuso sexual, se las representa como responsables de esos abusos, culpabilizándolas por estar “donde no debían estar”, por haber consumido una sustancia legal o ilegal y en consecuencia “haberse buscado la violación”, justificando así la cultura de la violación. Todo esto hace que las mujeres desarrollen autoestigma y que la culpabilidad no les permita buscar ayuda.
3. Se ve la explotación sexual o la situación de prostitución como algo natural o como elección de la mujer, invisibilizando el lugar que juega su situación de la falta de acceso a bienes y recursos en ello (vivienda, trabajo, salud, protección social, redes familiares y sociales).

Los mandatos de género hasta aquí mencionados, así como las formas de discriminación por motivos de género, deben ser tenidas en cuenta para poder realizar intervenciones para la reducción del estigma y discriminación hacia las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas. Adicionalmente, resulta clave hacer características de cuáles son los mandatos y estereotipos de género en los territorios particulares que se va a trabajar, para poder entender cómo se comporta la discriminación hacia las mujeres consumidoras, y diseñar estrategias de intervención pertinentes.

Estigma, discriminación y consumo en personas LGBTI

La diversidad sexual es un 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, asociadas a la sexualidad en sus dimensiones biológica, psicológica, social y cultural. Desde una dimensión política, el término se suele aplicar a las orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, con el fin de hacer visible las desigualdades que histórica y culturalmente han sido la base para el estigma y la discriminación.

Existe una extensa literatura que documenta los altos índices de consumo de SPA en la población LGBTI, y que correlaciona este fenómeno con el estrés y discriminación que experimentan las personas LGBTI al vivir en una sociedad que es intolerante ante la diversidad sexual y las identidades de género diversas (RIOD, 2019, Huges and Eliason, 2002; Weber, 2008; Meyer, 2003). Concretamente, la literatura coincide en que el estrés derivado del bullying, la discriminación, las dificultades familiares y los problemas de salud naturales de una sociedad que discrimina a la población LGBTI, pueden convertirse en factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas^{22,23,27}

Es fundamental tener en cuenta que las formas de estigma y discriminación que viven las personas LGBTI difieren no sólo en función de si la persona es lesbiana, gay, bisexual, trans, o intersexual, sino también en función de sus condiciones sociales y marcadores de diferencia (clase, raza, edad, etc.). Aunque en Colombia existen numerosos informes sobre la vulneración de derechos en la población LGBTI (principalmente generados por organizaciones sociales), no se hallaron estudios que correlacionen directamente el consumo de sustancias en población LGBTI con el estigma y discriminación que sufre esta población por motivos de género. Es fundamental que Colombia desarrolle sus propios estudios, para que el estigma y discriminación hacia personas LGBTI consumidoras puedan ser abordados con base en la evidencia local. A continuación, se presenta algunas de formas de discriminación por motivos de género que contribuyen al inicio del consumo y a un consumo sostenido de sustancias psicoactivas en personas LGBTI, que se basa en estudios realizados en otros países¹².

28, 29

- **Problemas legales:** la revelación de la orientación sexual y/ o identidad de género de una persona puede ocasionar problemas de empleo, negación de vivienda y pérdida de la custodia de los hijos.
- **Accesibilidad:** debido a la homofobia / transfobia y la discriminación, algunas personas de LGBTI pueden tener dificultades o sentirse incómodas para acceder a los servicios de tratamiento.
- **Familias de origen:** la respuesta de la familia de origen a la revelación de una identidad de género y/ o minoría sexual puede tener efectos devastadores en un individuo. Los problemas no resueltos con la



familia de origen pueden actuar como desencadenantes emocionales tanto del uso inicial de sustancias como de las recaídas.

- **Problemas de salud:** las personas LGBTI pueden enfrentar una variedad de problemas de salud adicionales, como trastornos de salud mental concurrentes, tendencias suicidas, TEPT, VIH / SIDA, infecciones de transmisión sexual, hepatitis y otras lesiones que aumentan el riesgo de consumo de sustancias como medio de automedicarse.
- **Problemas culturales:** las personas de LGBTI de origen étnico o de minorías raciales pueden enfrentar desafíos adicionales para hacer frente a su orientación sexual y/o su identidad de género debido a las tradiciones, valores y normas culturales.
- **Creación de un tejido social propio:** la discriminación a menudo ha llevado a las personas de LGBTI a crear su propio “tejido social”²⁸ es decir, a buscar espacios más seguros, como lugares de ocio y barrios donde vivir en donde experimenten menos discriminación. En relación con esto, es fundamental destacar que los espacios de socialización que comúnmente están disponibles para las personas LGBTI incluyen bares o clubes donde el alcohol y las drogas a menudo juegan un papel destacado. Actualmente, se cuentan con otras posibilidades o alternativas libres como cafeterías, librerías y clubes en las que no se socializa alrededor de SPA, no obstante, no son a generalidad²⁹

La discriminación por motivos de género es también una barrera para que las personas LGBTI accedan a los servicios y/o se mantengan en los tratamientos. Por ejemplo, es común que las personas transgénero tengan experiencias negativas con los servicios médicos y de salud mental, no sólo porque el personal de atención les discrimina por motivos de su identidad de género, sino también porque las instituciones suelen tener formas de identificar a los usuarios y a asignar las atenciones que son transexcluyentes. El estrés psicológico de las disparidades en el acceso a la atención médica que experimentan las personas transgénero puede a su vez exacerbar la salud mental ya comprometida, incluido el uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento, y la falta de atención médica afirmativa disponible puede evitar que las personas de minorías de género busquen y/o reciban la atención necesaria por abuso de sustancias.

