



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES

Escuela de Trabajo Social

**VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y DISCRIMINACIÓN -
PERCEPCIONES DE VARONES MIGRANTES PORTADORES DE VIH/SIDA**

Usuarios Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa

**Tesis para optar a Grado Académico de Magister Trabajo Social:
Mención Relaciones Interculturales**

PILAR ESTAY QUIROZ

PROFESORA GUIA: VIOLETA FLORES FLORES

SANTIAGO – CHILE

2018

A mi madre e
hija Paula Yared,
por su apoyo incondicional y por el amor
que siempre me brindan.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profunda gratitud y reconocimiento a las autoridades, docentes y trabajadores de mi casa de estudios **Universidad Miguel de Cervantes**, quienes con su dedicación al servicio de los seres humanos me han alentado e incentivado a crecer como persona y profesionalmente, con lo cual he logrado ser parte de los orgullosos Profesionales de la comunidad Cervantina.

A los directores, usuarios y voluntarios de Fundación Diversa, quienes, con su cálida acogida hacia mi persona, primero como alumna practicante de la carrera de Trabajo Social y posteriormente como voluntaria en la Fundación, permitiéndome ser parte del equipo Psico Social, han sido fundamentales en mi desarrollo profesional y principalmente en lo humano, conviviendo en un ambiente amigable, de confianza y libre de mitos y discriminaciones. Sin el apoyo de Fundación Diversa a través de la colaboración del Directorio, voluntarios y usuarios no habría sido posible materializar la presente investigación.

“Confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas a muchas amargas dificultades” (don Quijote de la Mancha).

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I – ASPECTOS GENERALES	10
1.1. El Problema.....	10
1.2. Justificación de la investigación.....	11
1.3. Objetivos de la Investigación.....	13
1.3.1. Objetivo General.....	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
1.4. Preguntas de Investigación.....	14
1.5. Limitaciones de la Investigación.....	14
CAPÍTULO II – MARCO REFERENCIAL	16
2.1. Ministerio de Salud en Chile.....	16
2.1.1. Políticas públicas, VIH/SIDA e ITS.....	17
2.1.2. Disposiciones legales relativas al VIH/SIDA e ITS.....	18
2.1.3. Ley 19.779 “Ley de prevención del virus de inmunodeficiencia humana” (VIH).....	19
2.1.4. Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas de Chile (AUGE).....	20
2.1.4.1. Garantías de acceso.....	21
2.1.4.2. Garantías de oportunidad: dentro de los plazos máximos.....	21
2.1.4.3. Garantías de protección financiera.....	21
2.1.4.4. Patologías incorporadas.....	22
2.1.4.4.1. Problema de Salud N°18. Síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA).....	22
2.1.4.4.2. Mejoras en materias de VIH/SIDA..	22
2.2. VIH/SIDA e ITS: Aproximaciones preventivas.....	23
a) Modelo epidemiológico conductual.....	24
b) Modelo epidemiológico cultural.....	25
c) Modelo epidemiológico económico.....	26
2.2.1. VIH/SIDA en Chile, factores olvidados.....	27
2.2.2. VIH/SIDA, prevención y estigmatización.....	30
2.2.3. VIH/SIDA, percepción del riesgo frente al virus.....	31
2.3. Fundación Diversa: Organismo no Gubernamental.....	33
2.3.1. Descripción y Orgánica Interna.....	34
2.3.2. Políticas y legislación que vincula a Fundación Diversa con el sistema de salud.....	34
2.3.3. Perfil del usuario de Fundación Diversa.....	36
2.4. Aproximaciones a la Fenomenología de la Percepción de Maurice Merleau-Ponty.....	36
2.5. Aproximaciones a las percepciones desde la mirada de D. Hume..	38
2.6. Diversidad sexual.....	40
2.6.1. Aproximaciones conceptuales al género y sexo.....	41
2.6.2. Sexualidad y corporalidad.....	43
2.6.3. Discriminación y sexualidades diversas.....	44
2.6.4. Derechos Humanos y Comunidad LGTBI.....	47
2.6.5. Género y Derechos Humanos.....	48
2.7. América Latina y diversidad.....	50

2.8	Fenómeno Migratorio en Chile.....	51
2.8.1.	Realidad migratoria en el Chile de hoy.....	54
2.8.2.	Aproximaciones en Chile para una Migración segura y regular.....	57
2.9.	Trabajo Social y VIH/SIDA	58
CAPÍTULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		60
3.1.	Carácter de la investigación.....	60
3.2.	Tipo de estudio.....	60
3.3.	Universo y muestra.....	61
3.3.1.	Diseño muestral.....	61
3.3.2.	Criterios de recolección de datos.....	61
a)	Resguardos Éticos.....	61
b)	Confidencialidad.....	62
3.3.3.	Instrumentos de recolección de datos.....	62
3.3.4.	Plan de análisis de datos.....	63
3.4.	Criterios de validez de la investigación.....	63
a)	Credibilidad.....	63
b)	Confirmabilidad.....	64
c)	Transferibilidad.....	64
CAPÍTULO IV – RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....		65
4.1.	Presentación de resultados.....	65
4.2.	Análisis del perfil de los entrevistados	66
CAPÍTULO V – APORTES, SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES.....		83
5.1.	Conclusiones.....	83
5.2.	Aportes desde la disciplina de Trabajo Social.....	86
5.3.	Sugerencias.....	89
5.4.	Propósitos.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....		91
ANEXOS.....		97
•	Consentimiento informado.....	98
•	Carta de consentimiento informado.....	99
•	Pauta de entrevista.....	100
•	Transcripción de entrevistas.....	101
•	Consejería.....	113

Índice de Tablas

Tabla N°1:	Porcentaje de inmigrantes internacionales según región de residencia habitual.....	56
Tabla N°2:	Perfil del usuario del programa de salud comunitaria de Fundación Diversa Categorías/Subcategorías emanadas de la investigación.....	65
Tabla N°3	Percepción de los varones migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos humanos.....	67
Tabla N°4:	Percepciones de los entrevistados acerca de la discriminación y vulneración de derechos al develar su condición serológica positiva.....	73
Tabla N°5:	Prácticas sexuales y vulneración frente al virus del VIH/SIDA Categorías/Subcategorías emanadas de la investigación.....	79

RESUMEN

La presente investigación exploratoria, tiene por finalidad conocer, indagar, describir percepciones de varones migrantes, residentes en Santiago de Chile, respecto de la discriminación y vulneración de derechos humanos, de la cual han sido objeto por ser portadores del virus de VIH/SIDA.

Para el logro de los objetivos de la investigación se entrevistó a seis varones migrantes adultos, portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Del análisis de las respuestas y discursos de los participantes en la investigación, se pudo evidenciar que el Derecho a guardar silencio respecto de su condición serológica positiva, es un factor de ocultamiento del virus, dado el estigma que rodea al VIH/SIDA e ITS, por lo que no necesariamente la discriminación y vulneración de derechos humanos se debe a su condición de salud serológica positiva.

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del virus del VIH/SIDA en los años 80, ahora en situación de pandemia, se ha convertido en un reto para científicos y profesionales del área de salud pública y organizaciones de la sociedad civil, puesto que el número de infectados por el virus del VIH ha crecido escalarmente, como asimismo el aumento del SIDA y, considerando que este virus ha sido configurado bajo el paradigma de prejuicios, discriminación y exclusión social, y si a lo cual se suma la poca información que los individuos tienen respecto del VIH/SIDA e ITS, es preciso dejar de manifiesto que se ha vuelto un problema social al que se debe poner atención, visibilizarlo y aportar en lo posible con acciones concretas en materias de prevención respecto de nuevas infecciones y que contribuyan de modo eficaz en la erradicación del virus.

En consecuencia, se señala que los Profesionales del área social, específicamente las(los) Trabajadoras(es) Social(es) estamos llamados a contribuir con acciones socioeducativas, que propendan a la no discriminación e inclusión de grupos estigmatizados o en situación de vulnerabilidad. Por lo que, la presente investigación tiene por objetivo conocer las percepciones de hombres adultos, migrantes respecto de la vulneración de derechos humanos y discriminación, de las que han sido objeto, por ser portadores del virus de VIH o en etapa de SIDA.

