

Observatorio de Políticas Públicas en VIH/SIDA desde la Perspectiva de los Derechos Humanos:

“INFORME DE POLÍTICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL Y PREVENCIÓN EN VIH/SIDA”

Informe 2012



Fundación Savia
La fuerza de la vida





Fundación Savia
La fuerza de la vida

**Observatorio de Políticas Públicas
en VIH/SIDA desde la Perspectiva de los Derechos
Humanos:**

**INFORME DE POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL Y PREVENCIÓN
EN VIH/SIDA**

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

FUNDACIÓN SAVIA

Representante Legal: Luz María Yaconi A.

Equipo Observatorio: María Elena Ahumada
Marco Ruiz D.
Victor Parra H.

Diseño Gráfico y Producción: Rafael Sáenz H.

Registro Propiedad Intelectual
Inscripción: N° 240824
Derechos Reservados

Las imágenes que ilustran la portada, corresponden a detalles de las obras del taller de Pintura de la Fundación Savia, publicadas en el libro de Arte "La Savia de la Vida".

Fundación Savia:
Tegualda 1832
Fono: 22690937
Email: savia@fundacionsavia.cl
Pág. WEB: www.fundacionsavia.cl

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
RECOMENDACIONES GENERALES	2
OBSERVATORIO: UN ESFUERZO ASOCIATIVO	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. OBSERVACION DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN INTEGRAL	7
II.1 GRUPOS Y PERSONAS CONSULTADAS:	7
PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	7
MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL	10
MUJERES QUE VIVEN CON VIH O CON SIDA	11
PERSONAS TRANSGÉNERAS Y TRANSEXUALES	11
PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES	12
III. METODOLOGÍA	15
IV. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y CONCLUSIONES	19
PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	21
MUJERES VIVIENDO CON VIH	23
MUJERES QUE EJERCEN COMERCIO SEXUAL	25
PERSONAS TRANSGÉNERAS Y TRANSEXUALES	26
PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES	28
V. DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES	30
OBSERVACIONES A LA POLÍTICA. DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES	30
VI. ABREVIATURAS Y EXPRESIONES UTILIZADAS EN EL TEXTO	37
VII. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA Y DE REFERENCIA	38

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

VIII. ANEXOS:	39
DETALLE DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD	39
DETALLE DEL RESULTADO A LAS CONSULTAS A MUJERES VIVIENDO CON VIH	40
DETALLE DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL	41
DETALLE DE LOS RESULTADOS DE LOS CONVERSATORIOS REALIZADOS POR GRUPOS DE PERSONAS HOMOSEXUALES QUE VIVEN CON VIH Y SIDA.	43
RESULTADOS DETALLADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LAS PERSONAS TRANSGÉNERAS Y TRANSEXUALES	47

PRESENTACIÓN

La Fundación Salud Vida y Acción social SAVIA, presenta el informe del Observatorio a la política de VIH desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

La sociedad, la cultura y la política respetuosa de los derechos humanos ubican al centro de sus propósitos a la persona, su dignidad y su bienestar. Desde esa perspectiva el observatorio indaga el modo en que se implementa la política y como se realiza la respuesta al VIH. La perspectiva de elaboración del informe releva algunos aspectos y principios orientadores a considerar.

Expertos coinciden que la educación en salud mantiene más sana la población. Esto se traduce en que a mayor cantidad de años de estudios tiene una persona, se enferma menos, y cuando lo hace, se sabe cuidar mejor y también cuidar a los demás.

Promover la salud es educar, informándose y conversando sobre la salud. La información no solo debiera estar al alcance de toda la población, sino debe ser comprendida y manejada por todas las personas, de modo que ellas puedan realizar su auto cuidado.

Todos somos vulnerables frente a un problema de salud, especialmente cuando hay temas como la sexualidad y sexo que no se ponen en la mesa ni se exponen claramente a nivel escolar. De ahí la importancia de la educación en sexualidad, de la prevención del VIH y de las ITS. Recordemos que la educación es un proceso en que se genera un cambio en la visión, en la comprensión de cada persona respecto del nuevo aprendizaje. Si se pretende que las personas cambien sus prácticas, la política y la campaña de prevención del VIH debiera llegar a las personas con un mensaje que les haga sentido, que sea realmente significativo para ellas y ellos.

La significación efectiva se logra cuando las personas a quienes está dirigido ese mensaje se identifican, sienten que ese mensaje está efectivamente dirigido a ellas. La identidad de las personas es clave, es un reconocimiento de sus singularidades, de sus particularidades. Por eso un mensaje impactante no provoca por sí mismo los cambios de conductas. Un mensaje uniforme y neutro no logra instalarse en la subjetividad de las personas. Les pasa por el lado. Pareciera ser dirigido a otros. Y eso es lo que ha ocurrido en general y mayoritariamente con los mensajes preventivos relacionados con la sexualidad y la prevención del VIH.

Para revertir esta tendencia es relevante que la prevención del VIH y de las ITS se despliegue desde y en las diversas realidades en que se desarrolla la epidemia en el país. Que las propuestas educativas y de prevención den cuenta de las realidades involucradas. En este sentido el quehacer preventivo debe incorporar a los grupos que están mayormente afectados.

En Chile las personas más afectadas son jóvenes, homosexuales, personas que ejercen el comercio sexual, personas privadas de libertad, hombres y mujeres que viven con VIH. Es válido entonces preguntarse cómo y cuánto inciden estas personas y colectivos en el diseño, implementación y evaluación de la política. Podremos afirmar que la política tiene un carácter participativo si en sus definiciones los involucra, si en los mensajes y en la forma de promover la educación en salud sexual, han recogido los elementos que identifican a quienes forman parte de las poblaciones de mayor vulnerabilidad frente a la epidemia.

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

Se afirma que la epidemia del VIH y SIDA crece en la medida que se ignora. La clandestinidad, el silencio, el aislamiento, la ignorancia son cultivos para que aumente el número de personas con VIH y con otras ITS. Las y los ciudadanos tenemos que conversar abiertamente sobre la sexualidad y promover una actitud abierta y de autocuidado en salud sexual. Lo que no se conversa se ignora. Valorar el conocimiento social sobre el tema y saber si se educa a los y las usuarias en el sistema de salud apunta a mejorar la promoción de la salud sexual, a promover el diálogo diverso, de derechos humanos, de participación e incidencia de los colectivos y agrupaciones como protagonistas de nuestra democracia.

El observatorio a la política pública de VIH y SIDA indagó respecto de la forma en que las personas perciben los mensajes preventivos, intentó conocer si se sienten efectivamente incorporados en las políticas e iniciativas realizadas en materia de VIH y SIDA. El modo en que las personas se sienten tratadas por los equipos de atención en salud, se indagó acerca de las deficiencias y desafíos de la atención integral. De ahí surgen desafíos en participación, en la definición de la política, para superar debilidades, incoherencias y contradicciones. A partir de los resultados surgen recomendaciones generales.

RECOMENDACIONES GENERALES

Las recomendaciones que emergen del informe tienen por objeto mejorar la implementación de la política de VIH y SIDA, desde la perspectiva de los derechos humanos.

A las autoridades de Salud:

- Implementar la consejería y el consentimiento informado asociados a la toma del examen en servicios de salud públicos y privados, fiscalizando su adecuado desarrollo
- Reconocer y validar el trabajo comunitario, la experiencia y conocimiento de las activistas y líderes trabajadoras sexuales, estableciendo una mesa permanente de trabajo conjunto, donde se definan las directrices que permitan la elaboración de políticas públicas y estrategias de prevención y promoción del auto cuidado, dirigidas a esta población.
- Diseñar campañas de prevención clara, directa y asertiva.
- Reactivar en conjunto con las organizaciones sociales, planes de trabajo mejorados en los centros de salud, realizando colaborativamente acciones de prevención, de consejería entre pares y talleres desarrollados por consejeras (os) y monitores (as) as de la prevención.
- Revisar y actualizar las políticas nacionales de salud y particularmente de VIH, Sida e ITS desde una perspectiva de género para hacer frente a las discriminaciones en la política.

- Monitorear el levantamiento de datos estadísticos sobre prevalencia del VIH en mujeres, en trabajadoras sexuales, en personas transgéneras y transexuales, y precisar las diversas identidades sexuales de los hombres que tienen sexo con hombres.
- Actualizar el registro del control sanitario.
- Realizar programas de sensibilización y actualización dirigidos a profesionales de salud de las UNACESS, particularmente a quienes atienden en el control de salud sexual, abordando aspectos psicosociales, culturales y otras vulnerabilidades que afectan a las personas que ejercen el comercio sexual, transgéneras y transexuales, y personas de grupos sociales de alta vulnerabilidad.

A la sociedad civil:

- Denunciar las irregularidades de los procedimientos policiales (Carabineros y PDI), entre otros, maltratos, el requisar los preservativos a quienes ejercen el comercio sexual, y promover su seguimiento en el ámbito del trabajo comunitario.
- Educar en derechos humanos y asesorarse por profesionales de derechos humanos para vigilar su cumplimiento.

A las autoridades de los diversos ministerios, hacia una respuesta intersectorial al VIH y Sida:

- Implementar programas, planes y acciones para disminuir los factores de vulnerabilidad a toda la población y en particular con los sectores más prioritarios en un nivel social, económico y cultural.
- Promover una política intersectorial con el Ministerio de Educación para hacer efectivos programas escolares de educación de la sexualidad con perspectiva de género y fomentar el uso de los preservativos. Enfatizar la promoción del autocuidado, de entornos y estilos de vida saludable. Programas de educación escolar en la temática del VIH y SIDA.
- Promover y Educar sobre los Derechos Humanos para toda la población del país.
- Promover políticas antidiscriminatorias y políticas de protección y prevención dirigida a las personas y grupos más vulnerables.

Desde las personas privadas de libertad se recomienda a las autoridades de Gendarmería, del Ministerio de Justicia y a las organizaciones de la sociedad civil:

- Constitución urgente de una comisión especializada de trabajo que convoque a el programa de VIH y SIDA del MINSAL, al programa de salud de Gendarmería de Chile (según Convenio) y a organizaciones sociales no gubernamentales especializadas en el trabajo carcelario en el tema del VIH y SIDA, para acordar una agenda de iniciativas tendientes a solucionar las materias señaladas que condicionan la situación de salud de quienes viven con el virus. Además, dicha comisión debiera asimismo, orientar a los distintos recintos y proponerles formas de trabajo urgentes para la prevención en todo el país.

Mujeres viviendo con VIH recomiendan a las autoridades del Programa Nacional del MINSAL:

- Constituir una comisión o mesa de trabajo colaborativo entre organizaciones y representaciones de mujeres viviendo con VIH, equipos tratantes y entidades públicas (MINSAL, MINEDUC, SERNAM, SENAME, Justicia, otros) con el objeto de realizar las investigaciones y propuestas necesarias para ir superando las deficiencias que se presentan en atención y promover políticas, programas y lineamientos que favorezcan la prevención con perspectiva de género dirigida a mujeres, jóvenes y niñas. Orientar a las redes e instituciones relacionadas para implementar las modificaciones acordadas.
- Desde **trabajadoras sexuales** se recomienda urgentemente:
- Realizar una política intersectorial con el ministerio del Interior para asegurar las medidas sanitarias en los procedimientos de detención a las trabajadoras sexuales. Con ellos desarrollar un programa de educación sobre promoción del autocuidado en salud y prevención del VIH e ITS, dirigido a funcionarios policiales, específicamente a quienes realizan controles rutinarios en zonas de ejercicio del comercio sexual.
- Realizar política o línea de acción intersectorial con el Ministerio de Desarrollo Social y con Municipios, para favorecer el acceso de las trabajadoras sexuales a los distintos programas y a beneficios sociales ofrecidos por el Estado.

OBSERVATORIO: UN ESFUERZO ASOCIATIVO

En este esfuerzo de investigación y seguimiento han participado integrantes de organizaciones sociales con trayectoria en la lucha contra el virus y en la promoción de la salud sexual. Las representantes y el equipo técnico de la Fundación Margen, la Pastoral Ecuménica de VIH – SIDA, representantes de la Comunidad Internacional de Mujeres ICW Latina, integrantes de agrupaciones de la Mesa intersectorial del Servicio Metropolitano Sur Oriente de Santiago, líderes de la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad OTD de Rancagua, las dirigentas de la Organización Nefertiti de Iquique y líderes de agrupaciones homosexuales y de personas viviendo con VIH. Estas organizaciones, agrupaciones y personas están comprometidas en el seguimiento y el mejoramiento de la política pública de VIH en Chile y trabajan con el propósito de incidir en cambios que mejoren la prevención del VIH y SIDA y la atención integral de quienes viven con el virus en Chile en sus diversos contextos sociales y culturales.

El Observatorio es una propuesta política, asociativa que desde diversas perspectivas sociales, comunitarias y personales, se compromete a contribuir al perfeccionamiento de la respuesta nacional al VIH y el SIDA, y ese es el propósito específico de este Informe.

I. INTRODUCCIÓN

El Informe del Observatorio de la Fundación Savia ha sido elaborado mediante consultas realizadas a personas y grupos considerados mayoritariamente vulnerables al riesgo de adquirir VIH. Las consultas se realizaron el segundo semestre del año 2012 alcanzando a un total de 125 personas consultadas¹.

El marco referencial de abordaje es la política de VIH y también la óptica de derechos humanos desde donde se emiten juicios, opiniones e incluso propuestas y recomendaciones de orden político. Las poblaciones referidas son personas homo y bisexuales, que es donde se presenta los mayores índices de VIH y SIDA; mujeres viviendo con el virus, transgéneras, mujeres que ejercen el comercio sexual, hombres y mujeres que viven con VIH y que están privadas de libertad.

En este acápite se presentan los grupos y poblaciones consultadas, incluyendo sus temáticas emergentes, explicando su vulnerabilidad al VIH. El capítulo se cierra con la perspectiva de análisis basada en los derechos humanos.

¹ 35 personas privadas de libertad, 23 mujeres, 18 personas transgéneras y transexuales, 39 mujeres que ejercen comercio sexual y 10 personas homosexuales. 125 personas consultadas

II. OBSERVACION DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN INTEGRAL

La prevención de la aparición del VIH y la reducción de su prevalencia son objetivos centrales de la salud pública en Chile. Se reconoce la existencia de determinantes sociales que inciden en el estado de salud de las personas, factores y procesos personales y colectivos que contribuyen a generar brechas de salud entre diversos grupos humanos. Entre estas variables, se incluyen los contextos históricos sociales, los estilos de vida, las características socio ambientales, la fisiología humana y la forma en que se accede a los servicios de salud y fundamentalmente a la educación. Las políticas de salud deben –entonces- incluir como propósitos, la disminución de los factores de vulnerabilidad, el mejoramiento del acceso de las personas a los servicios sociales y de salud, la participación ciudadana en la toma de decisiones, la acción interministerial en la respuesta nacional y la evidencia para sustentar acciones efectivas.

Existen poblaciones y grupos de personas que por diversas circunstancias o condiciones sociales, económicas, culturales o políticas se encuentran en una situación de mayor indefensión ante los problemas de la vida cotidiana y sin recursos –personales o colectivos- suficientes para enfrentarlos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que distintos grupos que interactúan en la sociedad tienen necesidades diferentes. La identificación de sus necesidades requiere de modelos de intervención sensibles al género, a la situación socioeconómica, al capital cultural, entre otros aspectos a considerar en la investigación, prevención y control de las enfermedades.

En ese marco, las observaciones a la política de prevención y de atención integral al VIH, surgen de consultas a personas y grupos identificados como poblaciones mayormente vulnerables al riesgo de adquirir VIH. Ser vulnerable en el contexto del VIH, SIDA y de las ITS significa tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir el virus del VIH o una enfermedad de transmisión sexual (CONASIDA, 2006). Para abordar la consulta a personas que enfrentan situaciones de vulnerabilidad, es preciso considerar determinantes sociales que influyen en el insuficiente control que ellas tienen sobre su riesgo personal e indagar si las acciones preventivas propuestas por el Estado han sido capaces de instalar estrategias y métodos adecuados a las situaciones que efectivamente ellos y ellas deben hacer frente.

