

Guía de Prevención

VIH/Sida

**Hombres que tienen relaciones
sexuales con hombres**



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Guía de *Prevenición* VIH/Sida

**Hombres que tienen relaciones
sexuales con hombres**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

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

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

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

EQUIPO TÉCNICO DEL CONVENIO COMPONENTE VIH

Ministerio de la Protección Social

RICARDO LUQUE NÚÑEZ - COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Fondo de Población de las Naciones Unidas

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

Equipo Técnico Convenio 620 VIH - MPS - UNFPA

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

Bogotá, D.C. 2011

ISBN: 978-958-99831-5-7

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

ÍNDICE

CAPÍTULO I 15 HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

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

CAPÍTULO II 31 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

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

CAPÍTULO III 41

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

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

CAPÍTULO IV 49

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

Del ámbito internacional	50
Del ámbito nacional	50

CAPÍTULO V 55

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

¿Quiénes son los Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH)?	55
Según la <i>Declaración de Río de Janeiro</i> (2009),	56
Necesidades diferenciadas	57

CAPÍTULO VI 67

HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Consideraciones generales para el uso de las herramientas de formación y sensibilización	62
Algunas indicaciones para las personas facilitadoras.....	62

ACTIVIDADES ROMPEHELO 65

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN	69
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN	77
INDICADORES	85
ANEXO	91
GLOSARIO	99
BIBLIOGRAFÍA	105

ESQUEMA ESTRUCTURAL GUÍA METODOLÓGICA



CAPÍTULO I

HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

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

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

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

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?

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

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

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

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

¿Qué se entiende por perspectiva de género?

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

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

² *Ibid.*, p. 3.

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

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

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

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

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

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

¿Qué se entiende por enfoque diferencial?

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

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

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

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

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

¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?

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

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

La vulnerabilidad es:

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

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

¿Sabías que...?

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

Estas dimensiones se entienden de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

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

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

Reconocer las desigualdades y jerarquías definidas por el género en:

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

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

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

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

Asumir que:

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

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

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

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

¿Sabías que...?

Según Herrera y Campero³, desde que apareció la epidemia del VIH/Sida en el mundo, hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizarla: de la idea de “*grupos de riesgo*”, se pasó a la de “*prácticas de riesgo*”; luego a la de “*situaciones y contextos de riesgo*” y, finalmente, a la de “*condiciones sociales del riesgo*”; lo que dio lugar al concepto de “**vulnerabilidad**”.

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

Para recordar...

La adopción del enfoque de vulnerabilidad exige lecturas e interpretaciones de la realidad y la formulación y desarrollo de acciones en las tres dimensiones propuestas, ya que ellas se interrelacionan entre sí de forma permanente. Asimismo, se requiere del cuestionamiento constante de las estructuras tradicionales que hacen a algunos grupos humanos especialmente vulnerables a la infección, al perpetuar y naturalizar inequidades que sostienen dicha vulnerabilidad⁴.

³ Citado en: /www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=859&Itemid=231

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS: Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Bogotá, 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para reflexionar...

En la mayoría de sociedades, este sistema sexo-género, es decir, “el sistema de valores a partir del cual se distribuyen socialmente lugares, roles, y accesos al poder para los sujetos de una sociedad de acuerdo con el sexo de nacimiento”⁵, ha desarrollado relaciones de desigualdad, exclusión y discriminación —en contra de las mujeres— en la mayor parte de las esferas de la vida humana, pública y privada; que se cruzan —a la vez— con otras variables como la edad, etnia, orientación sexual, religión (...). Esto se traduce en menos oportunidades, acceso y control de los recursos para las mujeres y una menor valoración y reconocimiento a sus actividades y a sí mismas, como seres humanos que se manifiestan en todos los campos.

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

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

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

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

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

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

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

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

Estos grupos de derechos son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

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

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

¿Qué es el prejuicio?

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

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

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

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

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

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

Ejemplos:

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

“Es una trans, debe tener muchas enfermedades”.

“Como es trabajadora sexual, es una trepadora”.

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

¿Qué es estigma?

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

¿Qué es discriminación?

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



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

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

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

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

5 *Ibid.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prejuicio, estigma y discriminación por VIH

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

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

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

En conclusión, es necesario comprender que:

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

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

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

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

En mujeres en contextos de vulnerabilidad

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

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

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

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

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

Por ejemplo:

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

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

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En personas jóvenes

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

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

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

En las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)

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

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

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

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

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

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

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

En la población privada de la libertad

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

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

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

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

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

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

En la población trans

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales respecto a la epidemia del VIH/Sida

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

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

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

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

¿Qué es el VIH?

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

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

¿Qué es el sistema inmunológico?

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

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

¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?

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

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

¿Sabías que...?

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

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

¿Qué es el Sida?

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

¿Cómo se transmite el VIH?

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

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

¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

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

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

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

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

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

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

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

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

Para reflexionar...

En Colombia, cerca del 97% de las infecciones se dan por vía de transmisión sexual⁶.

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

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

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

Para recordar...

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

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. SIVIGILA: *Boletín epidemiológico nacional*. Semana 52. 2009.

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo se detecta el VIH?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?

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

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

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

¿Sabías que...?

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

Para recordar...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

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

¿Sabías que...?

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

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

Del ámbito internacional

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

⁷ Cita textual del documento.

Del ámbito nacional

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

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

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

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

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

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

PLANES Y POLÍTICAS NACIONALES

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

CAPÍTULO V

HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

¿Quiénes son los Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH)?

La categoría *Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres* —HSH— 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 la 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.

Prácticamente, en todos los países de América Latina y el Caribe las prevalencias del VIH son mayores al 5%, entre la población de HSH, por lo que puede hablarse de una epidemia concentrada en esta población aun cuando también hay otros grupos altamente afectados. En toda la región, los HSH tienen un 33% más de posibilidades de infectarse de VIH que la población general. En Colombia, algunos estudios han demostrado prevalencias de la infección en HSH por encima del 15%, aunque esto no necesariamente refleje la situación nacional. Desde el inicio de la epidemia la afectación relativa de la población HSH pudo haber bajado en algunos países, pero la información disponible muestra que —en términos absolutos— la epidemia queda lejos de ser controlada, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y comunitarios.

Debido a que el sexo y otras formas de contacto íntimo entre hombres acarrearán duras consecuencias sociales, estas prácticas sexuales a menudo ocurren de manera secreta. Se puede dar, por tanto, sexo en am-

bientes clandestinos o frecuentar compañeros anónimos mientras se mantienen relaciones heterosexuales concurrentes, que pueden ser vistas como más aceptables y que se usan para enmascarar las relaciones sexuales con otros hombres. Es necesario precisar que alrededor de estas situaciones, se genera una infraestructura de sitios y lugares para el encuentro casual como saunas, videos, baños de centros comerciales, parques y zonas específicas en las ciudades que no ofrecen las condiciones mínimas para el ejercicio del sexo seguro.

De la misma manera, este tipo de ambientes ofrecen contextos de vulnerabilidad que afectan principalmente el nivel social y personal, ya que la sociedad percibe estos lugares de encuentro como “sitios de perdición” que no son “sanos” y que, por tanto, no son “dignos” de ser reconocidos como auténticos espacios de homosocialización. A la vez, son los únicos que ofrecen la posibilidad del encuentro sin que las personas se vean sujetas al estigma y a la discriminación. De la misma manera, no se rompe con la clandestinidad reafirmando la idea social de las prácticas sexuales entre varones como situaciones “fuera de la norma”.

Estos determinantes negativos de la salud no solo contribuyen a la grave crisis de la epidemia de VIH, sino a otras numerosas crisis de salud entre los HSH, incluyendo elevadas tasas de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), registros altos de ansiedad, elevadas tasas de abuso de sustancias y alcohol, depresión y otros problemas de la salud mental, entre otros problemas de salud concomitantes.

El impacto desproporcionado de la epidemia se debe — en gran medida— a la discriminación por la orientación sexual e identidad de género que, a su vez, impide la implementación de políticas de prevención, atención y apoyo que sean universales y eficaces¹.

¹ CÁCERES, C. et al.: *Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción - Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Universidad Peruana Cayetano Heredia/ONUSIDA, 2002.

Teniendo en cuenta que las relaciones entre varones son centrales en la configuración de la epidemia a nivel nacional y local,

...las representaciones sociales dominantes del homoerotismo, así como la forma en que estas interactúan con las prácticas sexuales específicas, son fundamentales. En un entorno machista, el estatus masculino debe ser constantemente confirmado, y lo que simbólicamente lo amenaza es estigmatizado con crudeza. La exclusión social de lo homosexual (tipificada por la homofobia), compartida por la sociedad en su conjunto, solo recientemente ha experimentado una reversión, por la creciente difusión de valores acerca del respeto a la diferencia y la diversidad sexual, que cambian el discurso oficial, aunque no las actitudes más arraigadas, incluyendo las institucionales. El sistema de salud es un ejemplo clave de estas últimas, pues convierte un estigma cultural en una clara barrera de acceso a los servicios².

La clave para comprender las barreras para la atención y el apoyo que deben enfrentar los HSH en general, está en el contexto de exclusión social y marginalización en el que se sitúan el VIH y otros problemas de la salud. A pesar de las casi tres décadas de abogacía desplegada por parte de las comunidades gay en todo el mundo para lograr el reconocimiento de sus derechos y el acceso a servicios de atención de salud —incluyendo la prevención y la atención del VIH— en la mayoría de países del mundo, los HSH todavía tienen escaso o ningún acceso a los servicios para VIH o a otros servicios generales orientados a HSH (servicios de salud sexual general, programas de abuso de sustancias, servicios de salud mental, etc.).

