



Fundación Savia
La fuerza de la vida

***INVESTIGACIÓN DE MONITOREO Y VALORACIÓN DE
LA POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
INTEGRAL DEL VIH Y SIDA DESDE LA POBLACIÓN
HOMO -BISEXUAL.***

**Observatorio de Políticas Públicas en VIH y SIDA y
Derechos Humanos
2012**

Presentación.

El presente documento da cuenta de la investigación correspondiente al monitoreo y valoración de la Política Pública de Prevención y Atención Integral del VIH y SIDA desde la Población de hombres homo/bisexuales. Dicho proceso contó con la colaboración de un grupo de hombres homosexuales con amplia experiencia en estas temáticas.

Como objetivo general, la investigación se propuso observar y conocer la resonancia de la aplicación del término HSH como concepto epidemiológico, así como su utilización y efectividad en el diseño de las políticas y acciones propuestas por la Respuesta Nacional para abordar la prevención con dicha población. Por otra parte, se propuso recoger las percepciones sobre la aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud, tanto desde el sector de público como privado.

El marco conceptual teórico de esta investigación se construyó a partir de una revisión bibliográfica, que en un primer momento se centró en la búsqueda etimológica del concepto HSH y su aplicación en el campo epidemiológico del VIH y SIDA. Seguidamente se revisaron las políticas y programas preventivos dirigidos a la población homo-bisexual desarrollados en Chile, a la luz de las recomendaciones y directrices de los Organismos Internacionales (ONUSIDA, UNGASS); datos epidemiológicos y de prevalencia vigentes para nuestro país. Finalmente, se investigó sobre las características de la construcción sociocultural en la utilización del concepto HSH en América Latina.

Para el levantamiento de datos se realizaron dos conversatorios con la participación de un número aproximado de 24 personas, todos ellos hombres Homosexuales que durante años han estado vinculados al trabajo directo con esta población, tanto desde Organizaciones homosexuales como desde Agrupaciones de personas que viven con VIH.

En dichos espacios, se recogieron las percepciones sobre la utilización del concepto HSH en el diseño de políticas públicas, sus alcances y efectividad. Se profundizó también en el nivel de identificación con dicho concepto, así como con el significado y representación que éste tiene para las personas. Además se discutió sobre la efectividad de las acciones preventivas dirigidas a población HSH que se han desarrollado en los últimos años en nuestro país <principalmente las campañas de comunicación social de prevención y otras intervenciones como la consejería>. Para finalizar, se propuso un análisis profundo sobre la realidad de los hombres homosexuales VIH positivos que se atienden en los Programas de Atención Integral del Sistema Público y Privado de Salud, tratando de rescatar los principales avances y las dificultades que a las que se ven enfrentados en lo cotidiano.

La información obtenida fue analizada por el equipo, sirviendo como insumos para la elaboración de conclusiones, desafíos y recomendaciones pertinentes para fortalecer las acciones y las políticas dirigida a esta población.

Estructura del documento.

I.- Antecedentes	5
II.- Políticas y Programas en VIH y SIDA	7
III.- Observaciones a la situación del VIH y SIDA de la población HSH	
III.1.- Panorama mundial desde la óptica de ONUSIDA	11
III.2.- Situación Epidemiológica Nacional	13
III.3.- Datos Nacionales sobre prevalencia del VIH y SIDA en población HSH	15
IV- Características de la construcción sociocultural en la utilización del concepto HSH	16
V.- Levantamiento de información y análisis de resultados	19
VI.- Conclusiones, desafíos y recomendaciones	34
VII.- Bibliografía	41

I.- ANTECEDENTES

Para la comprensión y análisis de este estudio es necesario hacer una aproximación al concepto HSH, instalado desde el área de salud como una categoría epidemiológica, y sobre el cual se diseñan las políticas públicas del VIH en nuestro país. Luego de esto, consideramos necesario profundizar en aspectos socioculturales de la comprensión, significación simbólica y la internalización por parte los distintos actores que hoy día se ven afectados por el VIH y SIDA.

A partir de la revisión bibliográfica, todos los autores coinciden en que el concepto HSH emerge para definir, en términos generales, a todo hombre que mantiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo.

El concepto HSH surge a mitad de la década de los 90, y *“...es utilizado para evitar la estigmatización de las personas homosexuales al asociarlas con el VIH y SIDA”*. Sin embargo, se deja de manifiesto que al acuñarlo *“...se obviaron factores fundamentales para entender la expansión de la infección”*, refiriéndose con ello, a las circunstancias en las que ocurre la exposición al riesgo, las preferencias sexuales y la importancia de la identificación con que se reconocen los sujetos. Por su parte, se observa que en la década del 2000, su aplicación se ha extendido al uso corriente cuando se abordan temáticas relacionadas a las *“minorías sexuales”*. Además, se dan algunas razones que se conjugaron para generalizar su uso: *“...por un lado necesidades de carácter epidemiológico, y por otro, los argumentos provenientes de la doctrina del construccionismo social”, dentro de los cuales se afirman que las “sexualidades” son producto de las condiciones sociales”* (Foreman & Young; S/F).

Por otra parte Manuel Antonio Valendia, en su documento presentado en el Taller Latinoamericano y Caribeño *“Prevención del VIH/SIDA desde la perspectiva socio cultural”*, afirma que según Rafael Martín, asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la definición del concepto de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) es una categoría epidemiológica que se hizo necesaria, dado que muchas personas que no asumían su condición homosexual por miedo a la discriminación, y que además *“El HSH es un concepto que se concentra en la actividad sexual más que en una identidad”*, justificado que *“el deseo y la atracción son experiencias subjetivas que pueden o no manifestarse”* (Valendia; 2009).

Dentro del contexto chileno, algunos autores han observado una discontinuidad entre identidades y prácticas homoeróticas. Un ejemplo claro es la constatación de la subdeclaración de prácticas homo-bisexuales masculinas dentro de la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, donde se constata una incoherencia con los datos epidemiológicos de la transmisión del VIH en términos de la declaración de categoría de exposición sexual que, por ejemplo, en 1999 en Chile, planteaba que un 71% de casos correspondía a hombres homo-bisexuales. (Guajardo; 2002)

A partir de este contexto, es posible reconocer que desde el momento en que se comienza a utilizar el concepto HSH, se han generado diversas discusiones y confusiones para su comprensión y aplicación. Una de estas confusiones, es la contraposición de esta categoría epidemiológica con las categorías sexológicas de las identidades sexuales, referidas a la identidad de género y la identidad de orientación sexual. Además, dificulta la inclusión de personas que han transitado en su identidad de sexo. Por otra parte, presentaría dificultades en el diseño e implementación de estrategias educativas, de promoción y prevención del VIH y SIDA, e incluso de acciones de carácter asistencial dirigidas a esta población.

Si bien muchos autores siguen afirmando que el uso de la terminología HSH es muy clara para describir la identidad, personalidad y actividad sexual de los hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres, es a lo menos es cuestionable, dado que se incluye en un todo homogéneo a personas con identidad y orientación heterosexual; homosexual; bisexual; travestis y transgéneros, en donde su única particularidad común es el tipo de prácticas sexuales que realizan.

II.- POLÍTICA Y PROGRAMA EN VIH Y SIDA EN POBLACION HOMOBISEXUAL

La respuesta política y programática al VIH/SIDA en Chile se enmarcan en las Políticas de Salud vigentes y los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales; el concepto de Acceso Universal; y los principios éticos del derecho a la vida, el respeto a los valores y creencias de las personas, el derecho a la decisión en conciencia libre e informada, el respeto por la dignidad de las personas, el derecho a la privacidad y la confidencialidad, la no discriminación, la solidaridad y el derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles científicamente comprobados como efectivos. En tanto, los principios políticos de la Respuesta Nacional son equidad, descentralización, intersectorialidad y participación (UNGASS-Chile, 2012).

La Estrategia Nacional de Prevención que promueve y desarrolla el Programa de Prevención y Control del SIDA y las ITS tiene el objetivo de incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan tanto la transmisión del VIH, las infecciones de transmisión sexual y la discriminación de las personas en situación de vulnerabilidad.

Todas sus líneas de acción se fundamentan en estudios epidemiológicos, comportamentales, socioculturales y de opinión, en la vigilancia epidemiológica y en el uso de otras fuentes de información, que permiten mantener un sistema activo de evaluación y retroalimentación para su diseño y ajuste.

La estrategia se orienta principalmente a promover comportamientos sexuales seguros, y se implementa a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en los niveles individual, Grupal Comunitario, Masivo e Intersectorial. (WEB-MINSAL; S/F)

El enfoque de prevención de la Respuesta Nacional se basa en dos ejes centrales que actúan en forma complementaria. El primer eje hace referencia a la “gestión del Riesgo”, dirigiendo su mirada hacia las conductas individuales, y en particular a las “Conductas de Riesgo” que llevan a las personas a exponerse a adquirir el VIH y/o una ETS, considerando que la predominancia en Chile de la exposición al VIH es la vía sexual. (CONASIDA- MINSAL; 2006)

La respuesta preventiva al riesgo desde este enfoque, se entiende como el conjunto de fenómenos emocionales, intelectuales, actitudinales y conductuales involucrados en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias de autocuidado. Constituyéndose en un proceso dinámico, que implica una reevaluación permanente, en la medida que la situación de vida de las personas cambia.

