

Factores de vulnerabilidad a la infección

por **VIH** en mujeres



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Diego Palacio Betancourt Ministro de la Protección Social
Carlos Ignacio Cuervo Valencia Viceministro de Salud y Bienestar
Clara Alexandra Méndez Cubillos Secretaria General
Gilberto Álvarez Uribe Director General de Salud Pública
Ricardo Luque Núñez Asesor de la Dirección General de Salud Pública

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

Diego Palacios Jaramillo Representante
Lucy Wartenberg Representante Auxiliar
Martha Lucía Rubio Mendoza Asesora VIH/SIDA
Clara Angela Sierra Alarcón Coordinadora Estudios VIH

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Moisés Wasserman Rector
Fabián Sanabria Sánchez Decano Facultad de Ciencias Humanas
Mara Viveros Vigoya Escuela de Estudios de Género-Centro de Estudios Sociales
Grupo Interdisciplinario de Estudios de Género
César Ernesto Abadía Centro de Estudios Sociales Grupo
Antropología Médica Crítica

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

Coordinadores de investigación Mara Viveros Vigoya - César Ernesto Abadía
Equipo de investigación Ángela Facundo Navia - María Yaneth Pinilla - Jesús Fiesco Neira -
Irene Parra García - Carlos Rojas Manosalva
Equipo de investigación de campo César Junca - María Helena Villamil - Katherine Ariza - Camilo Ruiz -
Adriana Martínez - Luz Andrade - Diana Oviedo - Sandra Baez - María Ochoa - Silvana Claro
Asesora externa en el área conceptual y metodológica de la investigación Wilza Vieira Villela

Coordinación editorial
Unidad de Comunicaciones -UNFPA

Fotografías
Sergio Mejía -UNFPA

Diseño e impresión
Innovar Soluciones Gráficas Ltda. www.innovar.in

Contenido

Introducción	5
Planteamiento del problema	7
Marco conceptual	11
Enfoques del VIH/sida	11
La vulnerabilidad	13
El género	17
Vulnerabilidad y género	19
¿Feminización de la epidemia?	20
Sexualidad y negociaciones	21
Sistema de salud y políticas públicas en VIH/sida	22
Metodología	27
Resultados	33
Introducción	33
Contextos por ciudad	34
Barranquilla	34
Bucaramanga	36
Bogotá	38
Cali	39
Medellín	40
Análisis etnográfico	42
Relaciones erótico-afectivas	42
Vida laboral y nivel educativo	46
Maternidad	48
Redes familiares y sociales	50
Violencia	54
Salud	56
Conclusiones y recomendaciones	63
Género	63
Salud	65
Información	67
Redes	69
Bibliografía	71
Anexo A	75
Anexo B	85
Anexo C	87
Anexo D	91
Anexo E	93
Anexo F	95
Anexo G	98



Introducción

El comportamiento de la epidemia de VIH en Colombia, teniendo en cuenta la variable de sexo, muestra una afectación cada vez mayor de las mujeres. Para el año 1988 por cada mujer infectada había 13 hombres; diez años más tarde, por cada mujer infectada existía 4 hombres. Para el año 2008, según datos del Observatorio Nacional de VIH, se estima que por cada mujer infectada existen 2 hombres. Si bien las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, este comportamiento de la razón hombre/ mujer a lo largo del tiempo muestra que la epidemia también tiene rostro de mujer. Es por ello crucial entender el porqué de esta dinámica desde la perspectiva del género, es decir, desde las relaciones de hombres y mujeres dentro del contexto cultural, social e individual, incluyendo la reflexión sobre la relación de las mujeres con los servicios de salud, específicamente con aquellos responsables de la salud sexual y reproductiva, así como las experiencias relacionadas con sus prácticas erótico-afectivas.

Para responder a esta necesidad, en el marco de un convenio suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se realizó el estudio "Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres", en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín*. Dicha investigación fue dirigida por la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia, que contó con la consultoría internacional de Wilza Vieira Villela, experta brasilera en mujeres y VIH.

Para el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas publicar los resultados de esta investigación es el primer paso en la identificación y el análisis de los factores de vulnerabilidad a la infección por VIH entre las mujeres, que deberá ser una herramienta en la formulación de políticas y en el desarrollo de iniciativas que reduzcan las inequidades observadas entre las mujeres, aspectos neurales en una respuesta nacional efectiva frente al VIH.

Las dos entidades se han propuesto, además, brindar a las entidades territoriales las herramientas necesarias para que desarrollen iniciativas de investigación como esta. Para ello, esta publicación incluye anexos que presentan la metodología detallada del proceso de estudio, así como las guías de indagación utilizadas en los grupos focales y en las entrevistas.

Gilberto Álvarez Uribe
Director General de Salud Pública
Ministerio de la Protección Social

* Ver mapa página 100.



Desde su aparición, la epidemia del sida en el mundo ha sido objeto de numerosos estudios e investigaciones, orientados a buscar y proponer estrategias para detener el avance de la pandemia. Buena parte de los modelos creados y puestos en marcha para tal fin han dejado enseñanzas valiosas por sus fortalezas o por sus deficiencias.

En la actualidad, las instituciones, los profesionales y los voluntarios que trabajan al respecto han reconocido que el VIH/sida (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es un asunto biológico y un fenómeno que involucra toda la vida social de las personas. En este sentido, los estudios y las estrategias frente a la epidemia se han orientado a analizar los problemas sociales que hacen parte fundamental de los procesos de salud-enfermedad. Este enfoque, que considera la equidad social como factor indispensable para avanzar hacia procesos saludables, ha llevado a que las investigaciones respecto del VIH se concentren en las poblaciones más vulnerables, buscando identificar de qué manera las situaciones que conforman esta vulnerabilidad se articulan en la vida y se configuran como una barrera para lograr dicha equidad.

Por otro lado, el enfoque de género como categoría relacional permite entender la forma particular en que las relaciones sociales entre mujeres y hombres se configuran en un contexto determinado. El análisis de las relaciones de género en articulación con otros sistemas de ordenamiento social permite que el estudio de la esfera privada cobre significado social y global.

La epidemia de VIH/sida ha sido objeto de estudios en los países más pobres (y en ellos en las poblaciones más afectadas por la pobreza), estudios cuyas perspectivas actuales reconocen que aun cuando afecta a la población en general se presenta de forma especialmente aguda en la que está en posiciones subordinadas en algunos o varios de los sistemas que organizan la vida social de manera jerárquica, como la clase social, el sexo o las distinciones étnico-raciales, entre otros aspectos. El aumento creciente de la prevalencia de VIH/sida en mujeres¹ ha generado un interés especial por entender cómo se articulan los mecanismos citados, haciendo a las mujeres especialmente vulnerables a la infección por VIH/sida.

En Colombia, por su parte, los estudios han demostrado la importancia de resaltar que la salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental y que la perspectiva de equidad de género que busca la eliminación de las disparidades, la autonomía en las decisiones sexuales y reproductivas y el respeto por la diversidad es un marco importante para orientar las acciones que buscan detener el avance de la pandemia. La situación que vive el país en la actualidad amerita,

¹ Según un informe de Onusida (2006), en 2007 cerca de 15,4 millones de mujeres vivirían con VIH, lo que representaba 1,6 millones más en esa situación en relación con el estimado de 2001, que era de 13,8 millones. En la mayor parte de los países, más de la mitad de los nuevos casos de infección por VIH se diagnostican en mujeres (Onusida, 2006). Colombia ocupa el cuarto lugar respecto al número total de casos reportados de VIH y sida entre los países continentales de América latina (Onusida, 2006)

además, incluir en los estudios al respecto un enfoque regional que explique de manera más concreta la forma en que situaciones como el conflicto armado, el desplazamiento interno de poblaciones, los altos índices de desempleo y las construcciones culturales locales se articulan en el espacio íntimo de las personas y, particularmente, de las mujeres, generando situaciones de vulneración de derechos y mayor propensión a la infección.

Este tipo de estudios es más pertinente aún si tenemos en cuenta que en Colombia faltan datos consolidados y hay grandes brechas para acceder al diagnóstico de VIH, retardo en la notificación y un considerable sub registro² en materia de información epidemiológica, además de una suerte de abandono de la perspectiva de género en los estudios de tipo cualitativo. Con base en los debates actuales sobre vulnerabilidad y, desde esa perspectiva, se puede mostrar que todas las mujeres son susceptibles a la infección, que esta situación compartida se agudiza cuando va acompañada de otras de vulnerabilidad y, por tanto, que deben emprenderse acciones para detener la epidemia independientemente de la cantidad de casos diagnosticados.

Es necesario, por supuesto, que exista un trabajo conjunto, de modo que este tipo de estudios desde lo social se acompañen de estrategias de mejoramiento en la elaboración de perfiles epidemiológicos, y sobre todo del acceso real y de calidad a los servicios de salud para todas las personas, máxime cuando parte fundamental de la prevención consiste en brindar a quienes viven con el VIH una atención oportuna y de calidad en cuanto a información, asesoría y tratamiento. En este sentido es oportuno tener en cuenta que en el sistema de salud colombiano la salud es un bien de consumo dependiente del *mercado regulado* y de la capacidad de pago, y que estar cubierto por dicho sistema no garantiza, necesariamente, la atención ni la calidad de la misma (Procuraduría, De justicia, 2008; Vélez, 2008; Abadía y Oviedo, 2008).

En este marco, el estudio "Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH", uno de cuyos resultados es este libro, analiza la situación de vulnerabilidad a la infección de mujeres de cinco ciudades colombianas: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín, ciudades que tienen en común, entre otras características, su condición de capital de departamento, su situación de receptoras de población desplazada y el aumento en la prevalencia de mujeres infectadas por el VIH. Con base en la investigación de los equipos que desarrollaron el estudio se analizaron los factores de vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH y se abordaron los aspectos socioculturales (en particular los efectos de las relaciones de género en sus vidas) en sus contextos laborales, educativos, familiares, erótico-afectivos y en su relación con los servicios de salud, con énfasis en los de salud sexual y reproductiva (SSR), aspectos todos que pueden convertirse en factores de vulnerabilidad a la infección. Cabe anotar que aun cuando por las características del estudio y el tiempo destinado a su ejecución el equipo de investigación decidió trabajar con un número reducido de mujeres en cada una de las cinco ciudades, consideramos que las definiciones de lo femenino y lo masculino se construyen de manera relacional y las negociaciones al respecto se fundan en la socialización con los otros.

² Según el Instituto Nacional de Salud (INS) en su *Informe Epidemiológico VIH/sida* (Semanas 1 a la 40 de 2008, Siviigila individual), a la semana 40 se reportaron 3.963 casos (100%) (VIH, sida y mortalidad), de los cuales 2.763 (70%) eran de sexo masculino y 1.200 (30%) del femenino, lo que da una relación hombre:mujer de 2,2:1 y muestra una disminución en la brecha que existía en años anteriores, de 3:1.

Las relaciones sociales de género explican en gran parte la mayor vulnerabilidad de las mujeres. El comportamiento de los hombres en relación con su sexualidad está en el corazón de la epidemia del sida, porque son ellos habitualmente quienes determinan las circunstancias de las relaciones sexuales y muchas veces se niegan a protegerse y a proteger a su(s) compañera/o(s), comportamiento muy influenciado e, incluso, avalado por percepciones sobre la masculinidad, compartidas en general por las mujeres y ampliamente difundidas en muchas sociedades.

Los intentos de controlar el avance del VIH deben tener en cuenta, por un lado, las restricciones y las desventajas que enfrentan las mujeres y diferentes comunidades frente a los hombres, en especial en el medio rural, y reconocer la importancia crucial de incrementar las opciones económicas de las mujeres mediante proyectos que generen ingresos e iniciativas políticas que fortalezcan su posición y participación en la sociedad. Por otro, deben reconocer el enorme potencial de los hombres para frenar la transmisión del VIH, cuidar a los familiares infectados y ocuparse de los huérfanos y otros supervivientes de la epidemia (Rapaport, 2000).

Es muy importante entender entonces que el análisis de la vulnerabilidad de las mujeres debe comprender el de las relaciones con los hombres, y que cualquier cambio que se quiera lograr en la vida de ellas debe modificar, necesariamente, la de ellos.





Enfoques del VIH/sida

En las investigaciones y los avances teóricos sobre la epidemia del VIH/sida ha habido dos fuentes principales: el trabajo biomédico y el sociocultural. El devenir histórico de la enfermedad ha planteado la relación compleja que existe entre estas dos corrientes y la necesidad inminente de una retroalimentación constante entre ellas.

El sida fue conocido por el mundo a principios de la década de 1980. Los primeros análisis y abordajes partieron del enfoque biológico, que centró su mirada en el comportamiento individual. En esa primera etapa se asociaron ciertos comportamientos y prácticas sexuales a grupos específicos de personas, clasificados como "grupos de riesgo". Este enfoque, centrado en las "conductas de riesgo individuales", presupone que los sujetos poseen dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad, genitalidad y erotismo, sin tener en cuenta las complejas relaciones de poder que constituyen el campo de la sexualidad y los contextos en los cuales se encuentran inmersas las personas. De acuerdo con estos criterios se hicieron encuestas que indagaban sobre *creencias, actitudes y prácticas individuales*, que sirvieron para construir lo que se categorizó como "factores de riesgo" (Sevilla, 1998; Estrada, 2006).

La prevención del VIH con base en los "grupos de riesgo" apuntaba a la abstinencia y el aislamiento como lógicas para la acción, coadyuvó a la exclusión y tiene implicaciones morales como la estigmatización, el prejuicio y la discriminación. Esta situación afectó no sólo a los "grupos" de trabajadoras sexuales, a las personas homosexuales y a los usuarios de sustancias psicoactivas (SPA), sino que generó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad, el erotismo, las identidades sexuales y las prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual (Estrada, 2006).

Las críticas a este tipo de abordaje del sida mostraron la necesidad de reconocer que el comportamiento de la epidemia es mucho más fuerte en los sectores socialmente "sin poder": los más pobres, las mujeres, los grupos marginados, discriminados racialmente y los jóvenes. Esta tendencia demográfica se denominó la "pauperización de la epidemia" (Grangeiro, 1994; Kalinchman, 1994; Buchalla, 1995) y su reconocimiento marcó el paso a una nueva fase de abordaje hacia finales de la década de 1980.

A principios de los años 1990 se intentó superar la perspectiva biológica y biomédica, reconociendo que para entender el comportamiento de la epidemia son fundamentales los contextos ambientales y socioculturales de las personas. Se reconsideraron los "factores de riesgo", considerándolos como problemas sociales, y se les dio el nombre de "comportamientos de riesgo".

A lo largo esa década se evidenció que la categoría "comportamiento de riesgo" tenía un aspecto positivo, al relacionar la posibilidad de infección con el erotismo,

presentando este como una realidad social compleja en la que se manifiestan y mantienen estructuras de poder. Sin embargo, esta categoría seguía reduciendo el comportamiento de riesgo a una enumeración de prácticas y conductas individuales que se asumían como factores que predisponen a la transmisión, y continuaba así responsabilizando y culpabilizando al individuo por la transmisión. Se plantearon entonces modelos que se debatieron entre lo culturalista y lo psicologista para explicar la epidemia, pero estas explicaciones se disociaron de los significados de las prácticas sexuales (Estrada, 2006).

Como respuesta crítica a este modelo comportamental que venía dominando la sexualidad en las ciencias sociales y, especialmente, en la psicología social (Lancaster, Di Leonardo, 1997; Petchesky, 1998) los movimientos feminista y homosexual anotan que el cambio de comportamiento no es el resultado obvio de "información + voluntad", ya que asumir el dominio de la vida y las decisiones, particularmente en la vida de los grupos sin poder, es un proceso que incluye factores culturales, económicos, políticos y jurídicos, distribuidos de manera diferenciada de acuerdo con el sexo, el país, los grupos sociales, los grupos étnicos y los grupos etéreos (Pinilla, 2008; Viveros, 1992).

Los procesos descritos llevaron a que a principios del siglo veintiuno se formulara un nuevo enfoque, el cual propone que las desigualdades económicas y sociales constituyen la base de la epidemia y son obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento, pensamiento y creencias, y para el avance hacia procesos más saludables. Esta propuesta desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Parte de la evidencia de que los sujetos interactúan no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de las condiciones estructurales y los capitales materiales y simbólicos con los que cuentan. Como señala Pierre Bourdieu: "estos recursos se encuentran distribuidos de manera desigual en las personas y están atravesados profundamente por la diferencia de clase" (Viveros, 2003; De los Ríos, 1991). De acuerdo con esta perspectiva es necesario transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, así como la estructura económica que liga cada vez más al sida con la pobreza y los grupos marginales (Cresson, 1991).

Ayres sostiene al respecto que aun cuando la definición de vulnerabilidad es ambigua y ambiciosa, permite dar cuenta de los diferentes grados y naturalezas de susceptibilidades a la infección, enfermedad y muerte por VIH. La segunda particularidad de esta situación es un conjunto integrado de aspectos sociales, programáticos e individuales que se ponen en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo. Si bien el concepto es polisémico, brinda perspectivas nuevas y promisorias al conocimiento y la intervención en el VIH y tiene un amplio potencial para recuperar los aspectos éticos, filosóficos y sociopolíticos del pensamiento y de las prácticas contemporáneas de salud (Ayres, 1999).

La vulnerabilidad

El concepto vulnerabilidad, originalmente planteado desde el área de los derechos humanos, se utilizó para hacer referencia a aquellos a quienes se les quebrantaban sus derechos de ciudadanía. Su incorporación en el campo de la salud fue resultado de la integración de la movilización social y del movimiento de derechos humanos frente a la epidemia. El concepto penetra con fuerza en las ciencias sociales, en particular a partir de los estudios sobre el desarrollo, contribuyendo a comprender mejor y más ampliamente la situación de los sectores menos favorecidos, y se convierte en un instrumento fértil de estudio de la realidad social (Pérez de Armiño, 2001).

Una de las principales fortalezas de la vulnerabilidad para el análisis social y en especial para la epidemia de VIH/sida consiste en la flexibilidad del concepto: en la medida en que no presupone que un comportamiento específico o que una situación local determinada representan en sí mismos una condición universalmente desfavorable, brinda la posibilidad de evaluar cada contexto teniendo en cuenta sus particularidades culturales, sociales, políticas y económicas.

El desarrollo conceptual de la vulnerabilidad se fortaleció durante las décadas de 1960 y 1970, de acuerdo con la interpretación que los teóricos de la dependencia hicieron de los problemas del subdesarrollo como fruto de las estructuras socioeconómicas muy desiguales derivadas de las relaciones de dependencia y explotación. Posteriormente, durante los años 1980, Amartya Sen hizo aportes desde la teoría de las titularidades del alimento, afirmando que las hambrunas no son consecuencia exclusiva de catástrofes naturales o del exceso de población, sino de la pérdida de acceso a los alimentos por parte de las familias con menos recursos económicos.

La vulnerabilidad se caracteriza por ser multidimensional al manifestarse en distintos individuos, grupos y comunidades en las que adopta diferentes formas y modalidades; es integral porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece; y progresiva porque existe previamente y puede acumularse e incrementarse a través del tiempo. En este sentido es causa y consecuencia de distintas situaciones que ponen en evidencia las dificultades existentes, agudizándolas y convirtiéndolas en detonador de nuevos problemas³.

Una de las principales fortalezas de este concepto para el análisis social y, en especial, para la epidemia de VIH/sida, consiste en la flexibilidad y, a la vez, en el rigor y el seguimiento que permite y exige, en la medida en que no presupone que un comportamiento específico o una situación local determinada, bajo elementos estructurantes (por ejemplo, la pobreza), representen en sí mismos una condición universalmente desfavorable permanente e inmutable. Por el contrario, brinda la posibilidad de evaluar cada contexto particular teniendo en cuenta sus peculiaridades culturales, sociales, políticas y económicas. De acuerdo con Gupta, Parkhurst, Ogden y otros (2008), los factores estructurales de la vulnerabilidad al VIH pueden ser complejos y diversos, como se observa en los estudios que sugieren que la relación entre estatus económico y prevalencia del VIH es variable. Y esto responde al hecho de que los factores estructurales no son estáticos y cambian en forma y en efecto a la par que "evoluciona" la epidemia. Esta flexibilidad pone de presente la estrecha relación entre los factores estructurales y los diferentes niveles de vulnerabilidad.

En la década de 1990 y de la mano de los discursos de los derechos humanos, el concepto de vulnerabilidad tomó fuerza progresivamente en el contexto del VIH/sida, siendo su mejor expositor Jonathan Mann, quien la propone como un sistema interdependiente de planos que se relacionan con el individuo, el colectivo y el estado, generando diversos niveles de vulnerabilidad, que se pueden explicar desde lo macro a lo micro, partiendo de las relaciones sociales globales hasta llegar a las condiciones específicas de cada individuo, con el fin de no favorecer la culpabilización de la víctima (Castro y Farmer, 2003).



De otra parte, el concepto de vulnerabilidad se define como: "los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a la infección, a enfermarse o a la muerte por el VIH, que dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos sociales, programáticos e individuales que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo". La noción de vulnerabilidad recupera aspectos éticos-filosóficos y sociopolíticos de los pensamientos y las prácticas contemporáneas de salud, y adopta como objetivo la garantía de una vida saludable para las poblaciones en general (Ayres y Junior, 1999).

En este sentido la vulnerabilidad es una dimensión relativa, es decir, todas las personas somos vulnerables, pero cada una tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de sus circunstancias socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales (Pérez de Armiño, 2001). En primera instancia se podría pensar que es imposible hacer un cubrimiento desde esta diversidad; sin embargo, lo que se plantea es, justamente, la necesidad de converger desde la inclusión (salud para todas y todos según sus necesidades), y no desde la exclusión (salud para vinculados).

Niveles de vulnerabilidad

Según Ayres et al. (2006) la vulnerabilidad con respecto al VIH se encuentra en las dimensiones colectiva e individual, estando conformada la primera, a su vez, por una vulnerabilidad social y una programática.

La vulnerabilidad social es el primer componente y está definida por las condiciones de mayor o menor protección de una sociedad hacia la epidemia, es decir, se focaliza sobre lo económico, lo político, lo cultural, lo moral y factores institucionales que determinarán el siguiente nivel de vulnerabilidad. Durante algunos años se evaluó con base en indicadores numéricos adoptados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que incluían una clasificación de alta, media y baja vulnerabilidad, y tuvo ocho indicadores iniciales:

1. Gastos en servicios sociales y de salud.
2. Acceso a información.
3. Acceso a servicios de salud.
4. Mortalidad antes de los cinco años de edad.
5. Situación de la mujer.
6. Índice de libertad humana.
7. Relación entre el gasto militar y el gasto en educación y salud.
8. Índice de desarrollo humano.

Posteriormente se integraron como aspectos importantes las normas sociales, las relaciones de género, raciales y generacionales, referentes culturales, creencias y normas religiosas, el estigma y la discriminación, el bienestar social, el empleo, los ingresos, el apoyo social, el acceso a la atención en salud, a la educación y la cultura, el ocio y el deporte y a los medios de comunicación. Así mismo, la libertad de pensamiento y de expresión, la participación política, los derechos de ciudadanía, la rendición de cuentas del sector público y privado y el acceso al sistema jurídico (Ayres et al., 2006).

La *vulnerabilidad programática* (que está en el segundo nivel) se define por la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al VIH/sida, independientemente de si provienen del ámbito gubernamental, no gubernamental o privado, y del ámbito espacial: nacional, regional o municipal. Acciones que se relacionan estrechamente con el ámbito social y determinan el individual. Tiene en cuenta el compromiso con la problemática del VIH, la existencia de acciones efectivas y coherentes con una política nacional, las coaliciones y alianzas, la capacidad de planeación y coordinación, la gestión adecuada, la respuesta a las necesidades de prevención y de tratamiento, la obtención de recursos financieros, la sostenibilidad y la existencia de evaluación. En la actualidad la evaluación de la vulnerabilidad incorpora también el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos en las condiciones de exposición al sida, ampliando los parámetros de análisis.



La vulnerabilidad programática se mide numéricamente por medio de once indicadores:

1. Expresión de compromiso de las entidades gubernamentales con la problemática del VIH/sida.
2. Transformación de compromisos en acciones: existencia de acciones efectivamente propuestas y coherentes con una política general para afrontar el problema.
3. Desarrollo de coaliciones: trabajos entre la sociedad civil y el estado en diferentes áreas: salud, educación, trabajo, etcétera.
4. Planeamiento y coordinación de objetivos, metas, estrategias y criterios de evaluación.
5. Gestión y gestores adecuados e idóneos.
6. Respuesta a necesidades de prevención con bases racionales y democráticas para definir los contenidos de los programas.
7. Respuesta a necesidades de tratamiento en términos de cobertura, calidad y cantidad adecuados.
8. Obtención de recursos financieros estables, suficientes y bien administrados.
9. Sostenibilidad y continuidad de las estrategias.
10. Evaluación del impacto mediante el monitoreo del desarrollo de los programas y la retroalimentación a las estrategias adoptadas.
11. Evaluación del progreso de los programas mediante la investigación y la retroalimentación.

Aspectos destacados de estos indicadores son el compromiso de los gobiernos para enfrentar el VIH/sida, que se traduce en la definición, planificación y evaluación del mismo y en la participación social en estos procesos, y que indagan por los recursos materiales y humanos dispuestos para enfrentar la epidemia, a los que se suman la gestión política, el control público, la sostenibilidad institucional, material y política de las acciones emprendidas, las actividades multi e intersectoriales, la organización del sector salud, el acceso a servicios de salud cualificados, prestados de manera idónea y por equipos multi e interdisciplinarios.

Finalmente, en el plano micro se ubica la *vulnerabilidad individual*, que parte de tres presupuestos:

1. Todo individuo es vulnerable al VIH y a sus consecuencias. Esa vulnerabilidad puede variar a lo largo del tiempo en función de los valores y recursos que le permitan obtener medios para protegerse.
2. Los individuos infectados por el VIH tienen un potencial de vulnerabilidad, morbilidad, invalidez y muerte variable en función inversa al amparo social y la asistencia en salud de que disponen.
3. Las condiciones que afectan la vulnerabilidad individual son del orden:
 - *Cognitivo*: información, conciencia del problema y formas de enfrentarlo.
 - *Comportamentales*: intereses y habilidades para transformar actitudes y acciones a partir de elementos cognitivos.
 - *Sociales*: acceso a recursos y poder para adoptar comportamientos protectores.

Estos presupuestos han sido enriquecidos y se considera que deben contemplar también los valores, intereses, creencias, redes de amigos, relaciones familiares y conyugales, además de la salud mental y la constitución física.

Para Mann enfrentar la epidemia por medio los derechos humanos tiene la ventaja política de vincular el problema del sida con sus raíces sociales más profundas, estimular a las personas para la transformación de la realidad, aprovechando el poder de movilización social demostrado históricamente, favorecer la transdisciplinariedad e intersectorialidad y revitalizar una respuesta global a la pandemia (Ayres, 1999; Abadía, 2006).

Adoptar teórica y metodológicamente el concepto de vulnerabilidad presenta dos tipos de exigencias: primero, lograr lecturas y acciones coordinadas de los tres niveles propuestos, pues aun cuando es de gran utilidad conceptual identificar los niveles en los que se presenta la vulnerabilidad, estos no actúan de manera separada en la vida social y sería improductivo tratar de solucionar únicamente los factores concernientes a uno ellos. Segundo, es necesario, además, cuestionar las estructuras tradicionales que hacen a algunos grupos humanos especialmente vulnerables a la infección y que perpetúan y naturalizan las iniquidades que sostienen dicha vulnerabilidad. En este sentido, pensar a las mujeres con respecto al VIH/sida nos exige analizar las diferentes maneras en que las estructuras de género se manifiestan en los contextos locales y se relacionan con los otros sistemas de ordenamiento del mundo social.

El género

Es pertinente evidenciar cómo la definición de lo femenino como un "ser para otros", y del cuerpo de la mujer como "un cuerpo para otros", tiene importantes implicaciones para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio en el cuidado de su cuerpo, su salud y su bienestar. Conviene destacar también que las construcciones de género determinan actitudes, conductas y actividades que llevan a riesgos específicos de morbilidad y mortalidad y diversos grados de acceso a, y utilización de los servicios de salud.

