

Guía de Prevención

VIH/Sida

Mujeres trabajadoras sexuales



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Guía de Prevención

VIH/Sida

Mujeres trabajadoras sexuales



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

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

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

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

EQUIPO TÉCNICO DEL CONVENIO COMPONENTE VIH

Ministerio de la Protección Social

RICARDO LUQUE NÚÑEZ - COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

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

Equipo Técnico Convenio 620 VIH - MPS - UNFPA

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

Bogotá, D.C. 2011

ISBN: 978-958-99831-4-0

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 TRABAJADORAS SEXUALES

Sobre ellas y sus contextos	55
Determinantes en salud	59

CAPÍTULO VI 63

HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	64
------------------------------------------------------------------------------------------------	----

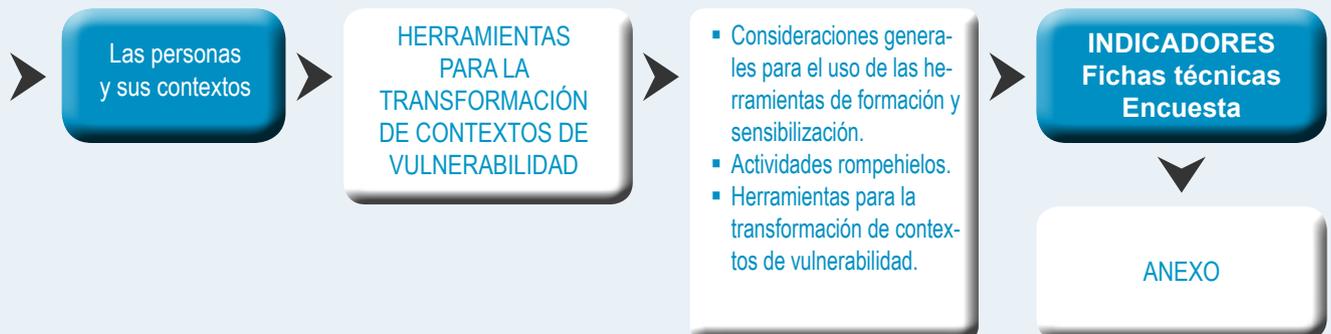
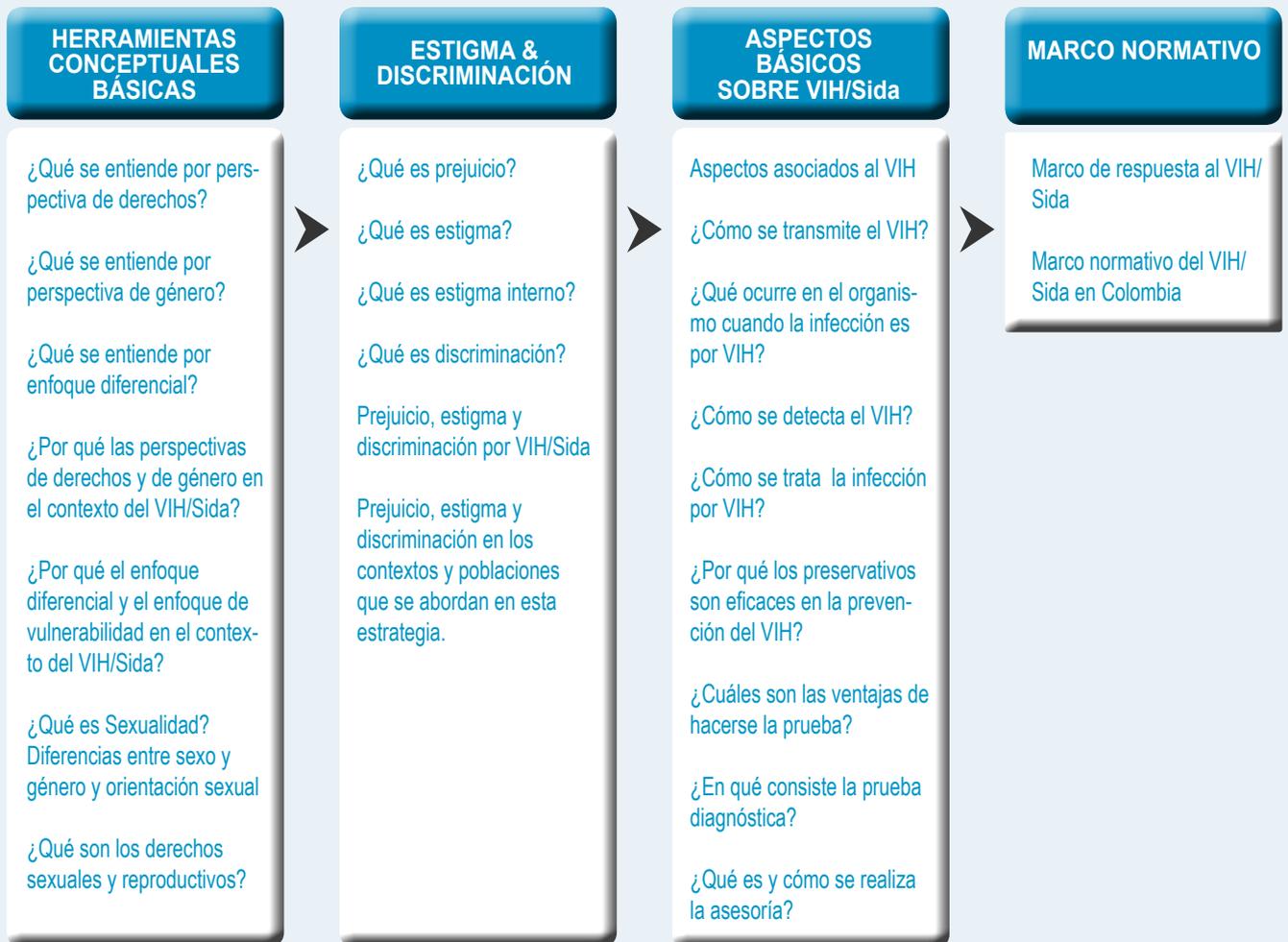
ACTIVIDADES ROMPEHIELO 67

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN 71

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN 85

BANCO DE RECURSOS Y DATOS	89
INDICADORES	91
ANEXO	97
GLOSARIO	105
BIBLIOGRAFÍA	111

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”.

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

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

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?

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

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

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

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

¿Qué se entiende por perspectiva de género?

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

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

² *Ibid.*, p. 3.

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

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

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

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

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

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

¿Qué se entiende por enfoque diferencial?

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

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

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

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

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

¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?

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

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

La vulnerabilidad es:

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

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

¿Sabías que...?

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

Estas dimensiones se entienden de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

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

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

Reconocer las desigualdades y jerarquías definidas por el género en:

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

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

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

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

Asumir que:

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

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

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

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

¿Sabías que...?

Según Herrera y 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.americatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=859&Itemid=231

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

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

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

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

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

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

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

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

Estos grupos de derechos son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

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

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

¿Qué es el prejuicio?

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

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

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

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

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

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

Ejemplos:

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

“Es una trans, debe tener muchas enfermedades”.

“Como es trabajadora sexual, es una trepadora”.

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

¿Qué es estigma?

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

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

¿Qué es discriminación?

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



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

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

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

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

5 *Ibid.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prejuicio, estigma y discriminación por VIH

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

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

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

En conclusión, es necesario comprender que:

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

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

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

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

En mujeres en contextos de vulnerabilidad

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

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

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

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

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

Por ejemplo:

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

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

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En personas jóvenes

Cuando una persona joven vive con VIH, posiblemente sea estigmatizada debido al erróneo imaginario colectivo que se ha constituido en torno que, se piensa, que el VIH ha sido contraído en prácticas sexuales descontroladas, llevadas a cabo a través de actos sexuales irresponsables. En todos estos planteamientos no se tienen en cuenta los contextos 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 y clientes.

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

En la población privada de la libertad

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

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

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

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

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

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

En la población trans

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales respecto a la epidemia del VIH/Sida

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

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

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

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

¿Qué es el VIH?

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

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

¿Qué es el sistema inmunológico?

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

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

¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?

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

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

¿Sabías que...?

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

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

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

¿Qué es el Sida?

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

¿Cómo se transmite el VIH?

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

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

¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

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

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

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

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

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

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

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

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

Para reflexionar...

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

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

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

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

Para recordar...

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

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

¿Sabías que...?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo se detecta el VIH?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?

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

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

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

¿Sabías que...?

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

Para recordar...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

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

¿Sabías que...?

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

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

Del ámbito internacional

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

⁷ Cita textual del documento.

Del ámbito nacional

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

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

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

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

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

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
13	Acuerdo 117 de 1998 http://www.minproteccion-social.gov.co/Normatividad/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios y usuarias en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las EPS subsidiadas, deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad. ▪ El acuerdo habla de la Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública, entre las cuales, las condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables, entre ellas, están las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH).
14	Circular 063 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuerda que en la resolución 5261 de 1994, están las intervenciones y procedimientos de diagnóstico: las pruebas diagnósticas para VIH/Sida, anticuerpos VIH1, VIH 2, antígeno P24 y prueba confirmatoria (Western Blot). ▪ Acuerdo 000306 de 2005: la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. ▪ La Ley 972 de 2005, establece que las entidades que conforman el SGSSS, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, a la persona paciente infectada con el VIH/Sida. ▪ Recuerda que el artículo 23 del Decreto 2323 de 2006, señala que la financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado.
15	Acuerdo 08 de 2009 http://www.pos.gov.co/Documents/Acuerdo%2008%20Dic%2029-09.pdf	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para los menores de 13 años de edad se garantiza exclusivamente la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS (...). ▪ Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel el POS-S cubre: prueba para VIH 1 y 2, Prueba confirmatoria por Western Blot o Equivalente. ▪ Los eventos y servicios de pacientes infectados por VIH están incluidos en el POS-C y POS-S ▪ En los casos de infección por VIH el Plan cubre la atención integral necesaria de la persona infectada con el VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA (...) entre otros atención, insumos y materiales, medicamentos y exámenes.

PLANES Y POLÍTICAS NACIONALES

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

CAPÍTULO V

MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

*Sobre ellas y sus contextos**

Generalmente, existen muchos prejuicios sobre las mujeres que trabajan ofertando servicios sexuales a cambio de dinero (en este contexto se intercambian también otro tipo de bienes tales como comida, ropa, etc.), que llevan a que nuestra relación con ellas sea distante, construyendo una barrera que impide su reconocimiento pleno como ciudadanas.

Esta barrera, históricamente, ha estado influenciada por una visión sobre las mujeres que ha considerado que deben permanecer solo en ciertos espacios y dedicarse a actividades “naturales” como la reproducción, la crianza de los hijos e hijas, el desarrollo de tareas domésticas y una destinación exclusiva al espacio privado. Estas características son, entre otras, constitutivas de la construcción de género.

Aunque paulatinamente van cambiando las visiones con respecto al lugar de las mujeres en la sociedad, se mantiene una división tajante entre las “buenas” y las “malas”. La idea de “buena”, generalmente, está asociada al cumplimiento cabal de las normas de género (reproducción, crianza de hijos e hijas, desarrollo de tareas domésticas, participación mayoritaria en el hogar y, sin duda, establecimiento de relaciones sexuales únicamente con el esposo, novio o compañero, siguiendo el patrón de la heterosexual-

* Esta guía considera que el desarrollo de actividades sexuales decididas por parte de mujeres mayores de edad a cambio de dinero, deben ser consideradas como trabajo sexual, en tanto es necesaria la garantía plena de los derechos de quienes lo ejercen y ser reconocido, por tanto, como un trabajo que permita mejorar sus condiciones de desarrollo. En esta óptica no se incluyen, por supuesto, la explotación sexual infantil que trata, específicamente, de menores de edad (niñas y niños involucrados en el comercio sexual donde son usadas y usados para fines lucrativos de terceras personas). Tampoco hace referencia a la trata de personas, en donde estas son coartadas, engañadas y, posteriormente, obligadas a desarrollar intercambios sexuales con otras personas para lucro de terceros.

lidad obligatoria). La connotación de mujer “mala” está asociada al ejercicio de la autonomía, al desarrollo de actividades que no son propias del hogar y, a su vez, a la determinación del uso del cuerpo como un medio de intercambio económico; esta última es considerada socialmente como una actividad deshonrosa que es castigada de muchas maneras por parte de quienes componen los diferentes núcleos sociales, lo cual implica una fuerte vulneración de los derechos de las trabajadoras sexuales.