Adicionalmente, los entornos de tratamiento inseguros, operados por profesionales que carecen de la conciencia, la educación y la capacitación para el abordaje del consumo desde una perspectiva de género, en el que las personas LGBTI pueden ser objeto de comentarios y trato homofóbicos/transfóbicos, fomentan el abandono del tratamiento por parte de esta población. Además, sin sentimientos de seguridad en el entorno del tratamiento, es posible que las personas no exploren los componentes críticos de su consumo de sustancias²⁹

7. ASPECTOS CLAVES PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBTI

Como se ha descrito hasta ahora, la presión sociocultural, los estereotipos, los prejuicios y el estigma sobre las personas que se identifican como lesbianas, gais, bisexuales, trans o intersex influyen de manera importante en su “estado de salud”. Estos factores pueden generar condiciones que causan o exacerban ciertas enfermedades, activan procesos de estrés, y generan aislamiento social, disminución en la calidad general de vida, pérdida de autoestima y depresión; también, pueden afectar el curso clínico de algún problema de salud, por ejemplo, limitando o dificultando las oportunidades de acceder a bienes y servicios de salud¹⁶

En muchos casos, los prestadores de servicios de salud reproducen prejuicios sobre las personas LGBTI que afectan de forma negativa el acceso, calidez y calidad de la atención en salud que estas personas reciben. Muchas veces, estos prejuicios operan de manera automática, espontánea y no deliberada por lo que se cometen actos de discriminación que, sin notarlo, afectan el cuerpo, el bienestar y la vida de personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas.

La forma en que los prejuicios, el estigma y la discriminación en los servicios afectan la salud varía de acuerdo con la orientación sexual y la identidad de género. Por esta razón, es importante conocer los principales



problemas de la atención en salud de las personas LGBTI asociados con los prestadores de servicios y con la percepción que estas tienen de dichos servicios, con el fin de evitarlos al atender a los individuos pertenecientes a esta población, garantizando la calidad y calidez de los servicios provistos en el marco de los derechos humanos¹⁴. Esto supone que, para una atención integral en salud, los actores que intervienen en dicha atención tienen la obligación ética de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención a la población LGBTI, respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial. salud (Link y Phelan, 2001; Stuber et al. 2008).

Un modelo de atención en salud puede entenderse como “una construcción de un sistema organizado de prácticas e ideas (susceptible de ser replicado) y que cuenta con grados diversos de consenso social para su implementación, validando determinadas prácticas y descartando otras a partir de determinados criterios”³⁰. Las prácticas e ideas que sustentan un modelo de atención en salud pueden ser excluyentes y discriminatorias (Modelos no afirmativos) o incluyentes y respetuosas de los derechos humanos (Modelos afirmativos). Ambos modelos se describen a continuación:

Modelos no afirmativos o excluyentes: Se sustentan en una serie de prácticas o ideas excluyentes o discriminatorias y en prejuicios con cierto grado de consenso social, contra los derechos fundamentales de las personas” Estos pueden ser argumentados desde diferentes perspectivas, como las siguientes:

1. No existen criterios claros de atención a personas con identidades de género u orientaciones sexuales no mayoritarias.
2. Se interpreta de manera arbitraria lo que significa el respeto a la privacidad.
3. Los lineamientos para la provisión de servicios no toman en cuenta las implicaciones y necesidades asociadas a la identidad de género y la orientación sexual de las personas.
4. Hay temor a preguntar al no saber cómo reaccionar o responder como profesional de la salud.

Dichos modelos excluyentes generan los siguientes problemas:

1. Barreras de acceso a la salud
2. Atención deshumanizada
3. Afectación a la salud integral

Modelos afirmativos: Se sustentan en prácticas e ideas incluyentes y respetuosas de los derechos humanos¹⁴, en estos se pueden identificar las concepciones que prevalecen sobre las personas LGBTI y sobre sus derechos, así como los valores y supuestos que se establecen como principios orientativos y explicativos de los principios de salud-enfermedad, cura y estilos de vida de esta población. Sin embargo, las concepciones y principios muchas veces no son conscientes ni las implicaciones han sido analizadas, lo cual sustenta y legitima decisiones sobre el cuerpo y la salud de las personas identificadas como LGBTI.

Las acciones afirmativas también conocidas como discriminación positiva, es el “término que se da a una acción que pretende establecer políticas de carácter temporal, que dan a un determinado grupo social minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, un trato preferencial en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios, así como el acceso a determinados bienes”¹⁵.

Desde los modelos afirmativos que implementan este tipo de acciones en el caso de la atención en salud a la población LGBTI, se ha generado un debate en torno a si conviene tener servicios especializados y segregados para esta población o si resulta más pertinente que los servicios de salud universales se capaciten para brindar servicios respetuosos, amigables y sensibles a las personas LGBTI¹⁴.

Como el objetivo es mejorar la salud y bienestar de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas y compensarlas por los prejuicios y la discriminación de las que han sido víctimas,



consideramos que los servicios universales de salud deben hacer los ajustes a los formatos, espacios y protocolos, así como las capacitaciones y sensibilizaciones pertinentes al personal para atender las necesidades particulares de la población LGBTI.

En este sentido, como prestadores de servicios de salud bien sea en roles administrativos o asistenciales se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las personas en la “primera línea” de un determinado servicio son actores clave, ya que su actitud será considerada un reflejo de la calidad global del servicio²²
- La empatía, la sensibilidad, el tacto y el respeto son habilidades y actitudes necesarias que todos los proveedores de servicios deben desarrollar y poner en práctica al interactuar con cualquier usuario³¹
- Puede ser que un porcentaje importante de las personas que se atienden no sean heterosexuales²²
- Los cuerpos que se perciben a simple vista como femeninos o masculinos puede que no correspondan necesariamente con personas que se identifican como hombres o mujeres. Es decir, puede tratarse de personas trans o con experiencia de tránsito de género¹⁴.
- Las características de las personas pueden variar, así como la forma en que estas se identifican respecto a su sexualidad y género a lo largo de la vida, pero sus prácticas (entre las que se encuentran las prácticas sexuales), conllevan implicaciones de orden sanitario, que el talento humano en salud debe tomar en cuenta para emitir un buen diagnóstico o tratamiento¹⁴.

