

Guía de Prevención

VIH/Sida

Mujeres en contextos de vulnerabilidad



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Guía de *Prevención* VIH/Sida

Mujeres en contextos de vulnerabilidad



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
LUIZA FERNANDA BENAVIDES REINA - CONSULTORA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD
SONIA CAMPOS RAMÍREZ - CONSULTORA ESTRATEGIA INTEGRAL
TERESA DEL CARMEN MORENO CHAVES - CONSULTORA EPIDEMIOLOGÍA

Bogotá, D.C. 2011

ISBN: 978-958-99831-1-9

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

ÍNDICE

CAPÍTULO I 15 **HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS**

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

CAPÍTULO II 31 **ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**

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

CAPÍTULO III 41

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

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

CAPÍTULO IV 49

MARCO NORMATIVO DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA

Del ámbito internacional	50
Del ámbito nacional	50

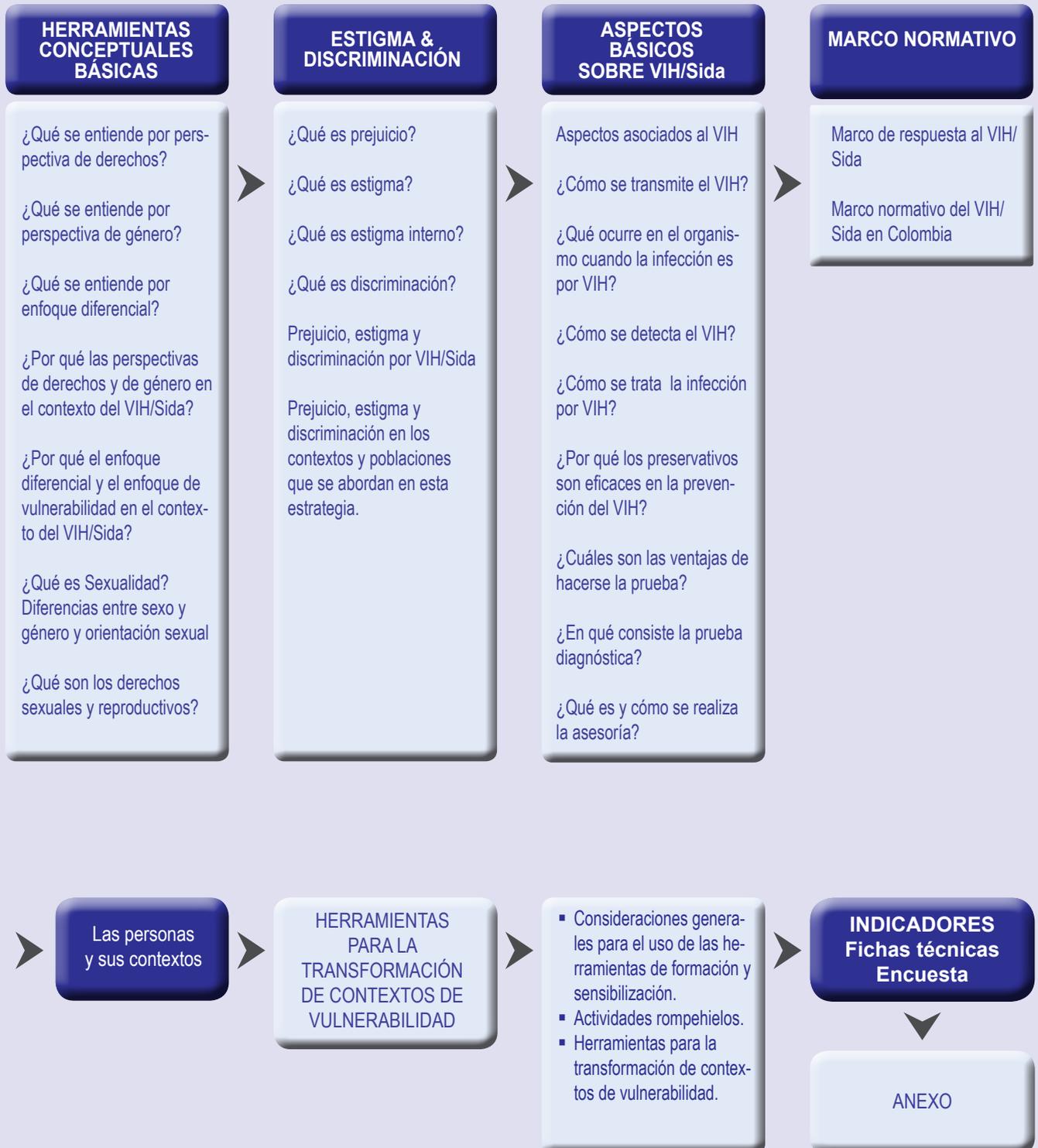
CAPÍTULO V 55

MUJERES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Las mujeres y sus contextos	55
¿Por qué las mujeres son susceptibles a la infección?	56
¿Por qué la desigualdad de género constituye un factor que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/Sida?	57
¿Cuál es la relación entre VIH/Sida, género y pobreza?	59
¿Qué es la Violencia Basada en Género (VBG)?	60
¿Cuáles son los tipos de Violencias Basadas en Género?	60
¿Por qué las violencias basadas en género incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/Sida?	61
El desplazamiento forzado es una forma de violencia que afecta directamente a las mujeres	61
¿Sabías que el desplazamiento y el conflicto armado incrementan la vulnerabilidad de mujeres y niñas a las VBG y al VIH/Sida?	62
Factores individuales que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH	63
¿Qué otros factores incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/Sida?	64

¿Sabías que la Asesoría y la Prueba Voluntaria (APV), son factores centrales en la prevención de la infección por VIH para todas las mujeres?	64
¿Por qué es necesario trabajar con todas las mujeres en la prevención del VIH/Sida?	65
La participación de las mujeres, una estrategia para prevenir el VIH/Sida	65
CAPÍTULO VI	67
HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD	
CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	68
ACTIVIDADES ROMPEHIELO	71
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN	75
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN	97
BANCO DE RECURSOS Y DATOS	103
INDICADORES	111
ANEXO	117
GLOSARIO	125
BIBLIOGRAFÍA	131

ESQUEMA ESTRUCTURAL GUÍA METODOLÓGICA



CAPÍTULO I

HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

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

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

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

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?

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

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

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

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

¿Qué se entiende por perspectiva de género?

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

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

² *Ibid.*, p. 3.

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

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

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

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

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

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

¿Qué se entiende por enfoque diferencial?

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

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

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

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

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

¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?

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

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

La vulnerabilidad es:

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

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

¿Sabías que...?

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

Estas dimensiones se entienden de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

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

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

Reconocer las desigualdades y jerarquías definidas por el género en:

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

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

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

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

Asumir que:

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

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

Para recordar...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

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

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

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

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

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

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

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

Estos grupos de derechos son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

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

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

¿Qué es el prejuicio?

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

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 recludos o recludas en un patio aparte para facilitar necesidades de atención, nutrición y descanso; se les excluye también de las dinámicas del contexto, limitando sus relaciones y las posibilidades de interactuar de forma normal.

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

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

En la población trans

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales respecto a la epidemia del VIH/Sida

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

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

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

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

¿Qué es el VIH?

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

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

¿Qué es el sistema inmunológico?

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

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

¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?

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

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

¿Sabías que...?

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

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

¿Qué es el Sida?

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

¿Cómo se transmite el VIH?

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

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

¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

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

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

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

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

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

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

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

Para recordar...

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo se detecta el VIH?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?

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

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

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

¿Sabías que...?

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

Para recordar...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

MARCO NORMATIVO DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA

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

¿Sabías que...?

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

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

Del ámbito internacional

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

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 Inmunización — PAI para prevenir y atender la coinfección VIH/tuberculosis.

CAPÍTULO V

MUJERES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

*“Amo a las mujeres desde su piel que es la mía.
A la que se rebela y forcejea con la pluma y la voz desenvainadas,
a la que se levanta de noche a ver a su hijo que llora,
a la que llora por un niño que se ha dormido para siempre,
a la que lucha enardecida en las montañas,
a la que trabaja —mal pagada— en la ciudad,
a la que gorda y contenta canta cuando echa tortillas
en la pancita caliente del comal,
a la que camina con el peso de un ser en su vientre
enorme y fecundo.
A todas las amo y me felicito por ser de su especie...”
Gioconda Belli,
(Fragmento de Amo a los hombres y les canto)¹*

Las mujeres y sus contextos

Esta guía para la prevención de la transmisión por VIH/Sida, está dirigida a las mujeres que se encuentran en algún grado de vulnerabilidad frente a la infección. Nos referimos entonces a mujeres en diversas condiciones y situaciones, en especial, a las afectadas por la pobreza, el conflicto armado, el desplazamiento y las víctimas de diferentes tipos de violencia.

En Colombia, los datos del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida², muestran que —entre 1988 y 2010— la proporción de mujeres infectadas frente a la de hombres ha aumentado en casi 5 veces. Mientras que

¹ Aporte taller de formación oenegés, Convenio 620-Adición VIH, “mesa de mujeres”, 12 al 15 octubre de 2010.

² República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Observatorio Nacional sobre VIH/Sida. En: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/ObservatoriodeVIH-SIDA.aspx>

en 1988 fue de 13 hombres por 1 mujer; en 1998 fue de 4 hombres por 1 mujer y, en 2008, se estimó que por 2 hombres existía una mujer infectada. **Esto indica que casi el 50% de las personas que viven con VIH/Sida en nuestro país son mujeres.**

Si bien las mayores prevalencias de infección se encuentran entre los hombres, las cifras evidencian que cada vez es mayor la proporción de mujeres que están siendo afectadas por el VIH y que la tasa de incidencia de infección entre mujeres aumenta con mayor velocidad que la de los hombres; hecho al que se le ha denominado “feminización de la epidemia”. El comportamiento particular de la información sobre la infección en mujeres en el análisis de la epidemia del VIH/Sida, pone de manifiesto la mayor vulnerabilidad de estas y, por ende, la necesidad de analizar los factores que incrementan la susceptibilidad de las mujeres a la infección por VIH, donde la desigualdad entre géneros constituye un factor fundamental.

Además, cabe señalar que —aunque todas las mujeres de alguna u otra manera sufren discriminación de género—, existen otros factores como la raza y el color de la piel, la clase, la edad, la etnicidad, el idioma, la ascendencia, la orientación sexual, la religión, la clase socioeconómica, la capacidad, la cultura, la localización geográfica y el estatus como migrante, indígena, refugiada, desplazada, niña o persona que vive con VIH/Sida; que se combinan para determinar la posición social de las mujeres en este caso³.

¿Por qué las mujeres son susceptibles a la infección?

Desde el punto de vista biológico, **las mujeres son de 2 a 4 veces más propensas a la infección que los hombres**, debido a que la anatomía genital femenina posee una gran área mucosa⁴ que queda expuesta a las secreciones sexuales de la pareja durante una relación sexual⁵.

Las jóvenes poseen una susceptibilidad aún mayor, debido a la inmadurez de su aparato genital, propenso a rasgaduras durante el coito, que se convierten en “puertas de entrada” al virus, y también por las escasas secreciones vaginales que oponen un obstáculo menor al VIH. Esta fragilidad del aparato genital femenino se presenta nuevamente durante la menopausia.

Las lesiones ocasionadas por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no tratadas, los desgarros y hemorragias producidas por una violación o una

El semen de un hombre infectado por VIH posee, generalmente, una mayor concentración del virus que el que pueden tener las secreciones sexuales femeninas, con lo cual se incrementa la probabilidad de infección de hombre a mujer.

3 ASSOCIATION FOR WOMEN'S RIGHTS IN DEVELOPMENT: La Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico n.º 9*. Toronto, Canadá. Agosto, 2004.

4 Fino recubrimiento de la vagina y el cuello uterino.

5 PUNTO DE VISTA DE ONUSIDA: *Las mujeres y el Sida*. Colección Prácticas Óptimas de ONUSIDA.

mutilación genital (circuncisión femenina o ablación), o el coito anal no protegido (utilizado en ocasiones como medida para preservar la virginidad o evitar embarazos no deseados), facilitan la entrada del virus y multiplican los contextos de vulnerabilidad de infección por VIH entre las mujeres de todas las edades.

¿Por qué la desigualdad de género constituye un factor que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/Sida?

Hoy sabemos que la epidemia del VIH/Sida, más que un fenómeno epidemiológico, es un fenómeno social. Sus efectos atraviesan y transforman, tanto las vidas de quienes están infectados por el VIH/Sida, como la de su entorno social y familiar. Este hecho es especialmente visible entre las mujeres y las niñas.

Los determinantes biológicos que hacen más susceptibles a las mujeres a la infección por VIH, **se agudizan por factores de vulnerabilidad de carácter social, programático e individual** que, asociados con la posición histórica de desventaja de las mujeres en la sociedad, determinan contextos y situaciones en los cuales las mujeres se vuelven más vulnerables al VIH/Sida. Estos contextos están enmarcados en relaciones de desigualdad y exclusión asociadas al género, la clase socioeconómica, la pertenencia étnica y la orientación sexual.

Las desigualdades de género; es decir, aquellas que impiden a las mujeres un acceso y disfrute en igualdad de derechos frente a los hombres; atraviesan las esferas sociales, económicas y políticas e incrementan el riesgo de infección y muerte por VIH/Sida. **El acceso desigual a la información para la prevención del VIH/Sida y al manejo de recursos económicos** —en especial de las que se hallan en contextos de pobreza y vulnerabilidad social— determinan relaciones de temor y de dependencia frente a sus parejas, lo que disminuye la capacidad de negociar los encuentros sexuales y el acceso seguro al tratamiento para la infección una vez contraída. “Aún

existen en nuestro país, mujeres que requieren del permiso de su pareja para asistir a los servicios de salud”⁶.

El patriarcado, como sistema simbólico que organiza el funcionamiento de la sociedad a partir del dominio de los hombres, afecta a las mujeres, pero también a los propios hombres⁷. En palabras de Ann Game y Rosemary Pringle⁸, “da a algunos hombres poder sobre otros hombres y a todos los hombres poder sobre las mujeres”. **Los roles tradicionales de género;** entendidos como aquellos que definen rigidamente lo que se debe esperar de “lo masculino” y de “lo femenino” en una sociedad, establecen un ordenamiento desigual de las relaciones, del poder y del lugar de los hombres y de las mujeres en una sociedad, cuyo efecto es el **incremento de la vulnerabilidad de hombres y de mujeres a la infección por VIH**. De esta forma, su rigidez restringe las posibilidades de unas y de otras para asumir prácticas destinadas al autocuidado, la prevención y el ejercicio de sus derechos como seres humanos.

En el ámbito de la sexualidad, el ordenamiento planteado desde los roles tradicionales de género, es particularmente evidente. El modelo patriarcal impone mandatos socioculturales a todas las personas de acuerdo con su sexo de nacimiento. A la masculinidad y a quienes la encarnan, se le exige el dominio, el control de la sexualidad, ser insaciables, y la exposición al riesgo en todas sus formas; aun en detrimento de ellos mismos, y de otras personas con las que interactúan permanentemente: soportar el riesgo es algo para afrontar, y no para prevenir o evitar, ello es prueba de su virilidad y hombría.

El consumo de alcohol, sostener relaciones sexuales sin protección, el uso de la violencia para mantener el ordenamiento de género establecido, aguantar y soportar, por oposición a la búsqueda de ayuda o cuidado, y la subvaloración de lo femenino; son creencias y prácticas autodestructivas que sostienen las identidades masculinas tradicionales, implican el in-

6 Cita taller de formación oenegés, Convenio 620-Adición VIH, “mesa de mujeres”. 12 al 15 de Octubre de 2010.

7 *Ibid.*, p. 3.

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

crecimiento de su propia vulnerabilidad y la de sus parejas frente a muchos aspectos, y restan oportunidades para prevenir la infección por VIH/Sida.

Por su parte, desde esta mirada tradicional de género, de la feminidad se espera pasividad. Que encarnen el ideal “mariano”, es decir, mujeres controladas por una instancia masculina, que puede ser: el padre, el hermano, la pareja u otra instancia, como el médico o personal de la salud.

Dado que la sexualidad es un territorio masculino, se espera que las mujeres no manejen información ni aborden temas sexuales con sus parejas; que asuman pasivamente y respondan irrestrictamente a la iniciativa sexual de la pareja. Parte de la construcción de la feminidad, pasa por la identificación y reconocimiento social e individual del “cuerpo femenino como un cuerpo para otros”⁹.

Esta representación del cuerpo de la mujer “como un cuerpo para otros”, está encarnada en la abnegación, el sacrificio y la entrega, que constituyen atributos con los que frecuentemente se asocia la feminidad, y que implican el otorgamiento del control de su propio cuerpo y su sexualidad a instancias como la pareja, la familia o el personal de salud; y el olvido de actividades destinadas a su propio cuidado y atención. En este sentido, este tipo de representaciones de la feminidad, implican una restricción de la autonomía de las mujeres para tomar decisiones frente a sí mismas y afectan directamente las prácticas necesarias para el cuidado de su salud, entre las que se encuentran, las destinadas a la prevención del VIH/Sida y otras ITS. En consecuencia, los roles tradicionales designados a los géneros y la desigualdad que les es inherente a las relaciones que determinan —entre otras, en materia sexual—, conduce a una doble moral que tiene implicaciones alarmantes para la capacidad, tanto de hombres como de mujeres, de prevenir la transmisión sexual del VIH.

Ejemplo de lo arriba expuesto es que, a menudo, suele esperarse que las relaciones sexuales sean la vía por la cual las mujeres, en contextos de vulnerabilidad, paguen por vivienda, alimentos y bienes. Por otra parte, como se dijo anteriormente, las relaciones de los hombres con múltiples parejas es una norma social aceptada que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres. Así mismo, es común la creencia —tanto entre mujeres como entre hombres— que la variedad de parejas sexuales es aceptable y esencial para ellos quienes, dicen, no pueden controlarse; pero inapropiada para ellas, quienes “tienen en juego su reputación”.

“Con el uso del condón se pierde estimulación y virilidad”; “los asuntos de autocuidado y salud son cuestiones de mujeres”¹.

¹ OCHOA, John Byron, PAS, Sannete: Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para prevenir el VIH/Sida en Centroamérica. En, *Intercambio*, año 3 n.º 4. San Salvador, 2006.

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA): *Factores de Vulnerabilidad a la infección por VIH en Mujeres*. Bogotá. 2009, p. 17.

¿Cuál es la relación entre VIH/Sida, género y pobreza?