El estigma relacionado con los HSH y la dificultad de abrir el diálogo en relación con su salud sexual, han dificultado los esfuerzos por promover el sexo seguro y establecer así comunidades de confianza. Los ambientes hostiles —incluyendo la focalización de comunidades de HSH— han tenido un efecto negativo en la autoestima y han llevado a mantener el comporta-

² *Ibid.*

miento sexual “bajo tierra”. Es necesario reiterar que este panorama complica los esfuerzos por contactar con miembros de las comunidades de HSH y llevar a cabo trabajos de educación que los involucren en la atención de la salud de rutina³.

Es necesario reconocer que aunque esta categoría se estableció para agrupar a una serie de hombres con un comportamiento sexual particular, existen en su interior una serie de identidades y construcciones de masculinidad que —a nivel social— se convierten en contextos de vulnerabilidad frente a la infección por VIH o en una oportunidad real de trabajo para mejorar sus condiciones. Existe una amplia diversidad en hombres en lo que respecta a sus identidades de género y orientaciones sexuales. El estigma y la discriminación sobre aquellos que aman, desean y/o disfrutan del sexo con otros hombres, se agudiza en un país como Colombia.

En todo el mundo, patrones formales e informales de injusticia sexual, discriminación, exclusión social y opresión dan forma al acceso de hombres y niños a los derechos civiles, a los servicios de salud y a su seguridad personal así como al reconocimiento y afirmación de sus relaciones íntimas⁴.

Según la Declaración de Río de Janeiro (2009),

las definiciones de masculinidad que igualan hombría con dominación sobre las parejas sexuales, la búsqueda de varias parejas y la disposición a tomar riesgos sumado a la idea de que acudir a servicios de salud es una señal de debilidad, incrementan la probabilidad de que los hombres contraigan y propaguen el virus.

Se evidencia entonces cómo los roles y estereotipos asignados a lo masculino, se convierten en claros referentes de la vulnerabilidad construida socialmente y que

incide, incluso, sobre la propia construcción de la identidad. Hombres gay, bisexuales y otros HSH, no escapan a la reproducción de los patrones de género que mantienen y preservan las relaciones inequitativas de poder.

La investigación sobre asuntos de masculinidad entre latinos y otras minorías en los EE.UU., identifican la posibilidad de un incremento en la vulnerabilidad de los hombres, relacionado con la construcción social del género y la masculinidad⁵.

Es importante enfatizar en el debate y las acciones dirigidas a mitigar y terminar con las relaciones inequitativas de poder, incluso entre los hombres, por las situaciones mencionadas anteriormente. El reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles de hombres gay y bisexuales y de otras identidades de género no normativas, constituye en una herramienta imprescindible para la transformación de los contextos de vulnerabilidad de todos los HSH.

A continuación se consignan algunas características comunes del grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres:

- Estigma
- Clandestinidad
- Rechazo desde la misma comunidad gay, hacia los hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres pero que no se reconocen como “gay”
- Difícil acceso para abordarlos en acciones preventivas y de información
- Desconfianza del sector oficial
- Camaleones: es una población que constantemente cambia de sitios de encuentro, de intereses, etc.
- Algunos ejercen el trabajo sexual.
- Una cantidad importante de esta población tiene dificultades socioeconómicas

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *Proyecto para la provisión de atención integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., 2010.

⁴ MENENGAGE LATINOAMÉRICA Y CARIBE: *Simposio global “Involucrando a hombres y niños en las equidades de géneros”*. Río de Janeiro, 2009.

⁵ Véanse GUAJARDO, G.: “Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa”. En *Masculinidades. Identidad, sexualidad y familias*. Santiago de Chile, FLACSO-Chile, 2000; PARKER, R.: “Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil”. En *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago, FLACSO-Chile, 1998 y RAMÍREZ, R.: *Dime capitán: reflexiones sobre la masculinidad*. San Juan. Puerto Rico, Ed. El Huracán, 1998.

En numerosas investigaciones relacionadas con la vulnerabilidad de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con respecto a la infección por VIH, se han identificado diversos factores individuales como los niveles de autoestima, la homofobia internalizada, las dificultades para establecer intimidad, entre otras⁶. Sin hacer abstracción de los factores estructurales que provocan estas vulnerabilidades, no es posible dejar de considerar que existen factores individuales que pueden contribuir al aumento en la conducta arriesgada entre los HSH.

Necesidades diferenciadas

La marginación social provoca vulnerabilidad. La exclusión y la marginalidad en la que la sociedad deja a los HSH, por fuera de los patrones imperantes, representa —erróneamente— en los imaginarios colectivos, un destino irreversible hacia la enfermedad y la carencia. Las investigaciones recientes han demostrado que —más allá de la fragilidad individual—, el sentido de aislamiento social, la ausencia de apoyo, la fragilidad o inexistencia de organización política y empoderamiento social, son factores generadores de vulnerabilidad.

La bisexualidad es, de hecho, un fenómeno muy complejo, especialmente cuando se considera en un contexto cultural. Debemos hacer distinciones entre la “conducta bisexual” y la “identidad bisexual”. Aunque la primera es muy común, no necesariamente se acompaña de un sentido de identidad bisexual o de “ser bisexual”.

Existe una gran variedad de identidades sexuales que acompañan a la conducta bisexual. Usualmente, los hombres bisexuales se perciben como “normales” y sin diferencias con otros hombres. Ocasionalmente, se ven a sí mismos como “parcialmente homosexuales” o compartiendo las identidades genéricas que socialmente les permiten —ocasional o hasta regularmente— sostener

relaciones sexuales con otros hombres, mientras retienen un sentido fuerte de un “yo heterosexual”.

Retos para el trabajo consistente y estructural con esta población:

- Generar una estimación del número de Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres - HSH
- Identificar los patrones de movilidad de los HSH (dentro de las ciudades y a nivel local)
- Construir o identificar los tipos, localización y calidad de los servicios clínicos existentes para HSH (diagnóstico de ITS y tratamiento —incluyendo ITS anales y orales—, pruebas voluntarias y asesoramiento y atención de la infección por VIH.
- Identificar y divulgar la localización, tipos y calidad de otros servicios para HSH (que incluyen apoyo informal mutuo, centros comunitarios y grupos sociales/culturales)
- Ampliar el acceso a productos de calidad como condones y lubricantes
- Identificar los contextos de vulnerabilidad y los factores que inciden en perpetuar estructuralmente estas situaciones
- Trabajar alrededor de los factores específicos, generales y locales que influyen en la transmisión del VIH/ITS entre hombres (inclusive la violencia, el estigma, las leyes, etc.)
- Motivar, informar y generar destrezas para la prevención entre los HSH, incluyendo el conocimiento de sus derechos
- Identificar y subsanar los vacíos prioritarios existentes en los servicios/intervenciones/autoayuda y apoyo
- Generar recomendaciones sobre cómo pueden ocurrir cambios y quiénes deben ser involucrados
- Identificar barreras y oportunidades para el logro de los cambios

Las intervenciones deben, por tanto, tener como metas:

- Incrementar el nivel de conciencia de la transmisión del VIH y su prevención
- Incrementar el uso del condón
- Incrementar el uso de lubricantes a base de agua

⁶ SCHIFTER, J.: *Amor de machos. Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles*. San José de Costa Rica, ILPES, 1998.

- Incrementar el uso de servicios relacionados al VIH/ITS
- Incrementar el capital social (la capacidad de asegurar beneficios a través de la pertenencia a redes de apoyo y otras estructuras sociales), la solidaridad y la autoestima
- Reducir el sexo anal desprotegido
- Reducir el estigma y la discriminación asociados a las relaciones sexuales entre hombres y al VIH

Idealmente, otros resultados de las intervenciones incluirán:

- Incremento de la comprensión de la salud sexual masculina
- Incremento al acceso a cuidados primarios de la salud
- Incremento del uso de servicios de cuidados primarios de la salud
- Incremento de la capacidad para minimizar las consecuencias de la violencia y el abuso
- Incremento de las habilidades de comunicación sobre sexo y temas relacionados con la salud
- Incremento del involucramiento de HSH en las estructuras de política pública y foros
- Reducción de la violencia y el abuso
- Reducción de riesgos con parejas femeninas
- Reducción de los sentimientos de vergüenza, temor y bochorno a ser expuestos

Un paquete mínimo de servicios de prevención del VIH para poblaciones de HSH en epidemias concentradas—entendidas como epidemias donde menos del 1% de la población general, pero más del 5% de cualquier grupo en contextos de vulnerabilidad han contraído el virus—; es decir, confinada principalmente a personas con fuertes contextos de vulnerabilidad como HSH, personas que se inyectan drogas, población privada de la libertad, trabajadores y trabajadoras sexuales, incluye⁷:

- Comunicación para promover cambios en los contextos de vulnerabilidad
- Acceso a pruebas voluntarias del VIH con asesoría

⁷ Estas recomendaciones se construyeron tomando como base los resultados de la consulta técnica realizada por USAID en 2009 sobre intervenciones exitosas a poblaciones en mayor vulnerabilidad.