Pensando en esto, es necesario que la persona que se acerque a desarrollar cualquier tipo de intervención con mujeres trabajadoras sexuales reconozca sus prejuicios frente a ellas y su labor, examinando concienzudamente, los estigmas desde los cuales se las valora superándolos y resignificándolos y, de esta manera, las reconozca como personas con la posibilidad de alcanzar la plenitud de sus derechos e impulse la restitución de aquellos que les han sido vulnerados históricamente.

A su vez, es necesario reconocer que tanto la construcción de género sobre las mujeres trabajadoras sexuales —en tanto crea contextos de vulnerabilidad en su entorno—, como el no reconocimiento social de su actividad como trabajo, son perjudiciales en un contexto social en donde el trabajo define desde diversas perspectivas, el estatus social de las personas. Por tanto, socialmente, este reconocimiento les otorga el lugar de ciudadanas.

Así, las mujeres trabajadoras sexuales se enfrentan a un doble estigma. Por un lado, no son las mujeres que la sociedad espera que sean y, por el otro, no tienen el lugar de trabajadoras en una sociedad industrializada.

Aunque en Colombia no se cuenta con datos exactos sobre el número de trabajadoras sexuales que se desempeñan en la calle o en los establecimientos, está claro que son víctimas de todo tipo de vulneraciones y violaciones de derechos que provienen de muchos actores: sus familias, sus parejas, la sociedad en general, incluso actores legales como la fuerza policial.

En el contexto colombiano también es importante resaltar las diferentes situaciones que conllevan a que se aumenten las condiciones de vulneración de las mujeres que desarrollan el trabajo sexual; entre estas se encuentran el desplazamiento forzado, la pobreza extrema, la imposibilidad de acceso a otros mercados laborales, el inequitativo acceso a la educación, la violencia basada en género, el desconocimiento de sus necesidades particulares y las políticas que limitan el acceso pleno de sus derechos, entre otras.

Las difíciles condiciones contextuales a las que se enfrentan estas mujeres en el desarrollo de su labor, hacen que se aumente la vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas —sean estas de orden legal o ilegal—. Muchas de ellas —tanto las que usan la calle para el enganche con sus clientes como las que usan los establecimientos—, manifiestan un consumo elevado de alcohol, seguido por el consumo de marihuana y cocaína. Esta práctica es de especial relevancia en tanto las sustancias psicoactivas alteran el estado anímico y las percepciones de quienes las consumen, disminuyendo la toma consciente de decisiones y, para este caso en particular, la decisión de usar o no el condón o de hacer una correcta utilización del mismo.

Otro hecho importante y constante de vulneración de derechos a las mujeres trabajadoras sexuales es la exigencia de exámenes y pruebas de laboratorio que buscan determinar la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Estos documentos son exigidos por la policía para el trabajo en los establecimientos, e incluso son solicitados por servidoras y servidores públicos de algunos municipios.

En cualquier caso, la exigencia de estos documentos —que en algunos lugares se suman a la carnetización de las trabajadoras sexuales sin fines claros y en su mayoría con sesgos moralistas— constituye una grave violación a sus derechos, pues incumple específicamente los artículos 21 y 25 del decreto 1543 de 1997¹.

¹ Para mayor información véase: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201543%20DE%201997.pdf>

El primer artículo hace referencia explícita a la prohibición de usar como requisito obligatorio la exigencia de pruebas para el acceso a cualquier actividad laboral o para permanecer en la misma; el artículo 25 menciona la prohibición de la exigencia de carnés o certificados con referencias a infecciones de transmisión sexual, incluida la de VIH.

Esta grave situación es un hecho generalizado en el contexto colombiano incrementando los niveles de vulneración de derechos, además de las exigencias de las pruebas por la precariedad con las que ellas acceden a los servicios de salud para que éstas sean gratuitas.

La situación de vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales se asemeja a la de otras mujeres que viven en contextos de vulnerabilidad. Sobre ellas recae el estereotipo y el estigma de género que las ubica en condiciones desfavorables para su desarrollo. Por tanto, es esencial fomentar su empoderamiento que permita la toma de decisiones en todos sus ámbitos el personal, el social y el afectivo. Esto último es fundamental para cualquier estrategia que busque la prevención del VIH/Sida.

¿Por qué?

En los párrafos anteriores se han expuesto algunas de los factores estructurales que configuran los contextos de vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales. Éstos —asociados a las prácticas y a las condiciones en las que ejercen el trabajo sexual— con el paso del tiempo, han ido fijando la atención en ellas como un grupo el que existe una concentración de la epidemia del VIH.

Como lo expresa el estudio *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia*², son las trabajadoras sexuales uno de los grupos identificados con mayores factores de vulnerabilidad a la infección.

Este mismo estudio muestra la prevalencia general para América Latina en un 1,2%, con variaciones en Venezuela y Chile (0,0%), Argentina (4,5%) y valores intermedios en los Países de Bolivia, Colombia, Perú, Uruguay, Ecuador y Paraguay.

Es importante resaltar que el ejercicio del trabajo sexual está asociado a condiciones estructurales de violencia de tipo físico y psicológico y a aquellas producidas por las difíciles condiciones de orden público sin desconocer, por supuesto, las que se perpetúan a raíz de la desigualdad entre hombres y mujeres. En estos contextos, algunas mujeres han optado por este tipo de trabajo a fin de conseguir o acceder al sustento diario o bienes que les permitan su subsistencia.

La condición de las trabajadoras sexuales es heterogénea y su especificidad está dada de acuerdo con la zona en donde enganchan a sus clientes para el trabajo sexual, las edades que tienen, los lugares en donde lo desarrollan —sean estos calle o establecimientos—. Esta última diferencia es fundamental en el desarrollo de estrategias para la prevención del VIH/Sida, en tanto reconozcan las condiciones particulares que rodean el trabajo sexual y que implica la creatividad en el momento de involucrar a las mujeres en el trabajo de prevención.

¿Cómo?

Es fundamental que quien desarrolle estrategias de prevención con mujeres trabajadoras sexuales, como se mencionó anteriormente, examine sus propias preconcepciones respecto a ellas y su trabajo y se dé a la tarea de reconocer la necesidad de cambiar aquellas que violen y vulneren sus derechos.

Anteriormente, se ha explicado lo que implica una perspectiva de derechos y de género, así como la importancia de los enfoques diferencial y de vulnerabilidad en el desarrollo de las acciones. Estos deberán ser el marco desde el que se implementen cualquiera de las actividades sugeridas en esta guía.

² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL – FONDO DE POBLACIONES DE NACIONES UNIDAS: *Comportamiento sexual y prevalencia del VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia*, 2009, p. 16.

Es importante subrayar la realización de los derechos en general, el acceso a servicios sociales que posibiliten el aumento de la calidad de vida de las mujeres trabajadoras sexuales y el importante reconocimiento de sus derechos sexuales, en donde se hace mención a decidir sobre tener relaciones sexuales o no, en tanto que es la práctica sobre la que se configura la mayoría de los estigmas y discriminaciones hacia las mujeres trabajadoras sexuales, lo cual imposibilita la decisión de ejercer este derecho. Los derechos sexuales se refieren a:

[la posibilidad de] decidir sobre tener o no relaciones sexuales, cómo, cuándo, dónde y con quién, a elegir su compañero/a sexual, a decidir la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreación, comunicación, procreación, placer y/o satisfacción; a decidir y expresar la orientación y o preferencia sexual; a elegir el tipo de práctica sexual que se quiere realizar; a disfrutar de una sexualidad libre de miedo y de violencia, así como al ejercicio de una sexualidad protegida y segura frente a las enfermedades de transmisión sexual³.

Como se mencionó anteriormente, en el desarrollo de esta estrategia para la prevención de VIH/Sida, es fundamental el énfasis en el empoderamiento de las trabajadoras sexuales, el reconocimiento de la necesidad de aumentar sus capacidades de actuar desde sus propias decisiones frente a diferentes situaciones que puedan exponerlas a la infección por VIH.

El empoderamiento de las mujeres trabajadoras sexuales implica el reconocimiento de tres dimensiones fundamentales:

- a) Agencia: entendida como la capacidad de cambiar sus situaciones.
- b) Estructura: aquellas condiciones que impiden o condicionan sus propias elecciones, generalmente, determinadas por sus contextos sociales y culturales y que se asumen como corrientes o normales. En el caso de las trabajadoras sexuales, las situaciones de violencia a las que se ven expuestas y la persistencia de la discriminación hacia ellas.

- c) Relaciones: las posibilidades de establecer negociaciones desde sus necesidades y del reconocimiento de sus derechos tanto con parejas sentimentales como sexuales, incluyendo en éstas, a sus clientes.

El énfasis en estrategias de empoderamiento con trabajadoras sexuales, es fundamental en lo correspondiente a la prevención del VIH/Sida, enfatizando:

- El cuidado de su salud.
- El uso del condón con los clientes y sus parejas sexuales y afectivas.
- Ejercer sus derechos ante los diferentes tipos de violencia, sea esta de índole institucional, personal o social.
- Construir estrategias de actuación en grupo.
- Enseñar a otras a cuidarse y facilitar por medio de pares su proceso de empoderamiento.

¿Dónde?

En tanto la prevalencia del VIH va en aumento y algunos grupos de personas han sido consideradas especialmente vulnerables a contraer la infección, debido a las condiciones estructurales que les ubican en contextos de mayor vulnerabilidad, es necesario construir estrategias más creativas que inviten a las personas con quienes se realiza la prevención a obtener información, evaluar los riesgos y generar cambios comportamentales.

Así, el desarrollo de la prevención con mujeres trabajadoras sexuales, debe reconocer —por un lado— el nivel diferencial de aquellas que enganchan a sus clientes en calle con relación a aquellas que lo realizan en establecimientos. Esto implica reconocer sus niveles de educación formal, su disponibilidad de tiempo, el nivel socioeconómico y los ingresos que pueden percibir —diferencialmente— en el ejercicio de la labor.

El trabajo con aquellas que están en calle debe ser fuerte y de contacto directo. Las intervenciones deben invitar, inicialmente, a usar el preservativo con clientes

³ *Ibid.*, p. 19.

Históricamente, muchas trabajadoras sexuales se han organizado con el objetivo de visibilizar y exigir sus derechos. Estas movilizaciones han sido, en algunos momentos, impulsadas por lideresas que han congregado a sus otras compañeras en ocasiones y momentos específicos.

La movilización en redes o grupos es dispar en los diferentes territorios, a nivel de Latinoamérica desde el año 1997, impulsó la creación de una red de trabajadoras y trabajadores sexuales. Esta red que empezó a consolidarse en el año mencionado, actualmente cuenta con la participación de organizaciones sociales de base de trabajadoras y trabajadores sexuales de 16 países.

En Colombia, la organización de grupos, colectivos o redes de trabajadoras y trabajadores sexuales aún es escasa; se tiene conocimiento de algunas organizaciones en la ciudad de Ipiales y de Barranquilla. El camino al respecto es amplio y dependerá del cambio de factores estructurales que posibiliten su emergencia.

Estos factores especialmente asociados a la violencia, el estigma y la discriminación.

y parejas afectivas u ocasionales; motivar a la participación en espacios de prevención conjuntos, en donde puedan relatar su experiencia y reconocer la de otras trabajadoras sexuales, a fin de construir redes de apoyo que hagan posible potenciar la respuesta ante situaciones que vulneren sus derechos en general (violencia al interior de la familia, de pareja, la realizada por actores sociales y por actores estatales, entre otras).