8. ORIENTACIONES PARA LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN A PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas de 2019, precisa la importancia de la materialización de un conjunto de acciones coordinadas, específicas y que atiendan sin estigma y discriminación las necesidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género.

Este apartado, considerando los resultados de la evidencia disponibles, propone conjunto de orientaciones indicativas que, en el marco de sus competencias, los agentes del sistema de salud, en coordinación con otros sectores del territorio les permitirá el reconocimiento de las necesidades y la respuesta diferenciada en la atención integral en salud de esta población.

En este orden de ideas, se plantean acciones para el sector salud desde la gestión de la salud pública, la gestión de las intervenciones colectivas, el rol de las empresas administradoras de los planes de beneficio y en particular, de los prestadores de servicios de salud. De otra parte, se plantean orientaciones para la comunidad y para los medios de comunicación como actores claves en el mantenimiento o transformación de este tipo de prácticas en la sociedad.

8.1 ENTIDADES TERRITORIALES EN SALUD

8.1.1 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Desde el marco de competencias sectoriales en salud definidas en la resolución 3280 de 2018, es fundamental que las entidades territoriales puedan avanzar, con el fin de eliminar prácticas de estigma y discriminación en aspectos relacionados con:

1. Caracterización y análisis de los factores poblacionales, sociales, económicos, políticos, familiares y comunitarios, que pueden estar relacionados con comportamientos estigmatizadores dirigidos a personas con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, por condiciones de género.



2. Definir un conjunto de acciones e incorporación, tomando como insumo, la caracterización y análisis realizado, en plan territorial de salud, de los consejos departamentales salud mental y los comités de drogas, consejos seccionales de estupefacientes, de los Consejos Departamentales o Municipales de Política Social y los planes integrales de seguridad y convivencia ciudadana entre otros, orientadas a transformar los factores que se asocian con la presencia de comportamientos estigmatizadores hacia las poblaciones con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.
3. Establecer acuerdos de gestión con las EAPB e IPS, para la identificación de riesgo y garantizar el acceso integral a los servicios requeridos con enfoque de género a las personas que consumen sustancias Psicoactivas.
4. Participar en escenarios intersectoriales locales en los cuales se realiza la gestión de las políticas públicas, planes, programas, proyectos y estrategias en materia de igualdad de género, que se materialicen en la implementación de estrategias para la configuración de espacios seguros e inclusivos, con actores como Organizaciones No Gubernamentales, sector educación, sector gobierno, defensoría del pueblo, personerías e ICBF, entre otros.
5. Implementar un plan de desarrollo de capacidades acordado con otros actores departamentales y municipales de salud y de otros sectores en temas relacionados con:
 - La importancia de la salud mental en el desarrollo integral de las personas.
 - La valoración y el análisis de la situación de salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas.
 - La identificación y transformación de factores de riesgos y de protección asociados a los problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.
 - Atención con calidad y humanización en salud mental.
 - Derechos de las personas con trastornos mentales y que consumen sustancias psicoactivas.
 - Identificación y transformación de imaginarios y representaciones sociales orientados a la eliminación de estigma y discriminación hacia las personas que consumen sustancias.
6. Articular con la academia, los gremios y organizaciones de la sociedad civil, entre otros, el desarrollo de estudios e investigaciones para el cierre de brechas en la atención en salud por razones de género.
7. Incluir en la gestión de la política, el desarrollo y seguimiento de la respuesta sectorial a las personas que consumen sustancias psicoactivas con enfoque de género acogiendo la Resolución 2063 de 2017 sobre participación social en salud.

8.1.2 GESTIÓN DE PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

1. Incorporar en los instrumentos de planeación territorial (Plan territoriales de salud, Plan de Salud Mental, Plan de Drogas, Plan Integral de Convivencia y seguridad ciudadana, entre otros) acciones de información, comunicación y educación, tales como: foros, simposios, talleres, piezas comunicacionales, entre otros, con organizaciones de mujeres y población LGTBI, gremios, asociaciones de usuarios, organizaciones juveniles y comunitarias, orientadas a:
 - Transformar creencias y representaciones sociales en la comunidad, talento humano en salud y de otros sectores, asociadas a las personas que consumen sustancias psicoactivas.
 - Informar sobre derechos y deberes en salud para las personas que consumen sustancias psicoactivas, orientándolas para su exigibilidad con los diferentes actores.



- Sensibilizar sobre la necesidad de realizar ajustes en los servicios, los espacios, los horarios, formatos de registro de información, y otros administrativos e infraestructura atendiendo a las necesidades particulares de las personas convocadas a las actividades de los diferentes sectores, con enfoque de género.
 - Desarrollar capacidades en el talento humano de los diferentes sectores para la atención respetuosa y digna de todas las personas en atención a su condición humana y con enfoque de género.
 - Desarrollar capacidades en las personas que consumen sustancias psicoactivas para la transformación de prácticas de auto estigma.
2. Fortalecer redes socio-institucionales y comunitarias en el territorio, que atiendan las necesidades diferenciales de las personas que consumen sustancias, las cuales favorecen la inclusión social efectiva a partir de sus necesidades e intereses.
 3. Informar a la comunidad en general la oferta social y en salud disponible con enfoque de género en el territorio, para la materialización efectiva de sus derechos, la atención de sus necesidades y se oriente sobre los mecanismos de acceso.
 4. Fortalecer capacidades en actores del sector salud, sociales y comunitarios para la implementación de procesos de identificación temprana de riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas e intervenciones breves, canalización a los servicios de salud, seguimiento y apoyo a la adherencia al tratamiento.
 5. Incluir en la implementación del plan de intervenciones colectivas (acciones, tecnologías, y herramientas) los procesos de detección temprana de factores de riesgo y factores protectores y acciones de protección específica para personas LGBTI, mujeres y hombres que consumen sustancias psicoactivas, así como, procesos de educación y comunicación orientados al reconocimiento de la oferta para la atención de sus necesidades.