II.1. GRUPOS Y PERSONAS CONSULTADAS

PERSONAS PRIVADAS Y PRIVADAS DE LIBERTAD

Son personas y poblaciones consideradas de alta vulnerabilidad al riesgo de adquirir VIH, por factores de carácter social, económico y cultural las sitúan dentro de esta condición (cautiverio, la cultura carcelaria, las condiciones de higiene ambiental y la presión de grupos de poder al interior de los recintos penales).

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

Dentro de las cárceles generalmente existen formas y motivaciones que sustentan la discriminación y el estigma. Muchas personas se ven forzadas a mantener relaciones sexuales con otros internos -generalmente desprotegidas- y paralelamente con la pareja que los visita. En general se observa en ellos un desconocimiento y manejo de mitos asociados a la transmisión del VIH.

La cultura conservadora respecto de la sexualidad, profundiza la marginalidad, la desvalorización y el estigma de quienes viven con VIH o con SIDA al interior de los recintos penitenciarios. El contexto y la cultura carcelaria se influyen mutuamente. Para observar la política pública se hace relevante conocer algunas de las características de esa subcultura, que permitirán interpretar las respuestas y los datos entregados por esta población.

La comunicación en los recintos carcelarios se establece a través de un idioma propio conocido como *coa*, complementado con una serie de códigos y señas que se modifican permanentemente al ser traducidos por los gendarmes. Los internos se consideran más inteligentes que los gendarmes quienes son siempre percibidos como enemigos.

El sentimiento de vulnerabilidad surge en la persona al momento de ingresar a la cárcel, el que es superado incluyéndose a un grupo. Cada grupo tiene su líder al que se someten incondicionalmente. En general los internos se caracterizan por ser extremadamente discretos respecto de los secretos que comparten. Nadie delata, lógicamente debido al temor de represalias de los pares y gendarmes. La solidaridad está presente en ellos, muestran camaradería y voluntad para compartir todo lo que tienen, se ayudan en conocer sus derechos legales y estudiar su causa. Sin embargo son capaces de agredirse por una pequeñez. La traición es imperdonable y su castigo es severo incluso con la muerte. Son altamente demandantes.

El encierro les provoca un estado psicológico que denominan “sicoseo”, periodos en que se muestran más ansiosos y más violentos. El hacinamiento, la inactividad, la falta de privacidad y las condiciones infrahumanas en que viven, los deteriora e incapacita para una verdadera reinserción social. Se instala así la obsesión de escapar, excepto para quienes no cuentan con red de apoyo externa, apenas salen cometen un delito y se dejan apresar para ser encarcelados.

En general son creyentes a su manera, aunque algunos llegan efectivamente a convertirse a una religión. Es una forma de religiosidad que evoca a un Dios que comprende sus faltas y los perdona, compartiendo los ritos de las innumerables nominaciones religiosas que visitan los recintos carcelarios. Piden a Dios y la virgencita para que les vaya bien en su *trabajo*.

Dentro de la cultura carcelaria, los internos se acercan a las religiones con diversas actitudes, ya sea en busca de ayuda para cubrir necesidades básicas (ser escuchados, solicitud de dinero, ropa o artículos de aseo), para agilizar solicitudes al Alcaide, Gendarmería u otros servicios sociales o de salud, y para hacer llegar mensajes a sus familiares.

Hay mucha ignorancia respecto del VIH, derivando en el temor de reconocerse como persona que vive con VIH o con SIDA. Quienes son reconocidos bajo esta condición, son fuertemente estigmatizados por sus pares y algunos funcionarios, sufriendo comúnmente aislamiento, burla, y ser tildados como gays, favoreciendo el abuso sexual. Muchos ocultan su condición y se niegan a realizarse el test de Elisa para VIH e incluso a recibir tratamiento. Poco se conoce de las ITS, no existen programas de prevención y autocuidado respecto a estas infecciones.

Actualmente y por disposición legal, no se aplica la segregación de los internos con VIH. Medida que era utilizada como una forma de protección, ubicándolos en una calle separada en donde contaban con mejor infraestructura, alimentación y control cercano de sus tratamientos, el que permitía evitar la venta clandestina de medicamentos para otros usos.

Desconfían de las autoridades, gobernantes y políticos. Se sienten totalmente rechazados, no visibilizados, abandonados y tratados solo con métodos represivos por el Estado y por las leyes, que son consideradas injustas, por tanto no las respetan.

Tienen un desarrollo intuitivo psicológico para convencer, persuadir y elaborar historias convincentes que justifiquen, pues son formas de sobrevivencia. La base de la cultura carcelaria es conseguir lo máximo con el menor esfuerzo. Cabe destacar que todas las personas encuestadas se ubican en el estatus social medio o bajo y no gozan de privilegios especiales, salvo que tengan una muy buena conducta. Son personas con baja escolaridad, provenientes de hogares de alta vulnerabilidad social, económica y cultural, limitando su capacidad de conseguir empleos que permitan cubrir sus necesidades básicas y de su hogar. Esto se refleja en la incapacidad de reinserción y el reingreso permanente a los recintos penitenciarios.

El Programa Nacional de Prevención y Atención del VIH y SIDA e ITS al interior de los recintos penitenciarios, basa su implementación en la estructura propia de Gendarmería, servicio que se ha potenciado mediante un convenio de trabajo con el Ministerio de Salud, para responder a las necesidades nacionales de atención y prevención en todos los recintos penitenciarios.

En el ámbito preventivo, diseñan y difunden normas para la prevención primaria y secundaria, a través de ejecución de proyectos, producción de contenidos de material informativo, capacitación a gendarmes, a personal de salud, a estudiantes de la escuela de Gendarmería, al personal penitenciario como consejeros, facilitadores o monitores. Además se distribuyen preservativos. En el ámbito de la atención, difunden normas, protocolos y guías para la atención, capacitación al personal en la realización de exámenes y tratamientos, generan normas e indicaciones para proyectos, facilitan la atención médica, los exámenes y tratamientos disponibles a quienes lo requieran, realizan proyectos para el apoyo psicosocial, producen material informativo, de autocuidado y de adherencia para quienes viven con el virus o están en tratamiento antirretroviral. El programa ha formado consejeros en VIH al interior de Gendarmería.

En la actualidad el Programa de Gendarmería atiende a nivel nacional un total de 218 personas viviendo con VIH o con SIDA, de las cuales 8 son mujeres. El 63.3% de ellas (138) reciben tratamiento, correspondiendo a 74 personas de regiones, de las cuales 4 son mujeres y 64 de la Región Metropolitana, donde se ubican las otras 4 mujeres restantes.

Hasta hoy encontramos prácticas de aplicación del test ELISA para VIH -sin consejería o sin consentimiento- a los y las internas, a pesar de los esfuerzos del Programa Nacional de Control de ITS y VIH y SIDA.

MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL

En Chile se desconoce oficialmente el número de mujeres que ejercen el comercio sexual. Según datos de CONASIDA del MINSAL, 10355 mujeres ejercían comercio sexual y se realizaban el control de salud sexual en Chile en el año 2005².

El comercio sexual se entiende como una “relación contractual ocurrida entre un hombre/mujer demandante de un servicio sexual y una mujer u hombre oferente de dicho servicio, en un mercado establecido previamente y en un lugar determinado (calle, automóvil, local-casa de tolerancia, hotel, etc.); lo que se comercia es el cuerpo-placer, fantasía como mercancía de cambio por un tiempo determinado y con tarifa pre-fijada o acordada por ambas partes, en el caso de que sea dos los del contrato, o bien, mediante la participación de terceras personas: dueño/a o regentes/as de local”³.

La población femenina que ejerce el comercio sexual en Chile se agrupó primeramente al alero del *Sindicato de Trabajadoras Sexuales Ángela Lina*, afiliado a la CUT, con una orientación básica de promoción de los derechos humanos y particularmente de las trabajadoras sexuales, sensibilizando a sus pares en salud sexual lo que incluye la prevención y el control del VIH e ITS. Hoy esta encomiable y comprometida labor es realizada por la *Fundación Margen, de Apoyo y Promoción de la Mujer*, que es una organización de base surgida formalmente en 1998 y conformada por trabajadoras sexuales cuya experiencia previa proviene justamente de su participación en APRODEM (Sindicato Ángela Lina)⁴.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las trabajadoras sexuales es el abuso policial⁵, que va desde las ofensas verbales hasta abusos en lo físico, lo cual se produciría por la ausencia de una legislación en torno al comercio sexual.

Entre las condiciones de vulnerabilidad al VIH que enfrentan estas mujeres está el carácter desconocido, fugaz y mayoritariamente desvinculado del cliente con quien tiene relaciones, mayoritariamente desprotegidas y a veces un proxeneta que también las utiliza sexualmente. Además, la sanción social o el estigma de la actividad recaen exclusivamente sobre la trabajadora sexual, lo que las lleva a tener una doble vida o ejercicio clandestino de su trabajo sexual. Las situaciones de riesgo emergen también respecto de las condiciones en que se ejerce, generalmente en la calle, en algunos locales que tienen espacios donde se otorga los servicios al cliente, pero también en algunos hoteles, departamentos tipo cubículos y en otras condiciones como hoteles de lujo, saunas, salones de masaje, contactados en la red.

Desde el punto de vista económico y social, la mayoría de las mujeres que ejercen el comercio sexual tienen hijos y son ellas quienes proveen las necesidades de subsistencia del hogar.

2 Datos publicados en *Chile: panorama de sexualidad y derechos humanos*, investigación realizada por Márquez G., Arturo, Guajardo A., Alejandro, Casas Becerra, Lidia, Dides Castillo, Claudia (coordinadora), Santiago de Chile: CLAM. IMS, Instituto de Medicina Social, 2007

3 Lastra Torres, Teresa. “Las “otras” mujeres”, colecciones APRODEM 1997. Proyecto Educativo Casa de Acogida, Hogar de Cristo. Documento interno, 1999.

4 APRODEM, Asociación pro Derechos de la Mujer Ángela Lina

5 Denuncia realizada por el sindicato y actualmente por la Fundación MARGEN.

MUJERES QUE VIVEN CON VIH O CON SIDA

Las mujeres en general constituyen una población discriminada y de mayor vulnerabilidad biológica y sociocultural frente al VIH. En Chile las mujeres seropositivas corresponden mayoritariamente al segmento socio económico de menores o escasos recursos, con educación básica, se desempeñan en actividades laborales o económicas de baja calidad (comerciantes de calle o ferias, trabajo doméstico, entre otras). Estas características sociales, económicas y culturales constituyen un factor primario de vulnerabilidad de las mujeres frente al riesgo de adquirir VIH, con dificultades de acceso a las fuentes de información tradicionales de la prevención.

Un segundo factor de vulnerabilidad se refiere a su condición de madres de familia, generalmente con pareja formal y a veces estable, desde quienes mayoritariamente se adquiere el VIH.

Las mujeres tienen muy poco conocimiento acerca de la sexualidad humana, son discriminadas en políticas, leyes o normativas que no aseguran la igualdad en el ejercicio de los derechos. Las políticas suelen ser uniformes, sin perspectiva de género, lo que termina perjudicando a las mujeres. Por eso es urgente promover políticas con perspectiva de género, que respondan a las diferencias entre hombres y mujeres, que incorporen en su diseño lo característico, particular y propio de cada sexo.

Se cuenta con muy poca información diferenciada a nivel epidemiológico. Se hace solo diferencia entre hombres y mujeres, lo que no es suficiente para reconocer las diversas realidades de mujeres y de niñas, y develar cómo les afecta la epidemia, los medicamentos, los tratamientos, entre otros desafíos.

Las vulnerabilidades que afectan a mujeres y niñas en materia de VIH exige y urge promover educación sobre su propia sexualidad, como elemento primordial en la prevención del VIH y otras ITS.

POBLACIÓN TRANSGENERA Y TRANSEXUAL

En los primeros años de la transición a la democracia en Chile se empiezan a conocer públicamente organizaciones de personas transgéneras y transexuales. Uno de sus propósitos es avanzar en seguridad para transgéneras que ejercen el comercio sexual, quienes -no pocas veces- han sido víctimas de actos de represión y de violencia en su contra. Procuran asimismo que se garantice la atención y prevención del VIH, SIDA y de otras ITS que las afectan, en espacios adecuados mejorando las condiciones de atención.

Recientemente la política de atención clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género se modificó. Se instruye⁶ a los establecimientos de la red asistencial, por razones de la salud y de obligaciones de derechos humanos, a **atender a las personas trans utilizando su nombre social**. En los registros se debe ingresar la identificación legal y conjuntamente con su nombre social, **con el que se ha de llamar a la persona**. En las hospitalizaciones se debe considerar su ubicación en sector hombres, mujeres o camas de aislamiento **según el aspecto externo** de la persona. Un nuevo instructivo reitera la instrucción dirigida a

⁶ Circular N° 34, MINSAL, 2011 sobre la atención a personas transgéneras o transexuales y el fortalecimiento de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial.

la atención ambulatoria abierta (Atención Primaria y de especialidades) para homogeneizar la forma de comunicación y trato a las personas trans y de la diversidad sexual en los diferentes establecimientos de atención de la red. Se espera que la prevención y control del VIH, del Sida y de las ITS debieran facilitarse con las medidas adoptadas y que los equipos tratantes y el personal de salud comprendan e interioricen un trato acorde a sus derechos y dignidad.

Las personas transgéneras y transexuales constituyen una población prioritaria en la prevención del VIH y del Sida, considerando que un importante porcentaje de ellas ejercen el comercio sexual. Existen otros factores de vulnerabilidad importantes de considerar. Muchas de ellas/ellos corren riesgos a su seguridad, o son detenidas/os, no pocas veces maltratadas y son víctimas de actos de violencia en su contra. Los clientes generalmente prefieren el sexo sin condón ofreciendo más cantidad de dinero por ello. Algunas veces ellas/ellos son utilizadas/dos como “pantalla” para realizar actividades ilícitas. Además, en los procesos de detención, la policía generalmente les quita los condones acrecentando el riesgo de adquirir el virus.

PERSONAS HOMOSEXUALES Y BISEXUALES

Hasta el 2011 existirían en Chile 26.740 casos de VIH o SIDA notificados, 26.611 de ellos forman parte del programa de salud⁷. El grupo de población más afectada corresponde adultos entre 20 y 49 años, particularmente entre 30 y 39 años, aunque en los últimos 5 años, ha aumentado la tasa de incidencia del VIH y SIDA en la población entre 10 y 19 años. En ambos casos, el número de hombres afectados supera al de mujeres.

La principal vía de exposición al virus es la sexual, alcanzando un 99% en los últimos 5 años. El 59% de los casos corresponde a personas que han declarado prácticas homo o bi sexuales. Hay alta prevalencia de conductas sexuales inseguras para exponerse al virus en relaciones heterosexuales, homosexuales o bisexuales “...el VIH/SIDA en Chile 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”.⁸

Los datos epidemiológicos utilizan la categoría hombres que tienen sexo con hombres. Es necesario precisar que esa categoría no corresponde específicamente a las poblaciones homosexual o bisexual. Los llamados hombres que tienen sexo con hombres (HSH) fueron la muestra del Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que tienen Sexo con Hombre, CHIPREV, dado a conocer en enero del 2009.

Los resultados indican un número menor de prácticas bisexuales, un índice bajo respecto del uso consistente del condón (sólo el 28.0% afirma usarlo *siempre*, un 41.1% señala usarlo *casi siempre*, el 56.2% afirma que utilizó preservativo en su última relación sexual penetrativa).

Respecto de la prevalencia del VIH en HSH, se estima que un 21.1% de los HSH viven con VIH, la que varía según los grupos de edad, estableciendo sus valores máximos dentro del grupo de más

7 Entre los años 1987 y 2011, el 44,4% fue notificado ya en etapa de SIDA, mientras que el 55,6% se notificó en etapa VIH, lo que da cuenta de la poquísima incidencia de la prevención en nuestro país. Los hombres representan el mayor porcentaje de diagnóstico tardío (etapa SIDA), lo que muestra el alejamiento de los hombres del sistema de salud. El 2% de los afectados corresponde a población migrante. Informe VIH/SIDA nacional, 1984-2011 en <http://www.epi.minsal.cl>

8 Evolución del VIH/SIDA en Chile 1984-2008, Departamento de Epidemiología, 2009, MINSAL

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 años⁹.

