

PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL:

Aportes para la Investigación y la Acción

**Unidad de Salud,
Sexualidad y Desarrollo
Humano, Universidad
Peruana Cayetano
Heredia**

**Instituto de Estudios
en Salud, Sexualidad y
Desarrollo Humano**

Carlos Cáceres y Ximena Salazar
EDITORES

Maziel Girón
Fernando Olivos
Griselda Pérez Luna
Clara Sandoval
Eddy Segura
Débora Zambrano



Organización Mundial
de la Salud



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL: Aportes para la Investigación y la Acción



**Unidad de Salud,
Sexualidad y
Desarrollo Humano,
Universidad Peruana
Cayetano Heredia**

**Instituto de Estudios
en Salud, Sexualidad y
Desarrollo Humano**

Carlos F. Cáceres y Ximena Salazar
EDITORES

*Maziel Girón
Fernando Olivos
Griselda Pérez Luna
Clara Sandoval
Eddy Segura
Débora Zambrano*

CP
HQ
12

P Promoción de la salud sexual: Aportes para la investigación y la acción / Coords. Carlos Cáceres y Ximena Salazar. -- Lima: UPCH, IESSDEH, 2009. 130 p.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / PROMOCIÓN DE LA SALUD / VIH / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

© 2009. Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH

Av. Armendáriz 445 – Lima 18 – Perú.

Telf.: + 51 1 203 3300

www.upch.edu.pe/faspa/ussdeh

© 2009. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano – IESSDEH

Av. Armendáriz 445 – Lima 18 – Perú.

Telf.: + 51 1 203 3333

www.iesdeh.org

Editores | Carlos F. Cáceres y Ximena Salazar

Corrección de estilo | Carlos F. Cáceres / Cecilia Ugaz

Coordinación de producción editorial | Fernando Olivos

Diseño | Fernando Olivos / Antonio Zegarra

Diagramación | Antonio Zegarra

Impresión | Lance Gráfico

Impreso en Lima – Perú

Primera edición: Noviembre de 2009

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°2009-14889

ISBN | 978-9972-806-74-2

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, salvo autorización expresa de los autores.

Esta publicación fue posible gracias a una donación del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

- 5 PRÓLOGO**
Dr. Enrique Ezcurra
- 9 INTRODUCCIÓN: LAS TAREAS PENDIENTES EN EL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL**
Carlos F. Cáceres y Ximena Salazar
- 17 PRIMERA PARTE
LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL**
Sistematizando el Análisis Situacional
- 19 La situación de la Promoción de la Salud Sexual en Lima: Un estudio con base en los indicadores de Salud Sexual de la OMS**
Eddy Segura, Ximena Salazar y Carlos F. Cáceres
- 41 SEGUNDA PARTE
SALUD SEXUAL**
Vulnerabilidades y Desafíos
- 43 “Pero no todas las mujeres somos así...” Género, sexualidad y vulnerabilidad frente al VIH en mujeres de barrios pobres de Lima, Perú.**
Maziel Girón
- 57 Guiones sexuales y percepciones sobre coerción sexual en los espacios de diversión de jóvenes en barrios de la costa peruana**
Clara Sandoval
- 71 Adherencia al Tratamiento Antirretroviral para VIH: Barreras estructurales, sentimientos incomprensidos y culturas autoritarias**
Débora Zambrano
- 87 TERCERA PARTE
PROMOVIENDO LA SALUD SEXUAL**
Experiencias desde la Ciudadanía y los Derechos
- 89 “Ciudadanía Sexual”: Articulando la investigación y el activismo para la vigencia de los derechos sexuales en América Latina**
Griselda Pérez Luna y Carlos F. Cáceres

101 Arte, activismo y cambio cultural: Nuevas sinergias para la acción
Fernando Olivos

115 SOBRE LOS Y LAS AUTORES/AS

117 SOBRE LAS INSTITUCIONES

119 ANEXO

PRÓLOGO

En mayo de 2004, 191 Estados Miembros que participaron en la Asamblea Mundial de la Salud, respaldaron la Estrategia de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Estrategia reconoce que la salud sexual y reproductiva constituye un elemento fundamental del marco de políticas necesario para reducir la pobreza, y que es esencial invertir en este ámbito de cara al desarrollo socioeconómico. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS ha elaborado documentos técnicos para apoyar a los países a evaluar los avances logrados a nivel nacional en la implementación de la mencionada Estrategia, avances que están íntimamente ligados a la consecución en el año 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Marco de Implementación de la Estrategia de la OMS en salud sexual y reproductiva es uno de estos documentos, y en el mismo se incluye un número importante de indicadores para cada uno de los temas comprendidos dentro del área de salud sexual y reproductiva, tomada esta en su sentido más holístico. La salud sexual no podía dejar de estar incluida en este esfuerzo por medir y evaluar de forma tangible los avances logrados por los países en este tema, tan controvertido, pero a su vez tan importante y consustancial al desarrollo humano más pleno de individuos, familias y comunidades.

El origen de esta publicación fue documentar el esfuerzo desarrollado por el equipo de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, dirigido por el Dr. Carlos F. Cáceres, para evaluar cuán factible resultaba el calcular los indicadores de salud sexual recomendados en el Marco de Implementación de la Estrategia. La primera parte de este libro se centra en los desafíos metodológicos que enfrentaron los investigadores para medir estos indicadores, las soluciones creativas que encontraron para poder llegar a cuantificar los mismos y la presentación de un grupo relevante de resultados que muestran, no solo la necesidad de seguir investigando y profundizando en esta área, sino de utilizar los resultados de estas y otras investigaciones en la formulación de políticas que faciliten el alcanzar niveles cada vez mayores y mejores de salud sexual y reproductiva para la población peruana.

Muy acertadamente, luego de la sistematización del análisis situacional basado en los indicadores de OMS, los autores incluyen en la segunda y tercera partes del libro, resultados de proyectos que arrojan una mirada a algunos determinantes socio-

culturales de la salud sexual y a experiencias locales para promoverla, bajo un marco con adecuado enfoque de género, de derechos y de interculturalidad.

No es frecuente que el título de un libro refleje de manera objetiva y contundente el contenido que el lector encontrará al irlo hojeando o estudiando detenidamente. En el caso que nos ocupa, el lector no será defraudado. He aquí una recopilación muy valiosa de aportes para la investigación y la acción para aquellos interesados en promover la salud sexual.

Ginebra, septiembre de 2009

*Dr. Enrique Ezcurra
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud*

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación ha sido posible gracias a una donación del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud para la difusión del Estudio de Validación de indicadores de Promoción de la Salud Sexual. Dicho estudio, que constituye uno de los contenidos centrales de este libro, fue también financiado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco de un esfuerzo de validación del conjunto de indicadores de salud sexual y reproductiva en colaboración con instituciones de varios países de la región.

Queremos manifestar nuestro más sincero agradecimiento a las personas sin cuyo apoyo no habríamos podido realizar este trabajo: la Dra. Lucy Del Carpio, Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Salud) y la Dra. Lourdes Palomino, Coordinadora de la Etapa de Vida Adolescente (Ministerio de Salud); asimismo, a los equipos de Salud Sexual y Reproductiva de los hospitales: Arzobispo Loayza, Cayetano Heredia, Dos de Mayo, Hipólito Unanue, Maria Auxiliadora, San Bartolomé y el Instituto Especializado Materno Perinatal.

Queremos, también, rendir homenaje al Dr. Enrique Ezcurra, quien culminará su trabajo en la OMS en diciembre de este año. Durante los 18 años de su período de servicio, Enrique ha realizado una tarea invaluable de promoción del desarrollo de la investigación y el entrenamiento en investigación en América Latina y el Caribe apoyando el fortalecimiento de centros de colaboración técnica, publicaciones e investigación académica y operacional. Quienes solíamos recibirlo en sus visitas a la región lo extrañaremos en ese papel, pero estamos seguros de que su inquieto trabajo seguirá dando frutos, y esperamos que nos siga visitando de otras maneras. Tampoco dudamos que su huella señala un camino que, dentro de OMS, otros podrán seguir en beneficio del desarrollo de este campo en nuestra región.

Lima, septiembre de 2009

Dr. Carlos F. Cáceres

*Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano
Universidad Peruana Cayetano Heredia*

Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano



INTRO

DUCCIÓN

LAS TAREAS PENDIENTES EN EL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL

Carlos F. Cáceres y Ximena Salazar

Aunque la salud sexual fue vista por largo tiempo como un componente de la salud reproductiva, la aparición de la epidemia de VIH/sida, la re-emergencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), y el creciente reconocimiento de la gravedad del fenómeno de la violencia sexual y del impacto de las disfunciones sexuales fueron creando la necesidad de abordar de maneras más explícitas los temas vinculados con la sexualidad y sus implicancias para la salud y el bienestar¹. Aunque la salud sexual está centralmente ligada a la salud reproductiva, su importancia a lo largo de todo el ciclo de vida justifica que sea tratada como un campo independiente.

Cada vez obtiene mayor consenso la idea de que la salud sexual es fundamental para la salud y el bienestar físico y emocional de las personas, y para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. Cuando se le enfoca de modo afirmativo, implica el derecho de todas y todos a acceder a información y opciones para procurar una vida sexual saludable y segura. Ahora bien, la posibilidad de que los hombres y las mujeres alcancen la salud y el bienestar sexual por su acceso no sólo a una adecuada atención de salud, sino también a una educación sexual integral. Más aún, depende de su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual, y de la presencia (o no) de un entorno social favorable (es decir, de marcos legales, políticas nacionales y entornos culturales que la favorezcan).

¹ Los riesgos para la salud sexual son diversos, e incluyen, entre otros, la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones del tracto reproductivo (ITR), así como sus posibles consecuencias relativas a cáncer ginecológico e infertilidad; asimismo, los embarazos no deseados y el aborto, las disfunciones sexuales, y la violencia sexual en todas sus formas.

SALUD SEXUAL, SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES

De acuerdo a las definiciones de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006), la salud sexual es "... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad o disfunciones. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos".

La salud sexual no puede ser definida, entendida u operacionalizada sin partir de una perspectiva amplia sobre la sexualidad, la cual es definida por el mismo documento como "... un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida, que incluye el sexo, identidades y papeles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, percepciones, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas. La sexualidad es influida por una interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales" (WHO, 2006).

También existe consenso sobre la necesidad de asegurar la protección y respeto de ciertos derechos humanos para alcanzar y mantener la salud sexual. Estos derechos humanos, usualmente llamados 'derechos sexuales', incluyen los derechos humanos ya reconocidos en las leyes de los países, los documentos internacionales sobre derechos humanos, y otros documentos de consenso. Aunque este concepto no es un concepto oficial del sistema de Naciones Unidas, la OMS también tiene una definición de trabajo sobre derechos sexuales: "Los derechos sexuales incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, al mayor nivel alcanzable de salud sexual, incluyendo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; a solicitar, recibir y difundir información relativa a sexualidad, a la educación en sexualidad, al respeto por la integridad corporal, a escoger a sus parejas, a decidir si son o no sexualmente activos/as, a relaciones sexuales y uniones consensuales, a decidir si tener hijos/as o no, y cuándo; y a procurar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera" (WHO, 2006).

PROMOVIENDO Y PROTEGIENDO LA SALUD SEXUAL

La promoción de la salud sexual debe idealmente responder a una política multisectorial, y no verse sólo como una responsabilidad del sector salud. Otros sectores clave incluyen la educación, las leyes y políticas, la economía, y la cultura y los medios:

Se puede usar cambios en leyes y políticas para apoyar acciones existentes en salud sexual o introducir nuevas, por ejemplo, garantizando la promoción, protección y provisión

de información y servicios en salud sexual. De acuerdo a los compromisos asumidos en tratados internacionales, los estados deberían tratar, por ejemplo, de proveer acceso universal a la atención de salud, o de asegurar el cumplimiento de los derechos de las personas viviendo con VIH a información y servicios libres de discriminación (Cook et al., 2003). La puesta en efecto de leyes y políticas puede mitigar las consecuencias del estigma y discriminación, incluyendo los relacionados a la sexualidad.

La educación sexual, asimismo, puede ofrecer conocimiento e información esenciales para contribuir a la salud sexual de las personas. En principio es importante que los y las jóvenes conozcan y asuman prácticas seguras y saludables, y disminuyan su riesgo a problemas de salud sexual tales como el embarazo no deseado, el aborto inseguro, las ITS y el VIH. Pero la educación sexual no solo ocurre en el sistema educativo, sino también a través de líderes de opinión (medios, iglesia), en los servicios de salud, y en la familia y comunidad. Una política efectiva de educación sexual debería partir de esta visión integrada y basarse en el logro de consensos entre estos distintos actores. Asegurar a los jóvenes el acceso a información sexual adecuada (es decir, exacta, basada en evidencia, libre de discriminación y sesgos de género), de modo de apoyarlos a que tengan la información necesaria para decidir sobre sus vidas sexuales es una de las formas más efectivas de mejorar la salud sexual en el largo plazo (Advocates for Youth, 2006; Alan Guttmacher Institute, 2006; SIECUS, 2006; UNESCO, 2005).

De otro lado, varios factores sociales y culturales, canalizados por la acción de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto, son fundamentales en el acceso a información y servicios de salud sexual. Esto abona más aún a la necesidad de políticas públicas multisectoriales en salud sexual, que promuevan el cambio cultural más amplio en aquello que tenga implicancias sobre la salud sexual. De lo contrario, las políticas educativas pueden generar rechazo social y llevar al fracaso de las mismas (por ejemplo, ver Katumba, 1990). En cambio, cuando la comunidad elige y acepta cambiar sus tradiciones hay mayor probabilidad de éxito (Reproductive Health Outlook, 2006; UNFPA, 2004).

La disponibilidad de recursos económicos es usualmente un factor limitante para la mejora de la salud sexual. Es claro que existe una relación directa entre conducta sexual, dinámicas de poder y dependencia financiera (Luke, Kurz, 2002), y que la sola disponibilidad de información y ciertos servicios de salud no necesariamente resulta en prácticas más sexualmente saludables (Kamali et al., 2003). Por ejemplo, mujeres o niñas en situación de pobreza pueden conocer sobre los riesgos de VIH e ITS pero de todos modos recurrir al trabajo sexual en ausencia de otras formas de obtener ingreso. En estos casos, la única forma de mejorar su situación en el largo plazo es mejorando su situación económica y reduciendo su dependencia (Entwhistle et al., 1986; Weiss, Rao Gupta, 1998).

Finalmente, se debe ofrecer servicios para mantener y recuperar la salud sexual de hombres y mujeres de todas las edades. Se debe capacitar al personal de salud

para detectar y resolver problemas de jóvenes y adultos de forma confidencial, y sin discriminación. Los principales servicios de salud sexual a considerarse incluyen: la entrega de información preventiva de la salud sexual para jóvenes, adultos y parejas; la consejería en sexualidad que aborde las preocupaciones o necesidades de las y los usuarios (desde su perspectiva), el despistaje y referencia para víctimas de la violencia sexual; la consejería voluntaria, despistaje, tratamiento y seguimiento para ITS incluyendo VIH; el diagnóstico, despistaje, tratamiento y seguimiento de infecciones del tracto reproductivo, cánceres reproductivos y sus consecuencias; el diagnóstico y manejo de la disfunción sexual; y la atención de aborto y post-aborto según la legislación vigente. Una sociedad sexualmente saludable requiere de servicios de salud sexual accesibles, aceptables y de buena calidad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN EL PERÚ: EXPERIENCIAS INSTITUCIONALES

El concepto de salud sexual en el Perú ha adquirido un carácter oficial a través de las políticas nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, que constituyen una Estrategia Sanitaria Nacional del Ministerio de Salud (MINSA, 2009). Igualmente, el Ministerio de Educación tiene una política de educación sexual (MINEDU, 2009) que han experimentado cambios en las dos últimas décadas. Una evaluación de las políticas nacionales de salud sexual y educación sexual está fuera del alcance de esta publicación (y, de manera integral, es una tarea pendiente en el país).

Durante la última década, sin embargo, nuestra Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y más recientemente el Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, asociado a la misma, han venido desarrollando acciones en investigación e intervención que contribuyen al estudio y la acción sobre la salud sexual. Una de ellas fue justamente un estudio encargado por la Organización Mundial de la Salud, como una validación de los Indicadores de Promoción de la Salud Sexual de la OMS. Dichos indicadores forman parte de un conjunto mayor de grupos de indicadores desarrollados por un Comité de Expertos convocados por dicha institución como propuesta para que cada país pueda monitorear sus niveles de salud sexual.

Una donación complementaria de la OMS para la publicación de dicho estudio nos pareció oportuna para compartir, simultáneamente, otras investigaciones vinculadas, así como la sistematización de dos experiencias para la acción por la salud sexual en la esfera de lo cultural, desde una perspectiva de derechos humanos.

SOBRE LOS TEXTOS INCLUIDOS EN ESTE VOLUMEN

Este volumen incluye tres secciones. La primera sección (La Promoción de la Salud Sexual – Sistematizando el Análisis Situacional) se centra en el estudio sobre la situación de los indicadores de salud sexual en Lima utilizando los indicadores de

salud sexual de la OMS, estudio que además permitió evaluar la factibilidad de utilización de los mismos. Este trabajo de Segura, Salazar y Cáceres fue realizado en Lima Metropolitana durante el año 2008.

La segunda sección (Salud Sexual: Vulnerabilidades y Desafíos) reúne tres artículos basados en investigaciones cualitativas, que abordan sendos temas clave para la salud sexual: factores de vulnerabilidad cultural, los significados en torno a la coerción, y el entendimiento de las prácticas de cuidado de la salud.

En el primero de ellos, Maziel Girón aborda la configuración de la vulnerabilidad de las mujeres por las prescripciones de género que determinan, entre otras cosas, su riesgo de adquirir VIH, debido a la restricción de sus posibilidades de comunicación y negociación sexual al interior de sus relaciones de pareja.

En el segundo, Clara Sandoval analiza los comportamientos y actitudes de hombres y mujeres jóvenes en espacios de diversión donde frecuentemente se da el consumo de alcohol, y la coerción sexual por parte de los jóvenes hombres hacia las mujeres. Sandoval analiza los significados que cada género asigna a este comportamiento, además de sus implicancias para su salud sexual y reproductiva.

Finalmente, Débora Zambrano nos ofrece un panorama acerca de las concepciones de varios actores acerca de lo que constituye adherencia al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) o tratamiento para el VIH. Zambrano nos muestra las dificultades existentes en los hospitales de Lima, así como las relaciones entre prestadores y usuarios. Como la autora misma afirma, estas corresponden a experiencias que “día a día están presentes silenciosamente en los usuarios, esperando que prontamente, se les escuche”.

La tercera sección (Promoviendo la Salud Sexual – Experiencias desde la Ciudadanía y los Derechos) aborda dos experiencias institucionales enfocadas en el logro de un entorno favorable para la salud sexual; una a través de la promoción del uso de evidencias para la generación de políticas y el trabajo de los activistas en salud y derechos sexuales; la otra, a través de la generación de experiencias de colaboración entre activistas, artistas y otros profesionales para el desarrollo de intervenciones de lo que se ha llamado ‘activismo cultural’ (Crimp, 1988).

En el primero, Griselda Pérez Luna examina el proyecto Ciudadanía Sexual implementado por la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (USSDH), ya concluido. Este proyecto respondía a las necesidades de aglutinar el trabajo académico y político en el campo de la salud sexual y reproductiva. Para ello desplegó una serie de herramientas conceptuales y técnicas que permitieron crear una amplia red de investigadores/as y activistas que aportara al desarrollo de esta temática.

Finalmente, en el segundo, Fernando Olivos sistematiza la intervención de arte/activismo cultural “Vivo con VIH” - Ponte la Camiseta contra el estigma y discriminación

hacia las personas que viven con VIH, y otras experiencias de arte y activismo cultural que le precedieron. En su artículo, Olivos realiza un recuento del proceso creativo de la intervención, así como de las principales actividades que implicó; de manera ilustrativa realiza un recorrido por cada etapa de la intervención, la cual logró involucrar, para un mismo objetivo, a artistas, activistas y académicos.

Confiamos en que esta publicación contribuirá a retomar la discusión local sobre la promoción de la salud sexual, y potencialmente también a impulsar la investigación, el desarrollo, implementación y monitoreo de políticas públicas, y la acción de la sociedad civil para el cambio.

REFERENCIAS

Advocates for Youth (2006).

http://www.advocatesforyouth.org/publications/sciencesuccess_developing_es.htm (Acceso el 20 de agosto de 2006).

Alan Guttmacher Institute (2006).

<http://www.agi-usa.org> (Accessed 20 august 2006).

Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. (2003).

Reproductive health and human rights. Oxford: Clarendon Press.

Crimp D. (1988).

AIDS: Cultural analysis, cultural activism. Boston, MA: MIT Press.

Entwhistle B, Mason W, Mermalin B. (1986).

The multilevel dependence of contraceptive use on socioeconomic development and family planning program strength. *Demography*, 23(2): 199-216.

Katumba R. (1990).

Kenyan elders defend circumcision. *Development Forum*, september: 17.

Luke N, Kurz K. (2002).

Cross generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa: prevalence of behavior and implications for negotiating safer sexual practices. Washington, DC: International Center for Research on Women (http://www.icrw.org/docs/CrossGenSex_report_902.pdf).

Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, Kinsman J, Kengeya-Kayondo J, Gopal R, Ojwiya A, Hughes P, Carpenter LM, Whitworth J. (2003).

Syndromic management of STIs and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*; 361(9358):645-652.

Ministerio de Educación (2009).

http://ditoe.minedu.gob.pe/ditoe/linea_accion.php (Acceso el 10 de septiembre de 2009).

Ministerio de Salud (2009).

<http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/05ESN-SaludSexual/esn-ssrnivint.asp> (Acceso el 6 de septiembre de 2009).

Reproductive Health Outlook (2006).

http://www.rho.org/html/hthps_overview.htm (Acceso el 20 de agosto de 2006).

SIECUS (2006).

<http://www.siecus.org> (Acceso el 20 de agosto 2006).

UNESCO (2005).

Focusing resources on effective school health. http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=36705&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (Acceso en noviembre 2007).

UNFPA (2004).

Using culturally sensitive approaches to achieve universal goals: Lessons from the field. New York: United Nations Population Fund.

Weiss E, Rao Gupta G. (1998).

Bridging the gap: addressing gender and sexuality in HIV prevention. Washington, DC: International Center for Research on Women.

WHO (2006).

Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization.

PRIMERA PARTE



La Promoción de la Salud Sexual *Sistematizando el Análisis Situacional*

LA SITUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN LIMA: UN ESTUDIO CON BASE EN LOS INDICADORES DE SALUD SEXUAL DE LA OMS

Eddy Segura, Ximena Salazar y Carlos F. Cáceres

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2004 hubo dos millones de muertes debidas al VIH/sida, 128,000 muertes debidas a otras infecciones de transmisión sexual, y 527,000 por condiciones maternas o asociadas al parto en todo el mundo (OMS, 2008). En general, se estima que los problemas de salud sexual y reproductiva representan el 20% y 14% de la carga de mala salud en mujeres y hombres respectivamente (OMS, 2004a). Ante esta situación la OMS adoptó la Primera Estrategia Mundial para la Salud Reproductiva (OMS, 2007) en su asamblea número 57 celebrada en Mayo del 2004 (OMS, 2004b). Esta estrategia, cuya finalidad es mejorar la salud reproductiva y sexual, se centra en cinco aspectos prioritarios: mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos los servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cérvico-uterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual.

Estos cinco aspectos prioritarios, y las actividades a ellos asociadas, están dirigidos a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2008) y otros objetivos y metas internacionales relacionados con la salud reproductiva, en especial los que

se establecieron en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 en El Cairo y su conferencia de seguimiento en el año 1999.

Una parte crucial de esta estrategia es la formulación de indicadores generados para los niveles local, regional y nacional, con la finalidad de que las estrategias de monitoreo y evaluación sean implementadas en su totalidad, asegurando el cumplimiento de las metas del programa. Así, en los últimos años la OMS ha convocado a expertos internacionales que han consensuado un conjunto de indicadores que se proponen evaluar cada uno de los aspectos de la salud sexual señalados arriba.

En este contexto, por encargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ejecutó una investigación operativa referida al quinto aspecto prioritario: “Promoción de la salud sexual” cuyos indicadores propuestos por la OMS se enfocan principalmente en población adolescente. Los objetivos de este estudio fueron: 1) Evaluar la situación basal de estos indicadores de promoción de la salud sexual en la población de la ciudad de Lima, y 2) Valorar la factibilidad de su implementación periódica en el contexto peruano.

MÉTODOS

Diseño, población de inferencia ideal y población objetivo de estudio

Se desarrolló un estudio de tipo transversal (encuesta domiciliaria), en 4 distritos de las zonas norte y sur de Lima Metropolitana. La población de inferencia ideal estuvo compuesta por adultos, jóvenes y adolescentes, tanto hombres como mujeres, que vivieran en el departamento de Lima. La población objetivo a la cual podrían generalizarse los hallazgos, estaría conformada por la población de los distritos de Comas, Rímac, Villa María del Triunfo y Ate.

Población de estudio y criterios de exclusión e inclusión

La población del estudio, a la cual se aplicó la encuesta domiciliaria, estuvo constituida por una sub-población de la población objetivo sometida. Se incluyó a sujetos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1) Tener entre 12 y 45 años, y 2) Ser residente habitual del distrito. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) No disposición a someterse a una entrevista con el personal del estudio, y 2) No disposición a proveer autorización por escrito para participar en el estudio (o por el padre/madre/tutor en caso de menores de edad).

Diseño, reclutamiento de la población de estudio y tamaño muestral

Los participantes fueron reclutados e invitados a participar a partir de una muestra de hogares, utilizando un muestreo probabilístico de viviendas (trietápico y por conglomerados) a partir de los marcos de referencia geográficos que se obtuvieron

del Instituto Nacional de Estadística e Informática. En los domicilios, las poblaciones objetivo fueron: 1) Adolescentes de 12 a 19 años, 2) Jóvenes entre 20 y 24 años, y 3) Adultos de 25 a 45 años. Las entrevistas se desarrollaron entre abril y mayo de 2008. Para estimar el tamaño muestral se consideró los indicadores solicitados como variables binomiales. El tamaño muestral mínimo estimado para cada uno de los tres grupos de edad fue de 336 personas, lo que permitió establecer el valor de los indicadores calculados con un margen de error del 6.5% en cada grupo de edad, y establecer comparaciones entre grupos de edad que permitiera detectar diferencias de al menos 15%, con un nivel de significancia estadística de 0.025 (penalizado por comparaciones múltiples), 80% de poder y considerando un efecto de diseño, estimado a priori, de 1.50 por ser un muestreo de tipo complejo.

Aprobación ética y recolección de datos

La aprobación para la ejecución del estudio, del protocolo y sus instrumentos fue concedida por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Perú). Luego de aceptar la invitación a participar voluntariamente en el estudio, todos los participantes fueron sometidos a un proceso de consentimiento informado a cargo del personal del estudio donde fueron explicados todos los procedimientos y riesgos. Aquellos que confirmaron su voluntad de participar entregaron aprobaciones por escrito y firmadas a los encuestadores, mientras una copia idéntica quedó en poder de los participantes.

El personal del estudio fue entrenado para administrar al participante un cuestionario estructurado en condiciones que garantizarán la confidencialidad de los datos recogidos. El cuestionario estructurado recoge datos sobre características sociodemográficas, educación sexual recibida en la escuela, relaciones sexuales, uso del condón y anticonceptivos orales, y antecedentes de relaciones sexuales bajo coerción y forzadas.

Variables de estudio

Las principales variables de interés fueron los indicadores sobre promoción de la salud sexual, que fueron tratados como variables binarias. Estas fueron propuestas por la Estrategia de Salud Reproductiva de la OMS, y sus definiciones conceptuales y operacionales, propuestas por el equipo de investigación, se muestran en la Tabla 1.