Cabe señalar que el impacto de la pobreza es especialmente fuerte en las mujeres, como efecto de la división sexual del trabajo. La pobreza es resultado de la desigualdad en la distribución de recursos y de poder entre hombres y mujeres, donde estas últimas quedan excluidas de los sistemas de producción, asociadas al ámbito privado de la reproducción, y relegadas al sector informal de la economía. Por ende, la pobreza es otro resultado de las desigualdades de género. De igual forma, es también el escenario donde se profundiza la desigualdad entre hombres y mujeres y se incrementa la fragilidad social de estas últimas, debido a la multiplicidad de tareas y funciones (domésticas, económicas, culturales), que deben asumir. La división sexual del trabajo implica una división rígida de roles y tareas para cada uno de los géneros: a la masculinidad se le asignan los roles de la producción y de sostenimiento, pertenecientes al ámbito público; mientras que a la feminidad, se asignan los roles de la reproducción, las labores de cuidado que, generalmente, están destinadas al ámbito privado. Hay que señalar que esta clasificación, en últimas, genera restricciones y limita posibilidades de desarrollo humano para unos y para otras.

En contextos de pobreza, la relación entre el VIH y el género es compleja. La preocupación por la subsistencia a corto plazo puede llevar a las mujeres, en esta situación, a involucrarse en relaciones sexuales de supervivencia que —paradójicamente— pueden exponerlas a un riesgo a largo plazo de enfermedad y muerte a causa de la infección por VIH/Sida.

La pobreza también limita el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, y a medidas de prevención y tratamiento frente al VIH/Sida. Si bien, esto es cierto tanto para mujeres como para hombres, la desigualdad de género moldea distintas experiencias de la pobreza e influye en la capacidad de mujeres y hombres para salir de ella. En este sentido, frente a la limitación de recursos económicos en las familias,

existe una mayor presión sobre las mujeres y las niñas para que asuman el rol de cuidado a parientes enfermos o enfermas.

Las niñas son las primeras en ser retiradas de la escuela para designarles tareas domésticas y de generación de ingresos, hecho que les resta oportunidades para su desarrollo personal, profesional y para su incursión en el mundo laboral y productivo; lo cual, en últimas, disminuye el acceso a formas de protección frente a la infección por VIH/Sida y la expone a diversos factores generadores de violencia hacia ellas.

En nuestro país, el desempleo y la informalidad afectan de manera mayoritaria a las mujeres. Según el estudio **Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres**¹⁰, realizado en 5 ciudades: Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín y Bogotá, se señala por ejemplo:

- En Barranquilla, si bien la población femenina representa más de la mitad, el acceso al trabajo es mayoritariamente masculino. Además, las mujeres son las peor remuneradas. De otra parte, el informe señala que muchas personas desplazadas terminan en zonas de tolerancia debido a la falta de oportunidades laborales; situación que obliga a algunas mujeres a ejercer el trabajo sexual como única fuente de ingresos para sus hogares.
- En Bucaramanga, el 51% de la población son mujeres, y casi la mitad de la población no tiene acceso a una canasta de bienes y servicios básicos para la vida.
- En Bogotá, las mujeres en el sector formal están más capacitadas, pero su remuneración por los mismos trabajos es inferior a la de los hombres. El analfabetismo es, sobre todo, femenino.
- En Cali, solo el 33% de las mujeres se encuentran en empleos formales y en los estratos más bajos, prevalece el ingreso masculino.
- En Medellín, los niveles más bajos de ingresos se concentran entre las mujeres; este corresponde, aproximadamente, al 85% de lo que reciben los hombres en

¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS UNFPA: *Factores de Vulnerabilidad a la infección por VIH en Mujeres*. Bogotá, 2009, pp. 33-40.

ocupaciones similares. El 52% de las personas desplazadas son mujeres y una considerable proporción está en estado de gestación.

Lo anterior muestra una situación que plantea una restricción de entrada: a menor empleo femenino, menor acceso a servicios de salud y protección, inclusive durante la vejez. Esta situación se suma a las actividades que, por lo general, las mujeres en situación de pobreza deben asumir como: doble jornada¹¹, el cuidado en el hogar de hijos y/o hijas, labores de gran esfuerzo físico que —a menudo— no pueden cumplir satisfactoriamente y que representan factores de riesgo para su salud física y mental¹².

En contextos de pobreza, las labores de apoyo y cuidado en el hogar, generalmente son impartidas por mujeres y niñas. Estas actividades constituyen prácticas generalmente invisibles, poco valoradas y representan barreras para el autocuidado, para el acceso a la información y para el desplazamiento a centros de atención; lo cual es especialmente relevante tanto para las mujeres que viven con VIH/Sida y carecen de recursos económicos, como para aquellas que, si bien no están infectadas, demandan servicios preventivos.

¿Qué es la Violencia Basada en Género (VBG)?

Otro efecto perverso de las desigualdades de género que impacta, directamente, en la capacidad de las mujeres para disfrutar de una vida saludable —en especial en materia de su sexualidad—, es la Violencia Basada en Género (VBG). Este fenómeno incrementa la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH.

La VBG ha sido definida, según la Convención de Belém do Pará (1994), como *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o*

sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”, describe cualquier daño perpetrado contra la voluntad de una persona, que está enraizado en desigualdades de poder y relacionado con los roles de género. Incluye violencia física, sexual y psicológica; amenaza de violencia, coerción o privación arbitraria de la libertad.

Aunque puede tomar muchas formas, casi invariablemente **afecta de manera desproporcionada a las mujeres, los niños y niñas y a aquellos varones o mujeres que se salen del modelo de heterosexual predominante**; llamados despectivamente “hombres afeminados” o “mujeres marimachas”.

El país cuenta con la Ley 1257 de 2008, “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”. Esta ley es un importante instrumento jurídico que visibiliza esta realidad y brinda herramientas para la prevención, y atención de las víctimas, en un marco de derechos humanos, recoge tratados internacionales sobre esta materia y define los principales tipos de violencia.

¿Cuáles son los tipos de Violencias Basadas en Género?

La Ley 1257 de 2008 define:

Violencia física: Se define como las agresiones producidas a través del uso de la fuerza con un objeto o con el cuerpo del agresor, para afectar la integridad física, mental o sexual de una persona, implica riesgo de disminución en la integridad corporal de una persona.

Violencia sexual: Es la obligación a una persona a mantener contacto sexual, físico, verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que

¹¹ Es de aclarar que la doble jornada es un fenómeno que afecta a muchas mujeres. No obstante, se señala como un factor que en los contextos de vulnerabilidad determinados por la pobreza, contribuye a su fragilidad social e incrementa el impacto de la pobreza en el deterioro de su salud física y mental.

¹² VIVEROS, Mara: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Ministerio de la Protección Social-Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Bogotá. 2009, p. 16.

anule o limite la voluntad personal. La violencia sexual incluye la explotación sexual, el abuso, la prostitución forzada, el aborto forzado y esclavitud sexual, el matrimonio forzado o a edad temprana.

Violencia intrafamiliar: Es cualquier abuso del poder por parte de un miembro de la familia sobre otro u otros, en la mayoría de los casos es hacia la mujer, las hijas e hijos.

Violencia económica: Es otra forma de violencia que se puede presentar en la pareja, la familia y el trabajo. Se manifiesta como el control abusivo de las finanzas o dinero, y se le niegan o prohíben los recursos u oportunidades de adquisición de dinero a las mujeres.

Daño patrimonial: Se define como la pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las mujeres.

Violencia psicológica: Son los efectos de la acción u omisión, destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación y el desarrollo personal.

¿Por qué las violencias basadas en género incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/Sida?

Las diversas formas de violencia basada en género, tienen serias implicaciones para la capacidad de las mujeres de protegerse frente a la infección por VIH. La VBG es, a la vez, causa y consecuencia de la infección por VIH, por ejemplo:

- Las niñas y las mujeres víctimas de una violación sexual, se sitúan en un alto riesgo de verse infectadas por VIH como resultado de este delito.

- El temor a la violencia puede impedir que las mujeres insistan en el uso de condones u otros métodos para relaciones sexuales más seguras.
- Las creencias erróneas sobre la diversidad sexual, o sobre las formas de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana, sirven de sustento a violaciones y abuso sexual.
- La revelación de su estado de salud a sus compañeros y compañeras, personas de su familia y comunidades; las convierte, en muchas ocasiones, en “blanco” de abusos físicos y emocionales, incluyendo el abandono de su pareja y el rechazo familiar. Por ello, muchas mujeres no revelan su resultado, o ni siquiera lo reclaman por temor; lo que limita la posibilidad de llevar a cabo prácticas de autocuidado.

El desplazamiento forzado es una forma de violencia que afecta directamente a las mujeres

“Estás muy rica, mi amor. Cuidate mucho”. “Así las buscamos, seriecitas y caseras. No nos gustan las putas”. “No salgas por ahí solita que te pueden robar”. (Mensaje dejado en su celular, por miembros de las Águilas Negras, a una niña de 15 años antes de violarla. Ella y su madre tuvieron que desplazarse y enfrentar las amenazas permanentes que todavía continúan)¹³.

El 80% de las víctimas del desplazamiento forzado en Colombia, según la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo sobre este tema en el 2008¹⁴, son mujeres, niños y niñas. Este fenómeno tiene un efecto especialmente perverso para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas afectadas. La investigación describe un panorama preocupante. A continuación se muestran algunos de sus datos:

- El 26% de las mujeres que se desplazaron manifestaron ser víctimas de agresiones físicas durante el

¹³ REVISTA SEMANA: <http://www.semana.com/noticias-nacion/abusos-guerra/142779.aspx>

¹⁴ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. USAID, OIM: Promoción y monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas de Desplazamiento Forzado, con énfasis en Violencias Intrafamiliar y Sexual. Bogotá. 2008, p. 222.

desplazamiento y/o después del mismo. Este informe señala que el desplazamiento exacerba la violencia intrafamiliar.

- También señala que la violencia contra las mujeres es invisibilizada y no se investiga por temor a la retaliación, la desconfianza en las autoridades, la falta de protección a las víctimas o por la naturalización, o legitimación que se hace de los actos violentos. El 70% de las mujeres víctimas no acudió en busca de ayuda a ninguna institución¹⁵.
- El 15,8% de las mujeres en situación de desplazamiento han sido víctimas de violencia sexual.
- El 8,5% indicó que, al menos una vez, a un miembro de su familia, hijos e hijas se les había forzado a tener actos sexuales en contra de su voluntad. El 52,9% reportó que este hecho se dio antes del desplazamiento.
- El 17,7% reportó que la violencia sexual fue la causa del desplazamiento. De estas, el 14% decidieron desplazarse por ser ellas las víctimas, y el 31% por ser un miembro de su familia. El 5,4% de los agresores eran actores armados fuera de la ley; 1,4% miembros de la fuerza pública y el 13,8% no señala al agresor.
- En materia de abuso sexual, se señala que el 18,3% de las mujeres afirman que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 14 años. Estos actos fueron cometidos en el 60% de los casos, por adultos.

En Colombia, se ha establecido que la violencia sexual ejercida por los actores del conflicto, ha obedecido a un plan predeterminado con la intención —a través de estos actos— de aterrorizar a la población para obligarla a abandonar los territorios con el fin de consolidar su dominio.

¿Sabías que el desplazamiento y el conflicto armado incrementan la vulnerabilidad de mujeres y niñas a las VBG y al VIH/Sida?

Como ya se ha señalado, en el marco del **desplazamiento forzado**, el riesgo y los incidentes de VBG aumentan. Vale señalar que “la violencia y discriminación contra las mujeres no surge solo del conflicto armado;

es un elemento fijo en la vida de las mujeres durante tiempos de paz, que empeora y degenera durante el enfrentamiento interno”¹⁶.

El conflicto armado incrementa la vulnerabilidad de mujeres y niñas al VIH/Sida, debido a:

- Los actores armados asumen la violación de mujeres y niñas como una “agresión al enemigo”, los cuerpos de las mujeres son considerados “trofeos de guerra”. La VBG, más que un hecho paralelo al conflicto, se ha convertido en una estrategia militar por parte de los diferentes actores armados, donde el cuerpo de la mujer no solo es un instrumento para vulnerar la moral del enemigo y la población civil; sino también en un territorio de guerra en sí mismo¹⁷.
- La pérdida de ingresos, la descomposición del tejido familiar y social, generadas por el desplazamiento forzado y la necesidad de asumir el sustento de sus familias, hace que muchas mujeres se vean enfrentadas a sostener relaciones sexuales de supervivencia, a cambio de techo, ropa y comida.
- Los actos abusivos y violaciones sobre las mujeres y las niñas aumentan. Su ocurrencia está asociada, entre otros aspectos, al hacinamiento, a la ruptura de los lazos de apoyo, a la falta de recursos económicos, al desempleo, al consumo de sustancias psicoactivas; factores que incrementan la violencia intrafamiliar.
- La situación de urgencia generada por el desplazamiento forzado, crea la tendencia a priorizar necesidades inmediatas, como el acceso a alimentos, agua y vivienda adecuados; y a pasar por alto la atención a la salud en general y con ella, la reproductiva y sexual.
- Las personas en situación de desplazamiento, en especial las mujeres y lideresas comunitarias, a menudo son objeto de la hostilidad y violencias por parte de las comunidades receptoras, entre otros riesgos¹⁸.

¹⁵ Se recomienda consultar el estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia, realizado por el Programa Integral contra las Violencias de Género y el Fondo para el Logro de los ODM.

¹⁶ Pronunciamiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH sobre la aplicación y el alcance de la ley de justicia y paz en la República de Colombia. OEA/Ser/L/V/II.125. Doc. 15. Agosto 2006. En: RAMÍREZ, Claudia Cecilia. Op. Cit., p.22.

¹⁷ LIGA DE MUJERES DESPLAZADAS: Encuesta de Prevalencia de Violencia Basada en Género en Mujeres Desplazadas por el Conflicto Armado en Cartagena - Análisis de datos VSBG, p. 2.

¹⁸ Al respecto, se sugiere ver Auto 92 del 14 de abril de 2008, de la Corte Constitucional, donde se señala las 10 situaciones de vulnerabilidad a las que están expuestas las mujeres en situación de desplazamiento.

- Esta hostilidad puede impedir que las mujeres y familias en esta situación, obtengan acceso a los servicios de salud, educación e información y otras redes de apoyo social; lo cual puede aumentar su vulnerabilidad al VIH/Sida.

Factores individuales que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH

De acuerdo con el estudio “Factores de la vulnerabilidad a la infección por VIH, realizado por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, además de los factores anteriormente expuestos, existen otros de carácter individual que —sumados—, incrementan también la vulnerabilidad de las mujeres a la infección. Estos están asociados a condiciones **cognitivas**: información, conciencia del problema y formas de enfrentarlo; **comportamentales**: intereses y habilidades para transformar actitudes y acciones a partir de elementos cognitivos y **sociales**: acceso a recursos y poder para adoptar comportamientos protectores. A nivel individual, existen lógicas arraigadas desde la construcción de las identidades de cada mujer que sustentan la ausencia de protección durante las relaciones sexuales. El inicio temprano de la vida sexual es una realidad para muchas de ellas, por razones ajenas a su voluntad: presión de sus compañeros, situación de maltrato familiar, presión social o de medios de comunicación¹⁹.

El inicio temprano de la vida sexual como realidad para muchas mujeres en contextos de vulnerabilidad, se une a una gran valoración de lo conyugal y de familia muy arraigada, donde se relega el bienestar individual; con lo cual, se hace más factible que se toleren situaciones de vulneración. Ejemplo de ello es la tolerancia a la infidelidad masculina, que se entiende como “inevitable”, natural a los hombres y permitida; siempre y cuando no afecte el lugar de ser la pareja “oficial”.

El carácter de “oficial” está vinculado —en muchas mujeres— con el entendido de un “pacto de confianza”, donde la “fidelidad de la pareja” es consecuencia del amor; por lo que las “parejas erótico-afectivas permanentes” no representan ningún riesgo frente a la infección por VIH u otras ITS; ya sea porque están convencidas de la fidelidad de sus propias parejas, o porque estas suponen que sus parejas usaron condón con las otras mujeres. Esta baja percepción del riesgo de infección o “**lógica de la confianza**” se encuentra de forma frecuente entre mujeres con parejas estables, lo cual se convierte en un factor que incrementa su vulnerabilidad a la infección por VIH y otras ITS.

El rol reproductor es, en muchos contextos, altamente valorado: la identidad de muchas mujeres se define, culturalmente, en torno a la maternidad. Por ello, otro argumento que sustenta las relaciones sexuales desprotegidas es la “**lógica del deseo de tener un hijo**” que implica una entrega total a la pareja y resta lugar a la protección, pues es además “símbolo de amor”. El temor a ser asumida por su pareja como “desconfiada” o de “amplio recorrido en temas sexuales”, impulsa a la “**lógica de la entrega del control de la sexualidad**” de las decisiones sobre prevención de ITS y del VIH a su pareja —como un símbolo de confianza en ella—.

Otra lógica asociada a las anteriores, es el “**temor al abandono o a ser únicamente objeto de placer**”, con lo que se espera que una relación sin protección implique mayor compromiso para su pareja, dada la posibilidad de un embarazo. Se puede decir que la ausencia de protección durante una relación sexual está vinculada a imaginarios y comprensiones propias de la naturalización de roles de género; donde las mujeres —sus cuerpo y sus deseos— están vinculadas al servicio y cuidado de otros y otras; de forma que sus propias necesidades no son visibles, ni por ellas mismas.

¹⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA): *Factores de Vulnerabilidad a la infección*. Op. Cit. Bogotá. 2009, p. 43.

¿Qué otros factores incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/Sida?

Además de los factores anteriormente señalados, **la debilidad de los programas institucionales** para responder de manera eficaz a las necesidades de las mujeres, constituye un factor que incrementa la vulnerabilidad de estas frente a la infección. Esta debilidad se manifiesta en diferentes formas que, en últimas, eternizan y profundizan contextos de dominación, control del cuerpo de las mujeres y discriminación hacia ellas.

Algunos ejemplos de esta debilidad programática, se pueden evidenciar en: políticas que propenden por la monogamia o la postergación de la vida sexual y que desconocen la posibilidad del disfrute y gozo de la vida sexual, en condiciones de libertad para determinar cómo cuándo y con quién; la concentración de los programas en la maternidad, donde se ignoran las necesidades de las mujeres que no optaron por ella, de las que ya están fuera de la edad reproductiva, o de las que no están gestando en la actualidad.

Asimismo, teniendo en cuenta las condiciones históricas y actuales de discriminación y desigualdad de las mujeres en la sociedad —en el marco del conflicto armado que experimentan las mujeres en situación de desplazamiento—, la promoción y fortalecimiento de las redes y de su organización comunitaria y social, resultan factores claves en el desarrollo de sus capacidades. Por consiguiente, la ausencia de propuestas y programas institucionales, encaminados a estas tareas, constituyen un factor que incrementa su vulnerabilidad, en particular en el contexto del VIH/Sida.

Por otra parte, la violencia sistemática a la que están sujetas las mujeres, las dificultades para acceder a la prueba para VIH (dada la priorización en las gestantes) y la estigmatización como efecto de la revelación del diagnóstico; se suman a la ausencia de políticas públicas con enfoque de género y diferencial, que reconozcan las particularidades de la situación de las mujeres en la sociedad en cuanto al goce de sus derechos como ciudadanas; cuya garantía está a cargo de las instituciones y de los programas del Estado.