El segundo enfoque hace referencia y aplica el “Enfoque de las Dimensiones de la Vulnerabilidad” (CONASIDA- MINSAL; 2006)¹, considerando que las conductas de las personas se dan dentro de un contexto sociocultural amplio, en donde influyen diversos factores transversales de la vida cotidiana y que están determinados por situaciones de diversas índoles - individuales, sociales y políticos - que facilitan o dificultan la exposición al riesgo.

“Ser vulnerable en el contexto del VIH/SIDA y las ETS significa tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir el virus del VIH o una enfermedad de transmisión sexual. En este sentido, el abordaje de la Vulnerabilidad se relaciona con el imperativo de abordar las inequidades y desigualdades sociales que determinan el insuficiente o nulo control de las personas sobre sus capacidades preventivas. Por su complejidad, el trabajo sobre la vulnerabilidad requiere de una visión multidisciplinaria, y de la construcción de estrategias con modelos flexibles y adecuados a la situación real”. (CONASIDA- MINSAL; 2006)

Con la aplicación de ambos enfoque preventivos, se han generado “categorías operativas” para la focalización de las Políticas Públicas, lo cual se viene aplicando en Chile desde 1997, tanto a través del Programa Nacional, como en los Planes Regionales: *“...Su principal énfasis se ha centrado en la ejecución de intervenciones preventivas y el abordaje de la no discriminación, por parte de organizaciones sociales con trabajo en las poblaciones destinatarias, a través de metodologías entre pares”.* (CONASIDA- MINSAL; 2006)

Los criterios aplicados para lograr la focalización consideran el reconocimiento de personas o grupos de personas que se ven afectados por los mismos factores de vulnerabilidad; la incidencia del VIH y ETS; la información epidemiológica; los resultados de estudios comportamentales; y la

¹ Las dimensiones señaladas en dicho enfoque corresponden a los Niveles Individual; Social; Económico y Político.

participación multidisciplinaria en la construcción de modelos de intervención flexibles y adecuados a cada la realidad.

Surgen así dos grandes grupos como resultado de la aplicación de criterios centrados en categorías epidemiológicas: las Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP), en donde además prevalece su comportamiento sexual y dentro del cual se señalan en primer lugar a los grupos de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) y la población Homo Bisexual; y las Poblaciones Vulnerables Emergentes (PVE), donde además se considera el carácter sociocultural.

Para el trabajo con las PVP, la Respuesta Nacional de prevención del VIH ha privilegiado la consecución de dos objetivos:

- Profundizar el conocimiento y comprensión de las condiciones de vulnerabilidad que afectan el autocuidado y la prevención de la transmisión del VIH y las ETS para mejorar la pertinencia y resultados de las intervenciones.

- Ampliar el alcance y cobertura de las intervenciones preventivas, utilizando metodologías innovadoras y facilitando el acceso a nuevas poblaciones destinatarias y personas.

Los dos grandes ámbitos para la aplicación de las metodologías de intervención, son la investigación local, que incluye acciones dirigidas a profundizar el análisis, sistematizar las experiencias, mejorar los diagnósticos y ampliar la comprensión de la vulnerabilidad de éstas; y las intervenciones en Prevención del VIH y las ETS en Poblaciones Focalizadas, que incluye acciones dirigidas a desarrollar proyectos de prevención, ya sea a través de intervenciones específicas que profundicen y den continuidad a prácticas exitosas, o la implementación de Modelos de Intervenciones Preventivas Innovadoras, además del fortalecimiento de capacidades institucionales y organizacionales.(CONASIDA- MINSAL; 2006)

Otras áreas del Ministerio de Salud que se involucra directamente en la implementación de la Respuesta Nacional de prevención del VIH son: (UNGASS-Chile; 2012)

- **Las Autoridades Sanitarias Regionales**, como entidades que tienen la responsabilidad de las acciones de promoción y la ejecución de la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP), a través de los Planes Regionales de Salud Pública, que se caracterizan por ser intersectoriales, participativos y adecuados al perfil epidemiológico local. Además de velar y monitorear el cumplimiento de las normativas ministeriales en la materia, tanto a nivel de la Red Asistencial Pública como Privada y de evaluar el impacto de las acciones en el nivel regional, basado en las directrices emanadas y monitoreadas desde el nivel central.

- **La Subsecretaría de Redes Asistenciales**, representada localmente por los 29 Servicios de Salud; son el referente central en cuanto a la atención, tratamiento y apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA. Se organizan en 33 Centros de Atención Integral a PVVIH a lo largo del país y están insertos en el nivel Secundario de Atención. En ellas también radica la responsabilidad de la promoción y prevención primaria y secundaria que se realizan en los programas a nivel de Atención Primaria de Salud (APS).

- **El Instituto de Salud Pública del Ministerio de Salud**, como Centro de Referencia Nacional encargado de la confirmación de los resultados VIH positivos de todo el país y del estudio de la infección pediátrica, cumpliendo un rol central en los procesos de diagnóstico de laboratorio.

- **La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)**, instancia encargada de proveer e intermediar la gestión de compras de los establecimientos de la Red Asistencial, cumpliendo un rol fundamental para el Programa en lo que refiere a provisión de ARV y preservativos para los beneficiarios del sector público de salud.

- **El Fondo Nacional de Salud (FONASA)**, quien es el asegurador público y cumple la función de garantizar, monitorear y evaluar el cumplimiento del Régimen General de Garantías (GES).

III.- OBSERVACIONES A LA SITUACIÓN DEL VIH EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN HSH.

III.1.- Panorama Mundial desde la óptica de ONUSIDA (2002).

Dentro de la evaluación que ONUSIDA hace sobre el panorama mundial de los programas de prevención del VIH destinados a los HSH, reconoce una serie de situaciones que obstaculizan la implementación de políticas públicas efectivas dirigidas a esta población. Dentro de ellas destaca:

- La negación en algunos países de la existencia de los contactos sexuales entre hombres.
- La estigmatización o criminalización que afecta a los HSH y particularmente a la población homosexual.
- Información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en esta población.
- Dificultad para llegar a muchos de los hombres que mantienen este tipo de relaciones.
- Establecimientos sanitarios insuficientes o inadecuados, y falta de conocimiento o sensibilización del personal de salud sobre la posibilidad de transmisión sexual de las prácticas sexuales entre hombres.
- Falta de interés entre los organismos donantes para apoyar y sostener los programas de prevención dirigidos a los HSH y en particular la falta de programas destinados a trabajadores sexuales masculinos.
- Falta de atención en los programas nacionales sobre el SIDA a la cuestión de los HSH.

Frente a estas situaciones obstaculizadoras reconocidas, el mencionado organismo internacional, detalla una serie de respuestas eficaces para superar estos problemas, las que deben incluir una combinación de los siguientes elementos:

- Compromiso tanto de los programas nacionales, como de los organismos y los países donantes, para incluir la cuestión de los HSH en sus programas y sus prioridades de financiamiento.
- Programas de divulgación a cargo de voluntarios, asistentes sociales o agentes de salud profesionales, así como la educación entre pares HSH.

- Promoción de preservativos y lubricantes a base de agua de calidad, velando por que estén disponibles de modo ininterrumpido.
- Campañas de promoción de comportamientos y prácticas sexuales sin riesgo o de menor, incluyendo el uso de preservativos.
- Fortalecimiento de las organizaciones homosexuales, ayudándolas a promover los programas de prevención y atención en relación con el VIH.
- Promoción de campañas en los medios de comunicación social, velando para que sean apropiadas para la cultura del lugar.
- Educación del personal de salud, para resolver la falta de conocimientos y los prejuicios hacia los HSH, así como organizar los servicios de modo que sean accesibles y asequibles.
- Eliminar las barreras socioculturales que impiden el abordaje del sexo entre hombres.
- Revisión y abolición de leyes que penalizan actos sexuales consentidos entre adultos en privado y promulgación de leyes antidiscriminatorias y protectoras de derechos humanos de los HSH.

III.2.- Situación Epidemiológica Nacional.

Hasta el 2011, la información epidemiológica vigente (MINSAL; 2012), da cuenta de 26.740 casos de VIH o SIDA que se encuentran notificados, de los cuales 26.611, se encuentran adheridos a un programa de atención y control de salud. Entre los años 1984 y 2010, la tasa de casos notificados ha mostrado aumento sostenido, observándose algunos periodos con leves tendencias a su disminución, sin embargo durante el 2011, se ha observado un incremento que alcanza a 6,0/100.000 habs. en los casos SIDA, y a 9,6/100.000 habs. en los casos VIH.