Las posibilidades reales de las mujeres para negociar en términos de salud sexual y reproductiva con sus parejas erótico-afectivas están estrechamente relacionadas con estas ideas que construyen un "deber ser" en el universo social, determinado por el género. A su vez, este "deber ser" está atravesado por diversos factores que desempeñan un papel importante a la hora de tomar decisiones respecto a su salud y a su vida sexual y reproductiva. Situación que se expresa de manera diferente dentro del marco del comercio sexual y es, por supuesto, más crítica cuando ni siquiera existe la posibilidad de negociar la sexualidad, como sucede en los frecuentes casos de abuso sexual en los contextos de violencia familiar, social o política.

En relación con la doble protección⁴, por ejemplo, existen diferencias entre las mujeres que han tenido mayor contacto con los discursos sobre la prevención a la infección y aquellas que los desconocen. Las negociaciones en este aspecto están determinadas también por la edad, no sólo porque existe mayor cercanía de las jóvenes con las ideas de prevención, sino porque para ellas es más fácil incluir el uso del preservativo como parte de los juegos eróticos.

Sin embargo, no es solamente el conocimiento de los discursos o la interiorización de la necesidad de la prevención lo que entra en juego en las negociaciones: existe también una relación estrecha entre la estabilidad de la pareja y las prácticas en materia de sexualidad. Se presume que una pareja estable es un factor de protección contra infecciones de transmisión sexual, y en muchos casos la utilización de métodos de planificación permanentes o definitivos implica una menor vigilancia respecto a la posibilidad de infección.

Por otra parte, a escala macrosocial la división sexual del trabajo que se vive en las distintas instituciones económicas, educativas, sanitarias y religiosas tiene consecuencias sobre la asignación, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para el mantenimiento de la salud individual (De los Ríos y Gómez, 1991). En el campo laboral, las menores tasas de empleo femenino en el sector formal de la economía inciden en un menor acceso de las mujeres a los servicios de salud y al sistema general de seguridad social, y en una mayor desprotección durante la vejez. Además, el desgaste adicional de energía que asumen las mujeres, particularmente las más pobres, por la acumulación de actividades en el ámbito laboral y doméstico, y la necesidad de conciliar sus responsabilidades en ambos espacios se traduce en tensiones relativas al cuidado de los hijos, dificultades de concentración y una continua carga afectiva que a menudo se somatiza. Las mujeres de los sectores populares señalan a menudo que ser, a la vez, madre de niños pequeños y trabajadora es una fuente de preocupación tan nociva para su salud como una mala alimentación.

Esta situación, elocuente del estatus acordado en la mayor parte de las sociedades a la reproducción, es más problemática aún si consideramos que la gran mayoría de mujeres no puede cumplir satisfactoriamente con esta doble responsabilidad (Viveros, 1992). Por tal razón, en los estudios sobre salud de las mujeres la necesidad y la dificultad de conciliar estos distintos roles han empezado a ser consideradas como factores de riesgo para su salud física y mental y objeto de las políticas sociales.



⁴ Se considera doble protección el uso combinado de un método de planificación y del preservativo como forma de protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) en las relaciones sexuales heterosexuales.

Desde una perspectiva de género se ha comenzado a plantear la necesidad de valorar una serie de actividades desarrolladas por ellas, que contribuyen al bienestar y a la salud de los miembros de la unidad familiar: la producción de la salud, es decir, la creación y el mantenimiento de las condiciones favorables para la salud (limpieza, alimentación, protección), el cuidado de los enfermos, la educación para la salud (aunque sólo sea por medio del ejemplo), la mediación con el exterior y la respuesta apropiada en caso de urgencias son algunas de las actividades sanitarias desarrolladas por las mujeres, principalmente en el marco del hogar (Cresson, 1991). El trabajo sanitario de ellas es otro de los aspectos del trabajo doméstico. Desde hace poco tiempo, la subordinación del estatus de la reproducción y de las actividades que esta demanda al de la producción ha empezado a identificarse como un factor de creación de desigualdades sociales fundadas en el sexo, con impacto sobre la salud.

Sin embargo, si las mujeres tienen en común una posición de subordinación social en relación con los hombres, las formas de vivir esta subordinación varían considerablemente en función del peso que tienen las demás relaciones sociales (clase social, pertenencia étnica, etapa del ciclo vital, etcétera) en que están inscritas las distintas experiencias de las mujeres (Meynen y Vargas, 1994). Esto significa que incorporar al análisis de la salud de ellas la consideración de género no implica ignorar la existencia de otras categorías de análisis que también ejercen influencia sobre el proceso salud-enfermedad. En el caso de una sociedad como la colombiana es importante tener en cuenta las contradicciones de clase y el contexto étnico-racial que redefinen las relaciones de género, y su influencia en las prácticas, los discursos y las representaciones frente a la salud y la enfermedad.

Intersectadas, estas tres categorías de análisis, la clase, el género y la etnia/raza, producen experiencias comunes y diferenciadas que tienen gran impacto sobre el proceso salud-enfermedad de las mujeres. Es importante aclarar que la consideración de estas intersecciones requiere reconocer que las diferencias sexuales, fenotípicas o étnicas no significan nada en sí mismas, a menos que estén dotadas de valor simbólico por una serie de complejos procesos sociopolíticos que son, a su vez, legitimados por estas diferencias (Stolcke, 1996).



Vulnerabilidad y género

Desde finales de la década de 1990 se reconoce que las condiciones de desigualdad social, cultural y política en que viven las mujeres favorece la posibilidad de infectarse (UNGASS, 2001); de hecho, los datos epidemiológicos lo confirman (Onusida, 2004). Ante esta situación la discusión en torno al papel de las relaciones de género y su relación con el VIH se consolidó como un elemento fundamental en el momento de analizar y proponer alternativas para abordar la epidemia.

Más allá de las características biológicas de la enfermedad, el sida se ha estructurado como un fenómeno social sobre el cual se construyen imaginarios, relaciones sociales y condiciones específicas; de igual forma opera el género, que partiendo de una diferencia biológica se constituyó como una construcción social jerárquica (Viveros, 1999). Al definir como "naturales" las diferencias entre los cuerpos de los hombres y las mujeres, las estructuras culturales crean parámetros sociales diferentes para cada sexo (los roles de "género") que a su vez determinan la forma de relación y justifican las iniquidades de poder entre ellos.

Es decir, las representaciones del cuerpo tienen impacto en la salud de los hombres y las mujeres mediante la "justificación" de la discriminación y la exclusión social (Scott, 1983). Los estudios que han relacionado las representaciones del cuerpo, los roles de "género" y el VIH entienden las nociones de cuerpo como la base para las representaciones de salud, enfermedad y riesgo, pero también como el fundamento para la organización social, y explican cómo las nociones de cuerpo sirven para legitimar las diferencias sociales y la distribución del poder político y económico (Viveros, 1999).

El género y el VIH se relacionan de manera compleja aunque específica, pues existen vulnerabilidades al VIH diferenciadas para hombres y mujeres, determinadas por lo que socialmente se espera de ellos y enmarcadas en sus relaciones de poder, en su inscripción en el cuerpo y en otras asimetrías sociales que matizan el género mismo, como clase, etnia/raza, orientación sexual o edad (Abadía, 2006).

Los roles de género operan en el debate sobre la culpabilidad o victimización de las personas que viven con VIH. A la mujer se le asocia básicamente con labores de cuidado de los demás,

razón por la cual, a pesar de estar presente en los datos epidemiológicos al inicio de la pandemia, sólo fueron observadas como parte de una familia y su necesidad básica era tener la información necesaria para proteger y apoyar al otro (generalmente hombre). El otro rol bajo el cual se visibiliza a las mujeres es la condición de trabajadoras sexuales, que contribuye mucho a su estigmatización como "mujer que infecta" y, por tanto, peligrosa para los hombres, sus hijos y su entorno. Todos estos factores refuerzan la discriminación. Ellas deben enfrentar, además, el estigma que significa contestar el ideal mariano que predomina en Colombia y marca los comportamientos y los roles esperados y deseados de todas.

A medida que cambian los enfoques en el abordaje del VIH ellas pasan a ser objeto de inquietud por su rol reproductor, aun cuando casi nunca por el hecho de ser mujeres. En la mayoría de los casos la preocupación se centra en las gestantes, quienes son el sujeto de diversos proyectos orientados exclusivamente a la prevención de la transmisión perinatal.

Las campañas de prevención, así como las primeras acciones, planteaban a las mujeres de manera simbólica como directas responsables de la posible infección de la prole. Aún en la actualidad se valora en mayor grado la protección de las "nuevas vidas" que la de las mujeres, máxime cuando estas renuncian a la posibilidad de la maternidad (Cresson, 1991).

La crítica al respecto propone hablar de "padres transmisores del virus" y no de "madres transmisoras", para evitar culpabilizarlas y, además, hacer visible que en la mayoría de los casos son las parejas masculinas estables las que han adquirido la enfermedad para luego transmitirla a sus esposas (Herrera, Lourdes, 2002).

Esta crítica, sin embargo, cae en la lógica de victimizar a la mujer y culpabilizar al hombre, repitiendo construcciones sociales frente al VIH que buscan víctimas y victimarios, y que mediante estereotipos sociales aumentan el estigma y la discriminación de ciertos grupos: los hombres que tienen sexo con otros hombres, las trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas intravenosas o las mujeres y hombres llamados promiscuos. Además, dificultan trabajos en los ámbitos familiar y social que permitan que las familias se alejen de la perspectiva de la culpa que sienten al ser transmisoras de una enfer-

medad, moralmente censurada, a la pareja y a los hijos, para comenzar abordajes solidarios en los que los miembros de la familia y la comunidad en general se fortalezcan para enfrentar los desafíos que trae la enfermedad a sus vidas.

Estos enfoques solidarios frente al VIH se enmarcan en las respuestas sociales de la inclusión social y los derechos humanos (Abadía-Barrero, 2006), muy acordes con las estrategias necesarias para enfrentar el VIH desde el marco conceptual de la vulnerabilidad, que necesita respuestas de alto impacto y que integren los niveles de vulnerabilidad, alejándose de abordajes exclusivamente individuales y transformando contextos sociales más amplios (Abadía-Barrero y Castro, 2006).

El concepto de vulnerabilidad abordado desde la perspectiva de género permite visibilizar a todas las mujeres como vulnerables, es decir todas tienen algún tipo de vulnerabilidad base y no sólo un grupo particular, como lo hacía la noción de riesgo, lo que reduce el estigma hacia ciertos grupos y universaliza la posibilidad de transmisión del VIH (Kornblit, Mendes, 2006).

Por otra parte, la vulnerabilidad pone en el centro de la discusión condiciones estructurales que permiten la propagación del virus, entre las que se encuentran las relaciones de poder entre hombres y mujeres en diferentes ámbitos como la vida familiar, social y laboral, al igual que la medicalización, particularmente, ginecológica del cuerpo femenino (Tovar, 2004; Viveros 2003).

¿Feminización de la epidemia?

Gracias al concepto de vulnerabilidad se visibilizaron las tendencias y particularidades sociales, políticas y económicas en las que opera el VIH, mostrando la necesidad de hacer los análisis de acuerdo con los diferentes grupos sociales afectados. En el caso de las mujeres existe otro factor que hace evidente una mirada específica del fenómeno, la llamada "feminización de la epidemia", relacionada con el incremento significativo del número de infectadas. Sin embargo, esta denominación ha suscitado diversas críticas por cuanto se considera que refuerza la idea de las mujeres como responsables exclusivas de la transmisión del virus y deja por fuera de la discusión y de las acciones a sus compañeros sexuales cuando no pertenecen a la categoría hombres que tienen sexo con hombres.

La preocupante "feminización de la epidemia" fue enunciada mundialmente desde mediados de los años 1990, y no ha logrado el reconocimiento necesario para ser abordada de manera decidida, es decir que la vulnerabilidad de las mujeres que viven con VIH no sólo las enfrenta al estigma social sino a la invisibilización social y política de sus problemáticas (Herrera, Campero, 2002).

Parker y Galvão (2001) afirman que el impacto de la epidemia en la vida de las mujeres es particularmente severo por cuanto ellas tienen desventajas económicas, culturales y sociales que se traducen en la feminización de la pobreza, en el difícil acceso a los servicios de salud y en la exclusión de las estructuras de poder y de los procesos de decisión. Además, con frecuencia están sujetas a leyes, normas y prácticas que ejercen control sobre sus cuerpos, sus relaciones sexuales y su potencial reproductivo (Viveros, 2003).

Esto quiere decir que el género como un sistema de ordenamiento de la vida social entra en relación con otro tipo de desigualdades que ponen a las mujeres frente a las mismas exclusiones que pueden tener los hombres, pero con mayores desventajas desde el comienzo; esta doble discriminación es evidente en situaciones como la pobreza en las décadas recientes en América latina, que se caracteriza, entre otras cosas, por el incremento de mujeres como cabezas de hogar y en situación de desplazamiento (Farah, 2004).

Si sumamos la "pauperización de la epidemia" a la "feminización de la epidemia" encontramos una posición especialmente asimétrica para las mujeres. La estigmatización y la exclusión social hacen parte de un círculo vicioso compuesto por la falta de información, la ausencia de recursos económicos, la dominación en las relaciones de pareja y los prejuicios sociales (Abadía, 2007).

Sexualidad y negociaciones

La sexualidad es un espacio de las relaciones de poder que se establecen en la pareja. En el ejercicio de la sexualidad interactúan las estructuras sociales y los grupos o instituciones que las controlan, que en ocasiones imponen sus criterios en la experiencia sexual de las personas. En este sentido el género, como una manera de organización jerárquica del mundo social, articula la interacción entre las representaciones sociales de cuerpo, enfermedad y riesgo con la estructura de la sociedad (conocimiento local) y los procesos de flujo de poder, nacional y global (Meynner, 1994). La cultura dominante impone su perspectiva aun cuando no de manera coercitiva, sino que la naturaliza, es decir la convierte en el único camino posible y, por ende, aceptado por los individuos. Los estereotipos impuestos por ella plantean espacios de encuentro sexual, donde la negociación o no de estos se da en condiciones desiguales entre hombres y mujeres.

Según Lagarde (2003), lo común en diversas sociedades es que el eje de la vida social, de la feminidad y de la identidad femenina sea la sexualidad para otros, una sexualidad reproductora de los otros, escindida y opuesta en sexualidad procreadora y erótica. Dicotomía que, por un lado, define a las mujeres como los "objetos pasivos de deseo" y, por otro, restringe sus posibilidades de hablar de sexo y hacer solicitudes explícitas sobre lo que desean, pues esto las ubica en

el espacio de una sexualidad erótica a la cual la sociedad ha confinando de manera exclusiva a las "trabajadoras sexuales" y a los hombres. Evidencia de esta situación son, entre otros, los casos de VIH en mujeres monógamas, casadas infectadas por sus compañeros (Vanosdol, 2001).

En el espacio de la pareja se construyen diversas lógicas que intentan invisibilizar las relaciones de poder que se dan y son reforzadas por el entorno. Kornblit nos muestra al respecto cómo las personas justifican sus prácticas sexuales no protegidas: las más asumidas por las mujeres son la "lógica de la confianza", en la que ellas dicen confiar en su pareja y acudir a la fidelidad como método de protección (en esta lógica se incluyen quienes solicitan a su pareja estable usar preservativo con las otras parejas sexuales). También encontramos "la lógica de la pasión o del deseo de un hijo", en la que la entrega total a la pareja no da lugar a la protección y representa incluso el anhelo de dar un hijo como un símbolo de amor (Kornblit, 2000). Otra lógica es la renuncia a tomar decisiones sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH, dejando que sea el hombre quien asuma si se utilizan o no métodos al respecto. Lo anterior debido a que exigir su uso sería sinónimo de desconfianza o, por el contrario, una expresión de conocer el asunto, evento que se traduce en la presunción de un amplio bagaje sexual. En este sentido es importante pensar en el uso del preservativo como posible sinónimo de desconfianza y, por ende, asociado a las relaciones pasajeras y eventuales a tal grado de ser abandonado en el momento de asumir confianza y estabilidad en una relación.

Otra lógica imperante en las mujeres para tener relaciones sin protección se relaciona con el temor al abandono o a ser únicamente objeto de placer. De alguna forma, involucrarse en relaciones sexuales desprotegidas genera un tipo de vínculo o de exigencia de la mujer frente al hombre, en el sentido de que el varón por lo menos debería aproximarse a determinar si la relación culminó o no con un embarazo. Con el uso de preservativo tal tipo de expectativa se diluye.

El imaginario social alrededor del sida se basa en el terror y el miedo, pero no necesariamente se convierte en una motivación para la protección, sino que impide el diálogo y la posibilidad de prevención como un ejercicio consciente de las decisiones sobre el propio cuerpo, basándose en la información real de cómo pueden ejercerse plenamente los derechos sexuales y reproductivos.

Sistema de salud y políticas públicas en VIH/sida

A continuación y de manera general se describe el funcionamiento del sistema de salud colombiano y las principales evaluaciones del mismo, como parte importante del contexto de la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/sida.

En 1993 se expidió la ley 100, marco normativo de la seguridad social que rige actualmente en el país. Esta ley formaliza el sistema general de pensiones, el sistema general de riesgos profesionales, servicios sociales complementarios y el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), cuyo objeto es regular el "servicio público esencial de salud" y, a la vez, "crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención"⁵.

El sistema cambió la estructura de financiación de los servicios de salud del antiguo sistema del subsidio a la oferta: pago directo del estado a los hospitales públicos; al subsidio a la demanda: un sistema de competencia de mercado para los servicios clínicos enmarcados en planes de aseguramiento.

Al cambiar la financiación, el nuevo sistema necesitó definir los niveles de atención por cubrir según las nuevas pólizas de servicios de aseguramiento en salud⁶ y definir un sistema de estratificación de usuarios según su capacidad de pago con el fin de eliminar la atención gratuita, recuperar costos y ahorrar dinero para pagar la deuda externa (OPS, 2002).

Este sistema se rige bajo los principios de administración eficiente y competitiva; no se giran directamente los recursos a los centros de atención, sino que se utiliza un sistema de intermediación y se deja buena parte del sector en manos de agentes privados (Paredes, 2003).

Existen tres mecanismos mediante los cuales la población puede afiliarse al sistema, según la capacidad de pago de las personas:

1. **Régimen contributivo:** dirigido a la población con capacidad de pago (asalariados y trabajadores independientes), quienes deben afiliarse a las EPS (empresas promotoras de salud) del régimen contributivo⁷ que contratan la atención de los afiliados con las IPS (instituciones promotoras de salud).
2. **Régimen subsidiado:** asignado a la población sin capacidad de pago (población pobre y vulnerable, identificada por el Sisbén⁸ en los niveles 1 y 2). El subsidio se genera al momento de afiliación de la persona al sistema general de seguridad social, que gira los recursos a las EPS del régimen subsidiado, que contratan la atención de los afiliados con las IPS (Paredes, 2003).

⁵ Ley 100 de 1993, artículo 152.

⁶ Resolución 5261 de 1994.

⁷ Las EPS están encargadas de la afiliación, el registro de los usuarios, el recaudo de las cotizaciones, la organización y contratación de los servicios ante las IPS.

⁸ Sistema de identificación de beneficiarios para programas sociales: conjunto de reglas, normas y procedimientos que permiten tener información socioeconómica confiable y actualizada para focalizar el gasto social. Con esta encuesta se carnetiza y afilia a la población.

3. **Vinculados:** en este grupo se encuentra la población pobre que no ha sido incorporada al sistema y tiene acceso a servicios bajo el subsidio a la oferta. La administración de su atención depende de los entes territoriales de salud.

El sistema contempla tres planes de atención:

1. **Plan obligatorio de salud (POS):** contiene la oferta reglamentaria de servicios de salud que deben ofrecer las instituciones de manera individual a la población, en dos modalidades. El POS del régimen contributivo (POS-C), que es un paquete básico de beneficios con tres niveles de atención (I básico, II intermedio y III complejo). El POS del régimen subsidiado (POS-S) incluye el primer nivel de atención, la prestación de algunos tratamientos incluidos en los niveles II y III y la atención del alto costo (acuerdo 306 de 2005) (De Correa, 2003).
2. **Plan intervenciones colectivas (PIC):** tiene por objeto complementar el POS mediante acciones de salud pública. Son acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, dirigidas a los colectivos. Debe ser gratuito y obligatorio y su financiación depende de los "recursos fiscales del gobierno nacional, complementada con recursos de los entes territoriales"⁹.
3. **Planes adicionales de salud o planes de atención complementaria:** definidos como el conjunto de beneficios que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad o la recuperación de la salud según se define en las limitaciones de lo contenido en el POS. Estos planes se financian con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria¹⁰.

El sistema se financia por diversos medios, como el situado fiscal, que forma parte de los ingresos corrientes de la nación y reúne los recaudos nacionales por concepto del impuesto al valor agregado (IVA), a la renta y al comercio exterior. El 20% de esos recursos se destinan obligatoriamente para la salud, a lo que se suman 25% de los recaudos bajo otros criterios de los ingresos corrientes de la nación y las rentas cedidas, que son impuestos específicos como loterías, cervezas y licores que se destinan específicamente para la salud. Otro mecanismo de financiación es el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), cuyos recursos aporta la nación; y otra parte corres-

ponde al recaudo por las cotizaciones que hacen las personas a las EPS (1,5% del salario de los aportantes al régimen contributivo). A los anteriores se suman los copagos que realizan los beneficiarios y las cuotas moderadoras pagadas por los cotizantes afiliados.

Luego de quince años de la reforma existen dos posiciones frente a los resultados, análisis y argumentos del sistema. Para los reformistas, el hecho de que el porcentaje de asegurados haya aumentado de 13,4% en 1993 a 82,7% a finales de 2005 es un logro irrefutable (Londoño, 2002; Ministerio de la Protección Social, 2006). Sin embargo, los críticos de la reforma sostienen que los guarismos oficiales están sesgados y que no se puede equiparar número de personas aseguradas con acceso o mejor calidad en los servicios (De Vos et al., 2006; Hernández Álvarez, 2002; Plaza et al., 2001).

La reglamentación en VIH es una expresión de lo que han sido las estrategias de contención de la enfermedad en términos políticos, económicos, sociales, culturales y de salud. Los principios que han regido estas acciones son diversos y responden a los contextos y al devenir histórico del país. Observarlos a la luz de la vulnerabilidad y en contextos regionales e individuales nos permite poner de presente vacíos y problemas, y, a la vez, establecer posibilidades en lo que podrían ser acciones exitosas, por cuanto se cuenta con una base previa de acción.

Al igual que en la presentación del SGSSS, haremos énfasis o resaltaremos las situaciones que ameritan ser tenidas en cuenta, porque inciden en la vulnerabilidad de las mujeres y establecen bases para la acción.



⁹ Ley 100 de 1993, artículo 165.

¹⁰ Decretos 1938 de 1994 y 806 de 1998.

Reglamentación en VIH

Decreto 559 de 1991

En 1991 se expidió en el país la primera reglamentación en relación con el VIH, mediante el decreto 559, destacando por primera vez situaciones como el carácter confidencial del diagnóstico por VIH, la necesidad de asesoría para las pruebas diagnósticas y su carácter voluntario. El decreto enfatizó en la necesidad de contar con personal especializado en salud y educación como estrategia fundamental para hacer frente a la epidemia creciente y en el desarrollo de medidas de prevención.

Decreto 1543 de 1996

El decreto 599 se actualizó en 1997 mediante la expedición del 1543, que reglamenta el manejo de la infección por VIH y el sida y las otras enfermedades de transmisión sexual sobre la base de las funciones de control y prevención estatales, el esfuerzo mancomunado intersectorial, la visión multidisciplinaria del trabajo frente a la infección y la determinación de los derechos y deberes de las personas infectadas y de la comunidad en general.

El texto regula las actividades diagnósticas y la atención integral, así como elementos de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad, aplicables en todo el país; establece normas frente a la investigación y define los derechos y deberes de todos los actores en el proceso: comunidad, IPS, equipos de salud y de las personas que viven con el virus del sida (PWS); fija los mecanismos de organización y coordinación del Programa nacional de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y de sida, del Consejo nacional de sida, del Comité ejecutivo y de los comités territoriales, además de brindar un marco de referencia frente a sanciones posibles¹¹.

En 2000 fueron emitidas, por el entonces Ministerio de Salud, las guías y normas técnicas para la atención integral de las ITS, la sífilis congénita y la infección por VIH/sida. En ellas se establecen las actividades, las intervenciones y los procedimientos para el diagnóstico y el tratamiento.

El sistema considera el VIH/sida como una enfermedad de alto costo, siendo los medicamentos antirretrovirales (ARV) el rubro con mayor participación en el costo de atención: según el estudio Megas, en 2007 el gasto en atención y tratamiento representó 63,5% del gasto total en sida. Los costos de la atención constituyen una de las principales barreras para garantizar el acceso universal (Chicaiza, 2002). Entre tanto, quienes viven con el virus y requieren tratamiento antirretroviral se ven abocados a utilizar con frecuencia mecanismos como la acción de tutela (artículo 86 de la Constitución política) para acceder a los servicios y al tratamiento en forma regular e ininterrumpida.

En 2003 se emitió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyos principios orientadores son la concepción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios.

Ley 972 de 2005

Esta ley busca mejorar los mecanismos que garantizan el acceso al tratamiento, estableciendo sanciones a las entidades aseguradoras o prestadoras de servicios que impongan barreras.

El sistema ha hecho esfuerzos para ampliar los beneficios de las personas afectadas. En la actualidad, los planes de los regímenes contributivo y subsidiado incluyen un paquete integral de servicios que cubren, entre otros aspectos, la realización de la prueba y la confirmación del diagnóstico, el suministro de medicamentos ARV de primera y segunda línea, los exámenes de seguimiento, incluyendo conteos de CD4 y la carga viral, la genotipificación, el suministro de fórmulas lácteas para los hijos de madres infectadas y de preservativos para las personas afectadas por el VIH u otro tipo de ITS, que se administran según los protocolos de atención a las PVVS.

No obstante, hay dificultades para acceder a los servicios, determinadas por la existencia de periodos de carencia y mínimos de cotización en el régimen contributivo, de cuotas de recuperación altas en relación con la capacidad de pago de la población pobre no afiliada y de barreras geográficas relacionadas con la distribución territorial de los prestadores y aseguradores a los que se encuentran adscritas las personas.

El modelo de gestión para el manejo del VIH/sida en Colombia

Esta publicación, del Ministerio de la Protección Social/Programa de apoyo a la reforma, recoge dos elementos centrales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con VIH/sida en Colombia: la "Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia en Colombia", y el "Modelo de gestión para el manejo de VIH/Sida. Colombia". La resolución 3442 de 2006 la reglamenta y es obligatoria en todo el país.

La "Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia" es la primera realizada en el país y reúne un conjunto de recomendaciones para que los profesionales de la salud tomen decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas; busca además mejorar la calidad de la atención, utilizar racionalmente los recursos en el cuidado clínico, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la salud de los pacientes.

Por su parte, la "Ficha de notificación de casos VIH/sida", "permite a médicos y a entidades prestadoras de los servicios de salud de todo el país reportar cada caso nuevo (...) y hacer un seguimiento a la situación de la enfermedad en Colombia". Se diligencia una sola vez y es obligatoria.

El "Modelo de gestión para el manejo de VIH/sida en Colombia" es la carta de navegación para que los actores del sistema planifiquen sus actividades de acuerdo con las competencias y los recursos establecidos por ley y responde a cuatro ejes primordiales: 1) contener la epidemia de VIH; 2) detectar tempranamente la infección por VIH; 3) detener la progresión del VIH al sida y la aparición de resistencias al tratamiento ARV; y 4) monitorear y evaluar.



Por su parte, el "Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida, Colombia 2008-2011", es la propuesta del estado colombiano a la epidemia y contempla cuatro ejes: 1) promoción y prevención; 2) atención integral; 3) apoyo y protección social; 3) y seguimiento y evaluación de la respuesta.

Es importante mencionar que aun cuando en la Introducción el documento reconoce la situación crítica de las mujeres frente a la epidemia, no son contempladas como población objeto específico de las acciones.

