

HOMOFOBIA Y VIH / SIDA

“Relación entre Homofobia
por parte del personal
de salud de los
Centros Departamentales
de Vigilancia, Información
y Referencia (CDVIR),
y el acceso
a pruebas de VIH-SIDA
en Personas de la población GBT y HSH”

ADESPROC LIBERTAD GLBT 2010

Asociación de Desarrollo Social y Promoción Cultural LIBERTAD GLBT

Director:

Alberto Moscoso Flor

Responsable de la investigación:

Lic. María Eugenia Torrico Palacios

Aportes y asistencia técnica al documento

Dra. Roxana Salamanca OPS/OMS

Edición final del documento

Lic. María Eugenia Torrico Palacios

Alberto Moscoso Flor

Producido por:

ADESPROC LIBERTAD GLBT

La Paz Bolivia

Teléfono: (+511) 2226210 Fax: (+511) 2147387

Casilla de correo 10471

www.adesproclibertadglbt.org / adesproc@libertadglbt.org

Con el apoyo de AMFAR- MSM Initiative community award

Diseño de Tapa: Andrea Bohorquez

Diseño y Diagramación: Jaime Alvarez C.

Impreso por:  SCORPION 2460067

PRESENTACIÓN

Han transcurrido casi 30 años desde el inicio de la epidemia de VIH, durante los cuales la misma se ha extendido a todos los países, a todos los territorios del mundo incluyendo los de América Latina y desde luego a nuestro País Bolivia.

Si bien se ha avanzado mucho en la prevención, educación, promoción de la salud, atención y tratamiento de la infección, aún no se ha controlado **la transmisión** del VIH.

La homofobia es un condicionante para una serie de situaciones que comprometen la convivencia civilizada, siendo un fenómeno socio cultural que da curso a prácticas que violan los derechos humanos.

Uno de los problemas de salud que la homofobia dificulta atender, es el VIH independientemente de la identidad sexual se torna una limitante; pues un contexto homófobo, aleja a las personas de las fuentes de información, prevención, detección oportuna así como de mayores opciones de tratamiento.

En respuesta a la homofobia, los avances más significativos van con relación al reconocimiento de la importancia del papel que juega el respeto a los derechos humanos en la respuesta a la epidemia, ligada por la importancia que existe entre la discriminación hacia las persona con VIH, o hacia los grupos más expuestos al VIH, lo cual conlleva a la ineficacia o inexistencia de las intervenciones dirigidas a población HSH y GBT. Por ende esta discriminación aleja a las personas del sistema de salud y desalienta la adopción de comportamientos de autocuidado.

La presente investigación claramente nos permite contar con evidencia para delimitar acciones conjuntas y contribuir así al desarrollo integral en respuesta a estas brechas para así responder a las necesidades y fortalecer al sistema de salud en respuesta al VIH.

Dra. Roxana Salamanca
Responsable VIH/ SIDA OPS/OMS

AGRADECIMIENTOS

A AMFAR - MSM Initiative community award por el apoyo técnico y financiero para el desarrollo de la presente investigación.

A la Dra. Roxana Salamanca de OPS/OMS por sus aportes y asistencia técnica al documento.

A las diferentes organizaciones y líderes de la población GLBT en los diferentes departamentos del país donde se desarrolló la investigación

A los y las profesionales de los CDVIRS de las ciudades quienes mostraron desinterés y cooperación en el proceso de la investigación.

Al equipo técnico de ADESPROC LIBERTAD GLBT.

Un reconocimiento especial al Comité Nacional de Bioética de la UMSA por el apoyo brindado en el proceso de revisión del protocolo inicial de la investigación y su respectiva aprobación.

A todas las personas que se involucraron en la realización de la investigación

ÍNDICE

GLOSARIO DE TERMINOS.....	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
1. ESTADO DE CONOCIMIENTO.....	10
2. REFLEXIONES DE REFERENCIA.....	12
3. MÉTODOS Y TÉCNICAS	14
3.1. Objetivos	14
3.1.1. Objetivo General.....	14
3.1.2. Objetivos Específicos.....	15
3.2. Tipo de Investigación.....	15
3.3. Diseño de investigación.....	15
3.4. Tipo de muestra	16
3.5. Población de estudio	16
3.6. Lugar del estudio y de reclutamiento.....	16
3.7. Proceso de reclutamiento	17
3.8. Criterios de inclusion	17
3.9. Criterios de Exclusión.....	17
3.10. Características de la muestra.....	18
3.11. Instrumentos.....	19
3.12. Procedimiento de la Investigación.....	20
3.13. Procedimiento de Consentimiento Informado.....	21
3.14. Compensación a Participantes	21
4. DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES	21
4.1. Principios éticos para tomar en cuenta.....	22
4.2. Ítems a recabar en los Grupos Focales	23
4.3. Guía de Preguntas.....	23
5. DESARROLLO DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD	24
5.1. Principios éticos para tomar en cuenta.....	25
5.2. Ítems a recabar	26
5.3. Guía de Preguntas.....	27
5.4. Proceso de Interpretación de Resultados Cualitativos.....	28
6. ANALISIS DE CONTEXTO	30
6.1. Situación del VIH y SIDA en América Latina y el Caribe.....	30
6.2. Construcción Social del vih/sida.....	33
6.3. Situación del vih y sida en Bolivia	35

6.4. Acceso a servicios de salud para ITS/VIH y Poblaciones Vulnerables ..38	
6.5. Factores que influyen en la Propagación del VIH	43
6.5.1. Factores Culturales	43
6.5.2. Factores socio-demográficos.....	44
6.5.3. Factores personales.....	45
6.5.4. Factores relacionados con el servicio	45
6.5.5. Factores sociales.....	46
6.5.6. Factores de riesgo en la sociedad	46
6.6. Conceptualización de HSH y Diversidad Sexual	47
7. MARCO REFERENCIAL	48
7.1. Diferentes conceptos sobre Homosexualidad.....	48
7.2. Estudios sobre Homosexualidad	49
7.2.1. Prejuicios.....	51
7.2.2. Homofobia	52
7.2.3. Homofobia Interiorizada	54
7.2.4. Homofobia Exteriorizada	54
7.2.5. Estigma	55
7.3. Proceso de la Homofobia	56
8. ANALISIS DE DATOS.....	58
8.1. Grupos focales con personas de la población gay y HSH.....	58
8.2. Conocimientos acerca de los servicios de salud	58
8.3. Obstáculos para el acceso a centros de salud.....	60
8.4. Confidencialidad en los centros de salud.....	61
8.5. Difusión de los servicios de salud.....	62
8.6. Grado de satisfacción.....	63
9. ENTREVISTAS APROFUNDIDAD CON PERSONAL DEL CDVIR.....	66
9.1. Conocimientos sobre homosexualidad	66
9.2. Actitudes homofóbicas	67
9.3. Obstáculos en la atención a personas homosexuales	68
9.4. Trabajo coordinado con la población GLBT	68
9.5. Conocimiento de casos de discriminación a personas homosexuales en el último año	69
10. CONCLUSIONES GENERALES.....	70
11. RECOMENDACIONES GENERALES	73
12. BIBLIOGRAFIA CITADA	75
ANEXOS.....	77

GLOSARIO DE TERMINOS

ADESPROC	Asociación Civil de Desarrollo Social y Promoción Cultural
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
CDVIR	Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELISA	Enzyme-Linked Inmuno Sorbent Assay (Ensayo Inmuno Enzimático Asorbente)
GLBT	Gay, Lesbiana, Bisexual y Trans (travesti, transexual, transgénero)
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
IGUALDAD LGBT	Fundación por la Igualdad Legal y Social para Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
REDVIHDA	Fundación Red Cruceña de Apoyo Integral a Personas que Viven con el VIH y el SIDA de Santa Cruz de la Sierra
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TSC	Trabajadoras Sexuales Comerciales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

Bolivia cuenta con muy poca información que describa de manera continua y sostenible las características de las poblaciones más afectadas por la epidemia, a su vez, es escasa la información existente sobre las necesidades específicas más sentidas de los grupos poblacionales vulnerables acerca del uso, cobertura y acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH/Sida.

Dado que las actividades sexuales entre las personas del mismo sexo aún son mal vistas en la sociedad, es probable que permanezcan ocultas y ocurran de manera clandestina y en consecuencia pueden no ser reveladas a los proveedores de salud, esta realidad contribuye en la diseminación de estereotipos y simplificaciones absurdas, poniendo en peligro la recolección de información sobre la salud que pueda favorecer a un mejor entendimiento de las complejidades de las poblaciones Gays y HSH.

En este sentido, se pretende Determinar la relación de la Homofobia por parte del personal de salud de los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR) en el acceso a pruebas de VIH-SIDA en Personas de la población GLBT Gay, lésbico, bisexual y trans de las ciudades de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí, La Paz y El Alto.

Respecto a la metodología, se utilizó el Tipo de estudio no experimental, ya que este se realizó sin la manipulación de variables, simplemente se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, en este sentido se desarrollaron grupos focales en cada departamento para recabar información de los participantes, tanto de personas de la población Gay, lésbica, bisexual y trans GLBT y a la vez se desarrollaron entrevistas a profundidad dirigidas al personal de salud de los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR).

Cuando se habla sobre el nivel adecuado de acceso a la prevención y servicios de diagnóstico de ITS y VIH/Sida en población Gay y HSH la respuesta evidentemente es compleja, ya que las manifestaciones en los grupos focales desarrollados es diversa y más aun si contrastamos las respuestas entre departamentos.

Si bien, las expresiones y actitudes homofóbicas van desde gestos de desaprobación y comentarios desagradables hasta la discriminación abierta y en algunos casos a la violencia, los proveedores de cuidados de la salud no están exentos de la influencia del dominio de la homofobia lo que algunas veces resulta en una Reducción de la cobertura debido a que algunas personas se niegan a ocuparse de las necesidades y preocupaciones de la población GBT y HSH.

Es una constatación dar respuestas en contra la diseminación del VIH, en este sentido la población GLBT y HSH constituyen un pilar fundamental y por tanto es con ellos que se debe trabajar de manera conjunta, lograr un acceso mayor a los sistemas públicos de salud debe seguir siendo la meta primera de la construcción de una política de salud y educación, así mismo se debe seguir promoviendo la movilización de recursos para un desarrollo holístico del sector de la educación y combatir al VIH y al SIDA.

Es preciso lograr que la población GLBT y HSH sean capaces de hacer una valoración a la realidad de modo que se pueda determinar con exactitud el grado de riesgo personal que tienen con respecto a la infección por el VIH. Clarificar el significado de estilo de vida saludable y su importancia en la reducción de la susceptibilidad a la infección por el VIH, en la promoción de la calidad de vida y en el prolongamiento de la vida de las personas afectadas por el VIH y por el SIDA.

Se deberá realizar un trabajo muy importante en el sentido de generar un espíritu de pertenencia de las personas de la población GLBT y HSH con relación a los servicios de salud, si el ciudadano sabe que puede acceder a un servicio donde lo atiendan con calidad y calidez, donde además se satisfagan sus demandas en cuanto a la atención, seguro serán futuros clientes del servicio.

1. ESTADO DE CONOCIMIENTO

En América latina la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales ha puesto en evidencia un cúmulo de prácticas sexuales, desconocidas o negadas por la sociedad, en muchos casos rodeadas de mitos, prejuicios, y estereotipos, como es el caso de la comunidad gay y la población de HSH, “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres”, más aún en Bolivia, país en el que todavía la sociedad está regida por el machismo y una cultura homofóbica.

La transmisión sexual del VIH, aún con el aumento de casos en la población heterosexual, sigue afectando principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), este grupo generalmente ha sido dejado de lado, potenciando de esta forma sus niveles de vulnerabilidad.

Los datos epidemiológicos divulgados indican que la epidemia del VIH en población gay y HSH se ha diseminado, las lecciones aprendidas en grupos gays y de HSH han demostrado que la vulnerabilidad se reduce cuando líderes políticos, la sociedad, y las políticas públicas aceptan la existencia de relaciones sexuales entre hombres, y es tema relevante en los programas de VIH/SIDA. Al inicio de la epidemia en 1984, el nivel de esta en la comunidad gay y HSH era incipiente, actualmente está en un nivel concentrado en estas poblaciones.¹

El nivel concentrado de la epidemia en Bolivia, nos indica que es necesario estudiar, analizar y comprender las relaciones sexuales entre hombres, tomando como base sus relaciones. Muchos hombres (a diferencia de lo que la ideología de género dominante ha hecho suponer) tienen relaciones sexuales con otros hombres, y su conducta sexual, no va necesariamente acompañada de una orientación o identidad sexual definida, (gay, bisexual, heterosexual etc.), ni tampoco de los rasgos estereotipados que usualmente motivan la etiqueta de “homosexual” y sus numerosas variantes.

Existe un sinnúmero de factores que convierten a las poblaciones de HSH en más vulnerables frente a la transmisión del VIH, entre éstas se observan: el aspecto biológico, aspectos socio-culturales, la discriminación existente, no reconocimiento social de las prácticas sexuales entre hombres, la falta de espa-

1 OPS/OMS, Informe de la consultoría sobre vigilancia epidemiológica a Bolivia, Dr. César Cárcamo, 2003.

cios específicos, de campañas educativas, informativas y de apoyo ajustadas a la diversidad cultural y sexual de los hombres.

Se suman aspectos comportamentales que por efectos de la homofobia social e interiorizada, afectan la autoestima, y promueven comportamientos auto-destructivos, que influyen en la toma de conciencia para reconocer la transmisión del VIH como un problema que afecta a estas poblaciones.

En la población GBT y HSH una de las barreras en cuanto a campañas y material de prevención se refiere es la forma en la que se presenta el mensaje. Los HSH más aislados socialmente constituyen un grupo vulnerable, suelen preferir mensajes ambiguos e indirectos que no los pongan en riesgo de quedar al descubierto en su práctica sexual.²

Las personas GBT y HSH enfrentan actualmente una fuerte discriminación en todos los aspectos de la vida, discriminación laboral, educativa, socio-cultural, ya que su identidad sexual y genérica no es reconocida y aceptada y por otro lado la Homofobia en un contexto heterosexista no facilita su visibilización, además no se satisfacen las necesidades de atención en centros de salud y legales, razón por las cuales las personas HSH y personas GLBT asisten a Centros Especializados y ONG's que trabajan en la prevención de VIH-SIDA, por lo que es necesario crear políticas de salud pública diferenciadas.

En muchos países latinoamericanos, la influencia de un persistente machismo, el prejuicio y la discriminación continúan creciendo, al margen de lo que digan sus legislaciones y se considera que América Latina aún tiene un largo camino que recorrer para contrarrestar satisfactoriamente la homofobia o "el miedo y/o el odio a los homosexuales".

El estigma y la homofobia aumentan el aislamiento de las personas homosexuales, bisexuales y transexuales y las hacen más reticentes a darse a conocer, identificarse y recibir asesoramiento ya que la homofobia está acentuada no solo en población general sino también población GLBT.

2 "Análisis de situación y respuesta para la elaboración de un plan estratégico nacional en relación a VIH/SIDA y Hombres que tienen sexo con Hombres en el Ecuador".

En un informe la OPS Organización Panamericana de la Salud afirma que: “La homofobia representa una amenaza para la salud pública en América Latina”, y esta forma de estigma y discriminación basada en la orientación sexual no sólo afecta la salud física y mental de la comunidad homosexual, sino que contribuye a la propagación de la epidemia de VIH”.