- Campañas informativas/educativas focalizadas en los grupos de HSH a los que normalmente no se llega
- Acceso a preservativos y lubricantes a base de agua
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de ITS
- Referencia a servicios de atención integral de VIH

Las intervenciones de respaldo para el paquete mínimo de servicios de prevención del VIH en epidemias concentradas, contemplan las siguientes acciones, que corresponden a los diferentes niveles de vulnerabilidad y que pueden ser gestionadas por diversos agentes:

- Desarrollo y obtención de información estratégica
- Información epidemiológica
- Información sociodemográfica
- Análisis de contextos
- Análisis de políticas públicas
- Mapeo de actores (aliados y aliadas, opositores y opositoras)
- Mapeo de recursos (financieros, humanos)

Desarrollo de capacidades: recursos humanos (RRHH):

- Procesos de abogacía
- Generación de aliados y aliadas
- Tecnificación de implementadores e implementadoras
- Capacitación de proveedores y proveedoras de servicios de salud

Fortalecimiento de la respuesta comunitaria:

- Movilización comunitaria y auditoría social
- Apropiación de datos, información
- Acompañamiento en procesos de autogestión
- Fortalecimiento de redes sociales, organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales
- Asistencia técnica en procesos de administración de recursos
- Acompañamiento en procesos de abogacía

Mejoramiento del ambiente político y del marco legal:

- Mapeo de legislaciones relacionadas con la preven-

ción y otros aspectos (homofobia, estigma y discriminación) y la aplicación y reglamentación o no de esas legislaciones

- Mapeo de agentes claves
- Promoción y divulgación de marcos regulatorios
- Acompañamiento en aplicación y cumplimiento de políticas, legislaciones y regulaciones favorables

Acciones para combatir el estigma y la discriminación:

- Acciones dirigidas a quienes toman decisiones
- Acciones dirigidas a población general
- Acciones dirigidas a proveedores y proveedoras de salud

CAPÍTULO VI

Herramientas para la transformación de contextos de vulnerabilidad

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

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

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

En este apartado encontrará diferentes herramientas que le ayudarán a desarrollar la guía de una manera mucho más amena y cordial. Esto le permitirá prepararse técnica, táctica y emocionalmente para el desarrollo

de las actividades. La intención de esta guía es que usted pueda elegir cuáles son las actividades que quiere desarrollar, según su tiempo y disponibilidad. Encontrará actividades rompehielo, actividades de formación y otras actividades de sensibilización destinadas no solo al grupo de personas que aquí se especifica, sino a la población en general.

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

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

- Como facilitador o facilitadora que use esta guía es preciso que se familiarice con las herramientas conceptuales que anteriormente se han expuesto, interiorice los conceptos y los maneje a la perfección.
- Es necesario que su postura en los talleres o intervenciones en espacios abiertos sea siempre garante de los Derechos Humanos y que propenda por la visibilización de los mismos desde sus propias actuaciones.
- Reconozca el saber de las personas que participan; esto es fundamental para lograr aprendizajes conjuntos y significativos para todas y todos.
- Para el desarrollo de actividades en espacios cerrados o talleres o para cuando las personas asistentes se encuentren cansadas o adormiladas es fundamental el uso de técnicas de animación y/o rompehielos al inicio del taller —como se explicará más adelante—. Es importante que use un lenguaje sencillo y preciso para explicar cada uno de los conceptos.

Algunas indicaciones para las personas facilitadoras

El facilitador o la facilitadora de los talleres debe tener:

- Un buen conocimiento de los aspectos relacionados con la diversidad sexual y las identidades de género

no normativas

- Sensibilidad ante las cuestiones de género
- Habilidad para escuchar a las personas
- Conocimiento de las dinámicas de grupo
- Habilidad para guiar y sintetizar el pensamiento del grupo
- Ser capaz de inspirar y empoderar al grupo para introducir sus propias preocupaciones y cuestiones e ir más allá de las ideas que la o el facilitador introduzca
- Ser capaz de crear una respuesta propicia para:
- Impulsar a los y las participantes a tomar parte en la discusión y ayudar al grupo a mantener el enfoque
- Estimular al grupo a explorar las diferentes creencias, valores y posiciones con una disposición al cambio
- Estimular la confianza y respeto mutuos en el caso de opiniones conflictivas y facilitar la posibilidad de llegar al consenso en el grupo
- Resumir las secciones para el cierre y guiar al grupo hacia el siguiente tema

El o la facilitadora debe evitar:

- Actuar más como un “guardián del tiempo” que como un facilitador o una facilitadora de la reunión. Para evitar que esto suceda, se debe preguntar a cada participante si quiere ser voluntario o voluntaria para tomar el tiempo en los diferentes módulos
- Permitir al grupo una distracción de la cuestión que se discute y perder la atención sobre el tema central
- Dar una charla en vez de promover un intercambio interactivo entre las personas
- Permitir que una sola persona domine el diálogo en el taller
- Dar poco tiempo para que las personas participantes se conozcan entre sí
- Ser demasiado dependiente de la guía de apoyo y de otros materiales y, por consiguiente, no hacer uso de la espontaneidad

2. Estructura de los Talleres:

- a. Presentación del objetivo de la estrategia y del objetivo del taller: la persona facilitadora hará una presentación del marco en el cual se inscribe la estrategia

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

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

ACTIVIDADES ROMPEHIELO

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

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

Actividad 1. Nombrando

Consiste en que cada participante hable de sí, diga su nombre y qué hace. Esta dinámica suele ser muy formal y poco interesante, pero muy rápida. Generalmente no logra crear un clima de distensión, pues el grupo se mantiene muy formal; a menos que la persona facilitadora maneje con humor y perspicacia las presentaciones. Una variante puede ser que cada quien diga sólo su nombre y hable de su persona, diciendo si le gusta su nombre o no, quién se lo puso... Resultan situaciones divertidas que ayudan a crear un ambiente cálido en el grupo.

Actividad 2. La pelota preguntona

La persona facilitadora entrega una pelota al grupo e invita a los presentes a sentarse en círculo y explica la forma de realizar el ejercicio.

Mientras se entona una canción, la pelota se hace correr de mano en mano; a una señal del o la facilitadora, se detiene el ejercicio. La persona que ha quedado con la pelota en la mano, se presenta para el grupo: dice su nombre y lo que le gusta hacer en los ratos libres.

El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

Actividad 3. Partes del cuerpo

El facilitador o la facilitadora, invita a formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas y pide que se miren frente a frente. Es recomendable tener una música de fondo.

Pide que se presenten con la mano y digan su nombre, qué hacen, qué les gusta y qué no les gusta en las prácticas sexuales.

Inmediatamente, la persona facilitadora da la señal para que rueden los círculos (cada uno en sentido contrario) de tal forma, que le toque otra persona en frente.

Se pide que se saluden dándose un abrazo y pregunten a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes; después vuelven a girar de nuevo y, esta vez, se saludan con los pies; posteriormente con los codos, los hombros, la pelvis, etc.

Actividad 4. El juego del plátano

Seleccione un plátano u otro objeto, por ejemplo, un llavero. Los participantes de pie forman un círculo con las manos detrás de sus espaldas.

Una persona se ofrece como voluntaria para pararse en el centro. La facilitadora o facilitador camina por la parte de afuera del círculo y, sin que el voluntario o voluntaria lo advierta, pone el plátano en las manos de alguien. Entonces, el plátano se pasa discretamente alrededor del círculo detrás de los participantes. El trabajo del voluntario en el centro es estudiar las caras de las personas y descubrir quién tiene el plátano.

Cuando tenga éxito, la persona voluntaria toma su lugar en el círculo y el juego continúa con una persona nueva en el centro.

Actividad 5. Bailando sobre papel

El equipo facilitador prepara hojas de periódico o pedazos de tela del mismo tamaño. Los participantes se dividen en parejas. A cada pareja se le da lo mismo, ya sea una hoja de periódico o un pedazo de tela. Las parejas bailan mientras la persona facilitadora toca música o da palmadas con las manos. Cuando la música o las palmadas paran, cada pareja debe pararse en su hoja de periódico o en su pedazo de tela. La próxima vez que la música o las palmadas paren, la pareja tiene que doblar por la mitad su papel o tela antes de pararse sobre ella. Después de varios turnos, el papel o la tela se hacen muy pequeños porque han sido doblados una y otra vez. Es cada vez más difícil que dos personas se paren sobre el papel o la tela. Las parejas que tengan alguna parte de su cuerpo en el suelo, quedan “fuera” del juego. El juego continúa hasta que una pareja gane.

Actividad 6. Actuar una mentira

Todos se ponen de pie y forman un círculo. La persona facilitadora empieza actuando una acción. Cuando la persona a su derecha dice su nombre y le pregunta “¿qué estás haciendo?”, esa persona responde que está haciendo algo completamente diferente; por ejemplo, el facilitador o facilitadora simula que está nadando y dice “me estoy lavando el pelo”. Entonces la persona a la derecha del facilitador o facilitadora, tiene que simular lo que dijo que estaba haciendo (lavándose el pelo), mientras dice que está haciendo algo completamente diferente. Continúe alrededor del círculo hasta que todos hayan tenido un turno.

Actividad 7. La canasta de frutas

El facilitador o facilitadora invita a los presentes a sentarse formando un círculo con sillas. El número de sillas debe ser una menos con respecto al número de integrantes; designa a cada uno con el nombre de la fruta. Estos nombres los repite varias veces, asignando a la misma fruta a varias personas.