8.1.3 EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD.

1. Identificar las necesidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas con enfoque de género en los procesos de caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud.
2. Incorporar en el Modelo de atención el enfoque de género para las personas que consumen sustancias psicoactivas.
3. Gestionar la garantía de la atención integral en salud mental con enfoque de género.
4. Desarrollar capacidades del talento humano en salud, administrativos, vigilancia y servicios generales, entre otros, de la red de prestadores de servicios, orientadas a:
 - Transformar creencias y representaciones sociales, asociadas a las personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género.
 - Informar sobre derechos y deberes en salud para las personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género, orientándolas para su garantía.



- Sensibilizar sobre la necesidad de la adecuación de los servicios, los espacios, los horarios, formatos de registro de información, y otros administrativos e infraestructura, atendiendo a las necesidades particulares de los usuarios, con enfoque de género.

8.1.4 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

1. Realizar procesos de capacitación del personal que atienden los servicios de salud (repcionistas, guardias de seguridad, personal de limpieza facturadores, personal administrativo, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, odontólogos y los demás profesionales en salud), orientados al reconocimiento de los derechos, características, particularidades y necesidades de atención en salud de las personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género.
2. Establecer dentro de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad aspectos relacionados con el servicio humanizado y el uso del lenguaje inclusivo, no estigmatizante y no sexista, así como, comportamiento respetuoso, al relacionarse con las personas usuarias, a fin de garantizar la materialización efectiva de sus derechos.
3. Realizar estrategias de comunicación y educación dirigida al personal de los servicios de salud y las personas usuarias, con el fin de promover una relación empática entre personas atendidas y personal de salud, que permita el autorreconocimiento de la identidad de género y orientación sexual, garantizar la humanización de los servicios de salud.
4. Revisar para su adecuación, si así se requiere, de los servicios de salud, teniendo en cuenta:
 - Disponibilidad de los programas y servicios de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de género, favoreciendo la equidad en el acceso y la permanencia.
 - Horarios flexibles para la atención en salud, que respondan a las particularidades para las personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género, incluyendo horarios en fines de semana o nocturnos.
 - Activación de procesos y procedimientos que permitan la atención con calidad y de forma segura, de las víctimas de violencias de género.
 - Incorporación en los planes de tratamiento, acciones de información, comunicación y educación en salud orientadas a abordar el concepto de estigma y cómo esto influye en la recuperación de la persona y en su familia, así como los mecanismos para transformar prácticas que puedan estarse presentando al interior de las familias y, sobre derechos y deberes en salud.
 - Fortalecimiento de los procesos de canalización y trabajo en red con otros servicios en salud y sociales presentes en la comunidad, orientados a la inclusión social efectiva de esta población.
 - Procesos de educación en salud con todas las personas usuarias y el talento humano en salud para disminuir comportamientos de discriminación o abusos durante la prestación de los servicios de salud.
 - El acceso a material impreso inclusivo y de referencia a servicios para personas usuarias, con enfoque de género (salas de espera, revistas, periódicos, folletos).

8.2 ORIENTACIONES PARA LA COMUNIDAD

1. Participar de manera activa para manifestar sus intereses y expectativas y, contribuir al desarrollo de:



- Procesos locales que, desde el sector salud y otros sectores, en donde se provea información basada en la evidencia con relación a los derechos y deberes en salud, los cuales pueden ser consultados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/Carta-de-derechos-y-deberes-y-carta-de-desempe%C3%B1o-del-afiliado-al-sistema-de-salud.aspx> o en las respectivas páginas web de su EPS.
 - Oferta de programas, proyectos o estrategias en salud sociales específicamente diseñados para la atención de los intereses y necesidades de mujeres, hombres y comunidad LGBTI.
 - Gestión de las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias del sector salud. En particular, usar los mecanismos para la evaluación de los servicios de salud recibidos, y brindar las sugerencias para el mejoramiento de estos (encuestas telefónicas, buzón de sugerencias, correos electrónicos, entre otros).
 - Grupos de interés para la participación ciudadana, veeduría y seguimiento a la implementación de políticas y de acciones tendientes a disminuir y eliminar estigma y discriminación.
2. Proveer información precisa, para:
- El mejor reconocimiento de sus características personales, sociales, familiares y comunitarias, así como de las necesidades de atención en salud, incluyendo aspectos tales como (i) roles en los diferentes entornos (hogar, educativo, laboral, comunitario); (ii) preferencias en la atención en salud, incluyendo horarios en que se le facilita asistir; entre otros, que permita al sector salud aproximarse a entender los intereses y necesidades que en función del género se requiere atender, si se necesita de ello.
 - Informar situaciones de discriminación por razones de género en los servicios de salud por los medios dispuestos sea sugerencias, quejas, reclamos o peticiones.
 - Adoptar prácticas, comportamientos y lenguajes que promuevan la igualdad de género en los aplicando prácticas de no discriminación en las actividades llevada a cabo en la vida cotidiana.
 - A través de los mecanismos establecidos en los servicios de salud, y a partir de lo que las políticas públicas, planes, programas, proyectos y estrategias del sector, establecen para tal fin, exigir una atención respetuosa de los derechos humanos y en las necesidades de atención que emanen de la situación que este presentando, así como de las características propias de las personas que consumen sustancias psicoactivas con enfoque de género.