Para lo cual se realizó una exhaustiva investigación documental y empírica en torno a las temáticas relativas a la pandemia del VIH/SIDA e ITS, las que generalmente se asocian a los grupos de alto riesgo como homosexuales (hombres que tienen sexo con hombres), trabajadores sexuales y drogodependientes. El virus del VIH/SIDA e ITS, generalmente es sinónimo de discriminación, desigualdad, violencia, estigmatización, soledad y muerte social. Siendo estas razones las que han dado lugar a que la población que padece del virus sea en etapa de VIH o SIDA, naturalicen los actos de violencia y discriminación de la que son objeto por su condición serológica positiva, haciéndose parte de la exclusión y discriminación toda vez que deben mantener en secreto su condición, para evitar el rechazo de sus amigos, familiares y por temor a perder sus empleos.

Por lo que se hace presente que aun cuando la investigación es de carácter exploratorio, ha permitido evidenciar percepciones de seis varones migrantes de distintas nacionalidades latinoamericanas respecto de situaciones de vulneración de derechos humanos y discriminación, por situaciones diversas, las que se han evidenciado al transcribir y analizar las respuestas recabadas en la entrevista individual aplicada a cada uno de los sujetos.

La presente tesis desarrolla cinco capítulos, exponiéndose en el primero la problemática y objetivos a investigar además de sus limitaciones; enseguida se plantea información relevante en materias de salud sexual, políticas públicas atinentes al virus del VIH/SIDA e ITS, como así también fenómenos relacionados con la temática referida a percepciones de varones migrantes portadores de VIH, frente a la vulneración de derechos humanos y discriminación.

Finalmente, en el capitulado III-IV y V se presentan los resultados, conclusiones, aportes y sugerencias emanados de la investigación.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. El problema

Al realizar análisis documentales, estudios de casos y relatos de sujetos portadores de VIH/SIDA e ITS, se ha podido constatar que la carencia de campañas profundas, directas y sostenidas en el tiempo, en diferentes periodos del año (en nuestro país Chile) ha sido en gran medida el detonante del aumento de la pandemia, puesto que se ha tomado el tema con mucha liviandad, por parte de la población sexualmente activa, dado que, la mayoría de las campañas están dirigidas a la diversidad sexual, dejándose al margen a la población bisexual, situación que expone al riesgo de contraer VIH/SIDA e ITS, a la población heterosexual.

Lo anteriormente expuesto, debe ser un llamado de atención considerando que cualquier individuo puede contraer el VIH y que las personas pueden infectarse la primera vez que sean expuestas al virus y teniendo presente que éste se propaga a través de los fluidos corporales como la sangre, semen, secreciones vaginales, lactancia; además del factor de calidad de información que los individuos manejan respecto del virus, es que se ha vuelto un problema social y por tanto digno de poner atención y realizar acciones concretas para disminuir y en lo posible erradicar la pandemia del VIH/SIDA y por tanto las infecciones de transmisión sexual (ITS).

El VIH/SIDA no solo es un problema de otros, sino de toda la comunidad, por lo que es preciso evidenciar, visibilizar lo que no se quiere ver. No se trata de aterrorizar a la población sino educar en la percepción del riesgo. El VIH/SIDA no afecta ni elige exclusivamente a las mal denominadas minorías sexuales, sino a todos los seres humanos que tengan conductas de riesgo (negándose a la utilización de preservativos en sus relaciones sexuales) o se exponen a situaciones de alto riesgo, como es el caso del consumo de drogas intravenosas y uso de jeringas compartidas.

Es imprescindible evidenciar que la población que está catalogada como minoría sexual o LGTBI, es la que de modo exclusivo se expone a contraer el virus del

VIH/SIDA e ITS, sino la población en general, sexualmente activa, cualesquiera sean sus preferencias sexuales.

En el caso de los adultos jóvenes y adolescentes no está instalada la cultura del uso del preservativo y por ende existe negación a realizarse los test que detectan el virus del VIH de modo precoz (no en etapa de SIDA).

Este problema de salud, ya no está focalizado solo en la población perteneciente a la diversidad sexual, por lo que es preciso señalar que la forma de combatir sus estragos en la calidad de vida de los ciudadanos es mediante planes educativos, sin exclusión alguna, dirigidos a la población en general, independiente de su género e identidad sexual, dado que, al estigmatizar a un grupo determinado de individuos como los más expuestos al VIH/SIDA (homosexuales, trabajadores sexuales, drogadictos), se expone a situaciones de alto riesgo a la población heterosexual, pues bajan la guardia, tendiendo a practicar relaciones sexuales promiscuas, por lo que es necesario un cambio de paradigma frente a la percepción del riesgo que tienen los hombres y mujeres que no forman parte de la diversidad sexual. En consecuencia, debemos ser capaces de instalar en los sujetos una conciencia de autocuidado y actuar oportunamente en aquellos casos de exposición a situaciones de riesgo en materias sexuales.

1.2. Justificación de la Investigación

La presente investigación se justifica plenamente teniendo en consideración que el virus del VIH/SIDA ha ido en aumento tanto en la población identificada como LGTBI como en los heterosexuales, develándose diversos cambios en las conductas sexuales de los sujetos. En la actualidad tanto varones como mujeres se exponen a situaciones de alto riesgo sexualmente hablando. Sin embargo, la percepción en la población heterosexual es que el virus del VIH/SIDA es una enfermedad de homosexuales, trabajadores sexuales y drogadictos por lo que se naturaliza la discriminación, violencia, estigmatización y vulneración ejercida hacia este grupo de seres humanos. Es habitual la exclusión de los sujetos por su orientación sexual o identidad de género y si por añadidura se encuentran infectados con el virus de VIH/SIDA, se ven obligados a invocar su derecho a guardar silencio respecto de su condición serológica positiva, lo que claramente es un impedimento para el libre acceso a los beneficios de salud pública a los que tienen derecho, por lo que ante este desolador escenario deben recurrir a Organismos no gubernamentales que trabajan con temáticas de diversidad sexual, para mantener su anonimato.

Es en este contexto, que es preciso señalar que en materias educativas en lo relativo a sexualidad humana, la percepción es que no lo estamos haciendo tan bien, puesto que la mayoría de los programas educativos, si es que los hay, están dirigidos a adolescentes y se enfocan en la prevención de embarazos no deseados, dejando al margen enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, Hepatitis C, sífilis, gonorrea, entre otras.

Otro tema al que se debe poner atención es el adiestramiento en materias de prevención de VIH/SIDA e ITS y diversidad sexual, tanto a la población civil en general como a trabajadores de los servicios de salud, puesto que al haber desconocimiento o manejar información errónea respecto a estas temáticas se vulnera aún más los derechos de los individuos, cualquiera sea su género e identidad sexual, lo que claramente es un detonante para mantenerlos al margen de los beneficios de los sistemas públicos de salud, lo cual les expone aún más a la exclusión, estigmatización y rechazo.

Es por ello, que en el caso puntual de la pandemia del VIH/SIDA e ITS, se requiere de forma evidente de la profesión del Trabajo Social, dada la trayectoria de la disciplina a través del tiempo y debido al impacto que produce el VIH/SIDA en los pacientes infectados, exponiéndolos a la tristeza, soledad, exclusión, vulneración y su inminente muerte en plazo no definido. Lo que produce en las personas que viven con VIH, sentimientos de desesperanza e incertidumbre ante un futuro incierto, lo cual aflora desde la notificación de su estado serológico positivo y si a esto se suma que al acaecer la muerte, generalmente es en situación de aislamiento social y familiar; por lo que el acompañamiento de los profesionales del área de salud y especialmente trabajadores sociales a las personas en estado de salud terminal, es decir SIDA, se torna en un rol privilegiado y protagónico. Dado que el problema del VIH/SIDA e ITS, es un problema de todos y no de algunos, requiere ser visibilizado y visualizado como un problema social, por lo que la intervención de los trabajadores sociales no solo debe limitarse al acompañamiento de los sujetos y sus familiares y/o cercanos, teniendo en consideración que el Trabajo Social es una disciplina que tiene por objeto atender los problemas sociales de los individuos, grupos y colectivos, basada en los cambios sociales; lo que requiere de análisis crítico de las realidad a las que se ven enfrentadas(os) las(os) profesionales del área social.