TABLA 1. INDICADORES SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL: DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

N° del indicador	Nombre del indicador	Definición conceptual (propuesta)	Definición operacional (propuesta)
1	Porcentaje de adolescentes que han recibido educación sobre salud sexual en la escuela.	Proporción de adolescentes (escolares) que han recibido información sobre salud sexual durante la educación secundaria en escuelas nacionales.	<p>Adolescentes: Personas de 12 a 19 años sub-clasificados por nivel actual de estudios.</p> <p>Basado en información sobre salud sexual: Verificación de conceptos clave, fuente de información (escuela, amigos, etc.).</p> <p>Fórmula: $\frac{\# \text{ adolescentes c/información.}}{\# \text{ adolescentes entrevistados.}}$</p>
2	Porcentaje de hombres y mujeres que han sido víctimas de sexo coercitivo o forzado (por ejemplo, violación, violación por obra de acompañante o violencia doméstica).	Proporción de adolescentes, jóvenes y adultos víctimas de situaciones descritas.	<p>Adolescentes (12-19 años). Jóvenes (20-24 años). Adultos (25-45 años).</p> <p>Basado en identificación de situaciones o escenarios previamente experimentados.</p> <p>Fórmula: $\frac{\# \text{ personas con experiencias.}}{\# \text{ personas entrevistadas.}}$</p>
3	Porcentaje de adolescentes que han practicado alguna vez relaciones sexuales.	Proporción de adolescentes que han tenido al menos una relación sexual (iniciados sexualmente).	<p>Adolescentes (12-19 años).</p> <p>Basado en experiencia de relaciones sexuales (RS) alguna vez y en los últimos 3 meses.</p> <p>Fórmulas: $\frac{\# \text{ adolescentes con RS.}}{\# \text{ adolescentes entrevistados.}}$ $\frac{\# \text{ adolescentes con RS en últimos 3 meses.}}{\# \text{ adolescentes iniciados sexualmente.}}$</p>

N° del indicador	Nombre del indicador	Definición conceptual (propuesta)	Definición operacional (propuesta)
4	Porcentaje de adolescentes sexualmente iniciados que utilizaron anticonceptivos en su primera/última relación sexual.	Proporción de adolescentes que han tenido al menos una relación sexual y que utilizaron anticonceptivos en la primera y en la última RS.	Adolescentes (12-19 años). Basado en experiencia de relaciones sexuales (RS) alguna vez, durante los últimos 3 meses y uso de anticonceptivos en primera y última relación sexual. Fórmula: $\frac{\# \text{ de adolescentes que han usado anticonceptivos en primera y última relación.}}{\# \text{ de adolescentes iniciados sexualmente.}}$
5	Porcentaje de adolescentes solteros sexualmente activos y que utilizan preservativos sistemáticamente.	Proporción de adolescentes solteros que han tenido al menos una relación sexual y que usan preservativos.	Adolescentes (12-19 años). Basado en uso de preservativo en primera y última relación sexual como definición de uso sistemático. Fórmula: $\frac{\# \text{ de adolescentes que usa preservativos sistemáticamente.}}{\# \text{ de adolescentes iniciados sexualmente.}}$
6	Edad al contraer matrimonio (en hombres y mujeres).	Edad mediana al momento del matrimonio civil (no religioso) y/o inicio de convivencia doméstica.	Adolescentes (12-19 años). Jóvenes (20-24 años). Adultos (25-45 años). Basado en edad reportada. Fórmula: Mediana de la edad reportada.
7	Edad de la primera relación sexual.	Edad mediana al momento de la primera relación sexual.	Adolescentes (12-19 años). Jóvenes (20-24 años). Adultos (25-45 años). Basado en edad reportada. Fórmula: Mediana de la edad reportada.

Procesamiento y análisis de los datos

Se realizó un análisis principalmente de tipo descriptivo, y fueron calculadas las frecuencias de todas las variables medidas. El análisis se realizó utilizando el programa STATA versión 10.0 (Stata Corporation; College Station, TX).

HALLAZGOS

Durante los meses de abril y mayo de 2008 se realizó la encuesta domiciliaria en 4 distritos de Lima Metropolitana. Se entrevistó a 1012 personas, cuyas principales características demográficas se muestran en la Tabla 2.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS BÁSICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=1012)

Grupo poblacional	n	SEXO		Mediana	EDAD		
		Femenino	Masculino		Rango IC	Media	DE
Adolescentes (12-19 años)	335	178 (53.2%)	157 (46.8%)	16	14-18	15.9	2.2
Jóvenes (20-24 años)	338	199 (58.9%)	139 (41.1%)	22	21-24	22	1.5
Adultos (25-45 años)	339	244 (72.0%)	95 (28.0%)	36	29-43	36.3	7.5
Total	1012	621 (61.4%)	391 (38.6%)	22	18-30	24.8	9.7

n: número de personas; Rango IC: rango intercuartílico (del percentil 25 al percentil 75); DE: desviación estándar.

En general, la mayor parte de los participantes pertenece al sexo femenino y esta diferencia es más notoria en los grupos de edades mayores. A continuación se presentan los estimados para cada uno de los indicadores:

Indicador 1:

Porcentaje de adolescentes que han recibido educación sobre salud sexual en la escuela.

Para estimar este indicador concentramos el análisis en el primer grupo de edad, utilizando nuestra propuesta para una definición operacional de educación en salud sexual. La distribución de los 335 adolescentes de acuerdo a su situación actual de estudio se muestra en la Tabla 3:

TABLA 3: SITUACIÓN DE ESTUDIOS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE (N=355)

Situación actual	n	%
Actualmente en la escuela	189	56.4
Actualmente en academia	34	10.2
Actualmente en instituto	24	7.1
Actualmente en universidad	12	3.6
Actualmente no esta estudiando	76	22.7
Total	335	100%

n: numero de personas; %: porcentaje

La mayor parte de los adolescentes entrevistados aun se encontraba cursando educación básica. Para el cálculo del indicador preguntamos a los entrevistados, si durante el colegio habían recibido charlas, clases o sesiones similares sobre cada uno de los siguientes temas: sexualidad humana, orientación sexual, identidad sexual, relaciones sexuales, sexo seguro, métodos anticonceptivos, uso del condón, reproducción humana, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, masturbación, y salud sexual.

El número de temas sobre los que los adolescentes entrevistados reportaron haber escuchado o discutido durante sus periodos de estudios (Tabla 4) y en el último año de educación escolar al que asistieron (Tabla 5) se distribuye de la siguiente manera:

TABLA 4: NÚMERO DE TEMAS SOBRE EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL REPORTADOS POR ADOLESCENTES Y RECIBIDOS ALGUNA VEZ DURANTE EL COLEGIO (N=335)

Número de temas escuchados en el colegio alguna vez	Número de adolescentes reportantes	Porcentaje
12	190	56.7%
11	32	9.6%
10	18	5.4%
9	12	3.6%
8	13	3.9%
7	5	1.5%
6	9	2.7%
5	4	1.2%
4	6	1.8%
3	2	0.6%
2	7	2.0%
1	15	4.5%
0	22	6.5%
Total	335	100.0%

TABLA 5: NÚMERO DE TEMAS SOBRE EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL REPORTADOS POR ADOLESCENTES Y RECIBIDOS EL ÚLTIMO AÑO DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR (N=335)

Número de temas escuchados en el colegio alguna vez	Número de adolescentes reportantes	Porcentaje
12	174	52.0%
11	25	7.5%
10	26	7.8%
9	17	5.1%
8	13	3.9%
7	5	1.5%
6	7	2.1%
5	3	0.9%
4	4	1.2%
3	3	0.9%
2	9	2.7%
1	12	3.6%
0	37	10.8%
Total	335	100.0%

Para el cálculo del indicador se consideró que el reporte de haber recibido más de 6 de estos temas era equivalente a haber recibido educación sexual en la escuela. Esta información es importante para la interpretación. A continuación se muestra el cálculo total del indicador y desagregado por situación actual de estudios.

TABLA 6: EDUCACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL, RECIBIDA POR LOS ADOLESCENTES DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR, DE ACUERDO A LA SITUACIÓN ACTUAL DE ESTUDIOS (N=335)

Situación actual	Número de personas	Recibió educación sexual alguna vez durante el periodo escolar	Recibió educación sexual durante el último año de estudios en la escuela
Actualmente en la escuela	189	147 (77.8%)	144 (76.9%)
Actualmente en academia	34	33 (97.0%)	29 (85.3%)
Actualmente en instituto	24	20 (83.3%)	21 (87.5%)
Actualmente en universidad	12	11 (91.7%)	11 (91.7%)
Actualmente no esta estudiando	76	59 (77.6%)	55 (72.4%)
Total	335	270 (80.6%)	260 (77.6%)

Los porcentajes obtenidos para el período escolar y el último año son bastantes similares. A continuación se presentan los resultados desagregados por sexo:

TABLA 7: EDUCACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL RECIBIDA POR LOS ADOLESCENTES DEL SEXO MASCULINO DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR, DE ACUERDO A LA SITUACIÓN ACTUAL DE ESTUDIOS (N=157)

Situación actual	Número de personas	Recibió educación sexual alguna vez durante el período escolar	Recibió educación sexual durante el último año de estudios en la escuela
Actualmente en la escuela	91	69 (75.8%)	67 (73.6%)
Actualmente en academia	18	18 (100.0%)	16 (88.9%)
Actualmente en instituto	6	5 (83.3%)	5 (83.3%)
Actualmente en universidad	7	6 (85.7%)	6 (85.7%)
Actualmente no esta estudiando	35	32 (91.4%)	30 (85.7%)
Total	157	130 (82.8%)	124 (78.9%)

TABLA 8: EDUCACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL RECIBIDA POR LOS ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERÍODO ESCOLAR DE ACUERDO A LA SITUACIÓN ACTUAL DE ESTUDIOS (N=178)

Situación actual	Número de personas	Recibió educación sexual alguna vez durante el período escolar	Recibió educación sexual durante el último año de estudios en la escuela
Actualmente en la escuela	98	78 (79.6%)	75 (76.5%)
Actualmente en academia	16	15 (93.7%)	13 (81.3%)
Actualmente en instituto	18	15 (83.3%)	16 (88.9%)
Actualmente en universidad	5	5 (100.0%)	5(100.0%)
Actualmente no esta estudiando	41	27 (65.9%)	25(61.0%)
Total	178	140 (78.7%)	134 (75.3%)

En estos resultados se aprecia que el reporte de haber recibido educación sexual durante el período escolar es igual para hombres y mujeres.

Indicador 2:**Porcentaje de hombres y mujeres que han sido víctimas de sexo coercitivo o forzado**

Para la estimación de este indicador, utilizamos diversos escenarios sobre violencia sexual y sexo forzado o coercitivo (alguna vea sexo forzado con uso de fuerza, sexo forzado bajo amenazas, actos sexuales contra la voluntad, y cualquier forma de coerción) los cuales nos permitieron estimar una medida resumen. Las Tablas 9, 10 y 11 presentan esta información para la población general (T. 9) y segregados por género (T. 10 y 11):

TABLA 9: FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=1012)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Alguna vez tuvo sexo obligado*	Alguna vez tuvo sexo obligado con uso de fuerza*	Alguna vez tuvo sexo forzado por amenazas*	Alguna vez tuvo actos sexuales contra su voluntad*	Tuvo cualquier forma de coerción sexual o sexo forzado, alguna vez*
Adolescentes (12-19 años)	335	71 (21.2%)	9 (12.7%)	7 (9.8%)	5 (7.0%)	6 (8.5%)	10 (14.1%)
Jóvenes (20-24 años)	338	281 (83.1%)	19 (6.8%)	16 (5.7%)	11 (4.0%)	8 (2.9%)	20 (7.1%)
Adultos (25-45 años)	339	332 (97.9%)	43 (12.9%)	33 (10.0%)	21 (6.3%)	13 (4.0%)	44 (13.3%)
Total	1012	684 (67.6%)	71 (10.4%)	56 (8.2%)	37 (5.4%)	27 (4.0%)	74 (10.8%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

A continuación se muestra la distribución por sexo:

TABLA 10: FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE SEXO MASCULINO (N=391)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Alguna vez tuvo sexo obligado*	Alguna vez tuvo sexo obligado con uso de fuerza*	Alguna vez tuvo sexo forzado por amenazas*	Alguna vez tuvo actos sexuales contra su voluntad*	Tuvo cualquier forma de coerción sexual o sexo forzado, alguna vez*
Adolescentes (12-19 años)	157	41 (26.1%)	3 (7.3%)	1 (2.4%)	3 (7.3%)	1 (2.4%)	3 (7.3%)
Jóvenes (20-24 años)	139	113 (81.3%)	5 (4.4%)	2 (1.7%)	2 (1.7%)	2 (1.7%)	5 (4.4%)
Adultos (25-45 años)	95	93 (97.9%)	7 (7.5%)	3 (3.2%)	4 (4.3%)	0 (0.0%)	7 (7.5%)
Total	391	247 (63.2%)	15 (6.1%)	6 (2.4%)	9 (3.6%)	3 (1.2%)	15 (6.1%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

TABLA 11: FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE SEXO FEMENINO (N=621)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Alguna vez tuvo sexo obligado*	Alguna vez tuvo sexo obligado con uso de fuerza*	Alguna vez tuvo sexo forzado por amenazas*	Alguna vez tuvo actos sexuales contra su voluntad*	Tuvo cualquier forma de coerción sexual o sexo forzado, alguna vez*
Adolescentes (12-19 años)	178	30 (16.8%)	6 (20.0%)	6 (20.0%)	2 (6.6%)	5 (6.7%)	7 (23.3%)
Jóvenes (20-24 años)	199	168 (84.4%)	14 (8.3%)	14 (8.3%)	9 (5.4%)	6 (3.6%)	15 (8.9%)
Adultos (25-45 años)	244	234 (97.9%)	36 (15.1%)	30 (12.3%)	17 (7.1%)	13 (5.4%)	37 (15.5%)
Total	621	437 (70.4%)	56 (12.8%)	50 (11.4%)	28 (6.4%)	24 (5.5%)	59 (13.5%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

En estos resultados se puede observar que la violencia sexual, medida como reporte de experiencias de coerción sexual o sexo forzado, es mayor en mujeres que en hombres, y entre las mujeres el grupo de adolescentes es el más afectado.

Indicador 3:

Porcentaje de adolescentes que han tenido alguna vez relaciones sexuales

Este indicador se estima para determinar la población sexualmente iniciada, y permite realizar el ajuste para el cálculo de los siguientes indicadores. El indicador también se estimó para los otros grupos poblacionales sólo con fines referenciales.

TABLA 12: ANTECEDENTES DE INICIO SEXUAL Y ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=1012)

Grupo poblacional	Número de personas	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Tuvo relaciones sexuales en los últimos 3 meses*
Adolescentes (12-19 años)	335	71 (21.2%)	33 (46.5%)
Jóvenes (20-24 años)	338	281 (83.1%)	215 (76.2%)
Adultos (25-45 años)	339	332 (97.9%)	262 (78.9%)
Total	1012	684 (67.6%)	510 (74.6%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

Como es esperable, la experiencia de inicio sexual se reporta con mayor frecuencia en grupos de edad mayores. A continuación se presentan los indicadores desagregados por sexo.

TABLA 13: ANTECEDENTES DE INICIO SEXUAL Y ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE EN LA POBLACIÓN DE SEXO MASCULINO (N=391)

Grupo poblacional	Número de personas	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Tuvo relaciones sexuales en los últimos 3 meses*
Adolescentes (12-19 años)	157	41 (26.1%)	19 (46.3%)
Jóvenes (20-24 años)	139	113 (81.3%)	85 (75.2%)
Adultos (25-45 años)	95	93 (97.9%)	80 (86.0%)
Total	391	247 (63.2%)	184 (74.5%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

TABLA 14: ANTECEDENTES DE INICIO SEXUAL Y ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE EN LA POBLACIÓN DE SEXO FEMENINO (N=621)

Grupo poblacional	Número de personas	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Tuvo relaciones sexuales en los últimos 3 meses*
Adolescentes (12-19 años)	178	30 (16.8%)	14 (46.7%)
Jóvenes (20-24 años)	199	168 (84.4%)	130 (77.4%)
Adultos (25-45 años)	244	234 (97.9%)	182 (76.2%)
Total	621	437 (70.4%)	326 (74.6%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

Apreciamos que es mayor la proporción de adolescentes varones que reporta haberse iniciado sexualmente, en comparación con las mujeres. Estas diferencias desaparecen en los otros grupos de edad.

Indicador 4:***Porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente que utilizaron anticonceptivos en su primera y última relación sexual***

Para estimar el indicador se diferenció el uso reportado de anticonceptivos en diferentes momentos (inicio de la vida sexual y última relación sexual). También se construyó una medida resumen a partir de las experiencias previas. El indicador también se estimó para los otros grupos poblacionales sólo con fines referenciales. La siguiente tabla muestra el reporte sobre el uso de píldoras anticonceptivas para todos los participantes, donde los participantes adolescentes varones reportan el uso de anticonceptivos orales por parte de su pareja sexual femenina. Finalmente, se presentan los datos reportados solamente por la población femenina.

TABLA 15: USO DE PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS REPORTADO POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=1012)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Uso de anticonceptivos en primera relación*	Uso de anticonceptivos en última relación*	Uso de anticonceptivos en primera y última relación*
Adolescentes (12-19 años)	335	71 (21.2%)	4 (5.6%)	5 (7.0%)	3 (4.2%)
Jóvenes (20-24 años)	338	281 (83.1%)	15 (5.3%)	29 (10.3%)	6 (2.1%)
Adultos (25-45 años)	339	332 (97.9%)	4 (1.2%)	35 (10.5%)	0 (0.0%)
Total	1012	684 (67.6%)	23 (3.4%)	69 (10.1%)	9 (1.3%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

A continuación se muestra el reporte para el grupo de sexo femenino:

TABLA 16: USO DE PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS REPORTADO POR LA POBLACIÓN DE SEXO FEMENINO (N=621)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Uso de anticonceptivos en primera relación*	Uso de anticonceptivos en última relación*	Uso de anticonceptivos en primera y última relación*
Adolescentes (12-19 años)	178	30 (16.8%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)
Jóvenes (20-24 años)	199	168 (84.4%)	9 (5.4%)	17 (10.1%)	3 (1.8%)
Adultos (25-45 años)	244	234 (97.9%)	4 (1.6%)	22 (9.2%)	0 (0.0%)
Total	621	437 (70.4%)	13 (3.0%)	39 (8.9%)	3 (0.7%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

En la tabla previa apreciamos que las adolescentes mujeres reportan no haber utilizado anticonceptivos orales en los encuentros sexuales de referencia. Solamente el grupo de mujeres jóvenes (referencial) reportó, aunque en una baja proporción, el uso de este método y en esta manera.

Indicador 5:

Porcentaje de adolescentes solteras sexualmente activas, que utilizaron preservativos en su primera y última relación sexual

Para estimar el indicador se diferenció el uso reportado de preservativos en diferentes momentos (inicio de la vida sexual y última relación sexual). También se construyó una medida resumen a partir de las experiencias previas. El indicador también se estimó para los otros grupos poblaciones sólo con fines referenciales. La siguiente tabla (17) muestra el reporte sobre el uso de preservativos por todos los participantes, donde las participantes adolescentes mujeres reportan el uso de preservativo por parte de su pareja sexual masculina. Finalmente se presentan los datos reportados solamente por la población masculina (Tabla 18), la población total soltera (Tabla 19) y la población masculina soltera (Tabla 20).

TABLA 17: USO DE PRESERVATIVOS REPORTADO POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=1012)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Uso de preservativo en primera relación*	Uso de preservativo en última relación*	Uso de preservativo en primera y última relación*
Adolescentes (12-19 años)	335	71 (21.2%)	31 (43.7%)	34 (47.9%)	20 (28.2%)
Jóvenes (20-24 años)	338	281 (83.1%)	84 (29.9%)	95 (33.8%)	44 (15.6%)
Adultos (25-45 años)	339	332 (97.9%)	48 (14.5%)	63 (19.0%)	17 (5.1%)
Total	1012	684 (67.6%)	163 (23.8%)	192 (28.0%)	81 (11.9%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

TABLA 18: USO DE PRESERVATIVOS REPORTADO POR LA POBLACIÓN DE SEXO MASCULINO (N=391)

Grupo poblacional	n	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Uso de preservativo en primera relación*	Uso de preservativo en última relación*	Uso de preservativo en primera y última relación*
Adolescentes (12-19 años)	157	41 (26.1%)	23 (56.1%)	24 (58.5%)	15 (36.6%)
Jóvenes (20-24 años)	139	113 (81.3%)	38 (33.7%)	49 (43.4%)	25 (22.1%)
Adultos (25-45 años)	95	93 (97.9%)	20 (21.5%)	30 (32.3%)	10 (10.8%)
Total	391	247 (63.2%)	81 (32.8%)	103 (41.7%)	50 (20.2%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

TABLA 19: USO DE PRESERVATIVOS REPORTADO POR LA POBLACIÓN SOLTERA DEL ESTUDIO (N=503)

Grupo poblacional	n	Solteros de ambos sexos	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Uso de preservativo en primera relación*	Uso de preservativo en última relación*	Uso de preservativo en primera y última relación*
Adolescentes (12-19 años)	335	292 (87.2%)	40 (56.3%)	17 (42.5%)	21 (52.5%)	10 (25.0%)
Jóvenes (20-24 años)	338	163 (48.2%)	111 (39.5%)	36 (32.4%)	51 (46.0%)	30 (27.0%)
Adultos (25-45 años)	339	48 (14.2%)	42 (12.7%)	13 (31.0%)	15 (35.7%)	8 (19.1%)
Total	1012	503 (49.7%)	193 (28.2%)	66 (34.2%)	87 (45.0%)	48 (24.9%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

TABLA 20: USO DE PRESERVATIVOS POR LA POBLACIÓN SOLTERA DEL SEXO MASCULINO (N=244)

Grupo poblacional	n	Solteros de ambos sexos	Alguna vez tuvo relaciones sexuales	Uso de preservativo en primera relación*	Uso de preservativo en última relación*	Uso de preservativo en primera y última relación*
Adolescentes (12-19 años)	335	136 (40.6%)	27 (19.9%)	14 (51.9%)	8 (29.6%)	8 (29.6%)
Jóvenes (20-24 años)	338	87 (25.7%)	62 (71.3%)	23 (37.1%)	32 (51.6%)	19 (30.6%)
Adultos (25-45 años)	339	21 (6.2%)	19 (90.5%)	9 (47.4%)	11 (57.9%)	6 (31.6%)
Total	1012	244 (24.1%)	108 (44.3%)	46 (42.6%)	59 (54.6%)	33 (30.6%)

*Entre aquellas personas del mismo grupo que reportaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez.

Esta información indica que el reporte del uso de preservativo, en general, es mucho mayor que el de anticonceptivos orales en toda la muestra estudiada de adolescentes. Aproximadamente un tercio de los adolescentes solteros y sexualmente activos reporta el uso de preservativo en los encuentros sexuales de referencia utilizados para construir el indicador.

Indicador 6:

Edad al contraer matrimonio

En este cálculo consideramos a dos subgrupos de estado civil: casados (matrimonio civil) y convivientes (pareja doméstica). Para la estimación del indicador se consideró a ambos grupos y por separado.

TABLA 21: EDAD AL MOMENTO DEL MATRIMONIO O INICIO DE CONVIVENCIA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=1012)

Grupo poblacional	n	Casados (n=143)	EDAD DE UNIÓN (CASADOS)			
			Mediana	Rango IQ	Media	DE
Adolescentes (12-19 años)	335	2 (0.6%)	18	18-18	18	0
Jóvenes (20-24 años)	338	12 (3.5%)	21	19-23	20.5	2
Adultos (25-45 años)	339	129 (38.1%)	23	20-27	23.7	5
Total	1012	143 (14.1%)	22	20-26	23.3	5
Grupo poblacional	n	Convivientes (n=143)	EDAD DE UNIÓN (CONVIVIENTES)			
			Mediana	Rango IQ	Media	DE
Adolescentes (12-19 años)	335	12 (3.6%)	17	16-18	17	1.1
Jóvenes (20-24 años)	338	101 (29.9%)	20	18-20	19.4	1.77
Adultos (25-45 años)	339	125 (36.9%)	21	19-24	22	4.9
Total	1012	238 (23.5%)	20	18-22	20.6	4
Grupo poblacional	n	Casados y Convivientes (n=143)	EDAD DE UNIÓN (AMBOS)			
			Mediana	Rango IQ	Media	DE
Adolescentes (12-19 años)	335	14 (4.2%)	17	17-18	17.1	1
Jóvenes (20-24 años)	338	113 (33.4%)	20	18-21	19.5	2
Adultos (25-45 años)	339	354 (63.6%)	22	20-25	22.9	2
Total	1012	381 (37.6%)	20	19-23	21.6	5

Aunque este indicador se calcula para toda la muestra estudiada, es importante hacer distinciones por grupo de edad. Los adolescentes, que representan generaciones más recientes, reportan haber iniciado una convivencia de pareja o matrimonio en edades más tempranas que los jóvenes y adultos, quienes a su vez representan generaciones previas. Dichas edades reflejan, sin embargo, la realidad de aquellos que ya han formado uniones, los que entre los adolescentes constituyen una subpoblación muy pequeña.

Indicador 7:
Edad de la primera relación sexual

La Tabla 22 presenta la edad de la primera relación sexual para cada uno de los grupos poblacionales.

TABLA 22: EDAD DE INICIO SEXUAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Grupo poblacional	n	Alguna vez relaciones sexuales	EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL				
			Mediana	Rango IC	Rango	Media	DE
Adolescentes (12-19 años)	335	71 (21.2%)	16	15-17	6-19	15.7	2.1
Jóvenes (20-24 años)	338	281 (83.1%)	17	16-19	8-23	17.3	2
Adultos (25-45 años)	339	332 (97.9%)	18	16-20	7-35	18.4	3.8
Total	1012	684 (67.6%)	17	16-19	6-35	17.6	3.1

Rango IC: rango intercuartílico (del percentil 25 al percentil 75); DE: desviación estándar.

Este indicador también se calcula para toda la muestra estudiada y como era esperable, la edad de inicio sexual es menor a la edad de inicio de convivencia o de contraer matrimonio. La diferencia entre generaciones para la edad reportada de inicio de vida sexual es estrecha, y aunque la edad mediana de inicio es menor en las generaciones más recientes, dicha mediana se refiere sólo al sub-grupo que ya se inició sexualmente, que representa una proporción menor entre los más jóvenes.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio se discuten bajo dos perspectivas: La relacionada al estado actual (medición) de los indicadores y, la relativa a la factibilidad de la implementación de los mismos. El estado actual de los indicadores da cuenta de la situación actual principalmente en población adolescente, aunque los hallazgos de otros grupos de edad también han sido explorados y son presentados con fines comparativos.

La recordación o reporte de educación sexual recibida en la etapa escolar es de aproximadamente 80% en los adolescentes, porcentaje que se mantiene aproximadamente igual entre hombres y mujeres. Si bien esta cifra es aparentemente alta, hay que tomar en cuenta la definición operacional utilizada por nosotros. Además hay que observar la falta de relación entre esta supuesta exposición a educación sexual (cuya calidad no se evaluó en este estudio) y el bajo uso reportado de preservativos y anticonceptivos. Esto es consistente con la apreciación bien establecida de que la adopción de prácticas seguras no es consecuencia directa de la educación, como sugiere el hallazgo de otros estudios recientes (Evalúa, 2008). Respecto a la experiencia de sexo forzado o coercitivo, en general 10% de las personas que han iniciado vida sexual lo reportan, siendo mayor el porcentaje en adolescentes y llegando hasta el 23% en el caso de las adolescentes mujeres sexualmente activas. Aunque este tema pudo ser muy sensible para los entrevistados afectados y ello haber generado un sub-reporte, consideramos que nuestro hallazgo es razonablemente preciso debido a las condiciones de confidencialidad de la encuesta y referencia a establecimientos o centros de ayuda en caso en que algún evento de esta naturaleza fuera detectado.