¿Sabías que la Asesoría y la Prueba Voluntaria (APV), son factores centrales en la prevención de la infección por VIH para todas las mujeres?

La prueba para VIH y la asesoría pre y post, son entradas clave para el acceso de las mujeres a los servicios de VIH/Sida. Ello aplica a la prevención de la infección, el manejo de la enfermedad, la prevención de la transmisión perinatal, la terapia anti-retroviral y el apoyo psicosocial y legal.

El temor a la ruptura de las relaciones sociales, la pérdida del empleo, del hogar, la exposición a diversas formas de discriminación y violencia; la falta de información, las ideas erróneas, las dificultades para el traslado a los sitios de atención por carencia de recursos, y/o la sobrecarga generada por labores del hogar; son algunas de las mayores barreras que experimentan las mujeres para el acceso a los servicios de salud y a la APV.

A los contextos de vulnerabilidad señalados anteriormente, se suma el que los programas se centren en las mujeres gestantes. Por ello, una forma de expandir los servicios a las mujeres no gestantes, es ofertar la APV en servicios de planificación familiar, en los lugares de trabajo y sitios públicos donde se reúnen las mujeres²⁰. Esto puede ayudar a llegar a mujeres de diversas edades, de diversos contextos y que no están embarazadas.

No obstante, con respecto a lo anterior, vale señalar que la construcción de la identidad femenina está fuertemente asociada a la maternidad²¹. En Colombia, los índices de natalidad indican que cada vez son más jóvenes las mujeres que tienen hijos y/o hijas. Es frecuente encontrar adolescentes y mujeres menores de 25 años con más de un hijo o hija. Este fenómeno puede obedecer a la carencia de información sobre métodos de regulación de la fecundidad, factores sociales o culturales. Para muchas mujeres en contextos de vulnerabilidad, la maternidad se convierte en la única

²⁰ WHO. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Tool to improve responsiveness to women's needs*. Geneva. 2009.

²¹ Véase estudio *factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Op.Cit. p. 47

vía para el reconocimiento, para obtener un lugar en la sociedad, o para acceder a la protección del Estado, y/o de redes familiares o sociales.

Por lo anterior, los programas institucionales han identificado como una de sus prioridades, la reducción de la transmisión perinatal (madre-hijo) del VIH. La estrategia implica tres tipos de acciones: i) el diagnóstico de todas las mujeres gestantes mediante la oferta de la APV; ii) medicación antirretroviral (ARV) a partir de la semana 14 de embarazo; iii) la distribución de fórmula láctea de reemplazo para deducir el riesgo de infección durante la lactancia; iv) asistencia al parto por cesárea; v) suministro medicación ARV al recién nacido o recién nacida.

La aplicación de la estrategia, ha demostrado una sensible disminución en las probabilidades de infección al o la bebé, que pasan del 30% o 40% al 2%; lo que significa un valioso resultado para la prevención del VIH. No obstante, en esta vía, es necesario también la generación y/o fortalecimiento de otros programas que se enfoquen a las mujeres no gestantes: las que han optado por proyectos vitales diferentes a la maternidad, o las que no están en edad reproductiva. La ausencia de este tipo de programas, comporta una barrera en el acceso a la prevención y atención del VIH para ellas. Por ello, es preciso reforzar las acciones de demanda inducida a la APV a toda la población²², en especial, a las mujeres en los diferentes momentos del ciclo vital.

¿Por qué es necesario trabajar con todas las mujeres en la prevención del VIH/Sida?

La vía sexual es la forma en que se propaga el virus mayoritariamente y la proporción de mujeres que viven con VIH/Sida en nuestro país ha aumentado progresivamente. Estos hechos muestran que la variable género tiene una importante incidencia en la infección y la enfermedad²³. En este sentido, la sostenibilidad de

cualquier acción preventiva o de atención que se adelante en el contexto del VIH/Sida, se verá disminuida si no aborda los aspectos estructurales que afectan directamente a las mujeres e incrementan su vulnerabilidad a la infección por VIH, tales como: la desigualdad de género, la VBG, la pobreza, y la falta de autonomía para la toma de decisiones de los grupos de mayor fragilidad social.

Dado el impacto desmesurado de la epidemia del VIH/Sida sobre las mujeres, existe la necesidad imperiosa de encontrar opciones de prevención que les otorguen mayor poder y que respondan mejor a los contextos que suponen un desafío en las vidas de estas. Esto implica ir más allá del enfoque “ABC”: abstinencia, fidelidad mutua y uso del preservativo; y abordar las problemáticas que enfrentan las mujeres en sus vidas cotidianas —ya sea al interior de sus relaciones erótico-afectivas; en el ámbito familiar, laboral e institucional; o como usuarias de servicios de salud—. Implica la ampliación del acceso a opciones de prevención, donde las mujeres puedan ejercer prácticas autónomas en libertad, dignidad e igualdad para su propio cuidado y protección.

Vale señalar que la violencia contra las mujeres es un asunto de salud pública. Es causa y consecuencia de la infección por VIH. La violencia y la amenaza de violencia, elevan de forma drástica la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH/Sida. Ante la violencia, resulta difícil o imposible abstenerse de tener relaciones sexuales, exigir fidelidad en la pareja o utilizar preservativos. La violencia supone, asimismo, un obstáculo para las mujeres a la hora de acceder a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida.

La participación de las mujeres, una estrategia para prevenir el VIH/Sida

El principio de promoción de la participación de las mujeres se fundamenta en la convicción de que la comunidad posee la experiencia, las habilidades, conocimiento, capacidad, deseo de transformar las estructuras,

²² Vale señalar que estas acciones en el SGSSS, están contempladas en la Resolución 412 de 2000, y en el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES. Su cumplimiento y garantía son obligatorias para todas las EPS, EPS-S e IPS.

²³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA): *Factores de Vulnerabilidad a la infección por VIH en Mujeres*. Bogotá. 2009, p. 4.

normas y valores; y la capacidad de tomar decisiones informadas frente al VIH/Sida. La participación de las mujeres es todavía un reto no asumido y necesario para la sociedad en su conjunto, y una estrategia clave en los procesos de prevención de la infección y respuesta a la epidemia VIH/Sida.

Si bien la situación de opresión de mujeres a lo largo de la historia la ha expuesto a diferentes formas de vulneración, es preciso reconocer el valor de ellas como ciudadanas y poseedoras del poder para transformar realidades sociales. Las mujeres y sus organizaciones han tenido un papel definitivo en la construcción de respuestas, en el marco de las políticas públicas y en el fortalecimiento de respuestas estatales en materia de salud sexual y reproductiva, basada en un marco de derechos humanos.

Las mujeres que viven con VIH/Sida, comprenden —desde su experiencia personal—, la realidad de los servicios para VIH/Sida; tanto sus fortalezas, como sus falencias. Algunas de ellas pueden estar dispuestas a develar su estatus públicamente y, en consecuencia, apoyar abiertamente la planeación, implementación y evaluación de los programas. El fortalecimiento de la participación de las mujeres, desde la promoción y el fortalecimiento de sus redes, debe ser un principio fundamental en los procesos de prevención desarrollados para responder a la epidemia; y una herramienta básica para transformar las condiciones que subyacen a su vulnerabilidad al VIH/Sida y restringen su acceso a los servicios sociales.

CAPÍTULO VI

Herramientas para la transformación de contextos de vulnerabilidad

Las siguientes actividades fueron diseñadas para transformar niveles de vulnerabilidad individual, social y programática frente a la infección por VIH/Sida en mujeres en contextos de vulnerabilidad. Por ello, para su aplicación y para garantizar su efectividad se debe conocer el enfoque de vulnerabilidad y tenerlo en cuenta a la hora del desarrollo de estas actividades.

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

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

A continuación 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 ac-

tividades. 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.

En todos los talleres de formación y sensibilización se deberá realizar la explicación sobre el uso adecuado del condón. Para tal efecto, se debe disponer de los materiales necesarios.

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:

- Es importante que las y los facilitadores que usen esta guía se familiaricen con las herramientas conceptuales que anteriormente se han expuesto y las maneje a la perfección interiorizando los conceptos.
- A su vez, es necesario que su postura en los talleres o intervenciones en espacios abiertos, sea siempre garante de los Derechos Humanos y busque 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.
- Con relación al desarrollo de actividades en espacios cerrados o talleres, es fundamental el uso de técnicas de animación y/o rompehielos al inicio del taller —como se explicará más adelante— y cuando las personas asistentes se encuentren cansadas o adormiladas.
- Así mismo, es importante el uso de un lenguaje sencillo y preciso en cada uno de los conceptos.
- Potenciar la creatividad y recursividad en el desarrollo de todos los espacios, en tanto algunas de las actividades necesitarán integrar conocimientos y particularidades de las regiones o contextos en donde se realice la intervención.
- En el desarrollo de los talleres, identificar a los y las jóvenes asistentes y adecuar la actividad buscando siempre la integración y reconocimiento; identificar también a personas con algún tipo de limitación visual, auditiva o motora, así como sus capacidades para leer o escribir.
- También resulta importante recordar el uso de un lenguaje incluyente en todas sus intervenciones.
- No suponga que todos y/o todas las presentes tienen una orientación sexual heterosexual, ni tampoco generalice a las personas jóvenes como un todo.
- Se sugiere, como estrategia pedagógica, el uso de tarjetas visibles con los nombres de quienes participen en el desarrollo de las actividades con el fin de facilitar la interacción.
- No olvide nunca, al presentarse, decir su nombre completo antes del inicio de cualquiera de las actividades.

2. Estructura de los talleres:

- Presentación del objetivo de la estrategia y 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, utilizará fichas para que este se encuentre visible a lo largo del mismo.
- Actividad de presentación/rompehielo/relajación. Será necesario utilizar siempre una serie de actividades rompehielo que —en lo posible— incluyan la presentación de los y las asistentes.
- Establecimiento de normas. Se propondrán algunas normas básicas de relación como levantar la mano

para participar, tener una escucha activa de los contenidos y participaciones, reconocer las opiniones de las otras personas asistentes, respetar el desarrollo de los tiempos, etc.

- Actividad central. Se desarrollarán algunas de las actividades propuestas en las herramientas proporcionadas más adelante.

3. Cierre. No olvide cerrar siempre con el reconocimiento de la participación de las personas asistentes, resaltando las principales ideas trabajadas, así como invitar a la realización de las tareas —si las hubiere— y motivar a la participación al próximo taller.

ACTIVIDADES ROMPEHIELO

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

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

Actividad 1. Este cuerpo es mío

Consiste en plantear una actividad de relajación y visualización, donde se le pide a cada participante cerrar sus ojos y respirar profundamente, sintiendo cómo el aire ingresa y sale de sus pulmones. Se realiza el ejercicio de respiración varias veces.

A medida que se respira, el facilitador o facilitadora solicita que con sus manos recorran su cuerpo de forma descendente iniciando por su cabeza, pelo, cara, cuello, hasta los pies. Pide que en cada roce de su mano con su cuerpo, digan mentalmente “este cuerpo es mío” y se permitan agradecer a esa parte de su cuerpo su existencia y dejar fluir la emoción que esta afirmación produce en cada una. Por ejemplo, “estos ojos son míos y me agradezco por tenerlos y permitirme ver”. Finalizado el ejercicio, se pide que respiren profundamente y que lentamente abran sus ojos.

Se compartirán voluntariamente las sensaciones dejadas por el ejercicio y se solicita prepararse para el inicio de la siguiente actividad.

Actividad 2. Caminata de poder

Se le pedirá a las personas participantes que caminen por el salón —si es posible descalzas—, en diferentes ritmos (rápidos y lentos); a medida que caminan, se invita a que hagan contacto con su cuerpo: y lo sientan en cada paso que den a través del movimiento; que con el contacto con el piso, se percaten de la solidez del mismo y se sientan personas dueñas de su cuerpo (muevan las caderas, caminen cadenciosamente, hagan contacto visual con las demás participantes. Paren, inspiren y expiren profundamente), haciendo conciencia de la forma en que se transforma el abdomen durante cada respiración.

Luego se solicita que cada participante escoja un lugar del salón donde se pueda recostar sobre una colchoneta. Con la guía de la persona facilitadora, se les pedirá a las personas participantes cerrar los ojos y hacer un recorrido con sus manos por su cuerpo, con la intención de acariciar, transmitir amor, agradecimiento y respeto a cada una de las partes que va siendo objeto del recorrido. Se permite el tiempo suficiente para que cada una lo haga. Transcurridos unos minutos, se les pedirá a las personas abrir sus ojos, y por parejas, hacer un suave masaje en la espalda de su acompañante. Se compartirán de manera voluntaria las sensaciones dejadas por el ejercicio.

Actividad 3. Me escuchas, te escucho

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

Actividad 4. Mi nombre, mi sentir

Las personas participantes piensan en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están. El adjetivo

debe empezar con la misma letra que sus nombres; así, cada una debe decir, por ejemplo, “soy Fabiola y estoy feliz” o “soy Inés y me siento increíble”. Al pronunciar el adjetivo, también pueden actuar para describirlo.

Actividad 5*. Cuando era niña...

La persona facilitadora dará la instrucción de decir cada participante su nombre y una frase sobre qué les decían sus cuidadoras y cuidadores que debían hacer cuando eran niñas. Ejemplo: “yo soy Carolina y, cuando era niña, me decían que debía ser madre”. A medida que las participantes van diciendo los deberes, se tomará nota en el tablero/papelógrafo de ello.

Actividad 6. Enredadas

Se requiere un ovillo de lana o cuerda. Esta actividad se inicia con una presentación. La idea es que cada persona comente su nombre y principal afición, y le pase la bola de lana a la otra persona. Al finalizar la actividad, los hilos se habrán entrecruzado de forma que este hecho puede servir a la persona facilitadora para mostrar, cómo en la realidad se entrecruzan los caminos, actividades, intereses de muchas personas y se pueden tejer redes.

Actividad 7. Ensalada de frutas

Se ubicará a las personas participantes en un círculo. La persona facilitadora dirá: “Se saludarán con la persona que se encuentra a su derecha y a su izquierda, les preguntarán sus nombres. Yo voy a caminar al interior del círculo y, cuando señale a alguna, le diré manzana y esa persona tendrá que decirme el nombre de la persona del lado derecho o le diré pera y tendrá que decirme el nombre de la persona participante del lado izquierdo.

* Se sugiere el uso de esta actividad con variantes en la frase con la que tienen completar el nombre de acuerdo con el objetivo del taller, tal y como se encuentra diseñada se realizará para talleres que desarrollen la temática de género.

Quien no acierte, pasará al centro a repetir la acción; en ocasiones, la instrucción puede ser *canasta revuelta*. Esto implicará que todas las personas participantes deben cambiar de sitio y rotar de silla. Quien no lo haga, tendrá penitencia". Se repetirá la actividad las veces que quien esté facilitando el taller considere pertinentes para lograr un nivel de presentación mínimo.

Actividad 8. Refranes

La persona facilitadora escoge un cierto número de refranes bien conocidos y escribe la mitad de cada refrán en un pedazo de papel o en una tarjeta. Por ejemplo, escribe "mejor pájaro en mano" en un pedazo de papel y "que cien volando" en otro (el número de pedazos de papel debe ser el mismo que el número de participantes en el grupo). Los pedazos de papel doblados se ponen en una bolsa. Cada participante toma un pedazo de papel de la bolsa y trata de encontrar a la persona participante del grupo que tiene la otra mitad de su frase.

Actividad 9. A que no adivinas...

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

Actividad 10. Estatuas

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

Actividad 11. El viaje

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

Actividad 12. A prueba de náufragos

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

Actividad 13. Te apoyo, me apoyas

Una forma de romper el hielo al comienzo de las actividades de formación es plantear la siguiente actividad: se solicita al grupo organizarse en dos círculos con número par, uno dentro del otro. Para ello, se pueden numerar del uno al dos. Los números dos en el centro y los uno afuera. La idea es que queden parejas. Luego, la persona facilitadora indicará que las personas del círculo del centro deben darle la espalda a su compañera o compañero. Una vez en esta posición, las personas del círculo exterior, darán un paso atrás, separarán sus piernas y se dispondrán a recibir a su compañera o compañero de en frente. Las del círculo central cerrarán sus ojos y se dejarán caer hacia atrás, para ser recibidas por su compañera o compañero. Este ejercicio, invita a romper el hielo y abordar temáticas como la confianza, el apoyo y el miedo.

Actividad 14. Electrizadas

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

Actividad 15. Manos que sanan

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

Actividad 16. Me gustas por...

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

Actividad 17. Coordinadas

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

Actividad 18. Ritmos

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

Actividad 19. De pies a cabeza

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

Actividad 20. La orquesta

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

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Actividad 1. Aproximándonos a los conceptos básicos sobre VIH/Sida¹

Objetivo: Transmitir información básica a las personas participantes, relacionada con el VIH/Sida, y transformar conceptos erróneos que posea el grupo de participantes frente a la infección por VIH y el Sida.

Tiempo: 60 min.

Materiales/Equipos: Listado de preguntas y cartulinas con las preguntas escritas por un lado, y por el otro, las respuestas.

Descripción: Se plantea un ejercicio en forma de “concurso de conocimientos”.

- Previamente, la persona facilitadora ha diseñado un cuestionario con elecciones múltiples de respuesta. Cada pregunta se escribe en una cartulina de la siguiente forma: por un lado, la pregunta y por el otro lado, las opciones.
- Se organiza el grupo de participantes por subgrupos y se solicita que cada grupo elija a tres representantes.
- A estas tres personas, se les entregan tres cartulinas que se denominarán “ayudas”. La primera ayuda es: “anular dos respuestas incorrectas”; la segunda ayuda es: “llamar a una persona experta”, y la tercera es: la “ayuda de las y los presentes”.
- Cada grupo tendrá el turno para contestar. Para ello, se les pide que hagan la lectura completa de las preguntas y decidan cuál es la respuesta correcta y por qué.
- Por cada pregunta, la persona facilitadora hará la explicación necesaria y una plenaria sobre el tema.

¹ Una actividad similar se encontrará en la guía de Jóvenes en contextos de vulnerabilidad.

Preguntas sugeridas:

Sida y VIH:

- a). VIH y Sida es la misma cosa
- b). VIH y Sida son diferentes
- c). Las dos son enfermedades mortales
- d). VIH es científico y Sida es popular

Asesoría a prueba voluntaria (APV) es:

- a). Asesorar a la persona con un diagnóstico positivo
- b). Asesorar antes de la prueba
- c). Asesorar antes y después de la prueba
- d). Asesorar después de la prueba

¿Qué es la ventana inmunológica?:

- a). Es por donde infecta el VIH
- b). Es por donde sale el VIH
- c). Es el tiempo de espera para detectar el VIH
- d). Es el tiempo que demora el Sida en infectar el cuerpo

¿Las pruebas de VIH son confidenciales?