Otro punto importante en la justificación de la intervención de los trabajadores sociales, con individuos y grupos que viven con VIH/SIDA e ITS es que la infección no solo impacta en las personas que han sido notificadas seropositivas, sino a su entorno inmediato y a la sociedad en su conjunto. La pandemia del VIH/SIDA afecta a un gran número de la población, lo que devela que las acciones socioeducativas que las(los) Trabajadoras(es) Sociales puedan llevar a cabo, sean una real contribución a la solución del problema que afecta tanto a individuos como a la ciudadanía. Es en este contexto, que es necesario dejar de manifiesto que aun cuando hemos avanzado mucho como sociedad, en lo que se refiere a tomas de muestras para detectar el VIH/SIDA de modo oportuno, el número de notificados aumenta y por tanto el porcentaje de personas diagnosticadas tardíamente, por lo que se visualiza que algo no está funcionando adecuadamente y por tanto se debe implementar acciones más eficaces para que la población más vulnerable del país, tome real conciencia de la pandemia del virus del VIH/SIDA. Lo que debiera plasmarse en campañas más atractivas para que el proceso de toma de muestras voluntarias, sea acogida por toda la población sin exclusión de ninguna especie, sino enfocadas al autocuidado y la protección de la población y su familia. La educación socioeducativa de los ciudadanos hombres/mujeres es el primer paso para generar espacios de reflexión frente a problemas sociales como el VIH/SIDA e ITS, generando herramientas que permitan minimizar el impacto psicológico que el estigmatizado virus genera en la sociedad.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Conocer las percepciones de hombres migrantes acerca de la vulneración de derechos humanos y discriminación, de las que han sido objeto, por ser portadores del virus de VIH o en etapa de SIDA.

1.3.2. Objetivos Específicos

- i) Caracterizar al grupo de hombres migrantes, portadores de VIH/SIDA e ITS que participan del programa de salud comunitaria, de Fundación Diversa.
- ii) Identificar y Describir las percepciones de hombres migrantes, respecto de la discriminación y vulneración de derechos humanos.

- iii) Conocer las percepciones de los varones migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos al develar su condición serológica positiva.

1.4. Preguntas de investigación

- i) ¿Cuál es el perfil de los migrantes partícipes del programa de salud Comunitaria de Fundación Diversa?
- ii) ¿Existe alguna relación entre las características demográficas y la percepción de los migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos?
- iii) ¿Cuál es la percepción que tienen los entrevistados respecto de cómo sus familiares, amigos, pareja y otros perciben su condición serológica positiva?

1.5. Limitaciones de la investigación

Una de las limitantes de la investigación fue su carácter exploratorio y número muestral. Puesto que, los resultados obtenidos en la investigación no representan necesariamente el pensamiento global de los habitantes de las naciones de origen de los entrevistados.

En lo relativo a la formación académica de los entrevistados (universitaria completa) y clase social, son factores que difieren de otras comunidades que han migrado a Chile, lo que es un elemento que podría ser un componente distractor en los resultados de la investigación, puesto que las opiniones y percepciones de los individuos respecto a la temática consultada, no necesariamente representa la realidad vivida en sus naciones de origen.

Respecto a vulneración de derechos y discriminación por ser portadores de VIH, en el caso de los sujetos entrevistados no la han padecido, puesto que han preferido ser atendidos en Organismos no gubernamentales que trabajan con temáticas de la diversidad sexual, como es el caso de Fundación Diversa que cuenta con un Programa de Salud Comunitaria, destinada a ir en auxilio de las personas que viven con VIH o en etapa de SIDA. Por tanto, no se pudo pesquisar las percepciones de los entrevistados, relativas a discriminación y vulneración de derechos por su condición serológica positiva en los sistemas de salud gubernamentales de nuestro país.

El derecho a mantener en reserva su condición serológica positiva, es un factor de ocultamiento del virus, lo que es una limitante para recabar información fidedigna y ajustada a la realidad en materias de vulneración de derechos y discriminación por ser portadores del virus del VIH.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Ministerio de Salud en Chile

Esta Institución a través del *Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS* desarrolla la Política Pública de *Promoción de la Salud Sexual, Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA e ITS* para disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad, regulando, apoyando, monitoreando y evaluando la implementación de servicios y prestaciones de calidad, con un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado.

En relación a las políticas como estrategias del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, se sostienen en un conjunto de principios éticos que rigen sus acciones. Estos principios de ética universal, se enfocan en el bienestar del ser humano han sido concebidos de acuerdo a los lineamientos y orientaciones técnicas de que se dispone para el abordaje de la epidemia del VIH/SIDA e ITS, lo que puede tener repercusiones directas en la vida de los individuos.

Estos principios éticos, sin tener la pretensión de ser exhaustivos, son enunciados de carácter general y los valores que los constituyen fueron concebidos como criterios orientadores para facilitar la toma de decisiones y la promoción de respuestas adecuadas a la realidad de la sociedad chilena. Estos valores son: Derecho a la vida, Respeto a los valores y creencias de las personas, Derecho a la decisión en conciencia libre e informada, respeto por la dignidad de las personas, Derecho a la privacidad y confidencialidad, no discriminación, Solidaridad, Derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles, científicamente comprobados como efectivos.

Los objetivos estratégicos del Programa consisten en la disminución de la transmisión del VIH/SIDA e ITS mediante estrategias de prevención efectivas en el contexto de determinantes sociales en salud, disminución de la morbilidad por VIH/SIDA e ITS dando facilidades para el acceso oportuno al diagnóstico, su control y tratamiento y contar con información actualizada, pertinente y oportuna para la gestión del Programa. (Salud, 2013).

2.1.1. Políticas Públicas y VIH/SIDA e ITS

En relación al VIH como tema de política pública de salud, se encuentra regulado en distintos instrumentos, tanto de carácter nacional¹ como internacional. Las recomendaciones y sugerencias de organismos internacionales en la materia, como las realizadas por ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han permeado el actuar del Estado en la materia, principalmente a través del Ministerio de Salud, que ha generado un programa nacional de VIH/SIDA.

El VIH/SIDA, es materia de salud pública, por tanto, dentro de sus objetivos sanitarios se señala la prevención y reducción de su prevalencia, lo que está contemplado para los periodos 2011-2020 por el Ministerio de Salud Pública de Chile (MINSAL).

Por otra parte, surge el concepto de determinantes sociales, al constatar las limitaciones que tiene el diseño y análisis de políticas públicas en materias de salud, lo que evidencia su fracaso en lo referido al contagio de los sujetos y el manejo de los riesgos individuales.

En la actualidad se considera la necesidad de disminuir las vulneraciones, relativas al acceso a los servicios sociales y de salud, con la intención de aminorar y disminuir consecuencias adversas y orientando la modificación de la estratificación social.

A fines del año 2010 el MINSAL toma la decisión de modificar la estructura de la Comisión Nacional del SIDA, disolviéndola y creando el Departamento Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA e ITS, con la finalidad de desarrollar la política. Esta estrategia tiene por finalidad “incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan tanto la transmisión del VIH, las infecciones de transmisión sexual y la discriminación de las personas en situación de vulnerabilidad”.

En favor de la política del VIH/SIDA, se puede señalar, que una herramienta fundamental de intervención es la consejería², pues con ella se puede lograr

¹En 2013, el Ministerio de Salud publicó la Guía Clínica actualizada de VIH/SIDA. Existen, además de este documento, guías sobre consejería en VIH y diversas disposiciones para el tratamiento del virus en distintos escenarios, como la posibilidad de contagio en ambiente laboral, o la toma de muestras y tratamiento en ámbitos penitenciarios.

² La consejería es una intervención social, reconocida y validada a nivel internacional, como una herramienta fundamental en el acompañamiento a personas que se ven enfrentadas a situaciones generadoras de altos niveles de estrés y angustia. Lógicamente el VIH/SIDA es una de ellas, y que además afecta transversalmente la vida del ser humano.

aminorar el avance de la pandemia, creando conciencia individual respecto del autocuidado entre los miembros de la comunidad, de acuerdo a la información publicada en la web del MINSAL, la consejería es desarrollada en dos modalidades: presencial (cara a cara) y telefónicamente mediante el servicio FONOSIDA, atendidas por personal con capacidades de escucha activa.

2.1.2. Disposiciones legales relativas al VIH/SIDA e ITS

- Código Sanitario
- Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
- Manual de Procedimientos VIH

Circulares

- Circular 47 – Detección de VIH en gestantes
- Circular 41 – Detección de VIH en red asistencial

Decretos

- Decreto 158 – Enfermedades de Notificación Obligatoria
- Decreto 45 – Modifica Decreto 182

Leyes

- Ley 19.779 Ley del SIDA

Normas

- Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis Norma 103 – Infecciones de Transmisión Sexual
- Norma 48 – Exposición Laboral Sangre

Ordinarios

- Ord.4220 Codificación VIH

Reglamentos

- Reglamento 927 para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad
- Reglamento 206 – Infecciones de Transmisión Sexual
- Reglamento 182 – Detección VIH

2.1.3. Ley 19.779 “Ley de Prevención del Virus de inmunodeficiencia humana” (VIH)

En diciembre de 2001, fue promulgada la ley 19.779, la que establece normas relativas al virus del VIH, creando bonificaciones fiscales para las denominadas enfermedades catastróficas.