8.3 ORIENTACIONES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES

En el marco del derecho a la información y la autonomía periodística:

- 9 Diseñar procedimientos a través de los cuales se definan las condiciones a seguir por quienes trabajan en cada uno de los medios para que, a la hora de desarrollar noticias, notas o proveer información relacionada con las personas que consumen sustancias psicoactivas, prime la responsabilidad superior de garantizar el respeto por los derechos humanos de las personas, incluyendo un el uso de lenguaje no estigmatizante/peyorativo hacia estas poblaciones.



- 10 Diseñar y construir códigos éticos y manuales orientaciones nacionales para informar sobre temas sensibles, relacionados con las personas que consumen sustancias psicoactivas.
- 11 Colaborar y acudir a entidades del estado nacional y territorial, instituciones académicas, gremios y del tercer sector que proporcionen información basada en la evidencia respecto al comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas, así como, de los resultados de la política para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.
- 12 Generar espacios en medios de comunicación nacionales, regionales, municipales y comunitarios, en los que se garantice la participación de personas que usan o han usado sustancias psicoactivas para abordar practicas estigmatizantes dirigidas hacia ellos con el fin de coadyuvar a romper estereotipos, a través de acciones de información y comunicación que aborden las necesidades de la población y los mecanismos que están establecido en los sectores sociales y de la salud a nivel territorial para la materialización de sus derechos¹¹.

13 SEGUIMIENTO Y MONITOREO

El sistema de monitoreo y seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención al consumo de sustancias psicoactivas, establece como uno de sus indicadores: **“Número de estrategias para disminuir el estigma y la discriminación en personas que consumen sustancias psicoactivas con enfoque de género, incluyendo población LGBTI”**.

La aplicación en contexto, retomando la experiencia territorial, del conjunto de orientaciones para eliminar el estigma y la discriminación, hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género y población LGBTI, permitirá a los territorios establecer indicadores de proceso al corto plazo, de resultado al mediano plazo y de impacto a largo plazo que den cuenta de cómo se ha ido transformando de manera positiva las situaciones de estigma y discriminación y la vulneración de derechos de las personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género.

De su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud, del orden departamental y distrital con el fin de fortalecer los procesos de definición e inclusión en los planes antes señalados, acciones pertinentes de promoción de la salud, gestión integral del riesgo y educación para la salud que respondan a las características de la población presente en el territorio y a lo que ha planteado en el presente lineamiento, así como, en los mecanismos de reporte de este indicador en el sistema de seguimiento y monitoreo de implementación de las dos políticas.

14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. ASPECTOS DIFERENCIALES EN TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Universidad de Alcalá. Madrid.
2. Oficinas de las Naciones unidas contra las Drogas y el Delito (2020). Resumen ejecutivo informe mundial de drogas 2020, consultado en https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo_Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf
3. Departamento Nacional de Estadística (2020) Encuesta Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas 2019, consultada en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>
4. Observatorio Nacional de Drogas (2016), estudio nacional de consumo en población escolar, 2016, consultado en <http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/6067/Estudio-Nacional-de-Consumo-de-Sustancias-Psicoactivas-en-Poblacion-Escolar-Colombia-2016>



5. Organización Mundial de la Salud (2009) Reduciendo las Inequidades de Salud a través de Acción en los Determinantes Sociales de la Salud, Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
6. La comisión lancet sobre salud mental y desarrollos ostenible (2018), consultado en La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible - The Lancet
7. Departamento Nacional de Planeación (2020). Estrategia para la promoción de la Salud Mental, CONPES 3992 de 2020, consultado en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
8. Departamento Nacional de estadística (2012) Encuesta Nacional del Uso del Tiempo Libre, consultada en Encuesta nacional del uso del tiempo (ENUT) (dane.gov.co)
9. Instituto colombiano de bienestar Familiar (2015) Encuesta Nacional de Situación Nutricional, consultada en ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional | Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF
10. Departamento Nacional de estadística (2015) Encuesta de Cultura Política, consultada en Información histórica encuesta de cultura política (dane.gov.co)
11. Ministerio de Salud y Protección Social (2019) Resolución 089 de 2019, mediante la cual se adopta la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, consultada en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>
12. Balsam, K. F., Molina, Y., & Lehavot, K. (2013). Alcohol and drug use in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adults. En P. M. Miller (Ed.), Principles of addiction (pp. 563 – 573). San Diego, CA : Elsevier . doi:10.1016/B978-0-12-398336-7.00058-9
13. Bocking, W., & Joanne, K. (2012). *Por la salud de las personas Trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. OPS
14. OPS en el Paso, TX. (2013). Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia: *la evidencia*. <http://www.codajic.org/node/801>
15. Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio (2018). The struggle against the stigma and discrimination in mental health. Consultado en La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible (isciii.es)
16. López, M. & cols, La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.28 no.1 Madrid 2008. versión On-line ISSN 2340-2733 versión impresa ISSN 0211-5735. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
17. Cantos, R. (2016) Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea.
18. Cantos, R., y Molina, C. (2017) Frente al Espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género. Fundación Atenea.
19. Sánchez Pardo, L. (2012). Género y Drogas. Guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante – Igualdad y Juventud.
20. RIOD. (2019). Estigma, consumo de drogas y adicciones. Conceptos, implicaciones y recomendaciones. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, Gobierno de España. Disponible en: <https://riod.org/wp-content/uploads/2019/06/ESTIGMA-CONSUMO-DE-DROGAS-Y-ADICCIONES.pdf>
21. Martin, J. (2013) Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBl en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Colección CLACSO-CROP.
22. Meyer, I. H. 2003. "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence." Psychological Bulletin 129:674–97.
23. Hughes, T. L., & Eliason, M. (2002). Coming-out process related to substance use among gay, lesbian and bisexual teens. The Brown University Digest of Addiction Theory & Application, 24, 3–4.