- a). No, todos y todas deben saber el resultado
- b). Solo el o la implicada, la familia y las amistades pueden saber el resultado
- c). El o la implicada y la familia, pueden saber el resultado
- d). Solo la persona implicada sabrá el resultado

Las personas que viven con VIH se infectaron por

- a). Infieles
- b). Relaciones sexuales desprotegidas con una persona infectada
- c). Contacto con material quirúrgico infectado
- d). Contacto con la madre infectada durante la gestación, el parto, o la lactancia
- e). b, c, d son ciertas
- f). Todas las anteriores

ELISA es

- a). El nombre de la mujer que descubrió el virus
- b). El nombre de la primera mujer que murió de Sida

- c). El nombre del químico que detecta el VIH
- d). El nombre de la prueba que detecta el VIH

La gente infectada con VIH, que ha muerto

- a). Padeció una infección oportunista
- b). Es un castigo por su mala conducta
- c). Es flaca y muere por hambre
- d). Es homosexual
- e). Es promiscua
- f). El Sida las mató

Las mujeres con VIH o Sida

- a). Deben salir de su trabajo
- b). No pueden tener hijos y/o hijas
- c). No pueden compartir comida
- d). Pueden hacer de todo y vivir saludablemente

Para protegerse del VIH es necesario

- a). Usar condón solo con las personas que no se conozcan
- b). Usar condón solo en sospecha de infidelidad
- c). No es necesario si se usa un método anticonceptivo
- d). Usar siempre condón en todas las relaciones sexuales, desde el comienzo hasta el final
- e). Cuando hay amor, no hace falta protección

El condón

- a). Solo lo usan los hombres cuando no conocen a la pareja sexual
- b). No es necesario si se usa un método anticonceptivo
- c). No se siente lo mismo
- d). Es para trabajadoras sexuales
- e). Demuestra desconfianza
- f). Es para gays
- g). Previene infecciones y embarazos no deseados

Actividad 2. El buzón de preguntas

Objetivo: Aclarar conceptos y desmontar ideas erróneas en torno al VIH/Sida, mediante el establecimiento de un diálogo abierto entre la persona facilitadora y el grupo de participantes.

Tiempo: Tiempo abierto.

Materiales/Equipos: Presentación de la epidemia a nivel nacional e internacional, bolsa, papel en cuartos y esferos.

Descripción:

- Después de hacer una breve presentación acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del comportamiento de la epidemia a nivel nacional e internacional, se le hace entrega a las personas participantes de papeles cortados en cuartos.
- La persona facilitadora invitará al grupo a realizar todas las preguntas necesarias y posibles dudas, indicándoles además, que son anónimas.

Nota para la persona facilitadora: Se sugiere que antes de esta actividad, se revisen todos los conceptos básicos relacionados con esta temática, o invitar a una persona experta en VIH/Sida para que acompañe la misma.

- Cuando el grupo de participantes dejen de escribir sus preguntas, el facilitador o facilitadora debe pasar por sus lugares para que introduzcan sus preguntas dentro del buzón o la bolsa de preguntas. Si las personas presentan dificultades para escribir, se le brindará la opción de indicar sus preguntas verbalmente, o la persona facilitadora le ayudará a escribirlas.
- La persona facilitadora abre el buzón de preguntas y responde todas las relacionadas con la infección por VIH/Sida.

Cierre: Retoma las ideas centrales de su presentación, de las preguntas y señala los factores que hacen a las mujeres vulnerables al VIH, la importancia de la prevención y las formas de llevarla a cabo. Así mismo, señala que la infección por VIH es 100% prevenible.

Actividad 3. “Personas distintas derechos iguales”

Objetivo: Transmitir información básica sobre el VIH y transformar ideas erróneas sobre el VIH/Sida.

Tiempo: 60 min.

Materiales/Equipos: Las letras de la frase “Personas distintas derechos iguales” y las preguntas o afirmaciones sobre VIH/Sida.

Descripción:

- Preparar una de las paredes donde se colocarán con cinta pegante las letras que conforman la frase “Personas distintas derechos iguales”. Previamente, la persona facilitadora habrá diseñado una frase o afirmación sobre el VIH/Sida que puede ser errónea o verdadera. Estas afirmaciones se escribirán detrás de cada letra de la frase que se ha mencionado anteriormente.
- Luego de haber realizado una breve introducción frente a la infección por VIH, se le pide a cada participante que pase por turnos al frente y lea la pregunta oculta. Esta persona debe responder si es verdad o no, y por qué.
- Posteriormente, la persona facilitadora debe afirmar o desmentir la respuesta y explicar al resto del público, qué es correcto y qué no.

Cierre: Se retoma la frase para hablar de la defensa y el reconocimiento de los derechos de todas las personas, sin distinción de ninguna clase; sobre el estigma y la discriminación como una epidemia social tan grave, como la infección misma.

Actividad 4. Armando parejas

Objetivo: Identificar los factores de susceptibilidad a la infección por VIH a los que pueden estar expuestas las mujeres, por factores asociados a las construcciones de masculinidad y feminidad presentes en una relación de pareja; y generar espacios para su reflexión y transformación.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: Papel periódico, marcadores, pinturas, cinta de enmascarar papel, música, grabadora o reproductor de sonido.

Descripción:

- En una exposición breve, el facilitador o la facilitadora, explica al grupo los aspectos básicos de la infección por VIH y la forma o las formas en que el virus puede ingresar en el cuerpo de una persona; se señalan los factores biológicos presentes en las mujeres y contesta preguntas, en caso de ser necesario. Se presentan los diferentes factores de exposición al virus, enfatizando en que todas las personas somos susceptibles a la infección y no solo determinados grupos.

Trabajo individual: A cada participante se le pide que escriba o dibuje, en media hoja de papel o una cartulina, una palabra que describa características que les han pedido desarrollar como mujer, y cómo esas características las ha vivido desde su propio cuerpo, desde que era niña, y los lugares desde donde se formularon tales demandas: a) la familia, b) la pareja, c) la iglesia —si pertenece a alguna—, d) el trabajo, etc. Y escribe o dibuja las características que cree que estas mismas instancias le han pedido desarrollar a los hombres. Por ejemplo: “a mí, en mi casa, me han pedido ser obediente y a los hombres, en la casa, les han pedido ser fuertes (...)”.

- Describir, en sus palabras, cómo es el cuerpo del hombre y cómo es el cuerpo de la mujer y relacionarlo con estas características.
- En otra hoja o cartulina, cada participante escribirá o dibujará con una frase o palabra “lo que ella busca en una persona a la hora de formar una pareja” y “lo que cree que buscaría un hombre a la hora de formar una pareja”.

Trabajo grupal: van a compartir las respuestas individuales acerca de lo que la sociedad le pide a hombres y mujeres; así como de lo que ellas y ellos buscan en las parejas. Estos grupos van a dibujar dos figuras lo más grandes posibles de un hombre y de una mujer. Pueden tomar como modelo a alguna de las participantes para dibujar su silueta. Al interior de cada una de las figuras, se pegan las cartulinas con lo que corresponde a cada persona:

- Lo que se le pide ser a la mujer o al hombre por parte de la sociedad: familia, pareja, trabajo, amistades, etc.

- Lo que son como pareja.
- Si se recuerdan dichos o expresiones que hablen de los hombres y/o de las mujeres en una relación de pareja, es recomendable incluirlos.

Para la reflexión en grupos:

- ¿Por qué son diferentes las peticiones formuladas a las mujeres y a los hombres?
- ¿Por qué creen que son diferentes?
- ¿Creen que estas formas de ser hombre y mujer en la vida individual y de pareja puede afectar su salud o incrementar su susceptibilidad al VIH?, ¿Por qué sí/no?

Una vez discutidos y dibujados, cada uno de los grupos se prepara para exponer sus conclusiones en plenaria.

Nota para persona facilitadora: Mientras se realiza la actividad, la facilitadora o el facilitador debe pasar por cada grupo a fin de acompañar la actividad; mirar los aspectos relevantes de las conclusiones de cada uno de ellos y tomar nota de los aspectos claves.

Plenaria general: Durante la plenaria, se deben utilizar nuevamente las preguntas empleadas y se formulan al grupo. Se sugiere señalar cómo el género es algo que se encarna en el cuerpo de las personas; que las relaciones desiguales de poder al interior de una relación de pareja, limitan las posibilidades de una mujer para cuidar de sí misma y para prevenir enfermedades como el VIH/Sida. Si aparecen durante esta etapa conceptos erróneos o estereotipos en torno a los hombres o a las mujeres como: “todos son iguales”, es que “las mujeres somos...”, “es que el hombre propone...”, se sugiere tratar de profundizarlos, para hacer visibles imaginarios y roles que sustentan las relaciones desiguales entre hombres y mujeres y cómo estos pueden relacionarse con el VIH/Sida.

La persona facilitadora orienta la discusión, señala posiciones, y realiza un cierre conceptual, a partir de los hallazgos.

Cierre: En una exposición breve, la facilitadora o el facilitador, pregunta a las participantes por la idea de sexualidad, sexo, género y orientación sexual. Introduce estos conceptos y explica cómo las formas tradicionales en que hombres y mujeres asumen la masculinidad y la femineidad determinan e incrementan su vulnerabilidad a la infección por VIH/Sida. Para ello, se sugiere apoyarse en las presentaciones de cada grupo, y en las herramientas conceptuales.

Actividad 5. El amor lo puede todo... Pero el amor no te protege

Objetivo: Identificar, a partir del análisis de un caso de la vida real, factores de género que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por VIH; cómo se presentan en la vida de pareja y en las relaciones erótico-afectivas de las personas participantes.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Papelógrafo, bolígrafos, marcadores y hojas de papel, copia de caso.

Descripción:

En esta actividad se sugiere invitar a las parejas afectivas de las participantes (importante tener en cuenta que no todas tienen que ser parejas heterosexuales).

1.) Se hace una breve introducción sobre el concepto “vulnerabilidad”. Para ello, se sugiere apoyarse en las herramientas conceptuales.

Trabajo grupal: A partir de la lectura del caso “El amor lo puede todo”, contenido en el cuadro 1, por grupos, se discutirá sobre las siguientes preguntas:

- ¿Por qué cree que Edelmira se infectó por VIH?, ¿Qué creencias (sobre la masculinidad/femineidad, la sexualidad, el cuidado de sí misma) influyeron en el deterioro de su salud?

- ¿Por qué cree que Edelmira no acudió antes al médico para tratarse sus dolencias?
- ¿Qué piensa de la frase “el amor lo cura todo, el amor lo entrega todo”?
- ¿Conoce a alguna persona cercana a quien le haya pasado alguna situación parecida a la narrada?

2.) Se solicita a cada grupo que prepare sus conclusiones para discutir las en plenaria.

Nota para la persona facilitadora: debe estar atenta a las discusiones que se hagan en cada grupo, pues serán el insumo para la retroalimentación de la plenaria.

Trabajo individual: A manera de reflexión:

- ¿Qué tanto cree usted que podría estar en riesgo de infectarse por VIH (alto, mediano, bajo)? ¿Por qué?
- ¿Hace cuánto se hizo la última citología?
- ¿Hace cuánto se hizo el auto examen de senos?

Para los hombres:

- ¿Hace cuánto se hizo el examen de próstata
- ¿Cada cuánto va al médico? ¿En qué circunstancias?
- ¿Acompaña a su pareja en las visitas al médico como: control prenatal, citología, APV?
- Se solicita a cada una de las y los participantes que identifiquen las acciones que pueden llevar a cabo, de forma individual, para cuidar de sí y protegerse frente a la infección por VIH.

Cierre: Mediante una explicación sobre cómo una ITS sin tratamiento puede volverse puerta de entrada del VIH al cuerpo femenino; exaltar la importancia de familiarizarse con el propio cuerpo, las prácticas de auto cuidado como: el auto examen de seno, la citología vaginal en la prevención del VIH y otras ITS y la prueba voluntaria para VIH. Reconocer todas estas acciones como parte del ejercicio de los derechos sexuales de toda mujer y la participación de los hombres como principales aliados de las mujeres en la prevención del VIH/Sida.

CUADRO 1

El amor lo puede todo

Edelmira es una mujer de 45 años que vive con Eduard, su pareja desde hace más de 26 años. Tiene 4 hijos y creció con muchas restricciones, en un hogar que se mantuvo unido a pesar de la adversidad. Cuando conoció a Eduard sintió que el amor le había llegado. Era un hombre fuerte, buen mozo, hijo del dueño de la única tienda de la vereda. Su cuerpo, en especial sus brazos, mostraban su trabajo en el campo.

Era diferente a los demás y, cuando salía en su compañía, se sentía respaldada: “iba con un hombre de verdad”. Al poco de novios, Eduard le pidió que tuvieran relaciones. Al principio, Edelmira no quería pero fue tanta su insistencia... Así que un día con unos tragos encima y llorando, la amenazó con dejarla y terminó entregándole “su bien máspreciado”. Qué tenía qué perder, ¡no lo estaba haciendo por ahí con cualquiera! sino con el hombre de su vida, él la quería y se lo decía de muchas formas. Con el tiempo y la ilusión de casarse, vinieron los hijos. Ella cuenta que le dio el primero, a los 2 años de conocerse.

Esa “primera vez”, fue muy diferente a lo que soñó. Fue doloroso, esperaba que la tratara con más ternura, pues era virgen y “él, como hombre, sabía más de eso que ella”. Después de la primera vez, sintió algunos cambios en su cuerpo; en especial, con su zona íntima: ardor, picazón y un poco de dolor, pero una vecina le dijo que “era natural”, “esas dolencias vienen y se van”. Le comentó a Eduard, quien le dijo que su mamá tenía “una planta muy buena para eso” y así siguió.

Pasaron los años y, a pesar del amor de Edelmira, Eduard fue cambiando; la maltrataba casi todas las noches para tener relaciones, descubrió que tenía otras mujeres... Ella lo entendió porque: “es un hombre y no se puede controlar” y además consideraba que “no tenía de qué preocuparse”, ya que es “la Señora”. No iba al médico pues tenía que cuidar de sus hijos y su marido. Al cabo del tiempo, le empeoró su salud, los dolores se convirtieron en sangrados casi permanentes. Fue allí cuando vio al médico del centro de salud, quien le solicitó —entre los exámenes— una citología vaginal, que indicaba una inflamación crónica y cambios asociados a cáncer del cuello uterino. Ese día, le hablaron de la importancia de realizarse la prueba para VIH que posteriormente se practicó. Esta prueba resultó positiva.

Actividad 6. Historias personales, sociales y amorosas que me ubican en contextos de vulnerabilidad

Objetivo: Identificar características de la vulnerabilidad, los factores asociados que hacen a las mujeres vulnerables a la infección (individuales y colectivos).

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: Papel periódico, marcadores, cinta de enmascarar, papelógrafo o tablero, casos.

Descripción:

1.) El facilitador o facilitadora describe los factores de vulnerabilidad en mujeres asociados al VIH y cómo ellos agudizan los factores biológicos que las hacen más susceptibles a la infección.

Trabajo grupal: se hace entrega a las participantes de diferentes situaciones de mujeres que se infectaron por VIH (véase cuadro 2).

2.) Se pide que discutan sobre las siguientes preguntas y luego presenten sus conclusiones en plenaria:
¿Qué factores aumentaron su vulnerabilidad?
¿Qué factores contribuyeron a mejorar su situación?
Si estuviera en esta situación, ¿Qué haría?

Para la reflexión en plenaria:

- ¿Por qué cree que la violencia incrementa la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/Sida?
- ¿Cómo cree que se afecta la vida de una mujer: como persona, como pareja, como persona perteneciente a un núcleo familiar o a una comunidad, luego de una experiencia como esta?
- ¿Por qué cree que la desigualdad de género hace a las mujeres más vulnerables a la infección por VIH/Sida?

CUADRO 2

Casos

El Caso de Ana:

Ana tiene 14 años, vende flores desde los 8 años. Fue retirada de la escuela porque su padre, que era el único proveedor económico de la familia, murió a manos de unos asaltantes que robaron la bodega que cuidaba; era vigilante. Ana es hija adoptiva de Rosa quien, a la muerte de su marido, y sin encontrar ayuda, decidió regresar a su pueblo. Sus otros dos hermanos —Manuel y Antonio—, asisten a la escuela. Ana, con la venta que hace, cubre sus gastos y los de sus hermanos. Hace unos días, Ana es frecuentada por un hombre de edad mediana que conoció en un semáforo y le ha prometido un trabajo estable fuera del país en una cadena de clubes nocturnos de su propiedad.

El Caso de Emma:

Emma vivía en un pequeño pueblo en el Putumayo con su esposo y sus dos hijos. Hace tres, empezaron a llegar volantes al pueblo, donde los acusaban, junto con otras 10 familias más, de “auxiliadores”; donde además les amenazaban de muerte. Les dieron 8 horas para salir del pueblo; saliendo de allí, fueron interceptados e interceptadas por unos hombres armados que la violaron y después asesinaron a su marido.

El Caso de Ana María:

Ana María es lesbiana, tiene 25 años y a los 18 fue violada junto con su compañera por un grupo de hombres que las abordaron saliendo de la universidad. Mientras las violaban, les decían que “iban a enseñarles lo que es un hombre, para que se curen de la enfermedad”. A su compañera, le laceraron un seno “para que aprendiera a valorar sus pechos” y “no se le olvidara ser una mujer”.

En el hospital les fue suministrada la píldora de anticoncepción de emergencia y a los 6 meses se hicieron la prueba para VIH y resultó positiva.

Para reflexionar a nivel individual:

- ¿Qué aspectos de mi vida me hacen vulnerable a la infección por VIH?
- ¿Cómo puedo transformar esta situación?

Cierre: Se recomienda a la facilitadora o al facilitador, subrayar la relación entre el VIH y las situaciones sociales que restringen la autonomía de las mujeres y las hacen más vulnerables, tales como: la VBG, la carencia de educación, la falta de información y la falta de redes de apoyo; así como señalar la importancia en la prevención del VIH, la búsqueda de apoyo cuando sea necesario y la denuncia al agresor en casos de VBG, y mantener a los niños y niñas en el sistema educativo. Para este efecto, se recomienda consultar estas temáticas en las herramientas conceptuales.

Actividad 7. Para que el Sida no entre en mi vida, me informo, decido y actúo

Objetivo: Reflexionar sobre la importancia de la participación de cada mujer en la respuesta al VIH/Sida e identificar acciones que pueden contribuir a la prevención del VIH en las mujeres y al interior de los contextos donde habitan.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: Marcadores, papel periódico, papelógrafo o tablero.

Descripción:

1.) La facilitadora o el facilitador da la bienvenida a las participantes e inicia la actividad presentando las cifras globales, nacionales y locales de la epidemia; su comportamiento: tendencias de la expansión, principales formas de transmisión, población más afectada, y los motivos de esta afectación. Se sugiere resaltar los factores que incrementan la vulnerabilidad a la infección por VIH/Sida en las mujeres e incluir aquellos asociados al estigma y a la discriminación. Para estos últimos temas, se sugiere revisar estos apartados en las herramientas conceptuales y, para las estadísticas, consultar el informe UNGAS, Colombia 2010.