Durante el periodo 1987 - 2011, el 44,4% fue notificado ya en etapa de SIDA, mientras que el 55,6% se notificó en etapa VIH, observando un mayor porcentaje de diagnóstico tardío (en etapa SIDA) en el caso de los hombres. El 2% de la población afectada corresponde a población migrante, mayoritariamente de nacionalidad peruana; colombiana y argentina, notificadas principalmente en las regiones de Tarapacá y Arica-Parinacota.

El grupo de población más afectada se encuentra dentro de los adultos de entre 20 y 49 años, y en particular en aquellos que tienen entre 30 y 39 años. En los últimos 5 años, se ha observado un aumento de la tasa de incidencia del VIH y SIDA en la población de entre los 10 y 19 años.

En ambos casos, el número de hombres afectados supera ampliamente al de mujeres. Situación que ha ido cambiando a través de los años, dado que las mujeres muestran un sostenido aumento, el cual se hace más notorio en los casos VIH.

La epidemia se encuentra presente en todo el territorio nacional, concentrando su mayor incidencia durante los últimos 15 años en las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y Metropolitana.

Los datos epidemiológicos en Chile, demuestran que la principal vía de exposición al virus es la sexual, alcanzando un 99%, en el periodo comprendido entre los años 2007 – 2011, siendo la denominada “homobisexualidad” la vía más declarada, concentrando el 59% de los casos. Por otra parte, la denominada “vía heterosexual” se ha mantenido constante. Se observa una alta prevalencia de “conductas sexuales inseguras”, las que no presentan diferencias significativas en

personas que declaran exposición al VIH a través de relaciones heterosexuales, homosexuales o bisexuales.

Se observa una alta proporción de personas afectadas que cuentan con educación media y superior. Observando un mayor nivel educacional en el caso de los hombres en comparación con las mujeres.

“En resumen, en Chile el VIH/SIDA se caracteriza por ser de transmisión sexual, predominantemente en hombres adultos jóvenes y fundamentalmente homosexuales. Este perfil evidencia la mayor vulnerabilidad de estos grupos que, además, presentan dificultades de acceso a las estrategias de prevención y los servicios de salud disponibles” (UNGASS-Chile; 2012)

III.3.- Datos nacionales sobre prevalencia del VIH y SIDA en población HSH (CHIPREV; 2009).

Durante los meses de mayo de 2008 y diciembre de 2009, se ejecutó en las regiones de Valparaíso y Metropolitana, el Estudio de Prevalencia de VIH en HSH "CHIPREV". El equipo de trabajo a cargo del estudio fue integrado por representantes de la CONASIDA - MINSAL, el Departamento de Epidemiología y el Instituto de Salud Pública (ISP); las oficinas de ONUSIDA y OPS en Chile; y 3 organizaciones de la sociedad civil, con apoyo del Centro Regional CRIAPS.

Cabe señalar que dicho estudio se propuso convocar como muestra a HSH, todos ellos mayores de 18 años y que hubiesen mantenido relaciones sexuales penetrativas anales con otros hombres durante el último año.

Según los resultados entregados en el informe final del estudio, y frente a la consulta de la identidad sexual de los participantes, un 47.2% de ellos se autodefinió como gay; otro 40.8%, como homosexual y sólo un 7.9% como bisexual.

Al observar los datos obtenidos sobre el comportamiento sexual de los participantes, se refleja una baja práctica de la "bisexualidad". Con respecto del uso del condón, los resultados muestran que su uso consistente es bajo. Sólo el 28.0% afirma usarlo "siempre"; mientras que un 41.1% señala usarlo "casi siempre". No obstante al momento de la consulta, el 56.2% indica haber utilizado preservativo en su última relación sexual penetrativa.

En cuanto a la prevalencia del VIH, el análisis general estima que un 21.1% de los "HSH", que constituyeron la población objetivo del estudio, viven con VIH. Dicho cálculo de prevalencia, varía según los grupos de edad, estableciendo que sus valores máximos se encuentran dentro del grupo de más de 30 años (55.6% entre los 31 y los 40; y 50.8% en los mayores de 40 años). En la población entre los 21 y los 30 años, la prevalencia alcanza a un 15.3%, mientras que llega a 0% en personas entre los 18 y 20 años.

"Sin duda, los datos registrados a nivel regional, así como los presentados en relación a Chile, dan cuenta de una epidemia concentrada en grupos que tradicionalmente se han considerado como vulnerables, entre los cuales los hombres que tienen sexo con otros hombres ocupan un lugar central".

IV.- CARACTERÍSTICAS DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURA EN LA UTILIZACIÓN DEL CONCEPTO HSH.

Dentro del contexto del VIH y SIDA, tanto a nivel global como en las realidades particulares de América Latina, las relaciones sexuales entre hombres representan un elemento central en la configuración de la epidemia. Por tanto, *“...las representaciones sociales dominantes del homo erotismo, así como la forma en que éstas interactúan con las prácticas sexuales específicas, son fundamentales”* (Guajardo; 2002).

Los países de nuestra Región se caracterizan por la mantención de sistemas sociales y culturales extremadamente machistas, dentro de los cuales los roles de género se encuentran muy marcados y diferenciados. El “estatus masculino” requiere de una permanente confirmación y validación, rechazando, excluyendo y estigmatizando a todo aquello que, de manera concreta o simbólica, lo amenace. Un ejemplo claro de esta exclusión está representado por la homofobia, la cual es compartida por la sociedad en su conjunto, *“sólo recientemente ha experimentado una reversión, por la creciente difusión de valores acerca del respeto a la diferencia y la diversidad sexual, que cambian el discurso oficial, aunque no las actitudes más arraigadas, incluyendo las institucionales ...El sistema de salud es un ejemplo clave de éstas últimas, pues convierte un estigma cultural en una clara barrera de acceso a los servicios”* (Guajardo; 2002).

A partir del trabajo sobre SIDA y HSH desarrollado por la Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina, se desprende que la propuesta epidemiológica para utilizar la categoría HSH pretende definir un tipo de personas según su opción de comportamientos y no de su identidad cultural como grupo social o individuo, puesto que el sexo desprotegido entre hombres es el que abre la posibilidad de transmitir el VIH, *“...En algunas culturas, por ejemplo, aquél que lleva el rol activo no es considerado socialmente como homosexual...; algo similar sucede con aquél que mantiene relaciones homosexuales por dinero. En este sentido, la disociación entre las prácticas y las identidades contribuye a crear lo que se llaman las protecciones imaginarias contra el VIH”,* refiriéndose con ello *“...al hecho de que muchas personas se sienten poco o nada vulnerables al VIH porque no se reconocen o no reconocen a sus parejas sexuales como pertenecientes a un grupo de riesgo”.* (Manzelli & Pecheny; 2002)

Por ello, la aplicación efectiva de la categoría HSH, requiere considerar y abordar las diversas identidades de las personas que podrían estar incluidas dentro de ella, así como su heterogeneidad, características socio-demográficas, roles sociales y otras experiencias sexuales vividas.

Esto se refleja en los análisis de diferentes estudios sobre HSH realizados en toda la región de nuestro continente que se incluyen en el trabajo realizados por la Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA, en donde se evidencia una gama muy diversa de situaciones, experiencias y comportamientos de personas o grupos de personas incluidas en esta categoría, que podrían abrir una posibilidad de exposición al riesgo de adquirir el VIH, *“...el homosexual de clase media urbana que viene adoptando el modelo identitario gay a partir de la reivindicación de vivir libremente y felizmente su homosexualidad; aquél que oculta sus preferencias homosexuales; el bisexual que, casado o no, busca igualmente relaciones homosexuales; los travestis que se visten de mujer, ya sea para responder a sus deseos personales o para responder a la demanda del mercado de prostitución; los gigolós de apariencia viril que comparten el mundo de la prostitución masculina con los travestis, sin reconocerse necesariamente como homosexuales, etc. En síntesis, no todos los hombres que se reconocen como homosexuales o gays corren el riesgo de contraer el VIH, ni todos aquéllos que corren el riesgo de contraer el VIH (o ya lo han hecho) a través del sexo con otros hombres se reconocen como homosexuales o gays”*. (Manzelli & Pecheny; 2002)

Muchos activistas “homosexuales” cuestionan la aplicación de dicha categoría, dado que, representa una imposición externa, que amenaza la autonomía al no reconocer las distintas formas y estilos a que los sujetos recurren para la construcción de su propia identidad. Sus argumentos consideran que no se ajusta a sus vivencias y experiencias particulares, a su forma de sentir y expresar su erotismo y emociones, así como en la definición del tipo de prácticas sexuales que mantienen.