Esta ley además de regular las responsabilidades y objetivos en lo relativo al VIH/SIDA en Chile, debe regular la prevención, diagnóstico, investigación y atención, ocupándose del tema de la no discriminación, propendiendo al igualitario y libre ejercicio de sus derechos, a personas infectadas y portadoras del virus.

Es importante señalar que, en Chile, con anterioridad a la promulgación de la ley 19.779, ya se contemplaba el virus, como enfermedad de transmisión sexual en el Art. N°2 del DS. N°362/1983 y de acuerdo a las modificaciones del DS. N°297/1984.

Los autores de la moción parlamentaria que dio origen a la ley han señalado que el SIDA es “un problema que, en sus causas, efectos, trasciende con mucho el mero carácter de problema de salud pública, afectando al conjunto de la sociedad y a su desarrollo futuro”³.

Se plantea, además, que ha sido difícil que las distintas sociedades enfrenten los desafíos de salud pública, sociales, políticas y éticas que plantea la pandemia de modo realista, científica, eficaz y respetuosa de la dignidad del ser humano refiriendo que “los fenómenos de estigmatización, social, prejuicios que han surgido masivamente ligados y derivados de los miedos que esta pandemia ha provocado en el mundo no han hecho más que agravar las dificultades para enfrentarla eficaz y oportunamente, así como han profundizado fenómenos de marginación y discriminación social, desde las minorías sexuales, los pobres y las mujeres resultan particularmente afectados en su ya precaria situación social, tornándolos aún más vulnerables”

La ley 19.779, más conocida como “ley del SIDA”, se estructuró en base a dos ideas motrices: La primera de ellas establecer una política estatal en materia de

³ Moción parlamentaria por las diputadas: Pollarolo, Aylwin y Saa; Diputados Naranjo, Sota y Walter.

VIH/SIDA, dando énfasis a la responsabilidad estatal, en materias de prevención de la pandemia, promoviendo la participación de la sociedad civil; en segundo término el impedimento de la discriminación en contra de las personas que viven con VIH, reconociendo, explicitando y desarrollando los derechos que les asisten, además de garantizar y sancionar en caso de vulneración de éstos.

Por tanto, la ley 19.779 se hace cargo de la necesidad de generar políticas emanadas del Estado de Chile, de carácter preventivo, haciéndose parte del principio proclamado por los organismos internacionales de salud y derechos humanos, en el sentido de crear una política que propenda al impedimento de la discriminación y estigma de los portadores de VIH, lo que será el detonante del no ocultamiento del contagio por el virus y por ende su tratamiento oportuno, además de evitar nuevos contagios a raíz de nuevas infecciones.

2.1.4. Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas de Chile (AUGE)⁴

El Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, fue promulgado en agosto de 2004, entró en Vigencia en julio de 2005, transformando nuestro sistema de salud y constituyéndose en un ejemplo para otros países del continente, que requieren de sistemas de salud similares.

El plan de acceso universal de garantías explícitas, consiste según lo establecido mediante la Ley N°19.666 (que denomina al AUGE como Régimen General de Garantías de Salud), en una reglamentación en la cual cada 3 años se agrega nuevas patologías al sistema sanitario que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

El AUGE, o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), entrega garantías explícitas para 80 problemas de Salud establecidos por ley, que deben ser cumplidas para todos los chilenos y chilenas, sean de FONASA o de ISAPRES. Estas garantías constituyen derechos para las personas, que deben cumplirse cada vez

⁴ El plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (o Plan (AUGE) de Chile, según la Ley 19.966 (la cual lo denomina Régimen General de Garantías en Salud) es un tipo de reglamentación a la que se agrega cada tres años nuevas patologías al sistema sanitario el cual garantiza acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Las garantías explícitas son: Acceso lo que implica que tanto FONASA como las ISAPRES deben garantizar las prestaciones de salud; Oportunidad de la atención esto implica que debe haber un plazo máximo para otorgar las prestaciones de salud garantizadas; Calidad implica que la prestación de salud debe ser otorgada por prestador acreditado o registrado; Protección financiera se refiere a la contribución es decir el pago o copago a efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

que se diagnostica alguna de las patologías incorporadas y se cumplan los requisitos que para cada una de ellas se establece.

En el caso de que las garantías no sean cumplidas, éstas deben ser exigidas a FONASA (Fondo Nacional de Salud) o a la ISAPRE (Institución de Salud Previsional) mediante un reclamo, y en último término a la Superintendencia de Salud. El AUGE establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los asegurados:

2.1.4.1. Garantías de Acceso:

Todo beneficiario

- Con sospecha clínica tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica y/o indicación médica, tendrá acceso a exámenes, tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de terapia antirretroviral vigente.

2.1.4.2. Garantía de Oportunidad: dentro de los plazos máximos

- Dentro de 60 días desde la sospecha.
- Inicio o cambio precoz, dentro de 7 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
- Inicio y cambio no precoz, dentro de 35 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.

2.1.4.3. Garantía de protección financiera

- Cancelar solo el copago: cero para los afiliados de Fonasa A y B; 10%, el grupo C y 20% el grupo D y afiliados de ISAPRES.
- Garantía de Calidad: Cumplimiento de los estándares de calidad.

2.1.4.4. Patologías incorporadas

Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

2.1.4.4.1. Problema de salud N.º 18: Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida⁵

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de tiempo debido al equilibrio que se produce entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. En etapas avanzadas de la infección se rompe este equilibrio aumentando la Carga Viral (CV) y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida).

Asimismo, la ley del Plan Auge⁶, introduce la enfermedad VIH/SIDA como un problema de salud que tiene acceso a garantías de atención médica y medicación tanto para el sector público (FONASA) como para los usuarios de ISAPRES, quedando sin regulación los miembros de las Fuerzas Armadas (Fuerza Aérea, Ejército, Armada), Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones y Gendarmería, quienes son atendidos en el sistema de salud de la defensa nacional y DIPRECA.

2.1.4.4.2. Mejoras en materias de VIH/SIDA

Estas dicen relación con el acceso a tratamiento farmacológico y su seguimiento, a toda persona diagnosticada con el virus del VIH/SIDA.

La mejora de tratamientos antirretrovirales a sujetos de más de 18 años de edad, y la incorporación de esquemas de tratamientos farmacológicos, recogiendo las recomendaciones internacionales, las que mejoran la adherencia a los

⁵<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-592.html>

⁶Ver Ley 19966 de septiembre de 2004 en www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834

tratamientos, disminuyen efectos adversos, permiten optimizar la efectividad del tratamiento además de mejorar la calidad de vida de los individuos. Estas mejoras también señalan que los esquemas medicamentosos disminuirán la transmisión del virus, lo que en consecuencia contribuirá con la disminución del número de contagiados.

2.2. VIH/SIDA e ITS: Aproximaciones preventivas

Desde la aparición del virus del VIH/SIDA en los años 80, su erradicación se ha convertido en un reto para científicos y profesionales del área de salud pública, dado que el número de infectados por el virus del VIH ha crecido escalarmente, como asimismo el aumento del Sida. Durante el año 1994 en la Región Europea de la OMS se identificaron 116.000 casos en etapa de SIDA. En España durante 1996 sumaban 41.598 y en Estados Unidos, se estima que más de 1.000.000 de personas son portadoras del virus del VIH y anualmente el aumento de infectados asciende cerca de los 40.000 individuos. (Estrada M, 2006).

No obstante, en América Latina y el Caribe, las cifras son aún más impresionantes, puesto que más de 1.5 millones de personas viven con el virus o tienen Sida, en tanto en la región africana durante el año 2014 se estimaba que el 30% de la población se encontraría infectada por el virus. Dicha situación generó una suerte de histeria colectiva y por medio de la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos norteamericano, se dedicaron al lanzamiento de anuncios que promovían la existencia de una vacuna contra el Sida, sin embargo, más de una década después el anuncio de tal vacuna sería más que incierto; posteriormente el interés se centró en determinados tipos de medicamentos antivirales, evolucionando desde usos individuales de medicamentos a combinaciones más sofisticadas, utilizando diversas mezclas de drogas, surgiendo de éstas, una serie de medicamentos que se conocen como inhibidores de la proteasa⁷, que se han vuelto la esperanza para la población infectada. En consecuencia, los cambios, percepciones y expectativas en torno a la evolución del Sida, desde su aparición han afectado a todos los organismos de salud pública, desde que se identificaron las principales formas de transmisión del virus del VIH, volcándose sus esfuerzos en la educación preventiva. Pese a éstos pareciera que la lucha contra el Sida ha sido infructuosa, por lo que las estrategias de prevención dejaron atrás el

⁷ Proteasa: es una enzima que el VIH requiere para completar su proceso de autocopiar de sí mismo (réplica) dando lugar a nuevo virus que infectan nuevas células. En este proceso de réplica del virus del VIH se producen cadenas de proteínas que requieren de fragmentación (cortarse) en trozos pequeños de proteínas y enzimas que ayudan a construir las nuevas copias del virus. (Capacitación interna Fundación Diversa-Ángelo Cánepa).

componente cognitivo, centrando la atención en estrategias psicomotoras y conductuales las que han evolucionado hasta llegar a lo que se denomina “teoría de la disminución del daño”, la que asume la posibilidad de evitar ciertas condiciones de riesgo para el ciento por ciento de la población. Por tanto, el adiestramiento en todo el mundo y España, se ha centrado en el uso de preservativos y programas de limpieza e intercambio de jeringuillas, por lo que las intervenciones educativas exitosas en la prevención de VIH/SIDA, requieren de una planeación cuidadosa con la inclusión de componentes que son esenciales para los cambios conductuales. (Soto, Lacoste, Papenfuss, & Gutiérrez, 1997).