Trabajo grupal: Se intercambian experiencias sobre la forma en que el VIH/Sida les afecta a ellas como mujeres: cómo afecta a sus familias, cómo a sus comunidades y experiencias relacionadas con el VIH que reconocen en su cotidianidad.

2.) Se les pide que identifiquen y describan acciones que puedan llevar a cabo para prevenir la infección de la siguiente forma:

- A un grupo se le pedirá identificar y describir acciones individuales para prevenir la infección por VIH, especialmente dirigidas a ellas.
- A otro grupo se le pedirá identificar y describir acciones colectivas para prevenir la infección por VIH dirigidas a ellas.
- A otro grupo se le pedirá identificar y describir acciones individuales y colectivas contra la discriminación hacia las personas que viven con VIH/Sida.

Estas conclusiones se plasman en una cartelera que señale las acciones identificadas para la prevención.

Nota para la persona facilitadora: Se sugiere que acompañe los pequeños grupos, a fin de evidenciar el impacto que la discriminación por género, las violencias hacia ellas, el desplazamiento forzado y la pobreza, pueden tener sobre ellas; incrementando su vulnerabilidad frente a la infección por VIH.

Resulta importante prestar atención a las acciones que son identificadas y las dificultades encontradas, ya sea de nivel individual o colectivo. Ellas serán retomadas durante la plenaria. Es importante que se señale la relación entre violencia hacia las mujeres y la infección por VIH.

Plenaria: Con ayuda de la facilitadora o el facilitador, se organizan las acciones en el tablero y se identifican las más relevantes que luego servirán para construir un plan para cada mujer en su proceso de prevención frente a la infección por VIH.

Cierre: Se le pide a cada participante que construya su propio listado de acciones para prevenir que el VIH entre a su vida o, si vive con él, las formas para cui-

dar de sí y vivir una vida saludable. La facilitadora o el facilitador resaltarán la importancia de trabajar en red, propondrá la creación de un directorio con los datos de contacto de las participantes y de otras organizaciones que apoyan a las mujeres en la ciudad, lo cual les servirá para mantener comunicación entre ellas después del taller y generar redes con otras mujeres; Además, la persona facilitadora identificará aquellas acciones individuales y colectivas que pueda apoyar y asesorar como parte de su rol comunitario, profesional, o social: asesoría jurídica, legal o de microempresa, psicosocial (...); y suministrará información sobre otras entidades que puedan apoyar estas iniciativas.

Actividad 8. Reconociendo la discriminación

Objetivo: Identificar espacios y comportamientos discriminatorios, su impacto en la prevención de la infección por VIH y las formas para enfrentarla.

Tiempo: 2 horas.

Materiales: Marcadores, papel periódico, papelógrafo o tablero

Descripción:

Trabajo individual: Se pide a las personas participantes que identifiquen:

- Situaciones y lugares en las cuales sienten que han sido discriminadas, por ejemplo en el trabajo, en el servicio de salud, en la casa, etc.;
- Las personas involucradas en estos actos;
- Las razones que, en su opinión, sustentan dicho comportamiento;
- Situaciones de discriminación ocasionadas por el solo hecho de ser mujer;
- Efectos que estos comportamientos han tenido en su vida, o podrían tenerlos en caso de no haberlos vivido.

1.) Luego, se pide a las participantes que identifiquen situaciones y lugares en los cuales sienten que han discriminado a alguna persona o grupo. Por ejem-

plo: por su apariencia o su comportamiento, y qué efectos creen que han tenido en la vida de estas personas. Se les invita a reflexionar si esto le pasara a cada una de ellas.

- 2.) En una breve presentación, la facilitadora o el facilitador explica los conceptos de estigma y de discriminación en el contexto del VIH/Sida. Se sugiere apoyarse en el apartado dedicado a este tema en las herramientas conceptuales.

Trabajo grupal: Se solicita que se elija una situación de discriminación y la escenifiquen, mostrando los aspectos que consideran más importantes; comportamientos y respuestas de las personas así como el impacto de quienes la sufren. Para la escenificación, se recomienda definir un inicio, un desarrollo y un desenlace.

Nota para la persona facilitadora: Se recomienda que en las construcciones de los casos se haga visible la vinculación de estas situaciones con la infección por VIH/Sida.

- 3.) Al resto de participantes que actúa como público, se le propone que, una vez terminada la presentación, planteen posibles alternativas para transformar la situación.

Cierre: Se presenta el estigma y la discriminación como una vulneración a los derechos humanos y se subraya la necesidad de erradicar la discriminación hacia cualquier población, ya que es el primer obstáculo en la prevención del VIH/Sida y constituye una de las barreras más profundas para dar respuesta y prevenir la infección por VIH/Sida.

Actividad 9. Traduciendo mis derechos

Objetivo: Reconocimiento de los derechos humanos a partir de la vivencia personal de los mismos, como punto de partida para la exigibilidad de los derechos y para la transformación de factores que fomentan contextos de vulnerabilidad en las mujeres frente al VIH/Sida.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: *Las mujeres y el VIH/Sida, declaración de derechos de Barcelona*. XIV Conferencia Internacional de SIDA, Barcelona, España 11 de Julio 2002, *Carta de los Derechos sexuales y reproductivos*, papel periódico, marcadores, pinturas, pinceles, escaracha, pegante colbón, grabadoras, CD.

Descripción:

- 1.) Se inicia la actividad presentando los conceptos básicos sobre VIH. Una vez terminada, preguntará a las participantes por sus conocimientos sobre los derechos. Estos conceptos son escritos en el tabletero y se mantienen a lo largo de la sesión. A partir de los aportes, se construye una noción conjunta que se debate al interior del grupo, y se ajusta hasta que esté lo más cercana a las opiniones del mismo.

Trabajo individual: Se solicita escribir o dibujar en un papel situaciones en las que han sentido que se les ha vulnerado algún derecho.

- 2.) En una presentación breve, la persona facilitadora hace una presentación sobre los derechos sexuales y reproductivos. Se recomienda apoyarse también en: el documento “Las mujeres y el VIH/Sida: Declaración de derechos de Barcelona” (véase cuadro 3).

Trabajo grupal: Se organizan grupos de 4 o 5 personas. A cada grupo se le designará una población: indígenas, negras, desplazadas, mujeres en desempeño de oficios “en desventaja” como las ventas ambulantes o el trabajo doméstico. En cada uno de los grupos así conformados, se les pedirá que discutan y reflexionen sobre las siguientes preguntas:

- ¿Tienen los hombres y las mujeres los mismos derechos sexuales y reproductivos? ¿Por qué?
- ¿Cómo se vulneran esos derechos en los distintos espacios en que transcurren nuestras vidas, como mujeres? Ponga un ejemplo.
- ¿Cómo me han vulnerado y cómo he vulnerado esos derechos?
- ¿Cómo se le vulneran los derechos a diferentes poblaciones? Ponga un ejemplo.
- ¿Cómo puedo, como líder y como mujer, promover y

CUADRO 3

Las mujeres y el VIH/Sida, declaración de derechos de Barcelona

Las mujeres y las niñas tienen el derecho a:

- Vivir con dignidad y en equidad.
- La integridad corporal.
- La salud y a su cuidado, incluido el tratamiento.
- La seguridad, protección, libres del temor a la violencia física y sexual a lo largo de sus vidas.
- Estar libres de estigma, discriminación, culpa y negación de sus derechos.

- Sus derechos humanos independientemente de su orientación sexual.
- Su autonomía sexual y placer sexual.
- Equidad dentro de sus familias.
- Educación e información.
- Independencia económica.

(Tomado de: Las mujeres y el VIH/Sida, Declaración de derechos de Barcelona. IWAC. International Womens Aids Caucus, 2002. XIV Conferencia Internacional de SIDA, (Barcelona, España 11 de Julio 2002).

proteger esos derechos en los distintos espacios en que transcurren nuestras vidas?

- ¿Qué puedo hacer, como líder y como mujer, para ejercer los derechos sexuales y reproductivos en un ambiente de respeto, dignidad, igualdad y libertad?
- 3.) Se pedirá a los grupos que hagan una declaración de derechos sexuales de las mujeres en diferentes contextos: indígenas, negras, desplazadas, en trabajo doméstico o en ventas ambulantes. Para ello, pregúnteles por qué agregarían o los cambios que les harían a cada derecho, según los contextos sugeridos (indígenas, negras, desplazadas, o mujeres en desempeño de oficios “en desventaja” para las mujeres como las ventas ambulantes o el trabajo

doméstico). Para ello, se utilizan marcadores, escarcha, y papel periódico.

Cierre: Se presentan las diferentes declaraciones y se identifican las formas para ejercer o proteger; se realiza una declaración general de las mujeres formada por las declaraciones de todos los grupos.

Nota para la persona facilitadora: Se sugiere que se resalten aspectos claves hallados durante los trabajos en grupo, como los derechos de toda mujer frente al VIH en cuanto a prevención, atención y no discriminación; la importancia de informarse sobre las formas de prevenir la infección por VIH, los servicios a los que tiene derecho, dónde acudir; la importancia de realizarse la prueba para VIH, así como otros exámenes como el seno o la citología vaginal.

Señalar que todas estas prácticas hacen parte del ejercicio de sus propios derechos y que la información que acaban de recibir es también un derecho. Recalcar la importancia en la protección de su salud y sus vidas; reconocer las desigualdades de género y las barreras que experimentan las mujeres para el ejercicio de sus derechos, las cuales son asumidas frecuentemente como “normales” o “naturales” por ellas mismas.

Cierre: Para el final, se plantea una actividad de ojos cerrados. Organizadas en círculo, se pide que cada participante visualice los momentos vitales de su historia personal que la han llevado hasta allí; agradezcan a sí mismas por haberlo permitido y agradezcan al grupo de participantes su trabajo.

Final con música que evoque el poder femenino.

Actividad 10. ¿Qué argumentos usarías tú?

Objetivo: Proponer estrategias argumentativas para la negociación en el uso del condón.

Tiempo: 3 horas.

CUADRO 4

Materiales/Equipos: Copia de los casos y lista de argumentos, marcadores, papel periódico, papelógrafo o tablero, hojas de papel, esferos.

Descripción:

1.) Se inicia con la actividad “Este cuerpo es mío” (revisar lista de actividades rompehielo).

Trabajo grupal: Se organizan dos grupos y a cada uno se le entrega uno de los casos que está señalado en el cuadro 4. Se solicita leer el caso y utilizar el “listado de razones para no utilizar el condón” que se muestra cuadro 5; y que preparen una dramatización en cada grupo.

2.) Para la dramatización, se escogen dos personas para actuar en cada uno de los roles. La idea es que las personas escogidas encarnen su papel y muestren las dos posiciones. La persona facilitadora y las demás participantes que no están actuando, serán observadoras y deberán estar atentas a los aspectos más relevantes en cada presentación. Si así lo desean, pueden participar y sugerir nuevos argumentos para usar o no el condón. Las conclusiones de la actividad se comparten en plenaria.

Ideas para la reflexión:

- ¿Qué fue lo más difícil de su personaje? ¿Por qué?
- ¿Por qué cree que estas ideas existen?
- ¿Por qué es tan difícil decir no?
- ¿En quién recae la responsabilidad frente a la sexualidad en cada una de estas situaciones?

Actividad 11. Aproximándonos al uso correcto del condón femenino y masculino

Objetivos: Brindar Información para el uso correcto del condón masculino y femenino.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Sobres de carta por el número de participantes, tres hojas de instrucciones (la primera, que solicita hacer preguntas a la persona facilitadora;

Casos:

Caso de Teresa:

Teresa es una mujer muy atractiva, de edad mediana, trabaja en ventas. En una de las visitas a sus clientes, conoció a Carlos; un hombre que “le mueve el piso”, con el que lleva saliendo dos semanas. Como se ven casi todos los días, la relación se ha hecho cada vez más intensa. Hace dos noches salieron a bailar y tomarse una cerveza. Carlos le propuso irse a un lugar más íntimo para tener relaciones sexuales. Ella, dudosa, accede. Ya en la habitación, Teresa recuerda las charlas que le han dado sobre el VIH/Sida y le pide a Carlos que usen el condón. Él se sorprende y le dice...

“Pero si yo te amo”

“Es más rico así”

“Con condón no se siente lo mismo”.

¿Qué le dirías tú?...

Caso de Carmenza:

A Carmenza no le gusta usar el condón. Es una mujer muy vanidosa, que se cuida y le gusta arreglarse. Mantiene una vida sexual activa (puede estar casada o soltera). Dice que “no se siente lo mismo”; que “es como bañarse con sombrilla”; “es como comerse una colombina sin quitarle el papel”; “es más rico así”; “son los hombres los que tienen que usarlo, ¡yo no!”; “no lo necesito”; “no soy promiscua”; “ya estoy muy vieja para esas cosas”; “hasta tengo la menopausia”; “yo conozco a mi marido”; “yo no soy una puta para usar esas cosas”; “me dan asco”; “son todos babosos”.

¿Qué le dirías tú?...

la segunda, que contiene las indicaciones para demostrar el uso del condón masculino (cuadro 7) con la misión de enseñar su uso al resto de participantes; y la tercera, que contiene las indicaciones para demostrar el uso del condón femenino (cuadro 6), con la misión de enseñar su uso al resto de participantes); condones, papel por cuartos y tijeras y modelos anatómicos.

Descripción:

1.) A cada participante se le entregará un sobre que contiene unas instrucciones. Cada persona quedará con una misión: a una de ellas se le comunicará que ha sido seleccionada para enseñar al resto del grupo la forma de usar el condón masculino; a otra, que ha sido seleccionada para enseñar la forma de usar el condón femenino. Las demás personas tendrán la misión de formular preguntas. A estas últimas, se les entrega un sobre que contiene un cuarto de hoja de papel donde escribirán sus inquietudes frente al uso del condón y se les pedirá que guarden nuevamente el papel en el sobre.

Al momento de hacer la explicación, a cada participante se le entregará una bolsa que contiene dos condones, lubricante y tijeras.

2.) Luego de la explicación, la persona facilitadora, que ha estado atenta a cada paso explicado, retroalimentará la presentación de los pasos necesarios para usar de forma correcta el condón. Se sugiere

hacer la demostración de la postura del condón con la boca, como una forma de introducir su uso en el marco del juego sexual.

- Se recomienda ilustrar con ejemplos, retomar conceptos erróneos asociados al uso del condón y repartir algunos de ellos entre las participantes para que se familiaricen con ellos, y sigan las indicaciones de su uso durante la explicación. Esta explicación aplica para los dos tipos de condones.

3.) Finalmente, se abre el sobre de preguntas y la persona facilitadora responde las inquietudes planteadas en los sobres.

Cierre: Se cierra la actividad señalando la importancia de usar el condón, subrayando que la Infección por VIH/Sida es 100% prevenible; pero irreversible una vez que ingresa al cuerpo. En el caso del condón femenino, se debe subrayar que es muy escaso en el mercado. No obstante, se están haciendo los estudios técnicos y económicos en el país para introducir su uso.

CUADRO 5

Listado de argumentos	
Excusa	Respuesta
Qué pensará de mí...; las mujeres que cargan un condón son unas promiscuas o unas recorridas o unas putas.	Muchas veces, las mujeres que proponen el uso del condón son juzgadas como "fáciles". Pero, ¿has pensado en las consecuencias del VIH/Sida para ti, tu vida y los tuyos? ¿Sabías que cada vez son más las mujeres que, con una única pareja estable, se infectan a través de relaciones no protegidas con sus parejas? Las mujeres tienen derecho a cuidarse, informarse y tomar el control de su vida. Una mujer segura de sí misma puede resultar muy atractiva. ...Danos otro argumento.
¿No confías en mí? Me da vergüenza pedirle a él que use condón. Pensará que no confío en él...	La confianza no es la cuestión, las personas pueden tener infecciones sin saberlo.
No se siente tan bien, con un condón no siento nada.	Usarlo me da tranquilidad, y puedo disfrutar más, y podrás sentirme mejor. ¡Vamos a intentarlo!
No mantengo la erección cuando me pongo un condón.	Pongámoslo juntos, puede ser divertido y excitante, te ayudará a mantener la erección.
No tengo un condón conmigo.	Yo sí los tengo.
No los necesito, uso anticonceptivos.	Siempre debes usar el condón, recuerda que el VIH no se ve en la cara, una persona puede tener una ITS sin saberlo; además de la protección frente a embarazos no deseados, te protege contra infección por VIH y otras ITS.
No los necesito, tengo la menopausia, casi nunca tengo relaciones.	Durante la menopausia el cuerpo es más vulnerable a cualquier infección de transmisión sexual, porque el recubrimiento de las paredes del área genital es más delgado y se puede romper, dándole entrada a cualquier virus como el que causa el Sida.
El verá, depende de él...	Yo soy dueña de mi vida. Es mi cuerpo, mi vida, mi salud, mi futuro y mi presente, lo que está en juego; si me quiero, no me arriesgo. Es mi decisión también.
Ensayemos un "poquito" sin condón, y me retiro "rapidito"	Con ese "poquito" le basta al virus para infectar. Las mujeres y los hombres podemos infectarnos con las secreciones de nuestra pareja antes del orgasmo.
Pero yo te amo....	Yo también te amo, pero también me amo, amo mi cuerpo, mi salud, y quiero disfrutar al máximo, sin preocuparme ahora ni después... ¡El amor no me protege! Usar el condón es mi muestra de amor.

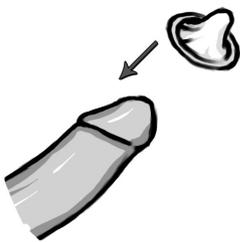
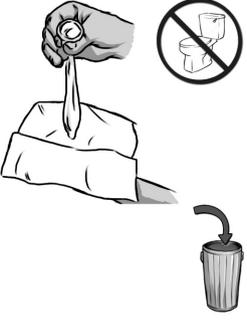
CUADRO 6

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>

CUADRO 7

Instrucciones para el uso del condón masculino

1	2	3	4
<p>No usar si la fecha ha expirado, o si el empaque está roto ó dañado.</p>     		<p>El paquete podría tener burbujas de aire.</p> 	
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>  

Actividad 12. Desmontándonos de los conceptos erróneos sobre el uso del condón

Objetivo: Identificar los conceptos erróneos más frecuentes que se manejan frente al uso de los condones y generar espacios de reflexión para transformar dichas creencias.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Vendas para los ojos, lista de conceptos erróneos sobre el uso del condón, modelos anatómicos, condones y sobres de Manila.

Descripción:

1.) Individualmente, se pide que cada participante se venda los ojos. Se hace un breve ejercicio de respiración para concentrar la atención de las personas participantes.

El facilitador o facilitadora, se pondrá el condón en una de sus manos y hará una pequeña caricia en la cara de cada participante.