El estudio concluye que en Chile, los datos y resultados “...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”. Consultando acerca de la identidad sexual de los participantes en el estudio, un 46,8% de ellos se autodefinió como gay; el 39,2%, como homosexual y un 10,0% como bisexual¹⁰.

Entre las situaciones que obstaculizan la implementación de políticas públicas efectivas dirigidas a esta población ONUSIDA¹¹ menciona:

En algunos países se niega la existencia de los contactos sexuales entre hombres, se estigmatiza o criminaliza a HSH y particularmente a la población homosexual. Hay información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en esta población. Por esas mismas condiciones culturales, se dificulta llegar a muchos de los hombres que mantienen este tipo de relaciones. Tampoco existen suficientes establecimientos sanitarios o son inadecuados, el personal de salud tiene poco conocimiento o no está sensibilizado sobre la posibilidad de transmisión sexual de las prácticas sexuales entre hombres. Otro obstáculo es la 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.

Las respuestas eficaces que deben incluir el compromiso de los programas nacionales, de los organismos y de los países donantes, para incluir la cuestión de los HSH en sus programas y sus prioridades de financiamiento. Se deben promover programas de divulgación a cargo de voluntarios, asistentes sociales o agentes de salud profesionales, así como la educación entre pares HSH; fomentar el uso de preservativos y lubricantes a base de agua de calidad, y asegurar su disponibilidad ininterrumpida. La realización de campañas de promoción de comportamientos y prácticas sexuales seguras y el uso de preservativos. Facilitar el fortalecimiento de las organizaciones homosexuales con programas de prevención y atención en relación con el VIH. Promover campañas de comunicación social, apropiadas culturalmente. Formación del personal de salud y organizar los servicios de modo que sean accesibles y asequibles.

Es importante también la revisión y abolición de leyes que penalizan actos sexuales consentidos entre adultos en privado y promulgación de leyes antidiscriminatorias y protectoras de derechos humanos.

Observación de la política desde la óptica de los derechos humanos

Como se ha podido establecer, las personas que forman parte de las poblaciones consideradas vulnerables tienen -todas ellas- un factor en común: **no han sido sujetos plenamente de los derechos y las libertades consagradas universalmente**. No han tenido libre acceso a políticas de

9 Esos datos corresponden a estimaciones.

10 Estudio CHIPREV. Cabe señalar que no se preguntó si se identificaban como HSH.

11 ONUSIDA (2000) *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. Actualización técnica. Pág.2, 3, 4 y 6*

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

calidad, ni han contado con condiciones sociales que le permitan desarrollarse plenamente y en libertad.

El Estado no ha asegurado ni garantizado el derecho a la salud, a la educación, al bienestar en igualdad de condiciones con las otras personas, lo que significa que **han sido discriminadas en el ejercicio de sus derechos humanos**.

Por eso mismo, la evaluación de la política, las observaciones a la respuesta nacional al VIH, deben responder a esta óptica. Debe considerar a las personas como sujetos plenos de derechos humanos, personas libres con libre acceso a ejercer los derechos en igualdad de condiciones con sus pares.

Todas las políticas públicas deben responder cabalmente a estos preceptos y obligaciones, en caso contrario, la respuesta nacional al VIH no alcanzara los estándares éticos universales establecidos en los pactos, convenciones y declaraciones de Derechos Humanos.

III. METODOLOGÍA

Para el sostenimiento y mejoramiento de las políticas públicas es imperioso realizar su observación y seguimiento. Se trata de saber si los compromisos asumidos por el Estado se cumplen de modo efectivo y comprobar cómo valoran esa política los y las usuarias a quienes está dirigida. Además, saber si la política de VIH y si su implementación cumple efectivamente con los estándares comprometidos.

Con ese objetivo se aplicaron encuestas para evaluar en términos generales, desde diversos usuarios, la calidad de la atención de salud.

Se solicitó a líderes de organizaciones o personas con conocimiento sobre el tema respondieran un cuestionario respecto de la política, de aspectos relacionados con la campaña de comunicación social, los diversos componentes y principios de la implementación de la respuesta nacional.

Se realizaron además, dos conversatorios con grupos de personas homosexuales integrantes de organizaciones o que han estado vinculados a organizaciones sociales y de pares seropositivos.

III.1 METODOLOGIA DE OBSERVACIÓN Y MUESTREO

A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD.

La encuesta¹ se aplicó a 35 personas privadas de libertad que viven con VIH o con SIDA¹², internos (as) del CDP de San Miguel, del CDF, del CDP de Santiago Sur y del CDP de Santiago 1, ubicados en Región Metropolitana.

¹² Gendarmería de Chile autorizó por segundo año consecutivo la aplicación de la encuesta de satisfacción a los usuarios del programa de VIH.

ENCUESTA

- Datos personales: edad, sexo e identidad sexual, el tipo de previsión de salud, si está afiliado a FONASA, ISAPRE o CAPREDENA, si se atiende en el sistema privado o público, si se controla VIH y si está en tratamiento ARV.
- Acceso a profesionales de la salud. Si tiene acceso a médico, enfermera, asistente social, nutricionista, dentista, psicólogo u otro profesional.
- Valoración del usuario respecto de la atención recibida en el sistema penitenciario de salud. Evalúa al equipo tratante respecto de su conocimiento efectivo sobre el tema del VIH y SIDA, su permanencia, el trato hacia el usuario (a) y la forma en que relaciona, si explica adecuadamente el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados respecto del VIH y SIDA. Se pregunta si el tiempo de atención es suficiente, si se respeta la privacidad y la confidencialidad.
- Medicamentos. Su calidad, si hay efectos no deseados. Si todos los medicamentos son otorgadas por el sistema de salud.
- Exámenes. Facilidad de acceso en los exámenes vinculados al VIH, Sida y otras especialidades. Si se explica el resultado y si se responden dudas e inquietudes de los usuarios. Si en el recinto penitenciario hay condiciones para enfrentar emergencias y si la atención es adecuada.

Muestra Específica. Cuatro mujeres y 31 hombres consultados tenían entre 21 y 59 años. 20 de los hombres consultados se identificaron como heterosexuales, 4 como homosexuales, 4 bisexuales y 3 transgéneras. De las personas consultadas 1 mujer y 5 hombres contaban con previsión de salud (FONASA) al momento de ser privadas de libertad. Actualmente los gastos de salud de las 35 personas encuestadas son GES -FONASA. Veintinueve de los consultados están en tratamiento antirretroviral, 5 se controlan el VIH y una se negaba al control de salud.

A MUJERES VIVIENDO CON VIH O CON SIDA:

El seguimiento a las políticas del Estado en el tema del VIH debe indagar sobre el cumplimiento de sus compromisos técnicos, de derechos humanos y de género y la valoración realizada por las usuarias a quienes está dirigida la política.

Para ese efecto se aplicó una encuesta² a 23 mujeres que viven con el virus y un cuestionario que indaga respecto de algunos lineamientos y componentes de la política³ que se aplicó a un grupo de mujeres que viven con el virus agrupadas en la ICW y en agrupaciones de hospitales de la Región Metropolitana de Santiago.

ENCUESTA

- Datos de identidad. Edad, número de hijos, tiempo de notificación, si realiza trabajo remunerado y si su afiliación en salud es a FONASA o a ISAPRE. Se consulta si vive con VIH o SIDA y si está en tratamiento antirretroviral.
- Valoración de la atención integral. Acceso a médico, enfermera, asistente social, nutricionista, matrona, psicólogo, nutricionista u otro profesional.
- Calidad de la atención. Explicación del diagnóstico, el tratamiento y los cuidados necesarios.
- Las condiciones de la atención, incluyendo si el tiempo es suficiente, si la sala de espera es cómoda, si se respeta la privacidad y la confidencialidad, sobre gratuidad y calidad de los medicamentos, sus efectos indeseados.
- Acceso a derivaciones. Valorar el sistema de derivación, exámenes, explicación de resultados y si se responden las dudas e inquietudes planteadas.

CUESTIONARIO

Se recogen las opiniones respecto de diversos componentes y consideraciones de la política de prevención orientada a mujeres (adquisición del virus, cómo se previene, consideraciones para una campaña en mujeres casadas, para niñas, adolescentes y jóvenes, sobre la obligatoriedad del test, el rol de las agrupaciones de mujeres que viven con el VIH en la prevención y sus valoraciones acerca de las campañas públicas de prevención). La atención integral, incluye dificultades de las mujeres que viven con VIH, importancia de la consejería, rol de las organizaciones de mujeres VIH positivas, si las campañas de comunicación incluyen a mujeres, si creen necesario dar a conocer su condición de vivir con el VIH, y si las organizaciones sociales trabajan asociativamente con mujeres viviendo con VIH.

Muestra específica. Fueron 23 mujeres consultadas que se encuentran en un rango etario entre 25 y 65 años. La mayoría de las entrevistadas tienen hijos, de uno a 5 hijos/as. Solo dos de ellas no tienen hijos. Todas las mujeres vivían con el virus y tenían entre un año a 18 años de haber sido notificadas en el momento de la entrevista. De ellas, sólo 6 trabajaban remuneradas, otras tres realizan actividades discontinuadas y el resto no referían actividades remuneradas. Todas estaban afiliadas a FONASA. Todas vivían con VIH y 19 de ellas estaban con tratamiento antirretroviral.

MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL.

Se diseñó una estrategia adecuada¹³ para obtener información. Se elaboró una encuesta⁴ aplicada de consulta.

En el contexto del trabajo de intervención que realiza Fundación Margen en la zona centro de Santiago, se ha estimado un número aproximado de 150 trabajadoras sexuales, de las que se determinó una muestra de 39 mujeres a quienes se aplicó el instrumento descrito. A partir de los resultados se realizó el proceso de sistematización y posterior análisis de los datos.

ENCUESTA

- Antecedentes personales, edad, nacionalidad, número de hijos.
- Manejo de la prevención. Métodos de prevención usados, donde aprendió sobre VIH, si usa condón con sus clientes con qué frecuencia, solicita saber las razones si no lo usa.
- Relación con el Servicio de Salud. Se solicita mencionar el centro de salud donde se atiende, el tipo de profesionales a los que tiene acceso, se pregunta si recibe otros insumos para la prevención en la atención de salud sexual, si se ha tratado otra ITS, cómo y dónde se ha tratado esas infecciones.
- Condiciones del ejercicio del comercio sexual. Dónde ejerce el comercio sexual, si ha sido detenida, cuántas veces y que policía la ha detenido,
- Se incluyó un espacio para recoger sus percepciones sobre el actuar de las policías. Se solicita la descripción del procedimiento y los modos de represión en su contra.

Muestra específica. Las mujeres menores de 20 años corresponden al 2,6% y las mayores de 51 años al 7,7%. La gran mayoría de las mujeres encuestadas (46.2%) se ubica en el rango etario de 20 a 30 años. El 30.7% tiene entre 26 y 30 años. Se observa que entre 31 y 40 años tiene el 20.5% de ellas, y entre 41 y 50 años, el 23.1%.

La mayoría de las mujeres que trabajan en este sector son chilenas (69,2%). Las migrantes alcanzan a un 30,8%. Del total de mujeres trabajadoras sexuales migrantes consultadas, un 10,3% son colombianas y la misma cifra corresponde a mujeres ecuatorianas. Seguidas por un 5,1% de mujeres de República Dominicana y mujeres cubanas y peruanas, con un 2,6% respectivamente. Un dato relevante es que la mayoría de las trabajadoras sexuales consultadas (79.5%) tienen dos o más hijos. El 15.4% declara tener un hijo, mientras que el 5.1% aún no es madre. Entre las mujeres que tienen 2 o más hijos, el promedio es de 3.8 hijos por persona.

¹³ El equipo técnico y trabajadoras sexuales líderes de Fundación Margen junto al equipo Observatorio de Fundación Savia diseñaron una estrategia adecuada para levantar la información sobre las trabajadoras sexuales.

TRANSEXUALES Y TRANSGÉNERAS

Se aplicó una encuesta orientada a valorar el acceso y calidad de la atención¹⁴.

ENCUESTA

- Datos personales referidos a edad, sexo e identidad sexual, el tipo de previsión de salud, y si se controla VIH y si está en tratamiento ARV.
- Valoración de atención. Acceso a profesionales de la salud: médico, enfermera, asistente social, nutricionista, dentista, psicólogo u otro profesional.
- Su valoración respecto de la atención de salud. Evalúa al equipo tratante respecto de su conocimiento efectivo sobre el tema del VIH y SIDA, su permanencia, el trato hacia el usuario (a) y la forma en que relaciona, si explica adecuadamente el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados respecto del VIH y SIDA. Se pregunta si el tiempo de atención es suficiente, si se respeta la privacidad y la confidencialidad.
- Calidad de los medicamentos. Se consulta sobre efectos no deseados. Si ha debido comprar medicamentos por cuenta propia o si sus medicinas son otorgadas por el sistema de salud.
- Acceso a exámenes. Facilidad para exámenes vinculados al VIH, el Sida y de otras especialidades, si los resultados se explican claramente y si se responden dudas e inquietudes de los usuarios. Si hay en el recinto penitenciario condiciones para resolver situaciones de emergencia y si el usuario considera o no adecuada la atención de salud que recibe.

Además se consultó mediante un cuestionario de auto aplicación a dirigentes de organizaciones transgéneras.

CUESTIONARIO

Recoge 3 opiniones de dirigentes consultadas respecto de varios componentes y consideraciones de la política de prevención orientada a la población de transgéneras y transexual es. Los principales modos de adquisición del virus, lo que se debe hacer para evitarlo, las consideraciones para una campaña en personas transgéneras y transexuales, la obligatoriedad del test, el rol de las agrupaciones trans en la prevención, y su valoración acerca de las campañas públicas de prevención) y de la de atención integral (dificultades de las transgéneras y transexuales especialmente de que viven con VIH, importancia de la consejería, rol de las organizaciones trans, si las campañas de comunicación incluyen a las transgéneras, si consideran necesario dar a conocer su condición de vivir con el VIH, y si las organizaciones sociales trabajan asociativamente con transgéneras que viven con VIH).

¹⁴ Las organizaciones AMISEX de Lota, OTD de Rancagua, Transgéneras por el Cambio de Talca y la organización Nefertiti de Iquique participaron en el proceso de validación del instrumento.

Muestra Específica. Nueve personas transexuales y transgéneras fueron encuestadas en Iquique, mediante la gestión realizada por la Organización Nefertiti. Nueve personas en Rancagua, mediante la gestión directa de la Organización de Transgéneras por la Dignidad (OTD), seis de las cuales están privadas de libertad.

HOMOBISEXUALES

Existe una cantidad de personas homosexuales y bisexuales que viven con el virus. Ellos muchas veces son estigmatizados social y culturalmente.

Para conocer su valoración de la política y considerando que existen políticas específicas enfocadas a este segmento, se propuso preparar un grupo de discusión a modo de conversatorio, de modo de conocer sus opiniones a partir de temas, reflexiones, abordajes y síntesis colectivas, en donde los trabajadores del observatorio realizan un rol facilitador¹⁵.

CONVERSATORIO²

Los temas indagados son:

- El valor de la categoría HSH como identidad sexual,
- Observar la política desde las recomendaciones de ONUSIDA para potenciar la prevención y la atención hacia esta población
- Conocer sus percepciones en esta materia.

La muestra específica. Se convocó a 10 hombres homosexuales viviendo con VIH y SIDA quienes son o han sido integrantes de organizaciones de la sociedad civil. Con ellos se realizaron dos conversatorios con el objeto de conocer y profundizar sus percepciones y concepciones acerca la política de VIH, los conceptos utilizados y de los programas de prevención y de atención integral del Ministerio de Salud.

¹⁵ Un conversatorio en este caso cumple la función de un grupo focal de expertos en consideración a que las personas participantes conocen por experiencia el tema y la política de VIH.