Por tanto, las intervenciones destinadas a la prevención, cuya misión es soslayar comportamientos riesgosos, relacionados con la transmisión del VIH/SIDA, pueden verse abiertamente beneficiadas si se incluye el componente cognitivo, cuya labor debe estar a cargo de un educador o promotor de salud cuyas interrogantes radican en el cómo diseñar programas adecuados y eficaces que logren el impacto deseado en la salud sexual de la población, lo que se traduce en la no exposición a situaciones de alto riesgo en sus prácticas sexuales. Por tanto, se debe tener en consideración las creencias o percepciones que se generan en torno a ciertos problemas, gravedad, importancia y consecuencias que se generan a causa de las acciones y comportamientos de los sujetos.

Siguiendo la línea investigativa de John Harold Estrada, quien señala que en materias de prevención del virus no es posible seguir líneas de intervención únicas, sino que se debe asir las diversas visiones en torno a la realidad social imperante en el momento, dado que la prevención del VIH/SIDA está siendo ineficaz por lo que se requiere de suspicacia frente al comportamiento de la infección en épocas pasadas, puesto que la epidemia es muy cambiante y no discrimina a ser humano alguno. Los planteamientos del autor resultan prácticos para fines educativos puesto que, describe tres modelos teóricos para afrontar la prevención de la transmisión del virus del VIH/SIDA, los que han sido utilizados en épocas recientes y responden a distintas ópticas preventivas: (Estrada M, 2006).

a) Modelo epidemiológico-conductual

Este modelo se desarrolló en los años 80, en cuya época la epidemia del VIH/SIDA fue considerada como un hecho social y de salud pública, lo cual tuvo efectos negativos en lo referido a representaciones de la sexualidad y erotismo, trayendo consigo también retrocesos en la forma de entender dichos conceptos, además

de la intolerancia y marginalización de las minorías sexuales, estigmatización de todas aquellas prácticas carnales, diferentes a los paradigmas heterosexuales. Por lo que en respuesta a lo planteado por diferentes gobiernos se implementó el modelo de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA, que se tradujo en la implementación de políticas públicas de parte de los sistemas de salud, por lo que, estas primeras acciones estuvieran identificadas como “epidemiológicas-conductuales” debido a que con su mirada normativa y prescriptiva fueron las principales promotoras de las ideas que asociaron la transmisión del VIH con las colectividades homosexuales, esta discursiva médica no solo se dirigía a aminorar los factores de riesgo, sino que a marcar parámetros de distinción entre sexualidad normal o anormal. Por lo que la Asociación SIDA/homosexualidad produjo inevitablemente programas de acción preventiva dirigida solo a hombres homosexuales, denominados “grupos de riesgo”, lo que instaló discursos moralistas en la población, señalando que la infección se propagaba a raíz de comportamientos sexuales desviados. El modelo parte del supuesto de que los sujetos son racionales y que son capaces de evaluar los costos y beneficios al momento de actuar y por tanto utilizan toda la información a la que tienen acceso. En consecuencia, la metodología de los estudios epidemiológicos se enfocaba en conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de los individuos, lo que permitía la configuración de procesos educativos y difusión, siendo esta su estrategia preventiva, lo que apuntaba de modo directo a las percepciones o no percepciones que tenían los individuos, conducentes a la adopción de conductas saludables. (Estrada M, 2006).

b) Modelo antropológico-cultural

La perspectiva biologicista y biomédica fue superada en la época de los 90, situándose las reflexiones en torno al tema del VIH/SIDA desde contextos ambientales y socioculturales, el modelo antropológico-cultural destaca los significados que los individuos dan a las prácticas preventivas y el riesgo desde contextos culturales específicos. Este modelo nace de las críticas al enfoque epidemiológico-conductual y al examen del entorno social y personal de los sujetos. Lo que es un factor de inclusión, tomándose en consideración normas y valores sociales lo que evidencia que la vulnerabilidad no se compara con la mera probabilidad de riesgo epidemiológico, sino que es una combinación de factores culturales y sociales, que influyen en la conducta de los sujetos. Con esta nueva mirada los programas abandonaron la categoría de grupo de riesgo por ser prescriptiva y segregacionista, siendo cambiada por la de comportamientos de

riesgo, con lo cual se pretendió acabar con prejuicios y discriminación social dirigida a las minorías sexuales. Lo positivo de este modelo son las nuevas propuestas de intervención las que consideran comportamientos de riesgo en varios sentidos, escenarios y grupos de socialización en los que los seres humanos interactúan, dando énfasis a los comportamientos saludables, lo cual se debe en gran medida a los aportes investigativos de las ciencias sociales, lo que dejó en evidencia que las normas racionales de control no estaban teniendo frutos. Entre los aportes significativos de las ciencias sociales se destaca su mirada constructorista en el diseño de programas de prevención desde la particularidad de las situaciones y el entorno social de los sujetos. Pero no todo es perfecto puesto que el modelo al referirse a explicaciones de la pandemia lo hace desde tendencias culturalistas y psicologistas, lo que puso el acento en miradas más estructurales, desde donde surge el tercer modelo. (Estrada M, 2006).

c) Modelo político-económico

El modelo político económico, surge a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, este parte de la idea que desigualdades económicas y sociales están a la base de la pandemia del VIH/SIDA, lo que es un impedimento para materializar los cambios reales en materias de comportamiento dirigiendo sus acciones preventivas a conductas saludables. Lo innovador de este modelo es el cambio de paradigmas en materias de percepción de los riesgos individuales, siendo reemplazados por los conceptos de vulnerabilidad social, individual y exclusión. En este modelo las intervenciones se dirigen al activismo de base comunitaria, movilizado para defender los derechos de las minorías y de las personas infectadas por el virus de VIH/SIDA. Sus planteamientos se dirigen a incentivar cambios sociales, y a lograr, en lo posible, cambios estructurales de la desigualdad, transformando las relaciones de género, evitando así la estigmatización y estereotipación del virus. En consecuencia, las acciones preventivas deben integrarse en la vida de las personas, no solo por humanidad sino por temas de salud pública. (Estrada M, 2006).

2.2.1. VIH/SIDA en Chile: factores olvidados

En la instancia de la celebración del día internacional de la lucha contra el VIH/SIDA, el día 01 de diciembre de cada año, se dan a conocer los avances alcanzados en contra de la epidemia del VIH/SIDA, cuya causa es la extensión de la infección de VIH (ONU, 2015), sin embargo, pese a estos anuncios anuales, es

necesario evidenciar que aun cuando con ello se pueda comprender las inexactitudes, a todo nivel, que el sistema tiene frente a la epidemia del VIH/SIDA, y que se puede obtener muchas respuestas tanto del Estado como de la sociedad civil, lo cierto es que las cifras de contagiados van en aumento, lo que se debería a la tendencia intervencionista que en el país se ha establecido como norma para la ejecución de las campañas y mensajes masivos tornándolos poco claros, poco innovadores, simples y excluyentes, lo que ha derivado en los escasos avances en la erradicación de la epidemia del VIH/SIDA, lo que claramente es un problema que no solo afecta a la persona que padece de VIH/SIDA, sino también a su entorno familiar, de lo que si infiere que de cada un recién notificado al menos habrá dos personas más viviendo la experiencia, los que debieran recibir el mismo apoyo y contención emocional, situación que convierte al virus del VIH/SIDA en un problema social, por tanto todo Estado y Gobierno, personas y organizaciones deben unir fuerzas y trabajar en conjunto para disminuir las altas tasas de transmisión del virus (Díaz & Nuñez, 2016).