Por último, mediante la resolución 425 de 2008 son de cumplimiento obligatorio las acciones incluidas en los Planes de intervenciones colectivas, específicamente:

- Impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática y la "Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia. Colombia".
- Desarrollar e implementar el Plan de respuesta intersectorial en VIH/sida vigente, en coordinación con las EPS y las administradoras de riesgos profesionales (ARP), otros sectores y la comunidad.
- Promocionar campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en las gestantes y la población en general, en coordinación con las EPS y las ARP.



El diseño metodológico se centró en el análisis cualitativo (Sautu, Boniolo, Dalle & Elbert, 2005; Flick, 2007) de las actividades de grupos focales y en entrevistas semiestructuradas en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín. Se utilizó una metodología cualitativa con grupos focales, entrevistas interpretativas y análisis etnográfico, además del análisis de documentos y material sobre políticas de prevención de VIH/sida. Las categorías de análisis propuestas para el trabajo de campo se construyeron con base en la revisión y el examen de la literatura al respecto y de los resultados de experiencias similares desarrolladas en otros países.

Para consolidar las categorías de análisis el equipo aprovechó, además, el acervo de investigaciones previas, adelantadas por los equipos que desarrollaron la propuesta, en especial los resultados y análisis de las investigaciones con mujeres sobre salud sexual y reproductiva en general y VIH/sida en particular.

Teniendo en cuenta que en el país son escasas las investigaciones sobre mujeres y VIH y, por tanto, que el estudio es una de las primeras aproximaciones al asunto, para la selección de las mujeres el equipo de trabajo no tuvo en cuenta algunas particularidades como la pertenencia étnico-racial, el tipo de vinculación laboral, el origen, etcétera, que ameritarían atención particular en estudios especializados.

Se eligió trabajar con mujeres de estratos uno, dos y tres, residentes en las cinco ciudades mencionadas, escogencia que obedeció fundamentalmente a dos criterios: 1) que en la población en situación de precariedad económica es en la que se concentra y entretienen con más fuerza situaciones de vulneración de derechos y exclusión de los beneficios ciudadanos; y 2) que los vínculos entre las personas de sectores socioeconómicos más altos con las redes sociales de apoyo y los programas públicos de atención en salud son escasos, y es frecuente su reticencia a participar en estudios colectivos que impliquen la socialización de sus experiencias. El trabajo con esta población ameritaría el empleo de una metodología diferente y la disponibilidad temporal para lograr su contacto y participación en una investigación.

Las características de las cinco ciudades incluidas en el estudio permitieron este tipo de selección, pues se trata, como se dijo, de capitales departamentales, con grados de desarrollo similares e índices de crecimiento análogos. Aun cuando las significaciones de la pertenencia étnico-racial son muy importantes para entender la configuración de las relaciones sociales en cada ciudad y en el análisis se tiene en cuenta su contexto general, las características compartidas de las ciudades permiten utilizar homogéneamente los mismos instrumentos y metodologías de análisis y posibilitan comparar los resultados. Este tipo de estudios requeriría una metodología diferenciada si se hiciera en ciudades con otras características

¹² La metodología aplicada en este estudio está desglosada en el Anexo A y se reproduce para contribuir a hacer el estudio en otras ciudades de Colombia.

como ser ciudades intermedias, tener presencia numerosa de población indígena, contar con economías básicamente rurales, ser más emisoras que receptoras de desplazamiento, etcétera.

El trabajo de campo se hizo sólo con mujeres, por varias razones: primero, el trabajo con ellas estaba planteado en la convocatoria del UNFPA; segundo, por el tiempo con el que se contaba para llevarlo a cabo; y porque tratándose de un estudio exploratorio era importante priorizar en el discurso y la situación a las mujeres de cada ciudad. Sin embargo, como señala la perspectiva de género, las construcciones de lo femenino y lo masculino se hacen de manera relacional y no es posible modificar la situación de unos con respecto a los otros interviniendo solamente uno.

El estudio comprendió cuatro fases, desarrolladas por dos equipos de profesionales con experiencia en género, VIH/sida, salud en general y salud sexual y reproductiva en particular, denominados "equipo base". Para el trabajo de campo, el análisis de la información y la producción de resultados el equipo base convocó a jóvenes investigadores de diversas disciplinas con experiencia en asuntos relacionados con la investigación, grupo denominado "equipo ampliado".

La primera fase del estudio abarcó el primer mes de trabajo y consistió en el desarrollo de un estado del arte que permitió elaborar categorías de análisis de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Este documento se redactó con base en los hallazgos de las investigaciones previas de los equipos de trabajo del Grupo Interdisciplinario de Estudios de Género y del Grupo Antropología Médica Crítica de la Universidad Nacional de Colombia, y en la revisión de la literatura al respecto. Durante esta fase se establecieron los primeros contactos con los grupos de mujeres que participaron en el estudio en cada una de las ciudades.

La mayoría de los contactos se establecieron con la ayuda de activistas relacionadas con el VIH/sida, quienes aparte de colaborar con la conformación de los grupos en algunos casos sirvieron de puente con las secretarías de salud. Además de ir preparando la fase del trabajo de campo, el contacto con las mujeres permitió al equipo hacerse a una idea de qué tan articuladas estaban sus redes en cada ciudad y cuál era la interrelación entre las instituciones que trabajan con el VIH y las mujeres.

En la segunda fase, que se desarrolló entre el primero y el segundo mes de trabajo, las categorías identificadas en la primera se tradujeron en una Guía de trabajo para la realización de grupos focales con mujeres en las diferentes ciudades. El equipo presentó varias propuestas de guías de indagación, que se discutieron y cualificaron con el equipo y con la consultora internacional, hasta llegar a la que se utilizó en el trabajo de campo¹³. En esta fase se planearon los grupos focales y se definieron los criterios para su conformación¹⁴, al tiempo que se conformó el equipo ampliado. El equipo base realizó algunas jornadas de capacitación en VIH/sida, género, vulnerabilidad y SSR con todos los investigadores del equipo ampliado, con el fin de unificar conceptos y planear la fase de trabajo de campo, capacitación que hizo hincapié en principios éticos en torno a la presentación de las actividades de los grupos focales en relación con la confidencialidad de la información y la libre decisión de las mujeres a participar o no de la actividad.

¹³ Véase el instrumento en el Anexo C.

¹⁴ Anexo A.

Antes de iniciar la tercera fase se dividieron los equipos de trabajo que cumplirían con las actividades de cada ciudad, buscando que cada grupo estuviera conformado por profesionales de diferentes áreas, con el propósito de tener una visión multidisciplinaria de los factores identificados. Una vez hecha la división, los investigadores de cada ciudad redactaron un documento-panorama de cada una de las capitales, el cual contenía información importante sobre población, desplazamiento y violencia, salud, educación, empleo, situación epidemiológica, VIH/sida, necesidades básicas insatisfechas (NBI), etcétera.

Posteriormente, se llevó a cabo un ejercicio piloto con un grupo focal de mujeres en Bogotá¹⁵, en el que participó el equipo de investigación en pleno bajo la supervisión de la consultora internacional experta. Con este ejercicio se refinaron las categorías identificadas en la primera fase y se unificó la metodología que se empleó en los grupos focales.

Así pues, los pasos por seguir en la investigación con los grupos focales consistían en la presentación de la actividad, los participantes y el entrevistador/moderador, su duración, información sobre un reconocimiento económico al finalizar la actividad¹⁶, la solicitud de permiso para grabar y, finalmente, el desarrollo de la guía de indagación.

La tercera fase del estudio se hizo entre el segundo y el tercer mes de trabajo y estuvo dedicada al trabajo de campo. Dos investigadores del equipo ampliado, coordinados por uno de los investigadores del equipo base, se encargaron del trabajo con los grupos focales en las ciudades. Al principio se pretendió trabajar en cada una de las cinco ciudades con dos grupos focales de mujeres, conformado cada uno por seis a trece mujeres entre quince y cuarenta y nueve años de edad, diferenciados por el criterio de vivir o no con VIH. No obstante, después del trabajo con el grupo de pilotaje en Bogotá, la prueba de la guía, el refinamiento de las categorías de análisis con base en las recomendaciones de la consultora y la revisión del material investigativo previo de los dos laboratorios encargados del proyecto, se hicieron cambios para cumplir con los criterios de conformación de los grupos.

La propuesta final comprendió el trabajo con tres grupos focales en cada ciudad, conformados por un número de siete a trece mujeres¹⁷. El primero con las que vivían con VIH, y los dos restantes con las que no viven con VIH. Este criterio se seleccionó con base en la posibilidad de contraste que ofrece, ya que las que viven con VIH, por su experiencia en el proceso, podrían haber identificado factores de vulnerabilidad que no habrían sido evidenciados por las otras.

El grupo focal de mujeres que viven con VIH no comprendió ningún otro criterio de selección, teniendo en cuenta que, en general, es difícil que las mujeres que lo hacen tengan la disponibilidad para asistir a este tipo de ejercicios, debido, entre otras razones, al temor de ser señaladas o discriminadas, a la cantidad de actividades cotidianas que deben desarrollar y, en particular, al proceso de desintegración de las redes y organizaciones de mujeres que viven con VIH al que se asiste en los últimos años en el país (Pinilla, 2008).

Los grupos focales de mujeres que no viven con VIH se conformaron tratando de buscar homogeneidad en la pertenencia socioeconómica y en los rangos etáreos. El criterio de homogeneidad socioeconómica buscó mayor democratización en el uso de la palabra, de modo que ellas no se sintieran cohibidas por el "deber ser" de los discursos de aquellas de sectores socioeconómicos diferentes. El mismo criterio se tuvo en cuanto a la homogeneidad etárea. En el caso de la discriminación por edades se sumó, además, la posibilidad de contrastar generacionalmente las expectativas sociales y de género, los cambios o continuidades en relación con el mundo laboral y profesional y la cercanía con los discursos y las informaciones sobre prevención y SSR, incorporados en la educación colombiana en la década de 1990. De esta manera, uno de los grupos de mujeres que no viven con VIH se realizó con jóvenes de quince a veinte años de edad y el otro con adultas de veintisiete a cuarenta y nueve.

En ellos se buscó establecer cuotas para tratar diferentes situaciones de las mujeres con respecto a su vida erótico-afectiva y a la maternidad (con y sin hijos, y con y sin pareja permanente), de modo que se pretendió identificar sus ex-

¹⁵ El pilotaje se llevó a cabo en una habitación con vidrios polarizados o cámara de Gesell, con el propósito de no interrumpir la dinámica del grupo focal con la presencia de los observadores, permitiendo sí que los investigadores del equipo ampliado pudieran estar presentes en el ejercicio y aprender de él.

¹⁶ Es importante aclarar que el reconocimiento económico no fue incentivo para que las mujeres asistieran o participaran de los grupos focales, ya que en la mayoría de los casos desconocían este factor previo al desarrollo de la actividad así como el monto del mismo.

¹⁷ Véanse las particularidades de cada ciudad en los apartados correspondientes.

pectativas con respecto a estos asuntos, la cantidad de tiempo dedicado a ellas mismas y a los demás y la autonomía con respecto a sus decisiones reproductivas y al manejo del tiempo y de los recursos. Se sugirió para tal efecto tener en cuenta la siguiente guía de selección para ocho de las mujeres del grupo, teniendo en cuenta que si se constituía un grupo más numeroso alguno de los criterios podrían repetirse:

1. Una mujer de estrato 2 con pareja con hijos.
2. Una mujer de estrato 2 sin pareja sin hijos.
3. Una mujer de estrato 2 sin pareja con hijos.
4. Una mujer de estrato 2 con pareja sin hijos.
5. Una mujer de estrato 3 con pareja sin hijos.
6. Una mujer de estrato 3 sin pareja con hijos.
7. Una mujer de estrato 3 sin pareja sin hijos.
8. Una mujer de estrato 3 con pareja con hijos.

Finalmente, de los grupos focales se decidió excluir a las mujeres que hicieran parte del sistema de salud o que trabajaran en profesiones médicas o afines, debido a la experiencia en el grupo de pilotaje y a la necesidad de evitar la presencia de discursos muy medicalizados y normados que actuaran como censura o condicionaran las respuestas de las demás, quienes tratando de adaptarse a la norma imperante podrían omitir en sus relatos las prácticas cotidianas reales y sus interpretaciones sobre su entorno social.

Después de la realización de los tres grupos focales en cada una de las ciudades se seleccionaron dos mujeres para una entrevista individual semiestructurada. Una de las entrevistadas se escogió del grupo de quienes viven con VIH y la otra de las que no lo hacen. Con las entrevistas se buscó profundizar en las opiniones y percepciones respecto de los asuntos tratados durante el grupo focal. En el caso de la mujer que vive con VIH se enfatizó en la exploración de los aspectos relacionados con los servicios de salud; y en el de la que vive sin VIH el énfasis estuvo en sus relaciones erótico-afectivas.

Además de estas entrevistas, se hizo una semiestructurada con la referente de VIH en cada una de las secretarías de salud de las ciudades, que sirvió para incluir un panorama de las propuestas locales y adecuaciones de las discusiones y planes nacionales actuales frente a la política de VIH/sida y SSR, y para relacionar los relatos de las mujeres con las dimensiones sociales e institucionales de acceso a recursos y uso de los servicios de salud.

La cuarta fase del estudio se hizo en el tercer mes de trabajo y se dedicó a transcribir y analizar los grupos focales y a la redacción del informe final de la investigación con los resultados de los factores socioculturales de vulnerabilidad a la infección por VIH de las mujeres en las cinco ciudades objeto de estudio.

Una vez concluido el trabajo de campo se hicieron dos jornadas de evaluación y socialización de los resultados: la primera estuvo a cargo del equipo base de investigación y en ella se utilizaron los diarios etnográficos de los investigadores y un informe ejecutivo de cada ciudad, que contaba las particularidades del campo, las características de las mujeres que participaron en el estudio e informaciones generales sobre los programas y las redes sociales que trabajan sobre

VIH. La segunda se realizó con el equipo ampliado y en ella se socializaron en extenso las experiencias de campo y la información diferenciada por ciudad. La comparación que se hizo durante esta jornada permitió confirmar las categorías de análisis propuestas por el equipo de investigación y organizarlas de modo que pudieran dar cuenta de los tres niveles de vulnerabilidad con los que se estructuró el trabajo de investigación. En aras de que la presentación de resultados pudiera referir las particularidades de cada ciudad y, al mismo tiempo, permitir su comparación, la estructuración de las categorías se sistematizó en una matriz¹⁸ y se transformó después en un índice unificado para la redacción de los resultados.

Para el análisis de resultados el equipo de trabajo de cada ciudad elaboró un informe en el que analiza los datos epidemiológicos y demográficos de cada capital a la luz de los hallazgos de los grupos focales y las entrevistas; informe que incluyó también una descripción etnográfica en extenso de la experiencia de campo y la transcripción de todos los grupos focales y las entrevistas, acompañadas de la relatoría de cada uno de los ejercicios.

Durante esta fase se inició la elaboración de un documento de estrategias para intervenir los factores de vulnerabilidad identificados¹⁹ y una guía metodológica para la aplicación de este estudio en las ciudades colombianas, que contiene los instrumentos utilizados en el desarrollo de esta investigación (Anexo A).



¹⁸ Anexo G.

¹⁹ Aun cuando en el informe final se expone el concepto de vulnerabilidad por niveles de análisis, se debe tener en cuenta que es un constructo hipotético que no funciona separado en la vida social.



Introducción

Tal como se propuso en la metodología, en cada ciudad el equipo de investigación trabajó con tres grupos focales e hizo dos entrevistas a profundidad. Dos grupos fueron con mujeres que vivían sin VIH y el tercero con las que sí lo hacían. Las entrevistas a profundidad se hicieron a dos mujeres participantes en el estudio y para su selección en este ejercicio se utilizó también el criterio de si vivían o no con VIH. En Bucaramanga hubo un cuarto grupo focal, con mujeres que vivían con VIH, porque las redes y organizaciones sociales que trabajan en el asunto hicieron posible el contacto con más mujeres.

Como se dijo, en todas las ciudades se hicieron, además, entrevistas con los referentes de VIH en las secretarías municipales de salud y en algunos casos también con los de las secretarías departamentales. Además, se sostuvieron reuniones y entrevistas no estructuradas con funcionarios, personal de salud y educación, líderes sociales y otras personas que trabajan con el VIH/sida.

Los resultados se presentarán de manera general, teniendo en cuenta las particularidades de cada ciudad y según las categorías de análisis propuestas durante el desarrollo de la investigación. El análisis de los datos etnográficos se organiza en los siguientes apartes: relaciones erótico-afectivas, vida laboral y nivel educativo, maternidad, redes familiares y sociales, violencia y salud. Los hallazgos de cada una de estas categorías se presentarán organizados en los niveles de vulnerabilidad propuestos para el análisis. De este modo, en cada una se organizan los factores encontrados, así: factores sociales, programáticos e individuales, teniendo en cuenta que en cada uno de esos niveles las categorías analizadas pueden manifestarse o no y constituir o no factores de vulnerabilidad.

Con el fin de brindar un panorama de cada ciudad que facilite la lectura de los resultados y permita su contextualización, antes de la presentación general se expondrán de manera separada datos importantes de cada una. Finalmente se presentarán las conclusiones generales del estudio, base para la elaboración de recomendaciones sugeridas por el equipo de investigación.

Contextos por ciudad

Barranquilla

Capital del departamento del Atlántico, Barranquilla, Distrito Especial, Industrial y Portuario, tiene una extensión de 512 km² y un área metropolitana conformada por los municipios de Soledad, Galapa, Puerto Colombia, Malambo y el Distrito de Barranquilla. Localizada al norte de Colombia, en la región Caribe, según estimativos de 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), la población en 2008 sería de 1'171.180 habitantes, de los cuales 47,5% hombres y 52,5% mujeres. De acuerdo con la *Encuesta nacional de demografía y salud* (ENDS), en 2005 la tasa global de fecundidad por mujer fue de 2,1.

Según Fundesarrollo (2006), el crecimiento de los créditos del sector financiero y el incremento en las exportaciones han llevado a que Barranquilla tenga la segunda tasa de desempleo más baja del país (11,8%); sin embargo, el subempleo ha aumentado, situación que se traduce en la desmejora de las condiciones laborales, siendo las mujeres las peor remuneradas. De la población en edad de trabajar de Barranquilla entre 2003 y 2006, 53,4% eran mujeres y 46,6% hombres (Fundesarrollo, 2006); no obstante, 59,4% de las personas entre veinticinco y cincuenta y cinco años de edad ocupadas en 2006 correspondían al sexo masculino, y el 40,6% restante al femenino.

De acuerdo con cifras del censo de 2005 (Dane, 2005), el Distrito de Barranquilla tenía 17,7% de personas con alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). El Plan de salud territorial de Barranquilla 2008-2011, por su parte, la compara con otras ciudades del país y sostiene que después de Montería, Cartagena y Cúcuta, es una de que tiene las tasas más altas de personas con NBI.

En relación con la violencia, según información del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2008 en Barranquilla se presentaron 2.066 casos de violencia intrafamiliar; de ellos, 69% (1.429) fueron por maltrato de pareja, 21% (433) por maltrato entre otros familiares y 10% (204) fueron por maltrato infantil (*Forensis*, 2008).

Barranquilla es una de las ciudades que reciben mayor cantidad de personas en situación de desplazamiento: de los 2'165.873 desplazados de otros departamentos del país hasta 2005, la ciudad recibió a 41.009 (Codhes, 2006). Según los referentes en VIH de la Secretaría de Salud Pública, muchas de las personas desplazadas terminan en zonas de tolerancia como Cachacal, debido a falta de oportunidades laborales, situación que obliga a algunas mujeres a ejercer el trabajo sexual como única fuente de ingresos para sus hogares.

En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, las cifras oficiales de 2008 indican que del total de mujeres y hombres que vivían en la ciudad 500.427 estaban afiliados al régimen contributivo y 382.236 al subsidiado, 206.246 a ninguno de los dos y 21.093 no sabían o no respondieron a cuál pertenecían (Dane, 2008).

En relación con el VIH/sida, durante 2007 se reportaron 334 nuevos casos, de los cuales 66% (221) correspondió al sexo masculino y 34% (113 casos) al femenino, con una razón de

2:1. Esta distribución por sexo tuvo un comportamiento descendente en las mujeres entre 2006 y 2007 (de 44% en 2006 a 34% en 2007) y ascendente en los hombres (de 51% en 2006 a 66% en 2007). El grupo con mayor incidencia es el de veinticinco a treinta y cuatro años de edad.

La Secretaría de Salud Pública de Barranquilla explica el aumento vertiginoso en la incidencia de la infección por la puesta en marcha de un mayor número de unidades primarias generadoras de datos en 2006, que no existían antes.



Bucaramanga

Capital del departamento de Santander, quinta ciudad más grande del país, Bucaramanga conforma, con Floridablanca, Girón y Piedecuesta el área metropolitana. Considerada un lugar estratégico para las actividades de transporte, distribución y comercialización entre el centro del país y la costa Caribe, así como un puente para la actividad comercial y turística con Venezuela, la ciudad es entonces centro de referencia comercial para muchos de los municipios del departamento; en consecuencia, existe un número importante de población itinerante.

Según datos del censo de 2005 (Dane), el departamento contaba con 1'913.444 habitantes, de los cuales 51% correspondía a mujeres, con una cifra aproximada de 973.772; la zona metropolitana de Bucaramanga, por su parte, tenía 897.921, distribuidos así: Bucaramanga: 509.918 (53% mujeres); Floridablanca: 252.472 (53% mujeres); y Girón: 135.531 (51% de la población era femenina).

Además de ser un nodo, la ciudad concentra también instituciones de educación superior de referencia del departamento y municipios de otros entes territoriales. Sin embargo, en Santander 6,2% de los hombres y 6,8% de las mujeres mayores de seis años no ha tenido ningún nivel de educación; en 2005, la cobertura departamental de educación básica en población entre cinco y diecisiete años fue de 78,9%, porcentaje inferior al consolidado nacional, estimado en 82,5%. La deserción escolar general sigue siendo un problema, agudizado por las condiciones socioeconómicas. Según la ENDS, en 2005 la tasa de deserción acumulada hasta quinto grado de primaria era de 14%.

Con respecto a la cobertura en salud, datos de la Secretaría de Salud de Santander de 2005 indican que 86,4% de la población estaba afiliada al sistema general de seguridad social en salud: 49,2% al régimen subsidiado, 37,2% al contributivo y 13,6% no lo estaba al sistema. Estos indicadores tampoco proveen información discriminada por sexo. En 2008, la información del Observatorio de Desarrollo Sostenible de Bucaramanga (ODSB) registraba 39,6% de afiliados al régimen subsidiado y 84,2% al contributivo, lo cual es inconsistente, pues la muestra supera el 100%

Además de recibir población de otros municipios que busca trabajo, comerciantes y estudiantes, en los últimos años Bucaramanga ha recibido un número considerable de población en situación de desplazamiento. Según datos del Registro único nacional de población desplazada, con corte a 31 de agosto de 2009, Santander recibió 29.731 hogares (127.152 personas), cantidad que representa 4,1% del total de hogares y de personas desplazados en el país y ubica al departamento en el octavo lugar entre los receptores.

Una constante en el trabajo de campo en la ciudad fue la referencia a la violencia de la que son víctimas las mujeres en sus hogares de origen y en los conformados. En 2008, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses atendió 1.406 casos de violencia intrafamiliar: 64% (904) correspondieron a maltrato de pareja, 23% (324) a maltrato entre otros familiares y 13% (178) a maltrato infantil. Como se ve, el mayor porcentaje de los casos notificados correspondió a la violencia de pareja, seguido de la violencia entre otros familiares, la infantil y la sexual.

El principal escenario de ocurrencia de los hechos de violencia sexual e intrafamiliar fue la vivienda del agredido (74%), seguido por la calle o vía pública (18%). Cuando se analizó por separado la violencia sexual se encontró que la vivienda es también el principal escenario de los eventos, con un porcentaje muy similar al de la violencia intrafamiliar: 74%.

Al analizar el perfil del agredido se encontró que la razón de víctimas por violencia entre mujeres y hombres fue de 4 a 1, siendo mayor en violencia de pareja (13:1) y menor en infantil (1,3:1)

Otro indicador preocupante en Bucaramanga es el de necesidades básicas insatisfechas: con base en los datos del Dane (2005), el porcentaje de hogares con estas fue de 17,9%²⁰, que contrasta con el presentado por el ODSB, según el cual el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza era de 45,1%. De acuerdo con las cifras del Observatorio y teniendo en cuenta que este indicador mide el número de personas cuyo ingreso es insuficiente para adquirir una canasta de bienes y servicios básicos para la vida, casi la mitad de la población de la ciudad no tiene acceso a ella.

En cuanto al VIH en Santander, los reportes de 2006 del programa de salud sexual y reproductiva al Sistema de vigilancia epidemiológica incluyeron 151 casos nuevos de infección, siendo el área metropolitana de Bucaramanga y el municipio de Barrancabermeja las zonas que aportaron casi todos los casos: Bucaramanga reportó 76, seguida por Floridablanca (parte del área metropolitana) con 25 y Barrancabermeja con 22. En 2006, la tasa de incidencia de VIH/sida para Santander fue de 7,9 por 100.000. Según los datos de la Secretaría Departamental de Salud la infección por VIH/sida permanece estable, con una media anual de 200 casos nuevos, 60% de los cuales residen en Bucaramanga, y con una razón hombre:mujer de 2,3 hombres por cada mujer.

20 Diagnóstico de salud en Santander.



Bogotá

Capital del país y del departamento de Cundinamarca, Bogotá está ubicada al noroccidente de la cordillera Oriental de los Andes colombianos, tiene una extensión de 177.598 hectáreas y se encuentra a 2.630 metros sobre el nivel del mar. Según el Dane, en 2005 la ciudad contaba con una población de 6'778.691 habitantes, de los cuales 52% eran mujeres y 48% hombres.

Los habitantes de los municipios aledaños hacen parte de la vida económica y social de la ciudad, especialmente los 396.059 que residen en Soacha. La tasa de natalidad es de 2,2, una de las más bajas del país, y en 2008 las adolescentes embarazadas fueron más de 7.000.

La diferencia poblacional entre hombres y mujeres en el ámbito laboral es leve; sin embargo, las que trabajan en el sector formal están más capacitadas, aun cuando la remuneración por las mismas labores sigue siendo mayor para ellos y el analfabetismo es sobre todo femenino²¹.

Bogotá, después de Medellín, es la segunda ciudad receptora de población en situación de desplazamiento en el país; según el Registro único nacional de población desplazada, con corte a 31 de agosto de 2009, han llegado a la capital, 267.437 personas desplazadas, sin una diferencia considerable entre hombres y mujeres. Cabe resaltar que esta cantidad no incluye el gran número de personas en esta situación que llegan a Soacha.

El 23,8% de los habitantes de Bogotá se encuentra bajo la línea de pobreza y el desempleo es de 9,4%. En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 13,2% de la población no está cubierta por ningún tipo de régimen y del 86,8% restante 24,8% pertenece al subsidiado y 73,2% al contributivo.

El número de casos notificados de VIH (un poco más de 16.000 en catorce años) muestra un preocupante nivel de sub registro. Si un estudio de 2003 determinó una prevalencia de 0,44%, el registro "acumulado" en 2008 expresaría cerca de veinte veces menos casos de VIH reportados. Teniendo en cuenta los guarismos mundiales y latinoamericanos de aumento de casos, podríamos decir que por cada caso de VIH que el sistema de salud logra "capturar" en sus mecanismos de registro un poco más de veinte quedan sin ser conocidos²².

Según *Forensis*, publicación del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2008 se presentaron 24.162 casos de violencia intrafamiliar, 16.759 de los cuales correspondieron a maltrato de pareja, 4.220 a violencia entre otros familiares y 3.183 a maltrato infantil. En 2008 hubo 3.582 casos más de maltrato de pareja que el año anterior, y los casos de violencia entre otros familiares aumentaron también.



²¹ Bogotá: ciudad para las mujeres. Las mujeres en el desarrollo económico de la ciudad.

²² Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Política distrital "Sexualidad sin indiferencia". http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Pol%C3%ADticas%20de%20salud/Pol%C3%ADticas%20de%20salud%20sexual/politica_para_sexualidad.doc. Revisado el 10/12/2008.