El uso consistente de preservativos en adolescentes varones es escaso en la muestra estudiada y llega solo al 30%. Adicionalmente no hallamos casos de uso consistente de anticonceptivos en adolescentes mujeres. Ambos patrones de conducta pueden determinar la perpetuación de las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

La lectura de los indicadores descritos sugiere que es importante revisar las políticas públicas en promoción de la salud sexual, particularmente las que corresponden a la responsabilidad del sector educación, aunque es claro que el concurso del sector salud, así como otros actores vinculados a política de juventudes, desarrollo y, en general, cultura y medios, es fundamental.

Respecto a la factibilidad de implementación, el estudio pudo completarse en un tiempo relativamente corto en colaboración con las autoridades de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (MINSa, 2004; MINSa 2005).

Entre las principales limitaciones de este estudio debemos mencionar que sus hallazgos sólo pueden ser extrapolables a Lima Metropolitana. Conocer la real situación

a nivel nacional, requeriría mayor representatividad e incluir a otros departamentos y regiones, además de adaptar los instrumentos a las diferentes realidades del territorio nacional. Aunque existen experiencias previas que documentan la situación de la salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes en diferentes ciudades del Perú (Soto, 2006; Chirinos, 2006; Gómez, 2008) estas generalmente han seguido metodologías e indicadores muy diferentes entre sí, lo cual limita su comparabilidad. Además, su falta de periodicidad no permite realizar evaluaciones y monitoreo de la condición en las mismas poblaciones. Adicionalmente, el diseño transversal del estudio y el tamaño de la muestra, si bien permiten establecer y describir los valores actuales de los indicadores con buena precisión, no nos permite establecer el rol causal directo o indirecto de otras exposiciones. Es posible que un sesgo de participación e información debido a la naturaleza de las preguntas, especialmente las referidas a temas de salud y violencia sexual, pueda haber tenido algún efecto no medido en las respuestas obtenidas.

En conclusión, a través del estudio aquí descrito, que utilizó una encuesta domiciliaria, fue posible medir la totalidad de los indicadores de promoción de la salud sexual de la OMS en la ciudad de Lima, en un período relativamente rápido de levantamiento, ingreso y análisis de datos (tres meses), y con costos moderados. Sin embargo, se considera que una medición nacional implicaría el planteamiento de un muestreo apropiado que debería incluir áreas rurales, para lo cual sería apropiada una validación previa, antes de recomendar, por ejemplo, la incorporación de las preguntas de la presente encuesta domiciliaria en encuestas nacionales periódicas como ENDES que ahora se conduce en forma continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chirinos J, Bardales O, Segura M. (2006).

Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. Cad. Saúde Pública; 22(1): 79-85.

EVALÚA (2008).

Cuarta medición de indicadores del Objetivo 1 del componente VIH: Sub-estudio cuantitativo sobre estilos de vida saludables de adolescentes y jóvenes en temas de ITS, VIH y SIDA. Informe Final. Lima.

Gómez W, Damaso B, Cortegana C, Lahura P, Mota J. (2008).

Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga. An Fac med.; 69(1):17-21.

Ministerio de Salud del Perú (2004).

Guías nacionales de atención integral de salud sexual y reproductiva. Lima.

Ministerio de Salud del Perú (2005).

Plan general de la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva: 2004-2006. Lima.

Organización Mundial de la Salud (2004a).

Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: OMS, WHO/RHR//04.8.

Organización Mundial de la Salud (2004b).

57^a Asamblea mundial de la salud: Resoluciones y decisiones. Anexos. Ginebra: OMS, WHA57/2004/REC/1.

Organización Mundial de la Salud (2007).

Aceleración del avance hacia los objetivos internacionales en salud reproductiva: Marco de aplicación de la estrategia mundial OMS de salud reproductiva. Ginebra: OMS, WHO/RHR//06.3.

Organización Mundial de la Salud (2008).

The global burden of disease: 2004 Update. Ginebra: OMS.

Organización de las Naciones Unidas (2008).

Objetivos de desarrollo del milenio: Informe 2008. Nueva York: ONU.

Soto V. (2006).

Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. An Fac Med Lima; 67(2): 152-59.

SEGUNDA PARTE



Salud Sexual *Vulnerabilidades y Desafíos*

“PERO NO TODAS LAS MUJERES SOMOS ASI...” GÉNERO, SEXUALIDAD Y VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH EN MUJERES DE BARRIOS POBRES DE LIMA, PERÚ.

Maziel Girón

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH continúa siendo un problema de primer orden para el mundo, y en especial para los países en desarrollo. En el Perú, ésta se caracteriza por concentrarse en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), una proporción importante de los cuales tiene también relaciones sexuales con mujeres (Cáceres et al., 2007). El incremento de la proporción de casos en mujeres, que ocurrió en el Perú durante los años noventa, sugiere que la infección también se habría transmitido de algunos hombres que posiblemente la adquirieron por vía homosexual a sus esposas y otras parejas sexuales femeninas (UNAIDS, 2006; MAP, 2003). Aproximadamente 20,000 casos de Sida han sido reportados desde 1983 (MINSa, 2006). Según datos reportados por el Ministerio de Salud, la proporción de casos en mujeres se incrementó hasta mediados de los años noventa y luego se ha estabilizado en aproximadamente uno de cada cuatro casos (MINSa, 2006). Siendo los grupos clave considerados para el estudio del VIH en el Perú, los llamados “grupos de riesgo” (población HSH y trabajadoras sexuales femeninas); la población de mujeres gestantes (como una sub-población clásicamente usada para informar sobre la situación de los adultos sexualmente activos de la población general), y las personas viviendo con VIH/sida (Cáceres et al., 2007).

La noción de vulnerabilidad permite hacer referencia a aquel aspecto del riesgo de contraer ITS o el VIH, vinculado más con estructuras socioculturales que con conductas individuales. Diferenciar entre la noción de “riesgo” y la de “vulnerabilidad” es importante, ya que mientras la primera apunta a una probabilidad y alude a una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política (Bronfman, Uribe, Halperin, Herrera, 2001). Así, es necesario considerar que el punto central de la feminización de la epidemia del VIH/sida, se constituye en un asunto de género, en la medida en que los dos géneros son tratados desigualmente en términos políticos, culturales y socioeconómicos; donde las mujeres, especialmente, de países como el Perú, tienen menor acceso a la educación y al ingreso, lo cual las hace más dependientes de los hombres y reduce sus posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud, estando frecuentemente limitadas de exigir a sus parejas prácticas sexuales seguras (Bastos, Landman, 2000). Surge entonces la necesidad de analizar aquellos elementos que estarían colocando a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad frente a la infección por VIH.

Este artículo tiene como objetivo explorar los significados de masculinidad y femineidad de las mujeres de barrios pobres de Lima, para a partir de ello, analizar la forma en que estos significados se reflejan en la vivencia de su sexualidad y con ello examinar su percepción de vulnerabilidad frente a la infección por VIH. Ofrecer un análisis acerca de la problemática que las mujeres viven frente al VIH permitirá tener una comprensión más amplia sobre esta población, así como elementos para generar estrategias de abordaje tomando en cuenta las dinámicas estructurales de la epidemia del VIH/sida, en particular las relacionadas a las desigualdades de género que contribuyen a que esta epidemia se expanda.

MÉTODOS

El diseño del estudio utilizó una metodología cualitativa y fue de tipo exploratorio, descriptivo y analítico. La población del estudio estuvo conformada por mujeres jóvenes de 20 a 30 años de edad, con o sin hijos, residentes en zonas de nivel socioeconómico bajo del distrito de El Agustino en Lima y de distritos periféricos de la Ciudad de Trujillo, que en el momento de la investigación se auto-identificaran como heterosexuales y que se encontraran al interior de una relación de pareja estable (la definición de pareja estable fue determinada por las mismas participantes). Asimismo, para los fines de este estudio, se consideró a mujeres que al momento de la investigación no tuvieran un diagnóstico positivo de VIH. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo por conveniencia y la técnica de “bola de nieve” (Goodman, 1961). La técnica de bola de nieve consistió en localizar un primer grupo de mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaran participar en las entrevistas de manera voluntaria. A partir de las referencias dadas por estas primeras entrevistadas, se localizó a otras mujeres (amigas, vecinas, etc.) que

también cumplieran con los criterios requeridos. El protocolo de estudio, instrumentos y formatos de consentimiento fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Todas las participantes aceptaron formar parte del estudio firmando un consentimiento informado, el cual incluyó la autorización para grabar sus testimonios, así como nuestro compromiso de confidencialidad con los datos recogidos. Se realizó un total de 12 entrevistas en profundidad, el número total de entrevistas estuvo definido en función de los conceptos de “muestreo teórico” y “principio de saturación” propuesto por Morse (2000). La información recolectada en las entrevistas fue transcrita y posteriormente analizada utilizando técnicas cualitativas estándar y el software para análisis de información cualitativa ATLAS/ti. La técnica de análisis elegida para la interpretación de la información recogida fue la del Análisis de Contenido (Krippendorff, 1990).

HALLAZGOS

Significados de la masculinidad y la feminidad

Lo que significa “ser hombre”

La visión de cómo son los hombres es expresada como natural por las mujeres entrevistadas, la misma que está relacionada con la fuerza física, la agresividad, la valentía, la mayor libertad para hacer las cosas que les gustan, la impulsividad y la frialdad emocional. Pero en general, es en la fuerza donde reside la diferencia entre hombres y mujeres, es lo que los hace diferentes y constituye aquello que las mujeres no tienen (Raguz, 1996).

“Ellos son más fuertes, más toscos...no son como nosotras que pensamos más con el corazón, ellos son más insensibles y pueden estar con una chica sin estar enamorados, en cambio nosotras, para nosotras así nomás estar con alguien no es tan fácil” (27 años, Lima).

Otro de los aspectos mencionados es la capacidad o habilidad que los hombres detentan para abordar o acercarse a las mujeres durante el enamoramiento, diferenciándolos de las actitudes que las mujeres expresan en esta misma situación, autocalificándose como reservadas, tímidas y con escasas posibilidades de tomar la iniciativa.

“El hombre es hombre ¿no?, va a una fiesta, a una reunión, busca una chica... la palabrea y si la chica le da una oportunidad ese día se mete a la cama y se acuesta con ella, a veces una ignora muchas cosas...” (25 años, Lima).

Para las entrevistadas la sexualidad de los hombres es vista mayormente como un instinto, un deseo incontrolable que no puede ser interrumpido o reemplazado.

“Algunos hombres sólo buscan desfogar, no sé, será que acumulan las energías y después necesitan botarlas, por eso a veces van a buscar a mujeres de la calle, no se pueden aguantar” (25 años, Lima).

En este contexto, la menstruación, vista como un “desfogue”; explicaría por un lado, lo innecesario que es para las mujeres tener deseos sexuales, y por el otro, reafirmaría la “necesidad” de los hombres de tener y satisfacer sus deseos sexuales, ya que al no menstruar no habría forma de “desfogar”.

“Dicen que nosotras tenemos el desfogue con la regla... hay gente que dice eso, en cambio ellos necesitan hacerlo porque no tienen regla. Pero algunos sí lo hacen realmente por amor cuando quieren a una chica, les gusta pero también es por amor” (30 años, Trujillo).

Esta visión de la menstruación, ligada al ejercicio de la sexualidad nos da luces de cómo el modelo de feminidad circunscribe la sexualidad femenina al espacio reproductivo, limitando sus posibilidades del derecho al placer y al control sobre sus propios cuerpos.

Lo que significa “ser mujer” y tipos de mujeres

Al igual que lo expresado para definir a los hombres, las entrevistadas consideran como naturales los aspectos que mencionan para definir a las mujeres. Así, las mujeres se definen a sí mismas como femeninas (aspecto inherente del ser mujer), sensibles y delicadas. Por otro lado, si bien se menciona la fortaleza como característica femenina, aparece relacionado al rol materno, como otro de los aspectos ineludibles de la feminidad.

“Para mí lo principal es que las mujeres seamos femeninas, coquetas, cariñosas, también que nos dejamos llevar más por los sentimientos, pero cuando debemos ser fuertes allí sí podemos soportar de todo, por ejemplo yo por mis hijitos qué no haría...yo por ellos soy capaz de todo” (30 años, Trujillo).

Producto de este modelo de feminidad, surge aquí una diferenciación y tipificación cargada de valoraciones para aquellas otras mujeres que no cumplen con las normas sociales de género esperadas, lo que ocasiona que estas últimas sean valoradas y tipificadas de forma negativa asignándoseles el rótulo de “malas”, “movidas” o “de la calle”.

“Pero no todas las mujeres somos así, yo conozco, hay mujeres malas que no sé si no tuvieron una buena crianza o qué será, pero son mujeres que no se ganan el respeto de los hombres y por eso después ellos les hacen como quieren, las toman de vacilón” (28 años, Lima).

En ese sentido, contrario a lo expresado en relación a los hombres y el número de parejas sexuales que éstos pueden tener, para las mujeres entrevistadas el hecho de que una mujer tenga o haya tenido varias parejas sexuales o que cuente con experiencia sexual, la califica como una mujer “vacilonera” (que tiene muchas parejas eventuales), “fácil” o “sucio”, y esto la hace poco digna de respeto.

“Una tiene pocos enamorados nomás, hasta a veces con el que es tu primer hombre te casas, eso es lo más normal. Cuando ya ven que tienes varios enamorados y...para cambiando de pareja entonces se ve mal, ya eres una vacilonera, una fácil que con cualquiera está, entonces cuando te casas ya tienes tu pasado sucio y tu esposo te lo va a sacar en cara” (26 años, Trujillo).

Los significados de “ser hombre” y “ser mujer” expresados por las entrevistadas, nos muestran cómo los modelos de masculinidad y feminidad predominantes, dictan las formas en que ellas se ven a sí mismas y a los hombres, determinando valoraciones y expectativas diferenciadas, donde la pasividad e ignorancia respecto al sexo son elementos necesarios del “ser mujer”, colocándolas al mismo tiempo en situación vulnerable respecto de sus posibilidades de vivir autónomamente su sexualidad.

Significados y vivencias de la sexualidad

La iniciación sexual y la importancia del amor

Las mujeres entrevistadas, tanto de Lima como de Trujillo, iniciaron su vida sexual durante la adolescencia. En este contexto, un aspecto importante es la diferencia en las expectativas afectivas que poseen hombres y mujeres; en tanto las conquistas masculinas son valorizadas por la cantidad, como vimos en los testimonios anteriores, para las mujeres el amor se establece como norma de conducta emocional, respondiendo a los anhelos de felicidad y tomando el matrimonio como objetivo primario (Fernández, 1994).

“Yo decía: el día que me entregue a alguien será porque yo lo quiera y porque sé que me voy a juntar con esa persona, no solamente porque quiera hacerlo y quiera satisfacerle a él” (28 años, Trujillo).

Usualmente los sueños de amor son reforzados por palabras y promesas de “amor eterno” y “para siempre” por parte de la pareja masculina al solicitar tener relaciones sexuales. El amor constituye para las entrevistadas la principal motivación y justificación para el inicio de las relaciones sexuales, aunque éstas no se hayan dado en las condiciones “soñadas”.

“Yo estuve por primera vez con un chico y pensé que con él me iba a quedar, yo estaba enamorada y por eso lo hice, pero no fue así, yo pensaba que con la

persona que yo estaba con esa persona me iba a quedar, pero lamentablemente no fue así” (29 años, Lima).

Para algunas de ellas la “pérdida de la virginidad” fue referida como la entrega de un gran bien o tesoro. La virginidad es vista por algunas de estas mujeres como lo mejor que ellas tenían y que fue entregado por amor, con la confianza de que siempre estarían con la persona con la que se iniciaron sexualmente.

“Yo lo amaba, me pareció que por primera vez había conocido el amor, entonces él me dijo ¿por qué lloras? yo le dije que por miedo a que me dejes. ¡Porque ya te he entregado lo único bueno que tenía, lo único que he guardado y que quería guardar para alguien que realmente se iba a juntar conmigo! Entonces él me dijo ¡no llores, no seas tonta, no te voy a dejar!” (24 años, Lima).

En algunos de los casos las entrevistadas mencionaron que su actual pareja (conviviente o esposo) fue la persona con la cual iniciaron su vida sexual. Aquí, el embarazo aparece como motivo de la unión (matrimonio o convivencia), donde más que una re inserción al orden formal y legítimo, la unión representa la posibilidad de cambio de vida en su versión más idealizada, ofreciendo las condiciones necesarias para, en muchos casos, salir de la condición de precariedad no sólo económica, sino también afectiva, con la figura enaltecida de una pareja que será el proveedor y quien les ofrezca cuidado y amor.

“Él fue mi primer hombre y de él salí embarazada y ya pues nos fuimos a vivir juntos y hasta ahorita estamos” (27 años, Lima).

Significados de las relaciones sexuales y prácticas sexuales

Para las entrevistadas el significado de las relaciones sexuales está definido por el tipo de relaciones que se establecen y con quién se establecen. Así, las relaciones casuales o pasajeras son valoradas como negativas y correspondientes a las chicas “fáciles” y “de la calle”, estas relaciones sólo se tienen por placer; del otro lado de la valoración están las relaciones sexuales que se tienen por amor, éstas corresponden generalmente a las relaciones estables, donde el vínculo va más allá del placer; por lo tanto tiene una valoración positiva que corresponde a las mujeres “buenas”, “normales” o “de su casa” (Goldstein, 1995). Esta desvaloración del placer nos habla de la limitación que tienen estas mujeres para el reconocimiento de sus derechos sexuales, incluido el derecho a disfrutar de una sexualidad libre y autónoma.

“Para mí, toda relación sexual debe hacerse por amor, no por placer. Pero creo que si es una chica es normal, tranquila, va a hacerlo con el chico que quiere” (30 años, Lima).

En relación a los significados que las mujeres dan a las prácticas sexuales, la práctica sexual considerada como “normal” y declarada con más frecuencia es la penetración vaginal. Con respecto al sexo anal y oral surgen en sus discursos diferentes posiciones. Se evidencia la existencia de diferentes valoraciones atribuidas a los tipos de prácticas sexuales que las mujeres realizan, las mismas que están definidas por elementos como la confianza que se tiene con la pareja, el tipo de pareja que se tiene (casual o estable) y el “tipo de mujer” que las practica.

“Una vez mi esposo quiso hacerlo por atrás pero yo no quise, porque es algo sucio, no sé” (27 años, Lima).

“Bueno, yo lo haría con mi esposo, pero no lo haría con mi enamorado o mi pareja, porque es algo que sobresale todos los límites, o sea de todas las formas, como que es más confianza, más entrega, más todo” (30 años, Trujillo).

En este contexto, afloran dos posiciones que las mujeres considerarían al momento de decidir qué práctica es la más adecuada: un primer grupo refirió el hecho de que al interior de una pareja es aceptable cualquier tipo de práctica, siempre y cuando ambos miembros estén de acuerdo.

“Yo creo que es normal, porque si somos parejas y como ambos lo hacemos” (25 años, Trujillo).

Mientras que el segundo grupo mencionó que la aceptación de tener ciertas prácticas sexuales (oral y anal especialmente) podría definirse por la necesidad de satisfacer a la pareja o como forma de mantener la fidelidad.

“Tienen miedo que se vaya con otra mujer, otra mujer que le vaya a dar lo que no le doy yo” (26 años, Lima).

Un aspecto que fue mencionado de forma escasa, es el relacionado al placer como parte de la vivencia de su sexualidad. El placer se menciona al hablar de los hombres y sus relaciones sexuales; sin embargo, es un elemento ausente en el discurso de las vivencias de estas mujeres. Este dato muestra que en el grupo de mujeres existe una ausencia de la noción de derecho al placer y a la apropiación de sus cuerpos, pudiendo afirmarse incluso que su vivencia de la sexualidad estaría girando en torno al cumplimiento de la satisfacción de sus parejas masculinas, más que del suyo propio.

Relaciones de pareja

Las relaciones de pareja se dan en torno a una serie de ideales y expectativas que no siempre se cumplen, pero que se ven justificadas por otros elementos que hacen que la relación se mantenga. Así, hablar de relaciones sexuales y de pareja implica

para estas mujeres hablar de la importancia de la afectividad, donde la necesidad de “sentirse amada y respetada” durante las relaciones sexuales y de pareja, es predominante.

“En una relación sexual es algo que digamos, te quieres sentir amada, es que el hombre siente por lo que ve, en cambio la mujer siente por las caricias” (28 años, Trujillo).

Para la mayoría de mujeres, sus relaciones de pareja están marcadas por malentendidos, discusiones y rupturas. En su opinión, estos problemas son provocados por diversos factores, entre ellos la falta de comunicación, que se da en gran medida por las preocupaciones económicas de la pareja por mantener a la familia y el trabajo que ellas hacen dentro de la casa.

“Muchas veces yo me canso de tanto trabajar en la casa cuidando a los chicos, haciendo todo y después él llega cansado y molesto y yo le reclamo y le pido para el diario y allí comenzamos a pelear” (24 años, Trujillo).

La violencia también está presente en las relaciones de pareja de estas mujeres. Preocupantemente algunas de las entrevistadas, minimizaron la violencia física, mencionando que ésta no es muy fuerte; incluso fue justificada por “haberla provocado”, dejando así la responsabilidad y la culpa en ellas mismas.

“Varias veces, sí me ha alzado la mano pero solamente cachetada y cuando estaba mareado” (29 años, Trujillo).

Las parejas de estas mujeres ejercen control sobre las actividades sociales que ellas pueden o no realizar; de allí se relaciona la violencia física, que se presenta como una forma de aseguramiento de que este control se cumpla.

“A él no le gusta que salga a jugar vóley, cuando salgo así a jugar vóley entonces él llega y a veces me ha levantado la mano porque no le gusta que salga, es que él es muy celoso” (24 años, Lima).

Al indagar por las posibilidades de negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desean, como parte del discurso normativo, la mayoría de mujeres manifiesta que ellas tienen derecho a decir que “no” cuando su pareja les solicita tener relaciones sexuales y que los hombres deben respetar su decisión en este punto.

“Ellos no tienen derecho, está bien que sean sus esposas, sus parejas, pero si ella no quiere, deberían respetar su decisión ¿no?” (27 años, Lima).

Sin embargo, la violencia sexual y la coerción sexual se encuentran presentes como elementos al interior de sus relaciones de pareja. Las mujeres no hablan directamente de violencia sexual, pero cuando se indaga por la posibilidad de negarse a mantener

relaciones sexuales con sus parejas masculinas cuando ellas no lo desean, esta posibilidad es casi nula para algunas de las entrevistadas.

“No, él no me obliga, él me entiende. ¿Y cuando tú no quieres le dices que no?: nunca le he dicho que no por complacerle a él, porque a veces me pongo a conversar con mis hermanas mayores y dicen que si es que no tengo relaciones lo buscan en la calle” (26 años, Lima).

El uso de alcohol por parte de la pareja masculina es frecuente en estas relaciones; bajo estos efectos la violencia sexual está en gran medida presente; y aunque ésta no sea aceptada como tal por las mujeres entrevistadas, la imposibilidad de negarse a tener relaciones sexuales cuando la pareja ha bebido hace parte de sus experiencias.

“A veces el hombre viene borracho y quiere estas allí contigo y una no quiere, lo que pasa es que ellos no entienden, además mis hermanas dicen, si no lo hago lo buscan en la calle” (29 años, Trujillo).

Citas como la que antecede nos revelan cómo las normas de género predominantes crean esta subjetividad propia, vista como natural por las mujeres, que consiste en “ser del otro” en detrimento de sí mismas, donde el derecho al placer y la autonomía es muchas veces inexistente.

Con relación a la toma de decisiones en la pareja, las entrevistadas mencionaron que especialmente las mujeres que no reciben un pago por el trabajo que realizan no tienen el poder para tomar decisiones. Las decisiones son tomadas frecuentemente por los hombres ya que son ellos los que proveen el dinero en la casa.

“Aunque la mujer es la que cuida la casa, el que tiene el dinero es el que decide, entonces como la mujer a veces no trabaja, entonces el hombre tiene la última palabra, su palabra es ley” (27 años, Lima).

Uso del condón: El papel de la fidelidad y la confianza

La mayoría de las entrevistadas mencionó el condón como el método más efectivo para la prevención de ITS/VIH. Aunque en los pocos casos en los que se mencionó, su uso fue sólo como anticonceptivo cuando no pueden usar otro método. Al referirse a su uso en la prevención del VIH consideran que quienes deben usarlo son los hombres que deben “protegerse” cuando tienen relaciones sexuales con otras mujeres o con otros hombres.

“El condón debe usarse para que el hombre no tenga enfermedades, para que no les contagien las enfermedades de una mujer cochina, deben utilizarlo más con las prostitutas y también si hay hombres que hacen relaciones con homosexuales” (25 años, Lima).

La mayoría de entrevistadas afirmó que, tanto a las mujeres como a los hombres, no les gusta usar condón, porque su uso interrumpe la relación sexual, bloquea el contacto físico y disminuye la sensibilidad.

“Dice que es incómodo, que raspa y por eso prefiere hacerlo sin condón y también como que interrumpe un poco, se pierde el encanto” (24 años, Lima).

Asimismo, vemos cómo los elementos de confianza y fidelidad surgen cuando se trata del proceso de toma de decisiones sobre el uso del condón y la posibilidad de negociación. El hecho de proponer el uso del condón puede ser visto como motivo de desconfianza por parte de la pareja, haciendo que incluso algunas mujeres se auto-restringan y ni siquiera vean como una posibilidad el solicitar su uso. Esta dificultad podría tener dos explicaciones: los varones podrían sospechar que sus parejas les están siendo infieles, o también pensar que las mujeres no confían en ellos.

“Lo que pasa es que si me cuida él va a decirme ¿por qué te cuidas si solamente estás conmigo?” (24 años, Trujillo).

El uso del condón es visto como innecesario por la mayoría de las mujeres al interior de sus propias relaciones sexuales, ya que consideran que éste debe usarse sólo con un determinado tipo de relaciones o un determinado tipo de mujeres diferentes a ellas. Así, la confianza en sus parejas y el hecho de que ellas sólo tengan relaciones sexuales con ellos, son elementos que justifican no utilizarlo.

“Si hay fidelidad no, pero si yo sé que a mi pareja le gusta tener otras cosas en la calle o le gusta su vida por la calle claro que debe cuidarse. Pero no, como él... yo sé y estoy segura que solamente tiene relaciones conmigo, porque él me lo ha dicho y me lo ha demostrado, entonces no es necesario...” (29 años, Lima).

Percepción de riesgo

Como veremos en los testimonios siguientes, la percepción de riesgo de estas mujeres está infundida de una sensación de inmunidad y significados que determinan la interpretación de los riesgos que corren, demostrando cómo el entramado y la interacción social contribuyen a perfilar sus acciones, mediante una determinada forma de codificarlos, a partir de su identidad, sus roles y normas hegemónicas de género (Salazar et al., 2006).

“Sí, se deben cuidar con esas chicas que son bandidas, que les gusta estar con uno y con otro. Pero si es una chica tranquila yo pienso que no” (23 años, Trujillo).

El ideal dominante de feminidad que enfatiza la lealtad incondicional y fidelidad a la pareja, que distingue a una “buena” mujer frente a las “mujeres de la calle” y que define las prácticas sexuales ligadas con la reproducción como morales y las

ligadas con el placer como inmorales, contribuyen a que el condón sea visto como innecesario al interior de la pareja.

"Depende, si una mujer es cochina, allí si puede ocasionar enfermedades. Pero cuando lo hacemos en la casa no, porque en la casa lo hacemos con el esposo nomás ¿no?" (29 años, Trujillo).

Estos discursos nos hablan de la diferenciación en términos de necesidades de prevención que estas mujeres estarían otorgando a sus propias prácticas sexuales, al verlas como prácticas carentes de riesgo y por lo tanto sin necesidad de prevención, mientras que aquellas prácticas realizadas por las "mujeres de la calle" sí serían percibidas como prácticas de riesgo para las ITS o el VIH.

DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que las percepciones sobre la masculinidad y feminidad, así como sobre ambas sexualidades de este grupo de mujeres pobres de dos ciudades de la costa peruana, forman parte de las prescripciones culturales predominantes en América Latina, determinando su vulnerabilidad frente al VIH, en la medida que afectan lo que las mujeres saben en materia de VIH, sus posibilidades de comunicación y negociación al interior de sus relaciones sexuales y de pareja, y su habilidad de acceder a recursos y servicios de prevención. Este modelo que dicta que las "buenas" mujeres deben ser ignorantes en materia de sexo y pasivas en sus interacciones sexuales es mostrado en nuestros resultados y corroborado por Paiva (1993), quien encontró en su estudio en adolescentes de São Paulo, Brasil, que ser mujer es ser "naturalmente más frágil, menos agresiva y más capaz de controlar sus deseos sexuales." La norma social de que las mujeres no deben tomar la iniciativa en las interacciones sexuales actúa como un significativo contrario a la habilidad de éstas para introducir el tema de sexo seguro, incluyendo el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Otro aspecto importante encontrado fue el referido a la asimetría de las expectativas de las entrevistadas en el terreno de la afectividad, donde en tanto las conquistas masculinas son valorizadas por la cantidad y aceptadas como forma de adquirir experiencia, las mujeres continúan fijadas en una perspectiva afectiva, manteniendo el matrimonio como un objetivo e ideal de vida futura. Para las mujeres entrevistadas, el amor se establece como norma de conducta emocional y está significativamente presente en la toma de decisiones para el inicio de la actividad sexual, alimentándose de ideales y expectativas de felicidad que toman al matrimonio o a las relaciones perdurables como uno de sus objetivos principales. Esta subjetividad que consiste en "ser del otro" antes que "ser de si misma", se constituye en uno de los principales elementos de vulnerabilidad (Werba, De Castro, 2003); al fortalecer su dependencia hacia los hombres y al colocarlas al interior de relaciones basadas en una inequidad

de poder, donde la vivencia de su sexualidad es controlada en muchos casos por las decisiones que sus parejas masculinas toman. Es a partir de esta subjetividad y del establecimiento de relaciones basadas en la inequidad de poder entre los géneros y sustentadas en muchos casos en la necesidad de supervivencia económica y estabilidad social, que las posibilidades de negociación de prácticas sexuales seguras son limitadas e incluso inexistentes para ellas.

Los hallazgos demuestran que las relaciones de pareja de las mujeres entrevistadas están teñidas en la mayoría de casos de experiencias de violencia tanto física como sexual. La violencia de género es un serio problema de salud pública que incrementa la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH como consecuencia de la limitación de su libertad física y mental. La infección por VIH/sida esta asociada con la violencia de género de manera directa a través de la violencia sexual; y de manera indirecta, por la incapacidad de las mujeres para negociar el uso del condón o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales deben ocurrir (UNGASS, 2002).

Por otro lado, la visión compartida de las mujeres, que define a la sexualidad masculina como instintiva e incontrolable y es incluso justificada por la “necesidad” de los hombres de desfogar sus deseos sexuales, se manifiesta en diversos escenarios donde las posibilidades del uso del condón son muy escasas. Sumado a ello está la supremacía del ideal de feminidad presente en los discursos de las mujeres, quienes al tipificar y diferenciarse de las mujeres “malas” y de la “calle” terminan circunscribiendo el riesgo de VIH sólo a aquellas relaciones fuera del hogar, invisibilizando de esta manera el riesgo que en muchos casos ellas mismas se encuentran corriendo. Según esta lógica, el peligro se encuentra fuera y todo aquello que ocurra dentro del hogar es “inmune” al riesgo. Así, casa y calle se convierten en espacios diferenciados en términos de riesgo y necesidades de prevención, uno visto como limpio, moral y seguro, en contraposición del otro visto como sucio, inmoral y de riesgo. Todas estas visiones, vinculadas con un sistema socio-cultural que determina lo que es moral o inmoral, y por ende lo que significa riesgo o no, no hace más que dificultar las posibilidades de negociación y prevención del VIH en las mujeres.

Finalmente, este estudio evidencia que la persistencia de comportamientos de riesgo no es sólo producto de la carencia de una percepción de riesgo o de información, sino de otros códigos, valoraciones y significados provenientes de contextos relacionados con las condiciones en que sus vidas se desenvuelven y las valoraciones de sexualidad diferenciadas por género. Es necesario entonces comprender la complejidad de las relaciones heterosexuales y reconocer que la negociación de sexo seguro es afectada, o incluso subvertida por las inequidades inherentes a las relaciones de poder basadas en género. El cómo abordar a esta población de mujeres, quienes en su mayoría no están en riesgo por sus propios comportamientos sexuales, se constituye en un reto para las políticas y programas de prevención de ITS/VIH en sectores socioeconómicos medio-bajos y bajos en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos F, Landman C. (2000).

AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidencias empiricas. Presentación al Seminario: Violência estrutural, desigualdade social e vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS. Rio de Janeiro: ABIA.

Bronfman M, Uribe P, Halperin D, Herrera C. (2001).

Mujeres al borde... Vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México. En: Muñón E. (ed.). Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice, Guatemala, Estados Unidos y México). México, DF.: El Colegio de la Frontera Norte/El Colegio de la Frontera Sur/El Colegio de Sonora/Plaza y Valdés Editores, p. 15-31.

Cáceres CF, Mendoza W, Konda K, Lescano A. (2007).

Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú: información disponible hasta febrero 2007. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud.

Fernández AM. (1994).

La mujer de la ilusión. Buenos Aires: Paidós.

Goldstein DM. (1995).

The cultural, class, and gender politics of a modern disease: Women and AIDS in Brazil. Women and AIDS Research Program N°. 16. Washington: DC:ICRW.

Goodman L. (1961).

Snowball sampling. Annals of mathematical statistics, 32, 245 -268.

Krippendorff K. (1990).

Metodología del análisis de contenido. Barcelona: Paidós.

Ministerio de Salud (2006).

Oficina General de Epidemiología. Perú: Boletín Epidemiológico. Lima, octubre.

Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2003).

HIV infection and AIDS in the Americas: Lessons and challenges for the future. Havana, MAP and Latin American and Caribbean Epidemiologic Network, EpiNet.

Paiva V. (1993).

Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers. Reproductive Health Matters. 1(2): 98-109.

Raguz M. (1996).

Masculinidad, femineidad y género: un enfoque psicológico diferente. En: Henríquez N. (ed.). Encrucijadas del saber: los estudios de género en las ciencias sociales. Lima: Facultad de Ciencias Sociales de la PUCP. p. 31-73.

Salazar X. et al. (2006).

Influence of socio-cultural context on risk perception and negotiation of protection among poor homosexual males on the Peruvian coast. *Cad. Saúde Pública*, 22(10): 2097-2104.

UNAIDS and WHO. (2006).

2006. AIDS epidemic update: December.

UNGASS (2002).

Género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/sida en América Latina y el Caribe. Washington, D. C.

Werba AA, De Castro MA. (2003).

Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável, From HIV-AIDS Virtual Congress. Disponible en: <http://www.aidscongress.net/p>

GUIONES SEXUALES Y PERCEPCIONES SOBRE COERCIÓN SEXUAL EN LOS ESPACIOS DE DIVERSIÓN DE JOVENES EN BARRIOS DE LA COSTA PERUANA

Clara Sandoval

INTRODUCCIÓN

El tema de la coerción sexual en jóvenes se ha convertido en un reto para los investigadores, en muchas ocasiones debido a la dificultad de precisar con exactitud las situaciones que podemos considerar como coerción sexual. Sin embargo, el mayor reto consiste en que las personas que han sido parte de una situación de coerción sexual no la identifica como tal; como consecuencia, al estudiar este problema encontramos que muchas veces los eventos de coerción sexual son sub registrados. Las personas suelen pensar que, para que una situación sea coercitiva, es necesario que haya violencia física de por medio, o confundir los comportamientos coercitivos con estereotipos sobre cómo deben conducirse hombres y mujeres durante las interacciones sexuales. Un factor muy importante a tomar en cuenta es el contexto de las interacciones sexuales de los y las jóvenes. En el presente artículo, por ejemplo, los espacios de diversión son claves para entender la dinámica de las interacciones sexuales entre los jóvenes; estos espacios suelen considerarse como lugares donde ellos y ellas jóvenes pueden seguir libremente sus interacciones sociales y sexuales; sin embargo, como veremos más adelante, también dentro de estos espacios encontramos nuevas situaciones y condiciones que crean nuevas vulnerabilidades sexuales.

El presente artículo tiene como objetivo ilustrar sobre las percepciones que tienen los y las jóvenes de barrios pobres de Lima sobre la coerción sexual. Ellos suelen

encontrarse y compartir espacios de diversión que pueden ser parques, fiestas o discotecas, donde es común el consumo de alcohol y ocasionalmente de drogas. Hemos analizado información cualitativa proveniente de entrevistas en profundidad y de grupos focales con jóvenes, realizadas como parte del Ensayo Colaborativo para la Prevención de ITS y VIH en Perú.

Una revisión de la literatura sobre coerción sexual

Existe muy poca bibliografía y estudios sobre comportamiento sexual de los y las jóvenes, en especial en los espacios que comparten y en los cuales pasan su tiempo libre o de diversión (Matus, 2005; Erulkar, 2004). Lo mismo sucede con las situaciones de coerción sexual durante los encuentros sexuales entre jóvenes. (Saldívar, Ramos, Romero, 2008). En relación a los encuentros sexuales de los jóvenes, un estudio en Chile nos ilustra sobre los códigos de la sexualidad ocasional en jóvenes urbanos considerando las características particulares de la “cultura juvenil” en los “escenarios de sociabilidad”; las relaciones sexuales y el empleo de la violencia. Según un informe de ONUSIDA (2002) el consumo de alcohol aumentaría la vulnerabilidad de los jóvenes en relación a su salud sexual, y para los hombres “a menudo el hecho de socializar implica consumir alcohol, y los niveles excesivos de consumo de alcohol pueden contribuir a un comportamiento sexual arriesgado y violento”.

En el caso del tema de coerción sexual, Saldívar y colaboradores (2008) señalan que éste incluye prácticas tradicionalmente identificadas como “normales” en las relaciones heterosexuales. En el presente trabajo definimos la coerción sexual, como cualquier comportamiento que podría llevar a una persona a ceder en una relación sexual, en contra de su voluntad, considerándola desde el acto de forzar físicamente con violencia hasta las amenazas, engaños, presiones culturales o circunstancias económicas. La coerción sexual por lo tanto, impediría que una persona pueda elegir participar o no en dicho acto sexual y que pueda optar libremente por otra situación que no tenga consecuencias negativas para su integridad física, mental y/o social. Esta definición incluye una variedad de “actos no deseados como presión verbal, intoxicación y violación” ampliando el rango de comportamientos con el fin de visibilizar los actos de coerción sexual que pueden suceder sutilmente (INCSAP, 2001; Heise, Moore, Toubia, 1995; Population Council Regional Working Group, 2003). Diversas investigaciones han enfatizado las consecuencias negativas de la coerción sexual como el escaso o nulo control sobre el uso del condón, embarazos no planificados y el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual incluyendo el VIH/sida y el impacto negativo en la salud mental (Erulkar, 2004; Ademola, 2005; Ellsberg, 2005; Population Council, 2004)². Otras investigaciones señalan que las mujeres que han sufrido eventos de coerción sexual podrían establecer relaciones sexuales con varias parejas y no usar ninguna protección (Ellsberg, 2005; Jejeebhoy, Shah, Thapa, 2005).

² New Delhi Meeting, 2003.

Estudios cualitativos sobre el tema evidencian que las y los jóvenes suelen pensar que las mujeres que han sufrido coerción sexual han “provocado” el incidente o han hecho algo para que esto suceda (Jejeebhoy, Bott, 2005; Sandoval, 2005; Cáceres, 2005). Las normas desiguales para cada género profundizan la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a sufrir coerción sexual, aunque de hecho también los hombres la sufren (Ademola, 2005; Jejeebhoy, Bott, 2005; Youth Net, 2004). Algunas cifras encontradas en relación a la coerción sexual señalan que un estudio con jóvenes de entre 18 a 24 años, realizado en tres ciudades de Brasil encontró mayor prevalencia de coerción sexual en mujeres (16.5 %) que en hombres (11.1%) (Moraes, Cabral, Heilborn, 2006). Otro estudio, en el Perú halló que 50% de las mujeres y 25% de los hombres encuestados reportó haber experimentado coerción sexual (Cáceres, 2000).

Para explicar estas situaciones específicas, el concepto de guiones sexuales y el de género nos puede ayudar a entender los comportamientos y las percepciones de los y las jóvenes sobre la forma en que se dan los encuentros sexuales. La teoría de los guiones sexuales permite analizar los encuentros sexuales desde una perspectiva social, poniendo énfasis en las interacciones sociales, tomando en cuenta, no sólo la perspectiva individual, sino también las acciones de otras personas u actores involucrados en estos encuentros sexuales (Simon, Gagnon, 1973). Siguiendo la misma línea Parker señala que los patrones de comportamiento sexual son adquiridos en base al entorno socio cultural en el cual vivimos, es decir, plantea que los significados asignados por las personas al sexo y la sexualidad son culturales y no innatos o instintivos (Parker, 1994). Según este planteamiento, las personas a lo largo de su vida adquieren patrones de comportamiento sexual adecuados a su entorno social y cultural (Simon, Gagnon, 1973; 1984; Laumann, Gagnon, 1994). Los patrones de comportamiento que las personas van adquiriendo son considerados apropiados, en relación tanto al género como a la conducta sexual, y se denominan guiones sexuales de comportamiento (Simon, Gagnon, 1973), los cuales incluyen aquellos comportamientos que se consideran “desviados”, a partir de lo que es aceptado como normativo. Los guiones sexuales, por lo tanto, nos dan pautas para interactuar dentro de patrones o esquemas relativamente flexibles (Simon, Gagnon, 1973; 1984; Laumann, Gagnon 1994). Planteamos que, en general, “el guión sexual tradicional” para los hombres establece que son ellos los que tienen que tomar la iniciativa para tener un encuentro sexual, respondiendo a un patrón establecido, que instituye que su deseo sexual es interpretado como incontrolable e instintivo (Olavarría, 2002; Cáceres, 2005), mientras que para las mujeres se espera que sean cautas y no demuestren explícitamente el deseo de tener relaciones sexuales, considerando inadecuada su exteriorización (Krahe, 2000). Algunas pautas de comunicación seguidas por los y las jóvenes son de carácter ambiguo, es decir, se dice una cosa pero se espera que se actúe de otra forma (Mitchell, Wellings, 2002). El mandato para las jóvenes de decir siempre “no” aún cuando si quisieran tener relaciones sexuales, y el papel de iniciativa sexual e insistencia para tenerlas que los varones deben cumplir, no permite dirimir cuándo las jóvenes realmente no quieren tener relaciones sexuales. Saldívar y col. (2008) señalan que en países latinoamericanos las relaciones de pareja siguen normadas por tradiciones culturales

diferenciadas para hombres y mujeres, lo cual dificulta la detección de situaciones de coerción sexual porque estos roles tradicionales implican, en algunos casos, el uso de conductas violentas para resolver conflictos. Por su parte, la perspectiva de género, ayuda a comprender las diferencias en las percepciones de las y los jóvenes, al plantear que los conceptos, ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales para las mujeres y hombres, se señalan a partir de la simbolización y construcción social de lo que es “propio” de los hombres (masculino) y “propio” de las mujeres (femenino) atribuyéndoles características morales, psicológicas y afectivas (Lamas, 2000).

Descripción de las poblaciones del estudio y los espacios de diversión de los y las jóvenes

La información cualitativa que se analiza en el presente artículo, fue recolectada durante el trabajo de caracterización de poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad ante el VIH/sida. La identificación de estas poblaciones se realizó durante el estudio etnográfico (Salazar, 2009) del Ensayo Colaborativo de Prevención de VIH/ITS auspiciado por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, implementado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia en colaboración con la Universidad de California en Los Angeles y en San Francisco. Este ensayo se llevó a cabo en barrios de tres ciudades de la costa peruana: Lima, Trujillo y Chiclayo. Un barrio corresponde a un área geográfica con límites definidos por calles, avenidas, caminos, parques y/o casas. Las personas que viven en un barrio son los que le otorgan los límites y lo identifican con un nombre particular. Este se diferencia a un distrito, cuya delimitación es municipal. En el caso del barrio los límites geográficos se definen por el sentimiento de pertenencia de los individuos hacia un territorio.

Durante el estudio etnográfico se identificaron poblaciones en una mayor situación de vulnerabilidad y riesgo frente a las ITS y el VIH. Éstas fueron: hombres jóvenes desempleados, auto-identificados como heterosexuales, que suelen encontrarse en las esquinas, en canchas deportivas y parques, que consumen alcohol y en ocasiones drogas; el segundo grupo, mujeres jóvenes desempleadas o sub empleadas, que tienen varias parejas, consumen alcohol, y que suelen encontrarse con jóvenes en esquinas, fiestas y discotecas; y un tercer grupo que son jóvenes auto identificados como gay, travestis y homosexuales, y que también comparten los espacios de diversión con los otros dos grupos (Salazar, 2009).

Los espacios de reunión local mencionados anteriormente – espacios deportivos, parques, esquinas que se encuentran en los barrios, son lugares de encuentro, que pueden ser usados para consumir alcohol y/o drogas, y también como punto de partida hacia fiestas o discotecas. En todos estos lugares de reunión hombres y mujeres pueden establecer contactos de interacción social y sexual, consumir alcohol y ocasionalmente drogas para divertirse. Las interacciones sexuales son muchas veces consensuales; sin embargo, en las entrevistas y grupos focales se obtuvo información de eventos donde las relaciones sexuales no lo eran y correspondían a situaciones de coerción sexual.

Con el propósito de conocer más este problema nos enfocamos en el presente trabajo en las percepciones sobre los casos en que las mujeres jóvenes pudieran sufrir eventos de coerción sexual en los espacios de diversión que comparten en sus barrios.

MÉTODOS

La información cualitativa analizada provino del estudio etnográfico del Ensayo Colaborativo de Prevención de VIH/ITS en Perú, que tuvo una duración de un año y medio (2001-2002). Durante el mismo se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y grupos focales.

El objetivo del estudio es describir y analizar las percepciones de los y las jóvenes sobre las situaciones de coerción sexual en los espacios de reunión en las zonas donde se realizó el estudio.

Los y las participantes del Estudio, jóvenes mayores de 18 años y menores de 30, leyeron y firmaron un Consentimiento Informado para ser entrevistados y se les pidió permiso para grabar las entrevistas, asegurándoseles la confidencialidad y la participación voluntaria. Todos vivían en las zonas o barrios del estudio al momento de realizar las entrevistas y grupos focales.

El estudio etnográfico se realizó en total en 4 barrios (2 en Lima, 1 en Trujillo y 1 en Chiclayo), que se ubican en zonas calificadas por el INEI³ como “pobres” según el Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas, elaborado por dicho organismo gubernamental, que corresponden a espacios donde residen poblaciones de bajos ingresos.

La información obtenida para este artículo proviene de 18 entrevistas en profundidad y 12 grupos focales. Las entrevistas y los grupos focales tuvieron una guía de preguntas relacionadas a los encuentros y lugares de diversión de las zonas, los encuentros sexuales, las percepciones de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/sida, inicio sexual, diversidad sexual y prácticas sexuales; fueron grabados, transcritos y luego analizados utilizando el programa de Análisis cualitativo ATLAS-ti siguiendo categorías de análisis relacionadas a los temas mencionados.

3 www.inei.gov.pe

HALLAZGOS

Los testimonios nos ilustran diversos comportamientos relacionados a la coerción sexual y a las prácticas que reutilizan en estos eventos. Prácticas como el “pepeo” o “hacer tomar de más” a las jóvenes son relatadas por hombres y mujeres dándoles sus propios significados. Los y las jóvenes tienen sus propias concepciones y percepciones acerca de lo que estos comportamientos significan, y estas concepciones y percepciones están fuertemente relacionadas con conceptos y normas sociales de género ya establecidas, como veremos a lo largo del texto.

Guiones sexuales y espacios de diversión

Los y las jóvenes comparten los espacios de diversión de los barrios, son jóvenes que salen a divertirse a las esquinas, discotecas, fiestas y parques. Los varones se paran en las esquinas y forman grupos, toman alcohol, juegan fútbol y consumen drogas ocasionalmente. Las mujeres que frecuentan estos espacios generalmente se acercan en grupos de tres o más, e interactúan con los jóvenes, consumen alcohol y pueden quedarse en el grupo o escoger a algún posible acompañante para esa noche, ya sea para ir a una fiesta, irse a bailar a una discoteca, intercambiar besos, abrazos o tener relaciones sexuales; también pueden esperar a que uno de los muchachos se acerque y las invite a bailar o tomar un trago. En los testimonios encontramos que las jóvenes interactúan con chicos conocidos de la zona en la cual viven, pero también puede suceder que se trasladen a otros distritos. Las entrevistadas señalan que ellas pueden tomar la iniciativa para establecer contacto con los varones si así lo desean:

“Vamos, tomamos, nos divertimos y si hay un chico que te gusta y si ya lo conoces tiempo ya pues, entonces ya lo aceptas. Las otras chicas hacen lo mismo, se lo agarran y se van” (Mujer, 25, Trujillo).

Los hombres jóvenes comparten estos espacios y consideran que constituyen espacios donde pueden contactarse con chicas, hacer amigos y amigas, y que pueden tener encuentros sexuales con aquellas jóvenes que frecuentan sus zonas. Ellos manifiestan que las jóvenes con las cuales interactúan, son mujeres que están buscando tener relaciones sexuales; limitando la posibilidad de aceptar algún rechazo por parte de ellas a pesar de que en los testimonios aceptan que las mujeres tomen la iniciativa para un encuentro sexual.

“Tú sales para ganar.... Me entiendes, entonces desde que ellas están aquí es porque algo quieren” (Hombres, Grupo Focal, Lima).

El consumo de alcohol es una actividad frecuente en las interacciones de los y las jóvenes, tal como se evidencia en las entrevistas realizadas y siempre se produce previamente a los encuentros sexuales.

“Aquí todos tomamos es una costumbre siempre estamos así y siempre salimos, nos emborrachamos y ya ahí pasa lo que tiene que pasar” (Hombre, 22, Chiclayo).

Percepciones sobre coerción sexual

Como se señaló líneas arriba, los jóvenes varones se guían de normas de género y comparten entre ellos la idea que una mujer que toma alcohol con ellos, desea tener relaciones sexuales; en ocasiones puede suceder que la negativa de una chica a la posibilidad de sexo no sea aceptada por los varones y, en ese caso, se utilicen diferentes formas de coerción sexual. Una de las formas relatadas tanto por hombres como por mujeres es la de hacer tomar a una joven una excesiva cantidad de alcohol, hasta que pierda la conciencia. Otra práctica que relataron los varones, conocida como “pepeo”⁴ es la de poner determinadas píldoras en las bebidas de las mujeres para que tengan un efecto adormecedor en ellas.

Las percepciones sobre estas conductas son diferentes para hombres y mujeres en algunos casos, y en otros son abiertamente diferentes. Los hombres señalan que el hacer tomar a una chica en exceso o poner píldoras son estrategias para “facilitar el encuentro” y opinan abiertamente que si las chicas toman alcohol con ellos es porque “buscan que pase algo”.

“A veces ponen pastillas, pepas a la gaseosa, a la cerveza y entonces ya cae la chica” (Hombre, Grupo Focal, Lima).

Los hombres jóvenes no identifican estos comportamientos abiertamente como coercitivos. La ausencia de violencia física directa, parece amenguar la identificación de estas prácticas como coerción sexual. Además, la presencia de las chicas en estos espacios, tiene para ellos un significado concreto: una vez que ocupan estos espacios y que tienen ciertos comportamientos, como consumir alcohol, ellos interpretan que ellas han renunciado a la posibilidad de decidir activamente sobre su sexualidad y con quién quieren tener encuentros sexuales:

“Se podría decir que sí, porque ella está borracha, entonces como borracha ella acepta siempre” (Hombre, 29, Lima).

Las entrevistadas en cambio consideran estos espacios de diversión como lugares en los que pueden ser libres, escoger a los chicos que les gustan, consumir alcohol, decidir abandonar el lugar en el momento en que lo crean conveniente. Si bien algunas de las entrevistadas manifestaron que, a veces, no saben con quien están, no consideran que esa situación permita que se les obligue a tener relaciones sexuales.

⁴ La expresión viene del nombre popular de las pastillas, “pepas”.

“O sea, tú entras a la fiesta, comienzas a tomar y si hay un chico que te gusta, le tiras lente y lo agarras, y si el pata (chico) te está mirando, sales con él afuera un ratito y ya te lo chapas (besas)” (Mujer, 22, Trujillo).

A pesar de ello, los testimonios de algunas entrevistadas evidencian una culpabilización hacia la chica que no sabe “cuidarse” o “no sabe tomar” y que por consiguiente pudiera sufrir un evento de coerción sexual. Esta culpabilización también está presente en los chicos entrevistados, algunos de los cuales manifiestan que los comportamientos de las mujeres no habrían sido apropiados, no eran parte de lo esperado. Algunos testimonios, tanto de hombres como de mujeres, expresan que ellas se expusieron con sus comportamientos a un evento de coerción sexual, por lo tanto, “se lo habrían buscado” ya que no tuvieron cuidado a la hora de consumir alcohol con sus acompañantes, tomaron en exceso o no se retiraron a tiempo del lugar evitando quedarse solas, sin sus amigas.

“Como que ella se la buscó, porque nosotras queríamos que salga con nosotras, porque ya estaba bien mareada, ella terca se quiso quedar con el chico. Después la llevaron a una casa y se aparecieron los amigos del chico, y ella tuvo que estar con todos. Cuando nos contó, le dijimos tú también terca no nos has hecho caso” (Mujer, 19, Trujillo).

También encontramos en los testimonios de las jóvenes, cierto sentimiento de fatalismo, que refleja contradicción con el empoderamiento que se evidencia en la capacidad de salir y moverse en el espacio público de diversión y tener, eventualmente, parejas ocasionales. Este fatalismo, se refleja visiblemente en los discursos que relatan los episodios de coerción sexual y parecen estar relacionados con los sentimientos de culpabilización que detallamos en el párrafo anterior:

“Ahora las chicas que ya tienen relaciones sexuales o sea si les hacen a la fuerza dicen ya pues, ya me hizo, ya fue. No creo que se sientan mal” (Mujer, 26, Chiclayo).

Adicionalmente, las entrevistadas, al analizar la posibilidad de denunciar una coerción sexual, aunque haya sido violenta, manifiestan que sería difícil declarar haber sido obligadas a tener relaciones sexuales, ya que ellas “habrían estado tomando licor y nadie les creería que fueron obligadas”. Además no existe confianza en las instituciones policiales para denunciar estos hechos porque la denuncia no llega a progresar y también porque el hecho de denunciar y contar lo que les ha pasado les crea sentimientos de angustia y vergüenza:

“Ha habido varias denuncias por acá, pero la policía no hace nada, no se moviliza, todo queda en nada, la gente ya no hace denuncias, la gente se va a su casa y arreglan entre ellos, como quien dice, con sus propias manos, porque las autoridades no hacen nada. No creo que denunciarían. Además una misma se sentiría mal, ¿no? tener que decir me han violado” (Mujer, 25, Lima).

En el caso de las entrevistadas que manifestaron un rechazo a las situaciones de coerción sexual, el rechazo es más enérgico cuando se trata de chicas que son menores de edad. En este caso se interpreta de manera diferente lo sucedido, las menores de edad no serían responsables de lo que les pasa porque estarían comenzando a salir con los chicos y no cuentan con recursos suficientes para evitar un evento coercitivo. Ellas están relacionadas a la escuela, a una edad escolar y a no tener estrategias ni redes que puedan evitar un evento coercitivo, aún cuando estuvieran consumiendo alcohol.

Algunas entrevistadas manifestaron rechazo total, en cualquier circunstancia a cualquier situación de coerción sexual, y señalaron que sí denunciarían cualquier caso de coerción o violencia sexual que les ocurriera.