En Bolivia, se estimaba que menos del 3% de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres disponían de acceso a los servicios de prevención, comparado con una cobertura del 30% para las profesionales del sexo. Ya que “Todos estos años, no se ha efectuado prevención donde hacía falta, que es donde está la epidemia”, “No se ha trabajado con gays ni con transexuales; al contrario, hubo rechazo y una profunda discriminación”.³

De acuerdo con la clasificación de ONUSIDA y de la OPS/OMS, Bolivia tiene una epidemia de tipo inferior al 0,5%. Sin embargo, se estima altas prevalencias de VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad. En hombres que tienen sexo con hombres HSH se ha reportado una prevalencia de VIH cercana al 22% en la ciudad de Santa Cruz. En trabajadoras sexuales la prevalencia reportada en los últimos años ha sido consistentemente menor al 0,5%.

La población GLBT es objeto de una marcada discriminación socioeconómica, cultural y laboral en Bolivia, ya que la sociedad no reconoce la homosexualidad como una práctica sexual tradicional, tanto el sistema educativo como las empresas públicas y privadas, e incluso los servicios de salud discriminan a los homosexuales negándoles oportunidades laborales y económicas y el sistema legal no les proporciona protección, sino hasta que adquieren el VIH. Estos factores predisponen sumados a sus prácticas sexuales no protegidas, los convierte en un grupo de alto riesgo frente a la infección por el VIH.⁴

2. REFLEXIONES DE REFERENCIA

Durante el desarrollo de la historia de la humanidad diversos temas han acaparado la atención del hombre y éstos han sido tan controversiales que a través

3 ONUSIDA, 1999, Bogotá. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/ Sida con HSH”;

4 Estudio sobre Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVB0), Ministerio de Salud y Deportes -Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Julio 2009

del tiempo han originado discusiones tales en las que todavía hoy no se ha llegado a un común acuerdo.

Esta divergencia de opiniones conlleva a una apreciación muy particular de los individuos que generalmente pueden clasificarse en tres bandos: los extremistas, los opuestos a éstos y los del término medio, es así que el prejuicio como tal se mueve por todos y cada uno de los escenarios de la vida.

Este contraste entre las distintas tendencias se hace más evidente cuando surge el rechazo hacia el otro y nace a partir de éste una serie de circunstancias que llevan a la discriminación, el prejuicio y el establecimiento de estereotipos, es así que las personas homosexuales son precisamente una población que sufren más de prejuicios, marginalidad, discriminación e incluso explotación; y los estereotipos en torno a ellos están muy bien establecidos.

La necesidad de etiquetar, nombrar, diferenciar los comportamientos y las orientaciones sexuales ha servido en muchos casos para estigmatizar, marginar, castigar, o bien para acreditar, reconocer y valorizar las conductas de los individuos, y ver a unos como mejores que otros y crear desigualdades y culpas, cuando más etiquetamos a la sexualidad más nos alejamos de su realidad, sería bueno hablar de la existencia de personas sexuales que aman, desean, sienten y viven su sexualidad, ya que seguir separando las orientaciones sexuales es tratar ver las causas de la sexualidad desde afuera, sin embargo las diferencias existen pero no nos deberían llevar a buscar desigualdades.

La acción de la APA (American Psychiatric Association) al suprimir la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales en 1973 del DSM-III permitió dar un paso hacia un cambio de actitudes y, eventualmente, de leyes vigentes, la postura de dicha asociación, según la cual la homosexualidad no implica en sí ningún impedimento en cuanto a juicio, estabilidad o capacidad general social o vocacional, motiva la generación de nuevas actitudes.

El mundo no es dicotómico y mucho menos en el área de la sexualidad, es un continuo que se modifica en cada persona a lo largo de su vida, dependiendo de sus experiencias históricas, personales, tanto biológicas y psicológicas como sociales. Los prejuicios arraigados en la sociedad hacia las personas que tienen relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, provoca que la gente se es-

conda o que no pueda hablar con la verdad en los servicios de atención al VIH/sida, por lo que los registros de la epidemia se distorsionan y no reflejan lo que sucede en una supuesta minoría sexual que tiene muy altas tasas de prevalencia.

Bolivia cuenta con muy poca información que describa de manera continua y sostenible las características de las poblaciones más afectadas por la epidemia, a su vez, es escasa la información existente sobre las necesidades específicas más sentidas de los grupos poblacionales vulnerables acerca del uso, cobertura y acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH/Sida.

Sin embargo frente a esta realidad, diferentes programas de prevención se apoyan en la premisa de que el riesgo se puede reducir considerablemente si se influye sobre los conocimientos, las actitudes y las destrezas de los individuos para adoptar un comportamiento con menor riesgo

Dado que las actividades sexuales entre las personas del mismo sexo aún son mal vistas en la sociedad, es probable que permanezcan ocultas y ocurran de manera clandestina y en consecuencia pueden no ser reveladas a los proveedores de salud, esta realidad contribuye en la diseminación de estereotipos y simplificaciones absurdas, poniendo en peligro la recolección de información sobre la salud que pueda favorecer a un mejor entendimiento de las complejidades de las poblaciones Gays y HSH.

3. METODOS Y TÉCNICAS

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre la Homofobia por parte del personal de salud de los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR) y el acceso a pruebas de VIH-SIDA en Personas de la población Gay, bisexual y trans (GBT) de la ciudad de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí, La Paz Y El Alto.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar las creencias respecto a la homosexualidad que existen en el personal de los CDVIR's Departamentales de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí y La Paz.
- Conocer la percepción de la población GBT sobre el acceso a pruebas de VIH-SIDA de las ciudades de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí, La Paz y El Alto.
- Determinar la Correlación entre las creencias respecto a la homosexualidad que existen en el personal de los CDVIR's Departamentales y el acceso a pruebas de VIH-SIDA en Personas de la población GBT de las ciudades de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí, La Paz y El Alto.

3.2. Tipo de Investigación

Se utilizó el Tipo de estudio no experimental, ya que este se realizó sin la manipulación de variables, simplemente se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, cumpliendo a cabalidad con el concepto de Kerlinger 1979, citado por Hernández, Fernández y Baptista, (1997)⁵.

En este sentido se desarrollaron grupos focales en cada departamento para recabar información de los participantes, tanto de personas de la población Gay, bisexual y trans GBT y a la vez se desarrollaron entrevistas a profundidad dirigidas al personal de los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR).

3.3. Diseño de investigación

El diseño de investigación pretende determinar la influencia de la variable X: Homofobia por parte del personal de salud de los CDVIR's Departamentales y la variable Acceso a pruebas de VIH-SIDA en Personas de la población GBT de las ciudades de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí, La Paz y El Alto.

5 Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2002) Metodología de la Investigación.

3.4. Tipo de muestra

La investigación se realizó con 150 personas, hombres que son parte de la población GBT de las ciudades de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí, La Paz y El Alto y 80 personas hombres y mujeres que son parte del personal de salud de los centros departamentales CDVIR de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí y La Paz.

El criterio de elección de la muestra responde a un carácter no probabilístico por conveniencia de sujetos voluntarios.

3.5. Población de estudio

Personal médico de los centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia de ITS/VIH/SIDA (CDVIR) de los departamentos de Trinidad, Tarija, Santa Cruz de la Sierra, Oruro, Potosí y La Paz.

Población Gay y HSH de los departamentos de Trinidad, Tarija, Santa Cruz de la Sierra, Oruro, Potosí, La Paz y El Alto.

No se realizaron entrevistas de profundidad con el personal de salud del CR-VIR de la ciudad de El Alto debido a factores externos ligados al cambio de infraestructura del centro en el momento planificado para la actividad, lo que imposibilitó el desarrollo de las entrevistas.

3.6. Lugar del estudio y de reclutamiento

Para el desarrollo de la investigación fueron elegidos 6 Departamentos de Bolivia (La Paz, Oruro, Potosí, Tarija, Trinidad y Santa Cruz) y una ciudad intermedia de El Alto ya que éstas concentran grupos organizados de personas GBT.

- Centros de Servicios de Salud para las entrevistas con personal del CDVIR
- Lugares apropiados para los grupos focales con población GBT

3.7. Proceso de reclutamiento

Para el proceso de reclutamiento se contó con la participación de personas encargadas que son los líderes identificados por cada ciudad, quienes tienen gran alcance con la población GBT, los cuales harán conocer el desarrollo de la actividad, citando día y hora para la realización del grupo focal.

Por otra parte para la realización de las entrevistas a profundidad con el personal médico se procedió a conversar con el Director del Programa de VIH y Sida de cada ciudad quien tuvo conocimiento de la actividad a desarrollar, y nos facilitó el poder contar con la participación de personal médico específico.

3.8. Criterios de inclusión

Grupo Focal: Personas de la población GBT de las ciudades de La Paz, Trinidad, Tarija, Santa Cruz de la Sierra, Oruro, Potosí y El Alto.

Edades comprendidas entre los 18 y 35 años.

Haber asistido a un centro de salud de su ciudad para la realización de la toma de muestras para la detección de anticuerpos al VIH y SIDA.

Entrevista a Profundidad: Personas trabajadoras en el área de salud del CDVIR de las ciudades de La Paz, Trinidad, Tarija, Santa Cruz de la Sierra, Oruro y Potosí. (Personal relacionado a la atención de la toma de muestras para VIH y SIDA).

3.9. Criterios de Exclusión

Grupo Focal: No pertenecer a la población GBT de las ciudades de La Paz, Trinidad, Tarija, Santa Cruz de la Sierra, Oruro, Potosí y El Alto.

Ser menor de 18 años o mayores de 35 años.

No haber asistido a un centro de salud de su ciudad para la realización de la toma de muestras para la detección de anticuerpos al VIH y SIDA.

Entrevista a Profundidad: No ser parte del personal de salud del CDVIR de las ciudades de La Paz, Trinidad, Tarija, Santa Cruz de la Sierra, Oruro y Potosí.

3.10. Características de la muestra:

Se realizaron Grupos Focales dirigidos a población Gay y HSH, 2 sesiones por departamento de acuerdo al número de participantes y sus características.

	Características
LA PAZ	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años
ORURO	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años
POTOSI	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años
TARIJA	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años
TRINIDAD	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años
SANTA CRUZ	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años
EL ALTO	Personas Gay – HSH de estrato socioeconómico medio – bajo Edades comprendidas entre 18 y 28 años

Se realizaron Entrevistas de profundidad, el número de entrevistas depende del número de personal que tiene el CDVIR en el área de toma de muestras para VIH en cada departamento.

	Características
LA PAZ	Jefe de Programa de ITS/VIH Laboratoristas Consejeros/as
ORURO	Jefe de Programa de ITS/VIH Laboratoristas Consejeros/as
POTOSI	Jefe de Programa de ITS/VIH Laboratoristas Consejeros/as Médico General
TARIJA	Jefe de Programa de ITS/VIH Laboratoristas Consejeros/as
TRINIDAD	Jefe de Programa de ITS/VIH Laboratoristas Consejeros/as
SANTA CRUZ	Jefe de Programa de ITS/VIH Laboratoristas Consejeros/as

3.11. Instrumentos:

Los instrumentos detallados a continuación permitieron obtener información codificada, confidencial y organizada:

- Guía de preguntas para el desarrollo de los grupos focales para las personas de la población GBT.

- Guía de preguntas para el desarrollo de entrevistas a profundidad para el personal médico de los CDVIR's.
- Formularios de Información de la Investigación
- Formularios de Consentimiento Informado

Todos los instrumentos fueron validados con personas de la población GLBT que asisten a ADESPROC LIBERTAD y personal técnico de campo involucrado en la investigación.

3.12. Procedimiento de la Investigación

- ✓ Elaboración de una Guía de preguntas para la entrevista a profundidad con personas de los CDVIR Departamentales para identificar las creencias respecto a la Homosexualidad.
- ✓ Elaboración de una Guía de preguntas para los Grupos focales con personas de la población GBT para conocer su percepción sobre el acceso a pruebas de VIH- SIDA.
- ✓ Validación de las Guías para los Grupos Focales por personas expertas en la metodología.
- ✓ Implementación de Grupo Focales en las Ciudades de La Paz, Trinidad, Tarija, Santa Cruz, Oruro y Potosí y El Alto, con personas de la población GBT y HSH.
- ✓ Implementación de entrevistas a profundidad en las Ciudades de La Paz, Trinidad, Tarija, Santa Cruz, Oruro y Potosí, con personas del CDVIR Departamentales.
- ✓ Análisis de Datos Obtenidos.
- ✓ Interpretación de Resultados.
- ✓ Presentación de Resultados Finales de la Investigación.

Es necesario mencionar que se realizó un protocolo de la presente investigación que fue sometido para su aprobación a la Comisión de Investigación del **Comité Nacional de Bioética**, el cual fue revisado y finalmente aprobado.

3.13. Procedimiento de Consentimiento Informado

El consentimiento Informado fue entregado a cada participante tanto en el desarrollo de los grupos focales como en cada entrevista a profundidad realizada, en él se informó sobre los objetivos de la investigación y sus características, sus eventuales riesgos y sus beneficios.

El formulario debía llevar la firma de cada participante en señal de conformidad con los términos enunciados en él, sin embargo los datos de identificación como el nombre o dirección no fueron solicitados ni incluidos en el formulario.

3.14. Compensación a Participantes

Todas las personas que participaron de los grupos focales recibieron un incentivo económico por su aporte en el grupo focal, al finalizar la sesión.

Así también el personal médico de los CDVIR's que participó de las entrevistas recibió un incentivo por su participación al finalizar la sesión.

Ambos incentivos fueron firmados por todo/as los/las participantes como constancia de su entrega y recibo.

4. DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES

Los Grupos focales son una técnica de "levantamiento" de información en estudios sociales, su justificación y validación teórica se funda en el sentido de ser una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macro-social, toda vez que en el discurso de los participantes, se generan imágenes, conceptos, lugares comunes, etc., de una comunidad o colectivo social.

La técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde

la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación.⁶

4.1. Principios éticos para tomar en cuenta

- Aceptación voluntaria de la y el entrevistado en transmitir la información solicitada.
- Mantener el anonimato.
- Explicitar el uso científico de la información para los fines de sugerir acciones positivas en política públicas.
- Crear un ambiente de diálogo durante la entrevista, respetando silencios, y no dando respuestas.
- Transcribir la información captada sin adulterarla.
- Cumplir la actividad con absoluta responsabilidad en calidad y puntualidad.
- Búsqueda de personas que hayan acudido a centros de salud en busca de atención para toma de muestras de VIH /Sida.

Para el desarrollo exitoso de los grupos focales se realizó una invitación formal de manera anticipada a cada uno/a de los/as participantes para lograr la participación y asistencia esperada en los grupos focales.

Una vez verificados los criterios de elegibilidad, se procedió a leerles la hoja de información y el consentimiento informado, momento en el cual el/la participante decide firmar dicho documento aceptando su incentivo y avalando su participación, Así también el/la participante podía rehusarse a participar en la investigación después de la lectura de los documentos anteriormente citados sin recibir su incentivo, de esta manera se relevó la información solo de los/as participantes que estuvieron en todo el proceso del grupo focal, vale decir desde el inicio hasta el final.

Las sesiones se llevaron a cabo en ambientes privados que permitieron asegurar la confidencialidad de la información, así también se garantizó todos los

6 Balcázar, P. Grupos Focales. (2007) Ediciones Amsterdam. Argentina

procesos y procedimientos con el manejo oportuno y confidencial de los datos a lo largo de la investigación.

En cada sesión del grupo focal participaron entre 8 a 10 personas de la población Gay, dependiendo del departamento a los cuales se les informaron sobre los objetivos de la investigación y posteriormente se inició con la guía de preguntas con el fin de recolectar la información necesaria.

La metodología del grupo focal fue participativa y muy enriquecedora en cuanto a los datos proporcionados por los participantes, teniendo una duración de una hora y media.