Cali

Santiago de Cali, capital del departamento del Valle del Cauca, es considerada el epicentro de Colombia sobre el Pacífico; ubicada en la parte occidental del río Cauca, uno de los principales de Colombia, está 995 metros sobre el nivel del mar y tiene una extensión de 564 km². Según el censo de 2005, Cali tenía 2'075.380 habitantes, 9,7% del total del país, la mayor parte en el rango comprendido entre los cinco y los veinticuatro años de edad. Respecto a la distribución por sexo, 47,02% correspondía a hombres y 52,97% a mujeres. La tasa de fecundidad, por su parte, era de 77,5, y en 2008 hubo 4.679 adolescentes en embarazo, 215 de ellas niñas entre diez y catorce años de edad. Aproximadamente 30% de la población caleña es afrocolombiana.

Según la Secretaría de Gobierno, 15,1% de la población vive con NBI, y el desempleo es de 12,5%. Además, 9,2% no cuenta con ningún cubrimiento en salud. Según esa misma fuente, en 2007 la cobertura del régimen subsidiado de salud era de 61,3%.

El *Informe de coyuntura regional* del departamento del Valle del Cauca (2007) informa que en Cali 33% de las mujeres se encontraba en empleos formales, mientras que el porcentaje de hombres en esa misma situación era de 22%. Dentro del marco de la investigación "Bienes y vida familiar en Cali" se mostró que a mayor nivel socioeconómico hay más participación de las mujeres en el mercado laboral, mientras que en los niveles más bajos dominan los ingresos masculinos.

El departamento del Valle del Cauca es, después de Bogotá, la región del país que más casos nuevos de VIH/sida reporta, con un acumulado de 14.478 y una prevalencia de 0,7% en 2007, lo cual refleja el aumento de las infecciones. Más de 70% de los casos reportan como mecanismo probable de transmisión la vía sexual (Secretaría de Salud, 2007).

En relación con la población desplazada, según los datos del Registro único de población desplazada, a 31 de agosto de 2009 el Valle del Cauca era el cuarto departamento receptor de dicha población, con 41.432 hogares registrados, que correspondían a 191.151 personas.

De acuerdo con *Forensis*, en 2008 se presentaron en Cali 2.514 casos de maltrato entre la pareja, es decir 116 más que en 2007; los casos de violencia entre otros familiares fueron 683 y hubo 378 de maltrato infantil, para un total de 3.575 casos de violencia intrafamiliar en la ciudad.



Medellín

Segunda ciudad más importante de Colombia, capital del departamento de Antioquia y situada al noroccidente del país, en el centro del Valle de Aburrá (cordillera central de los Andes colombianos), Medellín tiene una extensión de 380,64 km² y está entre los 1.500 y los 1.800 metros sobre el nivel del mar. En 2005, según el censo del Dane, tenía 2'219.861 habitantes, de los cuales 53,2% correspondía a población femenina. El mayor porcentaje de mujeres se concentra en los grupos de diez a veintinueve años de edad, que constituye 33,7% del total de mujeres en la ciudad (Cepal, 2007), lo que indica una gran proporción en edad reproductiva en el contexto urbano.

De acuerdo con datos de la Alianza por la Equidad (2007), el desempleo en la ciudad es alto en comparación con otras regiones del departamento y del país. La Alcaldía de Medellín (2005), por su parte, reporta menores niveles de ingresos para las mujeres, en aproximadamente 85% de lo que reciben los hombres a pesar de desempeñar ocupaciones similares.

Antioquia es uno de los departamentos más afectados por la situación de desplazamiento forzado: mientras entre 1999 y 2005 Medellín recibió 95.398 personas desplazadas, en 2008 los registros hablan de 18.092 (Cohdes, 2008). De esa población 52% eran mujeres y es considerable la proporción en estado de gestación (Personería de Medellín, 2005).

La ciudad tiene niveles importantes de violencia contra las mujeres: durante 2005, de los 721 homicidios registrados en Medellín, 69 fueron contra ellas (9,6%); ese mismo año se reportaron 5.787 casos de violencia doméstica, de los cuales 90% correspondieron a maltrato conyugal ejercido contra mujeres (Alcaldía de Medellín, 2005). Por otra parte, de 1.712 encuestadas en Medellín y que mantuvieron alguna vez relación de convivencia de pareja, 40,7% reportó la ocurrencia de episodios de violencia física por parte de sus compañeros (Profamilia, 2005). Según la ENDS (2005), las 1.712 entrevistadas identificaron como formas del control conyugal el aislamiento social (29,9%), las acusaciones de infidelidad (25,8%), el aislamiento familiar (18,4%), el control sobre actividades cotidianas (42,3%) y la vigilancia sobre el gasto de dinero (22%).

Como dinámica asociada a la violencia doméstica y de pareja, la violencia sexual contra las mujeres también es un fenómeno significativo: el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, seccional Medellín, recibió 482 reportes de casos de delitos al respecto, de los cuales cerca de 86% fueron contra ellas (INML, 2005). En 2008, en ese mismo Instituto se atendieron 5.379 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 3.395 correspondieron a maltrato de pareja, 1.299 a violencia entre otros familiares y 685 a maltrato infantil. En los tres tipos de violencia intrafamiliar hubo un aumento de casos en relación con 2007, y en el de maltrato entre la pareja se presentaron 655 más que el año anterior.

El embarazo en adolescentes está entre los más altos del país, con una tasa de 21,2% para Medellín y el área metropolitana, porcentaje dos puntos mayor al consolidado nacional en 2000. Se calcula que una de cada cinco adolescentes en Medellín queda en estado de embarazo antes de cumplir la mayoría de edad.

En cuanto a las estadísticas de VIH, Profamilia (2006) reporta 864 casos, de los cuales más de la mitad (448) corresponde a mujeres. Según estadísticas del Dane, en 2007 hubo 297 defunciones por sida en Medellín, de las cuales 78% eran hombres y 22% mujeres. Aun cuando no se cuenta con información específica para la ciudad, en 2008 al Instituto Nacional de Salud fueron notificados 41 casos de VIH/sida, y hasta la semana epidemiológica 35 (5 de septiembre de 2009) en el departamento de Antioquia se habían notificado 925.



Análisis etnográfico

Relaciones erótico-afectivas

Nivel social

Entre las mujeres que participaron en el estudio se encontró, en general, una valoración muy fuerte de lo conyugal y una idea de familia muy arraigada. Los roles de género se interiorizan en la socialización temprana, se reproducen durante el ciclo vital, se asumen como naturales a una condición masculina o femenina y marcan diferencias en las posibilidades de socialización.

Con respecto a la iniciación sexual, por ejemplo, aun cuando con algunos matices, la regla en las cinco ciudades fue la de mayor permisividad hacia los hombres en el inicio temprano y en el ejercicio de su sexualidad. Mientras que la masculina se fomenta la femenina es objeto de un triple control ejercido por el núcleo familiar, la pareja erótico-afectiva y los profesionales de la salud.

Las mujeres identificaron una gran diferencia en la manera como ellas y los hombres asumen sus relaciones de pareja, pues mientras para ellas el amor es un factor fundamental para establecer cualquier relación, consideran que para ellos el placer es lo más importante. La mayoría de las entrevistadas reconoce también la dificultad que tienen de establecer relaciones de pareja simultáneas, mientras asumen que para los hombres es una realidad frecuente y casi "natural" a su condición de varones.

Esta expresión generalizada del control masculino sobre la vida de las mujeres se manifiesta de manera particular en cada contexto. Al contrastar Medellín y Bucaramanga se ve que un mismo hecho social adopta formas diferentes: mientras las mujeres en Medellín de manera retórica se definen como independientes y autónomas y hacen una fuerte crítica a la dominación masculina, para las de Bucaramanga el control masculino sobre su tiempo y sus decisiones es aceptado socialmente, a tal punto que para ellas esta situación no representa ningún inconveniente.

Lo anterior no significa que las de Medellín tengan mayor autonomía con respecto a las de Bucaramanga; de hecho, es diciente el caso de una mujer entrevistada por el equipo de investigación en Medellín, ya que siendo una de las abanderadas del discurso de equidad de género durante el grupo focal, en la entrevista individual reconoció que su compañero la maltrataba.

En Bucaramanga es diferente, pues ni siquiera se evidencia que existe el control masculino, ya que está tan naturalizado que es invisible. En Medellín, detrás de un discurso de equidad socialmente aceptado y considerado correcto se oculta la realidad cotidiana de las personas.

Aun cuando estas desigualdades se encontraron en todas las ciudades, los ejemplos nos muestran la necesidad de no asumir la dominación masculina de manera monolítica y con expresiones comunes en todos los contextos. De hecho, en Bogotá fue explícita la opción que tienen las mujeres de estar solas y de no necesitar la protección de un hombre o de un núcleo familiar. Los proyectos individuales de vida cobran importancia especial allí y en algunos momentos del

curso de vida son valorados como factores más relevantes que la familia e, incluso, que la maternidad.

En Cali y Barranquilla la situación de dependencia absoluta de las mujeres frente a los hombres tampoco apareció de manera explícita; por el contrario, existen formas diversas de relaciones de pareja que superan las normas clásicas y conducen a la aparición de nuevos libretos y pactos de familia.

Sin embargo, el control masculino sigue siendo una constante para muchas mujeres y es especialmente preocupante si se tiene en cuenta, primero, que no existen políticas públicas generalizadas que propendan a una mayor autonomía de ellas; segundo, que no hay un diálogo efectivo entre las mujeres de las ciudades y los grupos sociales y académicos familiarizados con los debates de equidad de género y derechos humanos; finalmente, la formación y la información que tienen las mujeres sobre sus derechos, su salud sexual y reproductiva y los mecanismos legales y sociales para asesorarse y reclamar es muy deficiente.

No basta empoderarlas con un discurso de equidad de género, que como vemos en Medellín no pueden llevar a la práctica, porque no tienen opciones reales de ejercicio de sus derechos ciudadanos. Tampoco sería suficiente desarrollar programas al respecto si las mujeres no identifican la falta de autonomía y la dependencia como un factor que vulnera sus derechos.

Nivel programático

La poca información que ha circulado sobre prevención de VIH apunta en su mayoría hacia la fidelidad, la abstinencia sexual y el aplazamiento del inicio de la vida sexual como las formas de prevenir la infección. Campañas como estas, basadas en la idea de riesgo individual, han colaborado en cierto grado a la estigmatización de las personas que viven con VIH como personas *promiscuas* y con comportamientos morales juzgados socialmente como desviados. Otro problema resultante de esta información es que las personas, en especial las mujeres que son fieles a su pareja estable, consideran que no son vulnerables al VIH.

A excepción de la referente de la Secretaría de Salud y del Ambiente de Bucaramanga, que aborda la epidemia en términos de vulnerabilidad, los demás referentes, incluso los de la

Secretaría Departamental de Santander, siguen hablando de grupos y comportamiento de riesgo y orientando las campañas con base en estos criterios.

Nivel individual

Las mujeres dicen estar abocadas a iniciar y desarrollar su vida sexual por diversas circunstancias ajenas a su voluntad: la presión de sus compañeros, la situación de maltrato familiar o la presión social y de los medios de comunicación. La única forma en la que no se percibe "presión" externa para iniciar la vida sexual es el amor, aspecto de la vida de las mujeres que presentó más diferencias de tipo generacional que regional. Mientras el inicio de la vida sexual para la mayoría de las adultas ocurre con el que sería su compañero permanente o esposo, las más jóvenes han tenido varias parejas sexuales con quienes no tienen planes de formar un hogar.

Para las entrevistadas que no viven con VIH la relación entre el amor y la sexualidad no sólo está en el inicio de la vida sexual, sino en el desarrollo de la misma. Cuando se indagó por la búsqueda de placer femenino reconocieron que también desean satisfacción al respecto, descrita no en términos genitales, sino asociada a un conjunto de comportamientos de parte de sus parejas que ellas evalúan como eróticos: la compañía, el afecto, la comprensión, la seducción, etcétera.

La sexualidad para las mujeres con VIH en todos los casos ha debido redefinirse, y al respecto se encontraron tres situaciones: 1) la de las que después de reflexionar sobre ello deciden no volver a tener relaciones sexuales debido a su diagnóstico o a que identifican las relaciones con los hombres como una limitación para su libertad. Este fue el caso más frecuente en Barranquilla y Medellín; 2) la de las mujeres que deciden continuar con una vida sexual activa. En este caso se plantean dilemas éticos sobre hablar o no acerca de su diagnóstico, sobre si conseguir un compañero VIH positivo o no y sobre las limitaciones del disfrute debido a los cuidados que quieren tener para un eventual compañero VIH negativo. Esta situación fue más frecuente en Cali, Bogotá y Bucaramanga, aun cuando esta última ciudad difiere de las demás en cuanto al tipo de relaciones erótico-afectivas que establecen, consistentes en proyectos conyugales a largo plazo; 3) finalmente, hay otro grupo de mujeres para quienes las dificultades materiales concretas o las condiciones asociadas a su enfermedad hacen de su sexualidad una dimensión imposible en su vida y

es la última de sus preocupaciones, en una suerte de anulación de lo que consideran que en su vida ha significado más dolor que placer.

La posición generalizada de las mujeres que viven con el VIH de Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín, de no hacer proyectos de pareja a largo plazo, contrasta con la búsqueda de las que no viven con VIH, para quienes los proyectos familiares y conyugales ocupan un lugar central en sus vidas. Esta valoración se expresa de manera diferente en cada una de las ciudades: en Bucaramanga, el lugar social más valorado es el ser esposa y madre; en Bogotá, el matrimonio se percibe como un proyecto económico consolidado que debe mantenerse; en Cali, una relación conyugal exitosa es parte fundamental de un desarrollo personal satisfactorio; en Medellín, el ejercicio de la vida en pareja se justifica en la posibilidad de crear y perpetuar una familia.

A pesar de las diferencias encontradas en cada ciudad, el factor común a esta valoración de la familia y lo conyugal es que se relega el bienestar individual, lo cual hace más factible que se toleren situaciones de vulneración. En todas las ciudades fueron las mujeres jóvenes solteras las que se pronunciaron en contra de esta voluntad de sacrificio, expresando su intención de no permanecer al lado de un posible compañero que las maltrate o de no tolerar situaciones de violencia en caso de que se presentaran.

Quizás el mayor ejemplo de esta tolerancia es la posición de las mujeres con respecto a la infidelidad masculina: en todas las ciudades al tiempo que se valora como un evento negativo, se dice que es inevitable, natural a los hombres y una situación permitida siempre y cuando no usurpe el lugar social que les otorga el hecho de ser la pareja "oficial".

La infidelidad es un hecho recurrente y tolerado, que las mujeres manifiestan ser capaces de perdonar en la mayoría de los casos. El único hecho imperdonable es la infidelidad de sus parejas con otros hombres, situación que consideran riesgosa para su salud y como un factor de juicio social hacia ellas.

Ser la "pareja oficial" se relaciona con un pacto de confianza en que la fidelidad del otro es asumida como una conducta lógica derivada del amor de pareja; por tanto, se considera que los compañeros erótico-afectivos permanentes no representan un riesgo frente a las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Sin embargo, cuando las mujeres son cuestionadas sobre su percepción de la infidelidad masculina como algo natural, existen dos posibilidades: o aseguran que la norma no se aplica para sus maridos, quienes sí son fieles, o presumen que utilizan el preservativo con las otras parejas sexuales.

Barranquilla fue la única ciudad en que este acuerdo es explícito, e incluso algunas de las mujeres proporcionan a sus compañeros los condones para las relaciones extra conyugales. Este aspecto es destacable, pues más allá de que se naturalice o no la infidelidad masculina, la propuesta de las mujeres permite ver que los pactos de pareja se verbalizan más y una posición femenina menos sometida a las decisiones masculinas sobre el cuidado y la prevención de ITS. Este ejemplo de Barranquilla muestra que aun cuando el condón sólo aparece en el campo de la infidelidad, su mención explícita abre espacios para que se empiece una discusión sobre su uso en las relaciones de pareja.

Es interesante señalar que en el caso de algunas mujeres adultas divorciadas o separadas en la ciudad de Bogotá el preservativo apareció como una opción para la prevención y no sólo para la planificación. En las otras ciudades, para las mujeres adultas, este aún permanece en el terreno de la infidelidad y no como una opción dentro de sus relaciones de pareja estables, excepto cuando se convierte en el método de planificación.

Las mujeres que viven con VIH sí incorporan el uso del preservativo como un método de protección contra las ITS y contra la posibilidad de reinfección. Sin embargo, cabe anotar que en Barranquilla, Medellín y Bucaramanga se encontraron casos de parejas VIH positivo que no utilizan el preservativo. En Barranquilla la mujer no conocía el riesgo de reinfección. En Bucaramanga y Medellín, aun conociendo la posibilidad de la reinfección, prefieren asumir este riesgo a incorporar el uso del preservativo.

En el caso de relaciones sexuales ocasionales o con parejas que las mujeres definen como no estables, sí se encuentra el uso del preservativo o por lo menos así aparece en los relatos de las mujeres. Cuando estas relaciones de pareja se "estabilizan" según sus criterios, el uso del preservativo tiende a desaparecer.

En una primera indagación las mujeres manifestaron que los hombres no quieren usar el preservativo argumentando incomodidad y disminución en el placer, y ellas acceden a tener relaciones desprotegidas pues de lo contrario buscarán a otras mujeres. Además, existen inconvenientes prácticos, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas no permite una erección que facilite el uso adecuado del condón o cuando por la misma razón se bajan los niveles de alerta respecto de la prevención. Algunas mujeres también reportaron que el tamaño del condón es demasiado grande y que por esta razón no se logra su uso adecuado.

Sin embargo esta explicación, que se da solamente en masculino, se matiza cuando se indaga un poco más sobre las negociaciones al respecto. Ellas reconocen que también les incomoda su uso y que muchas veces son quienes solicitan que no se utilice. Esta situación estuvo presente en menor medida en los relatos de las mujeres más jóvenes, aun cuando para algunas no necesariamente existía una mayor posibilidad de hacer erótico el uso del condón; para otras, especialmente las

de Bogotá, Medellín y Cali, proponer su uso e incluso exigirlo era parte de las negociaciones en esta materia.

La mayor cercanía con los discursos llamados modernos y con el proceso de educación en salud sexual y reproductiva, que ha sido más marcada para las generaciones de jóvenes en estas tres capitales, puede ser un factor importante para explicar la mayor familiaridad con el uso del preservativo y con la capacidad de las jóvenes urbanas para proponer y exigir su incorporación en las relaciones sexuales.

Este es el caso de P., una joven de Bogotá que dijo usar condón y que expresó su opinión frente a otras mujeres que temían ser juzgadas por llevarlo consigo y utilizarlo:

Cuando alguien me dice algo yo le digo, "Usted piense lo que quiera, yo sé que lo tengo para protegerme; usted puede creer que yo soy una perra, que yo me acuesto con media universidad, medio colegio, media oficina, pero yo estoy tranquila y porque usted diga que soy así, no". Vamos con mi novio, la pasamos rico, y tanto él como yo nos estamos cuidando. No creo que uno vaya dejar de usarlo por alguien que está hablando, (...) no es tanto que no me importa, porque a uno siempre lo llega a tocar lo que dicen los demás, pero soy consciente de que lo uso por simple prevención.



Vida laboral y nivel educativo

Nivel social

En las cinco ciudades el grado de escolarización fue disímil, a pesar de haber trabajado con mujeres que pertenecían a los mismos estratos socioeconómicos; no obstante, la mayoría de las adultas presentan los niveles más bajos de escolarización. En Medellín sobresalió el nivel de formación superior no profesional; las participantes de Bucaramanga tenían los menores índices de escolarización; en Bogotá y Barranquilla el nivel general fue la media académica completa, y en Cali la formación era más heterogénea.

Sin embargo, no sabemos si estos datos reflejan la situación general de cada ciudad, pues ni las estadísticas sobre formación académica ni las de vinculación laboral se presentan discriminadas por sexo.

La vinculación laboral de las mujeres en el mercado informal es muy alta, lo cual significa que muchas de ellas no están cubiertas por el sistema general de seguridad social (estos datos tampoco están diferenciados por sexo). A este problema se suma que quienes renuncian a su vida laboral para permanecer a cargo de las labores domésticas dependen de la vinculación laboral de sus compañeros para tener acceso a la seguridad social, y que la pertenencia al sistema se pierde cuando ellos forman nuevos hogares por lo que, en general, pueden pasar lapsos prolongados sin cobertura alguna.

En Medellín, la capacitación y la posibilidad de formarse en el Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) es un referente común en las mujeres. Aun cuando no todas concretan ese proyecto, es significativo que esa institución aparezca recurrentemente como una de sus expectativas de formación y posterior vinculación laboral.

En Bucaramanga, por su parte, la Secretaría de Desarrollo Social tiene iniciativas para favorecer la vinculación laboral de las mujeres con proyectos productivos, desconocidas por las participantes. Allí llama la atención también que el ejercicio del trabajo sexual se ha convertido en una alternativa para obtener ingresos, tanto para algunas habitantes de la ciudad como para provenientes de otras regiones, y esta subpoblación de mujeres es población itinerante. La referente de la Secretaría Municipal de Salud señaló, precisamente, que en las campañas de diagnóstico muchas presentan un resultado positivo a la prueba diagnóstica de VIH, y cuando se les busca para darles a conocer los resultados es imposible ubicarlas.



Nivel programático

Una situación especialmente crítica se encontró en la vida laboral de las mujeres que viven con VIH, quienes expresaron que por causa de la infección no pueden conseguir un trabajo estable: primero porque, a pesar de ser una conducta ilegal, muchos empleadores solicitan la prueba de VIH como requisito para dar empleo; segundo, porque el tiempo que deben invertir en su cuidado o en el de los otros miembros de la familia (solicitar citas, pedir los medicamentos, presentar tutelas, asistir a los controles) las obliga a pedir permisos y licencias que los empleadores no están dispuestos a ofrecer.

Nivel individual

Entre las mujeres mayores que participaron en el estudio fue notorio el bajo grado de escolarización; una razón que expusieron con frecuencia como causa del abandono del sistema educativo fue el nacimiento de los hijos, sumada a las dificultades económicas. Especialmente cuando se conforma un hogar, la prioridad del gasto doméstico se concentra en los hijos y aun cuando la alternativa de seguir estudiando se contemple se vuelve una posibilidad remota.

Respecto a la vida laboral, el trabajo de campo mostró dos tipos de situación: la primera y más común es la doble jornada, como amas de casa y como trabajadoras remuneradas; la segunda consiste en trabajar fuera del hogar hasta el nacimiento del primer hijo, después de lo cual se dedican a las labores domésticas y al cuidado de la familia, generalmente por solicitud del compañero y por la imposibilidad de pagar una persona que asuma estas labores.

La dependencia económica de los hombres incluye dos aspectos preocupantes: primero, que somete los gastos dedicados a su cuidado (incluyendo los gastos médicos) a la aprobación masculina y aumenta la posibilidad de que las mujeres permanezcan en uniones no satisfactorias; segundo, la imposibilidad de acumular experiencia laboral, de modo que cuando necesiten o requieran ingresar al mercado de trabajo les será más difícil ubicarse en cargos calificados y sus opciones se limitarán al sector informal.

La independencia económica parece ser un factor determinante para la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres en su vida afectiva y privada. Los grupos concluyen que "Ceci"²³ no habría sido tan maltratada si hubiera trabajado, es decir llegaban a la conclusión de la dependencia económica de la mujer en la historia, aun cuando el relato no lo aclaraba.

Cabe anotar que muchas de las que reconocen estar en capacidad de proporcionarse los medios de subsistencia para ellas y sus hijos permanecen al lado de sus compañeros más por la dependencia afectiva que por la económica, caso particularmente notorio en Bucaramanga, donde las razones expuestas para no separarse se relacionan con el miedo a la soledad, con la censura social por no tener un compañero y con el temor de no poder rehacer sus vidas sentimentales. Allí mismo, la idea social de la mujer que necesita ser protegida está acompañada con la de que su labor social es la reproducción, de modo que se valora más que una mujer deje su hogar de origen para conformar uno nuevo, que buscar independencia para lograr proyectos personales, y para una mujer sola no existe un lugar social.



²³ Ceci es el nombre de la protagonista de la historia utilizada en la guía de indagación para los grupos focales (Véase instrumentos, Guía de indagación de grupos focales).

Maternidad

Nivel social

En todas las ciudades la identidad femenina está fuertemente relacionada con la maternidad y aun cuando algunas de las más jóvenes han aplazado este ideal, que forma parte de sus proyectos de vida, no renuncian a él. En Medellín y Bucaramanga fueron muy frecuentes los casos de madres adolescentes y mujeres menores de veinticinco años con más de dos hijos. Los programas de SSR por lo general consideran el embarazo adolescente como resultado de fallas en la información, aun cuando se debe tener en cuenta que las perspectivas sociales para las jóvenes en condiciones de pobreza son restringidas y muchas veces la única posibilidad de tener un lugar social respetable es la maternidad.

Numerosas mujeres que nunca recibieron atención médica ni fueron objeto de los programas de beneficios sociales durante su vida logran este tipo de atención durante la gestación o en los primeros meses de vida de sus hijos.

Nivel programático

El programa de VIH/sida con mayor énfasis en las ciudades es la prevención de la transmisión vertical. Orientado al diagnóstico de todas las mujeres gestantes, en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga y Cali está acompañado de la distribución de fórmula láctea de reemplazo para reducir el riesgo de infección durante la lactancia. Aun cuando ha permitido mejorar los registros de diagnóstico en VIH, en la medida que ofrece la prueba a un número considerable de mujeres, es preocupante que la prueba diagnóstica no se ofrezca a ellas en general.

La preocupación al respecto se basa en dos razones: primero, se están dejando por fuera de la posibilidad de diagnóstico fácil a numerosas mujeres que no desean ser madres o que no están en edad reproductiva. Se siguen privilegiando así las procreadoras y se refuerza la idea de que la identidad femenina está anclada a la maternidad. En este sentido, estas campañas sólo cumplen con un cometido epidemiológico, pero dejan intactas las normas de género y no promueven la reflexión sobre el cuidado de la mujer por y para sí misma. La idea no es terminarlas, sino acompañarlas de otras que las incluyan a todas.

Segundo, que el diagnóstico se haga durante la gestación revela que los programas de salud sexual y reproductiva no están actuando mancomunadamente con los de prevención de VIH/sida, pues la prueba no se ofrece en otros momentos del ciclo vital. Durante la etapa de la gestación, en la que muchas mujeres conocen que tienen el VIH, es especialmente difícil asumir este tipo de diagnóstico.

Nivel individual

La expectativa y la alta valoración de la dimensión reproductiva como parte de las relaciones de pareja interfieren con las decisiones y las acciones de las mujeres frente a la protección y prevención de ITS y VIH. Sus preocupaciones en relación con su salud sexual y reproductiva giran significativamente en torno a la prevención y la planificación de embarazos, frente a lo cual las ITS y el VIH son realidades probables pero no tan importantes. En este sentido llama la atención que las visitas de las mujeres al médico se relacionen directamente con la reproducción y la planificación. La mayoría tiene historia clínica ginecológica pero pocas veces consulta otro tipo de especialistas.

Por otro lado, la maternidad supone una dimensión sacrificial que se expresa en la renuncia a los proyectos personales en función del futuro de los hijos, y es común que afirmen que una buena madre da la vida por ellos. De hecho, argumentar a favor de los hijos es una razón que se acepta y valora en sí misma, como una explicación del por qué se toleran situaciones de violencia, insatisfacción emocional e, incluso, precariedad y dependencia económica.

Llama la atención el caso de una mujer que manifestaba permanecer al lado de su esposo que la maltrata como una manera de proteger a sus hijas del posible maltrato o abuso por parte de otro compañero. L., de cincuenta y un años, que vive en Bucaramanga y es madre de cuatro hijas lo expresó así:

A mí no me da miedo de que otro hombre me mire, lo que me da miedo son mis hijas (...) tenía el temor de que si él se iba y me quedaba sola, y de pronto tenía otro hombre ya no podía, por ellas, por eso soporté todo lo que él me hacía: me pegaba. A mí me daba miedo de no poder confiar en ninguna otra persona, que él es el papá de mis hijas y le voy a aguantar todo hasta lo último y todavía estoy en esas.