“No sé en otros casos pero si fuera yo, en mi caso yo sí lo denunciaría, si a mí me pasara yo sí denunciaría” (Mujer, 25, Lima).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo nos permiten acercarnos a la realidad sexual de los y las jóvenes que entrevistamos; sin embargo, estos hallazgos no deben ser generalizados a otras poblaciones, describen información cualitativa concerniente a las sub-poblaciones que se caracterizaron para un estudio determinado. Una limitación importante del presente trabajo es que no se indagó sobre la percepción de los y las jóvenes cuando son los hombres los que sufren eventos de coerción sexual.

Hemos visto que los y las jóvenes tienen diversos guiones que pautan las interacciones sexuales que establecen en los espacios de diversión. Estos comportamientos incluyen guiones sexuales tradicionales pautados por normas sociales de género (Krahe, 2000) y que se ajustan exactamente a patrones tradicionales normativos que indican que los hombres no pueden controlar sus deseos sexuales (Olavarría, 2002; Cáceres, 2005). Con respecto a las mujeres, podemos afirmar que ellas rompen con pautas tradicionales sobre el “deber ser” femenino que considera inadecuado que expresen el deseo de tener contactos sexuales (Krahe, 2000). Las mujeres jóvenes estarían quebrando los guiones tradicionales al tener actitudes y comportamientos autónomos sobre su sexualidad. Como hemos visto a lo largo del texto, ellas ingresan a espacios de diversión de una manera opuesta al rol tradicional. En sus relatos son conscientes de que no cumplen con lo pautado, expresando su sexualidad de una manera más abierta, “Nos toman como chicas de ambiente, de barrio, pero así somos, ¡qué vamos a hacer!”, sin embargo el rompimiento con los antiguos esquemas no es, como hemos visto, completo. Si bien existe un discurso de empoderamiento en la capacidad para escoger a una pareja, los discursos de hombres y mujeres sobre la coerción sexual son culpabilizadores para las mujeres; lo mismo sucede cuando se refieren al consumo de alcohol, factor fundamental en los encuentros sexuales, asignando diferentes

significados de su consumo a hombres y mujeres. En el caso de las mujeres su consumo significa la imposibilidad de decir no a una proposición de encuentro sexual. En ambos casos las explicaciones de los eventos se sostienen en los discursos tradicionales sobre género (Rao Gupta, 2002; Lamas, 2000). Los espacios de diversión se convierten en nuevos espacios de autonomía pero también de vulnerabilidad para las mujeres.

Esta situación las coloca en una nueva situación de vulnerabilidad, debido a que sus comportamientos no corresponden a los esperados según las normas de género, y ello permite que los varones construyan sus propias interpretaciones. Algunas veces, la decisión de las mujeres de no tener sexo después de haber compartido diversión y consumo de alcohol no es aceptada. De esta manera, los significados asociados al consumo de alcohol pueden utilizarse como medio de coerción sexual. Encontramos relatos que muestran ciertas estrategias para evitar situaciones de coerción como evitar el excesivo consumo de alcohol, es decir, “saber tomar”, o “saber con quien tomar”.

Estas situaciones generadas en los espacios de diversión establecen nuevas relaciones de poder expresadas en la capacidad de las chicas de escoger parejas sexuales, pero también poniéndolas en situaciones coercitivas. En consecuencia las y los jóvenes tienen sus propias interpretaciones de los hechos de acuerdo a las normas culturales de género, no identificando que poner pastillas en las bebidas sea algo coercitivo, al dar por sentado que si las chicas consumen alcohol con ellos, es porque ellas desean tener relaciones sexuales. Sin embargo, los y las jóvenes en sus interpretaciones y explicaciones sobre un hecho de coerción sexual coinciden en culpabilizar a las mujeres, hallazgo que corrobora lo encontrado por Jejeebhoy y Bott (2005), en el sentido de que tanto hombres como mujeres, tienden a culpabilizar a la víctima por diferentes motivos. Es decir, aunque éstas manifiesten no querer tener relaciones sexuales, el negarse a tenerlas ya no es válido para ellas, se les quita esa posibilidad, porque se asume que ellas provocaron la situación.

En conclusión, es difícil para los y las jóvenes identificar claramente eventos de coerción sexual, al ser interpretados como consecuencia de la dinámica de los comportamientos en los espacios de diversión. Es importante conocer más de cerca el significado del consumo de alcohol para los y las jóvenes, ya que dicho consumo crea nuevas formas de relacionarse en el ámbito sexual y social. El presente trabajo corrobora lo hallado en otros estudios respecto a la culpabilización de las personas que sufren coerción sexual, lo que constituye un grave obstáculo para identificar los eventos de coerción sexual que afectan a las mujeres.

Los programas de acción contra la violencia sexual y de género deben tomar en cuenta que muchas de estas experiencias, como hemos visto, pueden no ser denunciadas. Estos deben también considerar que el restringido conocimiento de las nuevas modalidades de coerción sexual juvenil y su reducida denuncia, crean nuevas vulnerabilidades para las mujeres. Finalmente, futuros estudios deben también contrastar estos hallazgos con las interpretaciones y percepciones de los y las jóvenes en relación con casos de coerción y violencia sexual que afecten a varones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ademola J. (2005).

Attitudes, norms and experiences of sexual coercion among young people in Ibadan, Nigeria. En: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S. (eds). Sex without consent. Young people in developing countries. London: Zed Books.

Cáceres CF. (2000).

Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Perú. Journal of adolescent Health. 27: 361-367.

Cáceres CF. (2005).

Assessing young people's non consensual experiences: lessons from Peru. En: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S. (eds). Sex without consent. Young people in developing countries. London: Zed Books.

Ellsberg M. (2005).

Sexual violence against women and girls: recent findings from Latin America and the Caribbean. En: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S. (eds). Sex without consent. Young people in developing countries. London: Zed Books.

Erulkar SA. (2004).

The experience of sexual coercion among young people in Kenya. International Family Planning Perspectives. Volume 30, number 4, december.

Gagnon y Simon W. (1973).

Sexual conduct, the social sources of human sexuality. Chicago: Aldine.

INCSAP (2001).

(Indiana Campus Sexual Assault Prevention Project). The continuum of sexual coercion. Newsletter, Vol4, Issue 2, Feb/Mar 2001.

Jejeebhoy Shireen BS. (2005).

Non consensual sexual experiences of young people in developing countries: an overview. pp 3-45. En: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S. (eds). Sex without consent. Young people in developing countries. London: Zed Books.

Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S. (2005).

Non consensual sex and young people: looking ahead. pp 341-353. En: Jejeebhoy S, Shah I, Thapa S. (eds). Sex without consent. Young people in developing countries. London: Zed Books.

Krahe B. (2000).

Ambiguous communication of sexual intentions as a risk marker of sexual aggression. Sex roles: A journal of research. March.

Lamas M. (2000).

Diferencia de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco, enero - abril, año/vol 7, Número 018. Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Distrito Federal, México. En: Red AL y C La hemeroteca Científica en Línea en Ciencias Sociales. www.redalyc.org.

Laumann EO, Gagnon J H. (1994).

A sociological perspective on sexual action. Cap, 10 p 184-213. En: Parker R. y Gagnon J H. (eds.). *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a post modern world*. New York: Taylor and Francis.

Matus Madrid Ch. (2005).

El carrete como escenario: Una aproximación etnográfica a los códigos de la sexualidad ocasional en jóvenes urbanos. Última década, ago. Vol.13, no.22, p.09-37.

Mitchell K, Wellings K. (2002).

The Role of ambiguity in sexual encounters between young people in England. *Culture, Health and Sexuality*. Vol 4, No 4 pp 393 – 408.

Moraes CL. de, Cabral CS, Heilborn ML. (2006).

Magnitude and characterization of sexual coercion experienced by young adults in three Brazilian state capitals: Porto Alegre, Rio de Janeiro, and Salvador. *Cad. Saúde Pública*, July, vol 22, nº7, p.1493-1504.

ONUSIDA (2002).

El género y el VIH/sida, Actualización Técnica. [Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat] Agosto. Disponible en: www.data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC459-Gender-TU_es.pdf.

Olavarría J. (2002).

Hombres y sexualidades: naturaleza y cultura (castrar o no castrar). En: *Hombres: Identidades y sexualidades*. Olavarría J, Moletto E. (eds). FLACSO. Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidades. Santiago, pp13-28.

Parker y Gagnon JH. (eds.) (1994).

Introduction p. 3-15. En: *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a post modern world*. New York: Taylor and Francis.

Population Council (2004).

The adverse health and social outcomes of sexual coercion. Experiences of young women in developing countries. *Youth Net*. June.

Rao Gupta G. (2002).

Vulnerability and resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. International center for Research Women. [Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat]
Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/doc/Vulnerability.pdf>.

Salazar X, Cáceres CF. et al. (2005).

Vulnerability and sexual risks: Vagos and vaguitas in a low income town in Perú. Culture Health and Sexuality. July August; 7(4).

Salazar X, Maiorana A, Cáceres CF. (2009).

Coates T: Formative ethnographic research for an HIV/STI prevention trial. Unpublished.

Sandoval C. et al. (2005).

Sexual scripts, consensual sex and sexual coercion: Among young men and women in low income neighborhoods in peruvian coast. Culture, Health and sexuality. IASSCS Conference 2005: Sexual rights and moral panics. Abstract book.

Saldívar, Ramos y Romero (2008).

¿Qué es la coerción sexual? Significado, tácticas e interpretación en jóvenes universitarios de las ciudad de México. Salud Mental, Vol 31, N° 1, enero – febrero.

Simon W, Gagnon JH. (1984).

Sexual scripts. Society, 22, pp.52-60.

Youth net. (2004).

Lente joven en salud reproductiva y VIH/sida. Mayo N° 10.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA VIH: BARRERAS ESTRUCTURALES, SENTIMIENTOS INCOMPRENDIDOS Y CULTURAS AUTORITARIAS⁵

Débora Zambrano

INTRODUCCIÓN

El programa de tratamiento antirretroviral en el Perú (conocido como TARGA – tratamiento antirretroviral de gran actividad) se implementó a mediados del 2004, con apoyo del Fondo Global (FG) con miras a ser autofinanciado por el Estado después de dos años (MINSA, 2007; MINSA, 2006). Tal situación generó nuevas demandas a la salud pública en el país, considerando que son tratamientos costosos, poco conocidos, que es posible el desarrollo de resistencia a los antirretrovirales, que tienen múltiples efectos secundarios, y que afectan los estilos de vida de las personas (Kinderlan et al., 2002; Knobel et al., 2000). Además el VIH/sida es una enfermedad crónica que demanda la auto-administración del medicamento de por vida (Escobar et al., 2005).

En el caso de países emergentes como el Perú, representa un alto costo para el Estado (MINSA, 2003). La frecuente irregularidad de la disponibilidad de tratamiento pone en riesgo la adherencia al TARGA.

⁵ Esta investigación se llevó a cabo con la colaboración del Fondo de Apoyo a Proyectos de Tesis de Maestría-2005, en el marco del acuerdo de Cooperación entre la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Organización Mundial de la Salud "Fortaleciendo Capacidades para la Investigación para el cambio en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos". La autora agradece la ayuda ofrecida por el Dr. Carlos F. Cáceres, asesor principal del estudio, la Dra. Ruth Iguñiz y, la Mg. Nancy Palomino, así como los comentarios de otros investigadores.

Este artículo pone especial interés en abordar las dificultades de la adherencia al TARGA, considerando la enorme trascendencia que tiene este proceso sobre la calidad de vida de las Personas que Viven con VIH/sida (PVVS) y sobre la continuidad del programa. Hasta el momento existen pocos estudios que ayuden a entender los motivos por los que un número significativo de usuarios no se adhiere al tratamiento en países de varios perfiles de ingreso.

El modelo conceptual de la adherencia: abismos entre el deber y la voluntad

Según Cirisi (2009), hasta antes de la aparición del TARGA, se hacía poco énfasis en el término de adherencia y se hablaba más de cumplimiento. Así el término de cumplimiento de Haynes (1979) fue el de mayor aceptación, afirmando que constituye “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de los medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coinciden con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Este concepto tradicional es revisado en la Reunión Sobre Adherencia Terapéutica de la OMS en el 2001 (OPS, 2004) mencionando que el enfoque tradicional del cumplimiento propuesto por Haynes es cuestionado porque limita la complejidad del fenómeno que pretende abarcar y suele emplearse para referirse a la obediencia del paciente a seguir instrucciones del médico, resultando insuficiente para argumentar la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, no explica por qué un grueso porcentaje de personas no cumple con su tratamiento.

Los enfoques que surgen tratan de explicar las causas y alcanzar soluciones a este problema, cuestionando el modelo tradicional del cumplimiento. Así, según recoge Libertad (2004), el concepto de cumplimiento es una definición técnica con varias limitaciones: 1) tiende a ser unidimensional: las personas son cumplidoras o no cumplidoras; 2) está centrado en un modelo de salud autoritario: la voz del médico que prescribe el tratamiento; 3) es reduccionista: solo se consideran los aspectos biológicos y desconoce los psicológicos.

MÉTODO

El estudio se realizó en un hospital que se ubica en el norte de Lima, uno de los primeros a nivel nacional en ofrecer TARGA. Se utilizó un diseño cualitativo descriptivo exploratorio en base a entrevistas en profundidad y semiestructuradas a 20 personas entre hombres y mujeres: 11 PVVS (heterosexuales, homosexuales y travestis), 5 profesionales del equipo multidisciplinario de salud, Coordinadores del Programa de TARGA hospitalario, Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/sida y 2 líderes de la Sociedad Civil Organizada de PVVS a nivel nacional y Lima que trabajan por el acceso al tratamiento.

El protocolo del estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia así como del Comité de Ética del hospital donde se realizó la investigación. Para el procesamiento y análisis cualitativo de datos textuales se hizo uso del programa ATLAS/ti. También se analizaron las normas técnicas del Programa de TARGA del MINSA.

HALLAZGOS

El Marco Normativo

En relación a los documentos normativos del programa de TARGA en el Perú (MINSA, 2003), el modelo conceptual de la adherencia privilegia la relación participativa entre prestador y usuario, contrariamente al modelo tradicional que privilegia la relación unidireccional, centrando su importancia en las prescripciones medicas. El modelo conceptual de la adherencia en el Perú sostiene que se trata de un evento participativo que busca compartir responsabilidades a varios niveles: prestador-usuarios y equipo multidisciplinario de salud.

*La adherencia es un fenómeno digamos bilateral... es una responsabilidad compartida. Ambos tienen que trabajar para cumplir la adherencia.
(Coord. ESN/ITS/VIH/sida).*

Tal conceptualización se acerca a la de otros autores que la definen como el uso de relaciones colaborativas, cooperativas o de alianza terapéutica entre prestador(a) y usuario(a), como así lo plantean Di Matteo y Di Nicola también como Blackwell (Libertad, 2004), y Fridman (citado por Zaldívar, 2003). En teoría estas tendencias participativas asumen un ejercicio activo y voluntario del usuario, que lo llevan hacia un compromiso responsable frente al tratamiento. En este proceso los prestadores son facilitadores que orientan su intervención a alcanzar este objetivo.

Sin embargo, la experiencia hospitalaria imprime sus propias formas de comprensión del enfoque de la adherencia, donde aún prima una intervención vertical que fluctúa entre paternalista y autoritaria, donde el prestador de salud decide y ordena lo que se debe hacer. Por parte de los usuarios, sus experiencias previas con las relaciones autoritarias les permiten ser receptivos a estas formas de atención, aceptando silenciosamente el trato que reciben en el servicio.

Adherencia es una forma por la cual el paciente sigue al pie de la letra, confía en su médico, obedece las ordenes y sugerencias que da el personal de salud... es la forma como cumple el tratamiento, lo bueno o lo malo que hace... de acuerdo a las pautas que da el médico. (Médico).

“Bueno, la enfermera me dijo que no debo tomar muchas grasas, cítricos, que lo debo tomar a la hora que me dicen, que no debo dejar de tomar, eso es todo lo que me dijo” (Juana, mujer heterosexual).

Los documentos normativos del programa TARGA representan la voluntad y el deseo de cambio de quienes diseñan las políticas públicas; sin embargo, las prácticas en los servicios expresan un distanciamiento de las normas, como si se tratara de sucesos sin relación alguna. La práctica de los servicios nos evidencia la continuidad del manejo tradicional de la adherencia que se resiste a cambiar. Pero muchas pueden ser las causas de esta resistencia. Las relaciones jerárquicas o unilaterales entre médico y paciente no sólo son la expresión de una antigua relación en el espacio de la salud. En el Perú las relaciones autoritarias son expresiones de formas más cotidianas de entendimiento entre Estado-ciudadanía. Según Vich (2005), esta situación imprime una cultura que se apodera de sus integrantes y representantes. Ello añade mucha resistencia al cambio de actitudes y comportamientos en ambos lados, en este caso prestador-usuario. Según Flores Galindo (Flores, 1999), las relaciones entre Estado y sociedad, así como entre política y vida cotidiana, habitualmente han sido concebidas como realidades separadas. Sin embargo, todos ellos estarían atravesados por las mismas prácticas y discursos de carácter autoritario, a lo que este autor llamó “conexiones de sentido”. Esto nos invita a reflexionar sobre las relaciones ocultas pero existentes entre nuestras experiencias privadas y colectivas, que nos proporcionan un terreno receptivo a la autoridad.

Medicamentos ausentes y limitadas condiciones de los servicios

La escasez, tanto de recursos humanos, como de infraestructura del servicio, fue señalada como una carencia por los prestadores que atienden a los(as) usuarios(as), mientras que la falta de medicamentos es una necesidad percibida por todos los/as entrevistados/as. Sobre los medicamentos, se dieron distintas versiones que explican su ausencia. Hay quienes señalaron la reciente implementación del sistema de aprovisionamiento de tratamiento, como los que observaron las prácticas burocráticas a nivel de los sistemas administrativos en el sector salud; hasta los que puntualizan que esta carencia se debe a problemas económicos en la compra de los medicamentos y la ausencia de programación y decisión política del MINSA. Este último punto incluye a los altos niveles del Estado.

“Hablar del problema de abastecimiento... ¿pedir al paciente que cumpla?... ¿si no le damos el tratamiento? Había que comprar la medicina... desaduanarla... tener una logística de distribución... asegurar el presupuesto... esto... involucra al MINSA... Consejo de Ministros. MINSA tiene que revisar procesos tal... que la medicación esté... suficiente, oportuna... dónde se va distribuir” (Coordinador Programa TARGA. Hosp.).

Los(as) usuarios(as) no suelen recibir explicación por parte de los prestadores de salud cuando el medicamento escasea, fomentado así que elaboren sus propias interpretaciones y se sientan inseguros de seguir recibiendo tratamiento en el futuro.

“Por ahí escuché algo sobre la Ministra de Salud, creo que tiene un poco de cólera contra las personas que tienen VIH, que de repente ya no va a haber tratamiento” (Sofía, travesti).

Para los líderes de la Sociedad Civil Organizada (SCO-PVVS) la ausencia de medicamentos no tenía por qué darse, ya que existía dinero proveniente del Fondo Global para adquirirlos (situación parcialmente cierta porque esta entidad aportó hasta 2006 parte del dinero para tratamiento y apoya otras actividades dentro del programa). También están los que piensan que el MINSA carece de dinero para comprarlos, porque el presupuesto depende de otros sectores del Estado.

A consecuencia del desabastecimiento de antiretrovirales, la relación prestador-usuario(a) se ve afectada, propiciando el incumplimiento de los acuerdos logrados y debilitando la labor pedagógica y la confianza alcanzada por los prestadores de salud en este proceso. Interfiriendo en la estabilidad en la entrega de los medicamentos, a largo plazo, se afecta el cumplimiento de las metas del programa.

La falta de implementación de los servicios, es otra dificultad señalada por los prestadores de salud, quienes muestran preocupación por una, cada vez mayor, demanda de usuarios por tratamiento, sin que se incremente el número de profesionales, ni se habiliten nuevos espacios de atención. Como resultado, es esperable que disminuya el tiempo de la consulta y la calidad de la orientación que se ofrece. Los espacios, al ser muy pequeños, limitan el desarrollo de actividades educativas grupales y mucho menos ofrecen la confidencialidad que se requiere.

“Mis tiempos de dedicación al paciente...de 25 minutos...han bajado a 5...no tengo profesional y tengo un volumen alto...reciben rápido su medicación, se les habla rápido de la adherencia...pero...se espera que empiece a decaer” (Coordinador Programa TARGA. Hosp.).

En relación con esto, el responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/sida menciona que “...según las anteriores evaluaciones internacionales sobre calidad en la atención de salud, se coloca al Perú en los últimos puestos en toda Latinoamérica” (Asociación Prosa, 2006). Esta opinión especializada expresa una reflexión crítica desde la esfera política de los servicios, reconociendo la limitada importancia que se da a la atención de los(as) usuarios(as). Es decir, los problemas que se observan respecto a la atención en el programa de TARGA no son únicos, expresan un patrón que se repite en la mayoría de servicios públicos de salud. Esto puede explicar, en parte, la ausencia de quejas de los usuarios respecto a la atención que reciben, centrando sus reclamos en la exigencia de recibir medicamentos. De otro lado, las pocas facilidades con las que

cuentan los prestadores de salud para realizar sus atenciones, facilitan también que se configure en los usuarios un concepto de salud centrado en el beneficio del medicamento. Así, el maltrato que se expresa en el corto tiempo de atención, la poca privacidad de los espacios de atención, la ausencia de explicaciones frente a la escasez de medicamentos antiretrovirales, son circunstancias que no solo afianzan la pobreza material en la que viven los usuarios(as), sino que consolidan una baja autoestima.

Problemas similares de desabastecimiento de medicamentos y falta de infraestructura han sido igualmente reportados en otros países de América Latina, donde los programas no han funcionado eficazmente por falta de previsión. Así Stern y Murillo (2004) mencionan que “se hace necesario que [el Fondo Global] tenga una perspectiva más amplia y anticipe las necesidades y las limitaciones de los países que apoya de acuerdo a la realidad de los beneficiarios. Esto ha ocurrido en Honduras donde los recursos ofrecidos por el Fondo Global no se han podido utilizar en su totalidad, porque no existe la estructura necesaria para ofrecerlo”. Esto afecta la intervención de los profesionales que operan en los equipos multidisciplinarios, además de la evaluación y el seguimiento de la política de adherencia diseñada.

Para Adrianzén (2006), la actitud pasiva de los enfermos se basa en la presencia de relaciones poco democráticas entre Estado y ciudadanía caracterizadas por una visión disminuida de los usuarios, donde sus necesidades y derechos no cuentan, subvaloración que se acrecienta, cuando se trata de usuarios(as) pobres o indígenas: “La calidad de nuestra democracia es, realmente, baja; lo mismo que nuestra ciudadanía. Los ciudadanos no son interlocutores válidos, no vale la pena debatir y menos deliberar con ellos y si además son pobres o indios, peor” (Adrianzén, 2006). Estas expresiones hacen alusión a un país racista, dividido por clases sociales o jerarquías, donde los más pobres no son dignos de ser tomados en cuenta. Esta reflexión alcanza a los ciudadanos-usuarios que reciben tratamiento antirretroviral en los servicios públicos de salud, limitados en su capacidad de manifestar sus emociones y necesidades.

Un estudio realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en 18 países de América Latina en el año 2004 sostiene que “con respecto a la ciudadanía civil, se registran logros importantes en materia de legislación, pero preocupa la escasa capacidad de los Estados para garantizar estos derechos en la práctica” (PNUD, 2004).

Tanto las interpretaciones de Adrianzén como los resultados del estudio del PNUD recogen diversas versiones de la experiencia ciudadana. Aún cuando no corresponden específicamente al espacio de la salud pública, expresan una postura del Estado que se manifiesta en todos los escenarios donde interactúa con la ciudadanía. Las y los ciudadanas/os-usuarios/os tienen derecho a la salud; sin embargo estos datos refieren una insuficiente atención de las necesidades de la población y, sobre todo, permite entender la ausencia de reclamos por parte de las personas afectadas

con respecto a la atención que reciben. Las personas no se sienten con derecho a reclamar un mejor servicio porque asumen que no van a ser escuchadas o peor aún, que pueden ser víctimas de expresiones discriminatorias o de represalias por manifestar sus quejas. Así, los servicios públicos de salud, son la única alternativa para los pobres que no tienen opción para elegir.

La pobreza, una constante que amenaza permanentemente la adherencia al TARGA

Una condición que sobresale en los usuarios(as) de TARGA es su adversa realidad socio-económica. Muchos no acuden a los servicios de salud porque, no pueden asumir el costo de movilizarse, el pago de las consultas, y/o la alimentación básica. Sin embargo, no todos los prestadores de salud reconocen el impacto de este factor en el cumplimiento apropiado del tratamiento.

“El viajar es un poquito fastidioso, estar viniendo todas las semanas... pasaje son 30 soles...en un mes son 120...yo digo eso me puede ayudar a comprar fruta...hay veces me da la gripe o quiero...apoyar algo en casa... pero semanal ya lo siento, gano algo es para el pasaje” (César, hombre, homosexual).

El Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD (PNUD, 2002; PNUD, 2006), menciona que la pobreza en el Perú representó el 54.1% en el 2000 y no varió sustancialmente en el 2006. Según Lewis (Harrison, 1990), la pobreza también tiene otro rostro que no se manifiesta en números, siendo expresión de manifestaciones culturales, que subyacen a la reacción de adaptación a las circunstancias de penuria y estrechez, y se caracteriza por un conjunto complejo de rasgos: sentimientos de inferioridad, dependencia, fatalismo, resignación. También se expresa a través del autoritarismo y la necesidad de relaciones jerarquizadas que se asocian con clases sociales excluidas. Así, la forma en que viven determina su forma de interpretar la vida. Tales explicaciones redundan en la necesidad de dar una mayor importancia a las condiciones materiales que rodean a los usuarios de TARGA, pues pueden interferir en la construcción de la confianza del usuario sobre sí mismo, afectando sus respuestas psicológicas.

Cansancio del tratamiento: una respuesta incomprendida

Los procesos de enfermedad crónicos como el VIH/sida llevan progresivamente a estados de rutina y cansancio del tratamiento por su naturaleza prescriptiva, efectos secundarios y conflictos psicológicos como producto del reconocimiento de un elemento extraño en la vida cotidiana de las personas, a partir del uso del tratamiento (OPS, 2002). El uso del TARGA está además cubierto, por emociones positivas y negativas que surgen permanentemente en la vida diaria de los afectados(as), las que pueden variar, dependiendo de la posibilidad que tengan los usuarios de enfrentar satisfactoriamente estas vivencias. Ello vuelve insuficiente el uso de

argumentos lógicos que utilizan los proveedores de salud que apuntan a valorar de manera exclusiva los beneficios corporales del tratamiento.

“De tomar las pastillas me parece, ya me había fatigado un poco. Yo sabía que de nuevo venir, sabía que podía tener alguna infección por que estaba mal. Tenía tos, tenía diarrea, entonces más que nada ya me había cansado que de nuevo el tratamiento” (Juana, Mujer heterosexual).

Aun cuando la política de adherencia al TARGA (MINSa, 2004) está definida para que la relación prestador(a)-usuario(a) se establezca en términos participativos y dialogantes, esto aún no se logra, toda vez que las emociones y motivaciones de los usuarios son terreno desconocido y poco valorado por los prestadores. La incomprensión de estas emociones también contribuye al deterioro de la relación entre el usuario y el tratamiento, situación que habría que anticipar como parte del seguimiento o acompañamiento, para su mejor manejo y control, debiéndose abordar oportunamente por los miembros del equipo multidisciplinario.

El VIH/sida: Un concepto nuevo de enfermedad y de identidad que cuesta aceptar

A partir de la aparición del Sida, el concepto tradicional de enfermedad cambió para las personas. El VIH es la experiencia de vivir con un virus para toda la vida de manera asintomática y, justamente el TARGA, aparece como una medida de control que impide el avance de la enfermedad. Ésta es una vivencia nueva para las personas afectadas, que exige otra comprensión del concepto de enfermedad, mucho más complejo y abstracto que el anterior, que impone la aceptación de una enfermedad que no se advierte.