4.2. Ítems a recabar en los Grupos Focales

1. Conocimientos acerca de los servicios de salud
2. Calidad de atención
3. Obstáculos en la atención a HSH
4. Factores de riesgo
5. Confidencialidad en el diagnóstico

4.3. Guía de Preguntas

GUIA PARA GRUPOS FOCALES PERSONAS DE LA POBLACION GLBT

1. ¿Acudieron en alguna ocasión al CDVIR departamental los últimos 6 meses?, ¿Si No fueron al CDVIR por que no lo hicieron?
2. ¿Cuánto tiempo tuvieron Uds. que esperar desde que solicitaron la atención hasta que le atendieron?
3. ¿Qué servicio solicitaron en esa ocasión?
4. ¿Cuándo solicitaron atención, cuánto tiempo aproximadamente duró la consulta con el/la médico/a?
5. ¿Posterior a la consulta, Uds., fueron derivados/as a consejería?
¿Por qué?

6. ¿Alguna vez sufrió discriminación por el personal del CDVIR? Si, No Explique porque cree que fue así.
7. ¿Cómo fueron discriminados? ¿Por qué cree que fue discriminado?
8. ¿Pueden indicar por quien o porque servicio fueron discriminados? (consulta médica, laboratorio, enfermería, farmacia o consejería)
9. ¿Uds. saben lo que es la homofobia?
10. ¿Uds. consideran que en el CDVIR respetan la confidencialidad?
11. ¿De manera global indiquen su grado de satisfacción con la atención en el CDVIR
12. ¿Uds. se realizaron la prueba para VIH-SIDA?, ¿Por qué no se realizó la prueba?
13. ¿Donde se realizaron la prueba para VIH?
14. ¿Al realizarse la prueba para VIH Uds. recibieron pre consejería y post consejería?
15. ¿Cuáles creen que son las estrategias de difusión sobre los servicios de salud para la prevención de VIH-SIDA que usa el CDVIR?
16. ¿Creen que existen obstáculos actualmente para el acceso de personas de la población Gay y HSH a centros de salud? ¿Por qué?

5. DESARROLLO DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Es una técnica para obtener que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación., la entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) del entrevistado frente a/o en colaboración con el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de representación. La Entrevista a profundidad, al igual que la observación puede plantearse holísticamente, pero también puede ceñirse a una sola sesión, constituyéndose en una experiencia social.

La diferencia más marcada resulta del grado de dirección-no dirección que se pueda imprimir a la misma y que oscila desde la entrevista en el que el entrevistador lleva la iniciativa de la conversación, hasta aquella en la que el entrevistador sigue un esquema de preguntas, fijo en cuanto al orden, contenido y formulación de las mismas.⁷

5.1. Principios éticos para tomar en cuenta

Para llevar a cabo una buena entrevista a profundidad es necesario tener en cuenta las siguientes normas:

Abordar gradualmente al/la interrogado/a, creando una corriente de confianza, identificación y cordialidad.

- Abordar gradualmente al/la interrogado/a, creando una corriente de confianza, identificación y cordialidad.
- Ayudar al/la interrogado/a para que se sienta seguro/a y locuaz.
- Dejarlo/a concluir su relato y ayudarlo/a a completar o concretar hechos.
- Procurar formular las preguntas con frases fácilmente comprensibles.
- Actuar con espontaneidad y franqueza, y no con astucias o rodeos
- Mantener el anonimato.
- Crear un ambiente de diálogo durante la entrevista, respetando silencios, y no dando respuestas.
- Transcribir la información captada sin adulterarla.

En este sentido se realizaron entrevistas a profundidad con el personal médico de los CDVIR's de La Paz, Oruro, Potosí, Tarija, Trinidad y Santa Cruz de la Sierra.

Las entrevistas se llevaron a cabo con el método de entrevista cara a cara en ambientes privados que permitieron asegurar la confidencialidad de la información, esta actividad se desarrolló de manera correcta y oportuna.

⁷ Sierra Bravo. Técnicas de investigación social. 8va. Edición. Editorial Paraninfo 1996. 193p

Cada entrevistado/a fue informado/a del objetivo de la investigación y de la importancia de la información proporcionada, durante el desarrollo de la entrevista el entrevistado era libre de responder las preguntas que deseara e incluso si en el transcurso de la entrevista decidía no contestar más podía hacerlo.

Las entrevistas se realizaron en cada CDVIR previa coordinación de horarios, y garantizando todos los procesos y procedimientos respecto al manejo oportuno y confidencial de los datos a lo largo de la investigación.

5.2. Ítems a recabar

1. Conocimientos sobre homosexualidad
2. Actitudes homofóbicas
3. Obstáculos en la atención a personas homosexuales
4. Trabajo coordinado con grupos GLBT
5. Conocimiento de casos de discriminación a personas homosexuales en el último año.

Para su recolección y la identificación del grado de homofobia se utilizará la escala descrita por Díaz, A., (2007), donde menciona que: se puede observar 4 tipos de actitudes diferenciales de la sociedad frente a las personas y a la temática GLBT: Aceptación, distancia, homofobia terapéutica y rechazo, sin embargo la homofobia corresponde a un continuo en el que se ubican 3 tipos de reacciones sociales, cuyos límites no son rígidos, sino dúctiles y son los siguientes:

Distancia: Respeto pero sin relacionamiento directo, existiendo indiferencia en el trato a las personas con otra orientación sexual distinta a la heterosexual. No se llega al reconocimiento activo de la otra persona.

Homofobia terapéutica o (No Homofobia): Idea de reforma tamizada en una referencia al respeto. Es la concepción de la ayuda o la orientación en términos de readecuación a la norma.

Rechazo: Negación de la vivencia GLBT, que va desde el insulto hasta la agresión física, lo que deriva en la homofobia.

5.3. Guía de Preguntas

GUÍA DE PREGUNTAS PERSONAL DEL CDVIR

1. ¿Que conocen sobre la homosexualidad?
2. ¿Uds. Cree que las personas homosexuales son superiores o inferiores a las personas heterosexuales?, mencionar en que aspectos.
3. ¿Tienen amigos homosexuales?, ¿cómo es su relación con ellos o ellas?
4. ¿Conocen alguna ley a favor de las personas homosexuales? y ¿Que opinan sobre las leyes que protegen a las personas homosexuales? (mencionar los principios, decretos y ordenanzas)
5. ¿Qué opinan sobre la premisa que dice que la mayoría de las personas homosexuales tienen VIH o Sida?
6. ¿Consideran que las personas homosexuales deberían asistir a tratamiento psicológico, por qué?
7. ¿Tienen amigos o familiares homosexuales?, ¿Cual creen que sería su reacción si se enteran que sus amigos/as o hijos/as son homosexuales?
8. ¿Cual creen que es la percepción de la sociedad boliviana respecto al tema de la homosexualidad?
9. ¿Que conocen sobre la homofobia?, indagar ejemplos de casos.
10. ¿Conocen algún caso de discriminación por orientación sexual e identidad de género en el centro de salud?
11. ¿Tienen conocimiento sobre la existencia de algún grupo u organización GLBT?

12. ¿Uds. Conocen o pueden identificar a algún líder del colectivo GLBT?
13. ¿Uds. coordinan actividades con algún grupo u organización GLBT? ¿Cual/es?
14. ¿Cómo creen que es la atención a personas del colectivo GLBT en el servicio de toma de muestras para VIH y SIDA?
15. ¿Uds. Creen que existe algún obstáculo para el trabajo con personas homosexuales?
16. ¿Participaron de algún taller de sensibilización sobre diversidades sexuales e identidad de género?
17. ¿Creen que la institución en la que trabajan necesita sensibilizarse respecto a la temática de las diversidades sexuales y genéricas? ¿Por qué?

5.4. Proceso De Interpretación de Resultados cualitativos

La utilización de una metodología cualitativa resultó pertinente para el trabajo con los datos ya la metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable, en este caso se trabajará con datos que reflejan las propias palabras de las personas registradas en forma escrita.

Como parte de un estudio cualitativo, esta investigación pretende informar con objetividad, claridad y precisión acerca de las experiencias de los sujetos, aproximándose de este modo a un sujeto real que está presente en el mundo y que puede, por medio de técnicas de análisis, ofrecer información sobre los significados de los comportamientos, o un determinado problema.

Para el análisis de los datos, se utilizó el enfoque procedimental, el cual contempla un proceso de análisis con un esquema definido que consta de “determinadas tareas u operaciones que constituyen el proceso analítico básico”.

Los autores proponen un esquema compuesto por tres fases⁸, las cuales son: *reducción de datos; disposición y transformación de datos; y obtención de resultados y conclusiones.*

1) Reducción de Datos: Esta fase corresponde al análisis cualitativo de los datos. Para comenzar el proceso de reducción de datos, Rodríguez, Gil y García proponen “descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido”, sosteniendo que no todos los datos sirven para el análisis una vez seleccionado el material, la reducción de los datos se realiza en base a tres tareas:

i) Separación de Unidades: El conjunto global de datos se presenta según un criterio elegido por el investigador,

ii) Identificación y Clasificación de Unidades (Categorización): En esta fase las unidades de datos se constituyen como categorías. Al establecer las categorías, se deben determinar criterios y reglas para especificar “los aspectos del contenido que deben tomarse como criterio para decidir sobre la pertinencia a una categoría”

Si bien para efectos de descripción teórica esta fase se ha constituido como una etapa diferente a la primera, en la práctica “la categorización es una tarea simultánea a la separación de unidades cuando ésta se realiza atendiendo a criterios temáticos”

iii) Síntesis y Agrupamiento: Las actividades de síntesis y agrupamiento tienen relación con la definición de un código que agrupa a un conjunto de códigos distinguidos durante el proceso de categorización, ya que “cuando categorizamos estamos ubicando diferentes unidades de datos bajo un mismo tópico o concepto teórico”.

2) Disposición y Transformación de los Datos: Esta fase constituye el análisis cuantitativo de los datos. Miles y Huberman sostienen que algunas de las dificultades del análisis cualitativo surgen al momento de extraer las conclusiones, ya que los datos cualitativos pueden aparecer dispersos y difi-

8 Rodríguez, Gil y García. Metodología de Investigación Social Rodríguez, Ed. 2001.

cultar el examen de las variables. Para esto, plantean, es preciso disponerlos “en un conjunto organizado de información, presentada en alguna forma espacial ordenada, abarcable y operativa de cara a resolver las cuestiones de investigación”.

Los autores han descrito diferentes procedimientos para la presentación de la información seleccionada, contemplando entre ellos el diseño de matrices y tablas con el fin de sintetizar los fragmentos codificados en una misma categoría, también la utilización de gráficos no sólo será para presentar los datos, sino advertir relaciones y descubrir su estructura profunda.

3) Obtención de las Conclusiones: Esta fase implica “ensamblar de nuevo los elementos diferenciados en el proceso analítico para reconstruir un todo estructurado y significativo”. Aquí se presentan las conclusiones de la investigación. Éstas se realizarán a partir de las interpretaciones de los resultados como productos de la investigación.

Esta tercera fase se constituye como la etapa final de la investigación y se analizará la presencia de las categorías determinadas según cada una de las variables de estratificación.

6. ANALISIS DE CONTEXTO

6.1. Situación del VIH y SIDA en America Latina y el Caribe

La pandemia del VIH ha ayudado a poner en relieve la falta de cuidados y apoyo para las comunidades de HSH. A pesar de la evidencia existente de que la epidemia del VIH en el Hemisferio Norte se encuentra mayormente concentrada en ciertas poblaciones tales como HSH, trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables y no inyectables, pocos países han tomado medidas proactivas para enfrentar esta situación y establecer y promover servicios de cuidados de la salud apropiados que tiendan a satisfacer las necesidades de estos grupos específicos.

La información disponible muestra que los HSH se encuentran afectados de manera desproporcionada por las enfermedades de transmisión sexual, en

particular por el VIH, con tasas de infección que son de cinco a 10 veces más altas que las de la población en general en la mayoría de las grandes ciudades de la Región ALC. Sin embargo, los programas dirigidos a los HSH reciben menos del 1% del total del gasto por VIH en América Latina y el Caribe, a pesar de que estos hombres representan el 25% de los 1,7 millones de personas que viven con VIH/SIDA.

Es un imperativo para la salud pública contribuir a desarrollar ambientes propicios en los cuales todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto y donde los servicios de salud estén dirigidos hacia las distintas realidades que enfrentan los HSH. Mientras que este desafío se ha vuelto un claro objetivo desde la perspectiva de la pandemia del VIH, un patrón similar de exclusión y discriminación de HSH se manifiesta en la experiencia de estos, independientemente del VIH. Estas barreras hacen imprescindible que se enfoque de manera más amplia el “cuidado de la salud” en el tratamiento de las necesidades de las poblaciones GBT y HSH y que no se limiten únicamente a la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH.

Como principio fundamental, se debe acordar que todos los individuos juegan un papel valioso en una sociedad sana sin importar la orientación sexual real o percibida o la identidad de género. Desafortunadamente el prejuicio y la represión han impedido y restringido los derechos humanos y el reconocimiento de las minorías sexuales en la Región de América Latina y el Caribe, incluyendo el acceso al cuidado de la salud universal y no discriminatorio.

En consecuencia, desarrollar ambientes de cuidado de la salud inclusivos en donde todos los individuos sean tratados con respeto y provistos de servicios de alta calidad⁹ no debería considerarse como una opción sino como un requerimiento de los sistemas de salud. Para satisfacer completamente las necesidades de salud de las diferentes poblaciones GBT y HSH, los sistemas

9 El Instituto de Medicina define la calidad de la atención como “el grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados deseados en salud y sean compatibles con los conocimientos profesionales actuales”. Los componentes del sistema de calidad de atención de salud son la seguridad, la eficacia, concentración en el paciente, y la puntualidad. EE. UU. El Departamento de Salud y Servicios Humanos, Agencia para la Investigación y la Calidad. National Healthcare Quality Report 2005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

y servicios de salud requieren reformas para que los recursos se distribuyan adecuada y equitativamente, además se implementen políticas sistemáticas que cumplan apropiadamente con las necesidades de las poblaciones GBT y HSH. La suma de todos estos esfuerzos debe servir para eliminar la discriminación contra las personas GBT y HSH en el acceso y promoción de servicios de salud apropiados y por lo tanto debe ayudar a reducir la ignorancia, estigma y discriminación en términos sociales más amplios, más allá del sistema de salud.

Las políticas públicas por lo general están basadas en suposiciones que reflejan las percepciones, actitudes y valores de toda la sociedad. Dichas construcciones sociales y la manera en la que influyen en la toma de decisiones sobre cómo: ¿dónde y para quién se asigna los recursos? además de para quién construimos servicios públicos accesibles, tienden a dejar de lado a ciertos grupos vulnerables. Al mismo tiempo, sin embargo, estos recursos y servicios pueden convertirse en “símbolos” de reivindicación que permitan que los grupos vulnerables excluidos desarrollen capacidades y defiendan sus respectivas causas y necesidades.

Las autoridades del sector de la Salud, así como los proveedores de la salud y cualquier otra parte interesada deberían ser consientes de las estructuras sociales que están por debajo de los diseños de la política de salud y de las decisiones de los servicios de salud, así como de sus propias actitudes y comportamientos que puedan acentuar las disparidades, el aumento de vulnerabilidad y la violación de los derechos humanos. El desarrollo de esta “conciencia crítica” entre los planificadores de la salud y los proveedores de cuidados de la salud es un paso esencial para dar marcha atrás en las prácticas perjudiciales y de exclusión de la salud pública, además de ayudar a constituir sistemas de salud más equitativos.

Por consiguiente, la provisión de servicios de salud inclusivos y efectivos para las poblaciones GBT y HSH en América Latina y el Caribe requerirá no sólo de una distribución más equitativa de los recursos para servicios apropiados sino también de un cambio consciente de actitudes y prácticas entre los planificadores del sistema de salud y proveedores del cuidado de la salud como líderes de cambio.