Un ejemplo claro de este argumento se refleja en la opinión del Grupo Nexa de Buenos Aires, la cual señala que, *“...reducir las posibilidades de vinculación erótica que un hombre pueda tener tomando como objeto erótico a otro hombre en dicha expresión (HSH) no es más que una simplificación de la rica diversidad de las sexualidades, supuestamente homosexuales en este caso, donde una riquísima forma de vinculación queda reducida a una mera práctica dejando afuera*

toda la gama de posibilidades afectivas que implica la relación entre dos personas, del mismo o diferente sexo o género". (Duranti; R. Et al. (2001); En Manzelli & Pecheny, 2002)

Además de lo anterior, Grupo Nexos hacer referencia al cómo la aplicación inadecuada de la categoría epidemiológica HSH, pudiera interferir y hasta obstaculizar la implementación de estrategias de prevención del VIH dentro de comunidad homosexual, señalando que *"...una de las mejores herramientas de prevención que existe para todo grupo focalizado, las llamadas minorías sexuales en el caso que nos ocupa, es el lograr una identidad de pertenencia que les permita integrarse en grupos donde se identifiquen positivamente tanto consigo mismos como con su sexualidad y con las prácticas que de ella se derivan. Toda persona que no puede denominarse de una manera positiva quedará ubicada siempre como objeto del deseo ajeno, con lo cual mal podría plantear en un encuentro sexual la condición de tener sexo protegido. Su primera protección es saber quién es y desde dónde se vincula ya que toda práctica necesita de un sujeto para realizarse". (Duranti; R. Et al. (2001); En Manzelli & Pecheny, 2002)*

V.- LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Para el desarrollo del proceso de levantamiento de datos, se organizaron dos conversatorios con el fin de conocer y profundizar las percepciones y concepciones de una de las poblaciones vulnerables prioritarias (PVP), acerca de la aplicación e instalación del concepto HSH dentro de las políticas públicas y programas de prevención del Ministerio de Salud, relacionados con el VIH y SIDA y reflexionar sobre aspectos generales de la aplicación del Modelo de Atención Integral de PVVIH propuesto por el MINSAL.

Para ello se convocó a un grupo de hombres homosexuales viviendo con VIH y SIDA, con una vasta experiencia en estas materias, algunos de ellos vinculados a organizaciones de la sociedad civil y otros que en algún momento formaron parte importante del desarrollo de estas. El primer tema que se instaló en la discusión grupal, dice relación con los significados y comprensiones que los participantes tienen del concepto HSH.

Para ellos la categoría HSH representa a un segmento de la población que es ambiguo, por tanto reconocen una serie de dificultades para abordar estrategias preventivas en su interior.

“...un grupo que no se identifica, es difícil trabajar con un grupo que no se identifica mucho. Desde la epidemiología los puedes abordar tangencialmente. El concepto genera confusión, no sabemos si se refiere a homo-bisexuales, eso provoca ruidos. No es posible que alguien se pueda reconocer o definir abiertamente”.

El significado que los participantes le asignan al concepto, coinciden con los argumentos entregados por los distintos autores consultados en la revisión bibliográfica. Conducen con la distinción entre las prácticas sexuales y la identidad de cada individuo, y que esta última dice relación con la percepción que cada persona tiene de sí mismo. Hacen mención además, al sentido de pertenencia que se genera a través de la vinculación con grupos sociales con características, códigos y estilos de vida similares.

“...se refiere a aquel hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre pero que no se identifica como homo o como bi, se mantiene en el anonimato y mantiene actividad sexual que

puede ser esporádica o continua pero que él no se identifica, por tanto se mantiene en “tierra de nadie”. El tema no paso por la calificación que hagan los “otros” sino por la percepción de sí mismo, y en el caso de los HSH ni siquiera ellos se identifican como tales”.

“Visto desde la actividad, quedamos todos claros que HSH no es una forma exclusiva, puede que tenga activad sexual con mujeres. El HSH no se puede acotar ni poner una identidad, porque no se identifica como tal, el hombre que se siente heterosexual no va a revelar sus prácticas sexuales con otros hombres”.

“Cuando una persona se siente identificada con algún concepto o calificación lo hace propio, desde el punto de vista cultural, hay muchas personas que igual no se sienten identificados, es interesante analizar de distintos puntos de vistas esta terminología”.

“...desde algunos sectores de la población homobisexual se observa una mirada súper sesgada en torno a la construcción cultural que se hace hacia los HSH, se considera que son homosexuales no “asumidos”.

Surge también de la reflexión grupal, la pregunta si la frecuencia con que una persona heterosexual mantiene relaciones sexuales con otro hombre, influiría en la adopción de una determinada identidad sexual. Frente a ello, los participantes concuerdan que lo más probable es que no, dado que en muchas ocasiones estas experiencias sexuales responden a contextos particulares en donde el contacto con el sexo opuesto está restringido.

“¿La frecuencia sería un patrón para definirlo?... ¿Qué pasa en el caso de los hombres que tienen sexos con otros hombres en forma periódica mientras se encuentran privados de libertad, son homosexuales?, porque cuando salen vuelven a rehacer sus vidas heterosexual”.

De la misma manera, la opinión de los participantes coincide en que el concepto no reconoce la diversidad de las expresiones de la sexualidad humana y el erotismo de cada individuo. Si bien esta categoría podría facilitar la instalación de mensajes preventivos en un individuo, centrándose en sus prácticas sexuales, se percibe como una necesidad externa para clasificar o encasillar a las personas.

“...no considera la diversidad y el hecho de que a una persona le gusta o no le guste. Mirado desde ahí puede ser más fácil de llegar con un mensaje sólo a hacia la práctica de las personas. La distinción entre hablar de HSH y homosexual tiene que ver con la identidad. Surge de la necesidad de clasificar o de encasillar a las personas”.

Otro tema surgido desde la discusión grupal y que concuerda con los datos bibliográficos revisados, es que el carácter del concepto HSH cabe dentro de una categoría casi exclusivamente epidemiológica, sin embargo, se cuestiona su efectividad considerando el amplio abanico de identidades y realidades de las personas que cabrían dentro de esta categoría.

“...pero lo estás viendo desde la epidemiología, es difícil llegar a atacar epidemiológicamente algo que no se identifica, sabes? vamos a sacar un medicamento para atacar una bacteria que está en el aire... y donde la encontramos?... no sabemos cómo pillarla, sé que está en el aire... Aquí pasa un poco lo mismo, vamos a hacer una actividad epidemiológica... ¿con quién?... con un grupo... ¿con cuál, cómo y dónde lo ubicamos?... bueno, hay un segmento aquí hay un segmento allá, pero hay un segmento que no tomamos porque no sabemos dónde están”.

Un segundo tema abordado en la discusión grupal, hace referencia a la utilidad del concepto HSH frente a la prevención del VIH.

Desde la opinión de los participantes y basándose en el tema de la “identidad” o “identificación social” señaladas anteriormente, ninguna acción preventiva dirigida a HSH tendría un impacto efectivo. Esto surge a partir del consenso grupal de que la utilización del concepto HSH representa un recurso políticamente correcto, y que la elaboración de políticas y estrategias preventivas focalizadas suena bien en el discurso, sin embargo se cuestiona la posibilidad de reconocer el grado de vulnerabilidad que podría afectar a “otros hombres” que no se encuentran relacionados con la comunidad homosexual y las organizaciones existentes.

“...en el discurso el término HSH intenta cubrir todo este tema, pero surge la duda si al hacer el cruce con las poblaciones vulnerables, en que cantidad los HSH se encuentran presente”.

“...volviendo al tema de la identidad, aunque existieran muchos recursos, no se podrían hacer acciones preventivas focalizadas a HSH dado que es un grupo difícilmente acotable. Dicha población no cuenta con ningún canal que los identifique o los aglutine y que les permita tener un representante. En ese sentido, las voces representativas que abordan el tema son parte de las organizaciones homosexuales”.

Por otra parte, reconocen que el Concepto HSH puede tener sentido en términos generales, desde la mirada de los organismos internacionales, la cual requiere ser amplia y responder a las distintas necesidades culturales, como por ejemplo, en aquellos países donde la homosexualidad aún es condenada y penalizada. Sin embargo al bajar la política a nivel local el concepto va perdiendo su sentido, en la medida que no logra atender a las particularidades del amplio sector que lo conforma.

“...lo políticamente correcto del concepto HSH lleva a la ambigüedad de los mensajes preventivos. Las mujeres no usan preservativo porque confían en sus parejas, y si estas tienen a su vez relaciones con otro hombre se ven expuestas, es preocupante la cifra de mujeres infectadas, por esta razón pensar en campañas tan generalizadas no llegan con el mensaje preventivo a los HSH”.

De la misma manera, reconocen que la política pública, tiende a homologar el concepto HSH con “homobisexualidad”. Esto queda reflejado a través de la asignación de recursos para acciones preventivas, las cuales, en su mayoría son desarrolladas por las organizaciones homosexuales.

“...si uno revisa los fondos destinados a la prevención todos están dirigidos a la población HSH. Siento que se ha instalado en la política pública el término HSH”.

“...los recursos que están destinados a HSH son utilizados por las organizaciones homosexuales y para acciones para esa población, entonces ¿por qué no llamarles claramente “población homobisexual”?, vuelve a parecer el tema de la identidad respecto de los grupos”.