En muchos casos, las personas asumen su condición de portadores del virus, a partir de los resultados de sus análisis y no porque experimenten síntomas de enfermedad. Este contexto resulta difícil de comprender en un corto tiempo. Por lo general a los usuarios les toca vivir esta experiencia de manera imprevista, sin experimentar el tiempo suficiente que se requiere para aceptar un suceso que los acompañará por el resto de su vida. La recuperación rápida de la persona en presencia del TARGA, se ve afectada por conceptos tradicionales de la enfermedad que permanecen ocultos y subyacentes en el inconsciente de las personas. Por ello cuando los síntomas desaparecen a causa del tratamiento, los pacientes prefieren reafirmarse en sus ideas tradicionales. Admitir algo que no se manifiesta físicamente, les resulta difícil, siendo más cómodo y motivador pensar en la ausencia de infección. Las personas deben tomar medicamentos que saben que no los van a curar definitivamente, lo que añade aún más desconfianza sobre el tratamiento. Todo ello imprime características complejas, inestables, inconscientes y ambivalentes a la vivencia de la infección. Es común observar en los servicios de salud que los usuarios(as) buscan atención cuando la enfermedad empieza a inhabilitarlos físicamente, pudiendo dejar de tomar el medicamento por días al no experimentar ningún malestar.

“Bueno, ellos dicen que la precisión, que es mejor tomarlo a la hora; es que el tratamiento puede fallar, pero yo pienso que no o sea...a veces te pasas una hora, pero la cosa es tomarlo, por que yo a veces tengo amigos que se olvidan 1 día o 2 días y están bien” (Cesar, hombre, homosexual).

“No aceptar la enfermedad que tienen... hay gente que... de repente dicen se han equivocado conmigo porque ya me siento bien, me siento como antes y yo no tengo el VIH y me piden... otro examen, pero están con su carga viral indetectable” (Médico).

El VIH/sida también imprime un elemento nuevo y constante en las vidas de estas personas, pues la infección llega a quedarse e imponer su presencia. Tal situación desarrolla una conflictiva situación emocional de la persona. Los “estados de negación de la enfermedad” pueden manifestarse no sólo durante el diagnóstico de la infección, sino también a posteriori, como mecanismo de defensa frente al estrés que produce enterarse del diagnóstico. Las personas toman su tratamiento movilizadas por el miedo, pero pasado el peligro, éste desaparece y no hay necesidad de esforzarse ni comprometerse con su tratamiento.

“El virus consume nuestras defensas y emocionalmente nos desestabiliza mucho” (Juana, Mujer heterosexual).

La negación es también una reacción que surge como mecanismo de defensa psicológica para evitar confrontar el estigma. El temor al rechazo social genera un bloqueo emocional muy intenso y depende de cada persona, de su entorno afectivo y del apoyo profesional que reciba para superarlo.

Papel de los medicamentos: Efectos secundarios y puntualidad para tomarlo

Según la literatura, algunos antirretrovirales tienen efectos secundarios (por ejemplo, adormecimiento de extremidades, manchas en la piel, anemia) que se manifiestan en el período de adaptación al medicamento que puede durar 3 meses (Knobel, 2002; Martín, 2006; OPS, 2002). Al uso de TARGA se puede sumar el uso de medicamentos profilácticos, los que producen malestares, unos más tolerables que otros.

Al no poner, algunos prestadores de salud énfasis en esta información, los usuarios, sorprendidos por estos malestares, responden con desconfianza, temor y preocupación.

“El Efavirenz me hacía alucinar, o sea en la noche... hablaba solito, sentía que mi cabeza se ponía tiesa, sentía que volaba, sudaba mucho... hablaba solo y veía las cosas así medio borrosas y cuando le pregunté al doctor por qué era, era por ese medicamento... y ya después de los 15 días ya no sentía ese efecto pero siempre sentía ese calor... sí, las nauseas se fueron” (César, hombre, homosexual).

En algunos casos, cuando estos síntomas son interpretados como enfermedad y no como un evento pasajero asociado al futuro bienestar de su salud, se puede dar una confusión que lleve al abandono del tratamiento.

Algunos(as) usuarios(as) también expresaron problemas con el cumplimiento de los horarios para la toma de los antiretrovirales debido a que coinciden con otras actividades cotidianas, que en la práctica son valoradas como de mayor importancia. También están los que se dejan influenciar por comentarios de otros usuarios que refieren métodos para tomar los medicamentos de manera intercalada y que continúan sanos, minimizando la importancia de las indicaciones terapéuticas.

En general algunos usuarios no creen que tomar fuera de hora altere los beneficios del tratamiento. Esto podría revelar que la información ha sido insuficiente o no ha sido adecuadamente comprendida. También a algunas mujeres les resulta difícil ingerir el medicamento a sus horas porque interfiere con el horario de atención a sus hijos, entre otras funciones domésticas, lo cual podría afectar su uso puntual.

*“A veces no puedo tomarlo a la hora, sería falso decir sí, no puedo tomarlo porque se me hace tarde, lo levanto rápido a mi hijo, lo alisto, entonces desayuno, cuando vuelvo voy y lo dejo rápido en la escuela y recién desayuno”
(Ana, mujer, heterosexual).*

El tiempo de atraso reconocido puede estar entre media hora y dos, aunque podría ser mucho más, pues es difícil que cuenten con los medios para controlar su tiempo. La impuntualidad para tomar los medicamentos, ha sido una respuesta recurrente en la mayoría de testimonios, independientemente del nivel educativo.

Estigma y discriminación

En el estudio, la mayoría de usuarios(as) entrevistados(as) refirieron no haber sido discriminados en el servicio de salud donde reciben su tratamiento, pero sí en otros hospitales donde les han negado atención por ser PVVS. Asimismo, algunos profesionales de la salud opinaron que los usuarios(as) eran discriminados en el hogar, la familia y en espacios sociales donde se desenvuelven cotidianamente.

“¿Por qué los miran así?...saben que tiene VIH, los rechazan hasta sus propios hijos” (Asistente Social).

Muchos(as) usuarios(as) reciben el tratamiento en los ambientes del programa TARGA y no en la farmacia del hospital, como figura en el manual de normas, lo que puede estar influyendo en una menor exposición a ser discriminados, ya que el equipo del Programa está ya sensibilizado.

“Un problema que atenta contra...la adherencia...es el estigma y la discriminación. No sólo está presente entre la gente que es conocida como discriminadora sino en los mismos trabajadores de salud, el mismo entorno de las PVVS, en fin en todas partes” (Coord. ESN/ITS/VIH/sida).

En este estudio, los líderes de la Sociedad Civil Organizada entrevistados reconocen que los usuarios(as) son estigmatizados y discriminados en los centros de trabajo. En ese caso se prefiere ocultar el diagnóstico, por temor a quedar desempleados. Para poder recoger y tomar sus medicamentos, ellos suelen engañar a sus empleadores.

“Hay días que... no puedo venir... no puede pedir el día jueves permiso en mi trabajo... ellos me dicen ¿por qué?... ¿cómo... decir que todos los días voy a ir al mismo sitio?” (Pedro, Hombre, heterosexual).

Un estudio a nivel nacional sobre estigma y discriminación en el Perú (Peruanos Positivos, 2005) reveló que muchos(as) usuarios(as) son despedidos de sus trabajos por ser personas con VIH, demostrándose, como sostiene el Coordinador de la ESN, que el estigma puede aparecer en diferentes circunstancias, no sólo en los servicios.

Ser hombre o mujer: Camisa de fuerza para cumplir el tratamiento

Según Barrig (1981) las construcciones sociales del género limitan la autonomía y autoestima de las mujeres, creando un reconocimiento personal dependiente del cuidado de sus hijos y de la atención al esposo. Asimismo esta autora plantea que en el Perú el ordenamiento jerárquico familiar en los sectores populares está centrado en el poder del marido/padre, subrayando la superioridad masculina, y por otro lado refuerza la dependencia económica de la mujer respecto del marido y la representación legal que privilegia al jefe de familia. La norma social exige hogares biparentales. La monoparentalidad es mal vista, y enfrentar solas un hogar, no sólo demanda mayor trabajo y cuidado de los hijos, sino también debilita la autoestima; no sólo determina una pérdida física y económica, sino también la pérdida del soporte emocional y de las seguridades sociales que ofrece tener pareja.

La adherencia al TARGA requiere también un abordaje bajo el enfoque de género. En el estudio, las mujeres entrevistadas mencionan tener dificultad para recoger el medicamento semanalmente y tomarlo a la hora prescrita, por los problemas económicos descritos líneas arriba y porque interfiere con los horarios de atención de sus hijos. Recoger los medicamentos del Centro de Salud, les ocasiona dificultades en la medida en que no tienen a quién encargar a sus hijos y si los llevan al servicio, resulta muy incómodo debido a que los niños se inquietan.

La construcción social de género interfiere sobre la prioridad de actividades en hombres y mujeres; si la programación del tratamiento no toma en cuenta este conjunto de aspectos, ello puede terminar contrariando el objetivo de adherirse a

tomar medicamentos en los horarios indicados. Frecuentemente los profesionales de la salud, ignoran o no reconocen la forma en que impactan estas construcciones culturales en la vida emocional de los afectados. La racionalidad y verticalidad que aplican los prestadores para interpretar el comportamiento de los usuarios, obliga a estos últimos a ocultar sus motivos reales con el fin de no ser reprendidos o porque consideran que no van a ser comprendidos.

Este hallazgo coincide con otros estudios sobre adherencia que señalan al género como un factor que afecta la toma regular de los medicamentos (OPS, 2004); ser mujer plantea dificultades para la adherencia, y el cuidado de los hijos está relacionado con las dosis perdidas. La construcción social del género plantea dilemas a las mujeres con VIH/sida; ya que, por un lado, surge un problema cuando el ejercicio del tratamiento se cruza con el rol materno, y por otro la posibilidad de mejorar se convierte en un estímulo para seguir atendiendo a sus hijos.

En el caso de los hombres, se observó sentimientos de culpa por haber infectado a su pareja. García y Tamayo (1990) y Barrig (1981), sostienen que en contextos de pobreza, la demostración de la 'virilidad' para los hombres, expresada en la búsqueda de otras parejas, puede representar una de las pocas vías de gratificación.

“Ha habido muchas ocasiones de dejarlo (el tratamiento), escaparme, irme lejos, pero tenía mi familia, tenía una hija, y yo he visto, veo a otras chiquitas así de su tamaño que sufren mucho y lloran” (Pedro Hombre, heterosexual).

“Me impulsa tomar el tratamiento para cumplir algunas metas; se suponía que yo quería ser alguien, haber terminado algo, ¿no? una carrera, bueno, no terminé la universidad... pero al menos terminé este curso de cosmetología” (Cesar, Hombre, homosexual).

Aun cuando la mayoría de hombres entrevistados no tiene trabajo estable, buscan trabajos temporales para mantener a su familia. Otros manifiestan un mayor deseo de desarrollo individual, y el acceso a terapia antirretroviral los motiva a salir adelante.

CONCLUSIONES

Las dificultades para alcanzar la adherencia al TARGA en esta experiencia hospitalaria, nos revelan carencias materiales para intervenir oportunamente por parte de los prestadores de salud. Además existen otros factores estructurales que desfavorecen la aplicación del modelo de adherencia propuesto en la norma técnica del programa de TARGA, primando en la práctica el enfoque autoritario-paternalista sobre el enfoque participativo. Esto limita la posibilidad de que los usuarios sean escuchados en sus vivencias privadas e interfiere negativamente sobre su autoconvencimiento y compromiso con su tratamiento.

La pobreza, la rutina, las vivencias psicológicas con el VIH/sida, las características de los medicamentos, el estigma y la discriminación, y la construcción social del género, son factores que también afectan el proceso hacia la adherencia. Todo ello configura una compleja red de dificultades incomprensibles, tanto por los proveedores de salud, como por los propios usuarios que no establecen la conexión de estas vivencias cotidianas y la capacidad de manejar oportunamente su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adrianzén A. (2006).

El secuestro de la democracia. Diario la Republica, Perú: agosto 26. Sección. p.17.

Asociación PROSA (2006).

El TARGA beneficios y dificultades. En Verso y en prosa. Revista trimestral. Oct/; (1).

Barrig M. (1981).

Convivir la pareja en la pobreza. Lima: Mosca Azul Editores.

Bejar H. (2001).

Política social y justicia social. Lima: Centro de estudios para el desarrollo y la participación.

Boletín Epidemiológico [en línea] (2007).

Perú: Situación del VIH/sida en el Perú; Mensual-Abril. [fecha de acceso 10 mayo de 2007]. URL disponible en: http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2007/abril.pdf

Cirisi R. (2002).

La adherencia al tratamiento de los pacientes sicóticos. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna; 29(2):232-238.

Coordinadora peruana de personas viviendo con VIH/sida- Peruanos Positivos (2005).

Estigma y Discriminación: la mirada de las personas viviendo con VIH/sida en el Perú. Lima.

Escobar I, Knobel H, Polo R. (2005).

Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. Enferm Infecc Microbiol Clin (Barc); 23(4): 221-231.

Flores A. (1999).

La tradición autoritaria. Violencia y democracia en el Perú. Lima: APRODEH y SUR Casa de Estudios del Socialismo.

García R, Tamayo J. (1990).

Mujer y varón. Vida cotidiana, violencia y justicia. Lima: Tarea.

Harrison E. (1990).

El subdesarrollo esta en la mente: El caso latinoamericano. México: Editorial Limusa.

Haynes R, Taylor D, Sakett D. (eds) (1979).

Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Kinderlan J, Del Amo J, Martín C. (2002).

Tratamiento de la Infección por VIH en pacientes con problemas psicosocial. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Barc)*; 20(2):19-28.

Knobel H, Codina C, Miro JM. (2000).

Recomendaciones GESIDA/ SEFH/ PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Barc)*; 18: 27-39.

Knobel H. (2002).

Cómo y por qué monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Barc)*; 20(10):481-3.

Libertad M. (2004).

Acerca del concepto de adherencia. *Rev. Cubana Salud Pública. Sep-Dic. v.30.n4.*

Martín L, Grau J. (2004).

La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud. [en línea], 14 (001): [fecha de consulta 05 de enero de 2006] Disponible en:*

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29114110>

Ministerio de Salud (2004).

Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA en adultos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud (2006).

La implementación del TARGA en el Perú.

<http://www.minsa.gob.pe/portal/03estrategias-Nacionales/03ESN-ITS-SIDA/Archivos/ATRetroviral/ATR-Capítulo II. pdf>. En: MINSA. Un paso adelante en la lucha contra el sida.

Organización Panamericana de la Salud (2002).

Pautas de tratamiento antirretroviral en adultos para países de Latinoamérica y El Caribe. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2004).

Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Washington: OPS.

PNUD (2002).

Informe sobre Desarrollo Humano. [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 mayo 2006].

http://www.pnud.org.pe/n_idh.asp

PNUD (2004).

La democracia en América Latina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

PNUD (2006).

Informe sobre Desarrollo Humano. [en línea] 2006 [fecha de acceso 01 junio 2006]
http://www.pnud.org.pe/n_Inf_Nacional_Humano2006.asp

Programa de Control de ETS-SIDA-MINSA (2003).

Programa de Adherencia al Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad para el Perú, un país en vías de desarrollo. [Diapositiva]. Perú: MINSA.30 diapositivas.

Stern R, Murillo G. (2004).

El acceso a medicamentos y la ciudadanía en América latina. Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Vich V. (2005).

El Estado esta de vuelta. Lima: IEP.

Zaldívar D. (2003).

Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. [en línea].

TERCERA PARTE



**Promoviendo la
Salud Sexual**
*Experiencias desde
la Ciudadanía y
los Derechos*

“CIUDADANÍA SEXUAL”: ARTICULANDO LA INVESTIGACION Y EL ACTIVISMO PARA LA VIGENCIA DE LOS DERECHOS SEXUALES EN AMERICA LATINA

Griselda Pérez Luna y Carlos F. Cáceres

Entre 2002 y 2006, con el auspicio de la Fundación Ford, se desarrolló el Proyecto “Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina” (también llamado “Ciudadanía Sexual”), con base en la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Cayetano Heredia, y con un Comité Asesor Regional constituido por miembros de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú.

Este texto busca describir el contexto en el que el proyecto surgió, hacia el año 2002, para luego resumir las acciones puestas en práctica por el proyecto y sus colaboradores, y realizar un recuento de los resultados de dichas acciones. Finalmente, presenta algunas reflexiones sobre las lecciones aprendidas, los logros y los pasos a seguir.

EL PUNTO DE PARTIDA

Al iniciarse el proyecto “Ciudadanía Sexual” en el año 2002 se contaba con una significativa producción de trabajo académico y político en sexualidades, salud sexual y derechos sexuales en América Latina, generada especialmente en las dos últimas décadas⁶. Buena parte de la investigación en este tema se produjo en el

⁶ Ver, para el caso de la diversidad sexual, Cáceres C F, Pecheny M, Terto V. (eds.) (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Lima: UPCH/UNAIDS.

contexto de un trabajo más amplio en sexualidad, género/masculinidad, VIH/sida y salud reproductiva, por lo cual las publicaciones más importantes provinieron de encuentros académicos regionales y globales. En estos últimos años esto ha continuado siendo así, mayoritariamente.

El trabajo político, de otro lado, venía siendo desarrollado por los movimientos sociales y organizaciones gay-lésbicas o transgénero (*trans*), o por organizaciones de la región dedicadas al tema del VIH/sida, trabajo que logró importantes progresos en el reconocimiento de los derechos humanos de estas comunidades⁷. Había una articulación parcial, no libre de conflictos, con el movimiento de mujeres y el movimiento de salud y derechos reproductivos (Parker, Petchesky, Sember, 2008).

En lo concerniente a investigación, era posible identificar por lo menos tres fases distintas: Una fase inicial, que tiene lugar durante los años ochenta, en la cual se desarrollan principalmente estudios etnográficos, a cargo de antropólogos ajenos a la región, que se enfocan en la descripción cualitativa de diversas culturas y subculturas sexuales organizadas en torno a prácticas homosexuales y bisexuales. Una segunda fase, que apareció en la fase final de los años 80 y a inicios de los años noventa, en los albores de la epidemia de VIH/sida, en la cual investigadores de América Latina (o establecidos en la región) comenzaron, enfocados primariamente en la salud sexual, a desarrollar investigaciones tanto cualitativas como epidemiológicas sobre la actividad sexual entre varones, con la meta fundamental de construir modelos epidemiológicos de la infección por VIH y desarrollar programas orientados a su prevención. Y una tercera fase, más reciente, que surgió ya entrados los años noventa, en la cual el desarrollo de estudios sobre la diversidad sexual en América Latina (y entre latinoamericanos que vivían en América del Norte) involucró perspectivas interdisciplinarias en ciencias sociales relacionadas con los cambios sociales, económicos y políticos en la región asociados con la globalización y la reestructuración del capitalismo en el sistema global contemporáneo.⁸

En cada fase, se dieron diferencias significativas, tanto en términos de los perfiles de los investigadores involucrados, como en las preguntas de investigación (y las implicancias prácticas) que han dominado el foco de atención. Tomados en conjunto, estos tres momentos en la investigación han proporcionado uno de los cuerpos de investigación en diversidad sexual de más rápido crecimiento en el mundo (aunque aún poco sistematizado)⁹.

Con relación a la abogacía y la movilización política, es también posible identificar fases importantes. En el curso de los años ochenta, con el surgimiento de

⁷ Cáceres CF, Frasca T, Pecheny M, Terto V. (2004). Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate. Lima: UPCH.

⁸ Cáceres CF. (2003). La pandemia del SIDA en un mundo globalizado: Vulnerabilidad, subjetividad y los diálogos entre la salud pública y los nuevos movimientos sociales. En: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallenar S. La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: UPCH.

⁹ Ver Parker R. and Cáceres CF. (1999) Introduction: Alternative sexualities and changing sexual cultures among Latin American men. Culture, Health and Sexuality, Vol. 1, No. 3, 201-206, para una visión panorámica del desarrollo de buena parte de este trabajo.

regímenes autoritarios en varios países de la región, la organización inicial tanto de organizaciones feministas, como de agrupaciones gay-lésbicas tuvo lugar como parte de una lucha mayor por la redemocratización y la reconstrucción de la sociedad, mientras que luchas agrupadas en torno a cuestiones de identidad o diversidad sexual demoraron en emerger. Sin embargo, hacia finales de los 80 e inicios de los 90, la rápida diseminación de la infección por VIH entre la población gay comenzó a alentar importantes esfuerzos organizativos en torno a esta enfermedad y, a su vez, las organizaciones con trabajo en sida comenzaron a proveer un importante contexto institucional para el trabajo aplicado en relación a la salud y la diversidad sexual.

Durante los años noventa, nuevamente en interacción con un contexto mayor de cambios sociales y culturales en la región, se dio mayor atención a cuestiones vinculadas a los derechos sexuales. Los movimientos feministas y gay-lésbicos, cada vez mejor organizados en la región, crearon un nuevo marco para el desarrollo de luchas en torno de los derechos sexuales como parte integral de mayores esfuerzos por la justicia social y la equidad en América Latina. El movimiento en VIH/sida, de otro lado, se fue constituyendo en un movimiento independiente y cada vez con mayor presencia pública, y logró, a inicios de los años noventa, contribuir al proceso global de movilización de recursos que fue iniciado oficialmente en la Sesión Especial sobre sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, 2001).

Aunque durante todo este proceso se había una valiosa producción, tanto en términos de investigación, como de incidencia política y organización comunitaria en torno de cuestiones como las de diversidad sexual, salud sexual y derechos sexuales en América Latina, las oportunidades para intercambios productivos entre los grupos y áreas de trabajo no se habían diversificado con esa misma rapidez. La traducción de la investigación en acción para el cambio social progresista estuvo limitada, debido a la débil conexión entre el quehacer político y la investigación; simultáneamente, los resultados de investigación relevantes permanecían desconocidos para los activistas y para quienes desarrollaban el trabajo de abogacía.

Más aún, no sólo el intercambio entre las comunidades de investigación y abogacía era limitado, sino que inclusive, al interior de estas comunidades se carecía de espacios y foros institucionales para el intercambio y la colaboración. Se identificó que la investigación en diversidad sexual -como, de modo más general, la investigación en sexualidad- seguía aún siendo vista como académicamente marginal, y consiguientemente carecía de fuentes de financiamiento y de legitimidad institucional. Con frecuencia los investigadores tenían que trabajar en relativo aislamiento, y las oportunidades para el intercambio y la colaboración, así como para la formación y la tutoría de investigadores jóvenes, estuvieron ausentes para el trabajo en esta área. Aunque los activistas que trabajaban en VIH/sida habían tenido algunas oportunidades para la interacción a través de las redes existentes de trabajo en sida, las posibilidades de intercambio entre activistas en sida y activistas en derechos sexuales eran bastante limitadas.

Con el apoyo de ONUSIDA (y en respuesta a una convocatoria de dicha organización), ya se había emprendido un esfuerzo piloto, entre 1998 y 1999, y más tarde durante en 2001; con el objetivo de iniciar una labor de constitución de redes de trabajo en temas vinculados a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y VIH, y sistematizar información sobre estudios existentes que derivara en un documento técnico, en inglés y español, orientado a tomadores de decisiones en la región¹⁰, el cual incluyó una base de datos electrónica bilingüe sobre investigaciones realizadas entre 1987 y 2001.

En este marco, surge el Proyecto “Ciudadanía Sexual”, intentando responder a la necesidad de desarrollar un marco institucional que pudiese facilitar la interacción entre investigadores, y entre investigadores y activistas de la región latinoamericana, para estimular el crecimiento de una comunidad transnacional de organizaciones que trabajaran temas de sexualidades, salud sexual y derechos sexuales. “Ciudadanía Sexual”, utilizó como punto de partida las redes informales de trabajo creadas sobre temas vinculados a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y VIH, ampliándolas a otros temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, y desarrollando un conjunto de actividades específicas orientadas a la creación de formas de comunicación e interacción más efectivas.

PREMISAS TEÓRICO - CONCEPTUALES

Las principales premisas teórico-conceptuales que orientaron el proyecto giraron en torno a que la sexualidad no es una categoría definida biológicamente, sino que es socialmente construida.

Frente a una visión hegemónica (biomédica tradicional) de la sexualidad como un espacio marcado por normalidades y anormalidades determinadas biopsicológicamente, que niega su historicidad y el papel que cumple el poder; se planteó una perspectiva donde la sexualidad se enfoca como un espacio político, que promueve una apertura democrática a la discusión de diversas maneras de vivir que no excluyan a las sexualidades no hegemónicas, y que, por el contrario, las incorporen de manera igualitaria y en respeto de sus derechos humanos¹¹

Disciplinas científicas y movimientos sociales coinciden en la necesidad de encontrar un concepto de derechos sexuales que sirva de base a una respuesta más global y progresista para imaginar las relaciones entre sexualidad, salud y derechos humanos. En este esfuerzo se debía ser capaz de plantear los derechos y la salud sexual como cuestiones de justicia social¹². El marco para estos derechos sexuales reconocería

¹⁰ Cáceres CF, Pecheny M, Terto V. (eds.) (2002). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, Fortalezas y propuestas para la acción. Lima: UPCH/UNAIDS.

¹¹ Szasz I. (2004) El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. En: Cáceres CF. et al. (eds). Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el debate. Lima: UPCH.

¹² Parker R. (2001). Ciudadanía y derechos sexuales en América Latina. En: Bracamonte J. De amores y luchas. Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ciudadanía. Lima: Flora Tristán.

i) la primacía de la no discriminación y la igualdad, el énfasis en la dignidad de la personas y ii) la participación de los individuos y grupos en la determinación de los temas que los afectan¹³.

Cada vez más, en los últimos años, se considera que es necesario contar con evidencias y resultados de investigación para influir en el proceso de adopción de políticas. Ello implica que la investigación en salud pública incorpore preguntas de investigación nuevas y mejor enfocadas desde su interacción con los actores sociales involucrados en el campo de trabajo.

El reto fundamental es la efectiva construcción puentes entre investigadores/as y decisores/as de política, que se desempeñan en esferas y ambientes muy diferentes y parten de percepciones de la realidad y enfoques distintos; y que además tienen lenguajes, intereses, prioridades, reglas de juego y dinámicas diferentes, que traen ya una historia de falta de un adecuado flujo de información entre ellos, puesto que no existen muchos canales ni mecanismos para interactuar.¹⁴

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto Ciudadanía Sexual fue implementado durante dos fases: a) Julio de 2002 a Setiembre de 2003; b) Octubre de 2003 a Marzo 2006. Sus objetivos principales fueron:

- Colaborar en la construcción un marco institucional capaz de estimular, tanto la investigación, como la abogacía en relación con la diversidad sexual, la salud y los derechos humanos en América Latina.
- Contribuir a la generación de un espacio regional de articulación de investigadores y activistas que trabajaran en distintos aspectos del género, la sexualidad y la diversidad sexual en relación, tanto con la salud, como con los derechos humanos, estimulando el crecimiento de una comunidad transnacional enfocada en estos temas, y facilitando el intercambio entre individuos y organizaciones que trabajan en temas relacionados.

¹³ Miller A. (2002). Las demandas por derechos sexuales. En: Derechos sexuales, derechos reproductivos y derechos humanos. Lima: CLADEM.

¹⁴ Quintana A. (2004). Acortando brechas entre la investigación y la formulación de políticas. En Ciudadanía sexual. Boletín electrónico N° 7.

RESULTADOS

Los principales resultados que el proyecto se propuso obtener en ese periodo fueron:

- Mecanismos de comunicación permanente y difusión de actividades relacionadas en la región a través de publicaciones periódicas.
- Investigadores jóvenes desarrollando estudios en temas nuevos y emergentes de la salud sexual, el VIH/sida y los derechos humanos; y grupos comunitarios con capacitación en teorías y métodos de investigación en ciencias sociales.
- Difusión de investigaciones en sexualidades, salud y derechos humanos; y su discusión con activistas y tomadores de decisiones a través de reuniones y publicaciones.

El proyecto contó con un Comité Asesor Regional, cuyo papel era asesorar sobre las estrategias y actividades prioritarias del proyecto, participar activamente en la producción de artículos y entrevistas, realizar la labor de tutoría a los investigadores cuyos estudios de post grado serían apoyados, y contribuir a ampliar una red de investigadores y activistas trabajando en la región.