6.2. Construcción Social del VIH/SIDA

Desde su aparición, el VIH provocó un fuerte impacto en la población, por lo cual su construcción social contuvo profundas cargas simbólicas y se constituyó en base a un imaginario social que contó con un vago conocimiento y muy poca información certera al respecto. Como afirma CONASIDA, “la entrada en sociedad del SIDA, a comienzos de los años ochenta, estuvo rodeada de mitos y prejuicios”. Hace aproximadamente 20 años atrás, cuando el VIH/SIDA comenzó a ser conocido por la población, se construyó socialmente como asociado a características de sufrimiento, muerte y miedo (Valdenegro, 1988). Se le consideró una enfermedad fatal cuyo diagnóstico implicaba una sentencia de muerte y que se expandía engendrando el terror psicológico en la población (Christ y Wiener, en De Vita, Hellman y Rosenberg 1986; Nájera, en Barbero, Conde, Gafo y Pérez, 1989) La presencia del virus en el individuo ha significado socialmente como la finalización de las aspiraciones y propósitos de vida, por lo que las expectativas, planes y proyectos dejan de ser posibles: “todos sus planes se vienen abajo, estos pacientes pierden el puesto de trabajo o tienen que renunciar a sus estudios; en ocasiones pierden la familia, la pareja y los amigos más íntimos”.

Es así como la vivencia del VIH se fue constituyendo socialmente como una experiencia marcada por la presencia de la enfermedad, donde el VIH se instalaría en la vida de la persona invadiendo los diferentes planos de su vida. De esta manera lo muestran Christ y Wiener al hacer referencia al VIH: “su aparición interfiere con todos los aspectos de la vida del paciente, da lugar a múltiples dificultades que producen un gran estrés”. Según todo lo anterior, el VIH se ha constituido en el imaginario social como un obstáculo para continuar viviendo la vida más allá de las preocupaciones por la enfermedad.

En Bolivia, como en otros lugares de Sud América y el mundo, el VIH/SIDA sigue cobrando más vidas, ya que el VIH/SIDA, desde principios de la década de los 80´ ha provocado movilizaciones mundiales que buscan controlar a ciertos “grupos de riesgos” como a la población GLBT (Gay, Lesbianas, bisexuales y Trans), y a l@s trabajador@s sexuales comerciales.

De acuerdo con el Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, 2008, en aquellos países más afectados por la epidemia, el VIH ha incidido en una disminución de la esperanza de vida en más de 20 años, es una expresión de la pobreza

ya que influye negativamente en el crecimiento económico. El VIH ha causado cerca de 25 millones de defunciones a nivel mundial, generando profundos cambios en las estructuras demográficas y en América Latina las tendencias no han sufrido grandes modificaciones.

Desde el inicio de la epidemia en el año 1984, Bolivia caracterizó su epidemia como concentrada, ya que en grupos de población que tienen comportamientos sexuales más riesgosos, la prevalencia es mayor a 5%. Estos grupos de población constituyen potencialmente una población puente para la transmisión del VIH hacia otros grupos de la sociedad, incluyendo a la población general. La falta del uso del condón, la alta frecuencia de ITS y la presencia del VIH en grupos de comportamiento de riesgo, exponen a la transmisión del VIH a la población general.

La población en general no está enterada que existen organizaciones que trabajan con personas que viven con el VIH/SIDA, y que existe una ley de prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA. **“Ley N° 3729”** promulgada por el presidente Evo Morales, y de la misma forma sobre de los tratamientos antirretrovirales y las infecciones oportunistas, sitios de atención, cuidados, políticas, prevención, estadísticas, planes y adelantos científicos.

En Bolivia, las ciudades que tienen mayor porcentaje de personas que han adquirido el virus pertenecen a las ciudades de: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, las mismas conforman el eje troncal de Bolivia, pese a esto la atención que ha puesto el gobierno para la prevención y tratamiento de la pandemia del VIH para esta población ha sido escasa, el presupuesto asignado es insuficiente, los esfuerzos del gobierno están dirigidos más hacia mujeres gestantes y adolescentes, dejando a un lado la población masculina y más aún a las personas GBT y HSH.

En febrero de 2008, varias instituciones que trabajan la temática del VIH y Sida pusieron en marcha el estudio SEMVBO (Sexualidad Masculina de VIH en Bolivia), investigación realizada exclusivamente en población gay, bisexual, trans y HSH, los hallazgos obtenidos en este estudio permite asegurar que este grupo poblacional se constituye en uno de los grupos más afectados por la epidemia. Estos datos coinciden con la tendencia de la epidemia observada en el área

andina, donde predomina la transmisión sexual entre hombres como el grupo poblacional más afectado por el VIH.¹⁰

6.3. Situación del VIH y SIDA en Bolivia

El número de personas que vive actualmente con el VIH y el SIDA crece de una manera alarmante. Los datos mundiales, y en particular aquellos referentes a la situación de la epidemia en Bolivia, muestran como el impacto del VIH y el SIDA en la vida cotidiana de las personas se vuelve cada vez más dramático.

Según datos proporcionados por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en Bolivia, se cuenta con el siguiente reporte estadístico en relación al estado de la epidemia del VIH, tomando en cuenta el periodo 2004 – 2010.

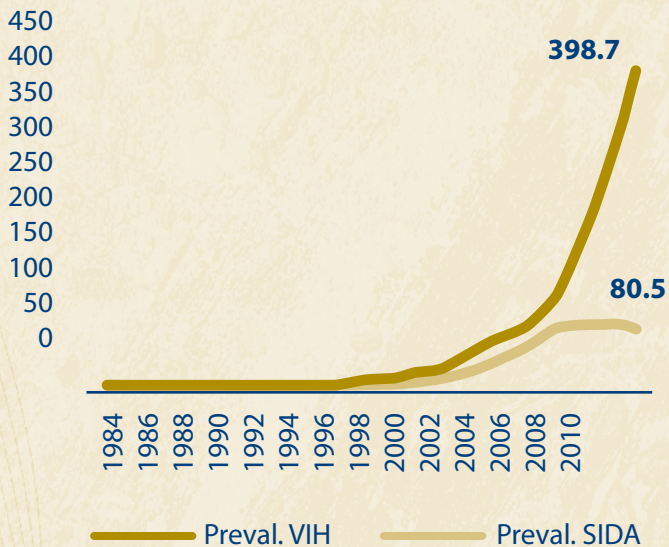
INDICADORES	TOTAL
Número de casos notificados de VIH/SIDA (1984 - 2010)	6,176
Número de personas que fallecieron por causa sida (1984 - 2010)	651
Personas que fallecieron por sida (2010)	150
Número de personas que viven con VIH/SIDA (PVVs)(1984 - 2010)	5,525
Población proyectada al año 2010. según el INE	10,426,154
Proporción de PVVS con respecto a la población boliviana	0.05%
Casos notificados de VIH (1984 - septiembre 2010)	4,722
Casos notificados de SIDA (1984 - septiembre 2010)	1,454
Casos nuevos reportados primer semestre 2010	1287
Número de PVVs con infección avanzada que reciben ARV	1301

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – MSD
(*) Información Preliminar a septiembre de 2010

10 **Estudio sobre Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO)**, Ministerio de Salud y Deportes - Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. **Julio 2009**

Evolución y Tendencia de la Epidemia

Bolivia: Prevalencia de casos notificados de VIH y SIDA (Por millón de habitantes)



Hasta diciembre de 2010, en Bolivia 5 de cada 10.000 personas viven con VIH/SIDA.

La prevalencia de SIDA es de 80 por millon de habitantes.

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Características Sociodemográficas Distribución de casos por departamentos



Departamento	Número de casos
La Paz	937
Oruro	148
Potosí	54
Chuquisaca	123
Cochabamba	1207
Tarija	125
Santa Cruz	3389
Trinidad	144
Pando	49

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

La distribución de casos por departamentos revela que el 89% de los casos se distribuye en los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, correspondiendo el 55% al departamento de Santa Cruz.

Con respecto a los casos notificados en la gestión 2010 se mantiene la misma tendencia.

6.4. Acceso a servicios de salud para ITS/VIH y Poblaciones Vulnerables

El acceso a los servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos. Además influyen en la disponibilidad y efectividad de medicamentos, dificultades en el control de ITS, la relación del personal de salud con l@s usuari@s, la discontinuidad en la prestación de servicios de salud, la discriminación y estigma a la que están sujetas las personas que acceden a los servicios de salud.

Actualmente existen nueve Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia de ITS/VIH/SIDA (CDVIR) en Bolivia, ubicados en las nueve ciudades capitales departamentales. A partir del año 2003 funcionan tres CRVIR's Centros Regionales de Vigilancia, Información y Referencia en las ciudades fronterizas de Yacuiba, Puerto Quijarro y Guayaramerín y un CRVIR en la ciudad de El Alto. Los CDVIR's son centros públicos que atienden las personas afectadas por ITS, VIH y Sida. Las actividades de los Programas Departamentales ITS/VIH/Sida, a través de los CDVIR's se orientan a la prevención, control y vigilancia epidemiológica pasiva de grupos vulnerables y en menor grado de la población en general mediante la atención ambulatoria a las personas que viven con el VIH/Sida (PVVS) incluyendo el tratamiento antirretroviral y el seguimiento de laboratorio con CD4-CD8, carga viral y hemograma completo cada seis meses de manera gratuita. La atención sin costo para el paciente está amparada por la **Ley 3729** de prevención del VIH/Sida, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con VIH/Sida¹¹.

En la siguiente tabla se puede observar el número de establecimientos que ofertan la prueba de VIH en Bolivia y el alcance que éstos registran en cada departamento, en un cuadro comparativo entre las gestiones 2009 y 2010.

11 Informe de una Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. OPS. 2009

Departamento	Establecimientos que ofertan la prueba de VIH		Condomes distribuidos por los programas		Personas alcanzadas por actividades de IEC y CCC	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
La Paz (*)	50	57	121,965	519,864	33,326	46,662
Oruro	11	18	20,973	161,782	926	3,177
Potosí	11	12	46,950	71,211	-	21,400
Cochabamba	37	48	250,137	553,249	9,520	28,300
Chuquisaca	37	38	39,558	79,428	443	5,331
Tarija	19	26	27,788	94,046	250	15,894
Santa Cruz	30	69	158,496	378,870	12,213	4,238
Beni	26	33	23,746	56,899	435	1,357
Pando	17	40	26,917	125,584	182	18,849
Total	238	341	716,530	2,040,933	57,295	145,208

(*) Incluye condones distribuidos por el Programa Nacional
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

De acuerdo a estimaciones de ONUSIDA la población GBT y HSH en el país alcanzaría a 60.000 personas (40.000-80.000). La población GBT y HSH en Bolivia es sub atendida y existe poca información que describa los comportamientos de riesgo frente a las ITS y el VIH/SIDA, uso del condón, cobertura y acceso a la prevención, diagnóstico, y tratamiento del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS).

La mayoría de las personas declaran haber escuchado sobre las Infecciones de Transmisión Sexual. Menos de la mitad de personas entrevistadas refiere haber asistido alguna vez a un servicio de prevención ITS/VIH-SIDA siendo menor este porcentaje en la ciudad de La Paz/El Alto.

De aquellas personas que declaran haber asistido alguna vez a un centro de prevención, solo la mitad ha asistido en el último año. En la ciudad de La Paz/El Alto, la mayoría de personas refiere haber asistido a los CDVIRS, sin embargo

para las ciudades de Cochabamba y Santa Cruz, los CDVIRS tanto como otros centros públicos y aquellos centros de atención brindados por la comunidad resultan ser los centros más frecuentados por esta población.

**Acceso a los servicios de prevención por parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres, por ciudad;
Estudio SEMVBO 2008**

Ciudad	La Paz-El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	n	% (*)	n	% (*)	n	% (*)
Variable						
Alguna vez, ¿Ha escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas?	358		285		371	
Si	337	93.3	268	92.2	341	89.6
No	21	6.7	17	7.8	30	10.4
¿Ha asistido alguna vez a un servicio medico para el diagnostico o tratamiento de alguna Infección de transmisión sexual (ITS)/ o para el VIH?	336		268		341	
Si	126	30.4	141	44.5	142	39.4
No	210	69.6	127	55.5	199	60.6
En los 12 últimos meses ¿Ha asistido a un servicio medico para el diagnostico de una ITS o VIH?	126		141		142	
Si	82	59.2	76	41.5	79	58.5
No	44	40.8	65	58.5	64	41.5
Normalmente a los centros de atención a los que acude para tratar esta temática son¹:	86		141		90	
CDVIR	37	65.1	26	20.6	14	14.0
Otros servicios de salud publico (No CDVIR)	8	17.2	15	18.2	11	12.5
Hospital publico	11	8.5	22	30.3	15	11.7

Clínicas/centros privado(especificar)	14	0.0	15	14.6	7	6.3
Servicios médicos brindados por la comunidad/ONG	11	8.4	15	17.1	12	6.1

(*) Proporción ajustada

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

Y en relación al estigma y discriminación en los centros de salud se tienen los siguientes resultados:¹²

Estigma y discriminación en la población de hombres que tienen sexo con hombres por ciudad; Estudio SEMVBO 2008

Ciudad	La Paz-El Alto		Cochabamba		Santa Cruz	
	n	% (*)	n	% (*)	n	% (*)
¿Alguna vez ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por ser un gay, travesti, bisexual?	353		283		368	
Si	28	6.8	16	5.7	19	3.5
No	317	91.5	258	91.2	314	87.1
Nunca he asistido a un S.S.	8	1.7	9	3.2	35	9.4
Cuando va a los servicios de salud, ¿ha considerado necesario ocultar que es un gay, travesti, bisexual?	321		264		302	
Si	152	52.4	80	36.5	127	39.0
No	169	47.6	184	63.5	175	61.0
¿Alguien de su familia, le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser un gay, travesti, bisexual?	183		165		171	
Si	78	45.9	38	19.1	79	42.7
No	105	54.1	118	80.9	92	57.3

12 Estudio sobre Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO), Ministerio de Salud y Deportes - Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Julio 2009

Cuando asiste o asistió al colegio o a la universidad, ¿ha sido o es necesario ocultar el hecho de que tiene sexo con hombres?	349		267		357	
Siempre	212	67.0	117	49.9	228	60.3
Casi siempre	29	4.9	33	11.0	29	7.0
A veces	28	7.3	27	7.4	19	3.8
Raras veces	11	2.8	16	4.4	7	4.4
Nunca	69	18.0	74	27.3	74	24.5
¿Alguna vez recibió algún rechazo, maltrato, agresión verbal o física por su orientación sexual?	357		285		367	
Si	138	27.5	87	25.2	141	30.3
No	219	72.5	198	74.8	226	69.7
¿Por quien recibe o ha recibido algún rechazo, maltrato, agresión verbal o física por su orientación sexual?	138		87		141	
Familiares	41	24.8	15	13.4	45	28.0
Amigos	58	39.6	23	38.8	36	29.1
Compañeros de trabajo	14	5.1	15	8.2	8	2.2
Personal de Salud	5	3.8	4	6.7	6	1.7
Empleadores	3	3.2	2	0.0	1	4.6
Particulares/desconocidos	60	36.7	32	33.6	92	68.9
Personal de educación	6	7.2	8	2.0	16	4.7
Agentes de seguridad/policías	22	17.7	11	7.4	15	8.0
¿Ha acudido a solicitar apoyo por algún hecho discriminatorio por su orientación sexual?	138		87		143	
Si	21	15.4	4	2.3	12	10.4
No	117	84.6	83	97.7	131	89.6

Fuente: Estudio SEMVBO 2008

A pesar que la proporción de personas que refiere haber recibido algún tipo de maltrato en servicios de salud por su orientación sexual es baja (3 a 7%), aproximadamente una de cada dos personas declara ocultar su orientación sexual cuando acude a los establecimientos de salud.

Alrededor de un 30% de personas declararon haber recibido alguna vez algún tipo de maltrato o rechazo por su orientación sexual, principalmente por amigos, desconocidos, familiares o agentes de seguridad. Muy baja es la proporción de personas que participaron en el estudio refiere haber solicitado apoyo por algún hecho discriminatorio.