IV. ANALISIS DE LOS DATOS Y CONCLUSIONES

Las conclusiones van a dar cuenta de la situación de la respuesta nacional y de su implementación valorada por las personas consultadas. En este segmento se relevan los temas emergentes, los desafíos las metas o propósitos aun no logrados y se explica la urgencia de avanzar en esa dirección.

Resultados generales

Las personas consultadas consideran que el equipo tratante conoce el tema del VIH y del SIDA y mayoritariamente reciben de ellos (as) un trato amable, respondiendo generalmente sus dudas e inquietudes. Consideran que no tienen dificultades para acceder a los exámenes relacionados directamente con el VIH.

Reconocen que en el equipo existe conciencia respecto de la confidencialidad y del resguardo de la información sobre su situación de salud.

Opinan que los medicamentos que reciben son de calidad y que cumplen con mejorar su situación de salud.

Sus quejas se refieren a las dificultades de acceso a otros profesionales, como odontólogos, psicólogos, asistentes sociales y algunas otras especialidades. Que no tienen fácil acceso a los exámenes de otras especialidades.

Consideran que el personal de Salud que no está directamente vinculado al tratamiento no se maneja en el tema del VIH y que no tienen conciencia respecto de la confidencialidad e incluso reciben tratos inadecuados.

Piensan que es fundamental trabajar la prevención promoviendo el uso del condón y que es urgente preparar en el tema a los funcionarios de salud para evitar maltratos y discriminación.

Es preciso relevar algunas de las observaciones provenientes de poblaciones específicas, considerando sus contextos de permanencia, de trabajo y de atención.

POBLACION PRIVADA DE LIBERTAD

Solamente seis de las personas consultadas contaban con la previsión del Fondo Nacional de Salud antes de ser ingresadas a los recintos penitenciarios. Los otros nunca habían tenido previsión en salud sino hasta el momento de ser privados de libertad. Esto indica que hay personas que nunca se han acercado a un sistema de salud, sino solo en caso de atención de urgencias. Esta es una de las situaciones que preocupan desde el punto de vista de la salud pública, revelando condiciones sociales de vulnerabilidad.

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

Desde el punto de vista de sus orientaciones sexuales, se consideran heterosexuales, homosexuales, bisexuales y transgéneras, lo que indica que ellos van asumiendo progresivamente su identidad con menor temor a estigmas o castigos.

La atención del programa a las personas que viven con el virus incluye atención médica, medicamentos, exámenes, derivaciones a atención de especialistas y acceso a condones. En general las personas privadas de libertad valoran al equipo que los atiende directamente en el tema del VIH. Hay una clara tendencia a reconocer que la atención médica y del equipo es adecuada. No presentan mayores quejas. La mayoría tiene la certeza que las personas que los atienden en el equipo sabe el tema del VIH y del SIDA, manifiestan su confianza en el equipo y en sus tratamientos. La gran mayoría se siente bien tratada. Reconocen que el equipo explica la prevención, los cuidados, el diagnóstico y los tratamientos de modo comprensivo y claro. Para la mayoría de los y las consultadas, el tiempo de atención es suficiente, la privacidad de la información se respeta, lo mismo que la confidencialidad de sus datos de salud.

Consideran que los medicamentos que le suministran son de calidad, pero sus opiniones están divididas respecto de los efectos secundarios de los medicamentos. Opinan que tienen fácil acceso a exámenes relacionados con el VIH, cuestión que se burocratiza un poco cuando se trata de otros exámenes. La gran mayoría considera que el equipo explica claramente el resultado de los exámenes.

Respecto de las condiciones para resolver situaciones de emergencia en salud, la mitad considera que no hay condiciones, que en general no se facilita a la atención de urgencia en horas de encierro.

Reclaman la necesidad de atención psicológica, psiquiátrica o de otras especialidades médicas. Eso da cuenta que la cobertura de las horas de atención de profesionales de salud de diversas especialidades es baja respecto de la cantidad de internos que lo requieren.

Una de las quejas reiteradas es la falta de nutricionista y de alimentación adecuada a su condición de salud. La carreta cumpliría probablemente con las necesidades calóricas de los internos, pero de ninguna manera con las necesidades nutricionales de quienes viven con el virus. Esta materia es necesaria de observar y superar esta dificultad que atenta a sus condiciones de salud.

La carencia de profesionales de trabajo social es aún más notoria. Las personas consultadas mayoritariamente expresaron que no tienen acceso a asistente social y que necesitan consultar situaciones sociales relacionadas con sus causas judiciales, familiares, pensiones, beneficios sociales, viviendas, entre otros temas.

Las condiciones de hacinamiento, de humedad, baños insalubres, de falta de higiene de los recintos de la Penitenciaría fue mencionada por varios consultados. Eso no sucedió en la cárcel de San Miguel, ni en la de mujeres, ni en la concesionada.

Se quejan sin embargo de la falta de talleres sobre VIH, información sobre salud y sobre otras necesidades de desarrollo personal. Hace falta desarrollar actividades de acompañamiento a quienes viven con el virus.

Las personas consultadas mayoritariamente confían en que sus datos de salud están seguros en manos del Programa de Salud de Gendarmería, pero se quejan y tienen enorme desconfianza con los gendarmes respecto de su situación serológica y sobre la privacidad de su condición de salud. Eso entendido en el contexto de la cultura carcelaria, en donde el estigma y la discriminación constituyen una manera de interrelacionarse al interior de estos recintos.

MUJERES VIVIENDO CON VIH

Las mujeres consultadas afirman mayoritariamente que el equipo tratante conoce bien el tema del VIH y del SIDA, consideran que el equipo ha sido permanente, que las trata amablemente.

La mayoría de las mujeres contaban con acceso a atención médica especializada, enfermería, matronas y asistentes sociales. En menor medida las consultadas manifestaron tener acceso a nutricionista, atención psicológica y a otras especialidades.

Las consultadas coinciden en que se les explican bien el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados del VIH y del SIDA. En cambio hay opiniones mayoritariamente críticas a la demora en la atención, a la incomodidad de la sala de espera, pues consideran que es un espacio estrecho y un tiempo reducido de atención.

Como aspectos positivos, la mayoría reconoce que se respeta la privacidad, aunque un grupo muy minoritario cree que no se respeta. La totalidad de las consultadas reconoce en cambio el respeto de la confidencialidad de la información.

Respecto de la calidad y gratuidad de los medicamentos la casi totalidad considera que son de calidad. Sin embargo, en la misma proporción las mujeres consultadas se pronuncian críticamente respecto de los efectos no deseados.

El funcionamiento del sistema de derivaciones encontró opiniones mayoritariamente críticas. La mayoría lo consideran difícil y burocrático. Asimismo, la mayoría afirma que no existen mayores dificultades para realizarse los exámenes relacionados con el VIH, pero opinan en contrario cuando se trata de exámenes de otras especialidades.

Las mujeres consultadas consideran que el resultado de los exámenes y las dudas e inquietudes mayoritariamente se explican ni se responden adecuadamente, pero hay varias que consideran que no lo hacen.

Opiniones de algunas mujeres respecto a políticas pública

Las mujeres opinan que ellas adquieren el virus en las relaciones sexuales y generalmente lo adquieren de su pareja, y una recordó que también podría ser mediante agujas infectadas.

El uso del preservativo masculino es según ellas, la medida más conocida para evitar la adquisición del virus y también consideran necesario que las mujeres tengan la información adecuada.

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

Un grupo menor recalca la importancia de la educación sexual desde el séptimo básico. Hubo un grupo minoritario que refirió la inactividad sexual, otras refirieron la detección mediante el examen, y otras mencionaron a la pareja única, la educación sexual junto a la promoción del uso del condón femenino.

Coinciden en que el modo de diseñar una campaña de prevención para mujeres casadas es con mensajes preventivos claros, que incluya talleres y charlas en la atención primaria. Dos insistieron que debe incluir testimonios reales en la TV y otras refieren que debe promoverse la fidelidad en la pareja. La gran mayoría piensa que debe necesariamente promoverse el uso consistente del condón. Un par de las mujeres consultadas opinan que las campañas deben dirigirse a la diversidad de mujeres y a cada grupo de la población femenina.

La totalidad de las mujeres consultadas, opina que para las niñas adolescentes y jóvenes, la deben ser campañas educativas. Como modalidades se mencionan la didáctica, lo lúdico, acorde a la edad, o mostrar testimonios reales de personas que viven con VIH, que sean entretenidas para las jóvenes y procurando que tengan toda la información necesaria antes de sus relaciones sexuales. Esto debe hacerse en colegios y universidades.

Casi todas las consultadas consideran adecuada la aplicación obligatoria del test de Elisa a las mujeres que consultan por embarazo. Consideran que hay mujeres que viven con el virus y no conocen su diagnóstico. Solo una de ellas considera que el test no debe ser obligatorio y con consentimiento informado.

Un grupo importante considera que las organizaciones de mujeres que viven con el virus son realmente importantes porque dan contención, apoyo e información a las pares. Además, una de ellas proyecta a la organización en un rol de lobby con el gobierno y en trabajo colaborativo con otras organizaciones.

Otro grupo opina que las campañas de comunicación social cumplen el objetivo de mantener la alerta en el tema. Para el grupo mayoritario, sin embargo, las campañas no cumplen el rol deseado, porque no son claras, se pasan solo en un tiempo corto del año, es decir, no logran impactar y están enfocadas solo a los HSH.

Entre las dificultades que enfrentan las mujeres viviendo con VIH, un importante grupo considera relevante el tema de la discriminación en los centros de salud, en el trabajo, además de la falta de oportunidades laborales y el dolor de no poder amamantar a sus propios hijos. Un grupo menor se refirió también al rechazo de la familia.

Señalan que la consejería es importante pues *se puede conversar abiertamente*, como un espacio de confianza en que se pueden *rescatar puntos de vista y maneras de enfrentar las mismas situaciones*. Además, es tan importante la experiencia de las mujeres que viven con el virus lo que releva el rol de la consejería entre pares. En este mismo sentido, una de ellas expresa *los profesionales se toman atribuciones sobre nuestra vida privada*.

La mayoría de las mujeres consultadas valoran la importancia de organizarse como mujeres viviendo con VIH. Consideran mayoritariamente que el Estado no reconoce la importancia de estas organizaciones *el Estado está jugando con nuestra salud y no reconoce e las organizaciones de mujeres*.

Sobre la campaña de prevención opinan que *el mensaje está orientado hacia los hombres. Nos consideran poco*. Son a juicio de ellas campañas que excluyen a las mujeres viviendo con VIH.

Consideran innecesario que las mujeres que viven con el virus den a conocer públicamente su condición. Las razones esgrimidas se refieren a la discriminación *No sería solución, y por el contrario, podría ser discriminada (...) hay poca educación a este respecto* en Chile. Sin embargo hay cuatro de las consultadas que precisan que puede ser necesario pero que el costo social es alto y por eso es que las mujeres prefieren resguardar su identidad, para evitar la muerte social. La mayoría de las mujeres consultadas no saben si las organizaciones de la sociedad civil incorporan a las mujeres que viven con el virus y algunas opinan que esas organizaciones generalmente trabajan sólo con hombres. Otras mencionan que muchas veces ellas cuando dan sus testimonios se sienten utilizadas.

Un último comentario agregaron algunas de las mujeres consultadas: *“quisiera que algún día hubiera alguna mujer luchando por nuestros derechos”, “me gustaría que exista mayor conocimiento de la enfermedad” y “campañas dirigidas a jóvenes y mujeres”* y que *“se mantengan el en el tiempo las organizaciones de mujeres”* y *“falta que incluyan a los niños que viven con el virus del SIDA”*.

MUJERES QUE EJERCEN COMERCIO SEXUAL

Las trabajadoras sexuales manejan medidas de prevención. La mayoría menciona al condón masculino, un menor número al condón femenino y un grupo minoritario señala prácticas sexuales no penetrativas. La casi totalidad de las consultadas afirma que usa siempre el preservativo con sus clientes. Quienes no lo usan siempre, algunas dicen que no lo utiliza cuando *se le ofrece más dinero*, y otras cuando *se siente atraída físicamente por su cliente*.

Las mujeres en su gran mayoría han sido informadas sobre prevención del VIH y SIDA en los Centros de Atención de Salud Sexual y en la Fundación Margen. Otras dicen haber sido informadas por *amigos*, la *televisión* y en *internet*.

Sobre el control de Salud Sexual. En la relación con esos servicios, la mayoría de las encuestadas considera que el control de salud sexual debería ser obligatorio. La mayoría asiste periódicamente a los controles de Salud Sexual¹⁶, donde declaran mayoritariamente haber sido atendidas por matronas. Algunas mencionan haber sido atendidas por enfermeras y por médicos. También es una mayoría las que recibieron atención de odontólogos, asistentes sociales, psicólogos y ginecólogos. Las consultadas mayoritariamente declaran no haber adquirido alguna ITS, solo lo ha hecho un número minoritario. De quienes han estado afectadas por alguna ITS, la mayoría solicitó tratamiento a través de sus respectivos Centros de Atención de Salud Sexual y sólo una de ellas señala haberse auto medicado. Cuatro de 5 de las consultadas se han realizado el test de Elisa para VIH. Y un número similar ha recibido condones, folletería o material educativo, en número menores han asistido a charlas informativas y a consejería.

Condiciones para el ejercicio del Comercio Sexual. Las mujeres encuestadas utilizan distintos espacios y modalidades para realizar su trabajo. De modo independiente lo realizan la mayoría de las consultadas y una minoría de modo dependiente. De modo independiente lo realizan quienes

¹⁶ Se controlan en la Unidad de Atención y Control en Salud Sexual – UNACESS pertenecientes a la Red Asistencial y un 10.3% lo hace en Servicios de Salud privados

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

transan directamente con el cliente en la vía pública y otras mantienen una cartera de clientes transados directamente o vía celular.

La minoría que lo ejerce de modo dependiente, debe pagar una comisión a un administrador o regente y se efectúa en recintos cerrados, sean los *privados, saunas o casas de masajes* y en *night clubs*.

Las mujeres consultadas sufren acoso policial permanente. La mayoría han sido detenidas a lo menos dos veces en el último mes.

La mayoría declara haber sido detenidas para control de identidad por Carabineros, un número menor por Carabineros de civil, y un número aún menor por policía de Investigaciones. En menor número las detenciones se relacionan con la a violación de sello y clausura o por el ejercicio del comercio sexual.

Se solicitó a las consultadas que describieran el procedimiento de las detenciones. Todas las detenidas fueron conducidas a una unidad policial (aunque portaban su identificación). Ahí realizan el control y luego las sueltan. La demora en el procedimiento varía de un recinto policial a otro. Uno de los aspectos de mayor preocupación es que generalmente les quitan los condones y las encierran en el calabozo por varias horas. *Carabineros a veces nos trata mal... cuando es el Oficial, él nos trata mejor.*

Cuando son detenidas por Violación de Sello, algunas relatan malos físicos y verbales. *Con malas palabras, toqueteos, nos meten en una celda con todos los ladrones y mecheros. Solicitaron Cédula de Identidad mientras estábamos en el departamento, llegaron y nos filmaron (canal 13)...nos llevaron a la Primera Comisaría y estuvimos desde las 6 de la tarde hasta las 9 de la noche.* Y las detenidas por Ejercicio de Comercio Sexual, relatan que... *estábamos en la calle, nos detuvieron, nos pidieron el carnet y a quienes no lo teníamos nos llevaron.* A otras las han tratado bien.

Frente a la solicitud de hablar sobre la “percepción de Abuso” de estos procedimientos, 10 de las encuestadas señalan que éste no fue abusivo, indicando que hubo diálogo entre ellas y los funcionarios, que es percibido más bien como una acción rutinaria y que responde a la labor que compete a las policías.