“...los proyectos estaban destinados a población general y no había una focalización, no estaban los HSH ni las poblaciones homosexuales”.

Al referirse al impacto de las acciones preventivas, y en particular al de las campañas de prevención, el grupo considera que se requiere la instalación de campañas realmente focalizadas, que sean representativas y que consideren las necesidades específicas de las sub poblaciones contenidas dentro de los HSH.

“...creo que el término HSH no invisibiliza a los homosexuales, pero la campaña la diluye, porque no es para mí, no es una campaña focalizada, la población homobisexual tiene su circuito específico, espacios, puntos de encuentro, códigos que facilitan el desarrollo de acciones preventivas focalizadas en cambio, la población HSH no cuenta con esas mismas características”.

“...el término representa lo políticamente correcto para que la política de prevención cubra a todos los hombres, sin embargo, el mensaje no va a llegar a un hombre heterosexual que eventualmente haya tenido sexo con otro hombre, y ¿qué pasa con la pareja mujer de aquel hombre?”

“...existe un porcentaje importante de la población que declara su preferencia sexual, sin embargo en los HSH eso no existe, un tema es lo que sientes o vives y otro es verbalizarlo. Si tú no te sientes identificado con el grupo focal no tomas en cuenta la campaña, porque no eres representado”.

Otra reflexión grupal que surge a partir de este tema, dice relación con las dificultades y contradicciones que conllevaría la instalación de campañas focalizadas. Por una parte se señala el contexto social conservador, basado en una cultura donde los ejes patriarcales dominantes son el heterosexismo y la normatividad, que dificulta el abordaje de temas relacionados con la sexualidad y su distintas formas de manifestarla; y por otra, el efecto de estigmatización y discriminación que podría producir un mensaje preventivo que relacione directamente la epidemia del VIH y SIDA con la población homobisexual, indicando que esto representaría más un obstáculo que un facilitador.

“...no se permite una campaña tan focalizada, dado que esta sigue provocando de alguna manera a los poderes facticos y conservadores, no tenemos el valor para instalar estos temas, podemos ver su invisibilización. Me surge la premisa si es conflictivo el término HSH”.

“...la campaña también crea otro polo, el de la discriminación, porque son ellos, son los otros, son el riesgo, si se hiciera una campaña abiertamente homosexual que transmite el VIH los hetero no se identificarían y ese es mi riesgo, alguien que tenga facha de “maricón”. Esta discriminación representa un obstáculo para la prevención”.

Al consultar que otras acciones preventivas requerirían ser consideradas e instaladas desde las políticas públicas, pensando en que logren el objetivo de dar respuesta las necesidades particulares de la población homobisexual y causen un impacto efectivo, el grupo señala una serie de propuestas.

En primer lugar, manifiestan la importancia y necesidad que el Programa Nacional logre realmente establecer directrices con contenidos y discursos claros para la elaboración de política pública de prevención del VIH y SIDA dirigida específicamente a la población homobisexual.

Esto a su juicio, permitiría que esta se transforme, tanto en el discurso como en práctica, en una “política de Estado”, y que su implementación no dependa de la voluntad de los gobiernos de turno y su cuerpo de funcionarios. De la misma manera, plantean que se requiere mejorar la fiscalización de los recursos estatales destinados a acciones preventivas con población homobisexual, así como realizar estudios e investigación de tipo comportamental con mayor periodicidad.

“...falta un discurso claro... se requiere de una política preventiva de Estado que permanezca en el tiempo, y que sea independiente de quien gobierne”.

“...el Estado no está cumpliendo como debiera con el financiamiento de acciones preventivas dirigidas a homosexuales y bisexuales. Acortar los plazos en la aplicación de estudios sobre comportamiento sexual de la población chilena, tanto a nivel general como en segmentos específicos”

A pesar de las dificultades y contradicciones mencionadas anteriormente, el conceso del grupo insiste en la necesidad de diseñar e implementar campañas focalizadas hacia los hombres homobisexuales, que incorporen contenidos y mensajes preventivos de nivel secundario y

terciario. Además señalan la necesidad de reforzar las acciones con el inter sector, particularmente con educación, estimando que se requiere una política integral desde este nivel, que sea efectiva y promueva ambientes favorables para la aceptación de la diversidad sexual y sus manifestaciones, así como la internalización del autocuidado de la salud sexual.

“...faltan campañas específicas, con mensajes específicos en lugares de encuentro. Acciones en establecimientos educacionales, con estudiantes de básica y media, para la aceptación de la orientación sexual y la adopción del autocuidado”.

“...Falta reforzar acciones a nivel intersectorial en donde se instalen programas preventivos de VIH e ITS y de sexualidad, por ejemplo desde el ámbito de la educación. Según lo que se nos informó en la conferencia de SIDA que se hizo en la Universidad San Sebastián, hay alrededor de 400 millones de pesos para educación, para el tema de salud sexual que son devueltos a las arcas fiscales porque nadie se interesó en bajar esa política de Estado”.

Por otra parte, el consenso del grupo releva la importancia de reactivar y fortalecer las acciones de consejería, reconociendo en ella una herramienta efectiva capaz de potenciar, dentro de esta población, la construcción de “sujetos preventivos”. Valoran el espacio de consejería como una instancia en donde cada individuo puede reconocerse a sí mismo, recoger la información atingente sobre el tema y tomar sus propias decisiones en forma coherente con su realidad y experiencias. Desde ahí, el mensaje preventivo pierde su carácter imperativo, facilitando su incorporación a las distintas particularidades y estilos de vida.

“...una de las situaciones en que se puede medir el impacto bastante bien es el tema de la consejería. Las personas pueden ir con las situaciones de riesgo reales vividas, pueden estar por hacer el examen o por recibir información y después tú lo ves en el tiempo y ha logrado implementar conductas preventivas”.

“...en cambio las campañas no fomentan la gestión de riesgo, se enfoca en el peligro y te ordena “haz esto o haz esto otro”...”usa condón...Hazte el examen”, va desde la orden sin ver tus características. La consejería representa una acción en donde se puede evaluar y trabajar la gestión de riesgo acompañada con la entrega de información. Es la propia persona que evalúa su riesgo y puede establecer estrategias propias para prevenir”.

“...faltan acciones que permitan fomentar que las personas se transformen en sujetos preventivos, los cabros prefieren comprarse una cerveza en vez de comprar condones”.

Desde esta visión generada en la reflexión grupal, la consejería en general, y en particular aquella que se realiza entre pares, facilita el acercamiento a las personas que requieren tomarse el examen, brindando apoyo emocional, particularmente cuando se ven enfrentadas al temor que genera la posibilidad de obtener un resultado positivo, lo que en último término se traduce en “miedo a tener SIDA” y a todo el impacto emocional, psicológico, cultural, económico y social que esto conlleva.

“...uno de los temas complejos es el miedo personal frente al SIDA, sobre todo la hacerse el examen. Se requiere trabajar con la población en torno al miedo a lograr generar consciencia que le SIDA no significa muerte, dar información personalizada a cada persona.”

En este mismo sentido, los participantes concuerdan en que la consejería no debería estar centrada sólo a la toma del examen sino que, junto a otros espacios, debería instalarse como un recurso que favorezca la educación entre pares. Dentro de dichos espacios sería posible abordar temas que a juicio de los participantes, tienden a bajarle el perfil una situación tan compleja como es la posibilidad de adquirir el VIH, como por ejemplo el acceso universal a los tratamientos, el cual ha impactado particularmente en la población homobisexual más joven. Además, facilitaría la entrega de información clara y precisa sobre las formas de exponerse al riesgo, las vías de transmisión y los mecanismos de prevención disponibles, dado que en esta población aún se observa un manejo inadecuado de estos temas.

“...se requiere de la instalación de distintos espacios de educación entre pares y consejería. La seguridad ha hecho que las personas bajen la guardia, el acceso a los medicamentos esta tan garantizado que hace que se le baje el perfil al impacto de adquirir el VIH. Se perdió el miedo al VIH, es un tema de otras décadas y no de la actualidad”.

“... se manejan mitos y creencias respecto de la transmisión del VIH. Las personas gay que entran recién al “circuito” no tienen referentes pares que compartan la información, es necesario buscar las formas para incidir en este sector de la población para entregar la información”.

Otras de las sugerencias propuestas por el grupo para la implementación de acciones preventivas más innovadoras, es la utilización de las redes sociales como vías de difusión de información y mensajes de autocuidado, fomentando la construcción de sujetos preventivos dentro de la población homobisexual. De esta manera, es posible utilizar de forma provechosa los recursos tecnológicos disponibles, considerando que están más incorporados en la cotidianidad de las nuevas generaciones, posibilitándoles contar con nuevos estilos de articulación y participación que los involucre en el tema de la prevención.