Estrategias en línea

Con el fin de establecer mecanismos de comunicación se creó el sitio Web “Ciudadanía Sexual” (www.ciudadaniasexual.org) en febrero de 2003. Éste ofrecía diversos recursos, como un boletín temático bimensual, un boletín mensual, publicaciones, enlaces de interés, foros, campañas, reuniones regionales, documentos y dossiers informativos especiales, entre otros. Asimismo se incluyó, desde el inicio, Expresiones, una sección que reuniera la obra de artistas, noveles y conocidos, la cual debía girar en torno a los temas del boletín bimensual. Este boletín bimensual tenía como uno de sus objetivos, proveer información y generar reflexión sobre temas en agenda en la discusión científica y en la labor del activismo y fue uno de los pocos boletines en el medio que incluyó artículos en su mayoría inéditos, que se caracterizaban por la novedad de los temas y la calidad de los articulistas y entrevistados/as. Tomando como base las sugerencias de los propios usuarios/as se renovaban periódicamente las secciones, así como el diseño y la diagramación del sitio para hacerlo más atractivo y útil.

Al cierre del proyecto, a mediados del año 2006, luego de la emisión de 22 números del boletín electrónico bimensual “Ciudadanía Sexual”, el proyecto había publicado en versión electrónica un total de 74 artículos y 48 entrevistas sobre temas relevantes de salud sexual, salud reproductiva, diversidad sexual, y VIH/sida, entre otros. Asimismo se emitió un informativo electrónico con noticias internacionales, incluidas noticias de organismos internacionales, a fin de informar sobre los procesos de avance y retroceso en relación a los derechos sexuales y reproductivos, y el VIH sida en América Latina y el mundo, que incluyeran información sobre legislación, y acciones relevantes de los movimientos sociales involucrados en la lucha por estos

derechos. En el período se elaboraron 45 informativos electrónicos mensuales con un promedio de 15 noticias cada uno.

Luego de una fase exploratoria que permitió encontrar la modalidad más indicada, a partir de las recomendaciones del Comité Consultivo, se inició el foro electrónico de discusión utilizando textos de referencia y la colaboración de expertos en cada tema. Los temas de los tres foros electrónicos que se llevaron a cabo durante la ejecución del proyecto fueron: *“Movimientos LGTBTT en América Latina: Situación actual, agendas y perspectivas”*, *“Trabajo sexual, prostitución, industria del sexo, Tensiones. Estigma, derechos y políticas públicas”* y *“Sexismo, racismo y homofobia. La discriminación hoy: impacto, reflexiones críticas y propuestas”*.

A través de sus estrategias online el proyecto llegó a más de 3,400 usuarios anuales en toda América Latina, Estados Unidos y Europa.

Becas de corta duración para Investigaciones y apoyo al Activismo

Mediante pequeñas donaciones, el proyecto apoyó tesis de trabajos de investigación de post grado, reconociendo el talento de investigadores/as jóvenes comprometidos con el cambio social, alentando y estimulando en ellos/as el estudio de temas emergentes en el campo de la sexualidad, los derechos humanos y la salud.

Se otorgaron dos series de becas a investigaciones de corta duración, entre los años 2003 a 2005. En total se otorgó ayuda, tanto económica como de asesoría y tutoría en investigación, a diez investigaciones de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú. Los resultados de estos trabajos fueron presentados en diversos foros organizados por el proyecto, además de en otras reuniones independientes.

Adicionalmente, el proyecto apoyó pequeñas subvenciones para formación y otorgó becas a activistas de grupos LGBT con el fin de aportarles herramientas para un mejor manejo de la investigación y las teorías sobre la sexualidad y el género.

Reuniones Regionales

La última estrategia del proyecto consistió en propiciar espacios de reflexión mediante el desarrollo de Seminarios Regionales en temas emergentes de los derechos sexuales y reproductivos en la región. En cada una de estas dos reuniones regionales que contaron con la participación de delegados de todos los continentes, se presentó una serie de trabajos inéditos que abarcaron una variedad de temas en materia de salud, sexualidad y diversidad sexual.

Como resultado de estas reuniones se realizaron publicaciones que ofrecían una visión sobre los conocimientos actuales, y el estado de investigación en América Latina.

Una actividad no planificada fue la co-organización de actividades con el proyecto Experiencia: Arte y Derechos Humanos financiado por la Fundación Hivos, cuyo objetivo central fue generar espacios de articulación entre investigadores, activistas, artistas, profesionales de la salud, y miembros de las comunidades vulnerables y afectadas, con el fin de desarrollar intervenciones artísticas centradas en informar, cuestionar y hacer frente al estigma y la discriminación por VIH.

LECCIONES APRENDIDAS

El proyecto “Ciudadanía Sexual” llegó a consolidarse como una fuente reconocida de información a académicos y activistas sobre temas relevantes en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, a fin de permitir la profundización de conocimientos, así como proveer de herramientas para la abogacía. Según los reportes de usuarios: profesionales de las ciencias sociales y médicas del sector público o privado, investigadores/as, consultores/as y también un grupo representativo de activistas; la información fue utilizada en el desarrollo de nuevas investigaciones, en actividades de docencia y en discusiones al interior de grupos comunitarios, así como para alimentar procesos de incidencia política en temas vinculados a los derechos sexuales y reproductivos en la región.

A continuación presentamos testimonios de los usuarios/as sobre la utilidad de las estrategias online:

“Nos ayuda para la realización de diferentes actividades de nuestros proyectos”.

“Permite un acercamiento personal hacia la diversidad sexual y a formar parte de una comunidad de activistas e investigadores”.

“Provee actualización referente a temas de actualidad”.

“Facilita el acceso a documentos de referencia e información para estudiantes”.

“Proporciona acceso a información, de otra manera, inaccesible”.

“Los artículos son muy bien escogidos; se ofrece una buena gama de información sobre acontecimientos y becas”.

“Tiene una buena base de datos para resúmenes y presentaciones”.

El proyecto consiguió apoyar tanto económicamente, como técnicamente trabajos de investigación de post grado sobre temas emergentes en el campo de la sexualidad, los derechos humanos y la salud: diversidad sexual y VIH; intersexualidad; violencia sexual y conflictos armados; sexualidad infantil; familias lesbianas; transexualidad; feminismo y políticas públicas relacionadas a la violencia sexual; género y sexualidad.

Un aspecto fundamental en este apoyo fue la tutoría a cargo de investigadores con experiencia en campos de trabajo por lo general no muy explorados.

Los becarios/as que recibieron apoyo del proyecto para desarrollar sus investigaciones valoraron en esta experiencia la oportunidad de establecer contacto con las redes regionales de investigadores y activistas, intercambiar conocimientos con otros profesionales trabajando en el mismo campo, recibir asesoría de investigadores de alto nivel y finalmente abrir nuevos campos de investigación en sus carreras.

A continuación algunos testimonios:

“He abierto mis horizontes académicos y participación política en derechos humanos, salud, igualdad de género y diversidad sexual permitiéndome una proyección más profesional”. (Becaria mujer).

“Mi carrera fue impactada en términos del conocimiento, obtenido a través de las redes de investigadores regionales y activistas con intereses en el campo de la sexualidad y políticas públicas”. (Becario varón).

“He tenido la oportunidad de conocer gente que trabajó en temas similares, enriqueció mi investigación y fue una contribución para mi desarrollo profesional”. (Becaria mujer).

“Dialogar con mi asesor fue extremadamente valioso y su tutoría se extendió más allá del período de mi beca... la oportunidad de discutir mi propuesta con especialistas de primera clase en estos campos y el escuchar a otros investigadores fue crucial”. (Becaria mujer).

“Gracias al proyecto pude reunir áreas de interés e investigación en salud sexual y reproductiva, antropología médica y población indígena... continuar enseñando y haciendo investigación en esos temas... inicié a una nueva área de investigación”. (Becaria mujer).

Estos trabajos de investigación fueron difundidos, presentados y discutidos, alimentando procesos de reflexión sobre temas que difícilmente hubieran recibido apoyo económico para su desarrollo. Asimismo varios de estos trabajos dieron origen a artículos que fueron publicados en revistas de reconocimiento internacional. A pesar de que se tuvo un número limitado de pequeñas donaciones para financiar investigaciones, la selección de aquellas que trataban temas clave permitió contribuir con la agenda de los derechos sexuales en la región y promover y orientar el trabajo de investigadores jóvenes.

En cuanto al apoyo a la formación de activistas, ésta contribuyó a otorgarles nuevas herramientas para participar en los debates sobre la sexualidad en el marco de sus movimientos, sobre todo a aquellos que tuvieron apoyos de mayor duración. Sin

embargo una debilidad del proyecto fue no contar con mecanismos más efectivos de supervisión del impacto logrado.

Los seminarios organizados por el proyecto – el segundo, el colaboración con el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos- dieron lugar a sendas publicaciones con aportes en una variedad de temas de interés en su momento, de autoría de académicos y activistas de la región. Esta información, también disponible en línea, ha sido utilizada para la generación no sólo de nuevas investigaciones sino de acciones de abogacía desde diferentes grupos del movimiento de la diversidad sexual. Estos seminarios y reuniones regionales, sin duda, han significado una contribución sustancial al debate y posicionamiento de temas de sexualidades, salud sexual, derechos sexuales en la región.

El Comité Asesor Regional desempeñó un papel crucial en la orientación del trabajo. Realizó enormes contribuciones cumpliendo un papel asesor en la concepción y desarrollo del proyecto, aportando, tanto intelectualmente, como en su experiencia como investigadores y tutores. Finalmente su participación fue decisiva para la ampliación de una red regional de académicos y activistas alrededor de la región. Muchos se comprometieron aportando con la elaboración de artículos de primera calidad así como respondiendo a las entrevistas que se hicieron para los boletines del proyecto.

En conclusión, el proyecto cumplió los objetivos que se trazó, y las evaluaciones realizadas sugieren que los usuarios de la región consideraron su aporte útil, efectivo y de buena calidad. Sin duda consideramos que aún queda mucho por avanzar en este campo en la región, y que los retos incluyen, por ejemplo, la necesidad de garantizar la sostenibilidad de las campañas, redes e iniciativas. Sin embargo, confiamos que en el marco de los recursos de este proyecto se logró resultados por encima de nuestras expectativas, y que nuevos actores regionales, como CLAM, están continuando esta labor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cáceres CF, Pecheny M, Terto V. (eds.) (2002).

SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Lima: UPCH y ONISIDA.

Cáceres CF. (2003).

La pandemia del SIDA en un mundo globalizado: Vulnerabilidad, subjetividad y los diálogos entre la salud pública y los nuevos movimientos sociales. En: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallenas S. La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: UPCH.

Cáceres CF, Frasca T, Pecheny M, Terto V. (2004).

Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate. Lima: UPCH.

Cáceres CF, Pecheny M, Frasca T, Raupp R, Pocahy F. (2008).

Analysis of legal frameworks and the situation of human rights in lower and middle income countries (with UNAIDS).

Miller A. (2002).

Las demandas por derechos sexuales. En Derechos sexuales, derechos reproductivos y derechos humanos. Lima: CLADEM.

Parker R, Cáceres CF. (1999).

Introduction: Alternative Sexualities and changing sexual cultures among Latin American men. Culture, Health and Sexuality Vol. 1, No. 3, 201-206.

Parker R. (2001).

Ciudadanía y derechos sexuales en América Latina. En: Bracamonte J. De amores y luchas. Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ciudadanía. Lima: Flora Tristán.

Parker R, Petchesky R, Sember R. (eds.) (2008).

Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente. Sexuality Policy Watch.

Quintana A. (2004).

Acartando brechas entre la investigación y la formulación de políticas. En Ciudadanía Sexual. Boletín electrónico N° 7.

Szasz I. (2004).

El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. En: Cáceres CF, et al; (ets). Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate. Lima: UPCH.

United Nations General Assembly Special Session on AIDS (2001).

Declaration of Commitment. Ver:

<http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/default.asp>

The Garden
Fernando Olivos
2004

**NOTHING
MORE
NOTHING
LESS**

ARTE, ACTIVISMO Y CAMBIO CULTURAL: NUEVAS SINERGIAS PARA LA ACCIÓN

Fernando Olivos Vargas

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas, el papel del estigma y la discriminación como factores que obstaculizan la inclusión social y el avance en la situación de los derechos humanos ha adquirido centralidad en el debate público, y ello también se ha evidenciado en la lucha por los derechos sexuales y los derechos de las personas viviendo con VIH (Cáceres et al, 2008). Sin embargo, uno de los retos principales del estigma como conjunto de significados que legitiman la exclusión de unas/os por otras/os es que no es un fenómeno manejable puramente en términos racionales. El arte, particularmente en determinadas formas, tiene la capacidad de confrontar emociones y lograr la empatía con el otro, cuestionando acciones y visiones estigmatizantes no conscientes, logrando el cambio a través de la movilización cultural; a través de lo que Crimp, en la década de los años ochenta, llamó activismo cultural (Crimp, 1988).

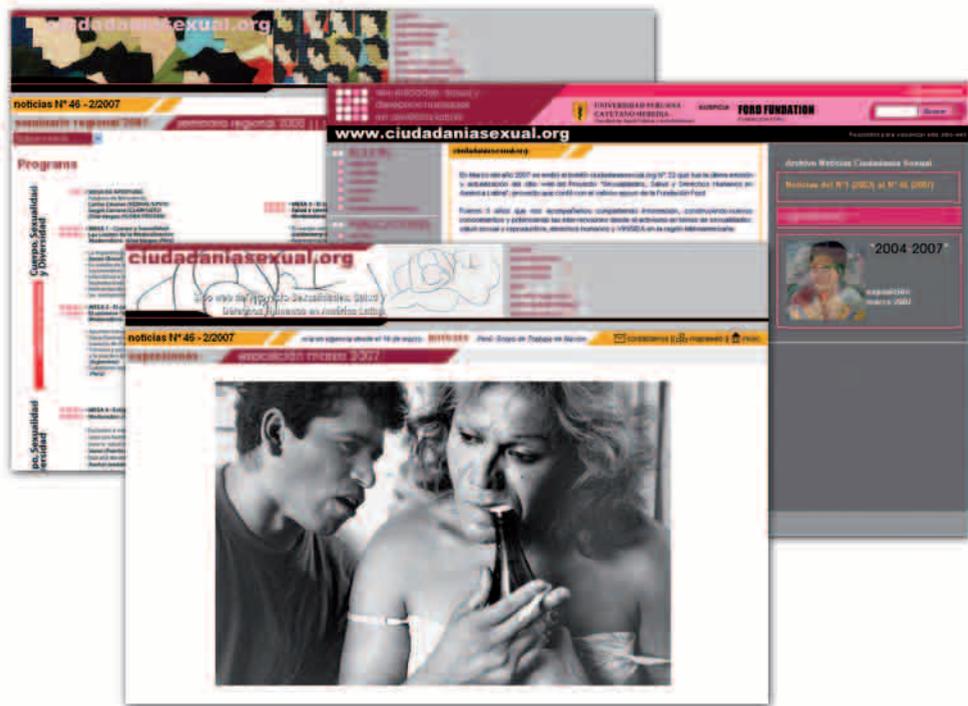
Todo lo anteriormente mencionado es el resultado de un proceso de entendimiento a partir de experiencias que durante varios años hemos venido desarrollando y que queremos exponer en este artículo.

EXPRESIONES

Desde que empezó el proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina¹⁵, el arte y la comunicación visual estuvieron incluidos como parte

¹⁵ Desarrollado entre 2002 y 2007, con el auspicio de la Fundación FORD y HIVOS.

importante de la estrategia comunicacional. Esto se evidenció en gran medida en la herramienta más importante del proyecto: el sitio Web www.ciudadaniasexual.org el que tuvo una gráfica y diseño visualmente atractivos y sirvió como medio de difusión de investigaciones y proyectos de académicos y activistas de América Latina.



Algunas de las secciones de www.ciudadaniasexual.org

En la sección *Expresiones* del sitio web se mostraron manifestaciones artísticas y comunicacionales vinculadas a los temas de trabajo del proyecto (derechos sexuales y reproductivos, salud, VIH/sida, diversidad sexual) desde lo visual, desde el arte en sus múltiples y diversas manifestaciones, incluyendo trabajos de artistas plásticos, gráficos, visuales, escénicos, y lingüísticos que denunciaban o evidenciaban, desde sus perspectivas específicas, situaciones de discriminación, violación de derechos, inequidad e injusticia.

Este componente del proyecto nos hizo reflexionar y ahondar en el conocimiento del arte crítico y comprometido, y en vislumbrar el poder del arte para el cambio, ya que desde lo simbólico se pueden erosionar los paradigmas que cimientan prácticas discriminatorias y estigmatizantes.



“Expresiones” contó con la colaboración de diferentes artistas; entre ellos, Christian Bendayán (Perú), Natalia Iguñiz (Perú) y Adriana Bertini (Brasil)

“LOVE IS THE ANSWER” Y “THE GARDEN”

Este involucramiento en las manifestaciones culturales y el arte nos llevó a tomar contacto con el Programa Cultural de la Conferencia Internacional sobre el VIH/Sida, estando presentes por primera vez en la Conferencia que se realizó en Barcelona (España) en 2002, en esta Conferencia se presentó la instalación LOVE IS THE ANSWER (Fernando Olivos, 2004). Para la Conferencia que se llevó a cabo en Bangkok en 2004, desarrollamos un proceso de acercamiento profundo a la comunidad de personas viviendo con VIH, para entender las situaciones de estigma y discriminación a las que ellas se ven expuestas, a través de conversaciones, entrevistas, y visitas a hospitales. La respuesta a esto fue THE GARDEN, una serie de trabajos en patchwork inspirados en las arpilleras confeccionadas en los Andes Centrales del Perú, así como en los quilts hechos en memoria de las personas fallecidas a causa del VIH/sida. La serie fue una representación de lo compleja y diversa que es la epidemia del VIH/sida.



Dos mantas de "The Garden", presentadas por Fernando Olivos en el Programa Cultural de la XV Conferencia Internacional sobre SIDA, Bangkok, 2004.

EXPERIENCIA: ARTE Y DERECHOS HUMANOS

Este fue el punto de inicio del proyecto piloto EXPERIENCIA: arte y derechos humanos (2005-2006, Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano- Universidad Peruana Cayetano Heredia, con el auspicio de la Fundación HIVOS / Holanda), que buscó replicar la experiencia de inmersión a nivel de grupo; ya no trabajar solamente con un artista, si no involucrar a artistas, colectivos, comunidades, investigadores, y crear a partir de discusiones una intervención de arte, de cambio cultural, de activismo cultural.



Logotipo de “EXPERIENCIA: arte y derechos humanos”

Experiencia tenía como objetivo evaluar el potencial del arte como instrumento de intervención pública para enfrentar el estigma y la discriminación relacionada con el VIH/Sida y con las minorías sexuales en el Perú.

Para la primera intervención se convocó a un grupo de artistas que en su obra manifestaban interés en la lucha contra el estigma, testimoniaban o evidenciaban la diversidad, o representaban la sexualidad desde un punto de vista no hegemónico, de esta manera fueron convocados Mónica Gonzáles Raaijen/artista visual (Lima, 1965), Giuseppe Campuzano/artista visual (Lima, 1969), Christian Bendayán/pintor (Iquitos, 1973), Chantal Corthals/actriz (Bruselas, 1956), Jaime Rázuri/fotógrafo (Lima, 1956) y como artista y parte del equipo del proyecto Fernando Olivos/artista visual (Lima, 1968). Griselda Pérez-Luna (sicóloga), Ximena Salazar (antropóloga) y Carlos F. Cáceres (médico, epidemiólogo social), integrantes del equipo del proyecto harían seguimiento y acompañarían el proceso.

En el mes de julio de 2005 se realizó una primera reunión-taller en la que se presentó el proyecto y el proceso de creación en el cuál íbamos a estar inmersos. Se había planeado enfocarse primero en una intervención contra el estigma y la discriminación relativos al VIH/sida, y se pensó que sería ideal presentar esta intervención para el Día Mundial de Lucha contra el VIH/sida (1ro. de Diciembre). Las reuniones específicas para la creación de esta intervención se iniciaron a finales del mes de agosto.

Casi ninguno de los artistas convocados había tenido contacto cercano con el VIH/Sida, excepto Jaime Rázuri (quien fotográficamente hizo el seguimiento a una persona viviendo con VIH/sida) y Fernando Olivos (por su trabajo en *The Garden* presentado en la Conferencia Internacional sobre el VIH/sida en Bangkok). Lo que queríamos que el grupo experimentara era la experiencia personal de la discriminación: ¿quiénes eran los discriminados?, ¿quiénes eran los discriminadores?, ¿qué sentían?, ¿qué pensaban?, ¿en qué espacios se da la discriminación?, ¿cuál era la situación en la que se encontraban las personas que viven con VIH?

En las reuniones del equipo con los artistas se decidió visitar hospitales, tener entrevistas con médicos y hablar con personas viviendo con VIH. Se deseaba conocer también cuál era la situación de los niños y niñas viviendo con VIH. Para todo esto, el equipo concertó visitas a los Hospitales Nacionales Dos de Mayo, Cayetano Heredia y Daniel Alcides Carrión, e incluso al Centro de Salud Alberto Barton; en ellos se tuvieron entrevistas con médicos y enfermeras, y también con integrantes de los GAM (Grupos de Ayuda Mutua) de dichos hospitales. El grupo de artistas se organizó también para organizar un taller de pintura con los niños y niñas del Hogar Posadita del Buen Pastor, escuela-albergue para niños viviendo con VIH huérfanos o con familias de escasos recursos.

Cada una de las actividades anteriormente mencionadas, desde las primeras coordinaciones hasta el contacto y la vivencia final fueron experiencias enriquecedoras y de crecimiento, de entendimiento y comprensión del “otro” que ya no era un ente abstracto y lejano si no que era entendido como parte de la sociedad, de nuestra sociedad. Esto fue básico para la creación de la intervención: entender que cuando en nuestra sociedad hay un problema, el problema no es del “otro”, es de todos. Fue importante escuchar en una de las reuniones una frase de un investigador / activista sobre la epidemia del VIH/sida Herbert Daniel (Brasil, 1946-1992) quien que en nuestra sociedad, al existir el VIH, todos vivimos con VIH.

Proceso parecido e importante fue el comprender la naturaleza y sutilezas del estigma, la marca que nuestras sociedades imponen a ciertas poblaciones para diferenciar, separar y discriminar. Este fenómeno se hace patente en el caso de las personas que viven con VIH, con ciertas particularidades: el VIH/sida, si es adecuadamente manejado, ya no es una enfermedad letal, y no tiene señales físicas obvias, por lo que la mayor parte de experiencias de discriminación referidas por las personas con VIH se han dado en hospitales y centros de salud, ya que son estos los espacios en donde se maneja la información sobre la infección.

Con toda esta información y experiencias y luego de casi 4 meses de muchas discusiones y de un proceso intenso y nada fácil, se concretó la Intervención que el grupo decidió llamar “Vivo con VIH”.



Logotipo central de la Intervención “Vivo con VIH”

VIVO CON VIH- PONTE LA CAMISETA

Desde el nombre mismo hasta el material a usar en el pintado de las camisetas, cada una de las acciones y fases fue ampliamente discutida al interior del equipo y consultada con agrupaciones y activistas viviendo con VIH. Por ello, para explicar mejor las acciones que implicó Vivo con VIH-Ponte la Camiseta hemos agrupado en ítems los diversos componentes de la intervención.

Las locaciones

Ya que en los lugares en donde más evidentemente se dan los casos de discriminación son los hospitales y centros de salud, la intervención fue pensada para presentarse en estos espacios.

Pero lo que queríamos era también lograr un impacto en la comunidad en general, por lo que se programó un acto en la Feria de Lucha contra el VIH que se desarrolló en el Gran Parque de Lima el 1ro de diciembre del 2005. También se programaron actos en el Parque Chabuca Granda en el Centro Histórico de Lima y en la Discoteca Kápital de la zona norte de Lima.

La intervención

En días previos a la intervención, aparecían en el espacio donde se haría la intervención unos afiches con el mensaje “PONTE LA CAMISETA”; en estos estaba escrito el lugar y la hora en la que se haría la intervención; pero no se incluía mayor información de lo que se trataba.



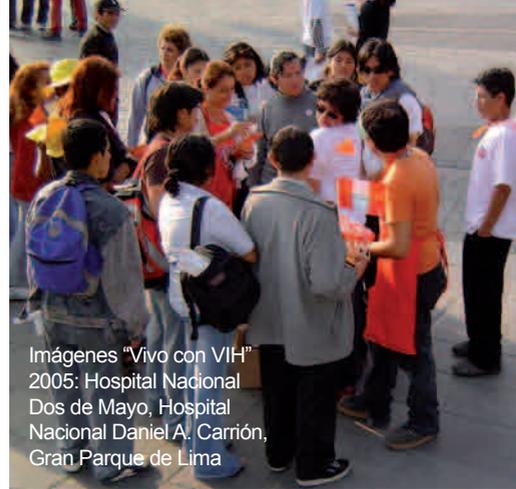
El día de la intervención en las pantallas de las salas de espera del área del hospital en el que se iba a intervenir aparecían mensajes y frases, sencillas y directas que aludían a la discriminación y sus consecuencias negativas. Estos mensajes se mostraban en los monitores durante toda la intervención.

En cierto momento aparecía el equipo, separado en grupos de tres personas; este grupo se acercaba a un médico/a, o enfermera, u otro trabajador/a de salud, y les comunicaba que estábamos realizando una campaña en contra de la discriminación hacia las personas que viven con VIH, preguntándoles si querían ser parte la misma. Al aceptar, el equipo les colocaba una camiseta en la que estaba impreso VIH. Luego se procedía a pintar sobre la H las letras VO o DA, leyéndose entonces VIVO o VIDA. Luego de ésto se podía seguir pintando la camiseta con diferentes símbolos o diseños de acuerdo a la inspiración del momento; se le entregaba también un volante con información muy concreta y clara sobre los efectos negativos de la discriminación en las vidas de las personas.

Los símbolos

El ponerse la camiseta, en el imaginario colectivo, significa ser parte activa de un equipo o movimiento (tiene directamente referencias deportivas-ponerse la camiseta de un equipo de fútbol); es por eso que a las personas a las que se les hacía la





Imágenes "Vivo con VIH"
2005: Hospital Nacional
Dos de Mayo, Hospital
Nacional Daniel A. Carrión,
Gran Parque de Lima

intervención se les invitaba preguntándoles si es que querían ser parte del equipo de personas que luchan contra el estigma y la discriminación y al finalizar el acto se les recordaba que el compromiso de ser parte de este equipo era para siempre.

El VIH colocado en las camisetas está impreso a manera de sello, simbolizando con esta imagen la forma cómo el estigma marca a las personas que luego son discriminadas. A las personas a las cuales se les colocaba camiseta se les hacía notar que en ese momento ellos "vivían con VIH", tenían esta marca; y que lo queríamos representar con lo que estábamos haciendo (al momento de pintar las letras sobre el VIH) era que, por encima de ese sello, hay una vida, hay una persona con derechos; que una persona que vive con VIH es ante todo una PERSONA.

Pasos previos, coordinaciones, seguimiento

Todas las intervenciones fueron previamente coordinadas, para ello se contactó a los directores y jefes de área de los diferentes hospitales. Dichas coordinaciones se iniciaron con visitas previas y entrevistas con el personal de salud en dichos centros. A pesar de ser esta una intervención "sorpresa", los directores estaban al tanto de todas las acciones que el equipo iba a tener en los centros de salud. Igualmente se contó con los permisos de las municipalidades en el caso de las intervenciones en las calles.



El plan original, los cambios

En un principio se planeó realizar esta intervención no solo en hospitales sino también en áreas públicas para tener impacto y visibilidad en la población general; así aparte del Hospital Dos de Mayo, Hospital Daniel Alcides Carrión, Hospital Cayetano Heredia, y el centro de Salud Alberto Barton se planeó realizarla en la Feria de Lucha contra el VIH/sida que se desarrolló en el Gran Parque de Lima, en el Parque Chabuca Granda, en el Centro Histórico de Lima y en la Discoteca Kápital de la zona norte de Lima.