La idea de la maternidad como la virtud natural de criar, educar y cuidar a los otros se extiende hacia los compañeros sentimentales. En algunos casos las mujeres afirman que los hombres pueden ser educados por ellas para que cambien y se comporten de acuerdo con sus expectativas, situación que según ellas mismas ocurre pocas veces.

De nuevo fueron las más jóvenes en Bogotá y Medellín quienes no aceptaron el argumento del sacrificio en nombre de los hijos, especialmente como razón para permanecer en una relación de pareja conflictiva. Sus razones se basaban en que continuar con dichas relaciones también perjudica a los hijos.

En el caso de las mujeres que viven con VIH, la maternidad y la presencia de los hijos, en especial los menores, se convierte en la motivación para luchar contra la infección, buscar una atención eficiente en salud y cuidarse adecuadamente.

El caso de una mujer que vive con VIH en Bucaramanga es significativo al respecto, y muestra la doble vulnerabilidad de ellas antes y después de la infección en relación con los hombres. T., de treinta y tres años, madre de seis hijos, se infectó con su esposo hace tres años. Su situación económica es muy precaria y su hijo menor, que también adquirió la infección por VIH, requiere cuidados permanentes. Desde su diagnóstico la salud de T. se ha deteriorado y su condición socioeconómica es cada día más precaria, pues el tiempo que debe dedicar al cuidado de su hijo no le permite trabajar ni mantener un nivel de ingresos estable, situación que contrasta con la de su ex esposo después del diagnóstico: él decidió separarse y abandonó el hogar, no aporta al cuidado de los hijos ni en tiempo ni en dinero y, según narra T., constituyó un nuevo hogar y está de "luna de miel". La posibilidad que tuvo él de reiniciar la vida, tener momentos de disfrute y dedicar esfuerzos personales a la autosatisfacción es impensable para ella, quien debe asumir sola la responsabilidad de sus hijos y renunciar a su cuidado o satisfacción.



Redes familiares y sociales

Nivel social

Los grupos focales se constituyeron como un espacio de socialización desconocido para las mujeres, que en general cuentan con pocas oportunidades de escucha de sus vivencias cotidianas. Esta situación pone de presente que los proyectos públicos o privados que propendan a la vinculación de las mujeres a redes sociales son casi inexistentes.

Aun cuando entre las mujeres del estudio el porcentaje que practica alguna religión no fue muy alto, conviene señalar que las religiones y, en especial, las iglesias protestantes se convierten en grupos de apoyo para ellas, en particular cuando tienen dificultades. El comportamiento ideal para la mayoría de las iglesias se basa en roles clásicos de género que pueden reforzar la condición de vulnerabilidad de las mujeres. Las más creyentes pueden llegar, incluso, a privilegiar los preceptos de su iglesia frente a las indicaciones médicas.

Aunque en las jóvenes y en algunas de las mayores la percepción de los binomios femenino-privado y masculino-público ha comenzado a perder fuerza, esta división sigue existiendo en la vida social, particularmente para las amas de casa, para quienes los espacios de socialización dedicados al esparcimiento y la diversión son restringidos también. Por su parte, los espacios de socialización masculinos están relacionados con el consumo de alcohol y, en ocasiones, de drogas, y las mujeres los señalan como los más propicios para la infidelidad y la infección con ITS y VIH.

Tal falta de socialización implica no sólo la imposibilidad de recibir apoyo emocional y de compartir con otras mujeres situaciones de vida similares, sino que representa un obstáculo para que ellas colectivicen sus vivencias, noten que existen problemas comunes y descubran soluciones a ellos en las experiencias de las otras. En las ciudades en donde las redes sociales de mujeres funcionan, en especial en Cali, la respuesta del estado y de los organismos de prestación de servicios es más efectiva y se propicia el diálogo entre los sectores público y privado.



Nivel programático

La ausencia de redes es una situación más crítica aún en el caso de las mujeres que viven con VIH, pues el trabajo de campo mostró que en las ciudades donde existen redes efectivas de apoyo, quienes participan en ellas conocen mejor sus derechos, cuentan con ayuda para solucionar sus problemas puntuales y, en general, se han empoderado frente a la sociedad civil y el sistema de salud.

Como se dijo, Cali es la ciudad en donde la organización social de mujeres que viven con el virus se ha consolidado como una estructura visible de apoyo eficaz, con proyectos que abarcan diferentes ámbitos de la vida de las personas vinculadas.

Es, también, una de las ciudades más preparadas para atender a la población que vive con VIH, pues los esfuerzos gubernamentales y de la sociedad civil han logrado disminuir la discriminación luego del diagnóstico. No obstante, muchas de las problemáticas en torno a la prevención y a los imaginarios sobre VIH están presentes también.

Aun cuando la Fundación Salud, Bienestar y Vida tiene como principal objetivo el trabajo con las mujeres afectadas por el virus, se ha configurado como una organización de apoyo a pacientes con enfermedades de alto costo para evitar la estigmatización. Creada por dos mujeres que viven con VIH y hacían parte de la labor que desde hace más de quince años adelanta la organización GAMI (Grupo Asistencial Médico Integral) en Cali, el trabajo acumulado les permite tener contactos y recibir apoyo de profesionales de la salud, expertos jurídicos y otras organizaciones que trabajan en torno al VIH. Presta asesoría psicológica y jurídica a las mujeres que lo necesitan y tiene un grupo de apoyo para las que tienen VIH que se reúne con regularidad desde hace cerca de año y medio.

Las mujeres caleñas que viven con VIH dicen haber recibido apoyo constante de algunos hombres homosexuales y bisexuales que conocieron en los grupos de personas con VIH, y que su ayuda les permitió conocer y aprender a exigir sus derechos, en especial frente al sistema de salud.

En contraste con esta situación, en Bogotá la gran preocupación de las mujeres que viven con VIH es la ausencia de organizaciones y redes entre ellas, lo que manifestaron antes y después del grupo focal y coincide con la preocupación de

la entrevista individual: los espacios de autoapoyo y los que brindan herramientas de defensa de los derechos de estas mujeres son fundamentales en la asimilación del diagnóstico y los posibles problemas con el sistema de salud, pues como lo expresaba una entrevistada, “el proceso se facilita cuando una sabe que hay otras mujeres en la misma condición”.

Justo cuando esta investigación estaba en curso, la organización Girasol dejó de funcionar en Bogotá, dejando un vacío como espacio único de encuentro de las mujeres con VIH. A su vez, con la transformación del Seguro Social (público) en Nueva EPS (privada), las pacientes afectadas por la infección dejaron de ser atendidas en los mismos espacios, lo cual sumado a los cambios administrativos de la entidad terminaron desintegrando el grupo que allí alguna vez existió. No obstante, la mayoría de mujeres se encontraba informada sobre su enfermedad, sus derechos y la manera de exigirlos, como vestigio del funcionamiento de las organizaciones en otras épocas.

En Barranquilla se observó que las organizaciones exclusivas para personas con VIH son casi inexistentes; se encontraron la fundación Françoise-Xavier Bagnound, para niños y niñas con VIH, y la Fundación Girasol, que aun cuando se dedica al trabajo con mujeres que viven con VIH no es identificada por las barranquilleras ni por los profesionales de la salud como un espacio de encuentro o fuente de apoyo.

Existe también la recién creada Fundación Solidaridad Caribe. Aunque su orientación principal es el trabajo con personas con VIH, se define como una organización encargada de asesorar a pacientes y a sus familias sobre enfermedades de alto costo. Esta definición no sólo describe su labor sino que evita la estigmatización social de la misma. Creada por una mujer que vive con VIH, está legalmente constituida, pero en la actualidad no cuenta con instalaciones físicas ni recursos económicos sólidos, pues funciona gracias a la solidaridad esporádica de personas y de algunas entidades privadas.

En Bucaramanga no existen organizaciones sociales consolidadas y la Liga sida es la única organización de referencia de quienes viven con el VIH para solicitar apoyo, ayudas puntuales con medicamentos o mercados y asesorías legales para colocar acciones de tutela para la atención en salud. Liga sida

ha emprendido también proyectos productivos dedicados a las mujeres que viven con VIH, buscando mejorar sus niveles de ingresos y proporcionar independencia económica. La información en salud y específicamente en VIH no es muy común en las mujeres que participan de la organización, situación que no se debe necesariamente a falta de interés por parte de los directivos, sino a la inasistencia a las charlas informativas por parte de ellas. Esto se explica porque las mujeres disponen de poco tiempo fuera de sus obligaciones laborales y domésticas, por el estado de pobreza en el que se encuentra la mayoría de ellas, lo cual les dificulta el desplazamiento y porque no han interiorizado la necesidad de conocer sobre la infección o sobre sus derechos sexuales y reproductivos, como una base fundamental de su tratamiento.

En Bucaramanga hay también una organización denominada la familia Camiliana, con un carácter sobre todo caritativo y que se conoce en la ciudad como un paliativo, especialmente para quienes deben desplazarse a la ciudad desde otros municipios para su tratamiento y debido a los trámites burocráticos deben permanecer varios días allí. Más allá de la buena labor que pueda cumplir esta institución su presencia refleja fallas profundas en el sistema de atención de los pacientes con VIH, quienes no disponen de este tipo de atención como parte integral de su tratamiento.

El Hospital Universitario de Bucaramanga, que tiene uno de los programas de atención integral en VIH, es el otro espacio de referencia para las mujeres de la ciudad. El equipo de atención ha propiciado el encuentro de los pacientes en reuniones periódicas en las que brinda información y se abre espacio para la socialización de experiencias y la creación de redes sociales de apoyo.

En Medellín, la organización social alrededor del VIH parece estar atravesando un periodo de desintegración después de haber tenido un movimiento social más fuerte. Algunas de las líderes del movimiento de mujeres hicieron alusión a organizaciones sociales que trabajan específicamente con mujeres que viven con el virus; sin embargo, estas estructuras no pueden ubicarse con facilidad y no son una referencia obligada para las personas que viven con VIH.

La organización social con más fuerza en Medellín es Rasa, la cual, aun cuando no trabaja exclusivamente con personas que viven con VIH, ha creado un programa específico. Sus acciones se orientan hacia el asesoramiento jurídico para el cumplimiento de la atención en salud y no especialmente hacia la movilización social de quienes viven con el virus.



Nivel individual

Al indagar por las redes familiares se encontró que para transitar y superar situaciones críticas las mujeres consideran fundamental el apoyo familiar y el de la pareja. Las que sí cuentan con esa ayuda pueden enfrentar ciertas situaciones adversas, mientras que para otras, como las desplazadas, la ausencia de su familia es un obstáculo adicional.

Sin embargo, algunas de las mujeres que permanecen con su familia de origen dicen no tener la posibilidad de contar sus problemas, de ser escuchadas, apoyadas u orientadas en las decisiones que deben tomar; o, por el contrario, manifiestan sentirse muy controladas y no poder decidir de forma autónoma sobre su vida. El caso de F., una joven de diecisiete años es ilustrativo al respecto: contó en el grupo focal que no podía asistir sola a la consulta ginecológica a la que su madre la obliga a asistir, madre que, además, solicita al médico certificar si F. es virgen o no. La falta de privacidad en la consulta la ha obligado a pedir asesoría en anticonceptivos en una farmacia y le impide hablar con el profesional de salud sobre su situación real en materia de prácticas sexuales.

En Medellín y Bucaramanga, sobre todo, aun cuando las mujeres opinan que la familia debe ser una fuente de apoyo y soporte social, en sus relatos hablan de relaciones conflictivas con otros miembros de ella, de episodios de violencia y de relaciones en las que las emociones poco se expresan.

Para las mujeres que viven con VIH la familia es o el primer espacio de apoyo o el primero de discriminación. Más que diferencias por ciudades encontramos situaciones diversas en cada una. En general, revelar el diagnóstico depende de la percepción de apoyo que tengan de la persona a quien le van a contar.

La desinformación generalizada sobre el VIH/sida en las ciudades estudiadas hace que las infectadas no quieran hablar con sus familiares y amigos respecto de la enfermedad, por miedo a la discriminación y la estigmatización. En consecuencia, hay una suerte de aislamiento que impide que se cuente con el apoyo de los grupos más cercanos para vivir con la infección y con los itinerarios médicos y burocráticos que requiere²⁴.

Se privilegia revelar el diagnóstico a personas coetáneas como hermanos, vecinos o amigos, mientras que con los padres se plantean algunas dificultades, bien sea porque presumen que la edad o su formación les impedirán entender las implicaciones del diagnóstico o porque asumen que esta noticia pondría en peligro su salud.

Con los hijos el dilema es cuál es la edad adecuada para darles a conocer el diagnóstico y cómo prepararlos para que la noticia no genere malestar. En la mayoría de los casos, se convierten en un apoyo para las mujeres infectadas por VIH, aun cuando no siempre es efectivo por cuanto genera reacciones de sobreprotección. Por esta razón, algunas mujeres con VIH no cuentan a sus familias episodios de discriminación o malestares de salud.

Se manifiesta de nuevo la internalización del cuidado de los demás y en las mujeres se descarga la responsabilidad de informar a las personas cercanas de las implicaciones de su diagnóstico. Si además ellas no cuentan con atención adecuada, revelar esta situación genera una doble preocupación por parte de las personas cercanas, quienes asumen que el deterioro de su salud será inevitable o que deberán hacerse cargo de una parte de los trámites burocráticos.

En Bucaramanga y Barranquilla fueron varios los casos de mujeres con VIH que antes de ser diagnosticadas conocían alguna persona afectada por el virus, pero cuyo conocimiento de esta situación no les sirvió de motivación para solicitar una prueba de VIH, pues no percibían la infección como algo cercano o posible para ellas.

²⁴ Los itinerarios burocráticos se caracterizaron recientemente como una de las particularidades del sistema de salud colombiano, en el que para recibir atención las personas son obligadas a cumplir con varios trámites administrativos y procedimientos legales, lo cual implica perjuicios fundamentales en sus vidas y, por lo general, empeoran la enfermedad. Véase, Abadía y Oviedo, en prensa.



Violencia

Nivel social

Es probable que la difícil situación económica, el bajo nivel educativo, el desconocimiento de los derechos, la dificultad para reivindicarlos y la falta de redes de apoyo sean factores de vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar. Aun cuando las leyes colombianas intentan proteger y promover los derechos de todas y todos contra el maltrato y otras formas de violencia, existen todavía numerosos casos que no se denuncian, debido al desconocimiento de los derechos o a la imposibilidad de ejercerlos de manera efectiva.

En general, en los relatos de las mujeres se observó que el sistema familiar extenso no ofrece un apoyo efectivo en el momento en que ellas deciden poner fin a situaciones de maltrato y abuso conyugal o violencia familiar. En Bucaramanga y Medellín fueron constantes las referencias de las mujeres maltratadas y los guarismos al respecto, especialmente en la capital santandereana, son preocupantes.

En la mayoría de las ciudades se cuenta con organizaciones de tipo social, académico o gubernamental que propenden a la equidad de género y la disminución en la tasa de violencia contra las mujeres. Sin embargo, hasta el momento su labor ha sido más la de observar, diagnosticar la situación y reflexionar sobre sus posibles causas y soluciones que la de emprender acciones concretas para el empoderamiento de las mujeres.

En relación con acciones particulares para enfrentar la violencia, y específicamente contra las mujeres, hay campañas como el Día de la no violencia contra la mujer (desde 2004), Mujeres por la Paz (2007), 16 Días de activismo para eliminar la violencia contra las mujeres (2004), Microempresas para mujeres colombianas (2007), Lazo blanco (1991) y otras intervenciones conjuntas de organizaciones nacionales e internacionales. No obstante, no hay datos que den cuenta del impacto de estas acciones y, además, se nota desarticulación de las mismas, que impide abordar aspectos de vital importancia como parte de un cambio en las estructuras de poder de las sociedades, el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de las personas, la atención psicosocial y la educación en derechos, entre otros.

Nivel programático

Durante el trabajo de campo ninguna de las participantes ni de los referentes o funcionarios de ONG que trabajan sobre el VIH/sida reportaron hechos de violencia física asociados directamente a trabajar o a vivir con VIH. Llama la atención, sin embargo, que las organizaciones sociales deben mantener un "bajo perfil" para evitar la estigmatización o la discriminación de las personas vinculadas.

La manifestación de este tipo de violencia es del orden simbólico y está asociada más a la discriminación y a la estigmatización que a hechos directos de exclusión. La discriminación de la que son víctimas las personas con VIH dificulta que solicitar la prueba de diagnóstico sea una opción cercana. Este ambiente es propicio para la aparición de mitos y la proliferación de falsas informaciones.

Nivel individual

Los desacertados mecanismos para autorizar y ejecutar la prueba de VIH son un maltrato estructural constante hacia las mujeres, pues como se dijo la asesoría anterior y posterior, aunque reglamentada, no se está cumpliendo de hecho y en algunas ocasiones se niega la prueba a pesar de la solicitud expresa de las pacientes. Esta situación es frecuente incluso en los casos de las mujeres a quienes les fue ofrecida la prueba como parte del programa de prevención de la transmisión vertical, a pesar de ser el programa bandera en todas las ciudades.

Pues yo tenía como dos meses de embarazo y a mí me había contado el papá de la niña sobre el VIH (...) créame que pues en cierta parte me duele, porque yo fui y le dije al doctor: "Doctor yo quiero que me mande el examen del VIH", y la respuesta de él fue "Deje que dios sea dios y usted sea A." (...) y mi niña está enfermita. Si él me hubiese mandado a hacer la prueba, se la estaba pidiendo, no hubiese pasado eso, porque me hubiesen dado droga. Y lógico, si uno quiere al hijo, uno se toma la droga (A., veintisiete años, con VIH y madre de dos hijos).

La campaña de prevención perinatal que se adelanta en Bucaramanga ha logrado el diagnóstico de numerosas mujeres, pero su ejecución depende de las lógicas y los tiempos burocráticos y su continuidad no está garantizada. Por otro lado, para esta campaña se dispone de los test, pero la leche de reemplazo está sujeta a las entregas del Ministerio de la Protección Social, que no siempre llegan a tiempo, por lo que su distribución permanente y continua no está garantizada a largo plazo. Sumado a esto, la solicitud de la prueba del VIH que hacen los empleadores y algunas instituciones educativas es considerada una vulneración de los derechos que, aun cuando ilegal, parece tener legitimidad social.

Si entendemos como violencia cualquier hecho que ponga en peligro la integridad física, emocional o psicológica de las personas, es posible asegurar que la demora en la entrega de medicamentos, su negación, el hecho de no informar a las personas acerca de los responsables de su entrega o la negación de la afiliación al SGSSS de quienes viven con VIH constituyen violencia sistémica directa contra quienes están infectados, y en la medida en que el tratamiento adecuado hace parte fundamental de la prevención es un factor general de vulnerabilidad.

La baja autoestima y la dependencia económica y emocional de las mujeres con respecto a sus parejas se relacionan, entre otros elementos, con el inicio y la aceptación del maltrato y la violencia. El abuso sexual estuvo presente también en los relatos de las mujeres cuando trataban la violencia familiar, en ocasiones porque ellas han sido víctimas o porque expresaron el temor de que sus hijos sean objeto de prácticas abusivas.

Las mujeres con VIH fueron quienes relataron la mayor parte de episodios de violencia, aun cuando esto no significa que ellas hayan sido más maltratadas que las que no tienen la infección, sino que las primeras han logrado identificar las situaciones de agresión en un mayor grado.

El hecho de que las que viven con el virus identifiquen más estos episodios puede estar relacionado con la reflexividad que el diagnóstico genera con frecuencia. Otra razón se relaciona con el hecho de que ellas han sido culpabilizadas por tener la infección e identificarse también como víctimas puede ser una de las formas de "expiar las culpas".

En Bucaramanga, las agresiones físicas directas y el incumplimiento de los hombres como proveedores se perciben como maltrato, aun cuando no sucede lo mismo con el control sobre el tiempo, los celos y el dominio masculino sobre los gastos y las decisiones. En todas las ciudades las mujeres manifestaron que una de las razones para separarse la constituye el maltrato físico, pero esto parece ser una estrategia retórica, pues finalmente algunas reconocieron que a pesar de las agresiones continúan con sus parejas.



Salud

Nivel social

El sistema general de seguridad social en salud colombiano no ha logrado cumplir el propósito de cobertura universal; además, sus usuarios manifiestan que aún estando cubiertos no existe una garantía real de atención. Por otro lado, en el país no existen fuentes confiables sobre los niveles de cobertura y de afiliación al sistema; de hecho, al indagar diferentes fuentes los datos son contradictorios, o una misma presenta inconsistencias respecto de la información.

Un hecho destacable es la desinformación de las mujeres mayores en relación con su salud sexual y reproductiva, especialmente en el momento de comenzar su vida sexual, lo cual revela que no hay estrategias para cubrir al respecto a las mujeres que no hacen parte de la educación formal.

A excepción de Bucaramanga, el panorama fue un poco diferente entre las mujeres jóvenes, quienes cursaron sus estudios después de la resolución 3353 de 1993 del Ministerio de Educación Nacional, que estableció la obligatoriedad de proyectos institucionales de educación sexual como componente esencial del servicio público educativo. No obstante, a pesar de tener un nivel básico de información las jóvenes perpetúan algunos mitos y prejuicios en relación con la sexualidad y el género.

Las relaciones difíciles con los profesionales y los servicios de salud son otro aspecto preocupante. En todas las ciudades las mujeres hablaron de negligencia médica o de negación de la atención. Los profesionales de la salud no tienen una idea clara de la necesidad del diagnóstico de VIH, y a las mujeres sólo se les ofrece la prueba cuando empiezan a hacer parte del programa de madres gestantes y prevención de la transmisión perinatal.

Es interesante anotar también que el poder del ejercicio médico sobre la vida de las mujeres las ubica en una situación de sumisión frente al criterio que se considera experto e impide su empoderamiento con respecto a los servicios de salud en general, y con respecto a su profesional tratante en particular.

Nivel programático

Como se señaló, uno de los puntos críticos es que las mujeres no tienen suficiente información y acceso a programas de prevención; la mayoría sólo escucharon hablar sobre las ITS y el VIH durante sus embarazos. Quienes habían sido madres en los últimos años se habían hecho la prueba de VIH, las que no o aquellas cuyos hijos superaban los diez años de edad nunca. Es revelador entonces que pocas mujeres hubieran solicitado la prueba por iniciativa propia y que, en cambio, la mayoría se haya hecho el examen cuando estaban embarazadas y se los ofrecieron o cuando se les solicitó como parte de un grupo de exámenes para ingresar a un trabajo.

Y en el embarazo ese examen es primordial; cuando estaba embarazada o me acuerdo que tenía como cuatro meses y ahí prueba de VIH y lo hacen tomar a uno un jugo de naranja, no me acuerdo bien como es esa prueba, pero o sea, es primordial (S., mujer mayor, con hijos, sin VIH).

Otro factor de vulnerabilidad importante es el hecho de que las campañas y los programas orientados a detener el avance de la epidemia dependen de los funcionarios de turno, quienes con frecuencia asumen sus acciones como actos de voluntad propia y no como una responsabilidad estatal. Cuando cambian los encargados de los programas y las campañas, por lo general se desarticulan y los logros alcanzados durante su ejecución se pierden, lo cual reafirma que lo que permite el buen funcionamiento de los programas es la eficiencia y el compromiso de algunos funcionarios y no la existencia de un plan de acción nacional.

Con respecto a la instrucción del personal de salud en general, es preocupante también que son pocos quienes tienen información básica adecuada sobre VIH/sida que les permita orientar a los pacientes y evitar tratos estigmatizadores y discriminatorios. El personal de salud puede perpetuar también estereotipos, además de fortalecer ciertos imaginarios alrededor del virus, pues además de las deficiencias en la instrucción es posible encontrar problemas relacionados con los valores que estructuran la información y los ideales de comportamiento de los sujetos.

Esta situación puede generar, además, casos concretos de discriminación y malos tratos hacia quienes viven con el VIH. El caso de C., una caleña que vive con VIH, y de quien se citó ya parte de este testimonio, es ilustrativo al respecto:

Me mandaron (el examen) porque tenían sospechas de Papiloma, (...) resulta que dice (el funcionario), "Siga, paciente". Entonces le pasé la historia, la puse encima del escritorio, y él, en vez de coger y leerla dice, "Siga". Primero tiene que leer la historia, si piden la historia es porque tienen que leerla primero, entonces me dice: "No, siga", y pasó derecho conmigo a hacerme el procedimiento. (El funcionario) hace el procedimiento y mientras yo me vestía, él estaba leyendo la historia, cuando le dije, "Médico usted no me dio tiempo de decirle", dijo, "No, ya no diga nada, ya no me diga, esto es imprudencia suya". "Médico, pero yo le pasé la historia clínica". Yo tenía un nudo aquí, no sé qué pasó, yo no quería ni hablar, cuando él dice, "Fulana de tal", o sea llamó a la secretaria, "Por favor dígales allá a los otros pacientes que esperen porque esto se infectó", sí de viva voz. Yo me quedé postrada ahí y le dije, "Pero señor, yo le pasé a usted la historia clínica y usted no me dejó hablar". Colocó una nota, llenó dos hojas de la historia, las llenó, las dos hojas de la queja, supuestamente. Entonces me fui de ahí, llorando, yo iba bajando.

La situación generalizada de falta de instrucción para el personal de salud encuentra una excepción en Bogotá, única ciudad en donde el referente de la Secretaría Distrital de Salud informó sobre una campaña para la formación de los funcionarios, financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el marco de un convenio entre el Ministerio de la Protección Social.

Otro problema que mencionaron con frecuencia las mujeres que viven con VIH es el de las dificultades que representa tener que desplazarse hacia las cabeceras municipales y, en algunos casos, hasta Bogotá, para acceder a los servicios especializados. No recibir el tratamiento adecuado en el lugar de residencia y de manera puntual y continua las obliga a permanecer varios días fuera de sus hogares, situación que se convierte en un factor para abandonar el tratamiento, particularmente por parte de las mujeres, quienes mantienen los hogares y se encargan de la atención de sus familias.

Además de que en la actualidad es imposible pensar en la presencia de médicos especialistas y centros hospitalarios de tercer nivel cercanos en todo el territorio nacional, preocupa también el número insuficiente de especialistas infectólogos disponibles para trabajar con VIH en un país en vías de desarrollo que reconoce el crecimiento de la infección por VIH.

En cuanto al registro nacional, la diferencia entre casos diagnosticados y reportados ha disminuido gracias a que las secretarías de salud han centralizado y asumido la labor de registro. No obstante, aún es muy alta la diferencia entre quienes viven con VIH y quienes están diagnosticados.

En torno a las campañas gubernamentales sobre VIH, cada ciudad tiene sus particularidades: en Barranquilla, en 2005 empezó a funcionar el programa para pacientes con VIH del hospital de Barranquilla, que finalizó en junio de 2008. Desde sus inicios, hubo problemas de corrupción, especialmente con el sobrecosto de los medicamentos antirretrovirales. Dicho programa atendía personas vinculadas y afiliados al régimen subsidiado, y como consecuencia de su cierre los pacientes vinculados, en especial, no reciben atención adecuada en ningún lugar. En relación con los programas de prevención de VIH para mujeres, la investigación da cuenta de campañas de prevención enfocadas en "grupos de riesgo", como, por ejemplo, trabajadoras sexuales y adolescentes, campañas que se limitan a conferencias informativas.

Los criterios de la Secretaría de Salud de Barranquilla para seleccionar los grupos de personas a los que se dirigen las campañas se basan en el concepto de "grupos y conductas de riesgo", lo cual representa un retroceso significativo para el abordaje de la infección en términos de vulnerabilidad. Aun cuando los referentes en VIH de la ciudad mencionan con frecuencia que las campañas se dirigen a las personas más vulnerables, no tienen claro el concepto y lo limitan al determinante biológico, diluyéndose así la importancia de los factores económicos, políticos y sociales de que crean situaciones de vulnerabilidad.

En Bucaramanga una de las dificultades consiste en que los programas de atención que funcionaban adecuadamente en hospitales universitarios están siendo reemplazados para que estos programas sean atendidos por IPS privadas. El programa del Hospital Universitario cuenta con atención especializada y multiprofesional y la relación con las pacientes es cercana; sin embargo, los itinerarios burocráticos dificultan la continuidad de los tratamientos y hacen que ellas deserten de estos equipos de atención.