El acceso a los servicios de prevención y atención de la población GBT sigue siendo limitado aun. Desde hace unos años que la información generada por el país, ya sea a través de los servicios públicos de atención o encuestas puntuales evidencian el limitado acceso de este grupo a los servicios preventivos. Los CDVIRS no resultan ser los centros públicos de atención identificados como los centros de referencia a la hora de acudir a un servicio.

6.5. Factores que influyen en la Propagación del VIH¹³

6.5.1. Factores Culturales

En las culturas latinas y no es la excepción Bolivia, el machismo todavía juega un papel muy importante en las relaciones sexuales. El machismo se expresa en la estigmatización hacia las identidades sexuales. Para subrayar la masculinidad, es importante tener o haber tenido muchas relaciones sexuales.

Otro factor que influye en la transmisión de VIH es la barrera que existe frente al uso del condón, resultado de factores socio-culturales, religiosos y prejuicios personales.

Como parte de la cultura, está socialmente aceptado el consumo de alcohol, esto puede influir en la transmisión de VIH, porque estimula a tener relaciones sexuales sin protección.

13 Plan Estratégico Nacional de Comunicación ITS-SIDA, Ministerio de Salud y Previsión Social, Bolivia.

6.5.2. Factores socio-demográficos

Entre los factores socio-demográficos más importantes pueden mencionarse: el estado civil, la migración, la educación y el nivel socio-económico.

El acceso que una persona tiene hacia información y servicios de salud depende de la educación, el nivel socioeconómico y el área geográfica (urbano/rural).

La pobreza condicionando el sexo comercial, la disponibilidad y el acceso a condones, como así la percepción de riesgo que tiene una población determinada.

La Liga Colombiana de lucha contra el Sida realizó estudios en hombres que tienen sexo con hombres donde identificaron factores de vulnerabilidad y de riesgo para la transmisión del VIH y ésta es consecuencia de factores sociales que influyen negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud.

La vulnerabilidad está regida por factores personales, factores relacionados con el servicio y factores sociales, la combinación de los factores puede generar o empeorar la vulnerabilidad individual y como consecuencia la vulnerabilidad colectiva al VIH.

“En el contexto del SIDA, el riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por VIH, ciertos comportamientos crean, acrecientan y perpetúan dicho riesgo; por ejemplo tener relaciones sexuales sin protegerse con una persona cuyo estado con respecto al VIH se desconoce o tener relaciones sexuales con muchos compañeros sexuales sin usar protección.” ONUSIDA (1988)¹⁴.

El riesgo surge en las personas que incurren en un comportamiento de riesgo por diversos motivos, por ejemplo: carecer de información, falta de negociación en el uso del condón con sus parejas, la creencia de que afecta a otros estratos sociales diferentes al suyo, la creencia de que es una problemática solo de TSC, HSH y comunidad gay.

14 “Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/ Sida con HSH”; ONUSIDA, 1999, Bogotá.

6.5.3. Factores personales

Entre estos los antecedentes sexuales (número de compañeros, número de actos sexuales sin protección), disponibilidad de conocimientos y actitudes para protegerse a sí mismos, conocimiento sobre los programas de tratamiento y apoyo social, y además el acceso a los medicamentos.

Dentro de los factores personales el Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA identificó barreras para la prevención del VIH en la comunidad gay y población HSH:

- No dan la importancia necesaria a la salud debido a una baja autoestima y depresión.
- Conocen los medios de prevención, pero tienen prejuicios en relación al uso del condón, debido a pensamientos erróneos como: “rompe el momento”, “no se siente igual, me incomoda”, etc., utilizando de manera esporádica el condón.
- Algunas personas de la población GLBT creen que el VIH y el SIDA son un castigo de Dios, por tener una identidad sexual diferente, que solamente las personas que ellos consideran promiscuos dentro de la comunidad viven con el VIH y estigmatizan a las personas con VIH y SIDA.
- Casi nunca utilizan preservativo con su pareja estable debido a prejuicios que tienen connotación de infidelidad.

6.5.4. Factores relacionados con el servicio

Entre ellos están la falta de idoneidad cultural de los centros de salud estatales, el carácter inaccesible de los servicios, falta de capacidad para responder a la demanda creciente de la epidemia, discriminación y maltrato hacia los usuarios.

La estigmatización en algunos centros de salud y la débil respuesta nacional a la descentralización de la atención del VIH a centros hospitalarios especializados e interdisciplinarios impiden brindar una atención pública integral, periódica y oportuna a PVVS y a las poblaciones vulnerables. Se

estima que el 85% de los pacientes que atienden los CDVIR's corresponde al grupo de las trabajadoras sexuales comerciales TSC, mientras que la atención específica a GLBT –HSH y a PVVS es muy limitada.

6.5.5. Factores sociales

Sobresalen las normas culturales, leyes, prácticas sociales, creencias que actúan como barreras frente a los mensajes de prevención: promoción del preservativo, relaciones sexuales sin riesgo, estos factores sociales conducen a la exclusión de los grupos según su forma de vida, comportamientos y características socioculturales.

De forma casi universal, la epidemia ha afectado desproporcionadamente a personas y comunidades marginadas y discriminadas por motivos de sexo, edad, origen étnico, identidad sexual y genérica, situación económica y filiación cultural, esta no ha sido la excepción con la comunidad gay y la población HSH los cuales han sido objeto de discriminación por parte de la sociedad y el gobierno en un inicio por su identidad sexual y ahora por su situación en cuanto al VIH.

6.5.6. Factores de riesgo en la sociedad

La propagación del VIH en la población Gay y HSH está influida por un factor social de riesgo identificable: el alcance, la intensidad y naturaleza de la discriminación que se practica en la sociedad.

La discriminación tiene dos características: la identificación de individuos como miembros de un grupo basado en la etnia, género, religión, en este caso la identidad sexual y genérica conlleva a que las personas dejen de consultar los servicios de salud, apoyo social, derechos y medidas de protección.

La discriminación de la sociedad debilita e interfiere con los programas para la prevención y asistencia del VIH/SIDA.

La pandemia del VIH incrementa cuando la capacidad individual para aprender y reaccionar está restringida, éstas se ven reducidas cuando se

pertenecen a grupos marginados, estigmatizados y discriminados (Global AIDS Policy Coalition, 1993).

6.6. Conceptualización de HSH y Diversidad Sexual¹⁵

HSH: Hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre, el cual no se identifica ni asume una identidad gay ni bisexual, percibe que la comunidad GLBT no tiene relación con él. La mayoría de los hombres que tienen sexo con hombres tienen un aspecto completamente masculino, algunos tienen comportamientos bisexuales, están casados o viven con su pareja mujer, y mantienen relaciones hetero/homo/sexuales, por lo que es difícil tener acceso a un grupo identificado como HSH, debido a que estos se consideran heterosexuales, con fines epidemiológicos el Ministerio de Salud agrupa a las personas gays como HSH, sin hacer la diferenciación entre la identidad sexual asumida y aceptada y el comportamiento sexual.

Gay: Hombre que siente atracción física, emocional, erótica, afectiva y sexual por otro hombre, el que asume y acepta su identidad sexual, pertenece y se identifica con la población GLBT, algunos de ellos participan activamente de las actividades de la comunidad homosexual y buscan la reivindicación de sus Derechos Humanos.

Bisexual: Personas que sienten atracción afectiva, emocional, erótica y sexual por una persona del mismo sexo como del sexo contrario.

Transexual: Siente que no existe congruencia entre su cuerpo y su mente. Cambio a nivel físico, psicológico y de conducta de una persona que no se siente conforme con su cuerpo, tomando la determinación de realizarse una intervención quirúrgica con el objetivo de cambiar sus órganos genitales. Aunque no siempre llegan al paso quirúrgico.

Transgénero: Hombre o mujer que transgrede la construcción de su género impuesto socialmente a su sexo biológico.

15 Conceptos básicos sobre diversidades sexuales y genéricas. Adesproc Libertad GLBT. 2007

7. MARCO REFERENCIAL

7.1. Diferentes conceptos sobre Homosexualidad

En la historia de la humanidad han existido diferentes actitudes hacia la homosexualidad, esas se resumen en las siguientes categorías:

- Aceptación de la homosexualidad como una conducta normal.
- Homosexualidad como delito.
- Homosexualidad como enfermedad mental.

El término homosexualidad hace referencia a pensamientos sexuales, sentimientos, fantasías y conducta sexual abierta que incluye personas (hombres o mujeres) del mismo género. (Ardila, 1998). El abanico de posibilidades que tenemos los humanos para relacionarnos sexualmente es un elemento de progreso y avance en relación a los demás seres vivos, sexualidad no es sinónimo de reproducción esto se hace más evidente con los avances técnico científicos.

Así también menciona que el propio término de "homosexualidad" es relativamente reciente: empezó a utilizarse en el campo de la Medicina en la segunda mitad del siglo XIX. En aquella época era considerada una enfermedad y condenada de modo general en casi todos los ámbitos, pero ya desde entonces hubo algún intento de realizar estudios científicos (menos denigratorios que los realizados hasta entonces) del fenómeno, como los llevados a cabo por el tantas veces mencionado y pionero Dr. Magnus Hirschfeld (1868-1935) en Alemania. La situación fue cambiando poco a poco a lo largo del siglo XX, hasta que finalmente la OMS declaró de manera oficial que la homosexualidad no debe ser ya considerada, desde el punto de vista médico, como una enfermedad.

A finales del siglo XIX y en el siglo XX comenzaron los movimientos de liberación homosexual, en Europa y Estados Unidos, debido a la conclusión que tenían derechos y que no había la necesidad de pasar la vida en un gueto, que la homosexualidad era una alternativa válida para la vida. Ni mejor ni peor que

la heterosexualidad sino igual. Cobrando de esta manera importancia en los años 60's y considerando el momento para salir del closet y hacerse visibles. Por lo que el 28 de Junio de 1969 en un bar de New York llamado Stonewall, decidieron oponerse a la policía que venía hostigándolos, y después de dos días de conflicto comenzó un movimiento de liberación homosexual, siendo Stonewall un símbolo de liberación gay a nivel mundial¹⁶.

En la actualidad, el término "homosexualidad" ha sido reivindicado por el término "Gay", por distintos grupos de gays y lesbianas de todo el mundo para hacer referencia a la sexualidad practicada por los miembros del colectivo GLBT, quitándole toda la carga peyorativa que tenía tal aceptación en el pasado¹⁷.

7.2. Estudios sobre Homosexualidad

Entre los estudios más relevantes sobre la homosexualidad se puede mencionar:

Evelyn Hooker

Aún en el año 1969 se consideraba a la homosexualidad como una enfermedad mental, Evelyn Hooker llevó a cabo estudios sobre ajuste y salud mental de los homosexuales varones, en el año 1945 conoció a homosexuales varones que no encajaban dentro del hasta entonces estereotipo homosexual: afeminado, depresivo, vengativo y desadaptado social y en uno de sus estudios más conocidos en 1957, comparó 30 sujetos homosexuales y 30 sujetos heterosexuales, apareados, tomando como base su edad, educación y coeficiente intelectual, y se administró a ambas poblaciones tanto test de inteligencia y de personalidad, las evaluaciones fueron realizadas por psicólogos expertos en clínica, se evaluó a cada participante en una escala de cinco puntos (1 significaba superior ajuste, y 5 significaba desajuste) en relación con su ajuste personal, sin conocer su orientación sexual.

Los resultados indicaron que los homosexuales no tenían más alteraciones psicológicas que los heterosexuales, los jueces eran incapaces de identificar la orientación sexual de los participantes basándose únicamente en las res-

16 Gonsiorek, k., (1988) Homofobia. Madrid: Pirámide

17 www.adesproclibertadglbt.org.bo

puestas de las pruebas psicológicas administradas, el ajuste de heterosexuales y homosexuales era similar. Evelyn Hooker concluyó que la homosexualidad como entidad clínica no existe, y que sus formas son tan variadas como la heterosexualidad, y que la homosexualidad puede considerarse una variación de la pauta sexual dentro del rango normal. Hooker, E., (1991).

Alfred Kinsey

Kinsey, A., en los años 1948 – 1953 realizó el mayor y más completo estudio sobre sexualidad masculina. Logró reunir datos de un total de 17.000 hombres, por lo que se considera el estudio estadístico más fiable nunca realizado sobre el tema desde la óptica de la ciencia, las conclusiones demostraron que: la orientación sexual es un proceso de autoevaluación, la persona se define ella misma dentro de estas tres categorías:

- **Homosexual:** personas con atracción: afectivo, erótica y sexual hacia personas del mismo sexo.
- **Bisexual:** personas con atracción: afectivo, erótica y sexual hacia personas de ambos sexos.
- **Heterosexual:** personas con atracción: afectivo, erótica y sexual hacia personas del sexo opuesto.

Además de estas tres categorías la investigación realizada por Kinsey demostró que: de un 100% de la población aproximadamente el 10% tiene una orientación diferente a la heterosexual, es decir entre gays, lesbianas, bisexuales, travestís, transexuales, Kinsey extrayendo las siguientes conclusiones:

- El 50% de los hombres son exclusivamente heterosexuales, sin contactos ni fantasías homosexuales de ningún tipo.
- Un 13% de los hombres siente ocasionalmente cierta atracción erótica hacia otros hombres.
- Un 37% ha tenido alguna relación homosexual con orgasmo en su vida adulta.

- Un 25% de los hombres tienen experiencias y deseos homosexuales que van más allá de lo puramente ocasional.
- Un 18% tiene tantos deseos homosexuales como heterosexuales.
- Un 13% es definitivamente más homosexual que heterosexual.
- A un 10% puede considerársele exclusivamente homosexual.

Estos datos han sido confirmados de forma general por estudios más recientes más tarde replicado por el Dr. Firemman H., en Europa dando cifras similares a las encontradas, este estudio fue realizado en la Universidad de Kiergstone y un último estudio realizado en Colombia en los 90's arroja resultados afines que se utilizan en la actualidad, mencionando que una persona con otra orientación sexual diferente a la heterosexual siente atracción física, emocional, erótica y sexual sin mostrar algún comportamiento que haga presumir su identidad. Schifter, J., (1988).

7.2.1. Prejuicios

El investigador de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) Pichardo, J., (1999) afirmó que: Algunos antropólogos han definido al prejuicio como una actitud hostil o prevenida hacia una persona que pertenece a determinado grupo simplemente por el hecho de pertenecer a ese grupo, en la presunción de que posee las cualidades negativas atribuidas al mismo. La opinión negativa se produce respecto del grupo despreciado y después se incorpora al individuo.

El hecho concreto es que, por medio de unas u otras excusas, siempre hay una evaluación negativa. Es decir la evaluación negativa de las personas es un prejuicio, una idea preconcebida que se tiene sobre los otros. En la mayoría de los casos, se parte de la suposición de que existe una inferioridad natural o genética en el grupo segregado, o bien una circunstancia cualquiera que establece la inferioridad de sus integrantes según sus propias construcciones culturales¹⁸.

18 www.colombiadiversa.org

Tanto el prejuicio como la homofobia son construcciones culturales, ambos condicionan los actos y pensamientos pero la intensidad y el grado en que ambos se expresan no es igual. En el caso de prejuicios se puede hablar de ideas erróneas, inconscientes o no, que tienden a distorsionar de lo que son los gays y lesbianas presentándolos como seres deshumanizados e inferiores, en lo que respecta a la homofobia hablamos de odios, miedos y rechazos irracionales, de auténticos trastornos psicológicos que dominan totalmente la relación con el hecho homosexual. (Mugika, R., 2000, vol. 4).