Por su parte, el desarrollo de actividades para la prevención del VIH/Sida con trabajadoras sexuales que desarrollen su oficio en establecimientos — además de lo anterior— necesitará el involucramiento de las y los dueños de los sitios o sus administradores a fin de que garanticen las condiciones mínimas para impulsar la disminución de los riesgos de la infección. Se hará necesario entablar, para ello, una relación directa que involucre tanto a las trabajadoras como a las dueñas, dueños o administradores de los establecimientos. El proceso de información sobre la epidemia también debe estar dirigido a este grupo de personas ya que, en ocasiones, son quienes ejercen cierto tipo de control del intercambio de sexo por dinero.

Es necesario, además, realizar intervenciones con otras personas que, indirectamente, pueden ser determinantes en la construcción de situaciones de riesgo. En tal caso, ubicar vendedores o vendedoras ambulantes de condones en compañía de personal de salud que puedan constatar las condiciones del producto (registro INVIMA y almacenamiento correcto).

Determinantes en salud

Los datos más recientes disponibles para Colombia en lo que corresponde a trabajadoras sexuales, son los expuestos en la investigación desarrollada por el Ministerio de la Protección Social y UNFPA, citada anteriormente. En el siguiente cuadro, se evidencian los siete indicadores en relación con los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH y sus resultados, (véase cuadro pág. 60).

Esta misma investigación, reveló un dato de vital importancia para el trabajo en la prevención del VIH/ Sida: un 50% de la población no usa condón con su compañero o compañera permanente. Las razones que guían esta práctica, tienen una estrecha relación con las condiciones estructurales de género según las cuales las mujeres trabajadoras sexuales —teniendo o no conocimiento su pareja del ejercicio laboral— “deben” actuar como “**buenas mujeres**” y no ser tildadas de “prostitutas” en su relación de pareja.

Este hecho da cuenta de la importancia de la modificación de aquellas condiciones estructurales relacionadas con las construcciones de género

INDICADOR	MEDELLÍN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	CALI
Conocimiento de los métodos de prevención del VIH	88,6 %	94,9%	87,3%	89,4%
Creencias correctas sobre la transmisión del VIH	15,3%	39,3%	16,1%	12,3%
Utilización del condón en la última relación sexual con un cliente	94,1%	96,9%	97,1%	95,5%
Uso consistente del condón con los clientes en el último mes	84,2%	87,8%	87,3%	86,8%
Trabajadoras sexuales que se inyectaron drogas los últimos doce meses	0,08%	0,0%	0,53%	0,06%
Solicitan voluntariamente las pruebas de VIH	22,6%	23,0%	23,7%	20,9%
Exposición a las intervenciones	17,9%	10,8%	35,1%	20,7%

Fuente: *Comportamiento Sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia* tabla 38. Indicadores de comportamiento de riesgo relacionados al VIH en las mujeres trabajadoras sexuales de cuatro ciudades de Colombia, 2009. (Ministerio de la Protección Social – UNFPA).

sobre hombres y mujeres, fundamentales para el logro de la equidad entre unos y otras, y para la construcción de herramientas de mejoramiento de la salud en general.

La *Guía de prevención de VIH/Sida* dirigida a mujeres trabajadoras sexuales, debe considerarse una herramienta susceptible de ser ampliada en cada una de las intervenciones en los contextos propios, relacionando e integrando las experiencias específicas de ellas con respecto a su ubicación en calle o en establecimientos; a sus relaciones de pareja —sean estas con personas de su mismo sexo o de distinto—; a su condición socioeconómica y a todas aquellas circunstancias que sean consideradas socialmente como un incremento de su estigma o vulneración (nos referimos a su clase, identidad de género⁴, orientación sexual, etnia, entre otras).

4 Reconocemos la existencia de un alto porcentaje de mujeres trans que son trabajadoras sexuales. Debido a sus condiciones particulares de vulneración y su poca visibilidad, será necesario que el desarrollo de estrategias de prevención de VIH/Sida integre los contenidos de esta guía en particular y la dirigida específicamente a mujeres trans que se encuentra dentro de esta colección. La intención de realizar una guía específica para mujeres trans corresponde al énfasis del desarrollo de acciones desde un enfoque diferencial.

Recientemente...

La Corte Constitucional, mediante la sentencia 629/10, reconoció los derechos laborales de una trabajadora sexual que demandó al administrador del lugar donde trabajaba, por haber sido despedida al encontrarse embarazada.

En esta sentencia, la corte considera que “la prostitución voluntaria sin constreñimiento ni inducción es una actividad económica lícita”. Afirma además que “no es legítimo considerar que aún respetando el Derecho, pueda apelarse a las buenas costumbres como fuente para declarar ilícita una prestación relacionada con la prostitución, pues como se ha visto, dicha noción no actúa como fuente paralela al Derecho positivo sino conforme a él”. Según este fallo, el argumento de atentar contra las buenas costumbres no puede estar por encima de la garantía de los derechos de los y las trabajadoras sexuales.

A raíz de la sentencia, algunos datos importantes*

- La Corte Constitucional de Colombia, en la Sentencia C-636 de 2009, resolvió la demanda por la cual se estimaba que —con el art. 213 del Código Penal— se imponían límites excesivos a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad y a la libre escogencia de profesión u oficio. Hasta antes de ese momento, en dicho código existía un enfoque prohibicionista del trabajo sexual.
- En la Sentencia 629 de 2010, se manifiesta que “no es punible ni perseguible el «solo ejercicio de la prostitución», ni lo es la existencia y el funcionamiento de establecimientos de comercio en los que se ejerce la prostitución”⁵.
- En esta misma sentencia, se afirma que la prostitución podrá entenderse “lícita” en la medida que “personas que ejercen la prostitución, clientes y dueños de los establecimientos de comercio relacionados con la prestación del servicio:
 - a) respeten la libertad y dignidad humanas, así como los derechos ajenos;
 - b) respeten los límites más severos previstos en los tipos penales del título IV, capítulo cuarto del Código Penal, a más de cualquier otro delito;
 - c) den cumplimiento a las normas de carácter policivo existentes, relacionadas con el uso del suelo, la salubridad y de comportamiento social”⁶.
- Gran parte de este fallo se concentró en el análisis de la situación de la trabajadora sexual, siendo considerada madre cabeza de familia y mujer trabajadora en periodo de embarazo.
- La sentencia retoma reflexiones del Derecho internacional y el Derecho policivo, en donde se invita a tomar las medidas necesarias para prevenir la prostitución, rehabilitar a las personas dedicadas a ella y ampliar eficazmente sus opciones de mejoramiento económico. Por lo mismo, el Estado debe asegurar las oportunidades para que las personas puedan ejercer su libertad y determinar su desarrollo personal, un mecanismo considerado poderoso a efectos de promover el bienestar de los y las trabajadoras sexuales y el de sus familias.

⁵ Tomado de la sentencia 629/10. En http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm#_ftn55

⁶ *Ibid.*

* Este aparte se construye con base en la sentencia 629/10 que puede consultarse en: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm#_ftn55

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 Trabajadoras Sexuales (MTS). Por lo cual, para su aplicación y para garantizar su efectividad es necesario conocer el enfoque de vulnerabilidad y tenerlo en cuenta a la hora del desarrollo de las actividades que aquí se proponen.

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

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

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

tinadas no solo al grupo de personas que aquí se especifica, sino a la población en general.

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

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

- Como facilitador o facilitadora que use esta guía es preciso que se familiarice con las herramientas conceptuales que anteriormente se han expuesto, interiorice los conceptos y los maneje a la perfección.
- Es necesario que su postura en los talleres o intervenciones en espacios abiertos sea siempre garante de los Derechos Humanos y que propenda por la visibilización de los mismos desde sus propias actuaciones.
- Reconozca el saber de las personas que participan; esto es fundamental para lograr aprendizajes conjuntos y significativos para todas y todos.
- Para el desarrollo de actividades en espacios cerrados o talleres, 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.
- Es importante que use un lenguaje sencillo y preciso para explicar cada uno de los conceptos.
- Potencie la creatividad y recursividad en el desarrollo de todos los espacios, en tanto que algunas de las actividades necesitarán integrar conocimientos y particularidades de las regiones o contextos en donde tenga lugar la intervención.
- En el desarrollo de los talleres, identifique las características de las personas asistentes y adecúe la actividad buscando siempre la integración y reconocimiento; identifique también a personas con algún tipo de limitación visual, auditiva o motora, así como sus capacidades para leer o escribir.
- Recuerde el uso de un lenguaje incluyente en todas sus intervenciones.
- No suponga que todos y/o todas las presentes tienen una orientación sexual heterosexual,

- Se sugiere, como estrategia pedagógica, el uso de tarjetas visibles con los nombres de quienes participan en el desarrollo de las actividades con el fin de facilitar la interacción.
- No olvide nunca, al presentarse, decir su nombre completo antes del inicio de cualquiera de las actividades.

2. Estructura de los Talleres:

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

EN TODAS LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN, ES NECESARIO REALIZAR LA EXPLICACIÓN SOBRE EL USO ADECUADO DEL CONDÓN. PARA TAL EFECTO, SE DEBE DISPONER DE LOS MATERIALES NECESARIOS.

Instrucciones para el uso del condón femenino

1
2
3
4



Verifique la fecha de vencimiento en el empaque. Absténgase de usarlo si ya ha expirado.



Antes de abrirlo, esparza el lubricante frotando el empaque con las manos.

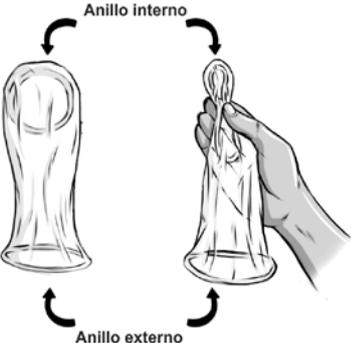


Para abrir el empaque, con sus manos rasgue por la ranura del borde.



5
6

Anillo interno



Anillo externo

Busque la posición más cómoda para insertarlo.



7
8
9
10

Con los dedos índice y pulgar, apriete el anillo interno hasta juntar los laterales y separe los labios externos de la vagina.



Inserte el condón en la vagina.



Deslice el dedo índice o medio hacia dentro del condón y empujelo 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.





11
12
13
14

Sostenga el anillo exterior al rededor de sus labios externos mientras guía el pene de su pareja hacia dentro del condón.



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.



Si el pene empuja el anillo exterior hacia dentro de la vagina se debe usar un nuevo condón.

Pare retirar, acostada, tome el condón por los extremos del anillo exterior y gírelo para mantener el semen dentro. Retire el condón suavemente.



Envuelva el condón en un papel y arrójealo a la basura.



Instrucciones para el uso del condón masculino

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 —————

No usar si la fecha ha expirado, o si el empaque está roto ó dañado.