Sin embargo, el hecho de etiquetar el virus del VIH/SIDA entre las personas pertenecientes a las mal llamadas minorías sexuales, ha permitido que el tema alcance aún más fuerza, puesto que, la clasificación de los seres humanos en categorías acrecienta las distancias entre los sujetos y hace perder el verdadero foco de la prevención de la epidemia. Por tanto, si el deseo real es prevenir y erradicar el número de contagiados a causa del virus, se debe poner el acento en las conductas sexuales de los individuos y al no considerar esta importante variable se incurre en el error de homosexualizar el virus; focalizándose las campañas en Trabajadoras(es) sexuales, hombres gays, bisexuales y hombres que mantienen sexo con hombres. (Díaz & Nuñez, 2016).

De acuerdo a lo informado por ONUSIDA, para el año 2015, durante el año 2013, Chile tendría 38.000 casos de VIH., de modo oficial en diciembre de ese año fueron notificadas 29.092 personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Por lo cual, llama mucho la atención que, conociéndose el comportamiento de la epidemia, no se haya dado una respuesta eficaz en materias de prevención del VIH/SIDA e ITS⁸.

No obstante, al hacer un análisis más exhaustivo acerca de las cifras antes señaladas podemos inferir que en la totalidad de sujetos notificados no se encuentra el número real de la población infectada, puesto que no todos los

⁸ Infección de Transmisión Sexual

sujetos se han realizado voluntariamente las pruebas médicas necesarias para diagnosticar su condición de salud, dada la estigmatización y prejuicios en torno a la condición serológica de los sujetos. Por tanto, los números dan cuenta solo de la población empoderada, es decir la que se ha sometido a los análisis médicos, la que ha sido excluida y juzgada a causa de ser portadores de VIH o en etapa de SIDA. La valentía de esta población (asumiendo que se trata solo de la comunidad LGBTI)⁹, no es gratuita, puesto que ello trae consigo asumir consecuencias a nivel social, familiar y personal, entre otras. (Díaz & Nuñez, 2016).

Por lo que es necesario des-homosexualizar el fenómeno del VIH/SIDA, puesto que con ello se excluye completamente a otro grupo importante de individuos en riesgo: niños, mujeres, futuras madres, adultos mayores (hombre/mujer). En consecuencia, para que las campañas realmente sean efectivas, se debe humanizarlas, incluyendo vivencias, sentimientos y procesos de maduración personales de los sujetos que viven con VIH/SIDA; además de incluir en el currículo académico y en el personal del área de salud capacitación con profesionales especializados en la temática, puesto que existe información deficiente entre ellos respecto al tema, lo que influye en sus formas de reaccionar frente a casos de la vida cotidiana, no dando el apoyo que los afectados realmente requieren aumentando de este modo la vulneración de derechos humanos y exclusión de los sujetos que padecen VIH/SIDA.

No obstante, es preciso destacar que, en Chile existen organizaciones que se han dedicado a enfrentar de modo casi heroico la pandemia, cada una de ellas con enfoques diversos, siendo siempre la finalidad última apoyar al ser humano que requiera de ayuda, puesto que el VIH/SIDA tiene la desventaja de ser una problemática de difícil intervención, especialmente en una sociedad como la chilena en que el sexo sigue siendo un tema tabú, por tanto son pocos los profesionales que se arriesgan a realizar capacitaciones descarnadas teniendo en consideración que las vías de contagio generalmente son a través del sexo penetrativo, sin protección. Es en este contexto, que se menciona que ONUSIDA (2013), da a conocer que el 99,2% de las personas que viven con VIH¹⁰, lo adquirieron a través de sexo sin protección, lo que hace que se pierda el control total de los contagiados, dado que en el siglo XXI la sexualidad se vive cada vez

⁹ Comunidad Lésbica, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales.

¹⁰ VIH/SIDA: el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), tiene la capacidad de infectar a los seres humanos y provocar un cuadro que disminuye una parte del sistema inmunológico de los seres humanos. VIH no es SIDA, pero el virus dentro del organismo si se encuentra sin tratamiento que lo controle, puede conducir a un estado de salud denominado SIDA.

más libremente, encontrándonos con personas que se rehúsan a utilizar el preservativo, como medio de protección, esta actitud desafiante frente al virus, principalmente se observa en la comunidad LGTBI, pues internalizan que “no les importa”, “hay remedios”, “nadie me tiene que decir que hacer en la intimidad”, en tanto la comunidad gay ha internalizado el VIH/SIDA, refiriéndose a la condición como “es una enfermedad crónica”. Obviamente esta situación es muy alarmante, porque ha hecho que los individuos bajen la guardia. Lo que queda de manifiesto es que en la Región Metropolitana existen comunas con una alta tasa de notificaciones de VIH, encabezada por la comuna de Santiago Centro, Providencia, San Miguel y Ñuñoa, lo cual hace más difícil las acciones preventivas, puesto que anualmente los recursos destinados a ello son más escasos (SEREMI de Salud, 2013). (Díaz & Nuñez, 2016). Por tanto, las políticas públicas deben ser pensadas y dirigidas hacia la educación sexual, que aborde género, identidad de género y conductas sexuales de los individuos, lo que disminuirá el riesgo de su transmisión, llegando a toda la población: niños, jóvenes, adultos mayores, sin exclusión (respetando los ciclos vitales de cada uno), pero sin perder de vista que la sexualidad es propia de los seres humanos.

La pandemia no solo debe ser abordada desde lo biomédico, que sin lugar a dudas es crucial para mantener con vida a los pacientes que viven con VIH (con los tratamientos Antirretrovirales¹¹) y lograr dar respuestas respecto a la evolución del virus; pero no se debe dejar del lado los factores psicosociales en la prevención del virus, puesto que el virus conduce a la muerte social de los sujetos que viven con VIH/SIDA¹², lo que se traduce en exclusión y vulneración de derechos humanos.

Lo anterior devela que los mensajes masivos han servido para que la población escuche hablar acerca del tema, lo que claramente no es suficiente, porque falta el acompañamiento cercano desde acciones comunitarias participativas que debieran surgir de las comunas más afectadas por la epidemia, cada persona que es parte de este país Chile debiera ser partícipe en acciones preventivas y de apoyo a quienes viven con el virus. (Díaz & Nuñez, 2016).

¹¹ Los antirretrovirales o antirretrovíricos, son medicamentos antivirales de uso específico en el tratamiento de infecciones por retrovirus, como por ejemplo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

¹² Retrovirus: Tipo de virus que emplea el ARN (ácido ribonucleico, formado por una cadena de ribonucleótidos) como su material genético. Luego de infectar una célula, un retrovirus emplea una enzima llamada transcriptasa inversa para convertir el ARN en ADN. Luego el ADN en el ADN de la célula huésped, que le permite multiplicarse. El VIH, causante del SIDA, es un retrovirus.

2.2.2. VIH/SIDA, Prevención y Estigmatización

Aun cuando el progreso en las ciencias médicas, ha predicho la erradicación de diversas enfermedades infecciosas, la extensión a pasos agigantados, tanto en sociedades desarrolladas como subdesarrolladas, pese a las muchas campañas preventivas e información que se viraliza por los medios de comunicación, la erradicación del VIH/SIDA e ITS resulta difícil entre los sujetos. Por lo que, en los últimos años se ha desarrollado la colaboración multidisciplinar entre las ciencias sociales que abordan la pandemia desde una mirada psicoeducativa lo que ha permitido enfrentar el problema de salud de modo integrador, incorporando en el proceso las dimensiones psicológicas, educativas y sociales que pudieran aportar elementos valiosos para la explicación de la enfermedad, su evolución, prevención, pronóstico y por tanto su tratamiento. (García, 2005).

El interés por enfrentar la enfermedad desde una óptica multidisciplinar es para generar conocimientos y habilidades que permitan afrontar los riesgos con garantías. Mediante estas acciones se espera impedir el desarrollo de la pandemia del virus de VIH/SIDA, dado que con ella afloran una serie de problemas relacionados con el impacto social entre los sujetos contagiados, lo cual se deriva de esta enfermedad. Por tanto, la incidencia de las representaciones sociales existentes en ambientes donde los individuos se enfrentan a prácticas sexuales peligrosas para su salud, potencia las situaciones de riesgos de transmisión y vulneración socio-psicológica de los sujetos involucrados.