Enseguida explica la forma de realizar el ejercicio: empieza a relatar una historia (inventada); cada vez que se dice el nombre de una fruta, las personas que ha recibido ese nombre cambian de asiento (el que al iniciar el juego se quedó de pie intenta sentarse), pero si en el relato aparece la palabra “canasta”, todos cambian de asiento. La persona que en cada cambio queda de pie, se presenta. La dinámica se realiza varias veces, hasta que todos se hayan presentado.

Actividad 8. Baberos

Esta dinámica es para grupos grandes. Cada persona escribe en una hoja grande o papel oficio su nombre y algunos detalles de sí (edad, gustos, frases, etc., lo que quieran). La hoja se decora y se le coloca delante del pecho.

Todos se pasean por la sala procurando relacionarse con los demás al leer lo escrito por el otro. Se coloca una música de fondo adecuada. La actividad culmina con una breve retroalimentación acerca de cómo ven al grupo ahora, quiénes coincidieron en nombre, gustos, etc.

Actividad 9. La noticia

La persona facilitadora puede motivar el ejercicio diciendo: “A diario recibimos noticias, buenas o malas. Algunas de ellas han sido motivo de gran alegría, por eso las recordamos con mayor nitidez. Hoy vamos a recordar esas buenas noticias”.

Explica la forma de realizar el ejercicio: los participantes deben anotar en la hoja las tres noticias más felices de

su vida (quince minutos). En plenaria, las personas comentan sus noticias: en primer lugar, lo hace la persona facilitadora, lo sigue su vecino de la derecha y así sucesivamente hasta terminar. En cada ocasión, los demás pueden aportar opiniones y hacer preguntas.

Actividad 10. Curioseando

La facilitadora o facilitador forma los equipos de trabajo (cinco integrantes y un secretario). Luego explica la primera parte del ejercicio: los equipos deben elaborar un cuestionario con aquellas preguntas que quisieran hacer al resto del grupo. Motive a que hagan preguntas sobre su sexualidad, los sitios de socialización que les agradan, las formas en que se relacionan con otros hombres, etc.

Los equipos preparan su cuestionario (veinte minutos).

Una vez que todos hayan terminado, harán las preguntas a las personas que escojan del grupo. El propósito es que se pregunte a la mayoría de los participantes.

Actividad 11. Temores y esperanzas

En una hoja de papel, cada persona libremente escribe sus inquietudes, temores y esperanzas acerca de una situación que debe afrontar en su vida. Motive a que se reflexione sobre las situaciones de discriminación y vulneración de los derechos.

Luego, la persona facilitadora solicita que cada participante le informe los 2 temores y esperanzas más importantes para anotarlas en el tablero. Luego de anotadas las respuestas, en conjunto se toman en consideración las dos de mayor frecuencia, para discutir sobre ellas.

Actividad 12. Ofrezco y pido

Cada cual pone en la parte superior de una hoja de papel la palabra “pido” y en otro la palabra “ofrezco”. Anota

lo que pide a los demás en el curso o taller y lo que ofrece. Después, cada participante se pega una hoja en el pecho y otra en la espalda. Todos circulan por el salón, caminan, se tropiezan unos con otros y leen mutuamente el contenido de los papeles.

Actividad 13. Lo que llevo conmigo y lo que soy

A los integrantes del grupo sentado en círculo, la persona facilitadora les pide que muestren tres objetos que llevan consigo; cada cual habla de por qué y para qué lleva esos objetos y cómo se relacionan con cada uno de ellos.

Actividad 13. Tres verdades y una mentira

Todos escriben sus nombres y tres cosas verdaderas y una falsa acerca de sí mismos en una hoja de papel. Por ejemplo, *“a Alfonso le gusta cantar, le encanta el fútbol, tiene cinco esposas y le encanta la ópera”*. Luego, los participantes circulan con sus hojas de papel. Se unen en parejas, enseñan sus papeles a cada uno y tratan de adivinar qué información no es cierta.

Actividad 14. ¿Quién eres?

Pida que un voluntario salga del salón. Mientras el voluntario está afuera, el resto de los participantes escogen una ocupación para él, tal como chófer o pescador. Cuando el voluntario regresa, el resto de los participantes actúan las actividades. El voluntario debe adivinar la ocupación que ha sido escogida para él según las actividades que sean actuadas.

Actividad 15. Grupo de estatuas

Pida al grupo que se mueva por el salón, moviendo y soltando sus brazos y relajando sus cabezas y sus cuellos. Después de un momento, diga una palabra. El

grupo debe formar estatuas que describan esa palabra. Por ejemplo, el facilitador dice “amor”. Todos los participantes instantáneamente y, sin hablar, tienen que adoptar posiciones que demuestren lo que para ellos significa “amor”. Repita el ejercicio varias veces.

Actividad 16. La línea más larga

Este juego requiere mucho espacio, por lo que puede requerirse hacerlo al aire libre. Haga equipos de ocho a diez personas. Cada equipo debe tener el mismo número de miembros. Explique que la tarea consiste en “crear la línea más larga usando partes de los cuerpos de los participantes y cualquier ropa o cosas que los miembros tengan en sus bolsillos”. No permita que los participantes traigan cosas del salón o de afuera. Dé una señal para que empiece el juego, asignado un tiempo límite no mayor a dos minutos. El equipo con la línea más larga gana.

Actividad 17. Masaje grupal

Pida al grupo que se ponga de pie y forme un círculo y que se pongan de lado de tal manera que cada persona esté de cara con la espalda de la persona de adelante. Entonces las personas dan un masaje a los hombros de la persona frente a ellos.

Actividad 18. Mensajes confusos

Los participantes se sientan formando un círculo. Piense en un mensaje largo, como “mañana por la mañana me voy a ir al mercado para comprar plátanos y mangos y luego me voy a encontrar con mi primo para ir a comer”. Susurre el mensaje a la persona que esté sentada a su derecha. Entonces esa persona, a su vez, le susurra el mensaje a la persona que esté sentada a su derecha y así sucesivamente. Una vez que el mensaje haya sido pasado a través del círculo, pida a la última persona que diga el mensaje en voz alta. Compare el mensaje final con la versión original.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Actividad 1. Yo y mi cuerpo

Objetivo: analizar críticamente los modelos de belleza y estética dominantes proponiendo valores alternativos.
Favorecer la comunicación entre los participantes.

Tiempo: 50 minutos.

Materiales/Equipos: revistas, cartulinas, pegamento y tijeras, folios, bolígrafos.

Descripción:

Dividir a los participantes en dos grupos.

Tienen que buscar en revistas personas atractivas.

Cada grupo elabora un collage del “varón atractivo”.

Se expondrán al grupo y se discutirán.

Cada participante, de forma anónima, elaborará una lista con las características que le gustaría encontrar en su pareja ideal.

Se intercambiarán y se leerán.

Se discutirá en grupo si las características que aparecen en los pósters coinciden con las que les gustaría encontrar en su pareja ideal. La idea es promover el debate entre los participantes con el objetivo de llegar a consensos y romper con los estereotipos existentes.

Utilice las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Están satisfechos con sus figuras corporales? ¿Quiénes se sienten presionados por encontrar o coincidir con el estereotipo?

- ¿Cómo se forma en nosotros la idea de cuerpo atractivo?
- ¿Son realistas las imágenes de belleza que recibimos de los medios de comunicación?
- ¿Existen partes de nuestro cuerpo que podríamos cambiar?
- Y las partes que no podemos cambiar, ¿afectan a nuestro humor, nuestra inteligencia, nuestra capacidad para relacionarnos, etc.?

Actividad 2. Con riesgo/sin riesgo

Objetivo: analizar las vías de transmisión sexual del VIH.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: fotografías, papel *kraft* y cinta.

Descripción:

Se ponen en el suelo fotografías con distintas prácticas sexuales.

Se pone un papel continuo (*kraft*) en el suelo y se divide en dos. En una parte se escribe “con riesgo de transmisión” y en la otra “sin riesgo de transmisión”.

Los participantes tendrán que elegir dos fotos y pegarlas en la parte del papel que consideren adecuada en función de si la imagen es una práctica de riesgo de transmisión del VIH o no.

Una vez que están colocadas todas las fotos, se preguntará al grupo si están de acuerdo en cómo están distribuidas las fotos y se irán analizando una a una las fotografías.

Explicar las prácticas de riesgo y las que no implican riesgo. Resaltar que un sinnúmero de prácticas sexuales no penetrativas generan mucho placer y no representan riesgo de infección por VIH.

Actividad 3. La fiesta

Objetivos: favorecer la conciencia del riesgo real que supone una relación sexual sin protección.

Fomentar la comunicación abierta sobre sexualidad y VIH entre los participantes.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: folios, cinta, bolígrafos, tablero, marcadores.

Descripción:

Cada miembro del grupo escribirá en un papel cualidades propias que le hagan ser atractivo sexualmente a los ojos de los demás. Ese papel se pegará con cinta en el pecho para que sea visible para todas las personas.

Así mismo, cada persona escribirá su nombre en tres papeles diferentes que deberá intercambiar.

La persona facilitadora comunicará al grupo que están en una fiesta y que tienen que levantarse e ir leyendo las cualidades atractivas que cada persona se atribuye. Cuando una persona encuentre a alguien cuyas cualidades le gusten y a la otra persona también le gusten las suyas, intercambiarán un papel con sus nombres. En el papel que entregue la otra persona se pondrá el orden en el que se ha realizado el intercambio (primer, segundo y tercer intercambio).