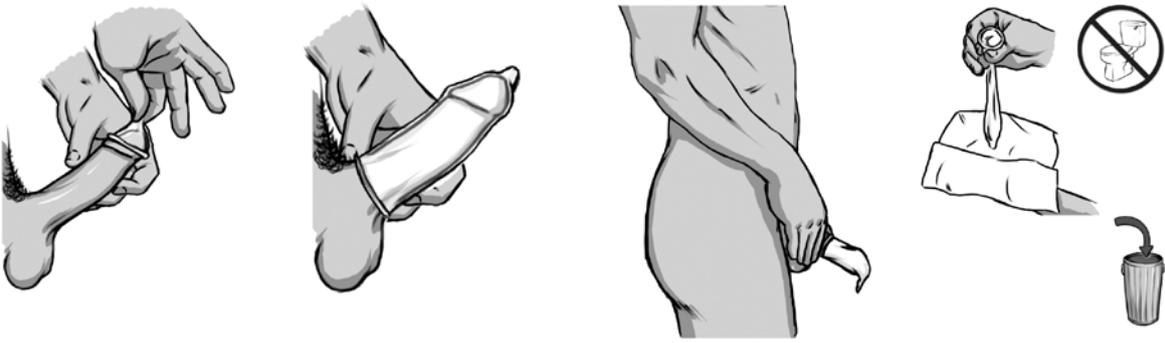
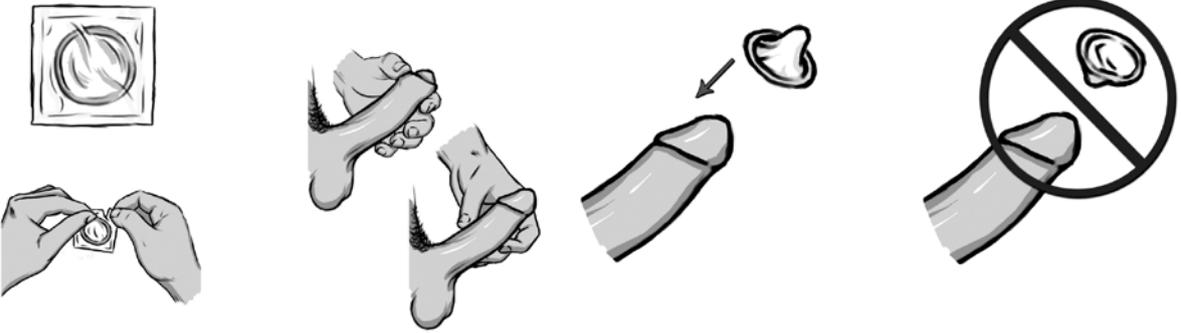
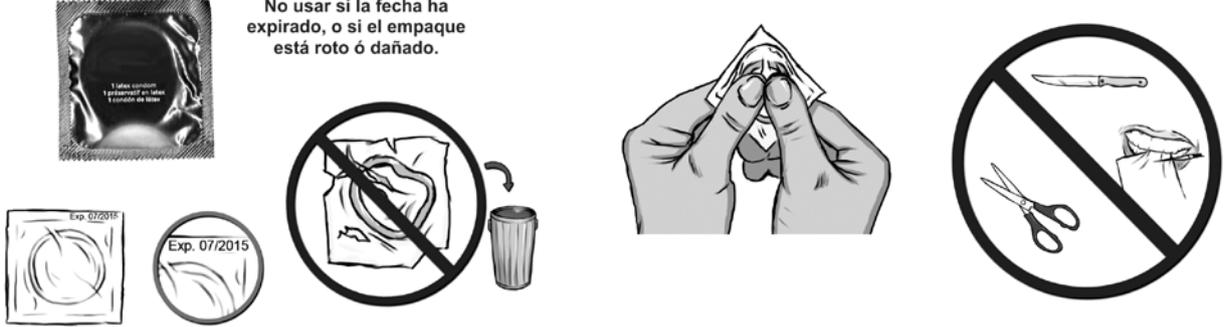
El paquete podría tener burbujas de aire.

5 ————— 6 ————— 7 ————— 8 —————

Si no lo han circuncidado, corra el prepucio hacia atrás.

9 ————— 10 ————— 11 ————— 12 —————

Sujete el condón de la punta. Desenróllelo completamente. Luego de usarlo sáquelo lejos de su pareja. Retírelo y deseche el condón.



ACTIVIDADES ROMPEHIELO

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

Actividad 1. Presentación básica

Se pedirá a las asistentes que se ubiquen en dos círculos, una frente a la otra. Seguido a ello, se les dará la instrucción de presentarse, decir sus datos básicos: nombre, edad, lugar de origen. Posteriormente, se les pedirá que se sienten en círculo y una de ellas presentará a la otra diciendo “mi nombre¹ es... tengo... años y soy de origen...”. El objetivo de la actividad es promover la escucha y el reconocimiento de la otra.

Actividad 2. Cómo estoy

El o la facilitadora pedirá a las participantes que piensen 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.

¹ Recuerde que muchas de ellas usan nombres que las identifican para el desarrollo de su trabajo, no presione la visibilización del nombre que figura en el documento de identidad.

Actividad 3*. ¿Qué me decían de niña?

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

Actividad 4. Corriendo en círculo

Se les pedirá que formen dos círculos mirándose unas a las otras. A lo largo del desarrollo de la actividad, se darán diferentes instrucciones. Mientras el círculo de dentro se queda quieto, el de fuera se mueve a la derecha una instrucción a la vez. Para iniciar, siempre se pedirá que se presente a su compañera y se intercambiarán las indicaciones, primero se pedirá que se den un abrazo, segundo que hablen sobre el color de sus ojos, tercero sobre la ropa que llevan puesta y así sucesivamente hasta que se haya realizado una rotación de unas cinco personas presentándose.

Actividad 5. Canasta revuelta

Se ubicará a las participantes en un círculo. El o la facilitadora dirá: “se saludarán con la compañera que se ubica 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 ella tendrá que decirme el nombre de su compañera del lado derecho o le diré *pera* y tendrá que decirme el nombre de su compañera del lado izquierdo. Quien no acierte, pasará al centro a repetir la acción. En ocasiones, la instrucción puede ser *canasta revuelta*. Esto implicará que todas 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.

* Se sugiere el uso de esta actividad con variantes en la frase con la que tienen que 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.

Actividad 6*. Refranero

El o la 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 participante del grupo que tiene la otra mitad del refrán que le corresponde.

Actividad 7. A qué se ocupa

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

Actividad 8. Estatuas

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

Actividad 9. Me voy de viaje

Todas se sientan en un círculo. Empiece diciendo “me voy de viaje y me llevo un abrazo” y abraza a la perso-

* Tenga en cuenta para el desarrollo de esta actividad la necesidad de generar estrategias para aquellas mujeres que tengan dificultad en leer o que presenten alguna discapacidad.

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

Actividad 10. Las islas

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

Actividad 11. Las robots

Divida a las participantes en grupos de tres, pida que cierren los ojos o que se los venden con alguna prenda de vestir. Una persona en cada grupo es la controladora de las robots y las otras dos son las robots. Cada controladora debe manejar los movimientos de sus dos robots. La controladora toca a un robot en el hombro derecho para que se mueva hacia la derecha y toca el hombro izquierdo para que se mueva hacia la izquierda.

El o la facilitadora empieza el juego diciendo a las robots que caminen en una dirección específica. La controladora debe tratar de detener a los robots para evitar que choquen contra obstáculos como silla o mesas. Pida a los participantes que cambien de papeles, así todas pueden tener la oportunidad de ser controladores y robots.

Actividad 12. La cadena eléctrica

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

Actividad 13. Tocando a la otra

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

Actividad 14. Me gusta

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

Actividad 15. En parejas

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

Actividad 16. Aplausos

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

Actividad 17. Juntando partes del cuerpo

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

Actividad 18. 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 bajando sus brazos. El juego continúa con diferentes integrantes del grupo tomando turnos para hacer el papel de conductora.

Actividad 19. El espejo

Las participantes se dividen entre ellas en parejas. Cada pareja decide cuál de ellas va a ser “el espejo”.

Entonces, esta persona imita (refleja) las acciones de su pareja. Después de un tiempo, pida a la pareja que cambie de papeles y así la otra persona puede ser el “espejo”.

Actividad 20. Me voy al mercado

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

Actividad 21. A bailar

La persona facilitadora pondrá música que esté de moda o suene recientemente en su ciudad durante un lapso de 15 minutos; se interrumpirá la música varias veces. En cada interrupción se guiará un ejercicio de estiramiento.

RECUERDE...

RECONOCER ACTIVIDADES PROPIAS DE LAS REGIONES TALES COMO JUEGOS DE INTEGRACIÓN, BAILES O DEMÁS QUE PUEDAN SER USADAS COMO ACTIVIDADES ROMPEHIELO.

ACTIVIDADES CENTRALES DE FORMACIÓN¹

Actividad 1. De riesgo en riesgo... ¿Me arriesgo?

Objetivo: reflexionar sobre las principales condiciones comportamentales de vulnerabilidad asociados con el VIH/Sida en la vida de cada una de las participantes.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o pape-lógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Lluvia de ideas. Por medio de la técnica de lluvia de ideas la persona a cargo de facilitar el taller, pedirá a las participantes que definan qué es la vulnerabilidad. Posterior a ello, les dirá que cuenten cuáles son los contextos de vulnerabilidad que, como mujeres y como trabajadoras sexuales, tienen frente al VIH. Desde allí se explicará cuáles son los principales contextos de vulnerabilidad a nivel individual para el grupo de trabajadoras sexuales.

Luego de haber desarrollado esta actividad, el o la facilitadora explicará la definición de “vulnerabilidad” y explicará algunas relacionadas respecto al VIH: creencias correctas e incorrectas, uso del condón tanto con parejas como con clientes, uso de psicoactivos, y el conocimiento o no de ser una persona que vive con VIH.

¹ No olvide desarrollar la estructura del taller tal como se ha planteado anteriormente.

Trabajo Individual. Con la información obtenida en la lluvia de ideas y la explicación de la persona facilitadora, se les pedirá que señalen en hojas blancas los momentos en que esos contextos de vulnerabilidad han estado en sus vidas y cómo han sido construidos.

Plenaria. En grupo, se socializará voluntariamente el ejercicio reflexivo a todas las condiciones de vulnerabilidad. Así, luego de enlistarlas en un lugar visible, se les pedirá en conjunto que identifiquen posibles estrategias para evitarlas, enfatizando en su capacidad de acción y agencia frente a ellas.

Actividad 2. ¿Cómo me construyo como pareja – cuáles son mis prácticas sexuales?

Objetivo: identificar las conductas o acciones que ponen en riesgo la salud de las participantes en el desarrollo de prácticas sexuales con sus parejas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, siluetas grandes.

Descripción:

Reflexionando en conjunto sobre la pareja. El o la facilitadora preparará antes del taller dos siluetas grandes. Estas se ubicarán en el piso. El grupo será dividido en dos, cada grupo decidirá si la silueta es de un hombre o mujer y se le pedirá que escriban cuáles son esos comportamientos que les caracterizan como pareja (en este momento mencionará la conformación de parejas del mismo y de distinto sexo a fin de no sesgar la intervención a relaciones heterosexuales). Al finalizar el ejercicio, se someterán a discusión las características haciendo un análisis de cómo éstas están asociadas a las construcciones de género y pueden ser en la práctica un factor de riesgo para su salud.

Trabajo Individual - Estilo de pareja. En trabajo individual cada una de las participantes escribirá las formas en que establece relaciones de pareja con base en las siguientes preguntas: qué busco de alguien, qué esperan de mí, qué exijo, qué me exigen, cómo se relaciona esto con mis relaciones sexuales y con la prevención del VIH.

Plenaria. En grupo se socializará voluntariamente el ejercicio reflexivo sobre las formas de establecimiento de pareja construyendo alternativas de consolidación mucho más equitativas, enfatizando en su capacidad de acción y agencia frente a ellos.

Actividad 3. Conozco mis derechos y los exijo*

Objetivo: fortalecer el conocimiento de los derechos humanos, los sexuales y reproductivos como las rutas de atención para exigirlos cuando son vulnerados.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/ Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, cinta de enmascarar para pegar en el piso o tiza para marcar una línea en la mitad del salón.

Descripción:

El o la facilitadora dará la instrucción de presentarse. El tablero o papelógrafo estará dividido en dos partes. En una pedirá que se escriban frases insultantes que hayan dirigido hacia ellas y, al frente de estas ideas, sentimientos y actitudes con las que hayan respondido a la agresión. Dejará éstas escritas en el tablero y continuará con la siguiente actividad.

* Por la metodología utilizada en este taller, se hace necesario que se cree un ambiente empático y agradable en donde se permita que las trabajadoras sexuales expresen sus ideas en torno a las diferentes situaciones en donde han sido víctimas de agresión verbal.