Luego de las dos primeras actividades el 1ro. de diciembre, se evaluó que en espacios en los que el VIH no está presente de manera explícita, y en los que hay demasiados focos de atención que no permiten un mínimo momento de intimidad para relacionarse con la persona a quién se está ‘interviniendo’, la intervención no sería efectiva. En tales espacios las personas estaban más interesadas en obtener la camiseta, aún sin ser intervenida. Por todo ello se decidió suspender la actividad en el parque Chabuca Granda; en la discoteca Kápital se hizo de todas formas, porque era un espacio cerrado y la intervención estaba incluida en su programa de actividades por el 1ro. de Diciembre (esta discoteca se orienta al público gay los días lunes, y programamos nuestra visita en ese día de la semana). De allí en adelante, durante ese primer año (2005) la intervención se restringió a Hospitales y Centros de Salud y dirigida sólo a médicos y proveedores de salud.

Pero *Vivo con VIH* también se ha presentado en otros espacios como Conferencias (las Conferencias Internacionales de sida; el Foro 2007; las Conferencias de IASSCS; la Conferencia de Derechos Humanos LGBT); otras académicas sobre

derechos humanos, sexualidad y VIH; en Dependencias Públicas (v.g. el Congreso de la República), y Universidades. En algunos casos se presentó sobre todo como ejemplo o muestra de una intervención de activismo cultural; para este tipo de presentaciones se creó el acto simbólico de compromiso, en el que se realiza la intervención a una autoridad o representante, delante del público presente, comprometiéndolo(a) a ser parte del “equipo” de personas que luchan contra la discriminación.



La colección

Muchos de los artistas que invitamos para participar de las intervenciones en los hospitales tenían problemas con los horarios debido a que trabajaban en otras actividades o tenían compromisos pactados previamente, a pesar de su disposición y compromiso. Como no queríamos desaprovechar su ofrecimiento de ser parte de la campaña, se pensó en crear una colección de camisetas intervenidas por artistas en sus talleres y crear piezas de arte de estas camisetas en las diversas técnicas que cada artista desarrolla. Y a pesar de ser una actividad que no fue planificada y que surgió de manera espontánea, actualmente contamos con una colección 35 camisetas que han sido expuestas en varias ciudades del Perú y del mundo.

Del hospital Dos de Mayo en diciembre de 2005 a Hanói (Vietnam) en abril de 2009

Vivo con VIH - Ponte la Camiseta es una intervención rica en símbolos y elementos identificables dentro de nuestra sociedad; una intervención multidisciplinaria y adaptable a los diferentes espacios donde se presenta. De hecho, Vivo con VIH

se ha presentado en las Conferencias Internacionales sobre VIH/sida en Toronto, Canadá (2006) y Ciudad de México, México (2008), en el Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el VIH/sida en Buenos Aires, Argentina (2007), en las VI (Lima, 2007) y VII (Hanói, Vietnam, 2009), Conferencias de la Asociación Internacional para el Estudio de la Sociedad, la Cultura y la Sociedad (IASSCS, por sus siglas en inglés), y ha intervenido a directores de hospitales, autoridades y Ministros de Salud, Rectores y Decanos de varias Universidades del Perú, a Congresistas del Parlamento de la República del Perú, y a Presidentes Regionales.

REFLEXIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Vivo con VIH - Ponte la Camiseta reflejó el proceso creativo de una “obra de arte”, siempre en constante cambio, flexible, con “fallas” que se modifican durante el proceso, adecuándose a cada espacio y situación específica. Es importante mencionar además que las personas que son “intervenidas” se convierten en parte de la obra de arte, significando esto que, simbólicamente, son parte de la solución: esta obra no es para ser “observada”, es para ser “vívida”.

Las intervenciones como *Vivo con VIH – Ponte la Camiseta* son herramientas poderosas en la lucha contra el estigma y la discriminación, ya que llaman a la reflexión desde una base emocional y cuestionan prácticas que, por irracionales e instintivas pueden ser discriminatorias.

Como aprendizaje, entendimos que para lograr un mayor impacto, las intervenciones de activismo cultural deben incorporar todos los puntos de vista posibles, para hacer sentir a todos los que participan que son parte de la obra. Para tener un impacto profundo en las personas, estas intervenciones deben de ser al mismo tiempo íntimas (es decir, permitiendo un contacto individual, corporal) y tener una adecuada difusión en medios de prensa, radiales y televisivos (para multiplicar su impacto y generar un proceso de discusión de reflexión que puede generar cambios).

La intervención *Vivo con VIH* continuará entrando en diversos espacios, sobre todo a nivel de actos de compromiso con tomadores de decisiones, a fin de crear conciencia para el cambio de políticas públicas. Además de su misión específica contribuyendo a cuestionar de manera más profunda las raíces del estigma en torno al VIH, confiamos en que haya generado una reflexión sobre el papel del activismo cultural como práctica social participativa para el cambio.



El equipo de Vivo con VIH al final de las intervenciones de diciembre de 2005, en el Centro de Salud Alberto Barton, Callao.

REFERENCIAS

Cáceres CF, Aggleton P, Galea J. (2008).

Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS. *AIDS*, 22 (suppl 2):S45–S55.

Crimp D. (1988).

AIDS: Cultural analysis, cultural activism. Boston, MA: MIT Press.

SOBRE LAS Y LOS AUTORAS/ES

Carlos F. Cáceres se graduó como médico en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y como maestro en Salud Pública y doctor en Epidemiología en la Universidad de California en Berkeley. Actualmente es Profesor Principal de Salud Pública de la UPCH, y Director de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano. Desde 2007 es fundador y Director General del IESSDEH. Durante los últimos veinte años ha realizado estudios internacionales en salud sexual (incluido VIH/sida), sexualidad y, más recientemente, derechos humanos y políticas públicas. Ha publicado numerosos libros, capítulos de libros y artículos en revistas revisadas por pares. Frecuentemente presta servicios como consultor a las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas. Actualmente es Presidente del Board de la Asociación Internacional para el Estudio de la Sexualidad, la Cultura y la Sociedad.

Maziel Girón es licenciada en Obstetricia. Maestra en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Como investigadora social en salud, ha focalizado su trabajo en temas vinculados con sexualidad, género, sexualidad y VIH/sida. Actualmente forma parte del equipo de investigación de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Fernando Olivos artista plástico con estudios en Perú y España, vive y trabaja en Lima. Actualmente coordina el proyecto Ciudadaniasx: activismo cultural y derechos humanos del Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDEH) que trabaja en convenio con la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En Ciudadaniasx: activismo cultural y derechos humanos se crean, en conjunto con otros artistas, además de académicos y activistas, intervenciones de arte público, de activismo cultural como medio para luchar contra el estigma y la discriminación, y en favor de los derechos y la plena ciudadanía de todos y todas. Estas intervenciones sirven también como punto de inicio de acciones destinadas a sacar a luz temas invisibilizados, generar debate e incidir en políticas públicas.

Griselda Pérez Luna es psicóloga de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Ha culminado los estudios de Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En los últimos años y como coordinadora del área de Comunicación, Abogacía y Derechos Humanos de la Unidad de Salud

Sexualidad y Desarrollo Humano ha trabajado en procesos de fortalecimiento a favor de los derechos sexuales de adolescentes y la comunidad LGBT en el país.

Ximena Salazar, antropóloga de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Magíster en Antropología Cultural por la Universidad de Francfort, Alemania. Ha seguido el Diploma superior en Ciencias Sociales con especialización en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). FLACSO – Argentina y estudios de Doctorado en Antropología en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Actualmente es Coordinadora Ejecutiva de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ha participado en numerosas investigaciones sobre sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y realiza actividades de docencia en metodologías de investigación.

Clara Sandoval estudió Antropología en la Pontificia Universidad Católica del Perú, es candidata a Maestra en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tiene experiencia en investigaciones en género, relacionadas a Salud Reproductiva y Sexual de las Mujeres así como en VIH/sida y Políticas Públicas. Actualmente es investigadora asociada de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano.

Eddy Segura es médico y maestro en epidemiología por la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y Magíster en Salud Pública (2009) por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley. Ha participado en investigaciones y consultorías en temas de salud sexual y sexualidad de poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, personas que viven con VIH/sida y población general durante los últimos 3 años. Actualmente es investigador asociado de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Débora Zambrano, investigadora en temas psico-sociales relacionados al VIH/sida y la salud. Bachiller en Ciencias y Licenciada en Psicología por la UPCH. Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Recibió becas del Fondo de Becas de la MGSSR (con apoyo de Fundación Ford y Fogarty International Center), el Centro de Salud Reproductiva de la UPCH y la OMS.

SOBRE LAS INSTITUCIONES

La Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano forma parte de la Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, creada oficialmente en 2006 luego de la experiencia de 7 años de varios proyectos desarrollados como equipo.

El Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDEH) es una entidad de la sociedad civil, constituida en junio de 2007 para contribuir al trabajo para, con y desde la comunidad. Comparte los objetivos y recursos de la USSDH, y está relacionada a ella (como parte de la UPCH) a través de un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional.

Somos un equipo multidisciplinario y diverso que busca generar conocimiento válido y estrategias innovadoras orientadas a incidir en políticas públicas y sociales, con énfasis en los temas de salud, sexualidad y derechos humanos; enmarcados en los principios de respeto a la diversidad, equidad de género y justicia social, conducente a un desarrollo humano sostenible.

Trabajamos concertadamente con actores sociales, instituciones nacionales e internacionales, y con participación de la población más vulnerable al VIH/sida y otros problemas de salud sexual, en acciones destinadas a mejorar su acceso. Estamos comprometidos en la confrontación de toda forma de exclusión y discriminación existente, en pro de una sociedad equitativa y participativa.

www.iefsdeh.org

ANEXO



*Instrumento
Utilizado
para Medir
los Indicadores de
Promoción de la
Salud Sexual*

Encuesta Domiciliaria sobre Salud Sexual en Lima Metropolitana (Adolescentes, Jóvenes y Adultos)

Sección 0: Identificación de la encuesta			
001	Fecha de aplicación de la encuesta Indicación: Formato (DD/MM/AA)		
002	Distrito		Comas(1) Villa María del Triunfo(2) Ate(3) Rímac(4)
003	Área	Manzana	Vivienda
004	Dirección (Con referencias para que el entrevistador y supervisor puedan regresar en caso sea necesario).		
005	Código del Encuestador	106	Código del Crítico

Sección I: Información sociodemográfica básica			
101	Sexo	Mujer(0) Hombre (1)	Continúe con la siguiente pregunta
102	¿Cuál es su edad? Indicación: Escribir en dígitos dentro de los casilleros	AÑOS	Continúe con la siguiente pregunta
103	¿Cual es su lugar de nacimiento?	En este distrito(1) Otro distrito de Lima Metropolitana(2) Lima Provincias(3) Otro departamento(4)	Continúe con la siguiente pregunta
104	¿Cuántos años vives aquí? {El entrevistado} Indicación: Escribir en dígitos dentro de los casilleros	AÑOS	Continúe con la siguiente pregunta
105	¿Estudias actualmente?	Sí, colegio (1) Sí, Academia (2) Sí, Instituto (3) Sí, Universidad (4) Actualmente no estudio (5)	Si respuesta es (1) pasar a 106. Si respuesta es (5) pasar a 108. Para las otras respuestas, pasar a la pregunta 111
106	¿Cursas Primaria o Secundaria?	Primaria(1) Secundaria(2)	Pasar a pregunta 107
107	¿En qué año/grado estas actualmente? Indicación: escribir en dígitos dentro de los casilleros	AÑO/GRADO	Pasar a pregunta 111
108	¿Estudiaste hasta Primaria o Secundaria?	Primaria(1) Secundaria(2)	Pasar a pregunta 109
109	¿Hasta qué año/grado estudiaste? Indicación: escribir en dígitos dentro de los casilleros	AÑO/GRADO	Pasar a pregunta 110
110	¿Hasta qué año (cronológico) fuiste al colegio? Indicación: escribir en dígitos dentro de los casilleros		Pasar a pregunta 111
111	¿Cuál es tu situación de pareja/estado civil? Indicaciones: "Con pareja; pero sin convivir" incluye a enamorado(a), novio(a) u otra relación pero que NO viven juntos	Soltero/a y sin pareja(1) Con pareja; pero sin convivir(2) Casado/a(3) Conviviente(4) Separado/a(5) Divorciado/a(6) Viudo/a(7)	Si respuesta es (1) o (2), pasar a pregunta 113. Para las demás respuestas pasar a pregunta 112
112	¿A qué edad te casaste o desde qué edad convives? Indicación: escribir en dígitos dentro de los casilleros	AÑOS	Continúe con la siguiente pregunta
113	¿Tienes (o has tenido) hijos o hijas?	No(0) Sí(1)	Continúe con la siguiente pregunta
114	¿Cuántos hijos/hijas nacidos vivos has tenido en total? Indicación: escribir en dígitos dentro de los casilleros	HIJOS(AS) TOTAL	Fin de la sección I

Sección II: Sobre educación en salud sexual recibida durante el colegio y reconocimiento de ETS/ITS, sus signos y/o síntomas					
201	<p>Durante el colegio ¿alguna vez recibiste clases o charlas de alguno de tus profesores, tutores, o auxiliares sobre los siguientes temas?</p> <p>Indicación: Presentar cada una de las opciones y marcar la respuesta.</p>	201a.La sexualidad humana 201b.La orientación sexual 201c.La identidad sexual 201d.Las relaciones sexuales 201e.El sexo seguro 201f.Los métodos anticonceptivos 201g.El uso del condón 201h.La reproducción humana 201i.Las Enf. de Transmisión Sexual 201j.El VIH o el sida 201k.La masturbación 201l.La salud sexual	NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta
202	<p>Durante el año pasado (o en el último año que fuiste al colegio) ¿alguna vez recibiste clases o charlas de alguno de tus profesores, tutores o auxiliares sobre los siguientes temas?</p> <p>Indicación: Presentar cada una de las opciones y marcar la respuesta.</p>	202a.La sexualidad humana 202b.La orientación sexual 202c.La identidad sexual 202d.Las relaciones sexuales 202e.El sexo seguro 202f.Los métodos anticonceptivos 202g.El uso del condón 202h.La reproducción humana 202i.Las Enf. de Transmisión sexual 202j.El VIH o el sida 202k.La masturbación 202l.La salud sexual	NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta
203	<p>Has escuchado hablar o conoces sobre las infecciones y enfermedades que se transmiten a través de las relaciones sexuales. Estas también se llaman:</p> <p>Enfermedades de Transmisión Sexual o "ETS", Infecciones de Transmisión Sexual o "ITS"</p>	No(0) Si(1)			Continúe con la siguiente pregunta
204	<p>Puedes mencionarme los nombres de algunas de estas infecciones o enfermedades que conozcas, recuerdes o que hayas escuchado?</p> <p>Indicaciones: No presentar opciones de respuesta. Esperar por respuestas espontáneas.</p>	204a.Sifilis 204b.Chlamydia / Chlamydia 204c.Gonorrea 204d.Chancro (blando) 204e.Chancroide 204f.Herpes (genital) 204g.Hepatitis 204h.Verrugas (genitales) 204i.VIH 204j.Sida 204k.Virus del Papiloma Humano 204l.Cáncer del útero (o de cuello) 204m.Pediculosis ("Ladillas") 204n.Otro1 _____ 204o.Otro2 _____	NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta
205	<p>A continuación te presentaré una lista de enfermedades. Por favor, dime cuáles de estas se transmiten por las relaciones sexuales.</p> <p>Indicaciones: Presentar CADA/UNA de las opciones y registrar la respuesta del participante.</p>	205a.Sifilis 205b.Tuberculosis 205c.Chlamydia / Chlamydia 205d.Gonorrea 205e.Dengue 205f.Chancro (blando) 205g.Chancroide 205h.Malaria 205i.Herpes (genital) 205j.Hepatitis 205k.Verrugas (genitales) 205l.Diabetes 205m.VIH 205n.Sida 205o.Virus del Papiloma Humano 205p.Cáncer del útero (o de cuello) 205q.Pediculosis ("Ladillas")	NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0) NO(0)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta

206	Las enfermedades que se transmiten sexualmente pueden afectar tanto a hombres como a mujeres. Puedes decirme algunos síntomas o molestias que puede presentar un HOMBRE que tenga estas enfermedades. Indicaciones: No presentar opciones de respuesta. Esperar por respuestas espontáneas.	206a.Pus por el pene 206b.Úlceras/lagas/heridas en genitales (partes íntimas) 206c.Ardor al orinar 206d.Picazón 206e.Dolor en pene o testículos (partes íntimas) 206f.Otro1 _____ 206g.Otro2 _____ 206h.Otro3 _____	NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta
207	Las enfermedades que se transmiten sexualmente pueden afectar tanto a hombres como a mujeres. Puedes decirme cuáles de los siguientes síntomas o molestias puede presentar un HOMBRE que tenga estas enfermedades. Indicaciones: Presentar CADA/UNA de las opciones y registrar la respuesta del participante.	207a.Pus por el pene 207b.Úlceras/lagas/heridas en genitales (partes íntimas) 207c.Ardor al orinar 207d.Picazón 207e.Dolor en pene o testículos (partes íntimas)	NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta
208	Las enfermedades que se transmiten sexualmente pueden afectar tanto a hombres como a mujeres. Puedes decirme algunos síntomas o molestias que puede presentar una MUJER que tenga estas enfermedades. Indicaciones: No presentar opciones de respuesta. Esperar por respuestas espontáneas.	208a.Flujo vaginal (descensos) 208b.Úlceras/lagas/heridas en genitales (partes íntimas) 208c.Ardor al orinar 208d.Picazón 208e.Dolor en la pelvis (o abdomen bajo) 208f.Descenso con mal olor 208g.Sangrado vaginal 208h.Otros1 _____ 208i.Otros2 _____ 208j.Otros3 _____	NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta
209	Las enfermedades que se transmiten sexualmente pueden afectar tanto a hombres como a mujeres. Puedes decirme cuáles de los siguientes síntomas o molestias puede presentar una MUJER que tenga estas enfermedades. Indicaciones: Presentar CADA/UNA de las opciones y registrar la respuesta del participante.	209a.Flujo vaginal (descensos) 209b.Úlceras/lagas/heridas en genitales (partes íntimas) 209c.Ardor al orinar 209d.Picazón 209e.Dolor en la pelvis (o abdomen bajo) 209f.Descenso con mal olor 209g.Sangrado vaginal	NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1)	SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1) SI(1)	Fin de la Sección II

Sección III: Sobre las relaciones sexuales, uso de condón, anticonceptivos y otros métodos

301	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales? (Con cualquier tipo de persona)	NO (0) SI (1)		Si rpta. es NO(0) a 312. Si rpta. es SI(1) a 302.
302	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?		AÑOS	Continúe con la siguiente pregunta
303	La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaron condón?	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Continúe con la siguiente pregunta
304	La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿utilizaron píldoras anticonceptivas?	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Continúe con la siguiente pregunta
305	Esa vez, cuando tuviste tu primera relación sexual, ¿hicieron algo o utilizaron algún método para cuidarse? Indicación: Esperar respuesta espontánea. Si entrevistado refiere que ha utilizado; pero no recuerda, entonces sondear.	305a.Condones femeninos 305b.Diafragmas 305c.Espermicidas 305d.Dispositivo intraut(T Cobre) 305e.Retiro (Coito interrumpido) 305f.Inyecciones 305g.Días fijos (Método calendario) 305h.Ninguno/No sabe/No recuerda 305i.Otros1 _____ 305j.Otros2 _____	NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1) NO(0) SI(1)	Continúe con la siguiente pregunta

306	Durante los últimos tres meses, ¿has tenido alguna relación sexual? Indicación: Para ayudar al entrevistado, referir márgenes de tiempo en meses.	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Continúe con la siguiente pregunta
307	La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaron condón?	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Continúe con la siguiente pregunta
308	La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿utilizaron píldoras anticonceptivas?	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Continúe con la siguiente pregunta
309	La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿hicieron o utilizaron algún método para cuidarse? Indicación: Esperar respuesta espontánea. Si el entrevistado refiere que ha utilizado; pero no recuerda, entonces sondear.	309a. Condones femeninos NO(0) SI(1) 309b. Diafragmas NO(0) SI(1) 309c. Espermicidas NO(0) SI(1) 309d. Dispositivo intraut (T Cobre) NO(0) SI(1) 309e. Retiro (Coito interrumpido) NO(0) SI(1) 309f. Inyecciones NO(0) SI(1) 309g. Días fijos (Método calendario) NO(0) SI(1) 309h. Ninguno/No sabe/No recuerda NO(0) SI(1) 309i. Otros1 _____ NO(0) SI(1) 309j. Otros2 _____ NO(0) SI(1)		Continúe con la siguiente pregunta
310	En general, ¿qué tan frecuentemente dirías que usas el condón en tus relaciones sexuales? Indicaciones: Presentar todas las opciones y marcar solo una respuesta.	Siempre (1) En la mayoría de veces (2) Solamente a veces (3) Nunca (4)		Continúe con la siguiente pregunta
311	¿Por qué utilizas el condón en tus relaciones sexuales? Indicaciones: No presentar opciones. Esperar respuestas espontáneas.	311a. Para evitar un embarazo NO(0) SI(1) 311b. Para evitar una ITS/ETS NO(0) SI(1) 311c. Porque no confió en pareja NO(0) SI(1) 311d. Otro1: _____ NO(0) SI(1) 311e. Otro2: _____ NO(0) SI(1)		Fin de la Sección III
312	¿Por qué crees que es importante utilizar el condón en las relaciones sexuales? Indicaciones: No presentar opciones. Esperar respuestas espontáneas.	312a. Para evitar un embarazo NO(0) SI(1) 312b. Para evitar una ITS/ETS NO(0) SI(1) 312c. Porque no confió en pareja NO(0) SI(1) 312d. Otro1: _____ NO(0) SI(1) 312e. Otro2: _____ NO(0) SI(1)		Fin de la Sección III

Sección IV: Sobre sexo forzado o coercitivo

401	¿Alguna vez, durante toda su vida, alguien le ha obligado (de cualquier manera) a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? Indicaciones: Explicar que existen varias formas de obligar. Se puede obligar usando la fuerza o con amenazas de cualquier tipo.	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Si respuesta es NO(0) pasar a 403 Si respuesta es SI(1) continuar con 402
402	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto? Indicación: Presentar opciones y marcar una sola respuesta.	Con mucha frecuencia (1) Algunas veces (2) Nunca (3)		Continúe con la siguiente pregunta
403	¿Alguna vez, durante toda su vida, alguien ha utilizado la fuerza física para obligarle a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? Indicaciones: Explicar que nos referimos exclusivamente al uso de la fuerza física.	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)		Si respuesta es NO(0) pasar a 406 Si respuesta es SI(1) pasar a 404
404	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto? Indicación: Recordar que es con fuerza física.	Con mucha frecuencia (1) Algunas veces (2) Nunca (3)		Si respuesta es (1) o (2) continuar con 405. Si respuesta es (3) pasar a 406

405	<p>¿Quién(es) le ha(n) maltratado de esta manera durante los últimos 12 meses?</p> <p>Indicación: Recordar que nos estamos refiriendo a relaciones sexuales obligadas por el uso de la fuerza física</p> <p>Indicación: No presentar opciones. Esperar respuesta espontánea</p> <p>Indicación: Si la persona responde un "Si", entonces sondear una vez más.</p>	<p>405a. Esposo(a)/Conviviente NO(0) SI(1)</p> <p>405b. Ex-esposo(a)/Ex-conviviente NO(0) SI(1)</p> <p>405c. Novio(a)/Enamorado(a) NO(0) SI(1)</p> <p>405d. Ex-novio(a)/Ex-enamorado(a) NO(0) SI(1)</p> <p>405e. Madre NO(0) SI(1)</p> <p>405f. Padre NO(0) SI(1)</p> <p>405g. Padrastro NO(0) SI(1)</p> <p>405h. Madrastra NO(0) SI(1)</p> <p>405i. Otro familiar hombre NO(0) SI(1)</p> <p>405j. Otro familiar mujer NO(0) SI(1)</p> <p>405k. Amigo de la familia NO(0) SI(1)</p> <p>405l. Amiga de la familia NO(0) SI(1)</p> <p>405m. Compañero de trabajo NO(0) SI(1)</p> <p>405n. Compañera de trabajo NO(0) SI(1)</p> <p>405o. Profesor NO(0) SI(1)</p> <p>405p. Policía/Militar NO(0) SI(1)</p> <p>405q. Sacerdote/Líder religioso NO(0) SI(1)</p> <p>405r. Desconocido NO(0) SI(1)</p> <p>405s. Desconocida NO(0) SI(1)</p> <p>405t. Otro NO(0) SI(1)</p>	Continúe con la siguiente pregunta
406	<p>¿Alguna vez, durante toda su vida, alguien ha utilizado amenazas para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?</p> <p>Indicaciones: Explicar que nos referimos exclusivamente al uso de amenazas (por ejemplo amenazas verbales, amenazas en el trabajo, con armas, etc.)</p>	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)	Si respuesta es NO(0) pasar a 409 Si respuesta es SI(1) continuar con 407
407	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?</p> <p>Indicación: Presentar opciones y marcar una sola respuesta.</p>	Con mucha frecuencia (1) Algunas veces (2) Nunca (3)	Si respuesta es (1) o (2) continuar con 408. Si respuesta es (3) pasar a 409.
408	<p>¿Quién(es) le ha(n) maltratado de esta manera durante los últimos 12 meses?</p> <p>Indicación: Recordar que nos estamos refiriendo a relaciones sexuales obligadas por amenazas de cualquier tipo.</p> <p>Indicación: No presentar opciones. Esperar respuesta espontánea</p> <p>Indicación: Si la persona responde un "Si", entonces sondear una vez más.</p>	<p>408a. Esposo(a)/Conviviente NO(0) SI(1)</p> <p>408b. Ex-esposo(a)/Ex-conviviente NO(0) SI(1)</p> <p>408c. Novio(a)/Enamorado(a) NO(0) SI(1)</p> <p>408d. Ex-novio(a)/Ex-enamorado(a) NO(0) SI(1)</p> <p>408e. Madre NO(0) SI(1)</p> <p>408f. Padre NO(0) SI(1)</p> <p>408g. Padrastro NO(0) SI(1)</p> <p>408h. Madrastra NO(0) SI(1)</p> <p>408i. Otro familiar hombre NO(0) SI(1)</p> <p>408j. Otro familiar mujer NO(0) SI(1)</p> <p>408k. Amigo de la familia NO(0) SI(1)</p> <p>408l. Amiga de la familia NO(0) SI(1)</p> <p>408m. Compañero de trabajo NO(0) SI(1)</p> <p>408n. Compañera de trabajo NO(0) SI(1)</p> <p>408o. Profesor NO(0) SI(1)</p> <p>408p. Policía/Militar NO(0) SI(1)</p> <p>408q. Sacerdote/Líder religioso NO(0) SI(1)</p> <p>408r. Desconocido NO(0) SI(1)</p> <p>408s. Desconocida NO(0) SI(1)</p> <p>408t. Otro NO(0) SI(1)</p>	Continúe con la siguiente pregunta
409	<p>¿Alguna vez, alguien le ha obligado a realizar actos sexuales que usted no deseaba tener?</p> <p>Indicaciones: El concepto de actos sexuales es mucho mas amplio y requiere ser explicado al entrevistado(a)</p>	NO/No sabe/No recuerda (0) SI (1)	Si respuesta es NO(0), pasar a la pregunta 412. Si respuesta es SI(1) continuar con 410
410	<p>Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sucedido esto?</p> <p>Indicación: Presentar opciones y marcar una sola respuesta.</p>	Con mucha frecuencia (1) Algunas veces (2) Nunca (3)	Si respuesta es (1) o (2) continuar con 411. Si respuesta es (3) pasar a la pregunta 412

ACCESO
DERECHO
UNIDAD
UALIDAD
ALUD
NSTITUTO
ENERO
FIGACION
DERECHO
EQUIDAD
SARROLLO
ACCESO
VIH
ENERO
UNIDAD



ISBN: 978-9972-806-74-2



9 789972 806742