En la medida que damos un recorrido histórico en las diversas épocas de la vida del hombre, se ha podido constatar que el hecho de ser diagnosticados con una enfermedad grave como el VIH/SIDA e ITS ha sido parte de la estigmatización, exclusión y vulneración de derechos. Solo ver, escuchar la palabra estigma deja una marca, huella, cicatriz lo que converge en el descrédito. De acuerdo a lo señalado por Goffman en 1975, (García, 2005) todo sujeto que haya sido afectado por los estigmas es un fuerte candidato a ser un individuo desacreditado y desacreditable. En materias de estigmas se distinguen tres: en primera instancia se encuentran las monstruosidades del cuerpo, las diversas deformidades; las taras del carácter que, mirados por otros ojos se convierten en falta de voluntad, de pasiones compulsivas o antinaturales, de creencias disparatadas y regidas por la deshonestidad. Finalmente se encuentran todos los estigmas primitivos que se asocian a raza, nacionalidad y religión, los que se transmiten de generación en generación que son la base de la contaminación de las familias. (García, 2005).

García en 1997, señala que las enfermedades sean contagiosas o transmisibles, se vieron y se seguirán viendo como una entidad enemiga, exterior y negativa, se visualizan como representaciones del mal, lo que se debe combatir porque se vinculan a faltas. Por tanto, al aparecer el virus del VIH/SIDA se han reforzado las estigmatizaciones, puesto que, en sus inicios la enfermedad afectó a personas desacreditadas o desacreditables en la sociedad y se definen como “grupo de riesgos”: homosexuales, toxicómanos y prostitutas, (García, 2005). Esta situación produce tensión entre los conceptos de moralidad y culpabilidad, que en este caso son asociados al virus del VIH/SIDA. Aun cuando existen progresos en los tratamientos médicos de la condición de salud y prolongación de la esperanza de vida de los infectados, el miedo a la estigmatización sigue latente, puesto que parientes y pacientes son renuentes a hablar libremente del tema, por tanto, las manifestaciones en público se circunscriben a espacios y tiempo que imponen los límites para visibilizarse socialmente, debido a su condición de salud. (García, 2005).

2.2.3. VIH/SIDA, Percepción del Riesgo frente al Virus

El hecho que se considere el estudio de las percepciones que tienen los individuos respecto a la posibilidad de contraer el virus del VIH/SIDA, se dirige a conservar la vida y la salud de los sujetos expuestos al virus. Generalmente las parejas tienden a reducir el riesgo, evadiendo el contacto sexual con portadores del virus del VIH/SIDA, limitando el número de relaciones que sean consideradas potencialmente contaminantes, o evitando contagiarse mediante el uso de preservativos. En tanto las mujeres actúan en coherencia con las imágenes socialmente valorizadas de la sexualidad femenina que es vista como sexualidad estable y amorosa en la que se enmarca el proyecto de vida familiar. Lo que responde además a las influencias de normas “prácticas”, es decir a aquellas que en caso de ser infringidas pueden acarrear sanciones de los más cercanos como amigos, familiares directos o con quienes se habla de la vida sexual y afectiva. (García, 2005).

En cuanto al uso de preservativo, la lógica del conocimiento toma dos caminos diferentes: uno de ellos se refiere a que los individuos mientras más distancia social tienen entre ellos, mayor es la utilización del condón y el segundo refiere que mientras mayor es la proximidad y enamoramiento, las parejas tienden a protegerse menos de las enfermedades mortales. Lo cual se explicaría en el

contexto del establecimiento de relaciones de confianza, por lo que la utilización de un elemento externo a la relación sexual, se torna aún más alejado, es decir las conductas de riesgo se basan en que las parejas asocian estar enamorados a ser fieles, por lo creen tener la seguridad del estado serológico del compañero(a), por tanto, no utilizan medios de protección en sus relaciones íntimas. (García, 2005).

Por tanto, las acciones preventivas que buscan la reducción de los riesgos suponen que se pongan en evidencia los medios que den cuenta de la compleja relación que tienen los sujetos con su cuerpo, salud y enfermedad., los que responden a las trayectorias sociales como a sus formas de vida. Respecto de las acciones preventivas, tanto educadores como profesionales que están a cargo de formar seres humanos, especialmente niños y adolescentes, son los llamados a inculcar la toma de conciencia en relación a la epidemia, proporcionándoles una enseñanza fundada en conocimientos y prevención del VIH/SIDA.

En consecuencia, la mejor política frente al VIH/SIDA, es la que genera capacidades precisas en los sujetos, para evitar su propagación, son las acciones educativas en materias de VIH/SIDA, involucrando a toda la población independiente de su clase social, sexo, género e identidad sexual, aplicando estrategias oportunas para lograr de forma eficaz y oportuna la propagación del virus.

Por tanto, para que una política de prevención, logre sus objetivos debe considerar la complejidad de los procesos en juego, y, sobre todo las condiciones sociales en torno a la cual se construye la sexualidad en el siglo XXI. Por tanto, si se quiere conocer los comportamientos individuales, no se puede dejar al margen las condiciones económicas y políticas en que las campañas de difusión de una epidemia se llevan a cabo.

2.3. Fundación Diversa: Organismo no Gubernamental

Fundación Diversa comienza a funcionar como tal el día 26 de marzo de 2012, con el otorgamiento de la escritura pública de constitución¹³. En el instrumento público, se consigna que *“La fundación se inspira en los principios de tolerancia y respeto a la diversidad promovidos por la Honorable Diputada señora Laura*

¹³Escritura pública de constitución de la fundación, documento otorgado en la Notaría Henríquez Silva con fecha 26 de marzo de 2012, bajo el repertorio N° 1862/2012. Página 3, artículo primero del Título Primero “Denominación, objeto, domicilio y duración. La enmienda aparece consignada en la página 14 de este instrumento público

Rodríguez Riccomini y se considera inspirada de la labor realizada en este ámbito por la fundación Laura Rodríguez en la promoción de la tolerancia y respeto de todos los seres humanos sin discriminaciones de ninguna especie.”¹⁴

Fundación Diversa se reconoce tributaria de la Fundación Laura Rodríguez creada en 1992 como una organización sin fines de lucro inspirada en el Nuevo Humanismo, que promueve la superación de toda forma de discriminación, cualquiera sea su origen o causa, favoreciendo el desarrollo pleno de todos los seres humanos. La fundación pretende mantener vigente el pensamiento y estilo de acción de Laura Rodríguez¹⁵

En 1994, se desprende de la Fundación Laura Rodríguez la Fundación Savia. En ese año, se inicia el reciclaje de medicamentos desde Estados Unidos, por el contacto de la Fundación Laura Rodríguez con grupos Humanistas de la ciudad de San Francisco. Esta impronta humanista marca a Diversa, desde sus orígenes como Banco Solidario de Medicamentos¹⁶“*El Banco de Medicamentos existe desde 1994, primero como un proyecto de la Fundación Laura Rodríguez y a contar del año 2012 forma parte de la Fundación Diversa. Su objetivo principal fue el de ayudar con medicamentos a personas viviendo con VIH o en etapa SIDA, en momentos que las terapias no eran cubiertas por el Sistema de Salud o los usuarios no tenían acceso*”.

A pesar de la entrada en vigencia del Plan Auge y la incorporación del VIH/SIDA como problema de salud cubierto, la fundación entrega medicamentos a “*personas que, por diversos motivos, no tienen acceso a ellos: usuarios de Cajas de Previsión de las Fuerzas Armada, pacientes con prescripción de medicamentos no incluidos en el AUGE, pacientes que por problemas de discriminación no se pueden exponer en el sistema privado o público; inmigrantes indocumentados no integrados a los sistemas de salud; pacientes de los sistemas públicos o privados que inician o cambian su terapia mientras reciben sus medicamentos del sistema.*”¹⁷

Tal como se mencionó precedentemente, el banco de medicamentos de Diversa funciona con el aporte de dos instituciones norteamericanas RAMP y AID For

¹⁴Escritura de constitución, página 2.

¹⁵ Urbina, Danilo (2016) Capacitación para voluntarios Fundación Diversa. Abril, 2016. Santiago.

¹⁶Diversa (2012) Informe de gestión 2012 Fundación Diversa, Santiago, Pág. 4

¹⁷ Fundación Diversa: Informe de Gestión 2012, Santiago, Pág. 5

AIDS, que permite a la fundación entregar terapia antirretroviral (TARV) a los pacientes que lo requieren de manera gratuita.

Se destaca que tanto el Banco de Medicamentos como DIVERSA no son movimientos de reivindicación LGTBI¹⁸, sino más bien es un espacio de inclusión e integración de todo tipo de diversidad, razón por la cual no forman parte de movimientos de carácter político o de derechos humanos de la población LGTBI, sino que guarda un bajo perfil acorde a su filosofía de respeto al ser humano.