La mayoría considera que los procedimientos no han sido abusivos. *Los Carabineros nos recomiendan que trabajemos más de noche. Estoy acostumbrada. ...están haciendo su trabajo.* En cambio para un número menor de ellas el procedimiento es abusivo, denuncian haber recibido maltrato físico y psicológico, falta de respeto y han sido humilladas, en acciones de los funcionarios policiales que no se ajustan a la normativa vigente. *Es humillante sin ser violento, me maltratan de palabra, me han detenido cerca de 3 horas.*

PERSONAS HOMOSEXUALES Y BI SEXUALES

En los conversatorios se levantó una fuerte crítica al uso por parte del programa de VIH, de la categoría hombres que tienen sexo con hombres, categoría que se extiende excesivamente

entendiéndose como si fuera una población. La identidad homosexual es fundamental en las propuestas preventivas. Por eso se considera un error el uso de la categoría **hombres que tienen sexo con hombres**, al no considerar las particularidades de las personas homosexuales ni bisexuales.

El error consiste en que esta categoría HSH se use para identificar a personas con identidades, orientaciones y prácticas sexuales muy diversas, desconociendo las distintas formas y estilos de construcción de las identidades. La identidad es un eje y una base de significación para la prevención. La identidad es sentirse parte con otros similares, con otros que son *mis iguales*. Las identidades representan un sentido de pertenencia e integración a un grupo humano, favoreciendo una visión positiva de sí mismo, de su sexualidad y de sus prácticas.

Si se considera la orientación del deseo sexual hacia un sujeto de su mismo sexo, se facilita tanto la identidad como la adopción de medidas preventivas adecuadas. Sin embargo al utilizar la categoría HSH se incluye a hombres que no se reconocen homosexuales ni se vinculan con las organizaciones existentes, lo que dificulta la educación y promoción del autocuidado frente al VIH y SIDA¹⁷. Confunde contenidos y mensajes que no convocan vivencias, experiencias y expresiones del erotismo y emociones comunes o por lo menos similares. Finalmente los contenidos y mensajes de la prevención no serán significativos, pues se construyen desde una base de valórica general, sin considerar el mundo interno personal, las interacciones con sus pares más directos, ni el contexto en que ocurren y por tanto, las propuestas no se ajustan a las diversidades a las que debieran estar dirigidas.

En la respuesta nacional no se recogen las recomendaciones de ONUSIDA para superar obstáculos en la implementación de políticas públicas efectivas dirigidas a esta población, tampoco se prioriza la inclusión de esta temática para el otorgamiento de financiamientos, ni se fomenta el fortalecimiento de las organizaciones homosexuales, sus programas de prevención y atención que refuercen la promoción de agentes educadores de pares. La promoción y disponibilidad de preservativos y lubricantes a base de agua que cumplan con las exigencias técnicas de calidad no se asegura. La campaña de comunicación social no está acorde a la cultura ni promueve comportamientos y prácticas sexuales sin riesgo que incluyan explícitamente el uso de preservativos. Por lo tanto, no se han hecho suficientes esfuerzos por eliminar las barreras socioculturales que obstaculizan el abordaje del sexo entre hombres, no han sido suficientes.

Persisten tratos discriminatorios por parte del personal de salud hacia los usuarios, lo que se atribuye a su escasa formación en el tema.

Los estudios epidemiológicos no se realizan con una periodicidad adecuada acorde a la dinámica de los cambios socioculturales, ni se conocen canales efectivos para difundir sus resultados.

Se percibe un debilitamiento de los principios políticos de **participación, descentralización e intersectorialidad** en el diseño e implementación de la política. Organizaciones de la sociedad civil **no participan** desde el 2009 en el diseño de las campañas comunicacionales de prevención del VIH y SIDA. En la Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP), **la participación de las organizaciones de la sociedad civil se ha reducido a la postulación a proyectos de bajo monto**. Tampoco se han implementado en los últimos años campañas preventivas regionales. La mayoría de las Mesas de la Respuesta Regional de Prevención han sido fraccionadas entre intersectores

¹⁷ Los hombres que tienen sexo con hombres es una categoría vaga que no contiene elementos de identidad, por eso no logra aglutinar a personas que se sientan pares.

gubernamentales y sociedad civil, **desincentivando el trabajo asociativo e intersectorial en la respuesta.**

La implementación de la estrategia de prevención presenta retrocesos y debilidades. Se observa que las acciones propuestas para intervenciones de Nivel Individual están debilitadas, repercutiendo en la aplicación de la Gestión de Riesgo, el que junto a la vulnerabilidad, representan los ejes centrales de la prevención Respuesta Nacional al VIH. En este mismo sentido, el cambio de enfoque de la consejería, ha dificultado el acompañamiento a las personas en sus procesos de toma de decisiones e implementación de estrategias de autocuidado, desfavoreciendo una orientación adecuada frente al conjunto de fenómenos emocionales, intelectuales, actitudinales y conductuales que esto implica.

Existen incipientes acciones propuestas para el Nivel Comunitario. Un presupuesto reducido no permite el financiamiento y subvención por parte de la Respuesta Nacional a los programas de las organizaciones de consejería entre pares, que es una necesidad y que podría aminorar la carencia y debilidad de la política pública en esta materia.

Los intersectores del Estado tienen escasa o poca participación en la planificación y ejecución de acciones preventivas dirigidas a la población homobisexual. Lo mismo ocurre con las últimas campañas cuyos mensajes, contenidos, imágenes y otros componentes, invisibilizan a la población homobisexual.

PERSONAS TRANSGÉNERAS Y TRANSEXUALES

Todas las personas consultadas estaban afiliadas a FONASA, tenían entre 17 y 56 años y habían sido notificadas de VIH. Enfrentan situaciones de vulnerabilidad social, generalmente sin trabajo remunerado. Seis estaban privadas de libertad y ocho ejercían comercio sexual.

Creer que el equipo tratante sabe de VIH y de las ITS, pero no manejan adecuadamente la identidad de género ni la identidad transgénera. La identidad hace la diferencia entre asumir el autocuidado y no hacerlo. Sólo un grupo minoritario considera que la estrategia de promoción del uso del condón para la prevención es adecuada. Se puede apreciar que aún no existe una vinculación fuerte entre la población atendida y el equipo de salud.

Una mayoría contundente afirma que tienen acceso a medicina especializada en VIH, a enfermera, a matronas y a atención psicológica. A asistente social y a nutricionista solo tiene acceso la mitad de las consultadas. Y solo dos de las consultadas afirmaron tener acceso a otras especialidades. Es decir, el programa es precario respecto de las ofertas y acceso a un concepto más amplio de atención en salud.

Sus líderes opinan. Relevan las condiciones de vulnerabilidad que enfrenta las personas transgéneras y transexuales. En su opinión, las transgéneras adquieren el VIH ejerciendo el comercio sexual sin precauciones. Nunca tienen suficientes condones. Por otra parte, al no tener una fuente laboral segura, arriesgan su vida en el comercio sexual.

Piensan que la información y la prevención son claves para evitar adquirir el virus. Pero tan importante como eso es la generación de fuentes laborales para las transgéneras o facilitar su incorporación a trabajos formales. Consideran que la prevención en terreno es la forma más adecuada para llegar a las transgéneras y transexuales, especialmente a quienes ejercen el comercio sexual. En este sentido ellas hacen un énfasis en que la prevención debe necesariamente ser hecha en los contextos correspondientes.

A juicio de las líderes, las campañas de comunicación no cumplen con el objetivo de mantener el alerta sobre el VIH y SIDA, no llevan mensajes claros ni tienen un lenguaje adecuado. Consideran que en el diseño de una campaña se las debe tratar como a todo el mundo. Somos parte de la humanidad y tenemos que ser tratadas como cualquier persona, la campaña debe ser inclusiva. Deben llamarnos a trabajar juntas el diseño de las campañas. Se quejan que no son consideradas ni en las campañas de comunicación social, ni en los mensajes preventivos. Afirman que son estigmatizadas, que solo las visualizan en el comercio sexual. Valoran el rol de las organizaciones transgéneras en la prevención, los talleres, las mesas informativas, y el trabajo en terreno orientando a las pares. Consideran que el Estado ni los medios reconocen el valor de estas organizaciones. Tampoco se hacen parte en sus actividades, a pesar que las transgéneras entregan testimonios y realizan talleres.

Consideran que la aplicación obligatoria del test de ELISA para VIH a mujeres que consultan por embarazo es una buena iniciativa. Los hombres en nuestra región salen a trabajar fuera y hacen vida con otras mujeres y vuelven con el virus y se lo trasmite a sus parejas.

Las líderes piensan que la mayor dificultad en el sistema de salud pública es la mala atención. No se cuenta con una canasta básica para personas viviendo con VIH/SIDA, falta de profesionales capacitados en el tema, no se cumple con lo que establece la ley Sida en cuanto a la entrega de una bonificación fiscal cuando aparecen las enfermedades catastróficas. Las transgéneras se mueren en condiciones inhumanas. Además, se quejan de la demora en la atención.

Aunque no hay denuncias de maltrato, los equipos de salud que las atienden no saben trabajar con Transgéneras. Se requieren profesionales aptos para las transgéneras viviendo con VIH/SIDA. Dicen que en general no han tenido dificultades de acceso o en la atención o en derivaciones a otro centro de especialidades o laboratorios que toman exámenes.

Aun no se logra el respeto a la identidad social de las transgéneras. Para usar el nombre social ha habido una gran lucha. Las trabajadoras del servicio en los hospitales no conocen la circular 34, ni la Vía Clínica. No se aprecia una conciencia de género.

Algunos cambios se logran gracias a algunos profesionales que las atienden. Afirman que se requieren políticas públicas eficaces que superen la discriminación y la homofobia.

V. DESAFIOS Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES A LA POLÍTICA. DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES

a) Respetto de las Trabajadoras sexuales

Como se ha visto, un porcentaje alto de trabajadoras usan consistentemente el preservativo masculino con el afán de prevención la adquisición del VIH y de ITS. El uso del preservativo es fomentado y promovido desde el control de salud y fundamentalmente desde la Fundación Margen. Sin embargo, esta práctica saludable se encuentra con obstaculizadores que es preciso solucionar. Las policías requisan los condones al momento de realizar el control de identidad, incluso en ocasiones, el sólo portarlos es motivo de detención. Por otra parte, las necesidades económicas también conspiran en contra de la salud sexual, pues algunas mujeres transan con clientes que ofrecen más dinero por no usarlo.

Es importante destacar que la mayoría de las mujeres consultadas afirman asistir regularmente al Control de Salud Sexual y muy pocas han tenido infecciones de transmisión sexual, las que – cuando se han presentado– son generalmente tratadas en el centro de salud. Las mujeres conocen y tienen un mejor manejo de la salud sexual personal, si han tenido más educación y prevención entre pares. Aunque la mayoría de las trabajadoras se oponen al control obligatorio de la salud sexual, lo consideran una obligación moral. Es para ellas un acto personal y voluntario, no impuesto por normas o autoridades. Sin embargo, consideran que la obligatoriedad del control les es útil como regulador del ejercicio del comercio sexual. Eso pues si se tiene el carné de sanidad al día, se siente tener más seguridad y un alivio para el acoso policial. Además, brinda la posibilidad de controlar la competencia que representan las trabajadoras sexuales migrantes quienes –a su juicio– cobrarían tarifas menores y serían las responsables de la transmisión de ITS por no tener acceso a los centros de salud.

Un desafío de la mayor relevancia y urgencia es avanzar a la regularización de la situación de residencia legal de las mujeres migrantes, lo que facilitaría el acceso a la atención y al manejo de la información preventiva y epidemiológica brindada por los Centros de Salud Sexual.

Como la norma y el Reglamento de salud sexual no distinguen la situación del VIH, homologándola con otras ITS. Al respecto es urgente profundizar el conocimiento sobre VIH.

Una de las situaciones más dolorosas que en lo personal enfrentan las trabajadoras sexuales, es que aunque la mayoría de ellas cumple con el rol de proveedoras y de jefas de hogar, varias no pueden tener cerca a sus hijos dadas las condiciones en que ejercen el comercio sexual, contexto agravado por irregularidades cometidas por las policías, que realizan el control de identidad de forma abusiva. Las personas afectadas son trasladadas a unidades policiales contraviniendo las disposiciones legales, tal vez con el objeto de frenar el comercio sexual.

Un desafío urgente es que el programa nacional de prevención obtenga y maneje estadísticas

sobre trabajadoras sexuales afectadas por VIH. Actualmente los datos no están actualizados, ni corresponden a la realidad de quienes se encuentran en control de salud sexual efectivo.

Otro de los desafíos es destinar recursos para las acciones de prevención y educación entre pares en terreno. Las trabajadoras sexuales no aparecen mencionadas en ningún tipo de campaña o intervenciones focalizadas.

A modo de síntesis es urgente que la política de VIH y de Salud Sexual:

- Amplíe la distribución de preservativos a las trabajadoras sexuales.
- Asegure acciones de promoción y difusión sobre los programas de Control de Salud Sexual dirigido a las trabajadoras sexuales, y hacer conciencia sobre la voluntariedad y los beneficios que implica tener esta atención en salud.
- Sensibilice a profesionales de salud que brindan la atención, para favorecer actitudes y ambientes, y eviten maltrato hacia las usuarias. Además, promover la incorporación de monitoras de prevención entre pares dentro de los centros de atención.
- Actualice la información estadística actualizada sobre prevalencia del VIH en mujeres que ejercen el comercio sexual, y los datos sobre quienes asisten periódicamente a Control de Salud Sexual.
- Sensibilice y eduque a las policías para que su accionar no afecte la utilización de preservativos.
- Promueva acciones y políticas intersectoriales para ofrecer programas sociales a los que puedan acceder las trabajadoras sexuales, especialmente a quienes son jefas de hogar y proveedoras de su grupo familiar.

b) Respeto de las Personas Privadas de Libertad

Se ha podido establecer que las personas que viven con el virus en la cárcel en la Región Metropolitana tienen acceso efectivo a una atención médica adecuada, medicamentos antiretrovirales de calidad, a los exámenes necesarios y a un número de condones para sus necesidades sexuales.

Sin embargo, las condiciones carcelarias de humedad, alimentación, falta de acceso a baños higienizados, constituyen dificultades para alcanzar el nivel de recuperación óptima para el bienestar requerido por quienes viven con VIH.

Desde el punto de vista social y psicológico es necesario que puedan comprender su enfermedad, las formas de adquisición y lo que se requiere para hacerle frente. En este sentido es preciso contar con información y conocimientos básicos a su alcance para ampliar su comprensión, de modo que el tratamiento y los cuidados tengan sentido para cada uno de ellos (as).

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

Es importante su adecuada integración, sin menospreciarlos ni estigmatizarlos. Pero hay que considerar que en la práctica, funcionarios de la institución carcelaria que están a cargo de la seguridad de los recintos, toman medidas que pueden atentar al estado de salud de las personas, adoptan actitudes que los desvalorizan, maltratan o limitan sus posibilidades de bienestar, lo que es un déficit del sistema de Gendarmería, que debemos superar.

La estigmatización de quienes viven con el virus al interior de los recintos carcelarios genera estados y cuadros psicológicos que podrían afectar el buen funcionamiento de su sistema inmunológico. El miedo al rechazo, al castigo, a la incomunicación, al abuso de poder, son todos estados personales de tristeza y temor que influyen claramente en la baja de la estima personal, algo que se puede reflejar en sus sistemas inmunitarios.

Comprendiendo que las personas privadas de libertad generalmente tienen bajo y limitado nivel cultural y de estudios, es preciso que exista la posibilidad de asegurar la comprensión del tema de la epidemia y del comportamiento del virus en el sistema inmunológico, de modo didáctico y con un lenguaje y explicación apropiadas que logren el sentido de la prevención primaria de la comunidad y secundaria en la persona que tiene el virus.