Terminado el ejercicio, se pregunta a las personas asistentes sobre lo que sintieron. La idea es que este ejercicio abra la sesión de conceptos erróneos sobre el uso del condón.

2.) Luego, en una bolsa en la que no se pueda ver su contenido, se introducen conceptos erróneos sobre el uso del condón (previamente preparados por la persona facilitadora), que se hacen circular entre las participantes. Se solicita a cada participante, sacar una hoja y leer la frase; si no sabe leer, se le pedirá ayuda al grupo o a la persona facilitadora.

3.) Frente a cada uno de los conceptos erróneos, se le preguntará al grupo lo que piensan: si son ciertos o falsos y por qué. Se establecerá, así, un diálogo abierto con la persona facilitadora, que ayude a una mayor comprensión acerca del uso de los condones, la importancia para la prevención del VIH, el cuidado del propio cuerpo y las creencias destinadas a evitar su uso, como la confianza, el amor, la fidelidad, ser recorrida en el sexo, entre otras.

4.) Luego, la persona facilitadora, con ayuda de un modelo anatómico, hará la demostración del uso correcto del condón masculino y realizará la demostración del condón femenino. Se entregará a cada participante un condón con el que seguirá las instrucciones; el modelo anatómico puede hacerse circular para que las participantes hagan los ensayos respectivos, formulen preguntas y puedan hacer ejercicios prácticos.

Cierre: Se hará un concurso en donde cada grupo cree argumentos sobre el uso del condón. El argumento más convincente, será premiado por el público con aplausos y se les indicará que el mejor premio es la prevención del VIH y el cuidado de sus cuerpos. Luego, se entregarán condones a todas las participantes, agradeciéndoles su participación en la actividad.

Actividad 13. Reconociendo barreras en el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Objetivo: Reconocimiento de barreras que experimentan las mujeres en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, e identificación de acciones que pueden llevar a cabo para superarlas.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: Papel periódico, marcadores, cinta de enmascarar, listado de entidades, servicios de apoyo a las mujeres en la ciudad, localidad o comuna. Formatos de derechos de petición, queja, listado de instancias de control en IPS y EPS.

Descripción:

Trabajo individual: Se le pide a las personas participantes que expresen en sus palabras lo que es un derecho y para qué sirve tenerlos; y que recuerden situaciones en las cuales se han percibido como titulares de derechos. En el tablero se escriben los aportes del grupo, se hace una lluvia de ideas.

- 1.) La persona facilitadora, retoma la información de la lluvia de ideas y hace una presentación de los derechos sexuales y reproductivos, en el marco de la Declaración de Barcelona que se dedica a las mujeres y el VIH/Sida. Hace énfasis en la importancia de conocerlos, exigirlos y hacerlos valer.
- 2.) Se pide que identifiquen situaciones que les han impedido hacer uso de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva o que les han hecho sentir mal en el momento de la atención. Se deben incluir aquellas situaciones en las que se han sentido discriminadas o maltratadas. De estas situaciones, se escogerán tres, que luego serán trabajadas por grupos.

Trabajo grupal: Organizadas por grupos, se elige una de estas situaciones que luego serán analizadas, a partir de las siguientes preguntas:

- ¿De dónde provienen estas dificultades? ¿De las entidades (personal de servicio, asistencial, servicios generales, vigilancia), mi grupo familiar, mi pareja, de mí misma?
- ¿Cómo puedo superarlas?

Nota para la persona facilitadora: Se recomienda que la persona facilitadora esté atenta a las conversaciones al interior de los grupos, para obtener los elementos necesarios para la plenaria y señalar situaciones de discriminación por diversos factores como: la clase social, la identidad genérica, la opción sexual, la etnia, entre otros.

- 3.) Se pedirá al grupo representar estas situaciones frente al resto de participantes y que, con su ayuda, construyan acciones que pueden llevar a cabo a nivel grupal o individual para superar dichas barreras. Con ayuda del facilitador o de la facilitadora, se identificarán entidades que pueden apoyarlas: suministro de información, protección, asesoría legal, apoyo económico, lugares de cuidado para los niños o niñas, entre otros.

Plenaria y cierre: Luego, en plenaria, se socializan los resultados. Se hará una lista de acciones individuales y colectivas y la posibilidad de llevarlas a cabo con

la ayuda de la ONG. En el cierre, se resaltarán la importancia del conocimiento y apropiación de los derechos en el ejercicio de cuidado de sí mismas y de reconocer la salud como un derecho fundamental. Es importante subrayar situaciones de discriminación por género, clase social o etnia, como factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas, en especial de las mujeres. Explicar que estas situaciones pueden estar presentes en la relación entre personal médico y paciente o en cualquier otro contexto; así como los mecanismos jurídicos e instancias para exigir sus derechos frente a estas situaciones.

Esta actividad puede cerrarse con una representación simbólica de la ruptura de las barreras identificadas. Por ejemplo, escribir las barreras en papel y romperlas, o escribirlas en una cartulina y atravesarlas con el cuerpo.

Nota para la persona facilitadora: Se requiere que la facilitadora o el facilitador tenga preparada información de contacto a entidades estatales y no estatales; instancias de apoyo al interior de las IPS y las EPS; servicios de apoyo a las mujeres en su ciudad, localidad o comuna; y cuente con la información necesaria sobre mecanismos jurídicos para la interposición de acciones legales como: la tutela, queja, el derecho de petición, entre otros y las instancias para interponerlas.

Actividad 14. Derrumbando conceptos erróneos y prejuicios frente a las distintas formas de violencia²

Objetivos:

- Cuestionar creencias, conceptos erróneos y prejuicios sobre las distintas formas de violencia contra la mujer.
- Contrarrestar los conceptos erróneos con hechos reales y reflexionar sobre sus contenidos.

Tiempo: 1 hora.

² Tomado de: UNFPA, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROFAMILIA: *Guía para la formación en derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá, 2008 pp. 73-74.

Materiales/Equipos: Papelógrafo o tablero, marcadores, 15 fichas (cada una con una creencia o mito acerca de las distintas formas de violencia contra las mujeres), escritos en letra grande, papel periódico, hojas blancas, bolígrafos.

Descripción:

- 1.) Escriba los conceptos erróneos en hojas de cartulina y distribúyalos en las paredes del salón, antes de que ingresen las y los participantes. Utilice las afirmaciones contenidas en el cuadro 8.
- 2.) Inicie la actividad comentando cómo en nuestra sociedad, alrededor de la violencia contra las mujeres, se han tejido una serie de creencias que se asumen como verdades y han influido sobre la forma en que los hombres, mujeres y jóvenes ejercen sus derechos sexuales y reproductivos; establecen relaciones de pareja y permiten y/o asumen como naturales diversas formas de violencia.

Trabajo individual: Se les solicita a las y los participantes que caminen por el salón y lean cada una de las afirmaciones que están pegadas en las paredes. Si alguna persona participante no puede hacerlo, se le ayudará en su lectura. Luego, se organizarán por grupos y cada cual escogerá los carteles que contengan las afirmaciones que más les llamen la atención.

Trabajo grupal: Preguntas para reflexión en grupos:

- ¿En qué consiste esa creencia de acuerdo con la sabiduría popular?
- ¿Cómo sustentan los hombres y mujeres en su cotidianidad esas creencias?
- ¿Qué piensan y sienten sobre esas creencias?
- ¿Piensan que esa creencia es verdadera o falsa? ¿Por qué?
- ¿Qué derechos se afectan por esa creencia? ¿Por qué?
- ¿Como estas creencias pueden propiciar la violencia contra las mujeres?

Plenaria: Luego de que cada grupo haya hablado sobre el mito o creencia, se pedirá que cada uno lea el mito y comparta sus conclusiones y opiniones en plenaria.

Nota para la persona facilitadora: Durante el relato de los conceptos erróneos o creencias por parte de las personas asistentes, realice aportes adicionales basados en sus conocimientos y experiencias con el fin de cuestionar el mito y las posturas de los y las asistentes. Trate de propiciar una discusión de toda la audiencia frente a cada creencia o prejuicio. Percátese, en la medida de lo posible, de que cada participante cuestione los conceptos erróneos y comprenda que ninguna de esas creencias justifica la violencia contra las mujeres.

Cierre: Para cerrar, el facilitador o facilitadora recoge las conclusiones y señala el impacto de la violencia en las mujeres y cómo esta disminuye sus capacidades para afrontar y/o prevenir el VIH/Sida.

Actividad 15. Conociendo las manifestaciones de la violencia basada en género: violencia intrafamiliar³

Objetivos:

- Lograr que cada participante identifique las distintas manifestaciones de violencia que se ejerce contra las mujeres en la vida cotidiana en espacios privados y en ámbitos públicos.
- Reconocer que la violencia en todas las manifestaciones afecta la autonomía de las mujeres, se constituye en la forma más insidiosa de discriminación y tiene consecuencias en la salud física, mental y sexual, fomentando la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/Sida.

Tiempo: 40 minutos.

Materiales/Equipos: Papelógrafo o tablero, marcadores, 30 fichas de cartulina donde se transcriben algunos hechos que constituyen violencia contra las mujeres, una frase en cada ficha.

Descripción:

- 1.) En una breve presentación, el facilitador o la facilitadora explicará los conceptos de violencia, VBG y las

³ *Ibid.*, p. 65.

CUADRO 8

Conceptos erróneos sobre violencias hacia las mujeres

“A las mujeres les gusta que las maltraten”.

“Las mujeres que viven con VIH/Sida son unas promiscuas, ellas se lo buscaron”.

“El violador es un enfermo mental”.

“Las mujeres que viven con VIH/Sida se merecen que las abandonen.”

“Los hombres no pueden controlar sus instintos sexuales”.

“Los hombres son infieles por naturaleza”.

“Una mujer no puede ser violada, si no lo desea”.

“Las mujeres que viven con VIH/Sida no deben tener hijos, ni relaciones sexuales, porque se van a morir pronto”.

“Las mujeres provocan a sus parejas, por eso son maltratadas”.

“La violencia es un instinto incontrolable”.

“La mayoría de las violaciones las realizan desconocidos y en lugares apartados y peligrosos”.

“La violencia solo ocurre entre gente pobre y sin educación”.

“Los homosexuales y las lesbianas son personas depravadas y corruptoras de menores”.

“Un padre es incapaz de violar a su hija”.

“La letra con sangre entra”.

“Entre esposos y esposas, compañeros y compañeras o novios y novias no se da el abuso sexual, porque existe la obligación de la mujer de satisfacer sexualmente a su pareja en el momento en que esta lo requiera”.

“El hogar es el lugar más seguro para las mujeres, las jóvenes, los niños, y las niñas.”

“El hombre es el que decide todos los asuntos, porque él sabe lo que les conviene”.

“Las mujeres no son capaces de vivir solas, siempre requieren de un hombre que las proteja”.

“La ropa sucia se lava en casa”.

diferentes formas en que pueden manifestarse las violencias contra las mujeres. Explicará también las consecuencias que cada una de ellas tiene para su integridad física, sexual, y psicológica; incluyendo la llamada “violencia económica”. Además, expondrá a los y las participantes, que la violencia contra las mujeres es una violación de los derechos humanos y que incrementa su vulnerabilidad al VIH/Sida. Para ello, se sugiere consultar las herramientas conceptuales.

- 2.) Entregue a cada participante una ficha que contenga una manifestación de alguna forma de violencia contra las mujeres (ver cuadro 10). Pida a cada cual, que lea mentalmente su frase y reflexione sobre ella.
- 3.) Dibuje en el tablero un cuadro con cuatro columnas, como el que encontrará a continuación (ver cuadro 9), y pida que cada participante ubique su cartulina en una de las columnas:

CUADRO 9

Violencia Física	Violencia Psicológica	Violencia sexual	Violencia económica

Cierre: Para el cierre, señale que la violencia contra las mujeres se da en todas las clases sociales, entre personas con mucha o poca educación, con mucho o poco dinero; y que obedece a relaciones desiguales, generalmente, de dominación de los hombres hacia las mujeres.

Reflexione con el grupo acerca de la violencia como una violación a los derechos humanos y como un factor que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/Sida.

Actividad 16. Identificando servicios de apoyo a las mujeres víctimas de la violencia

Objetivo: Identificar servicios de prevención y de apoyo a las mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar y sexual como una forma de transformar factores que incrementan la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Papel periódico, marcadores, hojas blancas, cartulinas con la información de las entidades (se recomiendan varios juegos para que puedan ser utilizados por varios grupos. Estas cartulinas deben tener, por un lado, el nombre o el símbolo y, por el otro, los datos de contacto y funciones principales en: atención, acceso a la justicia, restablecimiento de derechos); 4 casos diferentes de mujeres que han sido víctimas de violencias intrafamiliar, sexual y basada en género.

Descripción:

1.) Inicio del taller con una actividad que explique el sentido de trabajo. Se indicará que se abordarán casos figurados y no personales que, se espera, sean analizados en el taller para ilustrar alternativas útiles a las personas participantes en casos de violencias.

CUADRO 10

Algunos hechos que constituyen violencia contra las mujeres:

- Impedirle usar el condón en sus relaciones sexuales.
- Intimidarla para tener relaciones sexuales con ella.
- Impedirle asistir al médico.
- Humillarla o abandonarla en caso de un diagnóstico positivo para VIH.
- El control ejercido por parte del hombre sobre la vida, la conducta, sentimientos, amistades y actividades de su novia, compañera o esposa (ejemplo: no dejarla salir a la calle, no permitirle trabajar, tener amigos o amigas, etc.).
- Quitarle los hijos a una mujer que vive con VIH/Sida, o impedirle a sus hijos e hijas el contacto con ella.
- Impedirle el consumo de medicamentos antirretrovirales para controlar la infección, en mujeres que viven con VIH.
- Que la pareja destruya, intencionadamente, pertenencias de la mujer o aquellas cosas que tienen especial valor para ellas.
- Chistes o comparaciones que ofenden.
- Que se obligue a una mujer a tener actividades sexuales no deseadas por ellas.
- Todas las formas de abuso y acoso sexual en la familia y fuera de ella.
- Las amenazas de hacerle daño a ella, a sus hijos e hijas o a cualquier familiar, amiga o amigo.
- La falta de valoración y reconocimiento del trabajo que realizan las mujeres, tanto en el hogar como fuera de él.
- El embarazo forzado, esterilización forzada, y el aborto forzado.
- Impedirle el uso de anticonceptivos u obligarla a utilizarlos.
- Divulgar detalles de su vida privada y sexual.
- Los tocamientos, manoseos, expresiones atrevidas y groseras que una mujer padece en la calle.

2.) Por grupos, se entregaran 4 casos diferentes de mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y basada en género. Estos casos han de ser preparados previamente por la persona facilitadora. Ante cada caso, las personas participantes responderán a las siguientes preguntas:

- ¿Qué derechos le son vulnerados?
- ¿Qué haría si tuviera conocimiento de una situación similar?
- ¿Qué haría si estuviera en su caso?
- ¿A dónde pueden acudir las protagonistas de estos casos?

Nota para la persona facilitadora: Se sugiere entregar a las personas participantes, en cartulinas o fichas, los símbolos o los nombres de las entidades⁴ que poseen responsabilidad de la atención frente a las violencias; con datos de contacto y función específica en su ciudad, localidad o comuna.

3.) Cada grupo construirá la ruta de atención. Por grupos, se entregará un croquis de la ciudad para situar en él, las entidades que —de acuerdo con la ciudad/localidad/comuna—, tienen la competencia de la atención. Se identificarán los pasos para acceder a los servicios en caso de denuncia, prevención y protección de las víctimas. De tal forma que, cada uno de los grupos identifique claramente las rutas para la atención de las violencias.

Plenaria: En plenaria se exponen cada una de las rutas, indicando la competencia de las entidades; es decir, la responsabilidad de cada una y sus funciones principales en la atención, el acceso a la justicia y el restablecimiento de derechos; enfatizando en su ubicación y en los datos de contacto.

Cierre: La persona facilitadora, retoma los hallazgos de cada uno de los grupos, aclara inquietudes, enfatiza en que la violencia es un intolerable social y

que estar libre de ella es un derecho de toda mujer, consagrado a nivel nacional por la Ley 1257 de 2008; que la violencia en su contra no se puede asumir como un hecho natural, por ser esposa, madre o mujer, y que la víctima no es culpable. Debe ser protegida y apoyada, por la sociedad en su conjunto. Al final presentará la ruta de atención para violencia intrafamiliar en la ciudad o localidad.

Actividad 17. Conceptos erróneos y verdades sobre la prueba para VIH

Objetivo: Analizar en conjunto conceptos erróneos y verdades sobre la prueba enfatizando en que esta es una decisión propia y de vida más que de muerte.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos:

Descripción:

1.) Se dividirá en dos grupos a las personas asistentes:

Al primer grupo, se les darán las siguientes preguntas para resolver:

- ¿Existe una prueba para diagnosticar el VIH?
- Cuando la prueba del VIH es positiva, ¿eso implica que la persona se morirá pronto?
- ¿Conocemos personas viviendo con VIH?,
- ¿Podemos contar su experiencia?

Al segundo grupo se le distribuirán las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son nuestros mayores miedos para realizarnos la prueba del VIH?
- ¿Qué pasaría en nuestras vidas si realizamos la prueba y es positiva? ¿A quien acudiríamos?
- ¿Cómo creemos que es la vida de una persona que vive con VIH?

⁴ Fiscalía, Policía Nacional, Salud, ICBF, UAO, Acción Social, Comisarías de Familia, Ministerio Público: Defensoría del pueblo, personería municipal, Procuraduría general de la nación, instituciones educativas, Sociedad civil y oenegés.

2.) La persona facilitadora convocará a plenaria haciendo visibles los diferentes conceptos erróneos y verdades sobre la realización de la prueba y la realidad de las personas viviendo con VIH; enfatizará en la importancia que tiene la detección temprana del virus para el desarrollo de una vida saludable y prolongada; se visibilizará la decisión como una opción de vida personal y propia que no debe ser juzgada si se realiza o no.

Cierre: Se enfatizará en el proceso que deben ofrecer las instituciones prestadoras de salud frente a la asesoría previa y posterior a la prueba que es un derecho, es también gratuita, confidencial y voluntaria. Además, señalar que lo realmente importante es conocer el estado personal frente al VIH y no saber quién se la ha hecho o quién no. Es una decisión íntima y personal.

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Actividad 1. Olla comunitaria-Preparando una receta para prevenir el VIH/Sida

Objetivos: Crear espacios de encuentro entre las mujeres alrededor de actividades como la preparación y consumo de alimentos para crear redes, incentivar la comunicación, e informarse sobre el VIH/Sida y las formas de prevenirlo.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Alimentos, material informativo, condones, modelo anatómico para la explicación del uso del condón, materiales de divulgación.