Cruzando la línea. En la línea previamente marcada o hecha con cinta, se da la instrucción a todas de ponerse en hilera a la derecha de la línea. Luego se explica que tiene que saltar del otro lado de la línea cuando se identifique que lo que se dice tiene algo que ver con lo que, en ocasiones, puede haberles sucedido. Solo se salta al otro lado, se permanece un momento y se vuelve al lugar. La persona facilitadora mencionará las siguientes frases, una por una, dando tiempo a que las participantes se sientan identificadas y salten de un lado al otro y regresen al sitio inicial. Las frases son las siguientes:

- Eres una inútil
- Pareces un marimacho
- Ya estás vieja
- La tienes floja
- Ni cocinar sabes
- Ellos son tus hijos
- Tu familia no me gusta
- Por ser mujer eres puta
- Estás loca
- Pareces un mamarracho
- Ya no sirves ni para esto
- Me voy a buscar a otra
- Vete a fregar los platos
- No veas a tus amigas

Trabajo en grupos. A partir del desarrollo de las dos actividades anteriores, se organizarán grupos de 5 personas y se invitará a responder las siguientes preguntas:

- ¿Todas saltamos al menos una vez?
- ¿Con qué frases saltamos más?
- ¿Por qué creemos que nos dicen estas cosas?
- ¿Qué valores machistas hay en estas frases?
- ¿Son insultos? ¿Por qué?
- ¿Es discriminación? ¿Por qué?
- ¿Esto nos pasa solamente a las trabajadoras sexuales?
- ¿Nosotras creemos esto que dicen de nosotras?
- ¿Nos hemos discriminado a nosotras mismas?
- ¿Y a otras compañeras?

Para terminar, se les pedirá que construyan frases que digan verdades sobre sí mismas.

Plenaria y explicación de derechos y rutas de atención. Una representante de cada grupo socializará las respuestas de las preguntas. La persona facilitadora retoma todas las participaciones y realizará una presentación sobre los derechos que, como mujeres, tienen. Así, en el énfasis de generar acciones en torno a esas conductas de vulneración, mencionará las posibles alternativas de denuncia y lugares en donde pueden reclamar la protección de los mismos frente a este tipo de violencia y otros.

Cierre. Se puntualizará en la necesidad de realizar que cada una se empodere de sus derechos, de que son situaciones que pueden pasar a todas y que tienen completa relación con las construcciones de género que recaen sobre las mujeres, así como el deber del estado como titular de obligación y de ellas de reclamarlo como titulares de derecho.

Actividad 4. ¿Qué me hace mujer, quién me hace mujer, cómo me hago mujer y, esto, qué relación tiene con el VIH/Sida?

Objetivo: reconocer la construcción de género como determinante para la forma en que las participantes se construyen como mujeres, establecen sus relaciones de pareja y se ven expuestas a situaciones de violencia.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Reflexionando sobre el mandato de género. Con un lenguaje sencillo pero preciso, el o la facilitadora explicará

el concepto de “género”², “sexo”, “orientación sexual” e “identidad de género”, retomando los aportes de mandatos aportados por las participantes.

Trabajo Individual. A partir de la explicación, se invitará a las asistentes a escribir en una hoja cuáles son sus propias construcciones sobre el género, qué reproducen en su vida cotidiana, qué roles desempeñan.

Plenaria. En grupo se socializará voluntariamente el ejercicio reflexivo sobre las construcciones de género, sus roles y reproducciones en la vida cotidiana. El o la facilitadora explicará cómo estas condiciones de género pueden construir condiciones de vulnerabilidad para el ejercicio de la violencia hacia ellas, haciendo énfasis en el papel que tiene este en el uso o no del condón y en la toma de medidas de propio cuidado y protección.

Actividad 5. Identifico mis necesidades —las nuestras— Construyo agendas de negociación y exijo la atención

Objetivo: facilitar la identificación de barreras en los diferentes servicios sociales, en especial el de salud, y posibilitar la construcción de alternativas de enfrentarlas desde ellas mismas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Reflexionando sobre las situaciones que vulneran los derechos en los servicios sociales, se formarán 5 grupos de 5 personas. A cada grupo se le pedirá que construya una dramatización sobre algunas situaciones que se plantearán. Las cinco puestas en escena serán sobre: cuando vamos a un centro de salud a solicitar atención, cuando se acercan a solicitar un cupo para su

hijo o hija en el colegio y se les pregunta la ocupación u oficio, cuando han intentado acudir a solicitar algún trámite en la alcaldía, cuando han sido atacadas por sus parejas y deciden denunciar en la comisaría de familia, cuando han sido víctimas de robo, atraco o algún tipo de violencia y acuden a la policía. Los grupos preparan la presentación en 10 minutos y se da un tiempo de 5 por grupo para presentarlo.

Plenaria y trabajo en grupo. Luego de las presentaciones, se les pedirá que hablen por cada situación específica de las barreras que identificaron en el acceso a la atención de su derecho. La persona facilitadora tomará nota por cada uno de los servicios. Seguido a ello, se les pedirá que formen dos grupos y, en cada grupo, discutan y planteen alternativas de salidas de aquellas situaciones.

Concertación. Una representante de cada una de los grupos socializará las alternativas encontradas. La persona facilitadora enfatizará en la posibilidad de exigibilidad de los derechos, de la obligación que tiene el Estado de garantizarlos y explicará las alternativas de exigencia de estos: oficinas de atención al ciudadano, defensoría del pueblo, personería.

Cierre. Se puntualizará en la necesidad de empoderamiento frente a los derechos y la importancia de la organización como trabajadoras sexuales para exigirlos.

Actividad 6. Reconozco – actúo

Objetivo: reflexionar sobre aquellas características de contextos de vulnerabilidad en el nivel individual y sobre cómo motivar a la solicitud de la prueba voluntaria.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

² Revisar Herramientas Conceptuales.

Descripción:

Canasta revuelta. Se pedirá a las asistentes que se ubiquen en un círculo mirándose una a otras. El o la facilitadora empezará a mencionar algunas frases. En la medida en que las mujeres se sientan identificadas con estas o desarrollen actividades que se relacionen, se levantarán de su silla para ubicarse en otra. Las frases que dirá en un primer momento serán:

- Cuando siento algún tipo de molestia física, acudo al médico.
- Cuando creo que pude estar expuesta a alguna forma de gripe, varicela, viruela o paperas, tomo precauciones.
- Cuando siento que mi cuerpo está enviando alguna señal de alarma sobre un malestar físico, lo atiendo.

Luego de hacer estos tres movimientos, el o la facilitadora preguntará por quiénes se han quedado sentadas, cuáles son las razones para que en estas situaciones no hayan solicitado atención médica. Se indagará al respecto y se pedirá volver a ubicarse en el círculo. Ahora se mencionarán frases asociadas a factores de vulnerabilidad:

- En mi última relación sexual con los clientes usé condón.
- En mi última relación sexual con mi pareja usé condón.

Se repetirá el mismo ejercicio anterior reflexionando por quienes se han quedado sentadas y las razones por las que han o no usado el condón o acudido a personal profesional de la salud. Se establecerá una relación directa con la protección frente a otros virus, como la gripe, identificando la posibilidad de infectarse de esta y relacionándolo con su conocimiento sobre cuáles son las posibilidades de infección por VIH y por qué se perpetúan las prácticas inseguras.

La persona facilitadora terminará el taller presentado las características de la APV, contando a las asistentes el desarrollo de la asesoría pre-test y pos-test, así como respondiendo aquellas inquietudes que existan al respecto de la toma de la prueba. Se enfatizará en la importancia de la detección temprana del virus.

Actividad 7. Qué es mejor... ¿saber o no saber?

Objetivo: reflexionar sobre la importancia de conocer si se tiene un diagnóstico positivo o no frente al VIH.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

La persona facilitadora empezará narrando esta historia: “Una mujer va al mercado y hace una gran inversión de dinero en frutas, verduras y carnes para llevar a su hogar. Con el paso de dos o tres días, ha ido consumiendo paulatinamente estos productos y —en ocasiones— ha sentido que tiene dolores de estómago pero no lo asocia a su consumo. Algunos de ellos, al cabo de un tiempo inusual en el refrigerador, empiezan a verse afectados, empiezan a pudrirse o a tener mal aspecto. La carne permanece intacta por lo que la mujer decide consumirla. Ha eliminado aquellas frutas y verduras que parecen dañadas y ha dejado las que se mantienen bien. El estado estomacal de la mujer empeora hasta que decide ir al médico y le es diagnosticada una infección intestinal. Ella toma el medicamento y se recupera rápidamente. Sin embargo, la situación se repite semanas después”.

- Qué puede estar pasando para que la mujer se enferme constantemente.
- Qué situaciones pueden estar pasando desapercibi-

- das para que ella repita una y otra vez la infección.
- Cómo podría prevenir ella la situación.

Frente a esta pequeña situación es importante que el o la facilitadora lleve a la reflexión sobre el refrigerador. La forma de resolverlo será plantear que el cuerpo es un sistema como el del refrigerador sobre el que, a veces, podemos pensar que está bien y que no le pasa nada pero que puede estar fallando con el tiempo. Luego de hacer esta relación, se insistirá en la identificación de los factores de riesgo y la ventana inmunológica y las ventajas que trae realizarse la prueba a fin de ampliar la expectativa de vida. Se explicará sobre el avance de los retrovirales y la importancia de otros factores para cuidar el propio cuerpo.

Actividad 8. Falsas creencias y verdades sobre la prueba

Objetivo: analizar en conjunto mitos 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: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Se dividirá en dos grupos a las asistentes; al primer grupo se le dará 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:

- ¿Cuáles son nuestros mayores miedos para realizar-

nos la prueba del VIH?

- ¿Qué pasaría en nuestras vidas si realizamos la prueba y es positiva? ¿A quién acudiríamos?
- ¿Cómo creemos que es la vida de una persona que vive con VIH?

La persona facilitadora convocará a plenaria haciendo visibles los diferentes mitos 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.

Al cierre, se enfatizará en el proceso que deben prestar las instituciones prestadoras de salud frente a la asesoría pre-test y post-test.

Actividad 9. Caras vemos nada más sabemos

Objetivo: evidenciar la necesidad de usar el condón con todos los clientes y sus parejas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, dibujos de tamaño gigante con rostros de diferentes tipos de hombres que solicitan sus servicios (es importante que en su mayoría evidencien una diversidad de hombres que tengan apariencia de estar sanos físicamente y uno o dos que tengan apariencia de padecer alguna enfermedad, así como figuras masculinas cercanas a la realidad de sus clientes como de sus parejas); a su vez, un perfil de cada uno de ellos.

Descripción:

El o la facilitadora habrá previsto la realización de cinco perfiles de clientes y parejas de las trabajadoras sexua-

les. Los perfiles mantendrán la diversidad tanto de clientes como de parejas. A continuación, se sugieren algunas pautas. Estos deben ser construidos de acuerdo al contexto específico (recuerde que el objetivo de esta actividad es buscar el desarrollo reflexivo sobre aquellos mitos que pueden llevar a pensar que las personas que viven con VIH se encuentran inmediatamente enfermas y que, generalmente, tienen otro tipo de enfermedades asociadas y que “se les nota”).

Los perfiles estarán desarrollados con base en:

- Se debe permitir la identificación de rasgos sociales que brindan status, por ejemplo, ser médicos, políticos, profesionales, pertenecientes a alguna comunidad religiosa, figuras públicas.
- A su vez, podría pensarse en clientes frecuentes de los que las trabajadoras sexuales conocen su historia personal, por ejemplo, referir a hombres casados y decir que sólo la frecuenta a ella, o clientes que con el uso de sus servicios han establecido confianza a través del tiempo.
- Se debe procurar mostrar otros perfiles de clientes con los que las trabajadoras sexuales podrían relacionar la vivencia con el VIH, por ejemplo, hombres con rasgos afeminados, personas con alguna dolencia o enfermedad física, con marcas en su piel producto como cicatrices, entre otras.
- Respecto a las parejas, se debe procurar presentarles de formas diversas entre el siguiente rango parejas que afirman su fidelidad, que dicen amarles profundamente o parejas que muestran un ejercicio de poder alto hacia ellas y que podrían enojarse si se les exige el uso del condón.

El grupo se dividirá de acuerdo al número de perfiles construidos. A cada grupo se les pedirá responder las siguientes preguntas:

- ¿Creemos que esta persona quizás pueda vivir con VIH? ¿Sí o no? ¿Por qué?
- ¿Aceptaríamos una relación sexual con este cliente o pareja sin condón? ¿Por qué la aceptaríamos?

- ¿Cuáles son las condiciones que nos llevan a pensar o no en el uso del condón?