24. Organización Panamericana de la Salud. (2012) *Por la salud de las personas trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Tomado de https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf
25. Federación Catalana de Drogodependencias (2018) *Drogs y genero en que punto estamos*, consultado en [Drogas y género: ¿En qué punto del camino estamos? \(generoydrogodependencias.org\)](http://www.generoydrogodependencias.org)
26. Dávila, M. (2020). *Las tragedias de la prohibición. Guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que usan drogas*. Dejusticia, T emeride. ISBN Digital: 978-958-5597-47
27. Meyer, I. H. 2003. "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence." *Psychological Bulletin* 129:674–97.
28. Cabaj, R. P. (2014). Substance use issues among gay, lesbian, bisexual, and transgender people. In M. Galanter, H. D. Kleber, & K. T. Brady (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (pp. 707 – 721). Washington, DC: American Psychiatric Association.
29. Weber, G., & Dodge, A. (2018). Substance use among gender and sexual minority youth and adults. In K. B. Smalley, J. C. Warren, & K. N. Barefoot (Eds.), *LGBT health: Meeting the needs of gender and sexual minorities* (p. 199–213). Springer Publishing Company.
30. Bernal, M. (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas)*. Colombia Diversa. Bogotá, Colombia.
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*. Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión-MSP. Quito. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
32. UNFPA – Colombia. (1 de octubre de 2019). *Lineamientos de Atención en los Servicios de Salud que Consideran el Enfoque Diferencial, de Género y No Discriminación para Personas LGBTI*. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/lineamientos-atencion-servicios-salud-enfoque-genero>

11. ANEXOS

ANEXO 1 MARCO DE POLÍTICA INTERNACIONAL

Los esfuerzos de los países por lograr avances en la protección de los derechos humanos básicos de las personas son evidentes a nivel mundial, en especial en el desarrollo y complemento de sus marcos normativos. Se han fortalecido las leyes que regulan y garantizan el acceso de todas las personas, respetando sus diferencias y características, a los servicios que garantizan su vida y bienestar. El derecho a la vida, al bienestar, a la libre participación, a un ambiente sano y en especial a la asistencia sanitaria está debidamente reglamentados y adaptados a las nuevas realidades. De hecho, la Declaración Universal de los Derechos Humanos integrada en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) 1948, en su artículo 25, establece que el derecho a la salud es responsabilidad de los estados. Según la carta "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado" que le asegure a él o ella y su familia: la salud el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, servicios sociales, seguros frente al desempleo, enfermedad, invalidez, viudez y vejez entre otros. Colombia desde su constitución ha adoptado avances en la mayoría de las líneas de acceso.

El derecho a la salud "está relacionado con la generación de condiciones dignas en los contextos en que desarrollan sus vidas, lo que implica que la salud se vincula con el bienestar e implica el reconocimiento de otros derechos que son necesarios para la vida". Es decir, para que se pueda cumplir plenamente con el derecho a la salud deben estar garantizados integralmente la educación, la alimentación, el vestido, el trabajo, la vivienda y en especial al derecho a participar libremente en la definición de las políticas públicas que regulen su bienestar general y proteger al mismo tiempo que las decisiones no afecten sus intereses.



De otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el periodo de sesiones extraordinarias de la Asamblea General de las Naciones Unidas 2016, en relación con el problema mundial de las Drogas, establece un conjunto de recomendaciones, entre las cuales se incluyen una serie de medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación social. desde los enfoques de salud pública, derechos y desarrollo humanos para proteger a los ciudadanos de sus consecuencias negativas, sobre una base no discriminatoria y de no estigmatización.

De tal manera, para que opere el derecho a la salud, a través de la prestación de un servicio de salud, se debe garantizar la generación de condiciones que le permita a las personas unas condiciones de vida digna y superar las barreras y desigualdades producto de la injusticia social y el desequilibrio de poder. En ese sentido toma relevancia la publicación del informe de la Comisión de Determinantes sociales de la Salud en el 2008 es un aporte de la OMS. También resulta importante la Resolución CD52.R6, de OPS; aquí se incluye en especial el abordaje de la disparidad de género con respecto a la comunidad LGTBI, en cuanto al acceso a los servicios de salud para las lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgénero.

En ese sentido la OMS realiza una serie de recomendaciones para que las personas LGBT accedan a los servicios de salud integrales. con base en la Resolución CD53.R14 OPS, 2013:

- Establecer los servicios de salud integrales y apropiados para las personas LGBTI.
 - a) Mejorar la capacitación de los prestadores de atención en salud para que puedan atender las necesidades en salud de las personas LGBTI por medio de enfoques fundamentados en el género, la diversidad y los derechos que ayudarán a poner fin a todo tipo de discriminación.
 - b) Considerar las necesidades especiales de salud de las personas LGBTI.
- Mejorar las iniciativas para asegurar que las personas LGBTI puedan tener acceso a los servicios de salud y su utilización sin discriminación mediante la inclusión de disposiciones en sus leyes contra la discriminación que prohíban explícitamente la discriminación sobre la base de la orientación sexual y la identidad de género.
- Fortalecer los sistemas de información y los mecanismos de vigilancia de la situación de salud para que puedan generar informes periódicos que incluyan las condiciones de salud de las personas LGBTI y los obstáculos al acceso.
- Fortalecer los mecanismos intersectoriales y los vínculos con la comunidad para mejorar la salud y el bienestar de las personas LGBTI.