De las observaciones surgen los siguientes desafíos a la política de VIH:

- Ampliar la cobertura de las actividades de promoción de la prevención y el auto cuidado realizadas por el Programa de VIH de la institución.
- Extender la oferta del test de Elisa para VIH al conjunto de la población encarcelada, con consentimiento informado y consejería.
- Fomentar las mesas asociativas en cada región para realizar actividades de promoción de la salud sexual, prevención del VIH e ITS y de promoción de buenas prácticas de rehabilitación y de respeto a los derechos humanos.
- Considerando que no se alcanza aún la cobertura debida con las horas profesionales con que se dispone en el programa, es preciso que se aumenten horas de atención psicológica y/o psiquiátrica, de asistentes sociales, de dentistas, oftalmólogos, de kinesiólogos, entre otros especialistas constituye una prioridad.
- Debe mejorarse urgentemente la alimentación, las condiciones de infraestructura y ambientales de los recintos penitenciarios. Las enfermedades asociadas al VIH y SIDA son entre otras, la tuberculosis y otras enfermedades pulmonares, los cuadros estomacales infecciosos y las ITS, por eso, las condiciones de higiene ambientales son de primera prioridad si se pretende evitar la coinfección.
- Debe promoverse la asociatividad con diversas ONGs que puedan realizar y apoyar el acompañamiento personal, así como la educación básica para la salud, y especialmente realizar talleres de prevención del VIH. Se requiere también realizar talleres de trabajo que les permitan ir avanzando en su reinserción social. Las necesidades sociales y psicológicas de los internos que viven con VIH o con SIDA, implican también el

fortalecimiento de su formación, dignidad y desarrollo personales. En este sentido es un desafío promover la asociatividad con entidades de la comunidad que se interesen en realizar el apoyo mencionado.

c) Respeto de Mujeres que Viven con VIH

Se ha podido establecer que las mujeres -usuarias del sistema de salud- que viven con VIH o con SIDA no se quejan del trato, sino de la posibilidad que se pueda dar a conocer su condición. La queja en estricto sentido tiene un carácter social, es una petición de discreción, de mantener en secreto sus datos. El temor es a ser discriminadas por causa del VIH.

A diferencia de otros usuarios y usuarias, las mujeres atendidas en el sistema público que fueron consultadas, reconocen tener un trato respetuoso de parte del equipo tratante. El reconocimiento de su dignidad mediante un trato amable y respetuoso les hace sentir bien y eso redundo en mayor sensación de bienestar.

Esto ocurre porque los factores biológicos, psicológicos y sociales se influyen mutuamente. Los efectos del tratamiento, el modo de atención del equipo tratante, las condicionantes sociales del contexto en que conviven y se desempeñan, influyen en la sensación de salud de las mujeres viviendo con VIH. Existe una relación entre la respuesta del sistema inmunológico y las significaciones de desvalorización de las personas seropositivas. En la situación de inmunodepresión inciden factores sociales, fisiológicos, químicos y psicológicos.

Las personas VIH positivas viven generalmente en condiciones de vulnerabilidad en los ámbitos social y cultural. Además de condiciones estructurales de pobreza y desigualdad, enfrentan situaciones de discriminación en los ámbitos laboral, escolar y de salud. Esa constatación ha llevado a reconocer la importancia y la necesidad de la participación social de las personas afectadas por el VIH/SIDA y asegurar que las personas accedan a sus cuidados médicos y clínicos de salud, se trabaje por superar la discriminación social.

En ese sentido, la organización social tiene una enorme importancia, en tanto su presencia, su discurso, sus exigencias hacen claridad y conciencia sobre lo que significa vivir con VIH para hombres y mujeres.

Son comprensibles esas apreciaciones y percepciones de las mujeres viviendo con VIH que fueron consultadas al afirmar que no tienen un lugar en la sociedad. Se niegan a reconocer públicamente su condición de mujer VIH positiva, porque el temor a la discriminación está a la base de sus apreciaciones. La espera y la demora en la atención las incomoda pues las expone a que alguna persona, al darse cuenta de su condición, pueda manifestar desagrado o hacer un gesto que demuestra el estigma de vivir con el virus. Asimismo un tiempo reducido de atención se asocia a una falta de acogida de parte del sistema de salud, un sistema burocrático y complicado de derivaciones o de acceso a exámenes asusta, no facilita el acercamiento al sistema.

De acuerdo a sus experiencias, las mujeres adquieren el virus en las relaciones sexuales con su pareja. Por eso creen que la aplicación obligatoria del test de Elisa a quienes consultan por embarazo es de gran ayuda, pues permite saber a tiempo su condición. Alertan que hay mujeres que viven con el virus y no conocen su diagnóstico.

Informe de Política de Atención Integral y Prevención en VIH/SIDA

Les preocupa que el diseño de las campañas que no tengan un mensaje suficientemente claro, y que no incluyan a las mujeres casadas. Piensan que la consejería se transforma en un espacio donde se puede conversar abiertamente y en confianza. Para ellas la prevención debe preocuparse especialmente de las niñas, con campañas educativas, didácticas, lúdicas, entretenidas, acorde a la edad de las niñas adolescentes y jóvenes. Ellas deben tener la información adecuada.

Es urgente que la política de VIH debe:

- Facilitar la promoción y el fortalecimiento la organización y el liderazgo de las organizaciones de mujeres viviendo con VIH o Sida. El aislamiento y el silencio de las voces de las mujeres, mantiene y profundiza el desconocimiento de estas realidades, de la problemática que ellas enfrentan. Formar y participar en organizaciones de mujeres que viven con el virus o que trabajen en el tema, es una forma de cooperar a la superación del estigma, a denunciar las acciones y políticas discriminatorias contra las mujeres y de buscar colectivamente caminos para superarlos. Además, al calor de la lucha se supera el temor, se van desarrollando habilidades sociales y de liderazgo.
- Realizar la educación continua para la prevención. Como la adquisición del virus en las mujeres proviene fundamentalmente de las relaciones sexuales con sus parejas sexuales (esposos, convivientes, pololos o parejas eventuales), la prevención pasa por dialogar, conocer y reflexionar sobre la sexualidad y particularmente sobre el sexo. Tanto el estado como la sociedad civil organizada debemos preocuparnos de la educación continua para la sexualidad.
- Instalar en las políticas de prevención y atención la perspectiva de género. Las políticas de prevención y de atención integral a mujeres y niñas viviendo con VIH o con SIDA deben considerar las situaciones que enfrentan las mujeres y las niñas. En particular se deben asumir urgentemente, entre otros temas:
- Campañas públicas de prevención orientadas especialmente a mujeres.
- Materiales informativos especializados para mujeres, niñas y jóvenes.
- Programas de formación y fortalecimiento de liderazgo para mujeres y jóvenes.
- Protocolos de atención que incluyan la valorización personal y colectiva de las mujeres que viven con el virus.
- Estudios especializados para determinar los efectos y procesos fisiológicos adversos del tratamiento en las mujeres, niñas y jóvenes.

d) Respeto de la población homosexual viviendo con VIH

Se ha podido establecer la molestia de las personas homosexuales que viven con VIH o con SIDA respecto del uso indiscriminado de la categoría HSH en la política y en el sistema de salud para referirse a las personas homosexuales o bisexuales. La molestia manifiesta tiene una sólida base: la prevención para que sea significativa e interiorizada favorablemente, debería cumplir a lo menos con establecer a las personas como parte o como integrantes de un grupo humano que se identifica como tal.

Si las personas no se sienten integradas ni identificadas en las políticas tienden a alejarse de éstas. Si las personas se alejan de las políticas de salud, del sistema de salud, el VIH, la epidemia se oculta. Las personas seropositivas no se atreven a dar la cara. En síntesis, las prácticas sexuales pasan a la clandestinidad y asimismo ocurre con la epidemia.

En ese sentido es un error considerar que hombres que tienen circunstancialmente o casualmente relaciones sexuales con otros hombres y que no se consideran homosexuales, podrían integrar esta categoría. Es preciso avanzar en reconocer aquella área desconocida de la epidemia formada por hombres que tienen circunstancial o casualmente sexo con otros hombres, en los diversos contextos que deben estudiarse.

La categoría en síntesis, no es una identidad. En otras palabras, los HSH no son una población en el sentido sociológico del concepto, pero constituyen un desafío, en el sentido que es una realidad que debe estudiarse en profundidad si se pretende avanzar en propuestas preventivas efectivas.

La ignorancia del personal de salud acerca de la sexualidad y particularmente de las culturas de la sexualidad, atenta contra la efectividad de sus quehaceres. Prejuicios e ignorancia cruzan algunas prácticas y procedimientos afectando a las personas con que se trabaja o que son atendidas.

Es urgente que la política de VIH:

- Responda, recoja y considere las recomendaciones de ONUSIDA para políticas efectiva dirigidas a la población homo y bisexual
- Promueva la actualización y formación de los funcionarios de salud en materia de sexualidad.
- Promueva estudios acerca de las subculturas sexuales y estudios acerca de las características y prácticas de hombres que tienen sexo con otros hombres.
- Ampliar las categorías utilizadas para levantar los datos epidemiológicos de modo de no encasillar las diversidades de los hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres.
- Fomentar la participación de diversos grupos representativos de las agrupaciones homo y bisexuales.

e) Respeto de las personas transgéneras

Las personas transgéneras y transexuales que viven con VIH o con SIDA se sienten desvalorizadas en lo que respecta a su consideración en el diseño y seguimiento de la política pública. En ese sentido no hay un esfuerzo para que las prácticas preventivas sean significadas y que las personas la puedan hacer suya, debería considerar su identidad social.

Es preciso reconocer a las personas trans como tales -transgéneras y transexuales- no pueden ser consideradas solamente como comerciantes sexuales. Sus identidades y sus circunstancias superan con creces esas consideraciones.

La ignorancia del personal de salud acerca del enfoque de género y particularmente de la transexualidad, además de los prejuicios y de las estigmatizaciones e ignorancia cruzan algunas prácticas y procedimientos afectan el vínculo de las personas transgéneras con el sistema de salud, el control de la salud sexual, y particularmente del VIH y de su prevención.

Es urgente que la política de VIH:

- Investigue y estudie acuciosamente los contextos de trabajo con las poblaciones transgéneras y transexuales.
- Diseñe programas y líneas de trabajo adecuadas a las realidades estudiadas.
- Asegure en esos procesos la participación e incidencia de organizaciones trans comprometidas en el tema.
- Promueva la actualización y formación de los funcionarios de salud que atienden VIH, SIDA e ITS, en materia de género y de transexualidad.
- Asegure la incorporación de la circular 34 y la guía clínica en los recintos de atención.
- Promueva estudios acerca de las subculturas sexuales y estudios acerca de las características y prácticas de las personas transgéneras y transexuales.
- Levante datos epidemiológicos adecuados a las poblaciones trans.
- Fomentar la participación de diversas agrupaciones trans en la consejería de pares.

VI. ABREVIATURAS Y EXPRESIONES UTILIZADAS EN EL TEXTO

- ANARCOS Anarquistas.
- ARV Antirretrovirales.
- CAPREDENA Caja de Previsión de la Defensa Nacional.
- CD4 Grupos de diferenciación (CD, “cluster of differentiation”).
- CDT Centro de Detención Penitenciario.
- COA Lenguaje Carcelario.
- CONASIDA Comisión Nacional del Sida.
- CUT Central Unitaria de Trabajadores.
- FONASA Fondo Nacional de Salud.
- GES Garantías Explícitas en Salud.
- HSH Hombres que tienen sexo con otros hombres.
- ICW Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW por su sigla en inglés).
- ISAPRE Instituciones de Salud Previsional.
- ITS Infección de Transmisión Sexual.
- MINEDUC Ministerio de Educación.
- MINSAL Ministerio de Salud.
- ONG Organización No Gubernamental.
- ONUSIDA Organismo de Naciones Unidas para el SIDA.
- PDI Policía de Investigaciones.
- PVVIH Personas Viviendo con VIH.
- RRIP Respuesta Regional Integrada de Prevención.
- SENAME Servicio Nacional de Menores.
- SEREMI Secretaria Regional Ministerial de Salud.
- SERNAM Servicio Nacional de la Mujer.
- SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- TARV Tratamiento Antirretroviral.
- TRANS Transgéneras o transexuales.
- UNACCESS Unidad de Atención y Control en Salud Sexual.
- VIH Virus de inmunodeficiencia Humana.

VII. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA Y DE REFERENCIA

- CHIPREV (2009). “Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que tienen Sexo con Hombre – Chile”. CONASIDA-MINSAL, ISP, ONUSIDA, OMS/OPS, ACCIONGAY, MUMS, RED OSS. Santiago, Chile. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/34664715/Estudio-de-Prevalencia-de-VIH-y-Factores-Asosidados-en-Hombres-que-tienen-Sexo-con-Hombre-Chile-Enero-2009>.
- Guajardo, A. y Casas, L. (2007). Chile: panorama de sexualidad y derechos humanos. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos/ Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Brasil.
- Lastra, T. (1997). Las otras mujeres. APRODEM. Santiago, Chile.
- MINSAL (2011). Circular N° 34 “Instruye sobre la atención a personas transgéneras o transexuales y el fortalecimiento de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial”. Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Santiago, Chile.
- MINSAL (2012). Informe Nacional “Evolución VIH SIDA, Chile 1984 – 2011. Departamento de Epidemiología; División de Planificación Sanitaria. Santiago, Chile. Disponible en <http://www.epi.minsal.cl>.
- MINSAL (2009). Informe “Evolución del VIH/SIDA en Chile 1984-2008”. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Santiago, Chile. Disponible en <http://www.epi.minsal.cl>.
- ONUSIDA (2000). “El SIDA y las relaciones sexuales entre varones”. Actualizaciones Técnicas del ONUSIDA. P. 2-6. Ginebra, Suiza.

VIII. ANEXOS

DETALLE DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD

Muestra: 35 personas

El 65,7% consideran que explican claramente la prevención y los cuidados, un 2,8% que lo hacen casi siempre. Sin embargo, un 22,8% considera que no lo hacen, un 5,7% afirma que casi nunca lo hacen y un 2,8% no sabe. Respecto del diagnóstico, un 65,7% considera que se lo han explicado claramente, un 2,8% opina que lo hacen casi siempre, pero un 25,4% considera que no lo explican claramente, un 2,8% que casi nunca lo hacen, y un 2,8% no sabe.

Respecto de los tratamientos, un 68,5% considera que se lo han explicado claramente, pero un 20% considera que no lo hacen, un 2,8% piensa que casi nunca lo hacen, y un 8,57% no sabe.

Otro aspecto que se valoró es el tiempo de atención, la privacidad y la confidencialidad de los datos.

Respecto del tiempo dedicado a la atención, para el 60% de los atendidos el tiempo es suficiente, para un 14,2% el tiempo es casi siempre suficiente, pero para un 22,8% no es suficiente el tiempo dedicado a la atención y un 2,8% considera que casi nunca es suficiente.

El 57,1% considera que se respeta la privacidad, el 14,2% considera que casi siempre se respeta, pero un 28,5% piensa que no se respeta la privacidad.

Se preguntó respecto de la confidencialidad de sus datos de salud. El 77,14% considera que se respeta la confidencialidad de los datos, solo un 2,8% piensa que no es así. Sin embargo el 20% no sabe si se protegen sus datos.

Se preguntó respecto de la calidad de los medicamentos, sus efectos secundarios, y si son gratuitos.

El 77,14% considera que son de calidad, un 2,8% piensa que casi siempre son de calidad y un 20% no sabe.

Sobre los efectos secundarios las opiniones están divididas, un 37,1% cree que tienen efectos secundarios, un 34,2% considera que tienen efectos no deseados, un 11,4% de los consultados piensa que casi nunca tienen estos efectos y un 17,1% no sabe.

Se preguntó si han debido comprar medicamentos por cuenta propia. Un 22,8% dice que ha tenido que comprar medicamentos por su cuenta, un 2,8% dijo que casi siempre tuvo que hacerlo, un 51,4% no ha debido comprar medicamentos y un 8,5 consideró que casi nunca le ha tocado comprar medicamentos. Pero un 14,2 no sabe.

Sobre los exámenes, se preguntó si hay facilidad para hacerse los exámenes vinculados al VIH, si hay las mismas facilidades para exámenes de otras especialidades, y si se explican claramente sus resultados.

Un 88,5% coincidió en que hay facilidades para los exámenes vinculados al VIH, un 5,7% dice que no hay tales facilidades, y un 2,8 afirma que casi nunca hay facilidades. Un 2,8% no sabe.

Un 60% considera que hay también facilidades para los exámenes de otras especialidades, un 2,8% dice que eso ocurre casi siempre, un 25,7% afirma que no hay facilidades para hacerse otros exámenes, y el 11,4% no sabe.