En general, los servicios de atención en las IPS privadas son mejor evaluados, por su oportunidad en la entrega de los medicamentos y su habilidad administrativa, aunque no necesariamente cumplen con los requisitos de especialidad, multiprofesionalismo y atención integral a los pacientes.

La Secretaría de Salud de Santander tiene como programa bandera reducir la infección perinatal, y para este fin trabaja con fondos del Ministerio de la Protección Social. No obstante, esta campaña, orientada hacia las maternas, no ha incluido, una perspectiva de género. Una de las personas encargadas del programa contó al respecto:

Se atienden niños y adultos, independientemente del género. En VIH no nos interesa el género. La atención es igual para todos, de pronto que si uno dice que es mujer, tiene otros factores de riesgo asociados. Pero la atención tiene que ser equitativa para las mujeres y los hombres.

Los programas de esta Secretaría siguen estando orientados hacia los "grupos de riesgo" e incluyen a trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y población carcelaria. Sin embargo, la deficiencia de la información en la ciudad de Bucaramanga es preocupante, incluso entre los grupos considerados de "riesgo" y que, por tanto, se suponen objetivo prioritario de la información y la prevención. Así lo evidenció la entrevista con una mujer que vive con VIH y ejerce el trabajo sexual, quien manifestó que ni ella ni sus compañeras de trabajo recibieron información al respecto antes de su diagnóstico.

Contradictoriamente, la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga define que el trabajo en VIH se orienta por el eje de salud sexual y reproductiva hacia cinco grupos: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, jóvenes en situación de desplazamiento, población carcelaria y población general.

Desde 2004, en el municipio funciona el Mecanismo coordinador municipal, creado para desarrollar el Proyecto de prevención del VIH/sida en jóvenes y adolescentes en situación de desplazamiento, e integrado por la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, la Liga Colombiana de Lucha contra el sida seccional Santander, Profamilia y el Instituto de Salud de Bucaramanga, entre otras instituciones.

Como se observa, las diferencias entre las dos secretarías de salud (departamental y municipal) en la manera de abordar la problemática del VIH/sida son grandes, lo cual podría obedecer al perfil y a la formación de quienes están a cargo de los programas, y refleja que no se cuenta con una política nacional unificada en cuanto a estrategias, definiciones teóricas, abordajes metodológicos, etcétera. La situación nos remite de nuevo al problema, ya enunciado, de la lógica del voluntarismo y la calidad de los programas asociada a los funcionarios de turno y no a un protocolo claro de trabajo.

En Bogotá, por su parte, el sistema de salud no parece integrar la detección del VIH en sus programas regulares, pues como se describió el examen es un proceso ajeno a la historia médica de las mujeres no gestantes. La referente de la Secretaría Distrital de Salud habló durante la entrevista de una serie de programas que comienzan a integrarse con el servicio de salud en general.

En la ciudad se han desarrollado diversas acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, actividades de movilización social para el sexo seguro y prevención de las ITS/VIH/sida. Entre ellas se encuentran la distribución de condones masculinos y femeninos mediante eventos lúdicos y pedagógicos dirigidos a toda la población; el diseño, la producción y la distribución de material informativo y educativo (afiches, plegables, piezas de comunicación, *posters*, obras teatrales, videos y guías de práctica clínica); e investigaciones y capacitaciones, acciones adelantadas en el marco de un convenio entre el Unfpa y la Secretaría Distrital de Salud que se desarrolla desde 2004 hasta la fecha.

Aun cuando la funcionaria incluía constantemente el término vulnerabilidad, las campañas terminaban siendo definidas en términos de "factores de riesgo", "comportamiento de riesgo" y "población en riesgo", entre otros. Además, en el Área de acciones en salud todos los programas de prevención en Bogotá se dirigen a jóvenes, trabajadoras sexuales y población LGBT. Así mismo, se busca la detección de la infección en las donaciones de sangre y con el programa de detección en el embarazo.

El mayor número de gestantes diagnosticadas en 2008 estuvo en la localidad Ciudad Bolívar, seguida de Engativá y Suba, resultado que se aleja por completo de la cantidad no diferenciada por sexo, según la cual las localidades críticas son Cha-

pinero, Los Mártires y Santa Fe. Estos guarismos muestran la necesidad de darle un enfoque de género a las políticas sobre VIH, pues la focalización diferenciada permitiría atender las necesidades particulares de las mujeres y los hombres.

La referente citada sostiene que existen amplios programas focalizados en las poblaciones como vulnerables, debido a que las estadísticas demuestran que son las más afectadas. Sin embargo, al revisar los informes de la Dirección de salud pública es posible cuestionar su opinión. Por ejemplo, mientras la funcionaria afirma que, "Se trabaja con jóvenes porque esta es la población más afectada, porque en las estadísticas es el grupo en el que aumentan más los casos de VIH", los guarismos dicen que la mayor cantidad de nuevos casos se encuentra en personas entre veinticinco y treinta y cuatro años de edad. Aquí podría discutirse el concepto de juventud que la administración maneja o, simplemente, la focalización movida por conclusiones y preceptos propios más que por las indicaciones estadísticas.

Con los jóvenes se desarrollan diferentes programas en los colegios. Además del testimonio de una de las adolescentes que participó en los grupos focales, que dice haber recibido condones gratis, existe un programa llamado *jornadas locales*, en que hay discusiones y talleres con jóvenes y adolescentes convocados en los colegios, pero desarrollados por la red de hospitales públicos.



En Medellín, según el referente de la Secretaría de Salud, el sector público aborda el VIH/sida teniendo en cuenta los elementos sociales, económicos y culturales en la vulnerabilidad individual frente a la epidemia. Manifestó también un interés explícito en abandonar las concepciones de "grupos" o "poblaciones" de riesgo. No obstante, la tendencia predominante en los programas que trabajan con VIH/sida es el tratamiento de este como agregado a otros asuntos de salud y no como objetivo central y exclusivo de sus acciones. Los programas también están focalizados en la población de personas jóvenes, HSH y mujeres gestantes.

Los programas de referencia para el personal de salud son los liderados por Onusida, Profamilia, la Alcaldía de Medellín y la Secretaría de Salud, y se centran en la disminución de las tasas de embarazo y de incidencia del VIH/sida, especialmente entre adolescentes.

Se mantienen acciones preventivas con énfasis en la información, de acuerdo con la creencia de la relación directa entre conocimiento y cambio de conducta, sin que haya estrategias claras de evaluación de su efectividad. En todo caso, las mujeres de los grupos focales recordaban poco las campañas, lo cual es un indicador probable de su baja efectividad en términos de la disminución de la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/sida.

En Cali, a su vez, existen un Plan de salud integral y una Estrategia del plan municipal de salud sexual y reproductiva, que integran el componente de VIH. Sus objetivos principales son la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de programas de prevención con las poblaciones consideradas "prioritarias". Estas políticas siguen enfocadas desde la percepción del "comportamiento de riesgo", y los programas para mujeres se dirigen a trabajadoras sexuales y a la detección temprana en mujeres gestantes. Se ofrece también el examen a las personas desplazadas que llegan a la ciudad. No obstante, no se tienen estadísticas, ya que el programa es muy reciente.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, que desde 2004 se asumió "como una de las estrategias para disminuir la transmisión", se busca el registro total de los casos diagnosticados, así como la oferta de la prueba a las personas con ITS y tuberculosis.

Un programa bandera, establecido como la articulación intersectorial con el sector educación, es una estrategia que lleva más de cuatro años de funcionamiento: las olimpiadas del saber en salud sexual y reproductiva, dirigidas a adolescentes y poblaciones escolarizadas, que se desarrollan anualmente y cuentan con participación de los colegios y la comunidad escolar. El Comité intersectorial de salud sexual, el Proyecto Colombia y el Encuentro de saberes son otras acciones que se han desarrollado en los últimos años y que si bien no están enfocadas en VIH, sí lo incluyen en sus agendas.

En 2005 se desarrolló el Proyecto de cooperación nacional con Brasil, para facilitar el acceso a la terapia antirretroviral. A partir de ese convenio se trabaja en la sensibilización en deberes y derechos en salud de la población más vulnerable. En 2006 y 2007, a su vez, se realizó el *mercadeo social del condón*, mediante la instalación de dispensadores de condones acompañada de una estrategia de información y comunicación.

El Programa Vida, por su parte, está dirigido a la población pobre y no asegurada de Cali diagnosticada con VIH, con el fin de orientarla hacia el tratamiento y la adherencia a los medi-

camentos, y evitar la transmisión, reduciendo la carga viral. Dichos programas se han priorizado en las comunas 3 y 9, identificadas como las más afectadas por la epidemia. Cabe resaltar en este caso también que su objetivo principal y el de los de intervención y acompañamiento directo es la población que entienden como prioritaria: trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y la población trans.

Por último, en Barranquilla se presentó un grave problema de tráfico de antirretrovirales y de otros medicamentos para enfermedades de alto costo. Algunas IPS no compran a los proveedores oficiales todos los tratamientos para sus pacientes, y a la salida de los puntos de entrega de medicamentos hay quienes buscan comprarlos. Cuando las IPS entregan los medicamentos lo hacen sin caja o sin el código de barras. Además, a los pacientes que deben ir mensualmente por sus medicamentos les retrasan las citas hasta en tres días cada mes, lo que los obliga a interrumpir el tratamiento y lleva a la IPS a ahorrar, cada año, lo correspondiente a un mes de tratamiento por cada paciente, práctica que es un negocio rentable.

Esta situación alarmante de tráfico de medicamentos parece no estar vigilada ni, mucho menos, judicializada. En cambio, a las mujeres que viven con VIH y recurren al intercambio de medicamentos para cubrir las faltas o las demoras en su entrega se les advierte con frecuencia que esto constituye una práctica ilegal.



Nivel individual

La percepción que tienen las mujeres del sistema de salud es diferente entre las que viven con VIH y las que no. Las primeras son más críticas y los criterios que tienen en cuenta para su evaluación incluyen la calidad médica, la entrega oportuna de medicamentos, la atención integral y la solución real de sus necesidades de salud. Aquellas con un diagnóstico lo evalúan en términos de rapidez y ausencia de demoras burocráticas.

Llama la atención que las visitas de las no infectadas al médico están directamente relacionadas con la reproducción y la planificación, y su historia clínica se limita a la historia ginecológica.

La actitud crítica de las mujeres que viven con VIH está más presente en las que tienen varios años de diagnóstico y, por tanto, más experiencia en tratar con los problemas estructurales del sistema. Para las recién diagnosticadas, en cambio, a la dificultad de asumir la noticia se suma el hecho de encontrar trabas en la atención en salud. Ellas mismas deben superar la desinformación sobre la manera en que pueden exigir sus derechos y sobre el VIH en general.

Las ideas que se tienen sobre la posibilidad de infección son difusas y equivocadas. Las mujeres que viven sin VIH aseguraron que es posible contraer la infección al utilizar baños públicos, bañarse en piscinas, compartir utensilios de cocina con personas infectadas al pincharse con un alfiler con sangre en el cine o en los teléfonos públicos. Llama la atención que mientras se considera que el virus puede ser transmitido de estas maneras, varias de las participantes en los grupos focales desconocían que el sexo oral o anal sí es un medio de transmisión.

Todas conocen los riesgos de no usar preservativos, y hablaron sobre el sida como una posibilidad en sus vidas. La conversación sobre el virus generó en los grupos sentimientos de tristeza, dolor o miedo ante la inminencia de la muerte y del deterioro físico, y por el señalamiento social.

Así, aun cuando las mujeres expresaran que el "sida" podía "llegar a todos", inconscientemente terminaban relacionándolo con comportamientos definidos por ellas mismas como "promiscuos", panorama que no es sorprendente si se tiene en cuenta que la poca información disponible de manera masiva sigue alimentando esta clase de estereotipos: así, por ejemplo, un artículo publicado el 1 de diciembre de 2008 por el periódico *El Espectador*, en su página Web, atribuía el que las mujeres fuesen quienes más se practicasen los exámenes para detectar el VIH no sólo a las políticas materno-infantiles, sino a un "incremento en la promiscuidad de las mujeres", sin relacionar de forma clara un hecho con el otro²⁵.

Tampoco sorprende que las mujeres no quieran hacerse la prueba si, por un lado, el VIH aparece como un sinónimo de muerte, de promiscuidad, de relaciones y comportamientos socialmente estigmatizados, y por otro, no circula la información sobre la existencia de medicamentos y del tratamiento que hacen del VIH sida una enfermedad crónica.

25 <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo95006-ano-se-han-notificado-bogota-mas-de-mil-pruebas-vih-positivo>. Consultada el 5 de diciembre de 2008.

La naturalización de los roles de género, que en general ofrece mayores oportunidades y es más permisiva con los hombres heterosexuales, aun cuando se manifiesta de manera diferente en cada ciudad, está presente en todas. En relación con los derechos, las mujeres por lo general los desconocen o, caso contrario, deben enfrentar la imposibilidad efectiva de reclamarlos. Los discursos de equidad de género sólo se incorporan retóricamente y tras ellos se esconde la realidad de dominación. De ahí que por lo regular las mujeres tengan más dificultades para terminar sus estudios formales y para emplearse con salarios y beneficios laborales justos. La dependencia económica o la doble jornada a la que muchas deben someterse disminuyen sus posibilidades de cuidado y autonomía.

Debido a la valoración de la familia y de lo conyugal, común a las ciudades estudiadas, las mujeres suelen relegar su bienestar al cuidado de los otros y es más factible que toleren la vulneración de sus derechos. Así mismo, la maternidad es otro de los factores comunes que influyen para que ellas adopten la posición sacrificial que privilegia el cuidado de los otros frente al suyo.

Por otra parte, la identidad femenina anclada en la maternidad está dejando por fuera de las posibilidades de diagnóstico en VIH a numerosas mujeres que deciden no ser madres o que no están en edad reproductiva, situación particular al VIH que parece manifestarse en el énfasis de otras de las políticas públicas orientadas hacia las mujeres. En esta medida, para muchas la maternidad es la única vía de obtener un lugar social respetable o de acceder a los programas de beneficios, aun cuando esto signifique enfrentar una serie de dificultades.

En cuanto al aumento en la incidencia del VIH/sida en mujeres, infectadas en su mayoría por sus compañeros permanentes, es interesante resaltar que en todas las ciudades la infidelidad masculina es aceptada y asumida como una conducta "natural" de los hombres. La femenina, en cambio, es difícilmente mencionada y se asume como un comportamiento censurado socialmente.

Con base en lo anterior se considera que la incorporación de la perspectiva de género implica reconocer su carácter relacional y abandonar la idea que género es sinónimo de mujeres. En esta medida es necesario propender a un enfoque que lo entienda como una forma de ordenamiento de las prácticas sociales y no como un atributo individual. Desde esta perspectiva es necesario trabajar con los hombres, incluidos los heterosexuales, que aún no han sido abordados por los programas y las políticas de lucha contra el VIH/sida. En este caso la categoría hombres que tienen sexo con otros hombres parece no responder a las singularidades de los heterosexuales.

Por otro lado se debe incrementar el trabajo realizado con HSH, particularmente con los que se autodenominan o reconocen tener prácticas bisexuales, e incentivar la difusión de programas y políticas de lucha contra el VIH/Sida con enfoque

en los derechos sexuales y reproductivos que incluyen la perspectiva de género entre las redes que trabajan al respecto.

Buscar la equidad de género debe comprender un aspecto que contribuya a remediar la vulneración de los derechos y propiciar los espacios donde se prevenga esta situación. Es necesario luchar entonces contra todas las formas de discriminación, en los sujetos y en las instituciones, y lograr que todas las personas accedan a y sean atendidas en los servicios de salud, ampliar la cobertura educativa y garantizar el acceso a actividades culturales, medios de comunicación con perspectiva de derechos humanos, el sistema legal, la participación política con capacidad decisoria y redes de apoyo con enfoque solidario y emancipador. Es importante también que las estadísticas oficiales discriminen por sexo, de modo que se pueda conocer mejor la situación de las mujeres en cada contexto regional.

Es necesario, así mismo, multiplicar las acciones que incidan en el logro de la equidad en las relaciones de género y en la incorporación real de esta perspectiva en todos los programas y organismos del estado, buscando equilibrio entre la oferta de información sobre los derechos, los mecanismos para defenderlos y reclamarlos y alternativas factibles para cambiar la situación de vulneración. En la medida en que este equilibrio se logre, las mujeres serán más autónomas y tendrán más poder frente a las decisiones médicas, políticas, familiares, etcétera, y tanto hombres como mujeres podremos entender y enfrentar mejor los desafíos que presenta la sexualidad, la institucionalidad familiar y el estado frente a la vulnerabilidad que cruza las relaciones de género con la presencia de enfermedades.

El Programa de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía del Ministerio de Educación Nacional puede convertirse en un espacio que permita desnaturalizar los roles de género. Para lograrlo sus contenidos deben ir más allá de la información fisiológica y anatómica de la sexualidad e incluir una perspectiva crítica frente a la *heteronormatividad*, la homofobia y el sexismo, la defensa de la diversidad sexual, un panorama amplio de las opciones de familia y de pareja e información objetiva sobre ITS y VIH/sida, que no se base en la abstinencia, la fidelidad y en la postergación del inicio de la vida sexual como formas privilegiadas de prevención.

Incluir la perspectiva de género en los programas y que la mayoría de la población esté formada al respecto contribuirá a propiciar el cuidado de las mujeres por y para ellas. En este sentido los programas de prevención no deberían orientarse sólo a las gestantes y las trabajadoras sexuales, pues estas acciones "focalizadas" perpetúan la imagen de la identidad femenina centrada en torno a la maternidad y al cuidado de los otros. La prueba diagnóstica del VIH se debe ofrecer a todas las mujeres, en cualquier momento de su ciclo vital.

Finalmente, la propuesta implica superar el énfasis en las responsabilidades individuales en torno a la sexualidad y propiciar su politización por medio de un debate público en el que deben participar el estado y la sociedad civil.

Salud

Es posible concluir que el criterio de vulnerabilidad no se ha integrado adecuadamente en las políticas públicas sobre VIH y que, por el contrario, la mayor parte de los organismos que trabajan al respecto continúan utilizando criterios que contribuyen a la estigmatización de algunos grupos, haciendo al mismo tiempo que no todas las personas se sientan concernidas por el VIH/sida.

Existen también grandes dificultades para la incorporación efectiva del preservativo en las relaciones sexuales, incluso en algunas de las mujeres que viven con VIH. Las negociaciones con los hombres al respecto no son fáciles, pero muchas veces son ellas quienes solicitan prescindir de él. Además, algunas dificultades prácticas asociadas a su uso obligan a pensar en el preservativo como una de las estrategias de prevención, mas no como la única posible y efectiva. Conviene destacar, sin embargo, que en mujeres de las nuevas generaciones, que logran una relación más cercana y autónoma en su uso, se observa un cambio paulatino al respecto.

El acceso a los servicios de salud es un asunto complejo, pues si bien muchas mujeres que no viven con VIH no perciben problemas, los hechos que relatan muestran serias irregularidades en cuanto a afiliación al sistema general de seguridad social en salud, cobertura y atención. Su relación con los profesionales de salud es muy jerárquica y la situación frecuente de desinformación les impide reclamar los servicios. Se hallaron varios casos de negligencia médica, de tratamientos interrumpidos, ausencia de programas adecuados, negación de la prueba diagnóstica del VIH y de discriminación y malos tratos en los servicios de atención. Se concluyó también que aun cuando las estadísticas al respecto no están unificadas ni son confiables, los guarismos de las secretarías de salud de las cinco ciudades muestran que el porcentaje de personas no cubiertas por el SGSSS sigue siendo muy alto.

Como se sabe, parte fundamental de la prevención es el tratamiento adecuado y oportuno de las personas que viven con VIH; sin embargo, son preocupantes las referencias a los tratamientos interrumpidos, al tráfico de medicamentos y a la atención deficiente, situaciones que aumentan las probabilidades de expansión de la epidemia y disminuyen las posibilidades de sobrevivida y la calidad de vida de las mujeres y hombres que viven con VIH. La vulnerabilidad ocasionada

por las deficiencias en los programas de VIH se asocia con la estructura del sistema de salud, tal como se muestra en otros estudios.

Por lo anterior, y a pesar de que en Colombia las normas en torno al VIH/sida son numerosas, este estudio muestra que no se cumplen. La primera recomendación al respecto es promover la difusión de la información en las comunidades y las instituciones, garantizar que los servicios se presten tal y como está reglamentado y fomentar la participación de la sociedad civil.

La "Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia. Colombia" y el "Modelo de gestión para el manejo de VIH/Sida. Colombia", como instrumentos reglamentados no se deberían dirigir únicamente al personal de la salud. Por tanto, proponemos superar el énfasis clínico, incluir la perspectiva de género, de diversidad sexual, de derechos sexuales y reproductivos y, de manera más amplia, de ciudadanía

El sistema general de seguridad social en salud debe cumplir con su objetivo de universalizar el derecho a la salud y garantizar la cobertura, la afiliación, la calidad y la atención de toda la población. Lograrlo o no se relaciona, en parte, con la forma en que se contrata el personal y con las lógicas administrativas de las EPS, que consideran la salud en términos mercantiles y no de derechos. Parte de los relatos recolectados en la investigación aluden a fallas graves en cuanto a la prontitud, la calidad y el acceso a la atención de las personas con VIH/sida, fallas relacionadas con la estructura mercantil del sistema.

La política debe salvaguardar, además, su carácter laico, con el fin de evitar que las orientaciones morales o religiosas del personal encargado de la prevención, la atención y el cuidado se conviertan en juicios y posibles tratos discriminatorios de quienes usan los programas. Una incorporación real de la perspectiva de vulnerabilidad, que reemplace los abordajes en términos de "riesgo" en sus acepciones más básicas, contribuirá a superar los sesgos individualistas de la política y a incluir en el plan de lucha contra el VIH/sida sus determinantes sociales.

En este sentido deben rescatarse los resultados de otras investigaciones en torno a la formación de funcionarios, para lo cual resulta muy valioso el trabajo sugerido en la guía de capacitación para profesionales "Masculinidad y prevención de VIH/sida", elaborada por la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia en el marco de una investigación al respecto.

Aun cuando es necesario potenciar el trabajo con los funcionarios comprometidos con los programas y con quienes conocen del VIH/sida, cuyo compromiso es fundamental, la política general no debe apoyarse en su buena voluntad y, por el contrario, debe seguir un protocolo claro que garantice el cumplimiento y la continuidad de todas las acciones emprendidas, independientemente de los funcionarios e, incluso, del cambio de administraciones locales, regionales y nacionales.

El Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida debe incluir una reflexión sobre la vulnerabilidad y el género, para que las acciones propuestas estén bien coordinadas, desde el ámbito estatal hasta el individual, lo que implica tener una política nacional para enfrentar la epidemia, a la cual se sumen los acuerdos internacionales, mediando el contexto de la realidad nacional. Las evaluaciones deben contener una perspectiva crítica a corto, mediano y largo plazo, que posibilite la reorientarla y hacer los ajustes necesarios.

Parte fundamental de la prevención del VIH/sida es el tratamiento adecuado de las personas que viven con VIH. Es necesario entonces que como parte del programa integral de atención se incluyan servicios de transporte y albergues de paso, o alguna solución del hospedaje para quienes en razón de su tratamiento deben movilizarse de su lugar de residencia. Otra estrategia, utilizada por la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH/sida, podría ser que los equipos integrales de tratamiento trabajen cerca de las comunidades y se desplacen a sus lugares de residencia, para asegurar la continuidad del tratamiento, disminuyendo las barreras geográficas o económicas de acceso que implica ir a los centros de atención, tal como ocurre en otros países. Esta otra forma de concebir la relación comunidad-salud-territorio debe replantear cómo ve el sistema de salud la territorialidad de sus acciones.

La asesoría antes y después de la prueba debe reevaluarse con una perspectiva de género que reconozca el significado de una prueba reactiva en la vida de hombres y mujeres. Por otro lado, todos los diagnosticados deberían recibir información sobre las redes de apoyo existentes y ser remitidos y contactados (si así lo desean) en condiciones que respeten la confidencialidad.

De otra parte, aun cuando la prevención no debe estar basada exclusivamente en el uso del preservativo, este es un mecanismo eficaz, de modo que su distribución debería ser amplia y gratuita y estar acompañada de asesoría que responda a las circunstancias en las que se da o no su uso. Muchos inconvenientes que reportan las mujeres en relación con el uso del preservativo masculino podrían solucionarse con la utilización del condón femenino, de modo que se debe pensar en popularizarlo en el país y en extender los canales de distribución.

Es necesario vigilar al personal de salud o administrativo que dé malos tratos, discrimine y sea negligente, en especial el que promueva o trafique medicamentos; en los casos en que se

requiera, deben emprenderse las acciones legales correspondientes. El tráfico debe ser juzgado sistémica y no individualmente, en la medida en que la única manera de evitar la venta individual es asegurar que todas las personas con VIH tengan garantizados los ingresos básicos para su sobrevivencia y la de sus familias. El control programático implica el seguimiento de las EPS y de su comercialización de los servicios de salud y de los medicamentos, para lo cual se propone centralizar la compra de medicamentos en el ámbito público, estrategia empleada en otros países y considerada importante para la adherencia a estos y para disminuir costos.

El estado debe garantizar la formación y la presencia de un número adecuado de profesionales en las áreas requeridas para hacer frente a la epidemia.

Los casos de buen funcionamiento del trabajo coordinado entre los servicios médicos, los organismos estatales y la población civil pueden constituirse en un ejemplo para fortalecer este tipo de alianzas en otras ciudades del país. En este sentido recomendamos tener en cuenta el caso de Cali.

Información

Del estudio se concluye también que los programas sociales y las políticas públicas al respecto parecen no haber logrado aún el equilibrio entre información, empoderamiento y oferta de alternativas para las mujeres. Además, en el ámbito nacional es escasa la información disponible sobre el VIH con una orientación clara y unificada y que circule masivamente.

El único programa unificado en el país para la formación en salud sexual y reproductiva es "Educación sexual y construcción de ciudadanía", del Ministerio de Educación Nacional, obligatorio en los colegios. Según el estudio en las cinco ciudades, si bien logra un cometido informativo importante no es claro en su orientación hacia la búsqueda de equidad de género.

Además, la orientación de los programas municipales y departamentales no ha incorporado efectivamente los conceptos de género y de vulnerabilidad, y el concepto de género se sigue asumiendo solamente desde sus aspectos biológicos. Las secretarías de salud continúan trabajando con base en

las nociones de "comportamientos y grupos de riesgo" en sus acepciones más básicas, desconociendo los aspectos estructurales que afectan de manera diferenciada a toda la población.

De este modo, las acciones que buscan impactar la epidemia de VIH/sida, siguen ubicando la responsabilidad en los sujetos, cuyas acciones son juzgadas como las causantes de la infección, mientras los problemas estructurales o las acciones sistemáticas de vulneración de derechos no se califican con la misma fuerza.

En todas las ciudades fue evidente la falta de información sobre VIH/sida. De la desinformación se desprende la estigmatización social de quienes viven con VIH, lo cual dificulta que todas las personas se sientan concernidas y decidan hacerse una prueba diagnóstica. A la dificultad de que las personas se interesen en diagnosticarse se suman las trabas médicas y burocráticas para acceder a la prueba. Es común que ni los funcionarios ni el personal de salud en los niveles básicos de atención médica estén formados ni capacitados en VIH y género, replicando estigmas sobre la epidemia o juzgando a los pacientes según sus propias lógicas morales, de modo que en lugar de favorecer la prevención se convierten en un obstáculo. En contraste se encontró que, en algunos casos, los funcionarios comprometidos con el trabajo de prevención y atención se convierten en pilares de los programas, aun cuando si cambian los programas se terminan y los logros alcanzados se pierden.

De ahí que no deba pensarse que la fase de la información en relación con el VIH/sida está superada; por el contrario, la información debe ser amplia, constante y sistemática, basada en criterios claros y unificados que respondan a las necesidades de las personas a lo largo de su ciclo de vida, controlando la información no oficial que diferentes agentes ofrecen.

Aun cuando la información biológica sobre el virus es necesaria, para disminuir realmente la vulnerabilidad frente a la infección es necesario incluirla también acerca del funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud, así como sobre sus fallas, para que quienes lo vayan a utilizar estén preparados. Saber cómo actuar, a quién acudir, los derechos que se tienen y cómo reclamarlos, entre algunos aspectos, es un mecanismo fundamental para reducir los niveles de vulnerabilidad.