“...Falta innovación, para el trabajo con jóvenes se puede replicar experiencias de otros países, como la de una organización X de prevención del VIH donde se instaló una sala de internet gratis para que los cabros fueran a jugar y nada más, y de a poco, ellos mismos se fueron enterando y fueron replicando el discurso preventivo para luego hacer brigadas de prevención entre sus propios pares, eso fue en el 2001, han pasado 11 años y a nadie se le ocurrió decir fue exitoso afuera, por qué no lo copiamos o hacemos el intento de implementarla?...cuanta gente va a un ciber y tiene que pagar, no cuesta nada si la organización contrata un plan ilimitado...”

Otro tema surgido del análisis grupal, se relaciona con su percepción de cómo se construyen los mensajes instalados tanto en las campañas como en otras acciones preventivas. Desde su experiencia, dichos mensajes parten de la base de una escala valórica general, impuesta y estandarizada para toda la población; la cual está determinada por la “normalidad”, “la cultura heterosexista” dominante y por las instituciones religiosa que ejercen una fuerte influencia en el quehacer público. Todas ellas relevan y sobre valoran conceptos tales como; la abstinencia, la

exclusividad sexual y la fidelidad; las que dentro de distintos contextos y estilos de vida, resultan inviables o a lo menos difíciles de instalar y mantener en el tiempo.

“...el gran riesgo de las campañas dirigidas al público homosexual, es que aún están muy demarcadas por un tema valórico... yo encuentro que es muy riesgoso poner en las campañas el tema de pareja única, es como parecerse y asimilarse a la dinámicas heterosexuales de la fidelidad, del compromiso y eso es como un enganche para no usar condón en muchas personas, el compromiso puede fallar y ocurre el riesgo”.

“... En el caso de los chicos que recién empiezan, es ilógico pedirles que asimilen el tener sólo una pareja, cuando se encuentran en un proceso donde quieren probar, explorar y conocer. Se vuelve al tema de la responsabilidad compartida que no considera la responsabilidad propia o el empoderamiento que depende de los compromisos que se establecen en donde se pone el propio cuerpo a disposición de otro”.

“...históricamente el sistema ha sido muy castigador con la sexualidad heterosexual, imagínate con la sexualidad homosexual”.

“...el tema valórico es muy puntual, porque se mezcla con tema de salud. Te mencionan el tema de la abstinencia, que es válido para quien cree en eso y tiene toda una visión sobre el tema, cuando está demostrado que grupos religiosos que deberían ser abstinentes no lo son. Eso demuestra que la iglesia que llama a la abstinencia y a la pareja única, no es un referente válido. Es necesario separar lo valórico del tema de salubridad. Respecto de la pareja única, me parece factible cuando se acompaña de la exclusividad, considerando la fidelidad como un concepto subjetivo, que la mayoría de las veces ni siquiera se conversa en pareja”.

“...el tema valórico pasa por la intimidad de cada cual, por ejemplo el respeto, tiene que ver conmigo y no con el otro, si yo me respeto me cuido, eso no se transmite al otro, por tanto la campaña no va a infundir más respeto en mí porque ya lo tengo. Da lo mismo si el otro no usa condón, el tema está en que tú tienes que usar condón por tu propio cuidado”.

En este mismo sentido, el grupo hace un cuestionamiento a las organizaciones homosexuales existente y a las acciones preventivas que desarrollan. De alguna manera reconocen que mayoritariamente estas acciones se acomodan a los establecidos por la política pública y replican los mensajes instalados por ella. Consideran la necesidad de generar o crear nuevos mensajes que se relacionen más con las realidades de su población objetivo, como por ejemplo, incorporar contenidos que refuercen aspectos de la virilidad, centrados en el placer de las prácticas sexuales más que en prohibiciones y que además incorporen el tema de la moda y las nuevas tendencias.

“...Falta ingenio para generar mensajes preventivos”, “si usas condón y no se te baja, eres potente”, “el condón te hace acabar más lento” “está de moda cuidarse a uno mismo...”.

Por otra parte, consideran que las organizaciones han sido poco innovadoras, sobre todo con la inclusión de militantes jóvenes, quienes podrían “modernizar” la visión, incorporando nuevas perspectivas sobre el impacto de la prevención, respondiendo a necesidades propias de los grupos emergentes, que en muchas oportunidades se resisten a encasillarse dentro de esquemas rígidos e impuestos por otros. Señalan incluso que estas no han sido capaces de generar espacios de participación para los más jóvenes abriendo la posibilidad de potenciar nuevos liderazgos.

“...incluso las organizaciones homosexuales históricas no han sido capaces de innovar en sus mensajes y acciones, dentro de sus militantes y activista no hay jóvenes o son muy pocos, no cuentan con espacio para que ellos se reúnan y participen...”

“...Las organizaciones no logran captar cuales son las tendencias u objetivos de las nuevas generaciones, a su vez estos no están de acuerdo con las estructuras tan rígidas de las organizaciones.”

“...No han considerado los fenómenos socioculturales, los actores emergentes como por ejemplo “los Anarcos” que no aceptan recomendaciones rígidas, de otras personas y menos de entidades establecidas”.

Finalmente, la discusión del grupo se centró en el tema de la Atención Integral, profundizando en las percepciones que cada uno de los participantes tiene respecto de la implementación práctica dentro de los distintos servicios de salud.

Como primer análisis, el grupo concuerda que el concepto de integralidad en la atención no se aplica. En la mayoría de los servicios se reduce a mantener los controles en forma permanente, la solicitud de exámenes de rutina y a la entrega de medicamentos, obviando en muchos casos, la mantención de un equipo multidisciplinario de salud que se encuentre disponibles para responder a las necesidades de las PVVIH.

“...Acá el concepto de atención integral es entregar los medicamentos y controlarte cada cierto tiempo”.

“...En el Hospital Salvador se ha mejorado la atención de farmacia, con la instalación de un anexo exclusivo para PVVIH, lo mismo que para la toma de exámenes de rutina que se hacen en dermatología ahora, y para los de carga viral y CD4 se hacen en un mismo lugar”.

“...Al parecer se piensa que si la persona tiene acceso a medicamentos no necesita nada más”.

Desde la experiencia de algunos de los participantes, se desprende que su implementación es muy variable, y que en muchos casos, dependerá del Servicio y del equipo de salud que la brinda. En otras regiones se ha observado que no se cumple con los criterios establecidos en la Guía Clínica, lo que es justificado por los funcionarios de salud a partir de la falta de disponibilidad de recursos humanos y financieros.

“...En un encuentro en Talca con prestadores de salud de zonas rurales decían - nosotros hacemos lo que podemos con lo que nos entregan-... Al mostrar la experiencia de trabajo asociativo en Talcahuano, entre la agrupación, el Servicio de Salud y la SEREMI del Bio-Bio, ellos quedaron marcando ocupado, porque en esas zonas no se cumple lo que establece la Guía Clínica, dado que no tienen presupuesto, no tienen personal, se construyen hospitales nuevos pero no cuentan con los recursos necesarios para su implementación”.

Dentro del sistema privado, según lo vivido por los participantes adheridos a ese sistema, la Atención Integral no existe, dado que esta se limita a la consulta médica periódica y el acceso a adquirir medicamentos a menor costo. Sin embargo, frente a las necesidades de otro tipo de atención en salud asociadas al VIH, como por ejemplo la atención de ciertas especialidades dependerá directamente de la cobertura del plan contratado por el usuario.

“...Ni por muy que estés metido en el GES igual la consulta dermatológica te va a salir según lo que dice tu plan, no es cruzado porque tienes VIH...La Guía Clínica, si bien emana del sistema público, debería cubrir a todas las personas con VIH, pero para los privados se hace la separación”.

“...Yo tengo que buscar por Clínica donde hay un reumatólogo que te atienda y que además tenga hora para luego. Eso pasa con todos los especialistas”.

A juicio de la experiencia de los participantes que se atienden en los servicios de salud pública, el sistema de derivaciones a especialidades también presenta inconvenientes. En este punto se observa que no se cumple lo señalado en el Modelo de Atención Integral, referido a la atención VIH en especialidades fuera de los Centros, el cual garantiza el acceso a atención profesional calificada de las PVVIH, en un plazo máximo de 48 horas luego de realizada la derivación.

“...Tanta espera para la atención de un especialista. Aunque la derivación a especialista vaya con solicitud de urgencia por parte del Infectólogo tratante, el personal que da las horas te señala que no puede hacer nada dado que no hay médicos disponibles, y que sólo tienes que esperar”.

Por otra parte el grupo manifiesta que se observa precariedad en el acceso a los programas de salud mental dentro de los Centros de Atención de PVVIH. Reconociendo que por lo menos, este tema podría estar solucionado por el apoyo que brindan algunas organizaciones o agrupaciones.

En relación con el tipo de atención brindada por los médicos tratantes y los equipos de salud, los relatos de los participantes permiten reconocer una serie de situaciones que no se ajustan a lo propuesto por el Modelo de Atención Integral implementado por el MINSAL.