7.2.2. Homofobia

Schifter, J., y Madrigal, J., (1999) mencionan: "La palabra homofobia proviene de "homo", apócope de homosexual (del griego ómo: 'igual') y el griego fobos: temor o aversión". La palabra homofobia en la actualidad se cita para denominar cualquier tipo de actitud, postura, ideas, sensaciones, o sentimiento adversos a lo homosexual. No se distingue entre tener un prejuicio o tener una homofobia. La tendencia actual es pensar que ser prejuicioso es igual a ser homofóbico.

La homofobia es un miedo intenso y sin razón a los homosexuales, y constituye una tragedia doble. Se teme u odia a las personas homosexuales porque se suele pensar que no se conoce a nadie, aun cuando puede haber cierto número de personas con quienes se socializa, trabaja o tal vez hasta se convive, que son gay o lesbianas. Al mismo tiempo, muchos homosexuales se pasan la vida escondidos "en el closet", temiendo que la homofobia destruya sus relaciones familiares, su amor propio o hasta sus mismas vidas. Por desgracia, la gente homofóbica se la pasa perpetuando ciegamente ideas falsas sobre los homosexuales que pueden llegar a ser muy hirientes y provocar miedo. Zamora, F., (1994).

El miedo nace de los mitos y creencias de la ignorancia al tema, algunas personas pueden necesitar ayuda profesional para quitarse el miedo a los homosexuales, así como algunos la necesitan para tratar el miedo a las alturas o a los elevadores; siendo el miedo una de las causas para que exista la homofobia. Pozo, J., (1990).

El significado de la palabra homofobia, según el Glosario de términos GLBT (Gay, Lesbianas, Bisexuales y Transgénero), menciona que: La etimología de la palabra homofobia apunta para el significado que denota miedo mórbido en relación con los homosexuales (gays, lesbianas). El término pasó a ser empleado para describir el rechazo a estos individuos y a la homosexualidad. La postura homofóbica frecuentemente se manifiesta en acciones discriminatorias, usualmente violentas, que apuntan a un odio gratuito basado únicamente en la orientación sexual de otro. La homofobia, aparte de degradar la imagen de la población o comunidad homosexual, es causa de violencia, violando los derechos humanos de los seres humanos.¹⁹

Sin embargo el movimiento de Derechos Humanos ha posicionando términos específicos para reconocer, en forma singular, estas reacciones de acuerdo con orientaciones sexuales e identidades de género específicas. Al lado de la homofobia, deben particularizarse las actitudes de miedo, reproche, burla, desagrado o rechazo hacia personas lesbianas (lesbofobia), bisexuales (bifobia) y transgéneros (transfobia), ya que en ocasiones estas presencias subjetivas quedan veladas tras la fuerza cultural de gays y del movimiento gay, en los colectivos políticos de diversidad sexual. Díaz, A., (2007).

Por lo que es necesario mencionar que la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) a partir del año 1989 suprimió del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a la homosexualidad de la lista de los trastornos mentales. A partir de ello en Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud el 17 de mayo de 1990, se deja de considerar a la homosexualidad como una entidad clínica de estudio, viéndola como una variante de la expresión sexual humana. "<http://www.onusida.org>".

Dos décadas antes, en 1973, la Junta Directiva de la Asociación Psiquiátrica Americana aprobó la resolución que reza así: "La homosexualidad, de por sí, no implica ningún impedimento en el juicio, la estabilidad, la confiabilidad ni las capacidades sociales y vocacionales en general. Es más, urgimos a los profesionales de la salud mental a que tomen la delantera en eliminar el estigma de enfermedad mental que usualmente se asocia con la orientación homosexual. Más aún, apoyamos y urgimos que se rescinda toda

19 www.gaydark.uk.com

legislación que penalice el acto homosexual entre adultos que lo consientan, en privado.” Mugika, R., (2001).

Como resultado de esta Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud, actualmente en apoyo a la comunidad homosexual de todo el mundo se conmemora esta fecha como Día Internacional de lucha contra la Homofobia, como una forma de reforzar la solidaridad con toda la población GLBT (Gay, lesbica, bisexual, transexual) y reafirmar el compromiso con quienes en cualquier parte sufren las consecuencias de la Homofobia. Ibarra, E., (2002).

7.2.3. Homofobia Interiorizada

Según Schifter, J., Madrigal, J. (1999) La Homofobia interiorizada es aquella que se manifiesta a través de las personas que son de una orientación sexual diferente a la heterosexual y que no han aceptado su propia orientación sexual. Lo que provoca temor, rechazo y miedo hacia personas que están en igualdad y condición. Es por esta razón que algunas personas homosexuales que tienen ideas irracionales llegan, en principio a aislarse de su entorno, auto castigarse, para llegar inclusive a quitarse la vida. (p. 176).

7.2.4. Homofobia Exteriorizada

Asimismo Schifter, J., Madrigal, J. (1999) hacen referencia a la homofobia exteriorizada mencionando que es aquella que se manifiesta a través de las personas que tienen temor hacia personas homosexuales creyendo que el hablar o hacer amistad con una persona homosexual se les va a contagiar (como que si se tratase de una enfermedad), y en algunos casos su cultura machista no les permite tolerar la presencia de otra persona que atenta potencialmente contra su masculinidad. (p.180).

Por otra parte, Hooker, E., (1957), citado por Schifter J., (1999), escribió “Los homosexuales muestran patrones similares de bienestar mental a los heterosexuales” pero de nada sirve que se pretenda demostrar que las relaciones entre homosexuales son sanas, si la sociedad en la que nos desenvolvemos contribuye a que el rechazo continúe tanto en heterosexuales como

en los propios homosexuales de diversas formas²⁰. La homofobia es una obsesión en nuestro medio. Los hombres heterosexuales viven hablando de los homosexuales, burlándose de ellos, haciéndoles chistes, despreciándolos, siendo la persecución gay una forma de amenaza a los homosexuales por si se atreven a actuar, sintiéndose libres solamente en la intimidad.

Así también Gallardo, R., (2001) sostiene que; como la cultura no permite la intimidad, solo el mundo expresado en el fútbol, política y trabajo: No es de extrañar que los hombres cuando están solos, puedan tocarse, abrazarse, agarrarse, protegerse y comunicarse, en un marco de desinhibición sexual producido por el consumo de alcohol o drogas donde casi todo está permitido: llorar, reírse, confesarse y hasta besarse. Muchas de estas formas de comunicación son sexuales, porque lo erótico y lo amoroso son dimensiones muy traslapadas e interconectadas en la sociedad.

7.2.5. Estigma

El origen de la palabra, dice Goffman, D., (1987) viene de los griegos, que crearon el término estigma, para referirse a signos corporales, destinados a mostrar algo inusual y malo, sobre el estado moral del portador. Los signos eran grabados o marcados a fuego en el cuerpo, e informaban que el portador era un esclavo, un malhechor o un traidor: una persona mancillada, ritualmente impura, a la cual había que evitar, especialmente en los lugares públicos. (p.69)

Así también menciona que el estigma no tiene que ver con los atributos sino con las relaciones. “Un atributo – dice – ni es digno de crédito, ni no lo es, como una cosa en sí misma”. La raza y el género son ejemplos que nos vienen a la mente, ser blanco o mujer, pueden considerarse como atributos estigmatizantes en agrupaciones exclusivamente de negros o de varones; pero pueden ser el pasaporte para entrar en agrupaciones donde ellos constituyen la pauta, es decir grupos que son esencialmente blancos o esencialmente femeninos. Por lo tanto Goffman dice que: “El estigma es un proceso social, o una experiencia personal conexas, caracterizados por la Exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. El juicio se basa en un perdurable rasgo de

20 Schifter, J., (1989). La formación de una contracultura. Costa Rica: Guayacán. S.A.

identidad, atribuible a un problema de salud o a un estado relacionado con la salud, y este juicio es, fundamentalmente, médicamente injustificado”.

Existe un claro vínculo entre homofobia y estigma, entendiendo estigma como un proceso social, o una experiencia personal conexas, caracterizados por la exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo, ya que los Bisexuales, Lesbiana y Homosexuales que hayan interiorizado los prejuicios contra la homosexualidad tendrán mayor probabilidad de presentar expectativas negativas con relación a las actitudes y reacción de los demás. Sin embargo, también pueden existir individuos que hayan aceptado su homosexualidad, y al mismo tiempo mantengan la creencia de que las personas con las que interactúan tienen fuertes prejuicios hacia homosexuales y lesbianas, creencias que bien pueden fundarse en experiencias previas de rechazo, discriminación y violencia, que son los efectos de la homofobia²¹.

7.3. Proceso de la Homofobia

Respecto a la homofobia y su proceso de desarrollo se puede decir que: “A partir del momento en el cual una persona comienza a desenvolverse en una sociedad cargada de estereotipos, prejuicios y odio hacia la orientación homosexual, se verá obligado a reprimir sentimientos por el miedo profundo de sentirse diferente.” Observando de esta manera, como por su forma de pensar y de interpretar su realidad llegan a conclusiones totalmente negativas, tanto para ellos mismos como para el entorno en el que se desenvuelven, sea la persona heterosexual u homosexual.²²

Así también, Schifter J., y Madrigal J., (1999) mencionan que: La homofobia, está conformada por dos aspectos: las creencias y las actitudes. Las creencias son todas aquellas ideas que la persona oye sobre la homosexualidad: que es una patología, que es una desviación, que es un pecado, que es antinatural, que es una aberración y otras semejanzas. Estas se graban generalmente en la parte consciente de la mente, que es la que piensa de manera lógica y deductiva. Es por esta razón, que las creencias sobre la homosexualidad responden

21 Proust, F., (2004) La homofobia: Miedo Irracional. San Salvador - El Salvador: Asociación Entre Amigos.

22 Schifter, J., (1999). La formación de una contracultura. Costa Rica: Guayacán S.A.

bien a la lógica y a la razón. Si la persona se sienta y analiza científicamente estas ideas, pueden darse cuenta muy fácilmente que estas ideas son falsas.

Entonces el primer aspecto son las creencias, pero la homofobia está compuesta también por actitudes, reacciones emocionales depositadas, generalmente en el subconsciente, que valorizan las cosas, personas y eventos de acuerdo con el impacto que tienen en el individuo, o sea si son buenas o malas para él. Estas actitudes son difíciles de cambiar porque no responden a la razón sino al análisis subjetivo y emocional que se hace de ellos y que depende de las formas en que se han entrado en contacto con ellos, conocimientos y educación.

“El homosexual es precisamente uno de los individuos que sufre más de prejuicios, marginalidad, discriminación e incluso explotación; y el estereotipo entorno a él está muy bien establecido, desde la etapa de la niñez”²³. En la niñez se aprenden los significados negativos asociados con la homosexualidad y la trasgresión de los estereotipos de género, para posteriormente aplicarlos en un futuro. De esta forma, Heterosexuales y Homosexuales incorporan en su auto-imagen o auto-concepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad; lo que provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia la homosexualidad, esta situación marca los diversos aspectos de la homofobia.

Es así que: “La actitud de miedo, reproche, burla, desagrado o rechazo hacia las personas gays, lesbianas, bisexuales y transgéneros, el desarrollo de la homofobia y la incitación al odio hacia personas GLBT violan los Derechos Humanos. Siendo la homofobia un prejuicio como cualquier otro.

Las fobias son miedos irracionales que pueden afectar de varias maneras a gente perfectamente saludable. Hay a quienes les aterra entrar en un elevador, y quienes sudan frío con sólo pensar en abordar un avión. Cualquier fobia puede ser debilitante. El miedo nace de los mitos y de la ignorancia al tema, y se puede perder el miedo a los homosexuales si se comienza a entender los mitos que rodean a la homosexualidad y que derivan en una sociedad llena de homofobia²⁴.

23 www.naciongay.com

24 Díaz, A., Homosexualidad y Ética. México: Trillas.

8. ANALISIS DE DATOS

8.1. Grupos focales con personas de la población gay y HSH

Tras haber concluido el proceso de aplicación se recogieron las impresiones en función a los ítems establecidos:

1. Conocimientos acerca de los servicios de salud
2. Obstáculos en la atención a HSH
3. Confidencialidad del diagnóstico en el Centro de Salud
4. Difusión de los servicios de salud
5. Grado de Satisfacción

8.2. Conocimientos acerca de los servicios de salud

Si bien las personas GBT y HSH asisten a los centros de salud para toma de muestras para VIH/Sida, sus puntos de referencia son limitados, nombran sólo y además a las siguientes instituciones que prestan servicios de salud, por orden de importancia y asistencia:

CIUDAD	CENTROS DE REFERENCIA
LA PAZ	ADESPROC LIBERTAD CIES CDVIR – Centro Piloto
ORURO	CIES PRO SALUD CDVIR
POTOSI	CDVIR CIES
TARIJA	CDVIR CIES PRO SALUD

TRINIDAD	CDVIR CIES
SANTA CRUZ	REDVIHDA FUNDACION IGUALDAD CIES CDVIR PRO SALUD
EL ALTO	ADESPROC LIBERTAD CDVIR CIES

Las personas GBT y HSH no dudan en expresar que han asistido o que asisten a servicios de salud en ITS y VIH/Sida del sistema público, sin embargo la mayoría de los participantes prefiere asistir a centros privados de salud por la calidad de atención o bien a los centros que son de referencia para la población GLBT, figurando entre ellos ADESPROC LIBERTAD en La Paz y El Alto, Fundación IGUALDAD y FUNDACION REDVIHDA en Santa Cruz.

...Siempre voy al programa ya me conocen bien ahí....aparte que llevo a otros chicos más y me fijo como los atienden....no me quejo, los doctores son buenos conmigo...

...A mí me atienden bien aunque a veces me he escuchado que no es así con todos, pero yo no he visto eso...

Sin embargo de manera opuesta también muestran un rechazo a asistir a los centros públicos de salud por la mala calidad de atención, la poca confiabilidad, la irregularidad de los servicios (citando retrasos en la atención, huelgas, paros, etc), también mencionan discriminación por parte de los servidores de salud y la masiva concurrencia de usuarios que incide en una larga espera para acceder a la consulta médica y la toma de muestras para VIH/Sida.

...Yo personalmente no asisto al Programa porque la gente me ve raro como si tuviera algo escrito que dijera que soy gay....

...La atención es lenta y uno está toda la mañana o toda la tarde esperando ser atendido y mientras uno está ahí todos saben que estas esperando hacerte la prueba....

...Una vez ser rieron de mi cuando le dije el número de parejas que tenia y me hicieron sentir mal porque aunque no era un gran numero... jajajaja ellos no debían decir nada ni burlarse de mí, porque se supone que son profesionales estudiados no?....

8.3. Obstáculos para el acceso a centros de salud

De manera general los participantes refieren que si existen obstáculos o dificultades para acceder a los servicios de salud, si bien en un principio mencionan que no existe ningún obstáculo luego contradictoriamente van mencionando varias situaciones que constituyen barreras para acceder a servicios de salud, entre los principales obstáculos que los grupos identifican son:

Las actitudes discriminatorias de los servidores de salud, es percibida por los usuarios Gays como uno de los principales obstáculos para acudir a los centros de salud para ITS, VIH/Sida. Así también mencionan que la discriminación es más evidente cuando se trata de la atención a personas travestis.

Como consecuencia de las actitudes discriminatorias hacia las personas Gays y HSH, los participantes mencionan sentir miedo, temor, incomodidad, vergüenza, cuando deben asistir a un centro de salud público, esta situación produce resistencia y desconfianza por la falta de confidencialidad.

Otro obstáculo identificado es la falta de personal sensibilizado en los CDVIR's sobre las diversidades sexuales ya que refieren que existe alta rotación de personal, también mencionan que la falta de insumos para la toma de muestras para VIH y Sida es constante.

El grupo identifica que existe trato privilegiado en los centros de salud para los líderes o activistas GBT en relación a personas nuevas del ambiente gay que no son muy conocidos.