La construcción social del VIH/sida como la representación de una muerte inminente, además de no motivar a prevenir la infección, opera como uno de los elementos constitutivos del estigma y la discriminación hacia las personas infectadas. Es necesario difundir que la presencia de los medicamentos hace del virus una enfermedad crónica, contrarrestar la idea de muerte inminente e inmediata e implementar campañas que transmitan el doble mensaje de prevención de la infección y el de respeto, solidaridad y posibilidades de una vida digna para quienes viven con VIH/sida²⁶.

El abordaje del VIH/sida en términos de vulnerabilidad debe alcanzar los niveles mediáticos, de modo que la difusión del asunto no refuerce las ideas estigmatizadoras que recaen sobre los aún mal denominados y cuestionados "grupos de riesgo" y, por el contrario, incentive la prueba voluntaria de todas las personas.

La cátedra de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas cumple un papel de difusión importante, pero como deja de lado a quienes no estuvieron o no están escolarizadas o lo hicieron antes de la resolución que reglamento dicha cátedra, deben crearse otro tipo de espacios donde la sociedad civil pueda informarse y, además, debatir al respecto.



Redes

Aun cuando las mujeres que viven con VIH identifican de manera más precisa las situaciones que pueden representar vulnerabilidad en sus vidas, en pocas ocasiones tienen oportunidades reales de combatirlos, excepto cuando el trabajo con las redes sociales permite que sus reflexiones superen el nivel individual y se constituyan en un problema social que amerita atención.

Además de que las mujeres en general tienen pocas oportunidades de socializar sus experiencias de vida y encontrar redes de apoyo, las iniciativas sociales al respecto están muy desarticuladas y la participación estatal en la oferta de este tipo de espacios es escasa. Además de continuar siendo relegadas al espacio privado, ellas encuentran en las instituciones religiosas una de las pocas oportunidades de socialización y apoyo, reedificando en muchas ocasiones los roles más clásicos de género. Esta situación es especialmente difícil en el caso de las que viven con VIH, para quienes el apoyo de las redes es fundamental.

La situación actual de las redes sociales que trabajan sobre género y salud sexual y reproductiva en general, y VIH en particular, parece estar atravesando un periodo de desarticulación. La mayor parte de las iniciativas ciudadanas no tiene mucho contacto con los programas oficiales que trabajan sobre el asunto. La excepción es Cali, ciudad en donde la organización social, no gubernamental y gubernamental, actúa más coordinadamente y en donde se evidenció un panorama de trabajo consolidado con proyectos de largo alcance.

Las redes sociales pueden sustituir la ausencia de redes familiares para las mujeres que por diferentes razones no cuentan con el apoyo de sus parientes, y constituirse, además, en un espacio de apoyo que no implique juicios sobre su comportamiento o el control excesivo de sus decisiones. El trabajo de las mujeres en ellas suele favorecer su empoderamiento en cuanto al conocimiento, el reclamo y la gestión de sus derechos frente al sistema de salud.

Es necesario, por tanto, hacer frente al debilitamiento actual de las redes sociales en general y, en especial, a las relacionadas con el VIH/sida. Se deben coordinar esfuerzos para que las redes puedan recibir y atender a quienes remitan los servicios de salud u otros organismos, gubernamentales y no gubernamentales, implicados en la defensa de los derechos, en la lucha contra el VIH/sida y en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Las redes pueden convertirse en mecanismos para que la oferta de alternativas intersectoriales, especialmente para las mujeres, sea real y ayude al equilibrio propuesto entre información, empoderamiento y estrategias concretas. Su fortalecimiento es recomendable también para potenciar la reflexión alcanzada por las mujeres que viven con VIH frente a su sexualidad y su relación con el sistema de salud, haciendo que supere el nivel individual y se convierta en un materia de reflexión social.

Por otro lado, y teniendo en cuenta el carácter relacional del género, deben fomentarse redes de hombres relacionadas con su cuidado y el cuidado de los otros, con la sexualidad, las reflexiones sobre paternidad, maternidad y relaciones familiares, etcétera, con el fin de vincularlos a estos aspectos de la vida social y ayudar así a erosionar la dicotomía hombre-público, mujer-privado. Si bien es importante fortalecer estos distintos tipos de redes, es necesario fomentar la formación y el fortalecimiento de las de personas solidarias con VIH/sida de las cuales hagan parte hombres y mujeres que viven con VIH, y personas no infectadas de distintas orientaciones sexuales, edades y pertenencias económicas, para lograr espacios que desarrollen estrategias de inclusión social y de combate a los distintos niveles de vulnerabilidad en los que se enmarcan las relaciones de género y la epidemia de VIH/sida.

26 Véase el trabajo sobre campañas de información en Brasil, de donde se desprende esta recomendación (Ayres, 2002).

ABADÍA BARRERO, C. and Castro A. "Experiences of Stigma and Access to HAART in Children and Adolescents Living with HIV/AIDS in Brazil". En: *Social Science & Medicine*, Vol. 62, March, pp. 1219-1228, 2006.

ABADÍA BARRERO, C. *Sida y niñez en Brasil: respuestas sociales que promueven la madurez de los derechos humanos*. Colección Monografías. 22. Caracas: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela, 2006.

ABADÍA BARRERO, C. y BRIGEIRO, Mauro. "The Brazilian Fight Against AIDS. Health and Rights in the World Market Economy". En: *Harvard Review of Latin America*, Vol. Spring, pp. 17-20, 2007.

ARANGO, A. et al. "Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia". *Revista de Salud Pública*, 9(2), pp.297-307, 2007.

AYRES, J, et al. "Multisectorial Responses to HIV/AIDS". En: *American Journal of Public Health*, June, Vol. 96, No. 6, 2006.

AYRES, J. R. d. C. M. "Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: Lições aprendidas e desafios atuais". En *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6(11), 11-24, 2002.

AYRES, José R. JUNIOR, Ivan. "Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS". En: *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e poder*, Reina Maria Barbosa, Richard Parker, Instituto de Medicina Social, Universidad do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

BUCHALLA, C. M. "AIDS: surgimento e evolução da doença". En: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e suas doenças*, São Paulo: Hucitec/NUPENS: USP, 1995.

CASTRO, A., FARMER, P. "El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima". En: *Cuadernos de Antropología Social*. Antropología, poder y salud. Instituto de Antropología Social. UB. Número 17. Agosto. Buenos Aires, 2003.

CHICAIZA, L. "El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo". En: *Problemas del Desarrollo*, Vol. 33, No. 131. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas, 2002.
Consejo de Bogotá, Acuerdo 143 del 2005, Bogotá, 2005.

CRESSON, G. "La santé production invisible des femmes". En: *Recherches féminites*, Vol. 4(1): 31-54, Quebec, 1991.

DE CURREA-LUGO, Víctor. *El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones*, Ilsa, Bogotá, 2003.

DE LOS RÍOS, R. y GÓMEZ, E. "La mujer en la salud y el desarrollo: un enfoque alternativo". En: *La mujer en la salud y el desarrollo en la región de las Américas*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

DE VOS, P., DE CEUKERAIRE, W., y VAN DER STUYFT, P. "Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform". *Tropical Medicine & International Health*, 11(10), 1604-1612, 2006.

DELOR, F., HUBERT, M. "Revisiting the concept of vulnerability". *Social Science & Medicine* 50, 1557±1570, 2000.

- ESTRADA, Jhon. *Educación formal y VIH/sida*, Universidad Nacional de Colombia, 2006.
- FARAH, María. "Situación de las mujeres rurales en América Latina". *En otras palabras*, No. 10. Enero-diciembre, 2004.
- FLICK, U. *Introducción a la investigación cualitativa*, Morata Paideia, Madrid, 2007.
- GRANGEIRO, A. "O perfil socioeconômico da AIDS no Brasil". En: Parker R., Bastos, C., Galvão, J., Pedrosa, J. S., Eds. *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ & Relume-Dumaráo, pp. 91-125, 1994.
- GUPTA, G. R., PARKHURST, J. O., OGDEN, J. A., AGGLETON, P., MAHAL, A. "Structural approaches to HIV prevention". En: *The Lancet*, 372 (9640), pp. 764-775, 2008.
- HERRERA, C., CAMPERO, L. "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema". *Revista de Salud Pública*, México, 44, pp. 554-564, 2002.
- HERRERA, Lourdes. "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema". *Salud Pública Mex* 2002; 44:554-564. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>, 2002.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2008. Datos para la vida. [En línea]. <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/for2008> [Citado el 14 de agosto de 2009].
- KALINCHMAN, A. "AIDS and intravenous drug use (IVDU) in Brazil". En: Monteiro, M. G., Inciardi, J. A., Eds. *Brazil-United States Binational Research*. São Paulo: CEBRID, pp. 49-61, 1994.
- KORNBLIT, A. L., MENDES Diz, A. M. y ADASZKO, D. *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani: Documento de Trabajo 47, 2006.
- LAGARDE, Marcela. *El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción: Sexualidad en mujeres y varones universitarios*, Universidad Mayor de San Andrés, 2003.
- LANCASTER, R. N., y Di Leonardo, M., Eds. *The Gender/Sexuality Reader: Culture, History, Political Economy*, London: Routledge, 1997.
- MEYNEN, W. y VARGAS, V. 1994, "La autonomía como estrategia para el desarrollo desde los múltiples intereses de las mujeres", En: Barrig, Maruja y Wehkap, Andy, Eds., *Sin morir en el intento: experiencias de clasificación de género en el desarrollo*, 25-48, NOVIB/La Haya/Red entre mujeres, Lima.
- Ministerio de la Protección Social, Escuela de Estudios de Género. "Masculinidad y prevención de VIH/sida: Guía de capacitación para profesionales". Documento sin publicar.
- OJEDA, G., ORDÓÑEZ, M. Y OCHOA, L. H. "Salud sexual y reproductiva en Colombia", En: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. Bogotá: Profamilia, 2005.
- Onusida. *Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005*, Bogotá, 2006.
- OPS. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- OPS/OMS. Proyecto de incremento del tratamiento y la prevención del VIH/sida 3x5. COL-1 P.5, Colombia, 2005.
- PAREDES, Natalia. "¿Qué ha pasado con el derecho a la salud?". En: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*, Bogotá, Cinep-GTZ, 2003.

PARKER, Richard, AGGLETON, Peter. "Estigma, discriminação e AIDS". Coleção ABIA. *Cidadania e Direitos*, 1. Rio de Janeiro. 2001.

PARKER, Richard, AGGLETON, Peter. "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action", En: *Soc. Sci. Med.* 2003.

PÉREZ DE ARMIÑO, K. *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Icaria, 2001.

PETCHESKY, R., & Judd, K., Eds. *Negotiating Reproductive Rights: Women's perspectives across countries and cultures*. London: Zed Books, 1998.

PINILLA, M. Yaneth. "Mujeres viviendo con VIH/sida. Más que una historia". Documento previo de tesis de maestría. Manuscrito sin publicar, Bogotá, 2008.

PLAZA, B., BARONA, A. B., & HEARST, N. "Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience", En: *Health Policy and Planning*, 16 (Suppl 2), 44-51, 2001.

Procuraduría General de la Nación. *De Justicia. El derecho a la salud*. Bogotá. 2008.

RAPAPORT, Jonatan. "Sida". En: *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Icaria y Hegoa, 2000.

SAUTU, R., et al. *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: Clacso, 2005.

SCOTT, Joan W. "Womens History: The modern Period". En: *Past and Present*, 101, pp. 141-157, 1983.

SEVILLA, E. "Modelos analíticos de las ciencias sociales para la prevención de infecciones por VIH". En: *Cinco estudios antropológicos sobre el mal de amores en la ciudad de Cali*. Documentos de trabajo 44. Cidse. Universidad del Valle, 1998.

STOLCKE, V. "Antropología del género". En: *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, pp. 335-344, Barcelona: Editorial Ariel, 1996.

TOVAR, Patricia. "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica". En: *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 40, Bogotá: Icanh, 2004.

UNGASS. Asamblea General de Naciones Unidas, Nueva York 2001.

VANOSDOL, Judith. A. "El género y la pobreza". En: *Mujer y pobreza*, La Plata [Argentina], CIM, pp. 89-95, 2001.

VIVEROS, Mara. "Género y salud reproductiva en Colombia". En: Saúl Franco, Ed. *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Memorias Cátedra Manuel Ancizar I semestre de 2002, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003.

VIVEROS, Mara. "Las organizaciones populares femeninas y la salud de las mujeres: ¿auto explotación o promoción?". En: Defossez, A. C., Fassin, D., Viveros, M. Eds. *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud*, pp. 289-321, Bogotá: IFEA/Universidad Externado de Colombia.1992.

VIVEROS, Mara. "Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad". En: *Antología latinoamericana y del Caribe: mujer y género, Período 80-90*, Volumen II, pp. 191-207, Costa Rica, 1999.

WHO. *World health report 2000: Health systems: Improving performance*. Geneva, 2000.



Guía metodológica para la aplicación del estudio "Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH/sida en mujeres" en otras ciudades colombianas

Presentación

El objetivo principal de esta guía es ayudar a la réplica del estudio para indagar los factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres en otras ciudades del país teniendo en cuenta los diferentes aspectos o niveles de análisis en torno a la vulnerabilidad e incorporando la perspectiva de género para el desarrollo de políticas de prevención. El concepto de vulnerabilidad es definido como "los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a la infección, a enfermarse o a la muerte por el VIH, que dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos sociales, programáticos e individuales que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo"²⁷.

En este marco, la idea de vulnerabilidad individual se apoya sobre tres premisas. La primera, indica que todas las personas, en grados distintos, somos vulnerables al VIH según las posibilidades de acceso a los medios de protección. La segunda, plantea que la vulnerabilidad a la morbilidad, invalidez o muerte son inversamente proporcionales al grado de seguridad social, oportunidad y acceso a los servicios de salud. Y, la tercera, afirma que la vulnerabilidad individual se asocia a condiciones cognitivas, conductuales y sociales. En este sentido, la vulnerabilidad se considera lo opuesto al empoderamiento, es decir, incluye el acceso y comprensión a las informaciones, el interés y motivación en la adopción de nuevas prácticas y habilidades de negociación en las relaciones. Así mismo, comprende aspectos culturales asociados al comportamiento y los recursos económicos y jurídicos individuales para acceder a la seguridad social y a la salud.

Por otra parte, la vulnerabilidad social y la programática permiten una evaluación útil capaz de orientar tanto la acción de los movimientos sociales, como a las autoridades y gobiernos para actuar en contra a los factores estructurales del VIH/sida. La vulnerabilidad social se define por las condiciones de mayor o menor protección de una sociedad hacia la epidemia. Se relaciona, por ejemplo, con el grado de acceso a medios de información, políticas sociales inclusivas, servicios de salud.

La vulnerabilidad programática se define por la fortaleza o insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al VIH/sida, sea que provengan del ámbito gubernamental, no gubernamental o privado. Tiene en cuenta el com-

²⁷ AYRES, José Ricardo et al. "Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids". En: BARBOSA, Regina Maria y PARKER, Richard (Eds.). *Sexualidades pelo Averso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34, 1999. p. 50.

promiso ante la problemática del VIH, la existencia de acciones efectivas y coherentes con una política nacional, el desarrollo de coaliciones y alianzas, la capacidad de planeación y coordinación, la gestión adecuada, la respuesta a las necesidades de prevención y de tratamiento, la obtención de recursos financieros, la sostenibilidad y la existencia de evaluación.

Es fundamental que las acciones de prevención y promoción reconozcan las especificidades de las múltiples vulnerabilidades a que se enfrenta la figura femenina por el solo hecho de estar inmersa en una serie de factores socioculturales que las opacan, las invisibilizan o las reconocen únicamente en ciertas etapas de la vida como la maternidad.

Descripción de las fases de ejecución

El estudio comprende cuatro fases de ejecución desarrolladas por dos equipos de profesionales de diversas disciplinas con experiencia en temas de género, VIH/sida, salud en general y salud sexual y reproductiva en particular. Al primero de los grupos lo denominaremos "equipo base". Este equipo debe encargarse de la coordinación de actividades en cada una de las ciudades, lo cual comprende la producción de documentos de sustento e informes preliminares y finales, el acompañamiento a la realización de los grupos focales, la sistematización de la información y aplicación de estrategias de análisis, así como la capacitación en temas específicos para el segundo grupo o "equipo ampliado". Este segundo equipo de profesionales se encargará de la realización del trabajo de campo con su respectivo informe etnográfico, transcripción de grabaciones, análisis de la información y la presentación de un informe detallado por ciudad de acuerdo con los objetivos del proyecto bajo la coordinación de un investigador del equipo base.

Primera fase: Elaboración de documentos iniciales y primeros contactos

La primera fase del estudio se realizará durante el primer mes de trabajo, consiste en el desarrollo de un estado del arte que permita la contextualización de la vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres.

Se llevarán a cabo los primeros contactos con las personas que van a participar en las actividades de grupos focales y entrevistas individuales. En el estudio realizado, la mayor parte de contactos se hicieron con la ayuda de mujeres activistas relacionadas con el tema de VIH/sida, quienes a parte de colaborar con la conformación de los grupos en algunos casos nos sirvieron de puente con las respectivas Secretarías de Salud.

Se sugiere establecer los contactos con las mujeres de las redes positivas con suficiente tiempo antes del campo para evaluar las posibilidades de contacto. Esto permite a los equipos hacerse una idea de la articulación de redes de mujeres en cada ciudad y el nivel de contacto con las instituciones que trabajan en VIH con ellas.

Segunda fase

Se desarrolla entre el primero y segundo mes de trabajo. Es en esta fase donde se conforma el equipo ampliado de investigación y se realiza la capacitación del mismo.

Jornada de capacitación

Comprende la presentación general del proyecto, familiarización con los conceptos a utilizar y el entrenamiento en grupos focales y entrevistas a profundidad. Se deben asegurar los principios y procedimientos básicos de la investigación que comprenden:

- Seguir los principios éticos que rigen a las disciplinas en relación con la investigación en torno a la confidencialidad de la información y la libre decisión de las mujeres a participar o no de la actividad.
- El uso de un lenguaje incluyente y respetuoso principalmente con relación al VIH/sida y con relación al género.
- Controlar las reacciones de los sujetos frente a los relatos.
- Evidenciar y controlar los prejuicios ligados a relaciones sexuales, maternidad, ideales de pareja, etc.

Capacitación sobre VIH, género, vulnerabilidad y SSR

Para esta parte de la capacitación se realizan charlas con la ayuda de los investigadores del equipo base mediante diapositivas u otros recursos pedagógicos, utilizando la información que se encuentra en el marco conceptual del informe final del proyecto "Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH" además de las conclusiones y el estado del arte actualizado elaborado con anterioridad.

Capacitación en grupos focales

Se deben explicar las premisas de los grupos focales a los investigadores, así como su papel dentro de la actividad:

Un grupo focal es una técnica etnográfica para recolección de información en donde se conversa sobre un tema particular con un grupo de personas quienes presentan por lo menos una característica en común (en este caso mujeres) con un número no inferior a siete sujetos ni superior a trece, siguiendo una guía de indagación.

Los investigadores integrantes del grupo focal se deben distribuir de la siguiente forma y con las siguientes funciones:

Un coordinador o animador :

- Facilita a los participantes las fichas generales de información antes de dar inicio a la actividad (Ver anexo 1). Sigue la guía de indagación para grupos focales (Ver anexo 2).
- Dirige y equilibra la participación.
- Controla el curso de la conversación y los tiempos dedicados a cada tema.

Dos asistentes de campo:

- Registran los detalles no verbales del grupo focal
- Y aquellos verbalizados que se escapan de la dinámica general
- Se ubican de manera que cada uno pueda realizar la etnografía de una parte del grupo.
- Apoyan a la animadora cuando se pierde el curso de la guía
- Realizan inmediatamente después de cada grupo focal una evaluación del mismo con la coordinadora

Capacitación en entrevistas semi-estructuradas

Las entrevistas semi-estructuradas son estrategias de recolección de información en donde se profundiza un tema particular siguiendo una guía de indagación que permite abrir la discusión pero manteniendo una directriz. El entrevistador debe mantener un estilo directivo que ayude a la persona entrevistada a identificar qué es lo que se espera y qué información debe aportar. De allí la importancia de las habilidades de quien indaga.

Criterios de conformación de los grupos focales y entrevistas

Una vez finalizada la jornada de capacitación se comunica a los investigadores los criterios de conformación de los grupos focales y las características de las personas a ser entrevistadas con el propósito de hacer los contactos de la manera más homogénea para todas las ciudades.

Se realizarán tres grupos focales en cada una de las ciudades conformados con un número de 7 a 13 mujeres asistentes. El primer grupo focal se realiza con mujeres viviendo con VIH y los dos restantes con mujeres que no viven con VIH. La clave para la selección de este criterio está en la posibilidad de contraste que ofrece; ya que las mujeres que viven con VIH, por su experiencia en el proceso, pueden potencialmente identificar factores de vulnerabilidad que no hayan sido evidenciados por las otras mujeres.

El grupo focal de mujeres que viven con VIH no comprende ningún otro criterio de selección teniendo en cuenta que, en general, es difícil que las mujeres que viven con VIH tengan la disponibilidad para asistir a este tipo de ejercicios. Lo anterior se debe, entre otras razones, al temor de ser señaladas o discriminadas, a la cantidad de actividades cotidianas que deben cumplir y, en particular, al proceso de desintegración de las redes y organizaciones de mujeres viviendo con VIH al que asistimos en los últimos años en el país.

Los grupos focales de mujeres que no viven con VIH se conformarán tratando de buscar homogeneidad en la pertenencia socio-económica y en los rangos étnicos. El criterio de homogeneidad socioeconómica busca mayor democratización en el uso de la palabra, de modo que las mujeres no se sintieran cohibidas por el "deber ser" de los discursos de las mujeres de sectores socioeconómicos diferentes. El mismo criterio opera para la búsqueda de homogenización étnica. En el caso de la discriminación por edades se sumará además la posibilidad de contrastar generacionalmente las expectativas sociales y de género, los cambios o continuidades en relación con el mundo laboral y profesional y la cercanía con los discursos y las informaciones sobre prevención y SSR, incorporados en la educación colombiana en la década de los 90. De esta manera uno de los grupos de mujeres que no viven con VIH se realizará con jóvenes de 15 a 26 años y el otro con mujeres adultas de 27 a 49 años.



Dentro de estos grupos se busca establecer cuotas para tratar de abordar diferentes situaciones de las mujeres con respecto a su vida erótico-afectiva y a la maternidad (mujeres con y sin hijos y mujeres con y sin pareja permanente), de modo que se pretende identificar sus expectativas al respecto de estos temas, la cantidad de tiempo dedicado a ellas mismas y a los demás y la autonomía con respecto a sus decisiones reproductivas y al manejo del tiempo y los recursos. Se sugiere para tal efecto tener en cuenta la siguiente guía de selección para ocho de las mujeres del grupo, teniendo en cuenta que si se constituye un grupo más numeroso alguno de los criterios podrían repetirse:

1. 1 mujer de estrato 2 con pareja con hijos
2. 1 mujer de estrato 2 sin pareja sin hijos
3. 1 mujer de estrato 2 sin pareja con hijos
4. 1 mujer de estrato 2 con pareja sin hijos
5. 1 mujer de estrato 3 con pareja sin hijos
6. 1 mujer de estrato 3 sin pareja con hijos
7. 1 mujer de estrato 3 sin pareja sin hijos
8. 1 mujer de estrato 3 con pareja con hijos

La conformación de los grupos focales debe excluir a mujeres que hagan parte del sistema de salud o que trabajen en profesiones médicas o afines. La inclusión de este criterio surge de la necesidad de evitar la presencia de discursos extremadamente medicalizados y normatizados que actúan como censura y/o condicionan las respuestas de las demás mujeres, quienes tratando de adaptarse a la norma imperante pueden omitir en sus relatos las prácticas cotidianas reales y sus propias interpretaciones sobre su entorno social. Finalmente, es fundamental que las mujeres viviendo sin VIH no hayan tenido contacto con las redes de mujeres que viven con el virus debido a que se puede presentar la misma dificultad metodológica que se evidencia con las mujeres que hacen parte del sistema de salud.

Elaboración del panorama por ciudad

Posterior a la realización de las capacitaciones y a la comunicación de los criterios de conformación de grupos focales y entrevistas, se dividen los investigadores en grupos de tres personas para cada ciudad (Un coordinador y dos auxiliares) teniendo en cuenta las funciones especificadas anteriormen-

te. Se busca que cada grupo de trabajo quede conformado por profesionales de diferentes áreas; esto con el propósito de tener una visión multidisciplinaria de los factores identificados. Una vez hecha la división, los investigadores de cada ciudad deben realizar un documento panorama para la ciudad a ser abordada. Este panorama debe contener información relevante sobre población, desplazamiento y violencia, salud, educación, empleo, situación epidemiológica, VIH/sida, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), etc.

La idea de este trabajo es abordar la fase de campo con la mayor información posible acerca de la situación de las mujeres en las regiones y dar herramientas para el posterior análisis de los datos recolectados.

Jornada de pilotaje

Una vez realizada la jornada de capacitación y teniendo claros los conceptos a ser abordados, se realiza la jornada de pilotaje coordinada por los investigadores del equipo base con la ayuda de los instrumentos diseñados, que aparecen adjuntos en la sección de anexos (Ver anexos).

Se sugiere que el pilotaje se lleve a cabo en una habitación con vidrios polarizados o cámara de Gesell con el propósito de no interrumpir la dinámica del grupo de mujeres con la presencia de los observadores del equipo ampliado, pero con el objetivo de permitir que dichos investigadores puedan estar presentes en el ejercicio y aprender de él. Con este ejercicio se busca resolver inquietudes y subsanar dificultades en la aplicación de los instrumentos.

Los pasos a seguir tanto en el pilotaje como en la realización de los grupos focales consisten en la presentación de la actividad, presentación de los participantes, presentación del entrevistador / moderador, duración de la actividad (Grupos focales aproximadamente dos horas y entrevistas aproximadamente una hora), información sobre un reconocimiento económico al finalizar la actividad²⁸, solicitud a las mujeres del permiso para llevar un registro filmico o audio-visual y finalmente el desarrollo de la guía de indagación.

²⁸ Es importante aclarar que el reconocimiento económico preferiblemente no debe ser incentivo para que las mujeres asistan o participen de las actividades ya que podría sesgar la información etnográfica recolectada.

Tercera fase

Se realiza entre el segundo y el tercer mes de trabajo, y está dedicada al *trabajo de campo*. Como se mencionó, dos investigadores del equipo ampliado bajo la coordinación de uno de los investigadores del equipo base son los encargados de la realización de los grupos focales y las entrevistas en cada una de las ciudades concernidas.

Grupos focales

En esta parte del trabajo de campo se deben tener en cuenta las premisas de los grupos focales enumeradas en la jornada de capacitación. Gran parte del éxito que se tenga en un grupo focal depende de su fase preparatoria para la cual se hace necesario un suficiente tiempo de planeación, además de los siguientes factores:

- Claridad en los conceptos a utilizar
- Tener los materiales e implementos necesarios (Guías, grabadoras, fotocopias, bolígrafos, etc.)
- Conocimiento profundo de la guía de indagación (Ver anexo 2)
- Tener presente los objetivos específicos del grupo focal
- Convocar a las personas con el suficiente tiempo de anticipación para poder asegurar la totalidad de la asistencia (se sugiere invitar por lo menos a dos personas más del número mínimo requerido para la realización de la actividad, previendo la posible inasistencia de algunas de las personas convocadas)
- Preparar el sitio donde se va a desarrollar la actividad, es decir, la disponibilidad, ambiente adecuado sin ruidos u olores desagradables, alimentación (si se va a dar), etc.