Al terminar el juego, la persona podrá haber intercambiado un papel, dos, tres o ninguno. En el tablero escribirá los nombres de las personas seropositivas y se irán viendo las transmisiones que ha habido en el grupo, en función de los intercambios de papeles, hasta ver el número total de personas que acabarían siendo seropositivas.

Después se explicará que cada intercambio simbolizaba una relación sexual con penetración y que dos personas del grupo (al azar) eran seropositivas.

Después se supondrá que dos personas llevaban preservativo y se observará el descenso de transmisiones, lo que dará lugar a debatir en el grupo la importancia de la utilización del preservativo en las relaciones sexuales.

Actividad 4. Aspectos básicos sobre VIH

Objetivo: conocer los aspectos básicos de la infección por VIH y romper algunos mitos sobre la infección.

Tiempo: 1 hora y 30 minutos.

Materiales/Equipos: video beam

Presentación: Al menos 16 tarjetas con letra legible. Escribir 8 mensajes ciertos y 8 mensajes falsos sobre el VIH.

Descripción:

- 1.) Ubique en un tablero dos columnas con las palabras “cierto” y “no cierto”.
- 2.) Distribuya las tarjetas entre los participantes y aclare al grupo que debe reflexionar de manera personal o en parejas sobre la veracidad o falsedad del mensaje.
- 3.) Invite a que ubiquen cada una de las tarjetas en las columnas donde crean conveniente.
- 4.) Sugiera a los participantes que expliquen las razones por las que ubicaron las tarjetas en tal posición.
- 5.) Al final, trabaje con el grupo sobre si están de acuerdo o no con la ubicación de las tarjetas; si existen dudas o diferencias. El facilitador o facilitadora aclarará todos los datos que sean necesarios y reforzará o ampliará algunos conceptos, según percepción del grupo.
- 6.) Posterior a ellos, trabaje en la presentación adjunta con la siguiente estructura:
 - a. Vías de transmisión y formas de prevención
 - b. Epidemias
 - c. Situación epidemiológica (global, regional, nacional)
- 7.) Cierre con una sesión de preguntas y respuestas.

Mensajes no ciertos:

- Solo las personas que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo, por ejemplo, hombres con hombres, tienen riesgo de infectarse con VIH.

- Uno siempre puede darse cuenta si una persona está infectada con VIH.
- Solo quienes tienen excesiva cantidad de relaciones sexuales con parejas distintas, tienen riesgo de infectarse con VIH.
- Si usted tiene un resultado negativo para una prueba de VIH, entonces puede estar tranquilo y tener relaciones sexuales sin protección.
- VIH y Sida son la misma cosa.
- El VIH es transmitido por animales como los mosquitos y zancudos.
- Si al fin de cuentas todo el que tiene Sida se muere, es preferible no saber si se tiene VIH.
- El VIH no existe, es una maldición para los desviados o se puede hacer por medio de maleficios.
- Comer en el mismo plato de una persona que vive con VIH es un factor de riesgo para una infección.

Mensajes ciertos:

- Los fluidos corporales que pueden tener una alta concentración del VIH son el semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna.
- Aunque actualmente se dispone de tratamientos con medicamentos para mejorar las condiciones de vida de las personas que viven con VIH, este sigue siendo incurable.
- Es posible infectarse con el VIH durante el sexo oral.
- Aunque la infección por VIH constituye un riesgo para cualquier persona, las mujeres, las personas jóvenes, las personas en situación de desplazamiento y las personas con una opción sexual no normativa son más vulnerables social y culturalmente. Hay una relación directa entre el consumo de sustancias como el alcohol y la marihuana y el riesgo de infección por VIH.
- El uso del condón es un método efectivo para prevenir la infección por VIH.
- El uso compartido de agujas para el uso de drogas inyectables es una práctica de riesgo para la infección por VIH.
- La fidelidad y el amor no protegen, ni disminuyen el riesgo de infección por VIH.

Actividad 5. Revisando las relaciones de género

Objetivo: permitir a los participantes explorar sus propios valores con relación al género, el sexo y la sexualidad.

Hacer que los participantes evalúen con una perspectiva de género, sus conocimientos sobre los hechos básicos del VIH/Sida.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: tres conjuntos de dos o tres afirmaciones controvertibles impresas en negrita.

Descripción:

- 1.) El o la facilitadora divide a los participantes en tres grupos haciendo que se numeren del uno al tres.
- 2.) El o la facilitadora le distribuye a cada grupo un conjunto de afirmaciones controvertidas. Se le pide a cada grupo lograr consenso sobre si están de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones y dar las razones por las posiciones que han tomado.
- 3.) Las afirmaciones son:

Grupo Uno

- La homosexualidad es anormal
- Los hombres con sexualidad no normativa tienen derecho a ejercer la paternidad y tener hijos
- Los hombres gay propician los encuentros violentos con sus parejas

Grupo Dos

- Los hombres que viven con VIH no deberían tener vida sexual
- Hombres y mujeres cuentan con las mismas posibilidades de crecimiento económico, personal y profesional

Grupo tres

- La educación sexual estimula la actividad sexual temprana
 - Mujeres y hombres tienen la misma posibilidad de acceder a preservativos y tomar la decisión de su uso
 - Las víctimas de abuso policial deben trabajar para que se castigue a los y las culpables. Si es necesario deben, confrontar a sus victimarios o victimarias
- 4.) El o la facilitadora le pide a los grupos que identifiquen a una persona para que haga la presentación de la discusión en plenaria. Cada grupo informa a la plenaria. Después de cada presentación, el o la facilitadora pide comentarios a los otros dos grupos. Asimismo, contempla las lagunas en el conocimiento y da la explicación oportuna que puede tomar de "las notas de la o el facilitador".

Actividad 6. Frases populares

Objetivos: revisar prejuicios y estigmas alrededor de la diversidad sexual y de género.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: hojas blancas, bolígrafos, pliegos de papel, marcadores.

Descripción:

Se formarán equipos dependiendo del número de integrantes para discutirlo.

Se pedirá que escriban cinco frases populares por grupo. Es importante motivar la reflexión sobre piropos, frases comunes para desacreditar un grupo, frases de educación y comerciales de medios de comunicación. Cada equipo hará lectura de sus frases.

La persona facilitadora anotará en los pliegos de papel, las palabras clave que evidencien los prejuicios que nos llevan a estigmatizar.

El grupo reflexionará sobre cómo tiene incorporadas estas frases, aprendidas desde la infancia y reforzadas socialmente.

Actividad 7. Reality Show

Objetivos: reflexionar sobre los diferentes discursos sociales que existen acerca del VIH/Sida, la utilización del preservativo y las personas que viven con VIH.

Favorecer la comunicación entre los participantes alrededor de los mitos.

Tiempo: 35 minutos.

Materiales/Equipos: cartulinas y marcadores.

Descripción:

Se divide a los participantes en 4 grupos y se les dice que van a participar en un programa de debate de la televisión. Cada grupo tendrá una postura muy definida sobre el VIH/Sida que tendrá que defender y argumentar en el debate.

Posibles posturas:

- Grupo radicalmente en contra del uso del preservativo y con actitudes discriminatorias hacia las personas seropositivas.
- Grupo de personas desinformadas.
- Grupo de personas informadas y concientizadas.
- Grupo de personas informadas, pero “a mí no me toca”.

Antes de empezar, cada grupo buscará argumentaciones para mantener su postura en el debate y las escribirá en una cartulina para que luego les sirva de apoyo.

Cada grupo tendrá un portavoz.

El facilitador o facilitadora del debate promoverá la discusión y la creatividad en la presentación de los argumentos y lo cerrará haciendo unas conclusiones sobre lo tratado. Se recomienda analizar con los miembros del grupo cómo se han sentido con las posturas que han tenido que defender.

Actividad 8. ¿Discriminado o discriminador?

Objetivo: indagar sobre cómo se sienten las personas que son discriminadas. Reconocer el rol de perpetradores de la discriminación.

Tiempo: 45 minutos.

Material/Equipos: tarjetas con las siguientes denominaciones (se pueden ajustar de acuerdo con los contextos culturales de cada región):

1. Loca
2. Marica
3. Trepada
4. Sidoso
5. Machorra
6. Arepera
7. Bicicleta
8. Partido
9. Tuberculoso
10. Prostituta
11. Inda
12. Delincuente

Descripción:

Se pedirá a 12 integrantes que formen un círculo y que cierren los ojos. Si hay más personas, serán observadoras. (En caso de que sean menos de 12, se eligen igual número de tarjetas). Se colocarán 12 tarjetas en la espalda. Ninguna persona sabe qué dice su tarjeta. Se pide que abran los ojos.

Se da la siguiente instrucción: “En silencio, leerán lo que dicen las tarjetas en la espalda de sus compañeros y, dependiendo de lo que dice cada letrado, serán las actitudes que presentarán ante ellos”.

La persona facilitadora indicará cuándo suspenden esta parte del ejercicio. Dará entre 5 y 10 minutos, dependiendo del número de integrantes, con el fin de dar tiempo a que lean todas las tarjetas.

Pregunte a los integrantes qué actitudes notaron, cómo se sintieron y qué creen que diga su letrado.

El facilitador o facilitadora hará un resumen de lo que se obtuvo con el ejercicio.