En general, los participantes califican a la relación que los profesionales de salud establecen con ellos como distantes y poco empáticas, lo que desfavorecen que las personas puedan expresar sus necesidades, aclarar sus dudas y solicitar información que pueda ayudarles a solucionar situaciones complejas, tanto de carácter biológico, sociales o afectivos. Incluso se ha observado la resistencia de algunos médicos tratantes para acceder al examen de genotipificación.

“...La gente que tienen generalmente son antipáticos, no son acogedores”.

“...Casi hay que tratarlos como semi dioses y cuando uno los cuestiona se enojan, incluso se molestan cuando uno demuestra que maneja mucha información sobre el tema”.

“...Yo he observado que en otros casos las personas tienen miedo de confrontar al médico porque piensan que les pueden quitar los medicamentos”.

“...Yo tuve que esperar pesar 33 kilos para que me hicieran el genotipo, en mi caso se cometieron errores grandes al darme la terapia que me causo mucho deterioro y tuve que llegar casi dentro del cajón para que decidieran hacerme le genotipo”.

Por otra parte, existe también la percepción que el personal que atiende en los programas no aplica en su totalidad los conocimientos que maneja, lo que deriva en una entrega de información “mala o insuficiente”. Las PVVIH no reciben buena orientación, sobre todo en temas en que esto se requiere de manera fundamental, por ejemplo, frente al inicio del tratamiento, cambio de los esquemas de terapia, efectos secundarios y adherencia. En este sentido el grupo señala que muchos profesionales, incluso los que trabajan en el área privada, no comparten con los usuarios información vital, ni entregan buenas directrices para enfrentar de mejor manera la situación de salud particular que pudiera estar afectando a cada persona, menos aún en aspectos que no están relacionados con su situación biológica. El grupo concuerda con la idea que, entregar a los usuarios información sobre la atención adecuada que les correspondería recibir, aumentaría los costos de atención en salud, en la medida en que cada uno asumiera una actitud de demandas y exigencias de ellas.

“...Pero hay un ejemplo claro relacionado con la pérdida de calcio que provoca la TARV, que conlleva problemas dentales, o de osteoporosis y que son progresivos...Este tema es poco informado a las personas, solapadamente se hace en el sistema privado y me imagino que en el sistema público no se aborda”.

“...Falta de entrega de información sobre los efectos secundarios, el nivel de toxicidad de las terapias y otros temas de salud asociados a la situación de vivir con VIH por parte de los equipos y los médicos tratantes...Por ejemplo no te hablan de la posibilidad de generar cálculos renales, nadie te habla de la lipodistrofia o los problemas de presión arterial que son productos de los medicamentos y no de la edad como te quieren hacer creer”.

“... de nutrición nunca se me han hablado a mí tampoco”.

“...En ninguna parte te hablan de los medicamentos, tiene que sacar la información escrita que vienen en los envases que no se entiende, si no eres médico no cachay nada”.

“...Pareciera que las PVVIH fuéramos conejillos de india, entregan muy poca información sobre los medicamentos y sus efectos adversos”.

“...si te empiezan a entregar la información de cuál debería ser la atención adecuada corren el riesgo que tu subes los costos al empezar a exigirlos”

Al concluir la reflexión sobre el tema de Atención Integral a PVVIH, del grupo la resume en una afirmación señalando que *“... La atención general de los hospitales de nuestro país está por muy debajo de los estándares requeridos”.*

VI.- CONCLUSIONES, DESAFIOS Y RECOMENDACIONES

El análisis que el Equipo Observatorio de la Fundación Savia realiza a partir de la información obtenida a través de la revisión bibliográfica y de los participantes en los grupos de discusión, permite reconocer una serie de aspectos que muestran debilidades y deficiencias en la construcción de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA dirigida a la población homobisexual.

Primeramente, se observa que el diseño de la estrategia nacional de prevención del VIH y SIDA está basado en la aplicación del enfoque de las **dimensiones de la vulnerabilidad, focalizando y priorizando** las acciones hacia personas o grupos que se ven mayoritariamente afectados. Desde allí surge, entre otras, la categoría HSH dentro de la cual se ubica la población homobisexual.

Si bien esto representa un esfuerzo por dar una mejor respuesta preventiva basada en los comportamiento y prácticas sexuales de riesgo de las personas, representa una dificultad por la homologación que hace de ambas poblaciones, dado que no considera las particularidades que se desprenden de cada una de ellas, más aún, entendiendo que la categoría HSH incluiría a personas con identidades, orientaciones y prácticas sexuales muy diversas. A partir de esto, la política pública a través del programa, propone e implementa una serie de acciones cuyos objetivos y finalidades no responden con claridad a las necesidades de la población homobisexual.

Como se desprende de la opinión, tanto de los estudios realizados en la Región como de los activistas homosexuales participantes de los grupos de discusión, la aplicación del concepto HSH en el diseño de estrategias de prevención representa una imposición externa que amenaza la autonomía y la libertad, al no reconocer las distintas formas y estilos de construcción de identidad. Dicha identidad tiene directa relación con el sentido de pertenencia e integración a un grupo humano que favorezca una visión positiva de sí mismo, de su sexualidad y de sus prácticas, lo que sitúa al individuo como un objeto de su propio deseo, facilitando a su vez la adopción de medidas preventivas adecuadas.

La utilización del concepto HSH representa un recurso políticamente correcto que no lograría reconocer plenamente el grado de vulnerabilidad que pudiera afectar a otros hombres que estarían incluidos en esta categoría, los cuales no se reconocen con la comunidad homosexual ni

se vinculan con las organizaciones existentes. Por otra parte, dificulta la educación y promoción del autocuidado frente al VIH y SIDA, generando en las personas una comprensión confusa de los contenidos y mensajes, los que generalmente, no dan cuenta de sus vivencias, experiencias y expresiones del erotismo y emociones.

En este sentido surge la clara percepción desde los participantes del grupo de discusión, que dichos contenidos y mensajes responden exclusivamente a este recurso, que son contruidos desde una base de valórica general, sin considerar el mundo interno de cada individuo, las interacciones que establece con sus pares más directos y el contexto en el cual estas se producen. De allí surgen propuestas que no se ajustan a las diversas realidades y necesidades de cada persona.

Por otra parte, surge un cuestionamiento frente a la afirmación que señala que ***la respuesta política y programática al VIH/SIDA en Chile se ajusta a los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales***. Al analizarla, es posible reconocer que en la práctica, no se ven reflejadas las recomendaciones sugeridas por ONUSIDA para dar respuestas eficaces que superen las situaciones que obstaculizan la implementación de políticas públicas efectivas dirigidas a esta población.

En particular, no se observa que exista una prioridad en la inclusión de esta temática y en el otorgamiento de financiamientos; tampoco se visualiza un compromiso claro para el fortalecimiento de las organizaciones homosexuales, ni de sus programas de prevención y atención al VIH que refuercen la promoción de agentes educadores de pares HSH, además no queda claro el compromiso de asegurar la promoción y disponibilidad de preservativos y lubricantes a base de agua que cumplan con las exigencias técnicas de calidad. Por otra parte, no está presente una campaña en los medios de comunicación social, acordes a la cultura y que promuevan comportamientos y prácticas sexuales sin riesgo que incluyan explícitamente el uso de preservativos. Si bien ha habido esfuerzos por eliminar las barreras socioculturales que obstaculicen el abordaje del sexo entre hombres, aún se reconoce la existencia de un trato discriminatorio por parte del personal de salud hacia los usuarios, quizás por su escasa formación en el tema. También se constata la inexistencia de acciones de promoción de leyes que protejan los derechos humanos de los HSH.

Se establece también que los **fundamentos para sustentar las líneas de acción** de la Respuesta Nacional se basan, entre otros, en los estudios epidemiológicos y comportamentales. Sin embargo, la debilidad observada es que no se realizan con una periodicidad adecuada ligada a la dinámica de los cambios socioculturales y que incluso algunos de ellos no cuentan con canales efectivos para dar a conocer sus resultados a la población en general, como por ejemplo, el caso del Estudio de Prevalencia de VIH en HSH – CHIPREV, el cual a cuatro años de su ejecución, no ha sido plenamente difundido entre las instituciones y organizaciones que trabajan el tema.

Observamos también debilidades en la aplicación práctica de **los principios políticos** en que se sustenta dicha respuesta política y programática. Si bien se reconocen algunos esfuerzos y logros, en los últimos años se han ido debilitando, principalmente en lo que respecta a la participación, descentralización e intersectorialidad.

En la aplicación del **principio de participación** es donde se reconocen los mayores retrocesos, partiendo hace un par de años, con la no inclusión de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de diseño de las campañas comunicacionales de prevención del VIH y SIDA. Seguidamente, se observa una incipiente aplicación de este principio en la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP), instancia que a cargo de las Autoridades Sanitarias, en donde la participación de la sociedad civil ha ido quedando reducida sólo en la participación de los proceso de postulación a proyectos de bajo monto.