Paso 1. (Cinco minutos). Diligenciamiento por parte de las mujeres de la "Ficha de información General" (Ver anexo B)

Paso 2. (Cinco minutos). Presentación de la actividad, presentación de los participantes, presentación del entrevistador / moderador, presentación de los investigadores observadores (es importante no dar información acerca de profesiones o datos que puedan interferir en la dinámica de los grupos, solo es necesaria una presentación básica como el nombre y la actividad que va a desarrollar en el grupo focal), informar sobre la duración de la actividad de grupos focales (aproximadamente dos horas), si es el caso, informar sobre un reconocimiento económico para transportes al finalizar la actividad sin mencionar la cantidad²⁹, informar a las mujeres sobre la total confidencialidad de la información recolectada y finalmente solicitar a las mujeres del permiso para llevar un registro filmico o audio-visual.

²⁹ Es importante aclarar que el reconocimiento económico preferiblemente no debe ser incentivo para que las mujeres asistan o participen de las actividades ya que podría sesgar la información etnográfica recolectada.

Paso 3. (Cinco minutos). Lectura de la historia de "Ceci" presentada en la guía de indagación (Ver anexo C).

Paso 4. (Una hora y cuarenta y cinco minutos). Desarrollo de las preguntas de la guía de indagación.

Repita el procedimiento con cada uno de los tres grupos focales en sesiones diferentes.

Entrevistas a profundidad

Después de la realización de los tres grupos focales, se seleccionan dos mujeres para realizar una entrevista individual semi-estructurada. Se sugiere que para la planeación se tengan en cuenta los datos etnográficos recolectados en el desarrollo de los grupos focales y se seleccionen a las mujeres participantes con las que se quiere profundizar en la conversación. Una de las mujeres entrevistadas se selecciona del grupo de mujeres viviendo con VIH, y la otra de las mujeres que no viven con VIH. Con estas entrevistas se busca profundizar en las opiniones y percepciones de la mujer seleccionada al respecto de los temas tratados durante el grupo focal. En el caso de la mujer que vive con VIH se hace mayor énfasis en la exploración de los temas relacionados a los servicios de salud y para el caso de la mujer que vive sin VIH el énfasis se hace en sus relaciones erótico-afectivas.

Para las entrevistas individuales se sugiere seguir la guía de indagación que en todo caso no debe constituirse en una camisa de fuerza que impida indagar otros aspectos relevantes que surjan durante la realización del ejercicio (Ver anexo D)

Además de estas entrevistas con las mujeres, se realiza una entrevista semi-estructurada con la persona referente en VIH de la de la Secretaría de Salud de la ciudad siguiendo la guía de entrevista a referentes (Anexo E). Esta entrevista con el referente sirve para incluir un panorama de las propuestas locales y adecuaciones de las discusiones y planes nacionales actuales frente a la política de VIH/sida y SSR, y para relacionar los relatos de las mujeres con las dimensiones sociales e institucionales de acceso a recursos y uso de los servicios de salud.

De cada una de las entrevistas se realiza un informe etnográfico con el propósito de obtener información adicional de utilidad que se escape al archivo de audio o filmico, esta información servirá de insumo para la cuarta fase del estudio.



Cuarta fase

Se realiza en el cuarto mes de trabajo. Esta se dedica a la transcripción literal y análisis de las grabaciones e informes etnográficos de los grupos focales y entrevistas semi-estructuradas, así como a la redacción del informe final de la investigación con los resultados de los factores socio-culturales de vulnerabilidad a la infección por VIH de las mujeres en la (s) ciudad (es) de acuerdo con los niveles de vulnerabilidad descritos y resumidos en la matriz de análisis (Ver anexo G).

Una vez concluido el trabajo de campo se deben realizar jornadas de evaluación y socialización de los resultados entre los investigadores con el propósito de conocer las particularidades de campo de cada ciudad, tales como las características de las mujeres que participaron en el estudio y las informaciones generales sobre los programas y redes sociales que trabajan sobre VIH en cada región. Por otro lado, con el equipo ampliado se sugiere socializar en extenso las experiencias de campo y la información diferenciada por ciudad.

Para el análisis de resultados el equipo de trabajo de cada ciudad elabora un informe en el que se analizan los datos epidemiológicos y demográficos de cada capital a la luz de los hallazgos de los grupos focales y las entrevistas (Ver anexo F). El informe también incluye la descripción etnográfica en extenso de la experiencia de campo y la transcripción de todos los grupos focales y las entrevistas, acompañadas de una relatoría para cada uno de los ejercicios. El ejercicio de transcripción requiere de la disponibilidad completa de los investigadores encargados debido al tiempo que implica esta actividad.

La comparación realizada con estos informes permite confirmar las categorías de análisis y organizarlas de modo que puedan dar cuenta de los tres niveles de vulnerabilidad con los que se estructuró el trabajo de investigación.

La matriz de análisis (Ver anexo G), se elabora en aras de que en la presentación de resultados se puedan referir las particularidades de cada ciudad y al mismo tiempo permitir su comparación, lo que facilite una posterior elaboración de un índice unificado para la redacción de los resultados.

Recomendaciones metodológicas

Se sugiere que el diseño metodológico del estudio se centre en el análisis cualitativo de las actividades de grupos focales y entrevistas semi-estructuradas interpretativas, análisis etnográfico, así como análisis de documentos y de material sobre políticas de prevención de VIH/sida debido a las múltiples inconsistencias encontradas en las bases de datos estadísticas respecto al VIH.

Aunque en nuestro trabajo se realizó el estado del arte en torno al tema de vulnerabilidad, se recomienda que para futuras aplicaciones se tengan en cuenta los hallazgos y conclusiones presentados en el informe final del estudio realizado en las ciudades de Barranquilla, Cali, Bucaramanga, Medellín y Bogotá, así como nuevos aportes de otros equipos de investigación en torno a salud sexual y reproductiva en general y VIH/sida en particular.

Debido a las escasas las investigaciones sobre mujeres y VIH en nuestro país y debido a que se consideraba un estudio exploratorio, el equipo de investigación no tuvo en cuenta para la selección de las mujeres, pero sí para el análisis algunas particularidades como la pertenencia étnico-racial, el tipo de vinculación laboral, el origen, etc., lo cual ameritaría una atención particular en estudios especializados, puesto que se conoce que las significaciones de la pertenencia étnico-racial son muy importantes para entender las configuraciones de las relaciones sociales en cada una de las ciudades.

Las características de las cinco ciudades en las cuales se desarrolló la investigación, permitió realizar un tipo particular de selección debido a que se trataba de capitales departamentales, con grados de desarrollo similares, con índices de crecimiento análogos. Las características compartidas de las ciudades permitieron la aplicación homogénea de los mismos instrumentos y metodologías de análisis y posibilitaron la comparación de resultados; no obstante, este tipo de estudios requiere de una metodología diferenciada ya que no sería igual para ciudades con otras características, en especial

cuando hay en su mayoría población étnica, cuando existen economías básicamente rurales, cuando se caractericen por ser más emisoras que receptoras de desplazamiento o cuando las características socio culturales no permitan la dinámica de grupo focal y en general de conversación sobre la sexualidad. De este modo, el anonimato no sería posible en lugares muy pequeños rompiendo el principio ético de la confidencialidad, lo que sugeriría entonces en no replicar grupos focales, sino pensar en entrevistas individuales.

Este trabajo de campo se realizó solamente con mujeres, esa escogencia obedeció a varios factores. En primer lugar el trabajo con mujeres fue lo planteado en la convocatoria del UNFPA, en segundo término por el tiempo con el que contamos para su realización y finalmente porque tratándose de un estudio exploratorio era importante priorizar en el discurso y la situación de las mujeres en cada una de las ciudades. Sin embargo, como lo señala la perspectiva de género, las construcciones de lo femenino y lo masculino se hacen de manera relacional y no es posible modificar la situación de unos con respecto a los otros interviniendo solamente uno de ellos.

Es necesario que para futuras replicas del estudio se cuente con un tiempo de ejecución mayor que permita un desarrollo adecuado de las diferentes etapas de la investigación y de esta manera evitar inconvenientes que pueden generar vacíos en la información recolectada, así como un análisis más profundo en torno al tema de la vulnerabilidad. El factor tiempo es imprescindible para llevar a cabo una adecuada capacitación teórica-conceptual y unificar criterios con todos los integrantes del grupo investigativo.

La interdisciplinariedad de los investigadores resulta fundamental para una mejor recolección de datos durante la fase de campo, así como una mejor cobertura de análisis de los mismos durante la elaboración de los respectivos informes a presentar. De esta forma se sugiere que incluir profesionales de la salud y de las ciencias humanas en ánimo interdisciplinario. Es fundamental que a la hora de conformar los grupos de trabajo en cada una de las ciudades, este factor de distribución sea tenido en cuenta.



Ficha de información general para entrevistas y grupos focales

Con este documento se pretende indagar por algunas de las condiciones socioeconómicas de las mujeres que participan en la investigación, tanto en los grupos focales como en las entrevistas individuales. Estos datos no son eficaces en términos estadísticos, sin embargo pueden dar luces de la situación específica desde la que cada mujer aporta sus opiniones y experiencias.

Ficha general

Nombre:
Edad:
Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento:

¿Cuál fue su último año de estudios cursado?

¿Cuál es su ocupación?

¿Cuántos años lleva en esta ocupación?

¿Cuántos hijos tiene?

¿Tiene pareja?



Guía de indagación para grupos focales

El documento está dividido en dos partes, una que tiene la historia de indagación (a la izquierda) y la otra (a la derecha) en la que se identifican las temáticas que se esperan analizar con cada parte del relato la cual funciona como instructivo para los investigadores que van a desarrollar el grupo focal.

Presentación de la actividad, entrevistador/moderador
 Reglas de Juego (Duración, al final se les da un obsequio)
 Permiso para grabar. Presentación participantes, lectura de la historia

	TEMAS
Me llamo Ceci y este año cumplí 45 años, estuve 26 años casada con Eduar, él fue mi segundo novio con él tuve relaciones porque él me insistía hasta el punto que llegó y me dijo; si tú no te decides yo me voy... y yo accedí, lo hice porque de pronto sí lo amaba, pero más porque no se fuera de mi lado.	Contextos de inicio de la vida sexual/ amorosa Contextos de ejercicio de la sexualidad
En las relaciones yo esperaba como más ternura, que pensara en mí, porque yo era virgen y se supone que él sabía y debió ser de otra manera, como más dedicado, pero no le importó y sí fue doloroso y no fue llenador... pero sin embargo yo seguí con él.	Significados de las relaciones sexuales, placer, coerción <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué buscan los hombres al tener relaciones sexuales? • ¿Qué buscan las mujeres al tener relaciones sexuales?
Lo del embarazo fue un trauma, yo estaba estudiando, me salí, me fui a vivir con él... Ya tuve a mi hijo y a los meses un amigo vino a visitarme y me trajo dos tarros de leche, estábamos hablando cuando llegó Eduar. Me gritó ¿qué está haciendo con él? Yo le dije: usted no me responde y yo necesito darle leche al niño. Y me decía: es que ya se acostó con él, es que es su mozo y desde ahí empezaron los problemas.	Significado del trabajo, estudio, maternidad para la vida de las mujeres; <ul style="list-style-type: none"> • Traten de explicar por qué Eduar piensa que ella se acostó con el amigo.
Que yo supiera como a los 4 años el tuvo otra mujer. Eso fue cuando empezó a meterse en el negocio de los bares, que da buena plata, pero eso el trago, las mujeres, la rumba y todo eso. Él me decía: esas mujeres se le meten a uno. Me di cuenta que él ya había acabado eso, entonces se limaron las asperezas, igual, si después tuvo otras, yo no me di cuenta, cuando me di cuenta, fue con la que si en realidad se encaprichó y todo eso, eso si fue un martirio...	Concepciones sobre la masculinidad y la feminidad respecto a la sexualidad y patrones de conducta; Uso de sustancias, relación del uso de sustancias con el sexo y la violencia (inseguridad) <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo se vuelve intolerable la infidelidad?

	TEMAS
<p>Por esa época me puse muy enferma y me estaba desapareciendo. El médico siempre me decía que era por los problemas con Eduar, pero como no mejoraba me mandaron exámenes y eso fue como seis meses que una autorización, que aquí, que allá y finalmente me mandaron el de VIH y ahí supe.</p>	<p>Test; servicios de salud; percepción de riesgo para el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo explican los médicos los problemas de salud de las mujeres? • ¿Cómo explican que el servicio de salud se demore tanto?
<p>Al principio fue muy duro, el casi no se hace el examen y la moza ahí, después de unos meses le comenté a mi hermano, después a mis hijos y hace poco a mi familia. Así duramos unos años pero el maltrato, la cachetada seguía, mi hijo se fue de la casa y yo me fui a vivir con mi familia.</p>	<p>Discriminación y soporte social; violencia en la familia de origen; relaciones padres e hijos, violencia de pareja, Reacción de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo se sale de la casa y en qué circunstancias?
<p>Cuando me estaba separando conocí a Dany que es 15 años más joven que yo, ¿se imagina? Eso ha sido tan especial, yo he vuelto a sentir, a vivir, a amar, y es de corazón, él trabaja, tiene su sueldo, no tiene carros, no tiene cuentas, no tiene nada, pero tiene amor, ternura, delicadeza, él me cuida.</p>	<p>Múltiple parejas x nuevos matrimonios;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se escoge una pareja, qué se tiene en cuenta?
<p>Yo ya tuve mis dos hijos, pero ya no es época de tener hijos. Pensando en eso me fui a que me hicieran el Pomerio (la ligadura de trompas) no me lo hicieron, me discriminaron, que porque deben estar todos los exámenes negativos y yo salgo en algo positivo, entonces que ese programa no lo cubre.</p>	<p>Doble protección y uso del condón e ITS</p>
<p>Mis amigos del grupo de auto-apoyo me preguntan ¿qué tal que Dani sea bisexual? Ay... yo no sé, me molestaría o no me molestaría, pues yo no sé, estoy con él y lo conozco lo que siente por mí en este momento, si era bisexual, no sé...</p>	<p>¿Que son los hombres bisexuales?</p> <p>¿Cómo se dan cuenta que sus parejas son bisexuales?</p>
<p>Yo creo que las mujeres nos sentimos culpables, y otras veces pensamos que si decimos que vivimos con VIH nos van a decir que somos trabajadoras sexuales, vamos a perder el respeto y entonces nos encerramos por ese temor a que nos tilden y porque nos sentimos culpables.</p>	<p>¿Quiénes son las mujeres que viven con VIH?</p> <p>¿La historia de Ceci sería muy diferente a la que cualquier mujer podría vivir?</p>

- ¿Qué es para ustedes el VIH? (indagación espontánea y profundización)
- ¿En dónde se recibe información al respecto?
- ¿Quién da esa información? (observar lo que aparece espontáneamente y después indagar personas e instituciones)
- ¿Qué buscan las personas que dan esa información?
- ¿Qué nos dice esa información?
- ¿Qué es lo negativo del VIH?
- ¿Hay algo positivo en el VIH?
- ¿Cómo llega el VIH a la vida de una persona?
- ¿Qué hace el VIH?
- ¿A quiénes afecta? (mirar si de manera espontánea aparece el criterio de las mujeres) ¿Afecta a las mujeres? ¿Cuándo, Cómo, por qué y dónde?
- ¿A quiénes no afecta?
- ¿Cómo se evita?

Para GF realizado en sitios afuera de BOGOTÁ: ¿cómo la situación de desplazamiento puede afectar a una respecto al VIH?





Guía para entrevistas individuales

Esta guía es útil para las entrevistas individuales que buscan profundizar en los temas que no se pueden desarrollar en los grupos focales. Con ella se logra la traducción de las categorías de análisis en preguntas específicas.

Proyecto:

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

OBJETIVOS	METODOLOGÍA
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la actividad, participante, entrevistador • Reglas de Juego (Duración, al final se le da un obsequio) • Permiso para grabar.
Abordaje al VIH	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es para usted el VIH? (indagación espontánea y profundización) • ¿En dónde se recibe información al respecto? • ¿Quién da esa información? (observar lo que aparece espontáneamente y después indagar personas e instituciones) • ¿Qué buscan las personas que dan esa información? • ¿Qué nos dice esa información? • ¿Qué es lo negativo del VIH? • ¿Hay algo positivo en el VIH? • ¿Cómo llega el VIH a la vida de una persona. • ¿Qué hace el VIH? • ¿A quiénes afecta? (mirar si de manera espontánea aparece el criterios de las mujeres) • ¿A quiénes no afecta? • ¿Cómo se evita?
VIH y Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El VIH afecta a las mujeres? ¿Cuándo, Cómo, por qué y donde? • ¿Cómo las afecta? • ¿A qué mujeres afecta el VIH? • ¿Qué hace que a estas mujeres llegue el VIH • ¿En qué momento el VIH afecta a las mujeres?

OBJETIVOS	METODOLOGÍA
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se le viene a la cabeza cuando yo le digo relaciones sexuales? • SEGUIR LAS PALABRAS DE LA MUJER Y SI ES NECESARIO ABANDONAR LA GUÍA • ¿Qué importancia tienen las relaciones sexuales en la vida de las mujeres? • ¿Cómo llega un hombre a tener relaciones sexuales? • ¿Cómo llega una mujer a tener relaciones sexuales? • ¿Qué buscan los hombres al tener relaciones sexuales? • ¿Qué buscan las mujeres al tener relaciones sexuales? • ¿Finalmente qué se obtiene? (observar el papel de perdida y ganancias) • ¿Con quién se habla de eso "relaciones sexuales" <p>¿En qué momentos se habla? ¿Qué se habla en particular? ¿De qué sirve o no hablar?</p>
Decisiones reproductivas y sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se tiene en cuenta para tener relaciones sexuales? • ¿Qué se tiene en cuenta para NO tener relaciones sexuales? <p>SI EL TEMA DE LA PROTECCIÓN NO SURGE SE ABORDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿En nuestra vida sexual en qué momento aparece la protección? • ¿De qué nos protegemos? • ¿Qué hacemos para protegernos? • ¿Qué hacemos cuando no hay acuerdo en la protección? • ¿Qué se decide? • ¿Qué se negocia? • ¿Qué se impone?
Vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pensamos que es la vulnerabilidad? • ¿Qué nos hace vulnerables al VIH/sida como mujeres? • ¿Qué nos hace vulnerables como mujeres _____ (de la región en la que estemos indagando)?

Criterios orientadores para la entrevista con referentes en VIH en cada ciudad

Las reuniones con los referentes institucionales se plantean como entrevistas abiertas y para ello se sigue este esquema en el que se establecen los temas fundamentales. Este breve documento se plantea como una guía temática para los entrevistadores y busca que las y los funcionarios puedan expresar sus concepciones y describir sus programas abiertamente.

Nos interesa conocer cómo se traducen las orientaciones y las discusiones en torno a VIH / sida y SSR en políticas públicas.

Para eso indagamos:

¿Si la discusión de la política pública en torno al VIH / sida se da en términos de vulnerabilidad?

¿Cuál es la idea de vulnerabilidad que manejan los referentes?

¿Si las mujeres son consideradas más vulnerables o no y por qué?

¿Qué programas, planes o actividades dirigidas hacia las mujeres, para la prevención en VIH y atención integral en VIH, se han emprendido en la ciudad y desde qué instancias?

¿Hacia qué subgrupos de mujeres han estado orientadas y por qué?

Averiguar en cada ciudad:

¿Cómo se determinan los grupos que son considerados como foco de las campañas de políticas públicas al respecto?

¿Qué beneficios reciben en relación con el sistema de salud (y otros beneficios posibles)?

Particularidades (si existen) de los servicios de salud. (Crisis, niveles de cobertura, etc.)



Estructura del informe final por ciudades

Este documento orienta y homogeniza la presentación de la información encontrada en cada ciudad por parte del equipo ampliado de investigación. El documento centra su importancia en la reconstrucción de la información cualitativa de tal manera que las y los investigadores que fueron a campo plasman sus observaciones y conclusiones más allá de la información en bruto, aunque incluyendo esta.

Para esta fase del trabajo se solicita dos tipos de información:

- Una información descriptiva (punto A) que se obtiene de la información de los grupos focales y las entrevistas. En esta información es fundamental la observación etnográfica y los detalles, puesto que va a ser la base en la que se sustenta el análisis del informe, por eso el texto puede extenderse ampliamente tratando de observar el detalle.
- Una información analítica (punto B) que se obtiene del panorama de cada una de las ciudades incluidas en las actividades de campo. En esta información es fundamental que se haga un análisis comprensivo, no tanto extensivo puesto que es el análisis con el cual se hace la estructura del informe. Es muy valioso que el análisis parta de la observación de todo lo que se vivió alrededor de la experiencia, de los aprendizajes previos, en función de comprender. Aquí más importante que el detalle es la capacidad que se tiene de integrar información.

Estructura del informe

A. Transcripciones: Estos datos son fundamentales para la redacción de la situación de vulnerabilidad (Individual, social y programática) de las mujeres en cada ciudad.

1. De todos los grupos focales (cambiando los nombres y apellidos de los participantes por una descripción general ej. Edad, ocupación, sero-estatus, etc.)
2. De las entrevistas a profundidad con las mujeres
3. De la entrevista con el (los) referente(s)

Detalles: Transcripción literal de los grupos y además una relatoría de cada grupo focal con los aspectos etnográficos relevantes durante la experiencia.

1. Facilidad y autonomía de las mujeres para asistir al grupo y permanecer en él
2. Participación diferencial de las mujeres (Quién habla y quién no)
3. Dinámicas entre las mujeres durante el grupo

4. Cómo fue la conformación del grupo (se conocían antes o no, se generó interés en conservar el contacto con las otras mujeres o no, expectativas de la mujeres frente a la actividad)
5. Otros aspectos que los investigadores consideren de interés durante, antes o después de los grupos focales, justificando la importancia en relación con el tema
6. Cómo incidió la presencia de cada uno de los investigadores (moderador hombre-mujer, presencia de hombres en el grupo, la edad de los investigadores frente a la de las mujeres, estrategias de los investigadores para establecer relación de confianza o de credibilidad, procedencia de los investigadores, aspecto físico, etc.)

Información por grupo focal:

Sistematizar la información de la ficha general de modo que para cada grupo focal se presente un cuadro así:

Mujer	Edad	Lugar nacimiento	Ultimo año cursado	Ocupación	Hijos	Pareja
Mujer 1						
Mujer 2						
Mujer 3						
Mujer 4						
Mujer 5						
Mujer 6						
Mujer 7						
Mujer 8						
Mujer 9						

Información relevante de otras grabaciones o conversaciones para ayudar a la redacción del panorama por ciudad (no constituye un documento aparte, se trata de un ejercicio para la redacción del panorama):

1. Escuchar las otras grabaciones que eventualmente se hayan realizado en cada ciudad y de ellas anotar la información relevante para el tema (también aplica para las conversaciones de interés que no fueron grabadas):
 - a. Funcionamiento del sistema de salud
 - b. Funcionamiento específico de algunos programas
 - c. Planes y estrategias de las organizaciones o de los entes institucionales
 - d. Imaginarios frente a la epidemia y a la forma de controlarla
 - e. Comunicación entre las diferentes instancias que trabajan al respecto del VIH/sida
 - f. Situación de las redes (si las hay) a nivel de políticas y acciones conjuntas

B. Panorama por ciudad: Estos datos son fundamentales para la redacción de la situación de vulnerabilidad (Social y programática) de las mujeres en cada ciudad.

Descripción analítica de la situación al respecto de VIH/sida en la ciudad, organismos implicados, servicios de atención y su funcionamiento, organización de las mujeres, información al respecto y quiénes son los encargados de darla, qué hacen las mujeres con la información, qué tipo de información se recuerda y cual se pone en práctica, cual cambia los hábitos y cual no, etc. Problemas o fortalezas encontrados en la atención diferenciando cada organismo implicado. También mitos y creencias alrededor del VIH y la sexualidad, nociones de salud y enfermedad, roles de género, valoración y escogencia de las parejas, ideales de maternidad, de familia, de fidelidad, uso de métodos de planificación y prevención, etc.

Señalar también situaciones de violencia intrafamiliar, política o delincinencial que resulten pertinentes para nuestro estudio.

En este panorama se realizará el análisis etnográfico de la ciudad utilizando además los datos previamente elaborados en el perfil demográfico/epidemiológico.

Las fuentes para la información demográfica serán las del DANE con el propósito de unificar fuentes bibliográficas. Para la información epidemiológica se deberán contrastar las informaciones de cada secretaria de salud con las de una entidad no gubernamental. En cada ciudad seleccionar una entidad no gubernamental reconocida con trayectoria en la elaboración de estadísticas (Profamilia, pastoral social, observatorios de desplazamiento, violencia, Codhes, ONUSIDA, etc.)

Las informaciones deben ser presentadas de forma analítica, de modo que cuadros, tablas y gráficos sólo se deberán utilizar cuando sean de ayuda para la comparación y la contextualización de la información de cada región.

Ejemplos:

Si se observó una población femenina importante en el trabajo informal, es interesante señalar las cifras de desplazamiento por género y edad de cada región. También las cifras de niveles educativos diferenciadas por género.

O si se anotó en el campo que las mujeres viviendo con VIH no pueden acceder a un trabajo formal ya que ningún empleador daría los permisos necesarios para los tramites de salud, es interesante buscar la información de cuáles son las perspectivas de vinculación laboral para las mujeres en cada ciudad.

Sugerencias

Según lo observado en cada ciudad cuáles estrategias consideran los investigadores que son las apropiadas para socializar información sobre VIH (eso incluye información sobre funcionamiento del sistema de salud).

1. ¿Qué se buscaría informar?
2. ¿A qué personas estaría destinada?
3. ¿Cómo se puede llegar a estas personas?
4. ¿Qué se busca que hagan las personas con la información?

Anexo G

Matriz de categorías de análisis de la información

Este instrumento fue elaborado para facilitar el análisis y posterior presentación de los resultados. En él se pueden identificar los tres niveles de vulnerabilidad propuestos en relación con las categorías de análisis de información. Esta matriz permite ubicar cada factor de vulnerabilidad identificado en el cruce entre nivel de vulnerabilidad y dimensión social.



Categorías Nivel de Vulnerabilidad	Relaciones Erótico afectivas	Vida Laboral y Nivel Educativo	Maternidad	Redes familiares y sociales	Violencia	Salud
Colectivo	Información, Normas sociales de género Peso de la religión en la forma como se vive la sexualidad	Políticas de inserción laboral y productiva Programas de educación formal y educativa Capacitaciones. Niveles de formación Requisito de la prueba para entrar al mundo laboral	Programas dirigidos a las mujeres en general	Redes sociales de mujeres para apoyo en temas que no son de VIH Iglesias como apoyo frente a la inexistencia de otras opciones Falta de apoyo familiar para dejar a hombres maltratadores.	Trabajo sexual Desplazamiento Violencia regional Organismos de vigilancia	Programas de Salud en general Criterios de servicio en salud Cobertura y acceso real al sistema de salud Ocultar diagnóstico para poder afiliarse a salud
	Políticas acerca de la monogamia y postergación del inicio de la vida sexual.		Grupos y programas de Mujeres alrededor de la maternidad VIH y maternidad.	Grupos de Autoapoyo Organizaciones de mujeres en VIH	Violencia sistémica Dificultades para acceder a la prueba Estigmatización Presión para revelar diagnóstico	Políticas públicas Enfoque de género Diagnóstico Estereotipos étnicos y de género Itinerarios Burocráticos Vínculos sociedad y sistema de salud Ausencia de programas Mercado negro de medicamentos Perfil técnico de los funcionarios. Oferta de información Subregistro
Individual	Sexualidad / Placer Fidelidad Uso de preservativo Amor, estabilidad y confianza como protección Negociaciones de pareja Bisexualidad Autonomía afectiva Preceptos morales Papel de los bienes materiales	Roles laborales Remuneración Relaciones productivas Independencia económica Autonomía laboral Nivel de estudios Doble jornada	Identidad femenina anclada a la maternidad Lógica del cuidado de los otros Hijos como excusa social Cuándo se informa a los hijos	Discriminación y soporte familiar Grupos sociales de apoyo Lugares de socialización	Coerción Sexualidad Uso de SPA Pérdida de redes sociales Violencia familiar Incorporación de la retórica de género que oculta la condición de maltrato e impide la búsqueda de apoyo.	Percepciones salud Asistencia a servicios de salud Percepciones de calidad del sistema de salud Doble protección Percepción VIH Información sobre VIH Diagnóstico, miedo a la prueba. VIH como evidencia de la infidelidad y la muerte.

Ciudades donde se realizó el estudio Factores de Vulnerabilidad de VIH en Mujeres