ANEXO 2 MARCO DE POLÍTICA NACIONAL

- *Ley 100 de 1993*: Define la seguridad social como: “un servicio público esencial a ser prestado, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”. La ley 100 definió la atención en salud mediante el modelo de aseguramiento configurado por dos regímenes de atención: contributivo y subsidiado. La atención se materializa en el Plan de Beneficios que delimitan la cobertura y acceso a que tienen derecho las personas. En este marco, la salud pública se configura a través del Plan Decenal de Salud Pública, que a su vez se materializa en planes territoriales de salud (PTS). La operación concreta de la salud pública se realiza a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). ha tenido reformas tales como la Ley 1122 de 2008; la 1438 de 2011, y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 que define la salud como derecho humano fundamental autónomo.
- *Ley 1438 de 2011*: Tiene la incorporación del enfoque de determinantes sociales de la salud y de Atención Primaria en Salud y las estrategias para la protección de los derechos de las personas o grupos vulnerados por actos de racismo o discriminación como herramientas para defender derechos de personas o grupos vulnerables. Se incluyen también el papel de la autoridad sanitaria, la participación social, la gestión de la salud pública y la gestión intersectorial como componentes claves.



- *Ley 1566 de 2012*, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas, reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactiva.
- *Ley 1616 de 2013*: Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones, en la cual en su artículo 6 se reconoce que dentro de los derechos de las personas se encuentra "el Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental."
- *Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015*: determina que la salud es un derecho fundamental autónomo, y establece los mecanismos para su protección: "el derecho a la salud se define como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud".
- En el año 2015, la *Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia*, recomendó que la Política frente al consumo de drogas debe propender por la atención integral de los consumidores desde los enfoques de salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano; lo que se concreta en acciones para la promoción de capacidades, la participación y la reducción del estigma y la discriminación.
- *Resolución 429 de 2016*: De esta emana la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el abordaje en salud bajo los esquemas: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) enfoque poblacional y diferencial. Esta resolución ordenó la articulación de las actividades individuales y colectivas de la mano de lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública y reguló la Resolución 3280 de 2018. A partir de aquí se orienta el modelo operacional de la Política de Atención Integral en Salud, llamado Modelo de Atención Integral en Salud con el propósito de lograr "la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan". Dirección de manera articulada las acciones de los agentes que integran el sistema, "en una visión centrada en las personas". Determina realizar con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad las acciones de promoción de la salud, de cuidado, de protección específica, de detección temprana, de tratamiento, de rehabilitación y paliación. El modelo define diez componentes y se despliega a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) -Resolución 3280 de 2018 - las cuales tienen como marco de funcionamiento en materia de salud pública el acuerdo nacional estipulado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La operación de las rutas se establece en tres pasos: uno: conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo. dos: Establecer reglas para los agentes del sistema en el territorio (asegurador, prestador). Tres Identificar respuestas a través de atenciones en salud: 1. Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. 2. Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades. 3. Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud". Las rutas se centran en las personas y su bienestar y cuentan con instrumentos como las políticas públicas, la información en salud y la participación para afectar los determinantes sociales de la salud. Las rutas para la atención de personas vulnerables y específicamente para la comunidad LGBTI contempla: i) el conjunto de



procesos y actividades que buscan el bienestar y protección en salud, ii) fortalecer factores protectores para la salud, identificación y gestión del riesgo en salud.

- *Resolución 2063 de 2017*, Política de Participación Social en Salud, incluye la participación social en la formulación de políticas, en deliberaciones y veedurías para el seguimiento del sistema, en los programas de promoción y prevención, en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías, definir las prioridades en salud, en la evaluación de resultados en las prácticas de salud y hacer parte de las decisiones que permitan ampliar o limitar el acceso a los servicios.
- *Decreto 762 de 2018*: Las personas con orientación sexual e identidad de género diversas pueden ejercer efectivamente sus derechos económicos, sociales, culturales, de salud, educación, trabajo, vivienda, recreación, deporte y cultura. También promueve el reconocimiento y la inclusión de los sectores sociales diversos, “el fortalecimiento de las capacidades institucionales en cuanto al principio de igualdad y la garantía al acceso y apropiación de sus derechos” bajo enfoques territoriales, étnicos, intersecciones, de derechos y desarrollo humano, de género y prevención.
- *Resolución 4886 de 2018*, a través de la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental plantea en el eje de rehabilitación e inclusión social, la necesidad de generar espacios de la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación.
- *Resolución 089 de 2019*, a través de la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en la misma se define entre otros asuntos como reto fundamental la transformación de los imaginarios que generan estigmatización, señalamiento y exclusión, así como lograr trascender la idea dicotómica de salud como ausencia de enfermedad. Lo anterior, con el fin de orientar esfuerzos en procesos de reconocimiento de los sujetos, vistos desde sus capacidades y oportunidades de desarrollo y desde el contexto de interpelación hacia el Estado por medidas políticas, administrativas y técnicas en un marco de corresponsabilidad, a través de las acciones estratégicas planteadas en los 5 ejes estructurales de la política.
- *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C 2018-2021*. Acogido en el Plan Decenal de Salud Pública estipula los ejes de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública e incorpora “la participación social como estrategia clave y transversal que le permita a la sociedad civil hacer parte del monitoreo y evaluación de este”.
- *Sentencia SU-337 de 1999*: se reconoció que las personas intersexuales constituyen “una minoría que goza de especial protección del Estado”.
- *Sentencia T-876 de 2012*: la Corte dio un paso importante al concederle a una persona su deseo de cambiar su sexo.
- *Sentencia C-577 de 2011*: reconoció la entidad familiar de las parejas homosexuales, ordenándole al Estado superar todos los obstáculos legales a los que se enfrentan.
- *Sentencia T-450A/13*: se ordena al Ministerio de Salud desarrollar protocolos de atención a niños y niñas intersexuales.