Descripción:

- 1.) Para la organización de la olla comunitaria, se hace necesario que la ONG —a partir del conocimiento previo de la comunidad— convoque un grupo de mujeres para la realización de la misma.
- 2.) El objetivo es lograr concentrar a un número de mujeres, de ser posible con sus parejas, para hablar sobre el VIH/Sida: qué es, cómo se transmite, cómo no, la importancia de prevenirlo, de informarse y la forma de utilizar correctamente el condón y acceder a la Asesoría y la Prueba Voluntaria para VIH (APV); y demás información de las entidades que prestan servicios de atención frente al VIH/Sida en la localidad o comuna. Durante la olla, se repartirán condones y material informativo a los y las asistentes.
- 3.) Además, se compartirá información entre los y las asistentes del directorio de las entidades que pueden brindar servicios de apoyo a las mujeres y sus familias, para prevenir la infección por VIH/Sida y otras ITS.

Cierre: Se cierra la actividad construyendo, de manera lúdica entre todas y todos, una receta con los ingredientes para prevenir el VIH y para fortalecerse como comunidad.

Actividad 2. Plantón 25 de Noviembre

– Sin Condón, NO. Nosotras cuidamos de nuestros cuerpos

Objetivo: Sensibilizar frente al derecho a proteger su salud mediante el uso del condón enfatizando en que la solicitud de no usarlo constituye una forma de violencia.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Pancartas, megáfonos, volantes sobre la importancia del uso del condón, información sobre el día de la eliminación de las formas de violencia contra las mujeres.

Descripción:

Es necesario que para el desarrollo de esta actividad —que se promueve hacia finales de Noviembre— se cuente con un grupo de trabajadoras sexuales comprometidas y sensibilizadas frente al uso del condón. Previamente, tendrá que realizarse un encuentro en donde se hable del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, su origen y sus principales objetivos. Así mismo, sería importante que esta movilización sea apoyada por otros grupos y organizaciones de mujeres.

El plantón enfatizará en los derechos sexuales y reproductivos y el uso del condón.

Actividad 3. Resignificación de espacios públicos

Objetivos:

- Generar acciones de apropiación del espacio público y de transformación de lugares inseguros y violentos

para las mujeres, como una forma de transformar contextos que hacen a las mujeres vulnerables a diferentes manifestaciones de violencia en la calle.

- Desarrollar acciones de visibilización de la violencia hacia las mujeres como un factor que las hace vulnerable al VIH/Sida.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Los requeridos de acuerdo con la actividad elegida, condones y material informativo y de divulgación.

Descripción:

1.) A partir de las sesiones de formación, se escogen varias mujeres voluntarias: 30 o más que estén interesadas en desarrollar esta acción. El objetivo es que se realicen dos tipos de actividades:

- Hacer un recorrido por un determinado sector de la localidad o comuna, que sea reconocido como inseguro o violento para ellas. En este, se identificarán los factores que están asociados a esta inseguridad: falta de iluminación, basuras, etc. Con ayuda del facilitador o facilitadora, se gestionará la transformación de esta situación con las entidades encargadas. Por ejemplo: La empresa de energía, la de recolección de basuras, entre otras.
- Se identificarán lugares en donde se haya tenido conocimiento de algún hecho violento hacia las mujeres y en él se llevará a cabo alguna actividad simbólica¹. Lo que se persigue es poner en evidencia “el derecho de toda mujer a vivir libre de violencia” y que se haga visible que la violencia hace a las mujeres vulnerables al VIH/Sida. En este sentido, se sugiere transmitir mensajes alusivos al derecho a la Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH (APV) y a protegerse frente al mismo. En este lugar o lugares, se pueden entregar condones e información, relacionada.

2.) Se sugiere hacer la coordinación necesaria con las oficinas de asuntos de mujer a nivel local, la Liga de Sida, y otras ONG’s que trabajen en el contexto del VIH/Sida.

¹ Esta actividad puede ser una comparsa, la siembra de árboles, una exposición, etc.

Actividad 4. Acciones simbólicas de recuperación de la memoria

Objetivo: Adelantar acciones que hagan visible que la vulneración de derechos hacia las mujeres es una realidad que no puede ser naturalizada y que sus diferentes manifestaciones, hacen a las mujeres vulnerables al VIH/Sida.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Los requeridos de acuerdo con la actividad elegida, condones y material informativo y de divulgación relacionado con la prevención del VIH.

Descripción:

- 1.) A partir de las sesiones de formación, se escogen varias mujeres voluntarias (30 o más que estén interesadas en desarrollar esta acción). A este grupo se le pide que identifique diferentes lugares públicos en donde hayan sucedido situaciones de discriminación, de rechazo o vulneraciones de alguno de sus derechos.
- 2.) En los espacios escogidos, se llevan a cabo actividades artísticas que sean llamativas —visual o auditivamente— como pintura mural, puestas en escena (...). Ellas deben reflejar el impacto del rechazo y de la vulneración de derechos en las mujeres y cómo estas situaciones hacen vulnerables a las mujeres al VIH/Sida; y, de otra parte, promover tanto el ejercicio derechos de estas frente al VIH/Sida, como la asesoría y la prueba voluntaria para VIH (APV), como un derecho de toda mujer, gratuito y confidencial.
- 3.) Simultáneamente, otro grupo de mujeres se ubica en un lugar donde se entreguen condones y material de comunicaciones sobre la prevención del VIH; se hace entrega de información sobre sitios de atención a mujeres víctimas de violencia y otros servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Actividad 5. Performances con pintura corporal. Centros de salud (APV para todos y todas, es tu derecho, confidencial, voluntaria y gratuita).

Objetivo: Sensibilizar al público, en especial a las mujeres, para que se realicen la prueba para VIH, como

un derecho para toda mujer. Se sugiere realizar esta actividad en el marco de la conmemoración del Día de lucha contra el VIH/Sida.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Pintura vegetal, condones, material informativo y de divulgación relacionado con la prevención del VIH.

Descripción:

- 1.) A partir de las sesiones de formación, se escogen a varias mujeres voluntarias (20 o más que estén interesadas en desarrollar esta acción). Se escogen sitios de atención de salud donde se presten servicios de salud sexual y reproductiva y, en ellos, se selecciona un lugar, con ayuda de las directivas respectivas, donde se pueda desarrollar la actividad.
- 2.) Se dibujan sobre su piel imágenes escogidas por ellas mismas, alusivas al cuidado de sus cuerpos y los derechos que tienen sobre ellos. Se diseña un libreto para indicar que, como mujeres, tienen derecho a prevenir el VIH/Sida sin importar su situación o condición. Que la prueba para VIH es para todas y todos y que es confidencial, voluntaria y sin costo. El VIH es 100% prevenible.
- 3.) Se ofrece a las mujeres asistentes la pintura de una imagen que simbolice los mensajes anteriormente señalados; simultáneamente, un grupo de mujeres se ubicará en un lugar donde se entreguen condones y material de comunicaciones enfocado a la prevención del VIH.
- 4.) En el mismo lugar, con autorización y apoyo de la institución, se puede montar un puesto donde se hagan demostraciones del uso correcto del condón femenino y masculino. Se entregan condones y material informativo al público. Esta actividad puede realizarse mediante una dinámica de preguntas y respuestas sobre el VIH/Sida o temas relacionados con el uso del condón.

Actividad 6. Visibilización en espacio público con pendones (acción comunicativa) distribución de condones

Objetivo: Desarrollar acciones comunicativas que incentiven la demanda de APV en el contexto urbano.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Pendones o pasacalles, condones y material informativo y de divulgación sobre la prevención del VIH.

Descripción:

- A partir de las sesiones de formación, se escoge a varias mujeres voluntarias (20 o más, que estén interesadas en desarrollar esta acción).
- Se identifican semáforos cercanos a centros comerciales o supermercados. Con ayuda de pasacalles alusivos a la prevención del VIH, se sitúan frente a los automóviles mientras cambia el semáforo. Durante este momento, las participantes cantarán arengas alusivas a la prevención del VIH. Simultáneamente, se entregarán condones y material informativo sobre la prevención del VIH, prestando especial atención en entregar a las mujeres que trabajan en los semáforos, en ventas ambulantes o en el comercio informal.
- En el momento de hacer la entrega del condón, se sugiere transmitir el siguiente mensaje: “tienes derecho a protegerte del VIH/Sida. Es 100% prevenible. Las relaciones sexuales sin condón, así sea con tu pareja estable, te pueden poner en riesgo de infectarte. Úsalo, hazte la prueba para VIH. Es confidencial, gratuita y para todas las mujeres. Sin condón no, es tu derecho usarlo y exigirlo en todas tus relaciones sexuales”.

Actividad 7. Llamado al público, reconocimiento de mi derecho como mujer a vivir libre de VIH, actividad frente a espacios o instancias que vulneran derechos de las mujeres

Objetivo: Llamar la atención del público sobre la vulneración de los derechos de las mujeres como un in-

tolerable social y como un factor que hace a todas las mujeres vulnerables frente al VIH.

Tiempo: 15 minutos por actividad.

Materiales/Equipos: Disfraces, pintura corporal, objetos que hagan ruido como pitos, tapas o canecas.

Descripción:

- A partir de las sesiones de formación, se escogen varias mujeres voluntarias (20 o más, que estén interesadas en desarrollar esta acción). Se identifica con ellas, previamente, los derechos que frecuentemente les sean vulnerados como mujeres (dignidad, vida e integridad). Resulta importante que el facilitador o facilitadora ayude a identificar la relación con las desigualdades de género, la VBG y cómo este derecho se relaciona con la prevención del VIH/Sida y los impactos entre las mujeres cuando les son vulnerados.
- A partir de esta identificación, se seleccionan lugares donde estos derechos son vulnerados. Con ayuda de disfraces y pintura corporal, las mujeres ambientarán este derecho vulnerado y crearán una consigna para su respeto y protección.
- Utilizando las palmas, los pies, y objetos que hagan ruido como pitos, tapas, canecas (...); se hace una manifestación de las consignas en el espacio público. Esta actividad debe ser sorpresiva, corta en el tiempo y recorrer los diferentes lugares escogidos.
- Una vez terminada cada manifestación, se entregan al público condones y material informativo sobre la prevención del VIH.

Actividad 8. Teatro invisible en espacios públicos

Objetivo: Generar espacios para la reflexión y cuestionamiento de imaginarios que sustentan la vulneración de los derechos de las mujeres. Sensibilizar al público en general sobre el impacto de las violencias hacia las mujeres y el estigma y la discriminación en la lucha contra el VIH/Sida.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: Material informativo sobre la prevención del VIH y condones.

Descripción:

El “teatro invisible” es una forma de teatro social y político, representada en un contexto real fuera del escenario (como la calle o un centro comercial), en la que el público no identifica a los actores y actrices como tales.

- A partir de las sesiones de formación, se escogen varias mujeres voluntarias (20 o más que estén interesadas en desarrollar esta acción).
- La idea es dramatizar en el espacio escogido, una situación de vulneración de derechos hacia las mujeres (acoso, agresión verbal, discusión entre parejas, rechazo a dos mujeres que se muestran afecto, se toman de la mano, etc.). Mientras esto sucede, otras participantes se mezclan entre el público y rumorean; hacen comentarios alusivos a lo que están viendo y empiezan una discusión donde participan otros transeúntes sin saberlo.
- Al final, se explica al público que es una representación, que son actrices y que estas situaciones se dan diariamente. Se transmiten mensajes alusivos a la protección de los derechos y se explica que su vulneración, el estigma y la discriminación, afectan a las mujeres que son víctimas; reduce su capacidad para hacerle frente al VIH/Sida y resta oportunidades para su propio cuidado y su protección.
- Se entrega material informativo sobre la prevención del VIH y condones. Esta actividad puede hacerse en el marco de las actividades del 25 de noviembre —el día internacional contra la violencia hacia las mujeres y la VBG— o el 1o de diciembre, día internacional de lucha contra el VIH/Sida.

Actividad 9. Recorridos informativos: entrega de condones en sitios públicos y promoción de la APV

Objetivo: Entregar información sobre las formas de prevenir la infección por VIH/Sida por vía sexual y promover la APV.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: Condones y material informativo sobre la prevención del VIH.

Descripción:

- A partir de las sesiones de formación, se escogen a varias mujeres voluntarias (20 o más que estén interesadas en desarrollar esta acción).
- Se identifica un sector popular de la ciudad en donde se reúnan mujeres (ventas ambulantes, tiendas de barrio, pequeños locales comerciales, en situación de calle). Se diseña un recorrido con el grupo. Durante este recorrido, se entregan condones y material informativo sobre la prevención del VIH y, en el momento de su entrega, se transmite la siguiente información básica: “tienes derecho a protegerte del VIH/Sida. Es 100% prevenible. Las relaciones sexuales sin condón, así sea con tu pareja estable, te pueden poner en riesgo de infectarte. Úsalo desde el comienzo hasta el fin de tus relaciones sexuales. Hazte la prueba para VIH; es confidencial, gratuita y para todas las mujeres. Sin condón no, es tu derecho usarlo y exigirlo en todas tus relaciones sexuales”.

Actividad 10. Trastocamientos urbanos, caminata de faldas, hombres que se solidarizan contra la no violencia contra las mujeres²

Objetivo: Adelantar acciones de visibilización de las violencias hacia las mujeres como un intolerable social y de reconocimiento de los hombres como aliados claves en la prevención del VIH en las mujeres.

Tiempo: 4 horas.

Materiales: Condones y material informativo sobre la prevención del VIH.

² Basada en una actividad del proyecto Promotoría juvenil. Campaña del lazo blanco – Colombia. ACNUR, Agencia Española de cooperación internacional. Colectivo hombres y nuevas masculinidades, PNUD ONUSDA, Defensoría del Pueblo. Oficina de Política Pública Mujer y Géneros, Alcaldía Mayor de Bogotá. 2009.

Descripción:

Esta actividad se realiza conjuntamente con hombres que pueden ser parejas de las participantes o miembros de otras ONG's, que trabajen temáticas sobre la prevención del VIH/Sida.

- Se identifican espacios públicos para hacer recorridos cortos, con consignas y emblemas que hablen acerca de la importancia de los hombres en la prevención

del VIH/Sida y el impacto de la violencia hacia las mujeres como un factor que les impide cuidarse a sí mismas y prevenir la infección por VIH/Sida. Los hombres participantes deben llevar faldas.

- Una vez finalizado el recorrido, se sitúan en un lugar de la ciudad para entregar material informativo. Al momento de la entrega de condones, se recalcan los siguientes mensajes:

Mensajes para hombres

- La protección frente al VIH/Sida es un derecho;
- El cuidado y la prevención es también asunto de hombres;
- La participación de los hombres es esencial en el cuidado de sus parejas;
- Son los principales aliados de las mujeres en la prevención del VIH/Sida;
- El impacto de la violencia hacia las mujeres, les impide cuidarse a sí mismas y prevenir la infección por VIH/Sida;
- El machismo hace vulnerables a hombres y mujeres al VIH/Sida;
- Hacerse la prueba para VIH, es confidencial, gratuita y para todas las personas.

Mensajes para mujeres

- Tienes derecho a protegerte del Sida.
- Es 100% prevenible.
- Las relaciones sexuales sin condón, así sea con tu pareja estable, te pueden poner en riesgo de infectarte.
- Usa condón.
- Hazte la prueba para VIH; es confidencial, gratuita y para todas las mujeres". Exígelo y úsalo desde el comienzo hasta el fin de todas tus relaciones sexuales.

Nota: Si se dificulta el recorrido, otra opción es escoger sitios públicos donde se reunirán los hombres y mujeres con arengas cortas pero llamativas, que contengan mensajes sobre los mismos temas, y se entreguen condones y material informativo. En el momento de la entrega de condones, se recalcan los mismos mensajes indicados anteriormente.

BANCO DE RECURSOS Y DATOS

Género:

<http://www.univalle.edu.co/~cgenero/>

Escuela diversidad e igualdad:

http://www.nodo50.org/igualdadydiversidad/conc_gen.htm

Derechos de las mujeres – día internacional de la eliminación de la violencia contra las mujeres:

<http://www.un.org/depts/dhl/spanish/violence/index.html>

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Perú:

<http://www.flora.org.pe/>

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM):

<http://www.cladem.org/espanol/>

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC):

<http://www.reddesalud.org/espanol/>

Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD):

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

Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y el Caribe (REPEM):

<http://www.repem.org.uy/>

División de Asuntos de Género – Comisión Económica para América Latina y el Caribe:

<http://www.eclac.org/mujer/>

América Latina Genera: La ciudad del conocimiento:

<http://www.americalatinagenera.org>

Uso del condón:

<http://www.jornada.unam.mx/1999/01/05/uso%20del%20condon%20femenino.htm>

<http://www.ops.org.bo/its-VIH-sida/?TE=20040628161711>

Ley 1257 de 2008:

Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Ley 387 del 18 de julio de 1997:

Define la situación de personas desplazadas; sus derechos y las medidas para su restablecimiento.

Sentencia T 025 de 2004:

La corte exige al Estado el trabajo de las distintas entidades para atender los problemas de las personas en esta situación

Sentencia C-355 de 2006:

Por la cual se despenaliza el aborto en tres casos excepcionales.

Auto 092 de 2008:

La Corte Constitucional, en desarrollo de la Sentencia T 25, determina medidas de protección de los derechos fundamentales de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado; y la prevención del impacto desproporcionado que genera en las mujeres el desplazamiento forzado y en general el conflicto armado.

Rutas de atención a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar. Instancias y competencias institucionales*

COMISARÍA DE FAMILIA		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	<p>Reciben el caso y orientan a la víctima sobre las acciones legales a instaurar.</p> <p>Verifican la garantía de derechos en los casos de Maltrato Infantil.</p> <p>Practican rescates para darle fin a una situación de peligro.</p> <p>Brindan atención en crisis por parte del equipo psicosocial.</p> <p>Remiten a Salud para la atención de urgencia.</p> <p>Realizan seguimiento a la familia.</p>	<p>Reciben el caso y orientan a la víctima sobre las acciones legales para instaurar.</p> <p>Practican rescates para darle fin a una situación de peligro.</p> <p>Brindan atención en crisis por parte del equipo psicosocial.</p> <p>Remiten a Salud para la atención de urgencia.</p>
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Remiten de oficio el caso a la Fiscalía o reciben la denuncia.</p> <p>Solicitan dictamen a Medicina Legal.</p>	<p>Remiten de oficio el caso a la Fiscalía o reciben la denuncia cuando la víctima sea un niño, niña o adolescente. Solicitan dictamen a Medicina Legal.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Toman medidas de protección para víctimas de violencia intrafamiliar.</p> <p>Remiten a otros programas e instituciones.</p>	<p>Toman medidas de protección.</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para las Comisarías de Familia.	<p>Constitución Política de Colombia.</p> <p>Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006).</p> <p>Ley 294 de 1996 reformada por la Ley 575 de 2000, reglamentadas por el Decreto 652 de 2001.</p> <p>Ley 1142 de 2007.</p> <p>Decreto 4840 de 2007.</p>	

ACCIÓN SOCIAL, UAO		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	<p>Identifican casos.</p> <p>Activan las redes interinstitucionales para la atención y el restablecimiento de derechos de la víctima.</p>	<p>Identifican casos.</p> <p>Activan las redes interinstitucionales para la atención y el restablecimiento de derechos de la víctima.</p>
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Ponen el caso en conocimiento de las Comisarías de Familia o de la Fiscalía.</p>	<p>Ponen el caso en conocimiento de la Fiscalía.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Activan la red del Sistema nacional de atención integral a la población desplazada SNAIPD.</p>	<p>Activan la red del Sistema nacional de atención integral a la población desplazada SNAIPD.</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para Acción Social, UAO	<p>Constitución Política de Colombia.</p>	

* Tomado de: DEFENSORÍA DEL PUEBLO: *Promoción y Monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual.* Bogotá, 2008.