Actividad 9. Busca soluciones

Objetivos: analizar las posibles dificultades que puede haber a la hora de utilizar el preservativo.

Tiempo: 40 minutos.

Materiales/Equipos: hojas, bolígrafos, cartulina y marcadores.

Descripción:

Se divide a los participantes en 4 grupos. A cada grupo se le da una situación diferente:

- Comprar preservativos.
- Guardar y conservar el preservativo de forma adecuada.
- Proponer a la pareja que utilicen el preservativo.
- Utilizar el preservativo de forma correcta.

Cada grupo analizará las dificultades con las que se podrían encontrar en la situación que les ha tocado y buscará alternativas para solucionarlas.

Tras debatir cada grupo —durante 10 o 15 minutos— los problemas y las posibles soluciones se pondrán en común con el resto de participantes.

Se debe promover el debate e ir analizando con los participantes cuáles son los mayores problemas y cómo solucionar cada uno de ellos.

Como complemento, podría ir anotando en una cartulina grande las posibles soluciones.

Actividad 10. Democracia no incluyente.

¿Elegir y ser elegido?

Objetivo: evidenciar, mediante un caso específico el estigma, prejuicio y discriminación.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: papel, marcadores, bolígrafos, tablero.

Descripción:

Se divide al grupo en dos, se elige un moderador, el cual dará la palabra por turno y un relator el cual tomará atenta nota de las diferentes participaciones.

Para iniciar, la persona facilitadora contextualizará el caso:

“En un municipio, en el que están en plena contienda política, existe un aspirante a la alcaldía, quien es —además de homosexual y VIH positivo—; información que es de dominio público y ha generado un debate y polémica social”.

Reglas:

Se indica a cada uno de los grupos que son los que están a favor de la candidatura del aspirante, el otro grupo estará en la oposición, es decir en contra.

- 1.) Con estas indicaciones se otorgan 5 minutos para que se organicen las ideas y argumentos.
- 2.) Se inicia el debate.
- 3.) Retroalimentación con base en los documentos expuestos. El facilitador o facilitadora expone los argumentos con contenidos de prejuicios, estigma y discriminación.
- 4.) Análisis en conjunto.

Actividad 11. Reconociendo barreras de acceso

Objetivo: identificar barreras de acceso a la asesoría y prueba voluntaria de VIH.

Materiales/Equipos: vestuario, papel kraft, papel de seda, marcadores, cartulina.

Tiempo: 60 minutos.

Descripción:

- 1.) Se divide el grupo en dos equipos.
- 2.) Se contextualiza en la situación de ir al centro de salud y realizarse la prueba del VIH.
- 3.) Cada grupo deberá plasmar, a través de un dramatizado, cómo sería esta situación para un hombre gay amanerado y para un hombre bisexual.
- 4.) Se socializa en plenaria y se da espacio para el debate.

Preguntas orientadoras:

- ¿Cómo se sintieron en cada uno de los personajes?
- ¿Conoce qué servicios y programas le pueden ofrecer en salud sexual y reproductiva?

El facilitador o facilitadora recopila las opiniones del grupo y luego hace énfasis en cómo es el procedimiento de toma de prueba del VIH, reglamentación, consentimiento informado, derechos y deberes sexuales, acceso a los programas y tratamiento de salud después del diagnóstico.

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Nota: Las actividades que están propuestas a continuación se sugieren para trabajar con tomadores y tomadoras de decisiones, prestadores y prestadoras de servicios de salud y funcionarias y funcionarios públicos, de la misma manera que se pueden trabajar con grupos de HSH.

Actividad 1. Las personas somos...

Objetivos: crear conciencia sobre los estereotipos femeninos y masculinos. Favorecer la comunicación entre los y las participantes.

Tiempo: 60 minutos.

Materiales/Equipos: marcadores, hojas, bolígrafos y papel continuo (kraft).

Descripción:

Se divide a las personas participantes en 4 grupos y se les dan marcadores y papel continuo. Cada grupo deberá realizar una lluvia de ideas sobre lo que cree que son características de “lo femenino” y “lo masculino” (relacionadas con la sexualidad). Como título pondrán: “las mujeres son...”, “los varones son...”.

Se escribirán las reacciones y comentarios de estas en los listados. En otro papel continuo, se deberá escribir un listado de las consecuencias que esas imágenes tienen para las mujeres y los varones.

Cada grupo pondrá en común —con el resto de participantes— las ideas y discusiones que han salido, y se debatirán, concluyendo con una síntesis de las imágenes de “lo masculino” y “lo femenino” que aparecen y las consecuencias discriminatorias que acarrearán.

El facilitador o facilitadora deberá dirigir el debate final y aclarar que “lo femenino” y “lo masculino” son atribuciones culturales, que no dependen del sexo de las personas.

Actividad 2. Los propios valores, los prejuicios y el VIH

Objetivos: escuchar puntos de vista diferentes al suyo. Aprender a escuchar ya que todas las personas tienen sus propios puntos de vista. Clarificar diversos paradigmas preventivos para abordar la infección por VIH.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: cinta de enmascarar, hojas con afirmaciones.

Descripción:

1.) Coloque una banda de cinta de enmascarar a lo largo de una diagonal que atraviese el piso del salón donde se realiza el taller.

2.) Pase revista rápida a los siguientes conceptos.

Los valores son principios generales de mucha importancia para las personas. Reflejan aquello que la gente considera bueno y que vale la pena y guían la vida de la gente.

Las actitudes son sentimientos que las personas tienen acerca de sí mismas, de otras personas y de las cosas que suceden.

Las creencias son declaraciones sobre la realidad que las personas consideran verdaderas.

Cada grupo de personas tiene su propio conjunto de valores, actitudes y creencias, y estos difieren de culturas, sociedades o religiones; también según sea la época o la edad de las personas.

3.) Luego pídale que se coloquen a los lados de la cinta y que, a medida que usted vaya leyendo ciertas afirmaciones, cada cual se vaya ubicando sobre la diagonal, donde uno de los extremos significa que se está completamente de acuerdo y el otro extremo que se está completamente en desacuerdo (si lo desea, ayúdese colocando sobre la pared hojas de papel que indiquen qué significa cada uno de los extremos).

Destaque la importancia de escuchar muy bien la afirmación y de responder como mejor les parezca. Resalte la importancia de hablar en primera persona (él o ella, la gente, el mundo, la sociedad, uno, el sistema, etc., son terceras personas y no comprometen a la persona tanto como el “yo pienso”, “creo”, “siento”, etc.) Las personas pueden permanecer en medio de la línea si así lo desean.

No debe (pero de todas formas puede) haber discusión porque el ejercicio requiere también escuchar puntos de vista que pueden ser diferentes a los de sí mismo o sí misma.

4.) Luego, pida a las personas asistentes que expresen los diferentes puntos de vista entre los extremos completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo. Estimule la participación pero, recuerde, no debe haber discusión. El facilitador o facilitadora debe permanecer neutral, pues tiene credibilidad frente al grupo y puede sesgar las opiniones.

5.) Cuando hayan terminado las argumentaciones, pídale que pasen al lugar que ahora exprese mejor sus sentimientos. Recuerde leer las afirmaciones como tal y no como preguntas.

6.) Después de varias afirmaciones, comience una discusión con el grupo haciendo preguntas como estas:

- ¿Cómo se sintió sin posibilidad de discutir?
- ¿Cómo se sintió al expresar sus valores a otras personas?
- ¿Se sorprendió a usted mismo o misma de alguna manera? (Por ejemplo, tratando de imponer sus pro-

pios puntos de vista, o con dificultades para escuchar o acaso cambiando sus opiniones que antes consideraba que eran ciertas).

- ¿Qué argumentos fueron válidos para usted y le hicieron cambiar de posición?
- ¿Cambió de posición?
- ¿Argumentó o doctrinó?
- ¿Fue tolerante con las opiniones diferentes a la suya?

7.) Resuma la discusión y señale que escuchar y aprender acerca de los valores de otras personas ayuda a mejorar la sensibilidad de los y las participantes hacia los valores, actitudes y creencias de los diversos grupos en la comunidad. Esta sensibilidad les ayudará en el aprendizaje del respeto y la tolerancia hacia las demás personas y a incidir de forma más eficiente en la tarea educativa.

Actividad 3. El lenguaje apropiado para indagar sobre contextos de vulnerabilidad

Objetivos: crear conciencia sobre las formas inadecuadas para preguntar y las maneras en que inhibimos

las respuestas de nuestros asesorados y asesoradas. Proponer estrategias de lenguaje alternativo.

Tiempo: 60 minutos.

Materiales/Equipos: hojas en blanco, copias del formato de preguntas inadecuadas y adecuadas

Desarrollo:

- 1.) Indague sobre las formas en que el personal de salud realiza preguntas para evidenciar contextos de vulnerabilidad.
- 2.) Haga que cada participante formule tres preguntas para indagar sobre y/o detectar contextos de vulnerabilidad en cada uno de los siguientes niveles:
 - social.
 - individual.
 - programático
- 3.) Haga que los y las participantes completen el siguiente cuadro. Motíuelos y motíuelas a que formulen preguntas adecuadas e inadecuadas.