Se explicaban claramente los resultados de los exámenes para el 68,5% de los consultados, un 2,8% dice que casi siempre es así, un 25,7% cree que no y un 2,8% afirma que casi nunca lo hacen.

Para un 65,7% las dudas e inquietudes se explican claramente, un 2,8% dice que casi siempre es así, por el contrario, el 20% considera que no se aclaran las dudas e inquietudes y un 8,5% considera que casi nunca lo hacen. El 2,8% no sabe.

El 42,8% de los encuestados consideran que existen condiciones para resolver situaciones de emergencia en salud, un 5,7% dice que casi siempre es si. En contrario se manifiesta un 42,8% de los consultados y un 5,7 piensa que casi nunca hay condiciones. Un 2,8% no sabe.

Finalmente, el 57,1% considera que la atención es adecuada, un 20% considera que casi siempre es adecuada, otro 20% considera que no es adecuada, y un 2,8% considera que casi nunca es adecuada.

DETALLE DEL RESULTADO A LAS CONSULTAS A MUJERES VIVIENDO CON VIH

Muestra: 23 mujeres

De las personas consultadas, 18 mujeres consideran que el equipo tratante conoce bien el tema del VIH y del SIDA, 2 están en desacuerdo y 3 no saben. Doce señalan que es un equipo que se mantiene en el tiempo y que trata amablemente a las consultantes, 7 ha entregado una opinión en contrario y 3 dicen no saber.

Se indagó si las mujeres atendidas contaban con acceso a atención médica especializada, enfermería, matronas y asistentes sociales. Las respuestas indican que 12 tiene acceso a medicina especializada en VIH, 3 dicen no tener el acceso y 8 de las consultadas no saben. Respecto a acceso a enfermeras, 15 dicen tener acceso, 5 niegan tener acceso y 3 no saben. A asistente social, 18 contestaron que tienen acceso, 4 que no tienen acceso y una de ellas no sabe. Pero a matronas, 17 tienen acceso a matronas, 5 dicen no tener acceso y una no sabe.

En menor medida las consultadas manifestaron tener acceso a nutricionista, atención psicológica y a otras especialidades. La minoría advierte no tener acceso y un número muy reducido no sabe.

Respecto de la calidad de la atención, 12 de las consultadas coinciden en que se les explican bien el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados del VIH y del SIDA. Tres de ellas opinan en contrario.

Las siete restantes tienen opiniones distintas, en que consideran que a veces tienen lo hacen y a veces no lo hacen.

En cambio hay opiniones mayoritariamente críticas a la demora en la atención (19 mujeres), a la incomodidad de la sala de espera (19 mujeres), pues consideran que es un espacio estrecho y un tiempo reducido de atención (17 mujeres). Solo una minoría no se refiere al tema o lo considera adecuado.

Como aspectos positivos, 15 reconocen el respeto a la privacidad, 4 no Saben y 4 creen que no se respeta al privacidad. Respecto de la confidencialidad de la información, 13 aseguran que existe, y la gran mayoría considera que solo a veces. Respecto de la calidad y gratuidad de los medicamentos 18 consideran que son de calidad, 4 dicen que a veces son de calidad y una dice que no son de calidad. Al mismo tiempo, 19 de las consultadas consideran que los medicamentos provocan efectos no deseados, 2 que no y 2 dicen que a veces si lo provocan.

El funcionamiento del sistema de derivaciones encontró opiniones mayoritariamente críticas (11 mujeres) que 7 dicen que funcionan a veces y solo 5 dicen que funciona fácilmente. Además 2 mujeres opinan que el sistema no es burocrático, 3 opinan que a veces lo es y la mayoría 16 lo critican de difícil y burocrático. Se pregunta si hay facilidades para hacerse los exámenes del VIH y la mayoría afirma que no existen mayores dificultades (11) que a veces hay dificultades afirman 7 mujeres y 2 opinan que no es dificultoso. En cambio respecto de exámenes de otras especialidades las opiniones son mayoritariamente críticas (11), a veces (7) y solo 2 dicen que no difícil.

De las mujeres consultadas 8 consideran que el resultado de los exámenes y las dudas e inquietudes no se explican ni se responden adecuadamente, 3 de ellas afirman que a veces si lo hacen y solo 11 dicen que si se explican claramente.

DETALLE DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL

Muestra: 39 mujeres que ejercen en la zona centro de Santiago

Manejo de la prevención.

Se consultó sobre el manejo de información sobre prevención y el tipo de métodos que las mujeres encuestadas conocen y usan. La mayoría de ellas (92.3%), hacen mención al “condón masculino”. Otro porcentaje (38.5%) refiere el “condón femenino” y finalmente sólo el 25.6% señalan las “fantasías sexuales”, referidas a prácticas sexuales no penetrativas. En este sentido, al consultar por el uso del preservativo con los clientes, el 92.3% declaran usarlo “siempre”, mientras que el 7.7% manifiesta usarlo “casi siempre”. De estas últimas, el 5.1% indica que no lo utiliza cuando “se le ofrece más dinero”, y el 2.6% cuando “se siente atraída físicamente por su cliente”.

Con respecto al lugar en donde recibieron la información preventiva sobre el VIH y SIDA, la mayoría las mujeres encuestadas mencionan el “Consultorio”, refiriéndose a los Centros de Atención de Salud Sexual y la “Organización”, alcanzando el 76.9% y el 61.5% respectivamente. Las personas restantes, refieren haber obtenido la información a través de “amigos”, la “televisión” y la “Web”.

Relación con los Servicios de Salud.

Al consultar sobre la voluntariedad del Control de Salud Sexual, el 92.3% de las mujeres encuestadas considera que éste debería ser obligatorio, en tanto, el 5.1% de ellas manifiesta que no.

En relación con la consulta sobre su concurrencia a los controles de Salud Sexual, el 82.1% señala que lo hacen periódicamente. De ellas el 71.8% concurre a las Unidad de Atención y Control en Salud Sexual – UNACESS, pertenecientes a la Red Asistencial, mientras que el 10.3% lo hacen en Servicios de Salud privados. La frecuencia declarada al Control de Salud sexual se señala en el siguiente gráfico.

En este ámbito, declaran mayoritariamente haber sido atendidas por Matronas (76.9%). El 35.9% declara haber recibido la atención por parte de Enfermeras y el mismo porcentaje, por parte de Médicos. El 69.3% indican haber recibido atención de parte de otros profesionales de salud, a través del sistema de derivación, mencionando a Dentistas, Asistentes Sociales, Psicólogos, y Ginecólogos.

Frente a la consulta sobre la incidencia de alguna ITS dentro de este grupo, el 76.9% declara no haber adquirido ninguna de ellas. El 23.1% restante refiere que sí, especificando su tipología en el gráfico siguiente. La mayoría de las personas afectadas por ITS solicitaron tratamiento a través de sus respectivos Centros de Atención de Salud Sexual y sólo una señala haberse auto medicado. Referido al examen de ELISA para VIH, el 79.5% señala que se lo realizó, mientras que el 20.5% declara no haberlo hecho nunca.

En cuanto a los “otros” servicios obtenidos a través de las UNACESS, las encuestadas declaran haber accedido a la entrega de condones (82.1%), a folletería o material educativo (79.5%), a charlas informativas (51.3%) y a consejería (43.6%).

Condiciones para el ejercicio del Comercio Sexual.

Ante la pregunta “¿Dónde ejerces el comercio sexual habitualmente?”, surge una gama de variables no excluyentes entre sí, dado que las mujeres encuestadas utilizan distintos espacios y modalidades para realizar su trabajo, algunas más habituales que otras. Una primera categoría que se desprende es la distinción entre el ejercicio del comercio sexual de manera “dependiente”, declarado por el 15,4% de las encuestadas; e “independiente”, el cual es declarada por el 82%.

A partir de la experiencia recogida en el trabajo en terreno realizado por Fundación Margen, se han reconocido dos modalidades para el ejercicio del comercio sexual independiente, los cuales quedan de manifiesto al momento de la aplicación del instrumento y se infiere a partir de los relatos de las encuestadas.

La primera modalidad se refiere a la transa directa con el cliente en la vía pública, que representa al 56,4%, y la segunda a la mantención de una “cartera de clientes”, que se refiere al contacto o transa con clientes frecuentes vía celular, la que es declarada por el 25,6% de ellas.

Con respecto al ejercicio del comercio sexual en forma dependiente, declarado por el 15,4% de las encuestadas, se hace referencia a una modalidad en donde la trabajadora sexual tiene que pagar una comisión a un administrador o regente, y se efectúa en recintos cerrados. De ellas, el 7,7% declara ejercer en los llamados “privados”, mientras que el 5,1% declara ejercer en los llamados “saunas” o “casas de masaje”, mientras que el 2,6% lo hace en “night clubs”.

Otro dato significativo que se recoge a través de la aplicación del instrumento, hace referencia a una situación compleja que afecta al ejercicio del comercio sexual en el sector, relacionado con el acoso policial permanente que sufren las mujeres pertenecientes a esta muestra. En el siguiente gráfico, se refleja que la mayoría de las mujeres (56.4%) declara haber sido detenida al menos dos veces durante el último mes.

Al preguntar sobre la autoría de estas detenciones, la mayoría de las mujeres encuestadas (51%), declara que se trató de Carabineros uniformados. El 31% declara haber sido detenidas por Carabineros de Civil, mientras que el 17% por Policía de Investigaciones (PDI). En relación con el motivo de detención que declaran, el 62% fueron detenidas por control de identidad, un 22% por la violación de sello y clausura, mientras que el 13% por el ejercicio del comercio sexual.

Descripciones de las detenciones.

Se solicitó a las mujeres encuestadas que habían sido detenidas, que describieran brevemente como se realizó este procedimiento por parte de los funcionarios policiales. Si bien las respuestas al “motivo de la detención” no son excluyentes, las agrupamos por categoría para facilitar su análisis.

De las mujeres que declaran haber sido detenidas por “Control de Identidad”, todas señalan que fueron conducidas a una unidad policial, aun cuando portaban su respectivo documento de identificación.

“Nos llevan a la comisaría, nos hacen el Control y nos dejan sueltas”. “Me detienen y hacen el control de identidad, me quitan los condones y me meten al calabozo por 4 horas aprox.” “Carabineros a veces nos trata mal... cuando es el Oficial, él nos trata mejor”

En el caso de quienes declaran haber sido detenidas por “Violación de Sello”, algunas relatan malos tratos de palabra y físicos por parte de los funcionarios, mientras que otras señalan haber recibido un buen trato. “Con malas palabras, toqueteos, nos meten en una celda con todos los ladrones y mecheros”. “Buenos tratos, pero me sacaron esposada”. “Solicitaron Cédula de Identidad mientras estábamos en el departamento, llegaron y nos filmaron (canal 13)...nos llevaron a la Primera Comisaría y estuvimos desde las 6 de la tarde hasta las 9 de la noche”.

Frente a la detención por “Ejercicio del Comercio Sexual”, las mujeres relatan buenos y malos tratos, sin embargo manifiestan que en ninguno de los casos, esta situación se dio bajo alguna alteración del orden público. “Estábamos en la calle, nos detuvieron, nos pidieron el carnet y a quienes no lo teníamos nos llevaron”. “Me tratan bien, sin problema, solo estuve 40 minutos”. “Ya no me tratan mal”.

Frente a la solicitud de hablar sobre la “percepción de Abuso” de estos procedimientos, 10 de las encuestadas señalan que éste no fue abusivo, indicando que hubo diálogo entre ellas y los funcionarios, que es percibido más bien como una acción rutinaria y que responde a la labor que compete a las policías. “No es abusiva, los carabineros nos recomiendan que trabajemos más de noche”. “No es abusiva, estoy acostumbrada, en el último tiempo nos han llevado poco”. “No es abusiva, creo que están haciendo su trabajo”. “No es abusiva, por suerte hace tiempo que no nos llevan. Una vez me llevaron por violación de sello, y fue más violenta, a los clientes también se los llevaron como 4 horas”.

En cambio para 12 de ellas, el procedimiento si fue abusivo, argumentando haber recibido malos tratos físicos y psicológicos, faltas de respeto y humillaciones, además de reconocer que en la mayoría de las ocasiones, el accionar de los funcionarios policiales no se ajusta a derecho según la normativa vigente.

“Sí, porque no es motivo hacer el control de identidad en las Comisarias, deberían hacerlo en el mismo lugar”. “Es humillante sin ser violento, me maltratan de palabra, me han detenido cerca de 3 horas”. “Es abusiva, porque el trato que te dan y el tiempo que te tienen (ocho horas), según ellos es el tiempo que deberían tenerte”. “Si es abusiva, porque ya nos conocen, lo hacen más para ocupar el tiempo”.

DETALLE DE LOS RESULTADOS DE LOS CONVERSATORIOS REALIZADOS POR GRUPOS DE PERSONAS HOMOSEXUALES QUE VIVEN CON VIH Y SIDA.

Análisis de los resultados obtenidos en la población homobisexual

Los grupos manifestaron su disconformidad con el concepto de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), pues representa a un segmento ambiguo de la población "...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".

Los participantes concuerdan con la distinción entre las prácticas sexuales e identidad relacionada con la percepción de sí mismo, y al sentido de pertenencia generado 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 pasa 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".

"... HSH no es una forma exclusiva, puede que tenga actividad sexual con mujeres. ...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". "...desde algunos sectores de la población homo-bisexual 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".

Se reflexiona si la frecuencia con que una persona heterosexual mantiene relaciones sexuales con otro hombre, influiría en la adopción de una determinada identidad sexual. "¿Qué pasa con los hombres que tienen sexo con otros hombres periódicamente mientras se encuentran privados de libertad? ¿Son homosexuales? porque cuando salen vuelven a rehacer sus vidas heterosexual".

Los participantes coinciden en que el concepto no reconoce la diversidad de las expresiones de la sexualidad humana y del erotismo de cada individuo. "...no considera la diversidad y el hecho que a una persona le gusta o no le guste. ...puede ser más fácil de llegar con un mensaje hacia la práctica (sexual) 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".

HSH es una categoría propiamente epidemiológica. Se cuestiona su efectividad considerando el amplio abanico de identidades y realidades de las personas que cabrían dentro de esta categoría. "...difícil atacar epidemiológicamente algo que no se identifica, ¿sabes? ...vamos a hacer una actividad epidemiológica... ¿con quién?... con un grupo... ¿con cuál, cómo y dónde lo ubicamos?... hay un segmento aquí otro hay allá, pero hay un segmento que no tomamos porque no sabemos dónde están".

En opinión de los participantes ninguna acción preventiva dirigida a HSH tendría un impacto efectivo, aunque la utilización del concepto HSH pueda ser un recurso políticamente correcto. No se explicita el grado de vulnerabilidad que podría afectar a "otros hombres" que no se relacionan con la comunidad homosexual y las organizaciones existentes. "...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. ... las voces representativas son parte de las organizaciones homosexuales".

Aunque esa categoría puede tener sentido (desde la mirada de los organismos internacionales) pues es amplia y responde a distintas necesidades culturales, como ocurre en países donde la homosexualidad aún es condenada y penalizada. A nivel local en cambio, el concepto va perdiendo su sentido al no atender a las particularidades del amplio sector que lo conforma. "...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".

Se tiende a homologar el concepto HSH con “homobisexualidad”. La asignación de recursos para acciones preventivas así lo indica, en su mayoría son desarrolladas por las organizaciones homosexuales. “...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?”.

El impacto de las acciones preventivas, las campañas de prevención, se manifiesta la falta de campañas focalizadas, representativas que consideren las necesidades específicas de las sub poblaciones contenidas dentro de los HSH. “...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 esa mismas características”. “...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?” “...Si tú no te sientes identificado con el grupo focal no tomas en cuenta la campaña, porque no eres representado”.

El grupo refiere a las dificultades y contradicciones de eventuales campañas focalizadas. Por una parte, el contexto social conservador, una cultura donde los ejes patriarcales dominantes son el heterosexismo y la normatividad, dificulta el abordaje de temas relacionados con la sexualidad y sus manifestaciones. Por otra, el efecto de estigmatización y discriminación de eventuales mensajes preventivos que relacionen la epidemia con la población homobisexual.