Se abrirá la plenaria para discutir por grupos las respuestas. El o la facilitadora identificará aquellas condiciones que pueden constituir un riesgo para la salud de las trabajadoras sexuales y enfatizará en aquellas que corresponden a los diferentes órdenes de contextos de vulnerabilidad: cuáles son de orden individual y cuáles sociales. Se explicará la necesidad de reflexión sobre tales y se llevará a las participantes a construir estrategias o enlistar acciones para responder a ellas.

El cierre enfatizará en la necesidad del uso de condón con todos los clientes y con todas las parejas.

Actividad 10. En compañía es mejor

Objetivo: incentivar la educación de pares respecto al proceso de prevención del VIH/ Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Se pedirá a las participantes que se ubiquen por parejas para resolver o discutir las siguientes preguntas:

- ¿Qué he aprendido de mis compañeras de trabajo?
- ¿Considero que podría aprender de ellas otras cosas? ¿Cuáles se me ocurren?
- ¿Podría transmitir a mis compañeras algún conocimiento específico?

En plenaria se discutirán los resultados de las reflexiones. Para tal proceso, el o la facilitadora ubicará aprendizajes diferenciales sobre habilidades sociales, habilidades para el desarrollo del trabajo (en esto incluir el

trato con clientes, la supervivencia en el trabajo en calle y otras que se relacionen).

Realizará una síntesis de lo expuesto y planteará la pregunta en general: ¿Podríamos aprender de otras compañeras sobre prevención de VIH? ¿Qué podríamos aprender? ¿Qué podríamos enseñar?

Se explicará el concepto de educación entre pares, con un lenguaje sencillo pero preciso al respecto. La persona facilitadora explicará las generalidades del VIH/Sida, recogerá sus aportes enfatizando en el papel de las participantes en socializar con las que no han considerado la necesidad del uso del condón tanto con parejas como con clientes, así como su importancia en generar movilización para la prevención del VIH/Sida en los diferentes espacios.

Se utilizará el video sobre uso del condón para el cierre de actividad o, en su defecto, se hará la demostración con moldes anatómicos de su correcto uso.

Actividad 11. Podemos negociar - Podemos exigir

Objetivo: explorar y construir estrategias de negociación con clientes y parejas el uso del condón.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, cartulinas para usar metodología meta plan.

Descripción: para esta actividad se proponen dos alternativas, a saber:

Alternativa A:

Se pedirá a las participantes que formen grupos de cinco personas. Cada grupo tendrá la labor de realizar una puesta en escena de situaciones en donde se les ha

pedido mantener relaciones sexuales sin condón y las estrategias que han usado para conseguir el uso. Esto será tanto con sus parejas como con sus clientes. Si llegase a ocurrir que en el grupo no aparecen estrategias para negociar o conseguir el uso del condón en la práctica sexual, se les pedirá que presenten las preocupaciones que tuvieron en su momento o las razones por las que aceptaron no usarlo.

Los grupos presentarán las puestas en escena mientras el o la facilitadora escribirá en las cartulinas tanto las estrategias como las razones por las que no se usan.

Alternativa B:

Se desarrollará una plenaria general en la que las mujeres manifestarán las dificultades que tienen en la negociación del uso del condón así como las estrategias que ellas emplean para negociarlo tanto con sus clientes como con sus parejas.

Actividad general

El o la facilitadora explicará la necesidad del uso del condón como medida de prevención del VIH/Sida y de otras infecciones de transmisión sexual; asociará el uso del condón de las parejas a la construcción de género que hace que, en ocasiones, las mujeres renuncien al uso del mismo con sus parejas evidenciando los riesgos a los que se someten.

Es importante que se enfatice en la construcción de estrategias para la negociación con clientes, guiar la reflexión hacia cómo actuar en el momento en el que les ofrecen mayor cantidad de dinero por no usar el condón y cómo esto puede afectar su salud y podría repercutir en aumentar los costos económicos de su propia vida. Esta reflexión deber realizarse de manera cuidadosa sin llegar a estigmatizar la labor de la trabajadora sexual ni de las personas que viven con VIH.

Se explicarán las tres formas de transmisión del virus y el uso correcto del preservativo como las condiciones en que éste debe ser almacenado. Con este grupo es necesario enfatizar en la adquisición de condones de calidad con registros sanitarios y asegurarse que

aquellos que se adquieren por otras vías tales como vendedores y vendedoras ambulantes y/o los suministrados por los establecimientos que cumplan el mínimo de requisitos.

Para el cierre se pedirá a las participantes que, por medio de la técnica lluvia de ideas, construyan cuáles pueden ser esas estrategias para la negociación del uso del condón que puedan usar en diferentes momentos o situaciones.

Actividad 12. El amor no te protege

Objetivo: conducir la reflexión hacia la necesidad del uso del condón con parejas estables y frecuentes.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, frases en cartulinas previamente elaboradas.

Descripción: Se ubicarán las siguientes frases en el piso del salón (por favor, adecúe estas frases a las jergas usadas regionalmente) y se pedirá que cada una de las participantes tome una con la que se sienta más identificada cuando ha solicitado, sugerido o usado el uso del condón en relaciones con sus parejas frecuentes o estables; luego se le pedirá que se reúna con las otras compañeras que tienen cartulinas de los mismos colores. Las frases serán las siguientes.

Cartulinas azules:

- Si le pido que se ponga el condón, pensará que no lo uso con los clientes.
- Cuando le he sugerido que se lo ponga, me ha dicho groserías.
- Recuerdo que le dije “ponte el condón” y me dijo “¿es que no estás enamorada de mí?”.
- ¡Claro! me dices que me ponga el condón porque no

confías en mí.

- ¿Acaso no ves que aunque seas “puta” y todo, yo estoy contigo?, eso es porque te amo
- Deberías agradecer que confío en ti, tanto que ni siquiera pienso en ponérmelo.
- Seguramente sales con otra persona, por eso es que me lo pides.
- ¿Acaso no estás planificando? ¿Para qué quieres que me lo ponga?
- Esto me pasa solo por acostarme contigo, una mujer de bien no me lo pediría.
- Mejor ni le digo que se lo ponga, seguro me golpea.
- Me gustaría usar el condón en las relaciones sexuales con mi pareja, pero tengo temor que por eso me rechace.
- Cuando he logrado que se ponga el condón me ha tratado con violencia en la relación sexual.
- Me he acostado con él incluso estando cansada y sin deseo, por supuesto muchas veces sin siquiera usar el condón.
- Esa noche llegó borracho y tuve temor de pedirle que se colocara el condón.
- En ocasiones he tenido situaciones en donde me he dejado llevar por las ganas y, como es mi pareja, no lo he usado.

Cartulinas amarillas:

- Prefiero decir que me siento cansada, que estoy enferma, o simular que me quedé dormida porque sé que siempre que busca que tengamos sexo, quiere hacerlo sin condón.
- A veces uso estrategias, juego, le coqueteo para que lo usemos.
- Tengo miedo de una infección de transmisión sexual o del VIH, por eso siempre le exijo que lo usemos.
- Yo no sé qué cosas hace él mientras yo trabajo, yo prefiero pedirle que lo usemos.
- Pienso que es muy importante cuidarme, cuidar mi salud, no me importa si se enoja cuando le pido que usemos condón.
- Yo sé que tengo que mantenerme sana, por mí, por mis hijos y/o hijas, y porque —si no— no podré seguir trabajando; por eso le pido que lo use siempre.

- A veces me siento culpable por pedirle que use el condón pero lo tengo que hacer, conozco los riesgos.
- No me importa lo que piense, sé que si un día caigo enferma a él le va a dar igual, por eso siempre lo uso.
- Le he dicho mentiras que las pastillas anticonceptivas no me funcionan, por eso tenemos que usar condón.
- Estoy consciente que no usar condón con mi pareja o cualquier cliente aumenta mis probabilidades de infectarme, por eso siempre lo uso.

A cada grupo se le pedirá que se discutan las siguientes preguntas:

- Cada una debe decir el por qué se identificó con esa frase.
- Seguido a ello, deben pensar qué relación tienen las frases del grupo, a qué están haciendo referencia.
- Cuáles podrían ser las ideas que hacen que pensemos esto.

Se abrirá la plenaria empezando por el grupo de cartulinas azules y luego el de las cartulinas amarillas. La persona facilitadora sintetizará las principales conclusiones en los análisis de los resultados de las cartulinas azules, enfatizará en el reconocimiento de las condiciones estructurales de género que llevan a que se construyan relaciones de pareja en donde prima una actitud pasiva de las mujeres respecto a sus propios derechos y decisiones. También profundizará sobre la idea errónea de que el amor protege, que puede llegar a estar presente en muchas de las mujeres que participan. Al respecto de las cartulinas azules, se enfatizará en la conciencia del riesgo y el reconocimiento de otras condiciones contextuales que pueden llevar a ubicarse en una condición de vulnerabilidad.

También es importante que en este momento quien facilite el taller lleve a la reflexión de las participantes en torno a la construcción de conductas protectoras de los diferentes riesgos identificados.

Finalmente, se les pedirá que, personalmente, escriban en una hoja las razones que tienen para el uso o no del condón, ya sea con parejas o clientes. Al finalizar

el ejercicio se hará un cierre evaluando las posibles reflexiones a las que le ha llevado la actividad enfatizando en la necesidad de asumir compromisos frente al autocuidado.

Actividad 13. Vulner - habilidad

Objetivo: reconocer los factores de vulnerabilidad y fortalecer el reconocimiento de las diferentes habilidades de las participantes para transformar sus contextos.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, grabadora o reproductor de música y músicaailable.

Descripción:

Se pondrá músicaailable a las participantes y se les pedirá que bailen un poco. A medida que se cree un ambiente festivo, se les pide que cada una nombre sus habilidades, sus recursos y sus fortalezas. Esto se hará repetidamente hasta que cada una haya nombrado al menos tres. Se retira la música y el o la facilitadora pedirá que, en grupo, pongan en un pliego de papel o sobre el tablero esas habilidades mencionadas. Seguido a ello, reconocerá que se encuentra ante un grupo de mujeres que cuentan con muchas habilidades para afrontar situaciones difíciles o complejas.

Se pedirá ahora que en otro pliego papel periódico o en el otro lado del tablero, se escriban cuáles son esas cosas propias o del contexto que afectan su desarrollo personal (para esto es importante que se reconozcan los tres niveles de vulnerabilidad de los que se habló en las herramientas conceptuales y que se les lleve a la reflexión o identificación de estos).

Posteriormente, la persona facilitadora realizará una presentación sobre los niveles de vulnerabilidad sen-

cilla y precisa relacionando la conceptualización con lo identificado por ellas en el anterior paso.

Acto seguido, invitará a las participantes a relacionar aquellas condiciones de vulnerabilidad con las habilidades que reconocieron anteriormente y a responder cómo esas habilidades podrían fortalecer su respuesta a las condiciones y mejorar su situación particular.

El cierre del taller enfatizará en la agencia de las habilidades y el apoyo mutuo ante situaciones de vulnerabilidad para poder sortearlas y transformarlas.

Actividad 14. Nuestro top 10

Objetivo: construir, desde la experiencia, un decálogo de prácticas sexuales seguras como trabajadoras sexuales.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, videos o modelos anatómicos para demostración del uso del condón masculino y femenino.

Descripción:

El o la facilitadora explicará las generalidades del VIH/Sida; explicará en las formas de transmisión del mismo (para esto revise las herramientas conceptuales). Dentro de estas formas, enfatizará en aquella que tiene que ver con mantener relaciones sexuales no protegidas con una persona que viva con VIH.

Por medio de una lluvia de ideas, se explorará sobre las falsas creencias acerca de la transmisión del VIH/Sida en las relaciones sexuales. En esta lluvia de ideas es necesario preguntar qué se sabe, qué conocimiento hay de ellas. Para facilitar pedagógicamente el ejercicio, divida el tablero en dos para —en una parte— plasmar las falsas creencias y —al frente— la explicación

de por qué son falsas creencias. Por ejemplo, algunas de ellas tienen que ver con la no eyaculación, con realizar sexo oral, con mantener un tiempo específico el pene dentro de la vagina, entre otros. El o la facilitadora explicará cada una de ellas y buscará dar información precisa pero sencilla al respecto.