Por otra parte, la falta de promoción de los servicios de salud para la toma de muestras para VIH/Sida dirigida a la población GBT hace que el acceso a los mismos centros sea limitado.

...Con lo difícil que es ir a hacerte la prueba porque uno tiene miedo de lo que pueda resultar los centros no tienen las pruebas y a uno le hacen volver otro día o nos dicen que volvamos en una semana o un mesy se ríen...

...Nos son las mismas personas que te atienden aunque a algunos los ves años ahí....ellos si están sensibilizados pero otros no, se debería hacer seguimiento a estas personas y a los centros para que nos atiendan mejor...

...A veces uno sale de consejería con su resultado y vienen los PVVS y quieren llevarte a sus grupos....no entiendo como sabían de mi diagnóstico, por eso ahora voy a un lugar privado...

8.4. Confidencialidad en los centros de salud

La percepción colectiva es que no existe confidencialidad en los CDVIR, lo que genera desconfianza o temor para acceder a los servicios de salud, existiendo cierta susceptibilidad acerca de su diagnóstico, afirman que son más confidenciales los centros de salud privados o las ONG´s que son referencia para la población porque encuentran en ellos mayor confidencialidad y anonimato, haciendo de estos últimos más confiables para la población.

Se identifica claramente y en forma reiterada el fuerte temor que se tiene a que otra persona de la población Gay se entere de su diagnóstico positivo, esto debido a que dentro de los CDVIR´s existen grupos de personas que viven con VIH que son parte de la población GBT y que hacen acompañamiento y consejería en el mismo.

Una mayoría manifiesta que tiene temor de proporcionar sus datos personales, además que se les realiza muchas preguntas personales e íntimas y mencionan que algunas veces por temor a que se divulguen sus datos ellos dieron información falsa.

...Una vez... me atendieron y la consejera me conocía de otro lado y como le conté que era gay pues ella después le contó a mi familia...

...Algunas veces nos piden nuestros nombres y direcciones y no se mantienen la confidencialidad o uno ya no cree por las cosas que se escuchan...

...Hmmm... una vez me llamaron a mi casa para que vaya a recoger mi resultado porque era positivo y no sé cómo consiguieron mi número, pero después todos los chicos sabían...

...Yo sinceramente prefiero asistir a otro lugar aunque se tenga que pagar, porque en los centros públicos a uno no le tratan bien y además todos sabemos que no existe confidencialidad...al final nuestro diagnóstico sabe todo el mundo y a uno le buscan las PVVS para ir a sus reuniones...

8.5. Difusión de los servicios de salud

De manera general los participantes aseguran que los servicios de salud de ITS, VIH y Sida no tienen una estrategia de difusión y promoción para HSH y población GLBT.

Los servicios de salud gratuitos para prevención del VIH no llegan de manera masiva a la población GLBT, además que no existe material informativo para su distribución en lugares o barrios alejados.

A su vez resaltan la importancia de promocionar los servicios del centro de salud en lugares exclusivos de la población GLBT (discotecas, boliches de ambiente, bares, etc.).

Así también recomiendan trabajar en difusión de información con educadores pares para que exista más asistencia a los centros de salud y se realicen más pruebas de VIH.

La discriminación de la sociedad debilita e interfiere con los programas para la prevención y asistencia del VIH/SIDA como las campañas realizadas que promueven el uso del condón o campañas de prevención.

...Lo que hace falta es que hagan campañas para nosotros en los boliches o nos citen a una hora o un fin de semana para que podamos reunir gente nueva que tienen miedo ir un día cualquiera y recién se haga la prueba...

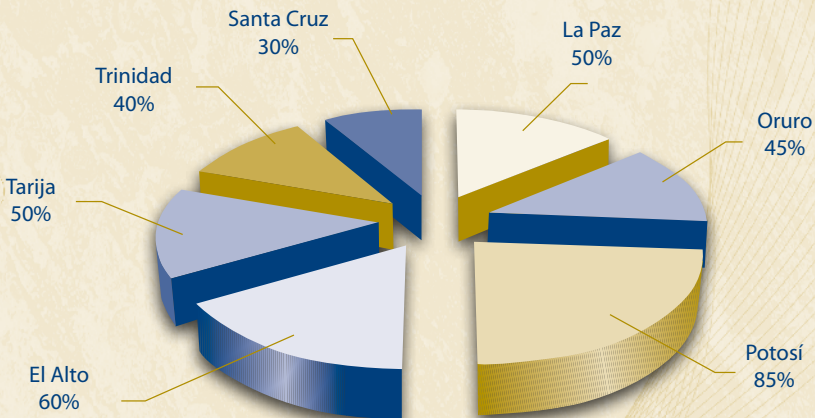
...Yo quisiera que nos ayuden con trípticos o algún material para Gays y Trans porque no hay mucho...

... A veces necesitamos más apoyo con talleres de prevención de VIH específicos para nosotros ya que hablar de este tema es más difícil para las personas gays que para otro hombre que no lo es...

8.6. Grado de satisfacción

El grado de satisfacción está sujeto a la percepción de cada una de las personas entrevistadas, en este sentido su medición fue basada en una escala personal de valores.

Los participantes refirieron que en función a las demandas que requieren de los centros de salud, éstas no se encuentran satisfechas, en este sentido se tiene los siguientes resultados:



ANÁLISIS DE FACTORES QUE SON BARRERAS PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE ITS-VIH

FACTORES DE VULNERABILIDAD	CATEGORIAS	COMENTARIOS
	Actitudes discriminatorias hacia personas GLBT por servidores de salud	Conductas que se pueden observar, entre ellas las risas sarcásticas cuando ven a alguien homosexual.
	Actitudes discriminatorias hacia personas Gays y HSH de otros usuarios que visitan el centro de salud	Las personas Gays y HSH manifiestan sentirse incómodos al asistir al CD-VIR de su departamento ya que otros usuarios que asisten les hacen a un lado o se alejan de ellos.
	Homofobia Exteriorizada	La sociedad en general aún no cuenta con la información necesaria sobre la homosexualidad y como consecuencia hace que esta población sea invisibilizada y marginada.
	Homofobia Interiorizada	La baja autoestima y el temor a ser rechazado hacen que las personas Gays y HSH no asistan frecuentemente a los centros de salud, más aún si no son líderes y activistas.
	Tener pareja estable hace que no se adquiera VIH	Vulnerabilidad social, puesta en evidencia cuando se tiene información de prevención pero difiere en la práctica y el uso del condón.
	Persistencia en creencias erróneas "Con condón no es lo mismo"	Aun se mantiene la creencia errónea dentro de la población GLBT, lo que lleva a intensificar las campañas de información y prevención.

CONDUCTAS DE RIESGO

FACTORES DE VULNERABILIDAD	CATEGORIAS	COMENTARIOS
	Relaciones sexuales sin protección con una o varias parejas casuales	Si bien existe distribución de preservativos dentro de lugares exclusivos de la población su práctica y su uso tiene un porcentaje bajo ligado a factores de riesgo.
		La mayoría de las actividades sexuales son casuales lo que "se convierte en un arma casi mortal ya que esto acrecienta las posibilidades de transmisión.
Asistencia tardía al centro de salud	Este factor entorpece el control epidemiológico además que no ayuda en la prevención de la infección, sin embargo el temor al rechazo en las personas GLBT influye en la no asistencia a los centros.	

FALTA DE CALIDAD Y CALIDEZ EN LOS SERVICIOS DE SALUD

FACTORES DE VULNERABILIDAD	CATEGORIAS	COMENTARIOS
	Existen pocas referencias de servicios de salud para la población GLBT y HSH	No todos los departamentos cuentan con organizaciones GLBT en las que se pueda realizar la prueba para VIH de forma gratuita, lo que algunas veces hace que viajemos a otras ciudades para estar más seguros del anonimato.
Falta de insumos médicos para una prueba oportuna	Existe falta de reactivos para la prueba en la mayoría de los centros de salud públicos y no se hace el debido reclamo al Programa Nacional de ITS y VIH, por esto uno prefiere los centros privados.	

FACTORES DE VULNERABILIDAD	Largos turnos de espera para acceder a una consulta médica o una prueba para VIH.	Algunas veces el personal prefiere atender a otras personas y las personas gays tenemos que esperar toda la mañana o toda la tarde por una prueba o un examen.
	Existe personal médico que no se encuentra sensibilizado en el tema de las diversidades sexuales y genéricas	Por el cambio de personal en los centros de salud algunas veces las personas de la población GLBT y HSH se encuentran con personal que aún tiene prejuicios hacia esta población
	No existe un nexo de confianza y amabilidad entre el servicio de salud y el usuario	La población GLBT y HSH manifiesta que el personal de salud no entra en confianza con ellos y que el trato es indiferente y de rechazo, demostrando solo cumplimiento de su labor y no un compromiso o el intento de crear confianza con ellos

9. ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD CON PERSONAL DEL CDVIR.

En función a los ítems establecidos:

1. Conocimientos sobre homosexualidad
2. Actitudes homofóbicas
3. Obstáculos en la atención a personas homosexuales
4. Trabajo coordinado con la población GLBT
5. Conocimiento de casos de discriminación a personas homosexuales en el último año.

9.1. Conocimientos sobre homosexualidad

Es una variable que ha sido demostrada como la que mejor predice las actitudes homofóbicas a pesar de que puede interpretarse también como que

aquellos con actitudes más positivas son más susceptibles para conocer homosexuales a priori²⁵.

...La homosexualidad no es una enfermedad...claro está, pero al final de todo es un estilo de vida no más...

...Las personas homosexuales son como cualquiera de nosotros, tienen los mismos derechos y obligaciones...

...Sé que debe ser difícil ser gay por la misma sociedad en la que vivimos y que aun no está preparada para esto, pero creo que informando a la sociedad se puede llegar a sensibilizarla y sobre todo a generar respeto...

Asimismo; expresaron que la persona homosexual está en todas sus capacidades para ser provechosa a la sociedad y que no debían sufrir las presiones de la hostilidad heterosexual.

9.2. Actitudes homofobicas

De manera general el personal de salud refiere encontrarse sensibilizado respecto a las diversidades sexuales y genéricas, sin embargo menciona que la rotación de personal es alta en algunas ciudades y sería oportuno desarrollar estrategias de sensibilización y mejor aún si éstas son realizadas por personas de la población GLBT.

...Aquí...estamos sensibilizados y tratamos con chicos gays todos los días, los atendemos como a cualquier otra persona sin importar su orientación sexual...

...Sería bueno que de vez en cuando las organizaciones que trabajan con población GLBT realicen talleres de sensibilización para todos porque hay personal nuevo que a veces tiene prejuicios y es normal...hace falta eso y un seguimiento para ver si no hay casos de discriminación dentro de los mismos centros...

...Nunca se les trata mal por ser gays, más bien aquí tenemos sesiones grupales y hablamos de todo lo que les pasa porque entiendo que es un grupo que necesita ayuda...

25 Whitley G., 1988; Que es la Homosexualidad. Trillas

...Yo creo que la homofobia alimenta estereotipos y prejuicios sobre gays y lesbianas que corren de boca en boca y fomentan el rechazo la incomprensión y la intolerancia...

9.3. Obstáculos en la atención a personas homosexuales

La falta de tratamiento y de apoyo a los jóvenes cuando los resultados han sido desfavorables, la escasa preparación de los responsables para llevar a cabo esas labores, son algunos de los mayores obstáculos: garantizar la mayor fiabilidad de los resultados de los exámenes es un imperativo impostergable en aras de sacarle el máximo provecho a este recurso en el combate a la epidemia del SIDA.

Respecto a este punto, el personal refiere lo siguiente:

...Creo que los obstáculos que pueden tener los chicos son ellos mismos.... por la falta de autoestima en ellos, no por el servicio que encuentran aquí...

...En el programa se ofrece una atención adecuada sin importar la condición de la persona, si es pobre, rico, blanco, negro, gay o no, a todos atendemos igual, aunque a veces puede faltar calidez pero es porque a veces el centro se llena y hay que atender a todos y no hay mucho personal...

...Imagino que ellos pueden decir que se les trata mal pero no es así porque ellos son susceptibles por su mismo tipo de vida a veces creen que se les está tratando mal y deben entender que aquí se atiende a todos...

...Aquí en el centro les abrimos las puertas a los chicos de la comunidad, incluso se les ofrece los ambientes para que vengan a reunirse y hagan sus actividades o venimos los fines de semana a hacerles la prueba cuando ellos se organizan, siempre tratamos de apoyarlos...

9.4. Trabajo coordinado con la población GLBT

Nosotros trabajamos con ellos desde hace varios años, les apoyamos en la marcha del orgullo, en su miss gay, también les entregamos preservativos y a veces refrigerios para sus actividades cuando dan talleres.

...Creo que existe trabajo coordinado ya que ellos siempre están aquí visitándonos y recogiendo condones para que repartan en sus discotecas...

...Hacemos diferentes actividades con ellos, como ferias informativas en las plazas, algunos talleres, pero ellos aparecen y luego desaparecen...no son un grupo cohesionado que se mantenga firme, creo que existen problemas entre ellos y cuando se pelean ya no viene nadie...

...Es fácil reconocer líderes de la comunidad porque siempre están aquí en el centro o están organizando actividades, han logrado mayor visibilización que potros años pero aun les falta constituirse mejor aunque para eso es necesario recursos económicos y ellos no los tienen y aun así hacen lo que pueden y nosotros les colaboramos...

Si bien, las anteriores apreciaciones son válidas, es necesario reformular que el trabajo coordinado entre Centros de salud y los Grupos GLBT en los diferentes departamentos no solo debería reflejar acciones o apoyo en actividades coyunturales ya que esto no es sinónimo de que la homofobia no existe y tampoco de coordinación, más bien da entender que es una obligación del centro de salud, en este sentido es pertinente que se realicen acciones que vayan dirigidas a empoderar a grupos y personas GLBT, donde trabajen autoestima, aceptación, derechos humanos, homofobia interiorizada, etc.

9.5. Conocimiento de casos de discriminación a personas homosexuales en el último año

Si bien, la mayoría del personal entrevistado menciona no haber atendido en su gestión algún caso de discriminación por orientación sexual e identidad de género, de manera implícita y subjetiva está el hecho de su existencia al mencionar que solo constan rumores que no fueron denunciados de manera formal.

Por los conceptos que emiten, claramente podemos discernir como estructuramos nuestra construcción social, y tenemos prestadores de salud en los CD-VIRS que están sensibilizados en la temática pero el personal al mismo tiempo no ha identificado de qué manera se manifiestan las actitudes homofóbicas que son permanentes, por ende pasan desapercibidas para ellos en el cotidiano vivir.

...Sinceramente yo no sé de ningún caso de discriminación u Homofobia que se haya dado en mi gestión...

...Lo que pasa es que los chicos siempre se quejan y son pues bien susceptibles, pero hasta ahora no ha habido una queja formal para que se proceda debidamente...

...No, en este año o que yo sepa tampoco antes, aquí trabajamos brindando un servicio cálido a las personas y sobre todo profesional...

...¿Caso de discriminación? No, pero si se escuchan algunos rumores en los pasillos sobre todo de los chicos gays y las travestis, por eso creo que sería mejor diferenciar los horarios de atención para ellos...

10. CONCLUSIONES GENERALES

Cuando se habla sobre el nivel adecuado de acceso a la prevención y servicios de diagnóstico de ITS y VIH/Sida en población Gay y HSH la respuesta evidentemente es compleja, ya que las manifestaciones en los grupos focales desarrollados es diversa y más aun si contrastamos las respuestas entre departamentos.

Si bien, las expresiones y actitudes homofóbicas van desde gestos de desaprobación y comentarios desagradables hasta la discriminación abierta y en algunos casos a la violencia, los proveedores de cuidados de la salud no están exentos de la influencia del dominio de la homofobia lo que algunas veces resulta en:

- Reducción de la cobertura a la población de HSH debido a que algunas personas se niegan a ocuparse de las necesidades y preocupaciones de la población GLBT y HSH.
- Falta de acceso voluntario de los miembros de la población GLBT y HSH, ya que una mayoría refieren sentirse incómodos y no reconocidos en un ambiente abierto poco confiables y seguro.