ANEXO 3 GLOSARIO

- **Acciones afirmativas:** También se conoce como discriminación positiva, es el término que se da a una acción que pretende establecer políticas de carácter temporal, que dan a un determinado grupo social minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, un trato preferencial en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios, así como el acceso a determinados bienes. El objetivo es el de mejorar la calidad de vida de estos grupos desfavorecidos y compensarlos por los prejuicios y la discriminación de las que han sido víctimas. Estas acciones no se consideran discriminatorias. (secretaría de salud de los Estados Unidos Mexicanos, s.f., p.14)
- **Bisexual:** Personas que sienten atracción erótica y afectiva tanto por hombres como por mujeres.
- **Drag queens:** “Hombres que asumen una identidad transgresora del género en contextos festivos, exagerando rasgos de la feminidad”³²
- **Drag kings:** “Mujeres que asumen una identidad transgresora del género en contextos festivos, exagerando rasgos de la masculinidad”³²
- **Diversidad sexual:** es el 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 otras³²
- **Gay:** “Hombre que se siente atraído erótica y afectivamente por otros hombres”
- **Género:** “Cuando hablamos de género, no solamente estamos aludiendo a pertenecer a determinado sexo, sino a la asignación diferencial de funciones, actividades, comportamientos, sentimientos, formas de pensar, etc., que se consideran propios de cada sexo, de acuerdo con las características sexuales distintas con que nacen los varones y las mujeres. Pero todas estas asignaciones diferentes y opuestas no parten de la naturaleza biológica sino que son construidas socioculturalmente”
- **Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH):** “Esta categoría obedece a un patrón epidemiológico de comportamiento y se refiere al grupo de hombres que, dentro de sus prácticas sexuales, realizan sexo con otros hombres o contemplan tal posibilidad. Por ello, esta categoría cobija a hombres gay, bisexuales, y otros hombres de diferentes orientaciones sexuales —incluida la heterosexual—, que en algunos contextos o determinadas situaciones tienen relaciones sexuales con otros hombres”³²
- **Identidad de género:** “Sentimiento profundo de una persona de igualdad, unidad y persistencia como hombre, mujer o transgenerista a través del tiempo y a pesar de los cambios físicos o psíquicos. [...] No corresponde nunca a un señalamiento por parte de otras personas, sino a una autoidentificación que hace cada sujeto”
- **Intersexual:** Personas que biológicamente desarrollan características físicas y genitales de los dos sexos. Aunque existen diferentes grados de intersexualidad y hay extensa literatura científica sobre el tema, es importante resaltar la autonomía de los seres humanos para definirse a sí mismos/as y reconocemos la posibilidad de definir la intersexualidad como un género en sí mismo, con sus propias características más allá de la polaridad hombre/mujer
- **Lesbiana:** “Mujer que se siente atraída erótica y afectivamente por otras mujeres”



- **LGBT:** “Movimiento de la diversidad sexual y de géneros’ o LGBT (Lesbianas, Gais, 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 (son) tradicionalmente excluidos en el país”³²
- **Modelos Afirmativos de atención en salud:** son modelos de atención en salud que se sustentan en prácticas e ideas incluyentes y respetuosas de los derechos humanos. Están caracterizados por: manejar una visión integral de la salud, tener lineamientos claros frente a la atención de personas LGBTI, establecer diferencias sin excluir, revisar los prejuicios que puedan interferir en la atención, asegurar la confidencialidad y la privacidad, colaborar con ONG y actualizar a su personal³²
- **Modelos de atención en salud:** una construcción de un sistema organizado de prácticas e ideas (susceptible de ser replicado) y que cuenta con grados diversos de consenso social para su implementación, validando determinadas prácticas y descartando otras a partir de determinados criterios³⁰.
- **Orientación sexual:** “Atracción física, erótica y/o afectiva hacia un sexo determinado o hacia ambos sexos. [...] No es necesario tener experiencia sexual para identificarse con cualquiera de las tres orientaciones: heterosexual, homosexual y bisexual”³⁰
- **Pronombres afirmativos:** hace referencia al uso de los pronombres él, ella, ello de forma respetuosa y precisa para una persona, según como esta se defina.
- **Transexual:** “Personas que transforman sus características sexuales mediante intervenciones endocrino lógicas—hormonas—y quirúrgicas; muchas de ellas se han realizado o desean realizarse cirugías de reasignación sexual”³²
- **Travesti:** “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”³²
- **Transformistas:** “Personas, generalmente hombres, que asumen identidades femeninas en contextos de noche, festivos o de espectáculo”³²
- **Salud:** es un estado de perfecto (completo) de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad
- **Sexo:** “Hace referencia a las características biológicas que componen los cuerpos de las personas, y que caracteriza a los hombres por poseer pene y testículos y a la mujer por su vagina y ovarios. También existe igualmente la categoría intersexual, anteriormente conocida como hermafroditismo. Las personas intersexuales tienen características biológicas de los dos sexos, que se manifiestan en el cuerpo en forma más o menos definida”
- **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 uno asume su existencia y el ejercicio de su sexualidad”³²



La salud
es de todos

Minsalud