PREGUNTAS USANDO “POR QUÉ”	PREGUNTAS ABIERTAS
¿Por qué no usas condones?	¿Cómo te sientes sobre el hecho de usar condones?
¿Por qué piensas que no puedes infectarte?	¿Qué hace que no uses condones?
¿Por qué no quieres hacerte el examen del VIH?	
¿Por qué llegaste tarde a tu cita?	
¿Por qué no puedes hablarle a tu pareja sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual?	
¿Por qué no dejas de usar drogas?	

Actividad 4. ¿Cómo hacer las preguntas difíciles?

Objetivos: generar habilidades para preguntar y evidenciar prejuicios y tensiones frente a los servicios de asesoría y prueba voluntaria.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: hojas con formato.

Descripción:

En la primera columna, escriba la pregunta o el comentario más difícil que un o una cliente le haya hecho, o una que desee que nunca le hagan. En la segunda columna, escriba sus impresiones de por qué esa pregunta o ese señalamiento es tan difícil para usted. (véase cuadro inferior).

Actividad 5. Trabajo de campo en la calle

Objetivo: sensibilizar a la población en general sobre los derechos de las personas sexualmente no normativas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Plegables informativos, preservativos.

Descripción:

Este es el método más conocido para alcanzar a la gente en su contexto, y su éxito depende básicamente de los contactos espontáneos de persona a persona. Este método ha sido muy útil, alcanzando a personas no tan visibles o que no concurren a sitios de homosocialización

Piense el tema exacto en el que va a sensibilizar. Muchos temas al tiempo hacen que la información se pierda.

Decida el barrio, calle o lugar en que piensa intervenir. Piense en lugares de encuentro, ligue o cruising.

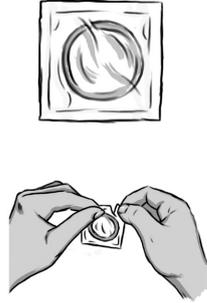
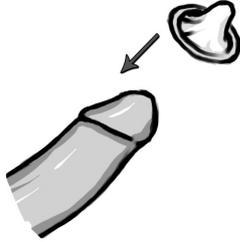
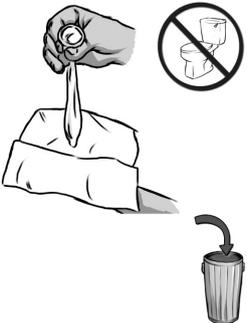
Organice un grupo de 3 a 4 personas y realice la sensibilización.

Las personas facilitadoras bien capacitadas, tendrán las habilidades necesarias para localizar y contactar en una variedad de situaciones de la calle. Algunos de los siguientes temas pueden ser apropiados para este trabajo:

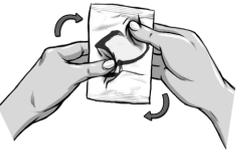
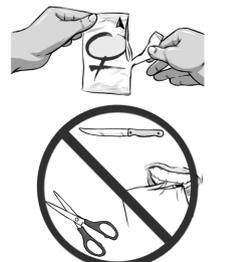
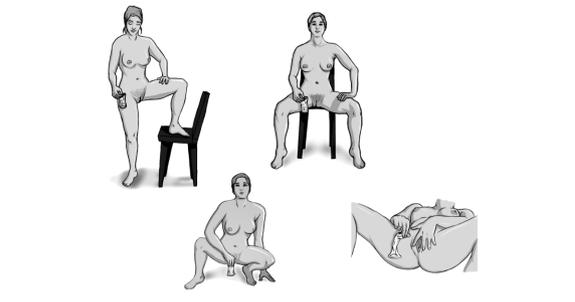
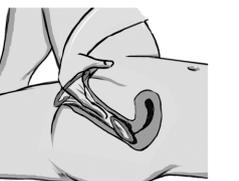
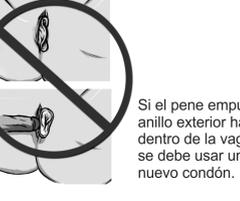
- Aspectos básicos: ¿Qué es el VIH /Sida? ¿Cómo se transmite? ¿Cómo se puede prevenir?
- Problemas vinculados a las diferencias de género, sexo seguro en la pareja, entre otros
- Acceso a preservativos
- Inducción a la asesoría y prueba voluntaria

PREGUNTAS O COMENTARIOS DIFICILES	¿POR QUÉ ES DIFICIL PARA USTED?

Instrucciones para el uso del condón masculino

1	2	3	4
<p>El paquete podría tener burbujas de aire.</p>			
 <p>No usar si la fecha ha expirado, o si el empaque está roto ó dañado.</p>			
5	6	7	8
<p>Si no lo han circuncidado, corra el prepucio hacia atrás.</p>			
			
9	10	11	12
<p>Sujete el condón de la punta.</p> 	<p>Desenróllelo completamente.</p> 	<p>Luego de usarlo sáquelo lejos de su pareja.</p> 	<p>Retírelo y deseche el condón.</p> 

Instrucciones para el uso del condón femenino

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

Actividad 7. Mapas de los sitios de homosocialización e instituciones de soporte

Objetivo: conocer los lugares y personas que frecuentan los sitios de homosocialización y revisar la red institucional de soporte con que se cuenta.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: plegables informativos, preservativos.

Descripción:

El mapa debe tener las siguientes características:

- Límites geográficos de las áreas deseadas. Especialmente áreas de homosocialización y de ligue.
- Lugares específicos donde se pueden encontrar las personas que pueden ser vulnerables a la infección.
- Comportamientos que implican alto riesgo de vulnerabilidad (por ejemplo trabajo sexual, drogas inyectadas, etc.).
- Otras influencias significativas de la comunidad (pandillas, venta de drogas, zonas de violencia sexual, abuso policial o inseguridad generalizada).
- Instituciones y organismos no gubernamentales y de la sociedad civil, grupos comunitarios que puedan influir y ayudar en la actividad del trabajo de campo.
- Lugares que la población objetivo pudiera visitar normalmente (centros comunitarios u otros sitios como teatros, cines, centros comerciales).
- Una vez que se ha creado un mapa de la comunidad, se puede diseñar un mapa de los recursos dentro de la comunidad, que permita:
 - Identificar los recursos que existen en la comunidad.
 - Identificar las organizaciones civiles, grupos comunitarios, asociaciones, iglesias y otras que funcionen en la comunidad.
 - Identificar la misión de cada organización.
 - Identificar las relaciones entre las organizaciones locales y la comunidad.
 - Identificar una persona clave de contacto en cada organización.
 - Identificar los lugares donde se encuentran las oficinas.

Actividad 8. Campañas de prevención en eventos masivos (conciertos, ciclovías, stands en parques y ferias)

Objetivo: sensibilizar a la población, en general, sobre los derechos de las personas con sexualidades no normativas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: plegables informativos, preservativos.

Descripción:

Algunos temas para trabajar en la comunidad son:
Aspectos básicos:

- ¿Qué es el VIH/Sida?
- ¿Cómo se transmite?
- ¿Cómo se puede prevenir?
- Derechos Humanos y VIH/Sida: discriminación, acceso a la atención, aspectos legales y estrategias de intervención.
- Diversidad, significados, derechos y conocimientos básicos sobre las identidades de género y las orientaciones sexuales.

Actividad 9. Campañas de prevención en locales comerciales (saunas, videos, salas de cine x, cibercafés, bares)

Objetivo: llegar a los sitios a los que los prestadores y prestadoras de servicio no tienen facilidad de acceso, para concientizar sobre la infección por VIH.

Tiempo: 15 minutos.

Materiales/Equipos: materiales y piezas de comunicación, preservativos y lubricantes.

Descripción:

El trabajo de alcance también puede ser llevado a cabo en locales comerciales como bares, discotecas,

saunas y cines. Posibles actividades incluyen hablar con los clientes, exhibir carteles, distribuir volantes y condones.

Las conversaciones cara a cara sobre el VIH y otros asuntos pueden ser realizadas sin la aprobación del dueño o dueña, administradora o administrador, pero las actividades generalmente son más efectivas cuando se cuenta con su apoyo. Inicialmente, esto puede representar ciertas dificultades, incluso cuando los dueños son HSH. Los dueños tal vez no deseen reconocer que los HSH se reúnen en sus establecimientos o, tal vez, pueden considerar que la publicidad sobre HSH es dañina para sus negocios.

Un argumento para persuadir a los propietarios a que cambien de opinión es que el VIH por sí mismo es dañino para su negocio, ya que puede reducir el número de clientes potenciales. Por el contrario los materiales de la campaña de prevención que tienen un tono de celebración y, si es apropiado, erótico, es probable que propicien la entrada de los clientes.

Una vez que un propietario o propietaria esté de acuerdo en permitir que se lleven a cabo actividades de alcance en su establecimiento, resulta más fácil persuadir a otras personas a que hagan lo mismo. Su interés puede ser puramente comercial ya que una clientela regular es buena para los negocios o, tal vez, puede ser personal —

posiblemente debido a que, en caso de ser dueño, puede ser un HSH y se encuentre interesado en este tema—.

Las intervenciones deben ser sostenibles para que sean efectivas; los condones y los volantes deben estar siempre disponibles.

Actividad 10. Negócialo

Objetivo: potenciar la comunicación entre hombres, con el objetivo de negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: materiales y piezas de comunicación, preservativos y lubricantes.

Descripción:

Se piden dos voluntarios o voluntarias para representar una situación de pareja en la que una persona intenta convencer a la otra de mantener relaciones sexuales sin preservativo, mientras la otra argumenta en contra y se resiste con réplicas o protestas.

Finalmente, tienen que negociar una solución.