El grado de homofobia identificado en los proveedores de salud según la escala descrita por Díaz, A., (2007), donde menciona que la homofobia corresponde a un continuo en el que se ubican 3 tipos de reacciones sociales (Dis-

tancia, Homofobia terapéutica y Rechazo), la reacción predominante es la de distancia en la que existe respeto pero sin relacionamiento directo, existiendo indiferencia en el trato a las personas con otra orientación sexual distinta a la heterosexual y no se llega al reconocimiento activo de la población GLBT.

La población GBT y HSH prefiere asistir a organizaciones GLBT que prestan servicios de salud específicos para personas GBT y HSH, así también a centros privados de salud u ONG'S, por la calidad de atención, buen trato y en general por los altos índices de confidencialidad y por otro lado es importante mencionar que no asisten a los centros de salud públicos porque no existe una cultura de respeto hacia el usuario/a debido a diferentes constructos culturales que corresponden más a voluntades personales y no así al ejercicio mismo de la profesión, ya que en la presente investigación se evidencian conocimientos sobre la homosexualidad en los proveedores de salud pero a la vez se manifiestan actitudes homofóbicas en ellos y lastimosamente son identificadas por los propios usuarios/as.

La población GBT y HSH comparte muchos de los determinantes de la salud de la población masculina en general (como por ejemplo códigos de género asociados a comportamientos de búsqueda de cuidado de la salud). Sin embargo, algunos factores específicos son más relevantes para la salud de los HSH, tales como políticas públicas, conductas sociales ligados a tradiciones patriarcales y heterosexistas; discriminación, exclusión de grupos sociales; y homofobia en espacios públicos tanto externos como internos.

Así mismo, otros factores de comportamiento juegan un rol sumamente importante en el alcance y mantenimiento de la salud de hombres gay y otros HSH – actividad física, uso de alcohol, drogas y tabaco, siendo estos los factores de vulnerabilidad frente a la epidemia detectados en la población GLBT y HSH.

En Bolivia al igual que muchos países de América latina y el Caribe la epidemia del VIH-SIDA está concentrada en poblaciones vulnerables, sin embargo al observar la información reportada por los sistemas de vigilancia epidemiológica se evidencia la heterosexualización y feminización de esta epidemia, esta situación es el reflejo del grado de homofobia que existe en nuestro país ya que muchas personas por el temor a la discriminación familiar, social y laboral ocultan su orientación sexual e identidad genérica.

El diseño y acción de los sistemas de salud juegan un papel crítico en el alcance y mantenimiento de la salud de hombres gays y otros HSH, los sistemas de salud tienen algunas características específicas que mejoran o bloquean los comportamientos de búsqueda de salud y la utilización de los servicios de cuidado en hombres gays y otros HSH, es así que se percibe poca atención a las necesidades del cuidado de la salud de la población GLBT y HSH, las prioridades del personal de salud algunas veces están afectadas por valores, intereses y creencias erróneas, poca capacidad para tratar con personas homosexuales.

Todas estas características representan barreras que hacen que los hombres homosexuales en particular no puedan acceder a los servicios de rutina que son esenciales para la prevención, cuidado y tratamiento del VIH, y para cualquier otro cuidado de su salud y bienestar, en consecuencia, las acciones específicas y concretas para asegurar un acceso más amplio a una atención inclusiva y de calidad, deberían ser tomadas de manera que traten de forma efectiva las barreras percibidas y reales en la recepción de los servicios de cuidado de la salud y los recursos para mejorar la salud en general.

No obstante, el valor intrínseco de la presente investigación no es tanto su representatividad sino su significatividad, ya que el elemento más relevante que impide la provisión de servicios integrales y de alta calidad para personas GBT y HSH es la falta de información y sensibilización que generalmente derivan de la ignorancia, fundamentalismo y el heterosexismo patriarcal que disminuye y descalifica a las personas homosexuales.

Sin embargo en cuanto a los factores que inciden en la calidad de atención, existen factores que son más estructurales que del propio personal de salud y es bueno plasmar que además de estas limitantes estructurales la homofobia y la transfobia es una barrera que incide en la calidad de la prestación que brindan los servidores en salud, ya que el tipo de atención que se brinda en los distintos servicios de salud no son los más adecuados.

Otro de los detonantes que es muy recurrente, es la falta de infraestructura mínimamente adecuada, el equipamiento, los insumos y hasta la falta de personal (que no hace necesariamente referencia a personal sensibilizado) sino a la falta de recursos humanos para la atención a la población, y que además son constantes en las diferentes ciudades, esto ayuda a que no haya necesidad de

recurrir a los servicios y cuando se habla de que no existe la necesidad es precisamente porque no existe la demanda por parte de los y las usuarios.

Cuando se trata de apalear solo los problemas de forma y no de fondo, seguro que seguirá aumentando las cifras de personas con mayor índices de prevalencia de ITS y de VIH, sumados todos esos al problema del estigma y la discriminación, hoy en día se evidencia un problema profundo de políticas públicas en salud, por consiguiente no se cumple lo que la norma o los mismos mandatos indican, que es brindar servicios y/o atención con calidad y calidez y atención integral a personas con diversa orientación sexual e identidad genérica.

11. RECOMENDACIONES GENERALES

Es una constante dar respuestas en contra de la propagación del VIH y Sida, en este sentido tanto la población GLBT y HSH constituyen un pilar fundamental y es con ellos que se debe trabajar de manera conjunta y lograr un acceso mayor a los sistemas públicos de salud debe seguir siendo la meta primera de la construcción de una política de salud y educación, así mismo se debe seguir promoviendo la movilización de recursos para un desarrollo holístico del sector de la educación y combate al VIH y al SIDA.

Es así que la misma población GLBT y HSH tiene la responsabilidad de luchar contra la homofobia, organizándose, manifestándose, perdiendo el miedo, reivindicando sus derechos, denunciando las agresiones, haciéndose visibles, para que el resto de la sociedad los reconozca.

Es preciso lograr que la población GLBT y HSH sean capaces de hacer una valoración a la realidad de modo que se pueda determinar con exactitud el grado de riesgo personal que tienen con respecto a la infección por el VIH, se debe clarificar el significado de estilo de vida saludable y su importancia en la reducción de la susceptibilidad a la infección por el VIH, en la promoción de la calidad de vida y en el prolongamiento de la vida de las personas afectadas e infectadas por el VIH y por el SIDA.

Por otro lado, es necesario diseñar e implementar estrategias para una capacitación integral en sexualidad humana, familiarización e interacción con miem-

bros de la población GLBT y HSH lo que permitirá entender las consecuencias emocionales y sociales que tiene la falta de acciones contra la homofobia en la salud, de esta manera se podrá afianzar prácticas y valores en:

- Acuerdos de provisión de servicios;
- Códigos de conducta para el personal;
- Políticas y visión organizacional;
- Desarrollo profesional y aprendizaje grupal constante.

Las propuestas de políticas públicas enfocadas a mejorar la atención a personas de la población GLBT por parte de los y las servidores de salud debería ser una constante preocupación del Gobierno y del Estado Boliviano, puesto que de ello depende también prevenir la expansión de la epidemia, si bien muchos de los esfuerzos se concretizaron en reglamentaciones ministeriales, leyes, etc., esto no da una respuesta efectiva a las demandas o necesidades poblacionales, las estructuras tendrán que ir más allá de las buenas voluntades políticas, tendrá que evidenciarse en acciones concretas que como resultado se tenga en un futuro una población eficazmente atendida.

Es importante, generar procesos de sensibilización de la temática de diversidades sexuales y genéricas, puesto que los espacios académicos no los trabajan y por ello los aspectos socioculturales que vienen de un aprendizaje androcéntrico y machista nos muestran claramente la existencia de actitudes homofóbicas y cuando se habla de deficiencia en los servicios de salud en Bolivia generalmente se hace referencia a temáticas de pobreza, niñez, salud sexual y reproductiva y no se hace hincapié en tomar argumentos tan validos como el de las diversidades sexuales y genéricas, de ahí que las políticas públicas en muchos de los casos carecen de coherencia con las necesidades del ciudadano común.

Se deberá realizar un trabajo muy importante en el sentido de generar un espíritu de pertenencia de las personas de la población GLBT con relación a los servicios de salud, si ellos saben que pueden acceder a un servicio donde los atiendan con calidad y calidez y además se satisfagan sus demandas en cuanto a la atención, seguro serán futuros clientes asiduos del servicio. En este senti-

do, los servicios de salud de alta calidad para población GBT y HSH deben ser inclusivos, sin prejuicios y libres de estigma, discriminación y homofobia, dicha inclusión sólo podrá ser alcanzada mediante estrategias designadas para sensibilizar y educar a los proveedores y a cualquier otro miembro del personal de salud para que respeten las diversidades sexuales y genéricas.

Por otro lado este proceso sociocultural y político en el que vive nuestro país, hoy en día nos muestra una gama de paraguas jurídico legales que hacen referencia a la no discriminación por diferentes razones, siendo la más importante para nuestro estudio la discriminación por orientación sexual e identidad de género, esto para tomarlo en cuenta también en el momento de generar espacios de discusión en cuanto a la atención a la población en estudio.

Asimismo, se debe diseñar una estrategia de incidencia política para trabajar de manera coordinada con autoridades pertinentes ya sean del Gobierno central, departamental o municipal para hacer de estos “Centros” de servicio, Centros amigables, donde por ninguna razón, se discrimine o se atienda de manera deficiente a personas con diferente orientación sexual e identidad de género, ahora también está en juego el hecho de que el Gobierno asuma su responsabilidad para garantizar y dotar de infraestructura adecuada, insumos y recursos humanos a los centros del sistema público, para que estos servicios puedan ser requeridos no solo por la población que fue parte de la investigación, sino por la población en general que así lo requiera.

12. BIBLIOGRAFÍA

- ADESPROC LIBERTAD GLBT. (2007) Conceptos básicos sobre diversidades sexuales y genéricas.
- Balcázar, P. Grupos Focales. (2007) Ediciones Amsterdan. Argentina.
- Díaz, A., Homosexualidad y Ética. México: Trillas.
- González, H., Méndez, S. y Castro, W., (2000). Prejuicios y discriminación: Producto de roles tradicionales de género. El Salvador. Arjil.
- Gonsiorek, k., (1998) Homofobia. Madrid: Pirámide.

HOMOFOBIA Y VIH

- Hernández, R., (2001) Poder y Sexualidad. México: Reyes.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2002) Metodología de la Investigación.
- ONUSIDA, (1999), Bogotá. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/ Sida con HSH”.
- OPS/OMS, (2003) Informe de la consultoría sobre vigilancia epidemiológica a Bolivia, Dr. César Cárcamo.
- Proust, F., (2004) La homofobia: Miedo Irracional. San Salvador - El Salvador: Asociación Entre Amigos.
- Rodríguez. Gil y García., (2001) Metodología de Investigación Social. España.
- Ministerio de Salud y Deportes -Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. (2009). Estudio sobre Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia – SEMVBO.
- Schifter, J., (1997). La formación de una contracultura. Costa Rica: Guayacán. S.A.
- Sierra B. Técnicas de investigación social. (1996) 8va. Edición. Editorial Parainfo.
- Whitley G., (2005); Que es la Homosexualidad. Trillas.

Sitios Web visitados:

“<http://www.adesproclibertadglbt.org>”

“<http://www.quitogay.net>”

“<http://www.gaydark.uk.com>”

“<http://www.naciongay.com>”

“<http://www.colombiadiversa.org>”

“<http://www.onusida.org>”



ANEXOS

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

La Asociación Civil de Desarrollo Social y Promoción Cultural "ADESPROC LIBERTAD GLBT", está realizando una investigación titulada Homofobia y VIH, se trata de una investigación destinada a determinar la relación de la Homofobia por parte del personal de salud de los CDVIR's Departamentales en el acceso a pruebas de VIH-SIDA en Personas de la población GLBT de la ciudad de Santa Cruz, Trinidad, Tarija, Oruro, Potosí y La Paz.

La etapa inicial y la más relevante se enfocan en proporcionar al participante una clara explicación de la investigación, el participante tendrá la resera absoluta de su identidad y de la información que provea bajo el principio de la confidencialidad,

La segunda etapa será la recolección de información mediante el desarrollo de grupos focales y entrevista a profundidad por lo que toda la información será de carácter confidencial y anónimo, esta actividad tendrá una duración máxima de 1 hora y 30 minutos.

Finalmente, la información que usted nos provea permitirá entender con mayor claridad la relación que existe entre homofobia y el acceso a pruebas para VIH y SIDA, aspecto que impactará en cuanto a la información que se tiene sobre la homofobia y el tipo de servicio en el área de salud para la población Gay, lésbica, bisexual y Trans.

Un aspecto importante que debe tener presente es que su participación es totalmente voluntaria y que si usted lo desea puede rehusarse a participar en la investigación, sin embargo le recordamos que su participación es importante para el logro de nuestro objetivo, si algo de lo explicado no está claro, le aconsejamos consultar con los responsables de la investigación, la Lic. María Eugenia Torrico y el Sr. Roger Arispe.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este consentimiento, confirmo que he sido informado sobre el objeto y propósito de la investigación titulada Homofobia y VIH, así también me han informado sobre quienes están realizando esta investigación y de las características e importancia de la misma.

Con mi firma al pie de este documento doy mi autorización para la participación de esta investigación, estoy consciente de los beneficios y procedimientos que tendrá la investigación, tuve la oportunidad de hacer algunas preguntas y estoy satisfecho con las respuestas.

Quiero dejar claramente establecido que mi participación es libre y voluntaria y que una vez iniciado el trabajo de la investigación, tengo el derecho de rehusarme en cualquier momento y de dar por terminada mi intervención. Finalmente he sido informado del sistema de incentivos asociados a la presente investigación y doy mi autorización para participar en la misma.

Consentimiento del Participante

Fecha y Hora

Certifico que este procedimiento ha sido realizado correctamente:

Firma del responsable

Ciudad

Fecha y Hora



COMISIÓN DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

CERTIFICADO DE AVAL ÉTICO

A quien corresponda:

La Comisión de Ética de la Investigación (CEI) del Comité Nacional de Bioética, tiene a bien informar que fue presentado a la CEI, para su revisión y aval ético el proyecto titulado: **"HOMOFOBIA Y VIH"** por ADESPROC LIBERTAD GLBT, cuya Investigadora Responsable es la Lic. María Eugenia Torrico Palacios.

Dicho proyecto fue evaluado bajo la normativa internacional, que indica los criterios éticos que se toman en cuenta para todo proyecto de investigación que involucre seres humanos:

1. Validez científica (diseño metodológico bien formulado)
2. Selección equitativa de la muestra (tomando en cuenta principalmente a grupos vulnerables)
3. Validez social (pertinencia, atinencia y relevancia del proyecto)
4. Relación Riesgo/Beneficio (viendo que el riesgo sea mínimo y mayor el beneficio para los sujetos de estudio)
5. El Consentimiento Informado (documento redactado de una manera clara, comprensible y lo suficientemente informativo para el sujeto de investigación)

Una vez verificadas las correcciones hechas por el equipo investigador, en base a las observaciones de la CEI, es que se tiene a bien certificar que el mencionado proyecto cumple con todos los requisitos éticos arriba mencionados, por lo que los miembros del CEI dan el respectivo AVAL ÉTICO al proyecto **"HOMOFOBIA Y VIH"**, el mismo que puede proseguir con su ejecución.


 Dra. Jacqueline Cortez G.
 COORDINADORA CEI-CNB

La Paz, 4 de junio de 2010