Esta misma situación presenta otras dificultades, traducidas en el hecho que en los últimos años no han existido campañas preventivas regionales. Además, la mayoría de las Mesas de Trabajo de la RRIP han sido fraccionadas y no han tenido los resultados esperados, dado que cada sector ha sesionado de forma separada, debido a los escasos esfuerzos y voluntad política de las respectivas Autoridades para generar el trabajo conjunto entre el sector salud, el intersector y la sociedad civil, lo que paralelamente afecta a la aplicación del **principio de intersectorialidad**.

En relación con el **principio de descentralización**, se reconocen algunos casos en donde la RRIP ha redestinado recursos financieros dirigidos a la población homobisexual, en este caso HSH, asignándolos a acciones dirigidas a otros segmentos de la población.

Otro aspecto que nos parece importante relevar, dice relación con los **niveles propuestos para la implementación de la estrategia de prevención**, los cuales también presentan retrocesos y debilidades. Principalmente observamos que las acciones propuestas para intervenciones de **Nivel Individual** están debilitadas, repercutiendo directamente en la aplicación de la Gestión de Riesgo, el que junto a la vulnerabilidad, representan los ejes centrales de la Respuesta Nacional al VIH.

El cambio de enfoque impuesto por las autoridades de salud para la aplicación de la consejería, ha dificultado acompañar a las personas en sus procesos de toma de decisiones y en la implementación de estrategias de autocuidado, desfavoreciendo que puedan recibir orientación adecuada frente al conjunto de fenómenos emocionales, intelectuales, actitudinales y conductuales que esto implica.

De la misma manera, las acciones propuestas para el **Nivel Comunitario** son incipientes, con un presupuesto reducido que no permite el financiamiento y subvención por parte de la Respuesta Nacional a los programas de las organizaciones, como por ejemplo, los de consejería entre pares, que podrían a lo menos, suplir la carencia y debilidad de la política pública en esta materia.

En el **Nivel Intersectorial** se observa la escasa o poca participación en la planificación y ejecución de acciones preventivas dirigidas a la población homobisexual de aquellas instituciones del Estado fuera del sector salud. En lo que respecta al **Nivel Masivo**, si bien las últimas campañas han cumplido con su objetivo de mantener la alerta pública frente al VIH y SIDA, sus mensajes, contenidos, imágenes y todos los elementos que la componen, invisibilizan a la población homobisexual.

Relacionado con el tema de Atención Integral al VIH y SIDA, podemos destacar algunos aspectos que dejan en evidencia las debilidades e insuficiencias de su aplicación práctica hacia los usuarios en general, y en particular a las dificultades que enfrentan en lo cotidiano las personas con orientación homobisexual.

En general los Programas VIH del sistema público y privado, cumplen a cabalidad lo establecido en el Modelo Atención (COASIDA-MINSAL, 2005) propuesto por la política pública, en cuanto a brindar controles de salud periódica y permanente, así como el acceso oportuno a los exámenes

de laboratorio y una regularidad en el acceso a medicamentos, ya sea de manera gratuita o a menor costo según sea el caso. Sin embargo, en ambos sistemas se observa que no se aplica el concepto de integralidad. Desde la experiencia de algunos usuarios es posible establecer que su implementación varía y depende de los criterios de las autoridades de salud, de los profesionales que componen los equipos y la destinación de recursos financieros que permitan la contratación de personal de salud necesario.

En el sistema público y en la mayoría de los casos, esta situación queda constatada por la inexistencia de equipos multidisciplinarios que logren dar respuestas oportunas a las necesidades de los usuarios. En el sistema privado, dichas necesidades pueden ser cubiertas sólo si el plan de salud con que la persona cuenta, le ofrece la cobertura necesaria para acceder a la atención de los profesionales correspondientes.

A partir de lo anterior y de la experiencia de algunos usuarios consultados, observamos con preocupación que a pesar de contar con un Modelo de Atención Integral, el funcionamiento de los programas aún presenta deficiencias, como las dificultades en la mantención de un sistema de derivación a especialidades que realmente sea efectivo; el incumplimiento de algunas disposiciones de la Guía Clínica, como por ejemplo, el acceso a los exámenes de Genotipificación; el establecimiento de relaciones distantes entre profesionales y usuarios que redundan en una entrega de información y orientación deficiente, sobre todo en lo que respecta a tratamientos retrovirales, efectos secundarios y adherencia.

Finalmente observado todo esto desde el derecho a la salud, podríamos concluir que en Chile ninguna persona que se encuentre en un estado de salud crónico recibe una atención integral.

DESAFÍOS

Exigir a la Respuesta Política y Programática del VIH y SIDA:

- Una mayor precisión en la aplicación del enfoque de la vulnerabilidad, de manera que logre reconocer de manera directa a la población homobisexual como una PVP.

- Reactivar la Consejería como herramienta principal de las intervenciones del nivel individual, para alcanzar el desarrollo efectivo del eje de la estrategia nacional de prevención, denominado gestión del riesgo.
- La aplicación clara de los criterios y recomendaciones internacionales en materias de VIH y SIDA, y de Derechos Humanos.
- Velar que los recursos financieros sean destinados a las poblaciones a las que están dirigidas.
- Que se acorten los periodos de ejecución de estudios de prevalencia y comportamentales de acuerdo a los cambios socioculturales de la población.
- La innovación de contenidos y mensajes en el diseño de todas las acciones preventivas, incluidas las campañas de comunicación social.
- Que los programas VIH brinden una real atención integral.
- El cumplimiento efectivo de las Garantías Explícitas en Salud y las recomendaciones de la Guía Clínica.

Lograr, a través de las acciones correspondientes a la sociedad civil:

- La recuperación de los espacios de participación sustantiva en las distintas instancias en los que se definan los criterios fundamentales para el diseño de la política pública en materia de VIH.
- Velar que los recursos financieros sean destinados a las poblaciones a las que están dirigidas.
- Recuperar la Consejería como herramienta de intervenciones propia favoreciendo la construcción de sujetos preventivos dentro de sus poblaciones objetivo.
- Trabajar para que la política en materia de VIH y SIDA sea una política de Estado y no del gobierno de turno.

RECOMENDACIONES.

Que en las políticas públicas se establezca claramente a las distintas estrategias preventivas para las poblaciones homobisexual.

Que los estudios e investigaciones de prevalencia y comportamentales, sean ejecutados en un periodo no mayor a dos años y que sus resultados sean difundidos y compartidos con las organizaciones, instituciones y profesionales del área.

Restablecer el carácter intersectorial de las mesas de trabajo de la RRIP, para el mejoramiento de la Respuesta Local y Nacional.

Aumentar los recursos financieros y mejorar el monitoreo de su utilización garantizando que sean usados en acciones dirigidas a las poblaciones destinatarias.

Incluir a las organizaciones de la sociedad civil organizada en la elaboración de campañas a nivel nacional y regional.

Aumentar la dotación de profesionales de salud en los programas de atención de VIH que permitan la conformación efectiva de sus equipos multidisciplinarios, así como el fortalecimiento de la red de derivaciones referido a la atención VIH en especialidades fuera de los Centros.

VII.- BIBLIOGRAFÍA

CONASIDA-MINSAL. (2006). Documento de Trabajo: “Actualizaciones técnico metodológicas para el Enfrentamiento de la Vulnerabilidad frente al VIH y las ETS”. Págs. 10 – 15. Santiago, Chile.

CONASIDA-MINSAL. (2005). Modelo de Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA. Área de Atención Integral. Santiago, Chile.

CHIPREV (2009). “Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienen Sexo con Hombres – CHIPREV”. (CONASIDA; ISP; ONUSIDA; OMS/OPS; ACCIONGAY; MUMS y Red OSS). Santiago, Chile.

DURANTI, R. (2001) Et al. Manzelli y Pecheny (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Cap. V: “Prevención del VIH/sida en “hombres que tienen sexo con hombres”. P.103. Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina; Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; Perú.

FOREMAN & YOUNG (Sin/Fecha). Documento electrónico: “Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): Desinformación y programas insuficientes. Disponible en:
http://www.sexualidadsana.com.pe/principal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=217

GUAJARDO, Gabriel (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Cap. III: “Contexto sociocultural del sexo entre varones”. P 57. Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina; Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; Perú.

MANZELLI & PECHENY (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Cap. V: “Prevención del VIH/sida en “hombres que tienen sexo con hombres”. P.103. Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina; Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; Perú.

MINSAL (2012). Informe Nacional: “Evolución VIH y SIDA 1984 – 2011”, Pág. 22. Departamento de Epidemiología; División de Planificación Sanitaria. Santiago, Chile.

ONUSIDA (2002). Actualización técnica: “El SIDA y las relaciones sexuales entre varones”. Ginebra.

UNGASS-Chile (2012). Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile. Santiago; Chile

VELANDIA, Manuel Antonio. (2009). “HSH, Identidades y prevención del HIV/SIDA. La Habana, Cuba.

WEB-MINSAL. (Sin /fecha). Disponible en:

http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/g_divisiones/g_diprece/g_conasida/conasida_prevenccion.html