Analizar con las personas voluntarias cómo se sintieron, qué es lo que más les costó, si ha sido fácil llegar a un acuerdo, entre otras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores que permitan establecer el conocimiento de la infección como:

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

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

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

Indicadores de asesoría y prueba voluntaria:

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

Indicadores que permitan establecer Estigma y Discriminación frente al VIH:

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

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

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

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

PREVENCIÓN DEL VIH INDICADOR 01:

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

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

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

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

INDICADOR 02:

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

- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.

- Numerador: Número de entrevistados que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.

- Denominador: Número total de entrevistados

- Constante: 100.

- Definición operativa: Identificar los progresos en la reducción de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.

- Interpretación: Ofrece una visión de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo.

- Preguntas que evalúan el indicador:

1. En el último mes, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

INDICADOR 03

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

- Área: Comportamiento.

- Objetivo: Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.

- Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.

- Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.

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

INDICADOR 04:

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

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

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

INDICADOR 05:

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

INDICADOR 06:

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

INDICADOR 07:

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

programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.

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

INDICADOR 08:

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

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

INDICADOR 09:

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

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

ANEXO**ENCUESTA****Conocimientos, prácticas y asesoría en prueba voluntaria para VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres**

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

Número de la encuesta: _____

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

Ciudad: _____

Fecha: _____

I. GENERALIDADES

1. Edad _____

2. Municipio en el que vive _____

Zona: Urbana Rural

3. ¿Ha tenido relaciones sexuales con otro/otros hombre/s en el último mes contado hasta ayer?:

Sí No

4. Cual es su estrato socioeconómico?

0 1 2 3 4 5 6

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

Contributivo Subsidiado No asegurado Especial
 Sisbén No sé No tengo No responde

6. ¿Cual es su nivel de educación?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Primaria completa |
| <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Secundaria completa |
| <input type="checkbox"/> Tecnológico | <input type="checkbox"/> Técnico |
| <input type="checkbox"/> Universitario | <input type="checkbox"/> Postgrado |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | |

7. ¿Actualmente esta trabajando?

- Sí No ¿En qué? _____

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

- Masculino Femenino Otro ¿Cuál? _____

9. En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica?

- Homosexual Heterosexual Bisexual Otro ¿Cuál? _____

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

- No sabe No responde

11. ¿Esa primera relación sexual fue con?

- Hombre Mujer Otro ¿Cuál? _____

12. En esa primera relación sexual ¿usaron condón?

- Sí No

II. INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/Sida

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

- Sí No

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

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

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

- Sí No

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

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

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

- Sí No No sabe

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

- Sí No No sabe

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

- Sí No No sabe

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

- Sí No No sabe

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

- Sí No No sabe

III. INFORMACIÓN SOBRE COMPORTAMIENTO

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

- Sí No

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

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

3. ¿Alguna vez en su vida **ha recibido dinero** a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?

- Sí No

Si recibió dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas responda las preguntas 4, 5 y 6. Si no, pase a la pregunta 7.

4. Aproximadamente ¿Qué edad tenía **la primera vez que recibió dinero** a cambio de ello?

- Edad _____ No se acuerda

5. ¿Con cuántos clientes tuvo relaciones sexuales el último día que trabajó? _____

6. La última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente, ¿usaron condón?

- Sí No

7. ¿Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones:

- Ninguno Tienda Farmacia/droguería
 Supermercado Centro salud/hospital Centro nocturno/reservado
 Clínica privada/consultorio ONG/Fundación Tienda de artículos para sexo
 Otro, ¿Cuál? _____

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

9. ¿En donde consiguió condones **la última vez**?

- Tienda Farmacia/droguería Supermercado
 Centro salud/hospital Centro nocturno/reservado Clínica privada/consultorio
 ONG/Fundación Tienda de artículos para sexo
 Otro, ¿Cuál? _____

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

- N. ° _____ Ninguna

11. ¿Con quién tuvo la última relación sexual penetrativa?

- Hombre Mujer Otro, ¿Cuál? _____

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA DE VIH

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

- Sí No

Si su respuesta es afirmativa responda la pregunta 2 de lo contrario pase a la pregunta 7.

2. Cuando usted se hizo la prueba fue:

- Por su propia iniciativa Por solicitud de trabajo Por donación de sangre
 En alguna campaña En estudio de investigación La solicitó el personal de salud
 Alguien lo convenció Porque una ONG me lo sugirió
 Por que una de sus parejas sexuales vive con el VIH
 Porque un conocido o familiar murió por VIH
 Otro, ¿Cuál? _____

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

- Sí No

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

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

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

V. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1. Cuando recibe servicios médicos, ¿considera necesario ocultar su práctica sexual con otros hombres?

Sí No

2. Cuando recibe servicios médicos, ¿tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres?

Sí No

3. ¿Ha recibido agresiones por sus prácticas sexuales?

Sí No

Si su respuesta es sí:

4. ¿Qué tipo de agresiones ha recibido?

- Humillaciones Golpes Burlas
- Agresión verbal Exclusión de actividades sociales
- Otra, ¿Cuál? _____

5. ¿Quién o quiénes alguna vez en su vida, lo han rechazado por su práctica sexual con otros hombres?

- Familiares Religiosos Compañeros de trabajo
- Profesionales de la salud Amigos Profesores, Docentes
- Compañeros de estudio Fuerzas armadas (policía, militares)
- Actores al margen de la ley Otro, ¿Cuál? _____

VI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. En el último año ¿ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

- Sí No No sabe

Si la respuesta es sí, mencione ¿Cuál? _____

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

GRACIAS

GLOSARIO

Adherencia

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

Anticuerpo

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

Antirretroviral (ARV)

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

Asintomático(a)

Sin señas ni síntomas obvios de enfermedad.

Cierre conceptual

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

Coinfección

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

Contagioso(a)

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

Infección de transmisión sexual (ITS)

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

Enfoque

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

Epidemia

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

Epidemiología

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

Estereotipos

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

Exigibilidad

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

Exposición ocupacional

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

Género

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

Identidad de género

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

Imaginarios

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

Incidencia

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

Infección

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

Inmunidad

Protección o resistencia a las enfermedades.

Inmunitario

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

Inmunocompetente

Capacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal.

Inmunodeficiencia

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

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

Inmunodeficiente

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

Inmunodepresión

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

Intervención

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

Orientación Sexual

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

Pandemia

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

Pareja Serodiscordante

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

Parenteral

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

Perinatal

Período inmediatamente anterior y posterior al nacimiento.

Personas Trans

Esta categoría se usa para mencionar a las personas que han decidido realizar un tránsito en su identidad de género, no correspondiendo con lo que se espera según su dotación biológica. (Para mayor información sobre este aspecto dirijase a la guía para Mujeres Trans).

Perspectiva

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

Posnatal

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

Prenatal

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

Prevalencia

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

Transmisión Perinatal

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

Profilaxis

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

Prueba rápida

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

Prueba Western Blot

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

Rol

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

Sexo

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

Sexualidad

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

Síndrome

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

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

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

Sistema patriarcal

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

Virus de la hepatitis B (VHB)

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

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

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

BIBLIOGRAFÍA

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

ASOCIACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL Y CIUDADANÍA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: *Desafíos y lecciones aprendidas en el trabajo de prevención para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe Latino*, 2005.

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

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

CÁCERES, C. et al.: *Sida y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción - Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*. Universidad Peruana Cayetano Heredia/ onusida, 2002.

CONNELL, R.: *Masculinities*. University of California Press, Berkeley, 1995.

COOK, R.; DICKENS, B. y FATHALLA, M.: *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Profamilia, Bogotá, 2005.

DÍAZ, R.M. & AYALA, G.: *Discriminación Social y la Salud: El Caso de los Hombres Latinos Homosexuales y el Riesgo de Infección por HIV*. Washington, National Gay and Lesbian Task Force, 2001.

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

GARCÍA, C.: “¿Y entonces qué es ser hombre? Identidades masculinas y cuerpo” En *Masculinidades, relaciones de género y violencia intrafamiliar vol. 5*; Política Haz Paz, Consejería Social de la Presidencia de la República de Colombia, Bogotá, 2001, p. 3.

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

GUAJARDO, G.: “Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa” En *Masculinidades. Identidad, sexualidad y familias*. Santiago, FLACSO-Chile. 2000.

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

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

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

INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE: *Entre hombres. Prevención del VIH y las ITS para hombres que tienen sexo con hombres*. 2003.

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

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

MENENGAGE GLOBAL: Simposio global “*Involucrando a hombres y niños en las equidades de géneros*”. Rio de Janeiro, 2009.

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

ONUSIDA. *Derechos humanos, salud y VIH. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: “Proyecto para la provisión de atención integral a los hombres gay y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C., 2010.

PARKER, R.: “Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil” En *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago, flacso-Chile. 1998

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

PROFAMILIA, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*, 2005.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Cómo elaborar una estrategia de género para una oficina de país*, 2004.

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

RAMÍREZ, R.: *Dime capitán: reflexiones sobre la masculinidad*. Puerto Rico, El Huracán, 1998.

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

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

SCHIFTER, J.: *Amor de machos. Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles*. San José de Costa Rica. ILPES. 1998.

Documentos en línea

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

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

RIVERS, K. & AGGLETON, P.: *En el sexo me la juego*. Letra S, 2004. [Documento en línea] www.undp.org/hiv/publications/gender/mens.htm