Se explicará el uso del condón femenino y masculino, dentro de lo posible, con moldes anatómicos y partiendo de la experiencia de las participantes. En su defecto, por medio de videos o explicaciones bajo otras metodologías.

Posteriormente se les pedirá que a manera individual resuelvan las siguientes preguntas:

- ¿Qué las motiva al uso del condón?
- ¿Qué las desmotiva en el uso del condón?
- ¿Cuáles creen que puedan ser otras ideas que se asocien para no usar el condón?

Se reunirán en dos grupos para compartir sus respuestas. Cada grupo realizará una propuesta de cuál podría ser el decálogo de prácticas sexuales seguras. Es importante que el o la facilitadora lleve a la identificación de las siguientes ideas:

- Podemos decir **NO** tanto con nuestros clientes como con nuestras parejas.
- Debemos usar siempre el condón.
- Más dinero puede implicar estar en una situación de mayor riesgo.
- El derecho a la salud es inalienable, debemos exigirlo.
- La prueba de VIH no es una sentencia de muerte es una posibilidad de vida.

Al finalizar el ejercicio en grupo se pondrá en común, se discutirá y —finalmente—, en un pliego de papel periódico, se construirá el decálogo de prácticas sexuales seguras.

De ser posible, este se reproducirá en un formato pequeño para ser entregado en el próximo taller como un producto producido por ellas mismas para el desarrollo de la prevención del VIH/Sida.

Actividad 15. De la discrimin – a la acción

Objetivo: visibilizar aquellas situaciones de discriminación y estigma construyendo conjuntamente forma de enfrentarlas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Por medio de una lluvia de ideas, se solicita a las participantes expresar sus ideas sobre las categorías “estigma” y “discriminación”. El o la facilitadora tomará nota en el tablero o papelógrafo. Posteriormente, aclarará la diferencia entre los dos conceptos.

Se pide a las participantes reunirse en cuatro grupos. Cada grupo construirá un cuento o una historieta en donde se visibilicen situaciones de discriminación y estigma a las que se ve expuestas como trabajadoras sexuales y/o mujeres.

Luego se rotarán los cuentos entre dos grupos y se les pedirá que, entre todas, reconstruyan el cuento desarrollando estrategias en donde se reconozcan sus capacidades para afrontar tales situaciones.

Los grupos socializarán los cuentos originales y los cambios que les han propuesto.

Al cierre del taller, el o la facilitadora enfatizará en la posibilidad de enfrentar las situaciones de discriminación a partir de acciones individuales y colectivas.

Actividad 16. Agenciando la Vulner - habilidad

Objetivo: reconocer los factores de vulnerabilidad y fortalecer el reconocimiento de las diferentes habilida-

des de las participantes para transformar sus contextos.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, fichas de cartulina.

Descripción:

Para iniciar el taller, se explicará el concepto de vulnerabilidad expuesto en las herramientas conceptuales. Posteriormente, el o la facilitadora entregará a cada una de las participantes varias fichas bibliográficas de tres colores.

Se les pedirá a las participantes que, de manera individual, escriban en las fichas de acuerdo con la instrucción del facilitador o facilitadora —una a una— las respuestas a las siguientes preguntas. Al terminar de responder, cada uno de los paquetes de preguntas por color se les pedirá que se acerquen a la caja de cartón que estará sellada e inserten allí sus respuestas.

Primer paquete de fichas:

- Qué información tengo sobre el VIH/Sida.
- ¿Creo que soy vulnerable al VIH/Sida? Sí – No, ¿por qué?
- ¿Cómo enfrento las diferentes situaciones en las que creo que puedo ser vulnerable al VIH?
- Cuando he recibido información sobre VIH/Sida, ¿esto ha hecho que cambie algunas de mis conductas o prácticas sexuales?
- ¿Encuentro interesante compartir información con mis compañeras o con mi pareja sobre lo que voy escuchando en torno al VIH/Sida o, por el contrario, creo que es un tema que no me interesa?
- ¿Me mantengo informada sobre lo que ofertan los servicios de salud? ¿Participo de ellos? Sí o no, ¿por qué?

Segundo Paquete de fichas:

- Cuáles considero que son las condiciones de mi entorno a nivel económico, social, cultural, que puedan hacer que sea más o menos vulnerable al VIH.
- ¿Considero que existen condiciones de vulnerabilidad con relación a las instituciones? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son estas?
- ¿Hay algunos factores sociales que usted considere como “causantes” de condiciones de vulnerabilidad frente al VIH/Sida?

Tercer Paquete de fichas:

- ¿Conoce o participa de algún programa de prevención, control y asistencia al VIH/Sida?
- ¿Siente que existe reconocimiento de su realidad como trabajadora sexual por las diferentes políticas de atención? ¿Sí? ¿No? ¿Por qué?

Luego de esta dinámica, se abrirá la caja con las tarjetas. En tres grupos se repartirán las tarjetas por colores y, a cada grupo, se le pedirá identificar cuáles son sus habilidades para poder responder a aquellas condiciones que identificamos en las respuestas que se tienen que atender.

Finalmente, se desarrollará una plenaria con las principales conclusiones del ejercicio resaltando las habilidades de las participantes para superarlas o gestionarlas.

Actividad 17. Me Red-laciono

Objetivo: revisar las actuales condiciones de relacionamiento así como las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres para el enfrentar diferentes situaciones de discriminación o violencia.

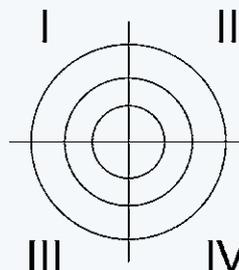
Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, mar-

cadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Se le entregará a cada una de las asistentes una hoja dibujada con el siguiente gráfico.



I. Personal – Familiar, II. Laboral, III. Social, IV. Institucional.

El objetivo es que en cada uno de los cuatro cuadrantes puedan ubicar a las personas, instituciones, organizaciones, que sienten más cercanas a sus vidas, siendo ellas el centro, en cada uno de los aspectos:

Luego de que hayan realizado el ejercicio, se pedirá responder las siguientes preguntas:

- A qué personas de las que están en mi red puedo acudir en el momento en que lo necesiten.
- Qué personas de quienes han estado en mi historia de vida me gustaría incluir en esta red y por qué no lo están.
- Quiénes creo que podrían empezar a estar en esta red y no he considerado hasta este momento.

El o la facilitadora, luego que se termine el ejercicio, explicará la importancia de las redes en diferentes momentos, específicamente aquellos en donde se necesite apoyo para la atención o respuesta a la vulneración de algún derecho. Así, se llevará a pensar en el fortalecimiento de algunas áreas cuando otras se ven debilitadas o cuando se concentra la relación en el área personal y se tienen escasas relaciones en las otras áreas lo que, en algunas ocasiones, favorece la emergencia de violencias al interior de la familia.

Se propiciará un espacio entre el grupo de participantes para identificar a aquellas personas que en lo laboral y lo social aparecen en varias redes para poder generar a través de ellas mayores informaciones y posibilidades de atender diferentes situaciones, circular información, entre otros.

Será importante que en este taller se informe de las redes con las que cuentan a nivel institucional para el trámite de las diferentes denuncias.

Actividad 18. Pensando en mi Pareja

Objetivo: reconocer creencias que puedan existir y que puedan llegar a favorecer la perpetuación de la violencia en pareja, así como fortalecer la creación de acciones para actuar frente a ella.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, frases previamente elaboradas para la identificación de la violencia.

Descripción:

Como primera actividad³, el o la facilitadora invitará a organizar grupos de cinco personas. Cada una recibe una frase asociada a la violencia y se encargará de discutir si es verdadera o falsa. Cada grupo presentará las frases ya clasificadas, explicará su posición y el debate por el que llegaron a tal y se abrirá la discusión para que aquellas que no se encuentren de acuerdo participen en la discusión.

El o la facilitadora recogerá las impresiones en el papelógrafo o en el tablero pegando cada frase y escribiendo sus argumentos y contra-argumentos al respecto.

Se proponen las siguientes frases:

- Todos los hombres son violentos.
- No merezco que me traten con violencia en ninguna situación.
- Se es violento solo cuando se golpea.
- Si te violan es porque te lo buscaste.
- El hombre no puede controlar sus impulsos cuando se excita, por eso viola.
- Si tu pareja te obliga a tener relaciones sexuales con él o ella, es una violación.
- Los hombres violentos son siempre vagos, pobres o alcohólicos.
- Si me violan es mejor no denunciar.

Posterior a esto, el o la facilitadora hará la explicación sobre las formas de violencia y la necesidad de identificar esas formas de violencia en las relaciones de pareja. Esta explicación permanecerá visible en el tablero o papelógrafo durante el desarrollo del siguiente ejercicio.

Se les pedirá a las participantes que escriban una carta dirigida a sí mismas en donde cuenten cómo es su relación de pareja, qué se dicen, cómo se demuestran el afecto, cómo solucionan sus disputas, cómo se sienten en esa relación, qué lugar sienten que tienen en la relación, qué les gustaría que fuese diferente, qué les gustaría que no cambiara. En el caso que no la tenga, se les pedirá que describan en la carta la última relación que tuvieron.

Cuando acaben de escribir las cartas, cada una la leerá e identificará, de acuerdo con lo discutido en la explicación sobre violencias, cuáles de ellas están presentes en estas relaciones.

Se abrirá la plenaria para que se hable de aquellos tipos de violencia identificados en las relaciones sin llegar a profundizar en los hechos ni en las personas —solo la situación— y se construirá entre todas alternativas para enfrentar a esas situaciones. El o la facilitadora explicará aquellas rutas de atención presentes en el territorio a las que puedan acudir a denunciar estas situaciones.

³ Esta parte de la actividad se retoma del libro *Un movimiento de tacones altos de la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe*.

ACTIVIDADES PARA LA SENSIBILIZACIÓN

Actividad 1. ¡¡¡En esta calle se tira seguro!!!

Objetivo: sensibilizar en torno a factores de riesgo asociados al inapropiado uso del condón o la ausencia de uso de este.

Tiempo: jornadas completas, mañana, tarde y noche.

Materiales/Equipos: Pendón con slogan de campaña, sillas, carpa pequeña, condones masculinos, volantes con explicación de uso de condón e invitación a APV, condones y lubricantes.

Descripción:

Se entregará a las personas que se acerquen al stand, un condón con un volante explicativo de su uso. Quien realice la entrega, enfatizará en la necesidad del uso del mismo **EN TODAS** las relaciones sexuales que mantenga e invitará a acercarse a sus entidades promotoras de salud a solicitar la realización de la prueba voluntaria.

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. Visita a dueños y/o dueñas de establecimientos en donde se desarrolla el trabajo sexual

Objetivo: sensibilizar a quienes desarrollan la administración de los espacios sobre la necesidad de suministrar o tener a disposición condones certificados por INVIMA a las trabajadoras sexuales, como parte de sus derechos.

Tiempo: Jornadas completas, mañana, tarde y noche.

Materiales/Equipos: condones, información de la estrategia de educación, información y comunicación.

Descripción:

En las visitas a las personas que administran los diferentes lugares, se hará énfasis en la necesidad de garantizar los derechos de las trabajadoras sexuales, de suministrar o disponer de condones de calidad para ellas y sus clientes. Se incidirá también en el reconocimiento de su ciudadanía y su capacidad de acción y agencia. En estas visitas, se entregarán materiales para

la prevención del VIH desde estrategias comunicativas. Se recordará que el carné de salud no es un requisito para el desarrollo del trabajo sexual.

Actividad 4. Cuando me señalas, te señalas

Objetivo: sensibilizar en torno a la discriminación realizada a las trabajadoras sexuales por el desempeño de su oficio.

Tiempo: jornadas completas, mañana, tarde y noche.

Materiales/Equipos: pendón con slogan de campaña.