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	<p>Reciben la denuncia o actúa de oficio.</p> <p>Brinda atención en crisis.</p> <p>Remite a ICBF cuando la víctima sea un niño, una niña o adolescente, en caso de ser necesario.</p> <p>Remite a Salud en caso de ser necesario.</p>	<p>Reciben la denuncia a través de la Policía Judicial o actúa de oficio.</p> <p>Brinda atención en crisis.</p> <p>Remite al ICBF cuando la víctima sea un niño, una niña o adolescente, en caso de ser necesario.</p> <p>Remite a Salud en caso de ser necesario.</p>
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Solicita dictamen a Medicina Legal.</p> <p>Inicia las acciones judiciales necesarias para la investigación del delito.</p>	<p>Solicita dictamen a Medicina Legal.</p> <p>Inicia las acciones judiciales necesarias para la investigación del delito.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Orienta a la víctima sobre las acciones legales a seguir.</p> <p>Dicta medidas de protección provisionales.</p>	<p>Orienta a la víctima sobre las acciones legales a seguir</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para la Fiscalía:	<p>Constitución Política de Colombia.</p> <p>Código Penal (Ley 599 de 2000).</p> <p>Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004 modificada por la Ley 890 de 2004).</p> <p>Ley 294 de 1996 reformada por la Ley 575 de 2000, reglamentadas por el Decreto 652 de 2001</p> <p>Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006).</p> <p>Ley 1142 de 2007.</p>	

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención		
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Realiza dictamen médico-legal.</p> <p>Recomienda otros exámenes o actuaciones en salud.</p> <p>Remite el dictamen a Fiscalía o Comisaría de Familia.</p>	<p>Realiza dictamen médico-legal.</p> <p>Recomienda otros exámenes o actuaciones en salud.</p> <p>Remite el dictamen a Fiscalía o Comisaría de Familia.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Apoya a las instituciones de salud para la toma de muestras.</p> <p>Garantiza la cadena de custodia.</p>	<p>Apoya a las instituciones de salud para la toma de muestras.</p> <p>Garantiza la cadena de custodia</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para el Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses	<p>Constitución Política de Colombia.</p> <p>Código Penal (Ley 599 de 2000).</p> <p>Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004 modificada por la Ley 890 de 2004).</p> <p>Ley 294 de 1996 reformada por la Ley 575 de 2000, reglamentadas por el Decreto 652 de 2001.</p>	

INSTITUCIONES DE SALUD		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	<p>Brindan información general sobre el proceso integral de atención en salud y sobre los derechos en salud.</p> <p>Brindan atención en crisis.</p> <p>Brindan atención médica.</p> <p>Elaboran historia clínica.</p>	<p>Brindan información general sobre el proceso integral de atención en salud y sobre los derechos en salud.</p> <p>Brindan atención en crisis.</p> <p>Practican exámenes pertinentes para evitar infecciones de transmisión sexual ITS y el SIDA.</p> <p>Practican prueba de embarazo.</p> <p>Elaboran historia clínica.</p>
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Orientan y ponen el caso en conocimiento de las Comisaría de Familia o ICBF o Fiscalía.</p> <p>Garantizan la cadena de custodia y recolección de evidencias.</p>	<p>Orientan y ponen el caso en conocimiento de la Fiscalía.</p> <p>Garantizan la cadena de custodia y la recolección de evidencias.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Brindan atención integral gratuita a través de la red de Salud Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Activa las redes intersectoriales. -Notifica al sistema de vigilancia. -Da aviso a instituciones de protección en caso de que la víctima sea niño, niña o adolescente. -Ordena exámenes y controles para la continuación del tratamiento médico en caso de ser necesario. 	<p>Suministran anticoncepción de emergencia antes de las 72 horas.</p> <p>Suministran exámenes pertinentes para evitar infecciones de transmisión sexual ITS y el SIDA.</p> <p>Provee información sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo cuando sea víctima de violencia sexual.</p> <p>Brindan atención integral gratuita a través de la red de Salud Pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Activa de redes intersectoriales. -Notifica al sistema de vigilancia. -Da aviso a instituciones de protección en caso de que la víctima sea niño, niña o adolescente. -Ordena exámenes y controles para la continuación del tratamiento médico en caso de ser necesario.
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para las Instituciones de Salud	<p>Constitución Política de Colombia.</p> <p>Resolución 412 de 2000.</p> <p>Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003.</p> <p>Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional.</p> <p>Decreto Reglamentario 4444 de 2006.</p>	

POLICÍA		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	Orienta sobre las acciones a seguir.	Orienta sobre las acciones a seguir.
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Recibe quejas y denuncias a través de la Policía Judicial.</p> <p>Actúa de manera inmediata para garantizar los derechos de las víctimas o poner el caso en conocimiento de las autoridades competentes.</p> <p>Orienta a la víctima en la preservación de pruebas.</p>	<p>Recibe denuncias a través de la Policía Judicial.</p> <p>Actúa de manera inmediata para garantizar los derechos de las víctimas para poner el caso en conocimiento de la Fiscalía.</p> <p>Orienta a la víctima en la preservación de las pruebas.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Lleva a la persona agredida a un centro asistencial si lo requiere.</p> <p>Acompaña a la víctima a un lugar que le genere seguridad y protección, o hasta su casa para retirar sus pertenencias personales.</p> <p>Brinda la información necesaria sobre sus derechos.</p> <p>Brinda apoyo a las autoridades judiciales, Defensores(as) de Familia, Comisarios(as) de Familia, Personeros(as) Municipales e inspectores(as) de Policía en las acciones de policía y protección de la víctima, y trasladarla, cuando sea procedente, a las instituciones de atención especializada.</p>	<p>Acompaña a la víctima a un lugar que le genere seguridad y protección, o hasta su casa para retirar sus pertenencias personales.</p> <p>Indica las ayudas disponibles por parte del Estado o de entidades privadas para atender su situación.</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para la Policía	<p>Constitución Política de Colombia.</p> <p>Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006).</p> <p>Código Penal (Ley 599 de 2000).</p> <p>Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004 modificada por la Ley 890 de 2004).</p> <p>Ley 1142 de 2007.</p> <p>Ley 294 de 1996 reformada por la Ley 575 de 2000, reglamentadas por el Decreto 652 de 2001.</p>	

INSTITUCIONES EDUCATIVAS		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	Identifican los casos.	Identifican los casos.
Acciones para el acceso a la justicia	Notifican y denuncian los casos a Comisarías de Familia o a Fiscalía.	Notifican y denuncian los casos a Fiscalía.
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Activan las redes intersectoriales para el restablecimiento de derechos.</p> <p>Gestionan el traslado a otra institución educativa de ser necesario.</p> <p>Gestionan la inclusión de la víctima a programas de revinculación al sistema educativo.</p> <p>Realizan seguimiento a los casos.</p>	<p>Activan las redes intersectoriales para el restablecimiento de derechos.</p> <p>Gestionan el traslado a otra institución educativa de ser necesario.</p> <p>Gestionan la inclusión de la víctima a programas de revinculación al sistema educativo.</p> <p>Realizan seguimiento a los casos.</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para las Instituciones Educativas	<p>Constitución Política de Colombia.</p>	

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF

Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	<p>Recibe el caso cuando la víctima sea niño, niña o adolescente.</p> <p>Verifica la garantía de derechos.</p> <p>Brinda atención en crisis por parte del equipo interdisciplinario.</p> <p>Remite al sector salud para atención urgente.</p>	<p>Recibe el caso cuando la víctima sea niño, niña o adolescente.</p> <p>Verifica la garantía de derechos.</p> <p>Atiende en crisis por parte del equipo interdisciplinario.</p> <p>Remite a Salud para atención urgente.</p>
Acciones para el acceso a la justicia	<p>Remite de inmediato a Fiscalía.</p> <p>Remite a Comisaría de Familia para medidas de protección.</p>	<p>Remite de inmediato a Fiscalía.</p>
Acciones para el restablecimiento de derechos	<p>Cuando la víctima sea niño, niña o adolescente y la gravedad amerita una medida provisional de emergencia o restablecimiento de derechos, la adoptará de inmediato y remitirá el caso a la Comisaría de Familia a más tardar el día hábil siguiente.</p> <p>Acompaña y apoya a la víctima.</p> <p>Remite y gestiona atención en servicios especializados.</p> <p>Representa a niños, niñas o adolescentes en las actuaciones judiciales o administrativas cuando carezcan de representante legal.</p> <p>Realiza seguimiento a las medidas de protección y de restablecimiento de derechos adoptadas por Comisarías de Familia.</p> <p>Realiza seguimiento a las medidas de restablecimiento de derechos adoptadas por ICBF.</p>	<p>Adopta medidas de restablecimiento de derechos para niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Realiza investigación sociofamiliar.</p> <p>Acompaña y apoya a la víctima.</p> <p>Remite y gestiona atención en servicios especializados.</p> <p>Representa a niños, niñas o adolescentes en las actuaciones judiciales o administrativas cuando carezcan de representante legal.</p> <p>Realiza seguimiento a las medidas de restablecimiento de derechos adoptadas por ICBF.</p>
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para el ICBF	<p>Constitución Política de Colombia.</p> <p>Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006).</p> <p>Código Penal (Ley 599 de 2000).</p> <p>Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004 modificada por la Ley 890 de 2004).</p> <p>Ley 1142 de 2007.</p> <p>Decreto 4840 de 2007.</p>	

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, PERSONERÍA MUNICIPAL		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	Reciben quejas. Orientan y asesoran legalmente a las víctimas.	Reciben quejas. Orientan y asesoran legalmente a las víctimas.
Acciones para el acceso a la justicia	Remiten a Comisarías de Familia o a Fiscalía.	Remiten a la Fiscalía.
Acciones para el restablecimiento de derechos	Tramitan las quejas y peticiones. Abogan por una atención oportuna. Hacen recomendaciones y observaciones a las instituciones y autoridades. Ejercen la vigilancia y control para que las autoridades competentes cumplan sus funciones en garantía de los derechos de las víctimas y aseguran que reciban atención y protección integral para el restablecimiento de sus derechos. Promocionan y divulgan los derechos humanos.	Tramitan las quejas y peticiones. Abogan por una atención oportuna. Hacen recomendaciones y observaciones a las instituciones y autoridades. Ejercen la vigilancia y control para que las autoridades competentes cumplan sus funciones en garantía de los derechos de las víctimas y aseguran que reciban atención y protección integral para el restablecimiento de sus derechos. Promocionan y divulgan los derechos humanos.
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para la Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Personería Municipal	Constitución Política de Colombia. Ley 24 de 1992.	

SOCIEDAD CIVIL Y OENEGÉS		
Acciones Violencia Intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Violencia Sexual
Acciones para la atención	Identifican los casos. Activan las redes interinstitucionales para la atención y el restablecimiento de derechos de la víctima.	Identifican los casos. Activan las redes interinstitucionales para la atención y el restablecimiento de derechos de la víctima.
Acciones para el acceso a la justicia	Ponen el caso en conocimiento de las Comisarías de Familia o de la Fiscalía.	Ponen el caso en conocimiento de la Fiscalía.
Acciones para el restablecimiento de derechos	Remiten a otras entidades o programas. Realizan actividades de promoción y prevención. Acompañan y orientan a la víctima.	Remiten a otras entidades o programas. Realizan actividades de promoción y prevención. Acompañan y orientan a la víctima.
Legislación en materia de violencias intrafamiliar y sexual para la Sociedad civil y ONGs	Constitución Política de Colombia.	

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 mujeres

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. Cual es su estrato socioeconómico?

0 1 2 3 4 5 6

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

Contributivo Subsidiado No asegurado

Especial Sisbén No sé

5. ¿Cual es su nivel de educación?

Primaria incompleta Primaria completa

Secundaria incompleta Secundaria completa

Tecnológico Técnico

Universitario Postgrado

Ninguno

6. ¿Actualmente esta trabajando?

Sí No ¿En qué? _____

Estudia: Sí No

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

Masculino Femenino Otro, ¿Cuál? _____

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

Homosexual Heterosexual Bisexual Otro,

¿Cuál? _____

9. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, con o sin su consentimiento?

10. ¿Esa primera relación sexual fue con un hombre o una mujer?

Hombre Mujer Otro,

¿Cuál? _____

11. 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:

- Televisión Radio o prensa Familia Instituciones de salud
 Amigos Establecimiento educativo Campañas 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 ¿usted, su pareja o sus parejas utilizaron condón?

Sí No

2. Si no utilizó condón cuales fueron las razones?

- A la pareja no le gusta Son costosos
 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. Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones:

- Ninguno Tienda
 Farmacia/droguería Supermercado
 Centro salud/hospital Centro nocturno/reservado
 Clínica privada/consultorio Tienda de artículos para sexo

4. ¿Cuanto pagó por cada condón la última vez que compró?

\$ _____

5. ¿En dónde compró condones **la última vez**?

- Tienda Farmacia/droguería
 Supermercado Centro salud/hospital
 Centro nocturno/reservado Tienda de artículos para sexo
 Clínica privada/consultorio Otras instituciones de servicios de salud

6. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales, en el **último mes** contado hasta ayer?

Número de personas: _____ Ninguna

7. ¿Con quien tuvo la última relación sexual?

Pareja hombre Pareja mujer

Otro, ¿Cuál? _____

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

Sí No

Si la respuesta es positiva indicar la edad, de lo contrario pase a las preguntas de información sobre la prueba de VIH.

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

Edad _____

10. La última vez que tuvo relaciones sexuales **a cambio de dinero** ¿usted o su pareja utilizaron condón?

Sí No

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 Una de sus parejas sexuales vive con el VIH

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

Centro de Salud

Hospital

Clínica

ONG/Fundación

Banco Sangre

Laboratorio particular

En una campaña

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

Sí No

V. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1. Cuando recibe servicios médicos, ¿considera necesario ocultar sus prácticas sexuales?

Sí No

2. Al utilizar los servicios de salud, ¿alguna vez se ha sentido agredida como mujer?

Sí No

VI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

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

Sí No No sabe

2. Si la respuesta es **SÍ**, mencione ¿Cuál? _____

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

GRACIAS

GLOSARIO

Adherencia

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

Anticuerpo

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

Antirretroviral (ARV)

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

Asintomático(a)

Sin señas ni síntomas obvios de enfermedad.

Cierre conceptual

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

Coinfección

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

Contagioso(a)

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

Infección de transmisión sexual (ITS)

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

Enfoque

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

Epidemia

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

Epidemiología

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

Estereotipos

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

Exigibilidad

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

Exposición ocupacional

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

Género

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

Identidad de género

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

Imaginarios

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

Incidencia

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

Infección

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

Inmunidad

Protección o resistencia a las enfermedades.

Inmunitario

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

Inmunocompetente

Capacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal.

Inmunodeficiencia

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

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

Inmunodeficiente

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

Inmunodepresión

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

Intervención

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

Orientación Sexual

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

Pandemia

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

Pareja Serodiscordante

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

Parenteral

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

Perinatal

Período inmediatamente anterior y posterior al nacimiento.

Personas Trans

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

ACNUR, AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL. COLECTIVO HOMBRES Y NUEVAS MASCULINIDADES, PNUD ONUSIDA, DEFENSORÍA DEL PUEBLO. OFICINA DE POLÍTICA PÚBLICA MUJER Y GÉNEROS, ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ: *Campaña del lazo blanco*. Colombia. Bogotá, 2009.

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

AYRES J., & JUNIOR I.: *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.

BECERRA, L.: *Informe de consultoría para la integración de género en las acciones del plan Estratégico Multisectorial para VIH/Sida, -PEM- Panamá 2010-2014*. Documento sin publicar. Ciudad de Panamá, 2009.

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

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1257 de 2008.

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

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Auto 92 del 14 de abril de 2008.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, USAID, OIM: *Promoción y monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas de Desplazamiento Forzado, con énfasis en Violencias Intrafamiliar y Sexual*. Bogotá, 2008.

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.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA). ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS – ACNUR.

FONDO CENTRAL DE RESPUESTA A EMERGENCIA (CERF): *Manual de Prevención y Atención de Víctimas de Delitos Basados en la Violencia de Género*, Colombia. 2010.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROFAMILIA: *Guía para la formación en derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá, 2008.

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

GARCÍA, Carlos Iván: *¿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).

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.

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

MECCIA, E. et. al.: *Trabajo sexual: estigma e implicancias relacionales. Trayectorias de vulnerabilidad de mujeres y travestis en situación de prostitución en el Gran Buenos Aires*. 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.

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

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: Resolución 412 de 2000.

OCHOA, J. B., PAS, S.: *Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para prevenir el VIH/Sida en Centroamérica*. Intercambio, año 3 n.º 4. San Salvador, 2006.

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

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

PLAN INTERNACIONAL DE COLOMBIA: *Colección Cógela suave. Desenredando mi sexualidad*. Bogotá. 2006

PROFAMILIA, UNFPA, MPS: *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 del País*, 2004.

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

PROGRAMA INTEGRAL CONTRA LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO Y EL FONDO PARA EL LOGRO DE LOS ODM. *Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia*. Bogotá, 2010.

RAMÍREZ, C.: *Violencia sexual, conflicto armado y justicia*. Corporación Sisma Mujer, Bogotá, 2007.

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

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

TOBÓN, M.; FUNDACIÓN ANTONIO RESTREPO BARCO: *La artesanía de la Vida. Una mirada desde las mujeres*. 1997. p 49.

UNAIDS. ACTION FRAMEWORK: Addressing Women, Girls, Gender Equality an HIV. August. 2009.

UNAIDS. OPERATIONAL PLAN FOR UNAIDS: Action Framework. Addressing Women, Girls, Gender Equality and HIV. August. 2009.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA: *Implicaciones éticas, jurídicas, y médicas de la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional*. Colombia. 2007.

WHO: Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Tool to improve responsiveness to women's needs. Geneva. 2009.

Páginas WEB:

<http://www.jornada.unam.mx/1999/01/05/uso%20del%20condon%20femenino.htm>

<http://www.ops.org.bo/its-VIH-sida/?TE=20040628161711>

<http://www.semana.com/noticias-nacion/abusos-guerra/142779.aspx>

<http://www.mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>

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

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