Acciones preventivas que logren dar respuesta a las necesidades particulares de la población homobisexual y que causen un impacto efectivo son propuestas. Si el Programa Nacional estableciera directrices con contenidos y discursos claros para la elaboración de política pública de prevención del VIH y SIDA dirigida específicamente a la población homobisexual, estas se transformarían en el discurso y en la práctica, en una “política de Estado”, de modo que su implementación no dependa de la voluntad de los gobiernos de turno.

Si se fiscalizaran los recursos estatales destinados a acciones preventivas con población homobisexual, si se realizan estudios e investigaciones “...Acortar los plazos en la aplicación de estudios sobre comportamiento sexual de la población chilena, tanto a nivel general como en segmentos específicos”

Se afirma que hacen falta contenidos y mensajes preventivos de nivel secundario y terciario en la prevención, reforzar las acciones con el intersector, particularmente con educación, promoviendo una política integral para fomentar ambientes favorables para la aceptación de la diversidad sexual y sus manifestaciones, así como la internalización del autocuidado de la salud sexual. En este sentido se manifestó preocupación porque “...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”.

Se releva la importancia de la consejería, como herramienta efectiva capaz de potenciar, dentro de esta población, la construcción de “sujetos preventivos”. “personas que 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”. “...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”. En la consejería es la propia persona que evalúa su riesgo y puede establecer estrategias propias para prevenir”. En ese espacio de consejería el mensaje preventivo pierde su carácter imperativo, facilitando su incorporación a las distintas particularidades y estilos de vida. “...faltan acciones que permitan fomentar que las personas se transformen en sujetos preventivos, los cabros prefieren comprarse una cerveza en vez de comprar condones”.

Se considera que la consejería realizada entre pares facilita el acercamiento a las personas que requieren tomarse el examen, brinda apoyo emocional ante la posibilidad de un resultado. Es el 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 el SIDA no significa muerte.” Por otra parte se podrían abordar otros temas en “...espacios de educación entre pares y consejería. La seguridad ha hecho que las personas bajen la guardia, el acceso a los medicamentos está 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 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 insiste que aún “... 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”.

Se propone la utilización de las redes sociales como vías de difusión de información y de mensajes de autocuidado, fomentando sujetos preventivos homobisexuales. “...Falta innovación, para el trabajo con jóvenes se puede replicar experiencias de otros países, ... una organización que 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...”

Los mensajes preventivos se basan en una escala valórica general estandarizada para toda la población; determinada por la “normalidad”, “la cultura heterosexista” dominante y por las instituciones religiosas que ejercen una fuerte influencia en el quehacer público. De ahí surgen esos conceptos de abstinencia, exclusividad y fidelidad sexual, en contextos y estilos de vida diversos, resultan difíciles o inviables de mantener en el tiempo. “...el gran riesgo de las campañas dirigidas al público homosexual, es que aún están muy demarcadas por el tema de pareja única... y eso es como un enganche para no usar condón en muchas personas, el compromiso puede fallar y ocurre el riesgo”. Se reflexiona en este sentido que “...el tema de la abstinencia es válido para quien cree en eso y tiene toda una visión sobre el tema, pero está demostrado que grupos religiosos que deberían ser abstinentes no lo son.” Afirman que es un hecho que “... los chicos que recién empiezan... se encuentran en un proceso donde quieren probar, explorar y conocer.” Finalmente, cabe recordar que “el tema está en que tú tienes que usar condón por tu propio cuidado”.

“...históricamente el sistema ha sido muy castigador con la sexualidad heterosexual, imagínate con la sexualidad homosexual.” En ese mismo sentido emerge una crítica a las organizaciones homosexuales tradicionales y a las acciones preventivas que fomentan. Visualizan que esas acciones se acomodan a los criterios establecidos por la política pública y que replican sus mensajes.

Verbalizan la necesidad de generar mensajes que se relacionen más con las realidades de su población objetivo, 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. “si usas condón y no se te baja, eres potente”, “el condón te hace acabar más lento” “está de moda cuidarse a uno mismo...”.

Preocupa que “...organizaciones homosexuales históricas no hayan sido capaces de innovar en sus mensajes y acciones, dentro de sus militantes y activistas hay muy pocos jóvenes, no cuentan con espacio para que ellos se reúnan y participen”. Opinan en el sentido que es probable que “...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.”y que “...no hayan 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”.

Al valorar la Atención Integral se concuerda que 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 disponible para responder a las necesidades de las personas que viven con VIH.

La calidad de la atención depende del Servicio y del equipo de salud que la brinda. “...En el Hospital Salvador ha mejorado la atención de farmacia, con un anexo exclusivo para PVVIH. La toma de exámenes de rutina que se hace en dermatología ahora, y los de carga viral y CD4 se hacen en un mismo lugar”. En otras regiones 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 Biobío, 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”.

Para los participantes adheridos a ese sistema, la Atención Integral en el sistema privado simplemente no existe. Se limita a la consulta médica periódica y al acceso a adquirir medicamentos a menor costo. La atención de ciertas especialidades depende directamente de la cobertura del plan contratado, aunque el VIH esté incluido en el GES. “...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 atiende y que además tenga hora para luego. Eso pasa con todos los especialistas”.

A juicio de los participantes que se atienden en los servicios de salud pública, el sistema de derivaciones a especialidades no cumple lo estipulado en el Modelo de Atención Integral, en el acceso a atención profesional calificada de las PVVIH, en un plazo máximo de 48 horas luego de realizada la derivación. “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 tienes que esperar”. El acceso a los programas de salud mental es deficitario.

En la atención brindada por los médicos tratantes y los equipos de salud existen situaciones que no se ajustan a lo propuesto por el Modelo de Atención Integral implementado por el MINSAL. En general, la relación de los profesionales de salud establecen es distante y poco empática, lo que dificulta que las personas expresen sus necesidades, aclarar sus dudas o soliciten información para solucionar situaciones complejas biológico, sociales o afectivas. “Cuando uno los cuestiona se enojan, incluso se molestan cuando uno demuestra que maneja mucha información sobre el tema”. “...las personas tienen miedo de confrontar al médico porque piensan que les pueden quitar los medicamentos”.

Incluso ha habido resistencia de algunos médicos tratantes para acceder al examen de genotipificación. “...Yo tuve que esperar pesar 33 kilos para que me hicieran el genotipo, ... la terapia me causo mucho deterioro y tuve que llegar casi dentro del cajón para que decidieran hacerme le genotipo”.

El personal que atiende en los programas no aplica entrega información suficiente. Las PVVIH no reciben buena orientación respecto al inicio del tratamiento, cambio de los esquemas de terapia, efectos secundarios y adherencia. “...sobre los efectos secundarios, el nivel de toxicidad de las terapias...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”.

Opinan que muchos profesionales en el sistema público o privado no comparten con los usuarios información vital. “...la pérdida de calcio que provoca la TARV, que conlleva problemas dentales, o de osteoporosis y que son progresivos...”. “...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”. Y peor aún, si el paciente requiere y solita mayor información. “...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”. En síntesis todos concuerdan que “... La atención general de los hospitales de nuestro país está por muy debajo de los estándares requeridos”.

RESULTADOS DETALLADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LAS PERSONAS TRANSGÉNERAS Y TRANSEXUALES

Muestra: 18 personas.

Las personas consultadas tienen diversas edades que van desde la más joven con 17 años y las mayores con 56 años. La mayoría de las consultadas se ubican entre 30 y 40 años.

Todas las consultadas han sido notificadas de VIH o de Sida. La persona con menor tiempo de notificación tiene 3 meses y la que tiene más tiempo alcanza a 22 años.

Todas las personas consultadas enfrentan situaciones de vulnerabilidad social. Solo dos de ellas tienen trabajo remunerado, seis de ellas están privadas de libertad, 8 ejercen el comercio sexual.

En cuanto a su previsión de salud, la totalidad de las consultadas están afiliadas a FONASA y actualmente 10 de ellas están con tratamiento antiretroviral.

Valoración de la atención en VIH

De las personas transgéneras y transexuales consultadas, el 77,7% considera que el equipo tratante conoce bien el tema del VIH y del sida y el 22,2 no sabe.

55,6% afirma que el equipo maneja adecuadamente el tema de la identidad de género, 27,8 se pronuncia en contrario y 16,7 no sabe.

61,1% afirma que el equipo se maneja adecuadamente frente a la identidad transgénera, 22,2% se pronuncia contrariamente y 16,7% no sabe.

77,8% de las consultadas considera que el equipo conoce bien el tema de las infecciones de transmisión sexual. Solo el 5,6% está en desacuerdo y un 16,7% no sabe.

Solo el 35, 3% considera que el equipo se ha mantenido en el tiempo. El 47% está en desacuerdo, 5,6% no contesta y 22,2 no sabe.

El 55,6% de las consultadas considera que el equipo trata amablemente a las consultantes, 38,9% ha entregado una opinión en contrario y el 5,6% no sabe.

De las consultadas, el 38,9% considera que la estrategia de promoción del uso del condón para la prevención es adecuada. El 16,7% opinan que no es adecuada, un 16,7% no sabe y 27,8% no contesta.

Sobre el acceso a la atención de profesionales

Se indagó si contaban con acceso a atención médica especializada, enfermería, matronas y asistentes sociales, entre otras.

El 77,8% de las consultadas afirman que tienen acceso a medicina especializada en VIH, un 11,1% manifiesta que no tienen acceso y un 11,1% no sabe.

Respecto al acceso a enfermeras, el 77,8% dice tener acceso, 11,1% niega tener el acceso y 11,1% no sabe.

A asistente social, en cambio, solo un 61,1% afirma haber tenido acceso, 5,6% dice no haber tenido acceso y 66,3% no sabe.

Pero a matronas, el 88,9% ha tenido acceso a matronas y solo un 11,1% afirma no tenerlo.

Solo el 50% de las consultadas manifestó tener acceso a nutricionista, 11,1% dice no tenerlo, un 33,3% no sabe y un 5,6% no contestó.

En el caso de la atención psicológica, el 83,3% ha tenido acceso, 11,1 no lo ha tenido y 5,6% no contesta.

A otras especialidades, solo el 16,7% de las personas consultadas ha tenido acceso, el 66,7% no contesta y el 16,7% no sabe.

Opiniones de algunas líderes acerca de la política

Consideran que las personas transgéneras mayoritariamente adquieren el VIH ejerciendo el comercio sexual sin prevención. Aunque los clientes no disminuyen, no hay suficientes condones (se entregan mensualmente a través de la Seremi de Salud). No tienen una fuente laboral segura, *arriesgamos nuestras vidas en el comercio sexual*. También adquirimos el virus *a través de la droga y por la excitación del momento*.

Opinan que para evitar la adquisición del virus se debiera entregar información, prevención y generar fuentes laborales para las transgéneras o *incorporarla a trabajos formales, para dejar en forma definitiva la prostitución*. La prevención en terreno es indicada como *la mejor forma para llegar a las trans*.

No somos consideradas ni en las campañas de comunicación social ni en los mensajes preventivos. Somos estigmatizadas. Algunas piensan que solo las consideran en el comercio sexual.

Las campañas de comunicación no cumplen con el objetivo de mantener la alerta sobre el VIH y SIDA. Las campañas no llevan mensajes claros y no tienen un lenguaje adecuado. La iglesia es la que más opina y se mete en los trabajos de campaña creando pánico y homofobia en la población, esto conlleva a más discriminación. Otras personas opinan que las personas no hacen caso a los mensajes preventivos.

En el diseño de una campaña se nos debe tratar como a todo el mundo. Somos parte de la humanidad y tenemos que ser tratadas como cualquier persona, la campaña debe ser inclusiva. Deben llamarnos a trabajar juntas el diseño de las campañas. En las campañas se deben incorporar las folleterías más pequeñas, y ser entregadas en terreno.

Valoran el rol de las organizaciones de personas transgéneras en la prevención del VIH y del Sida. En algunas regiones existe una única organización de transgéneras que *trabaja en el tema de prevención en talleres a la población en general y mesas informativas en diferentes comunas...* forman parte del comité gestor y la mesa de sexualidad convocada por la Seremi de Salud. Las organizaciones trabajan en terreno, orientando a las pares.

El Estado no reconoce el valor de estas organizaciones. Los medios de comunicación no se hacen parte de sus actividades, visibilizando muy poco su trabajo, lo que dificulta que llegue la información a la gente.

El Estado utiliza a las transgéneras (entregando testimonios y presentando la organización en universidades y talleres). Sin embargo no se pasa de ese compromiso puntual.

La trayectoria de las organizaciones es muy valiosa. *En nuestra región somos consideradas en diferentes redes feministas y además en grupos habitacionales, esta lucha se ganó a través del Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Región del Maule en el año 1998.*

Las líderes de las organizaciones opinan que la aplicación obligatoria del test de ELISA para VIH a mujeres que consultan por embarazo es *una buena iniciativa, porque muchas mujeres de nuestra organización se los transmitió su pareja única y exclusiva y ellas no lo saben. (Los hombres en nuestra región salen a trabajar fuera y hacen vida con otras mujeres y vuelven con el virus y se lo transmite a sus parejas)*

Respecto a la Atención Integral de personas transgéneras afectadas por el VIH:

Las mayores dificultades que enfrentan las personas transgéneras afectadas por el VIH o SIDA en el sistema de salud pública son *la mala atención, la falta de entrega canasta básica para personas viviendo con VIH/SIDA, falta de profesionales capacitados en el tema, no se cumple con lo que establece la ley Sida en cuanto a la entrega de una bonificación fiscal cuando aparecen las enfermedades catastróficas, las transgéneras se mueren en condiciones inhumanas*. Una reivindicación muy generalizada es que las llamen por el nombre social.

La consejería es muy importante como apoyo psicológico especialmente para las trans menores. Es importante en el proceso de las personas viviendo con VIH/SIDA. Lamentablemente no se ofrece. Dicen que no hay un espacio para estos fines y aunque hay consejeras de la agrupación que han sido certificadas por la SEREMI de Salud de la región del Maule como consejeras en VIH/SIDA, jamás nos han dado la oportunidad de ejercerla.

No entienden cómo nos tienen que tratar. El trato que brinda el equipo de salud que la atiende no es bueno, porque los profesionales que están a cargo no tienen la experticia de trabajo con Transgéneras. Necesitamos profesionales aptos para las transgéneras viviendo con VIH/SIDA.

Denuncian situaciones de maltrato o de discriminación vividas por parte de algún miembro del equipo de salud que la atiende:

- *Hay personas que nunca han visto ni han sido maltratadas.*
- *Pero otras que denuncian que Nos citan a una hora y nos atienden al final cuando han atendido a todas las personas*
- *Toman medidas de protección de sobremanera como por ejemplo guantes y mascarilla*

Una persona denuncia que ha tenido algún problema de derivaciones en urología. Pero en general no han tenido dificultades de acceso o en la atención o en derivaciones a otro centro de especialidades o laboratorios que toman exámenes.

Aun no se logra que respeten la identidad social de las transgéneras. Ha sido una gran lucha para que nos traten por el nombre social, pero no conocen la circular 34, ni la Vía Clínica, ya que no ha sido promovida en los trabajadores /as del servicio de salud y nos tratan sin conciencia de género.

Ha habido algunos cambios pero no por política pública sino que por voluntad de los profesionales que nos atienden y nosotras les entregamos la información, necesitamos políticas públicas eficaces que terminen con la discriminación y la homofobia

En Iquique el espacio para la atención es muy estrecho y hay falta de privacidad. *Falta mucho para que nos respeten y nos traten por el nombre social.*

- 1 Se ha anexado el resultado de las encuestas aplicadas en personas privadas de libertad.
- 2 Se ha anexado el resultado de la encuestas aplicadas en mujeres
- 3 Se ha anexado el resultado del cuestionario aplicado a mujeres líderes de la ICW y otras agrupaciones.
- 4 Se anexa el resultado de la encuesta elaborada para trabajadoras sexuales.



Fundación Savia
La fuerza de la vida