Descripción:

Con los materiales producidos en taller, se buscará la construcción de un póster gigante (caricaturas) que visibilice aquellas acciones de discriminación de las que son objeto las trabajadoras sexuales. Este será ubicado en un lugar visible, preferiblemente de paso común y cotidiano de personas de la comunidad. Esta actividad puede tener varias formas de realizarse. Lo importante es usar espacios amplios de circulación de muchas personas y no necesariamente que estén asociados al desarrollo del trabajo sexual.

Es importante fortalecer el reconocimiento de las trabajadoras sexuales como mujeres en la plenitud de sus derechos.

Actividad 5. Tinto a la calle

Objetivo: sensibilizar en la necesidad del uso del condón en todas las relaciones.

Tiempo: a cualquier hora.

Materiales/Equipos: carro de café u olla grande con bebidas que se instale en la mitad de la calle, condones masculinos y femeninos, volantes con explicación de uso de condón e invitación a APV.

Descripción:

Se ofrecerá tinto a las personas que circulen por la calle, tanto trabajadoras sexuales como clientes. Al ofrecer el café o bebida fría —según el clima en que se desarrolle la actividad—, se le enfatizará en el uso del condón, se entregarán algunos preservativos y se explicará de —manera informal y precisa— algunas características del virus. Se sugiere contar, por ejemplo, acerca de la prueba, que es voluntaria, no tiene costo y es confidencial.

Actividad 6. Distribución de condones en calle y establecimientos en donde se desarrolle el trabajo sexual

Objetivo: sensibilizar sobre la importancia del uso del condón en todas las relaciones sexuales.

Tiempo: jornadas mañana, tarde, noche y madrugada.

Materiales/Equipos: condones, recurso humano.

Descripción:

Se realizarán acercamientos a las trabajadoras sexuales en sus lugares de trabajo. En ese instante, se les brindará información básica sobre la importancia del uso del condón en todas sus relaciones sexuales incluyendo con sus parejas estables o frecuentes.

Actividad 7. Puesta en escena

Objetivo:

sensibilizar sobre las condiciones de discriminación a las que se ven expuestas las trabajadoras sexuales buscando generar cambios al respecto.

Tiempo: jornadas mañana, tarde, noche.

Materiales/Equipos: recurso humano, espacios de circulación cercanos a los lugares de trabajo.

Descripción:

Se realizarán pequeñas puestas en escena sobre las diferentes situaciones de discriminación hacia las trabajadoras sexuales. Estas escenas tendrán las siguientes características: serán de corta duración, no tendrán sonido, se planteará la situación y se resolverá de manera favorable atacando las acciones de discriminación.

Actividad 8. Preparando el camino

Objetivo: presentar las situaciones a las que se enfrentan de manera diferencial las mujeres trabajadoras sexuales cuando acuden a los servicios de salud.

Tiempo: el momento específico.

Materiales/Equipos: recurso humano, matriz de identificación de necesidades realizadas, puntos de negociación.

Descripción:

Con base en los insumos producidos en los talleres y con el trabajo mancomunado con lideresas identificadas en el trabajo grupal, se guiará definirán algunas de las necesidades particulares respecto al acceso a los servicios de salud; esto, con el fin de empezar a gestionar con las unidades de atención al usuario del centro de salud más cercano a la zona, un acercamiento en donde tales necesidades puedan ser planteadas y discutidas, y, eventualmente generar cambios al respecto.

Esta actividad deberá desarrollarse al finalizar el proceso y requiere de la realización de reuniones previas del equipo facilitador y los centros de salud donde se logre la negociación de esas necesidades.

Actividad 9. Encontrándonos

Objetivo: fortalecer la construcción de espacios de encuentro de las trabajadoras sexuales que posibiliten la consolidación de red.

Tiempo: el momento específico.

Materiales/Equipos: recurso humano, chocolate, pan, queso, salón espacioso, grabadora o reproductor de música.

Descripción:

Se invitará a las asistentes a compartir un espacio informal para charlar y compartir unas onces, o medias nueves, o un café.

En un espacio cerrado, se dará la oportunidad de que se conozcan unas a las otras. Mientras se desarrolla tal momento, el equipo facilitador las invitará a sentarse y a hablar sobre las condiciones estructurales de su contexto y a pensar en cómo estas pueden ser modificadas, se enfatizará siempre en la posibilidad de organizarse para realizar exigencias y cambios en el mismo.

Actividad 10. Participando

Objetivo: fortalecer el empoderamiento de trabajadoras sexuales que manifiesten interés tanto en la prevención de VIH, como en la organización.

Tiempo: jornadas mañana, tarde, noche, madrugada.

Materiales/Equipos: recurso humano del equipo facilitador como lideresas, condones, etc.

Descripción:

Luego de identificar tanto a lideresas tradicionales y emergentes, el equipo facilitador las invitará a impulsar la entrega de condones en una jornada. Para tal efecto, se les pedirá que diseñen todos los aspectos logísticos como de contenido. El objetivo es que ellas empiecen a asumir el desarrollo de las acciones de prevención y favorezcan el inicio de un proceso educativo de pares.

BANCO DE RECURSOS Y DATOS

Páginas Web de información sobre trabajadoras sexuales y documentos relacionados con VIH:

Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica

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

Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Estudio de comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales en Cuatro Ciudades de Colombia.

http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/CorportamiTSweb.pdf

http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/ProtocoloTSweb.pdf

Programa Conjunto de la Naciones Unidas para el trabajo en VIH/ Sida.

<http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/SexWorkers/default.asp>

Portal de Organizaciones y Red de trabajo en VIH.

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

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>

Sentencia 629/10 Corte Constitucional de Colombia.

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm>

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 ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES**

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 Carta habitante de calle 6 No sé No tengo

5. ¿Cual es su nivel de educación?

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

6. ¿Actualmente tiene otro trabajo?

- Sí No ¿Cuál? _____

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

- Masculino Femenino Otro ¿Cuál? _____

8. Siente usted deseo sexual y afecto frecuentemente hacia:

- Mujeres Hombres Mujeres y/o Hombres sin distinción
- Otro, ¿Cuál? _____

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

- No sabe No responde

10. ¿Esa primera relación sexual fue con?

- Hombre Mujer Otro ¿Cuál? _____

11. En esa primera relación sexual ¿usaron condón?

- Sí No

12. Con cuántos clientes tuvo relaciones sexuales el último día que trabajó

N.º _____

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

Sí

No

14. Si no lo utilizó ¿cuáles fueron las razones?

Al cliente no le gusta

El cliente estaba bajo efectos de alcohol

El cliente estaba bajo efectos de droga

El cliente ofrece pagar por no usarlo

Se habían terminado

Son difíciles de conseguir

Es un cliente conocido y continuo

Son muy caros

Otro,

¿Cuál? _____

II. INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/Sida

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

Sí

No

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

Televisión

Radio o prensa

Familia

Instituciones de salud

Amigos

Establecimiento educativo

Campañas

ONG/Fundación

Agencias de cooperación

Otro

¿Cuál? _____

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

- Sí No

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

- Hospital / Centro de salud Clínica/Medicina prepagada ONG/Fundación
 Iglesias 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? (Es decir durante toda la relación).

- 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 infectado/a?

- Sí No No sabe

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

- Sí No No sabe

III. INFORMACIÓN SOBRE COMPORTAMIENTO

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

- Sí No

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

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A la pareja no le gusta | <input type="checkbox"/> Son caros |
| <input type="checkbox"/> A usted no le gusta | <input type="checkbox"/> Cree que disminuye lo que siente |
| <input type="checkbox"/> Siente vergüenza de pedir el condón | <input type="checkbox"/> Confía en la fidelidad de su pareja |
| <input type="checkbox"/> Son difíciles de conseguir | <input type="checkbox"/> No consiguió en este momento |
| <input type="checkbox"/> Estaba bajo los efectos de las drogas | <input type="checkbox"/> La pareja estaba bajo los efectos de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Desea tener un hijo | <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____ |

3. Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones:

- | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tienda | <input type="checkbox"/> Farmacia/droguería |
| <input type="checkbox"/> Supermercado | <input type="checkbox"/> Centro salud/hospital | <input type="checkbox"/> Centro nocturno/reservado |
| <input type="checkbox"/> Clínica privada/consultorio | <input type="checkbox"/> ONG/Fundación | <input type="checkbox"/> Tienda de artículos para sexo |
| <input type="checkbox"/> Residencia/hotel/motel | <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____ | |

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

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

- | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tienda | <input type="checkbox"/> Farmacia/droguería | <input type="checkbox"/> Supermercado |
| <input type="checkbox"/> Centro salud/hospital | <input type="checkbox"/> Centro nocturno/reservado | <input type="checkbox"/> Clínica privada/consultorio |
| <input type="checkbox"/> Residencia/hotel/motel | <input type="checkbox"/> Tienda de artículos para sexo | |
| <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____ | | |

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

N.° _____ Ninguna

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

Pareja hombre Pareja mujer

Otro, ¿Cuál? _____

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

Edad _____

9. La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero ¿usaron 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 Por solicitud de una ONG

Por que una de sus parejas sexuales vive con el VIH

Porque un conocido o familiar murió por VIH

Otro, ¿Cuál? _____

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

- Sí No

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

- Centro de Salud Hospital Clínica ONG
 Banco Sangre Laboratorio particular En una campaña Otra,

¿Cuál? _____

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

- Sí No

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

- Sí No

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

- Sí No

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

- Sí No

V. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1. Cuando recibe servicios médicos, ¿considera necesario ocultar que es una trabajadora sexual?

- Sí No

2. Cuando recibe servicios médicos, ¿tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica que usted es una trabajadora sexual?

- Sí No

3. ¿Alguna vez ha sido víctima de algún tipo de maltrato físico, verbal, psicológico en los servicios de salud por ser una trabajadora sexual?

Sí No

4. ¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o la ha ofendido por ser trabajadora sexual?

Sí No

5. ¿Cree usted que una mujer trabajadora sexual que vive con VIH es discriminada?

Sí No

6. Si una de sus compañeras trabajadoras sexuales vive con VIH, ¿usted la rechazaría?

Sí No

VI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

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

Sí No No sabe

Si la respuesta es sí, mencione ¿Cuál? _____

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

GRACIAS

GLOSARIO

Adherencia

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

Anticuerpo

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

Antirretroviral (ARV)

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

Asintomático(a)

Sin señas ni síntomas obvios de enfermedad.

Cierre conceptual

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

Coinfección

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

Contagioso(a)

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

Infección de transmisión sexual (ITS)

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

Enfoque

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

Epidemia

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

Epidemiología

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

Estereotipos

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

Exigibilidad

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

Exposición ocupacional

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

Género

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

Identidad de género

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

Imaginarios

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

Incidencia

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

Infección

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

Inmunidad

Protección o resistencia a las enfermedades.

Inmunitario

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

Inmunocompetente

Capacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal.

Inmunodeficiencia

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

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

Inmunodeficiente

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

Inmunodepresión

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

Intervención

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

Orientación Sexual

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

Pandemia

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

Pareja Serodiscordante

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

Parenteral

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

Perinatal

Período inmediatamente anterior y posterior al nacimiento.

Personas Trans

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

Perspectiva

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

Posnatal

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

Prenatal

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

Prevalencia

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

Transmisión Perinatal

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

Profilaxis

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

Prueba rápida

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

Prueba Western Blot

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

Rol

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

Sexo

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

Sexualidad

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

Síndrome

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

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

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

Sistema patriarcal

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

Virus de la hepatitis B (VHB)

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

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia 629/10 [documento en línea] http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm#_ftn55

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

Decreto 1543 de 1997, [documento en línea] <http://www.minproteccion-social.gov.co/Normatividad/DECRETO%201543%20DE%201997.pdf>

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

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

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

GOFFMAN, E.: Estigma. *La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu. [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*. p. 201. <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 POBLACIONES DE NACIONES UNIDAS: *Comportamiento Sexual y prevalencia del VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia*. 2009. p. 16.

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

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

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

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

PARKER, R., 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.

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

RedTraSex: *Entre nosotras, asesoría y prueba voluntaria VIH/Sida*. Herramientas para trabajadoras sexuales. Buenos Aires. 2008.

Sitios web