Aunque la fundación Diversa mantiene un bajo perfil en el discurso de los derechos de la diversidad sexual, su involucramiento político se vincula a la materia que define esencialmente su actuar, esto es el VIH/SIDA, materia en la que son expertos.

2.3.1. Descripción y Orgánica Interna

Fundación Diversa, es una institución de derecho privado, sin fines de lucro, dedicada a la atención de personas que viven con VIH (PVVIH)¹⁹, cuyo lema es ***“trabajando desde la diversidad por la no discriminación”***.

Fundación Diversa se compone de un directorio de 5 (cinco) miembros. Integran, además, la institución los voluntarios y pasantes de diferentes áreas. Todas las gestiones realizadas tanto por el directorio como por los voluntarios son gratuitas, no existiendo ninguna clase de subsidio, sueldo o erogación por las prestaciones otorgadas a los usuarios.

2.3.2. Políticas y legislación que vincula a Fundación Diversa con el Sistema de Salud

Como se señala precedentemente, Fundación Diversa, por su perfil y objetivos propios enmarca su actuar en la legislación de derechos humanos (Declaración universal de DDHH), tanto en la legislación interna como pactos regionales e instrumentos universales en materia de Derechos Humanos.

Respecto a sus estatus de fundación, Diversa es una persona jurídica amparada en las disposiciones del Título XXXIII Libro I del Código civil, debiendo cumplir las disposiciones y requisitos del orden civil que establece la legislación nacional que

¹⁸ LGTBI es la sigla para denominar al conjunto de la diversidad sexual compuesto por: lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales

¹⁹ PVVIH: Personas que viven con el virus de Inmuno Deficiencia Humana.

regula las personas jurídicas sin fines de lucro, las que debe cumplir para su permanencia en el tiempo.

En cuanto a la no discriminación, la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en el artículo 2º establece que “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

En consonancia de sus artículos iniciales, la declaración de 1948, establece en los artículos 6º (derecho a la identidad), 7º (derecho a la igualdad) y 10º (derecho al ejercicio de los derechos y su protección procesal), el principio de la no discriminación, la igualdad y la protección jurídica de este bien humano: La dignidad.

Esta norma se recoge en el artículo 19 N.º 16 de la Constitución Política del Estado, que prohíbe toda discriminación que no sea sobre la base en la capacidad o idoneidad personal. Sin embargo, este principio internacional en el país se ha visto vulnerado con grados diversos de tolerancia y justificación institucional a causa de la condición serológica (presencia del virus VIH en la sangre, determinando la condición de seropositiva, con presencia del virus, o seronegativa, o ausencia del virus en el suero sanguíneo) de las personas, que causan despidos injustificados, negación a acceso de la salud, exclusión y sufrimientos morales y sociales.

En lo relativo a políticas públicas, recogiendo la definición de Roth y André quienes entienden que “*Una política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medio y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática.*” (Roth, 2014).

Y teniendo en consideración que el gobierno ha reaccionado tardíamente ante la amenaza de la pandemia del VIH/SIDA e ITS, legislando al respecto luego de 30 años de haber sido conocido el primer caso en Chile. Promulgando en el año 2005 la “Ley del SIDA”

Asimismo, la ley del Plan Auge²⁰, introduce la enfermedad VIH/SIDA como un problema de salud que tiene acceso a garantías de atención médica y medicación tanto para el sector público (FONASA) como para los usuarios de ISAPRES, quedando sin regulación los miembros de las Fuerzas Armadas (Fuerza Aérea, Ejército, Armada), Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones y Gendarmería, quienes son atendidos en el sistema de salud de la defensa nacional y DIPRECA.

Aun cuando se ha avanzado mucho en materias de salud desde la aparición del virus del VIH/SIDA, los recursos son insuficientes y no todos los diagnosticados tienen acceso a medicación en el sector público por diversas razones, por lo que el protagonismo de Fundaciones como Diversa es crucial en la lucha contra el VIH/SIDA.

2.3.3. Perfil de usuario de fundación Diversa

El público objetivo de la fundación está compuesto por adultos, desde 18 años a adultos mayores. Respecto al género, mayoritariamente son hombres, que viven con VIH o son parte de la diversidad sexual. El promedio de los usuarios tiene estudios medios y desarrolla actividades económicas en el ámbito formal, en el caso de los chilenos que asistente al programa de salud comunitaria de fundación Diversa; en el caso de los extranjeros participantes del programa de salud de fundación Diversa son hombres heterosexuales, bisexuales o pertenecen a la comunidad gay, trabajan y tienen educación técnica de nivel superior o profesionales con formación universitaria.

Excepcionalmente, por la expertiz profesional del equipo de psicólogos clínicos en materia de sexualidad, se atiende a menores de edad de ambos sexos y adolescentes, específicamente por temas de identidad de género u orientación sexual.

2.4. Aproximaciones a la Fenomenología de la Percepción de Maurice Merleau-Ponty

“Al empezar el estudio de la percepción encontramos en la lengua la idea de sensación, al parecer inmediata y clara: siendo lo rojo, lo azul, lo caliente, lo frío. Veremos eso, no obstante, que, se trata de una idea muy confusa y que, por haberla admitido, los analistas clásicos han pasado por alto el fenómeno de la percepción” (Merleau-Ponty, 1993).

²⁰Ver Ley 19966 de septiembre de 2004 en www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834

Merleau-Ponty recibió una fuerte influencia tanto de la fenomenología como de la psicología de la Gestalt, disciplinas que le aportaron la enseñanza de que lo que se conoce, no es producto de sensaciones sino de percepciones, lo que sin dudas enriqueció su filosofía fenomenológica. Sin embargo, los elementos más importantes en la filosofía de Merleau-Ponty se relacionan con la experiencia adquirida en torno a nuestro propio cuerpo, la motricidad y su relación con el mundo, es decir nuestras acciones están comprometidas directamente con nuestra corporalidad, aseverando que es nuestro cuerpo lo que asegura que existan para nosotros objetos. Lo que nos permite interpretar que nuestro cuerpo no es un objeto cualquiera, sino un medio de comunicación entre el mundo y los otros. Husserl denominaba a esta situación “mundo de la vida” (mundo compartido de la percepción), es decir ese mundo vivido antes de que la ciencia lo haya comprometido. En este sentido se señala que el objeto para serlo, estaba en función de los métodos y determinaciones de la ciencia y toda expresión corporal humana, gestos, sonrisas, debían ser reducidos a procesos en tercera persona para “anivlar la experiencia a la altura de la naturaleza física y convertir el cuerpo viviente en algo interior”.

Merleau-Ponty en su obra *Fenomenología de la Percepción*, demuestra preocupación por temas como estética, comunicación y lenguaje; relación entre conciencia y naturaleza, conocimiento del mundo fuera de la razón, centrando principalmente su atención en la percepción señalando que ésta no es un añadido de eventos a experiencias pasadas, sino una constante construcción de significados en los diferentes espacios y tiempo en los que los individuos son los actores. En este contexto se señala que los sujetos pueden tener representaciones del mundo de acuerdo a los estímulos recibidos de éste, por lo que su conocimiento del mundo comienza con las impresiones, las que adquieren sentido y significancia porque al mismo tiempo se posee sensaciones específicas que forman parte de ese todo percibido. Lo que según Hume tiene que ver con la memoria cuyo rol es protagónico en la preservación del orden y posición de las ideas, por tanto, la memoria posibilita conectar las experiencias pasadas y presentes, afectando de modo profundo a los individuos. En consecuencia, cuando se percibe a un otro, se recibe información de diversa índole la que se refiere como por ejemplo al aspecto físico y conductual de los sujetos. En tanto Merleau-Ponty, consideró el redescubrimiento y significado de un número importante de nociones tradicionales como la “percepción”, “sensación”, “sujeto” y “naturaleza”, lo cual se trata de una operación fenomenológica, que implica vivir las experiencias en toda la riqueza que ello implica. Es decir, revivir en contacto

con el mundo o dar cuenta de él, o en palabras de Husserl “volver a las cosas mismas”. (García, 2012, pág. 74).

2.5. Aproximaciones a las percepciones desde la mirada de David Hume

Según lo planteado por Hume todas las percepciones de la mente del ser humano, se reducen a impresiones e ideas, las que se diferencian entre sí por el grado de fuerza y vivacidad con que se presentan en nuestro espíritu y afloran en nuestros pensamientos y conciencia. A las percepciones que penetran con más fuerza y violencia se les llama impresiones, comprendiéndose bajo esta denominación nuestras sensaciones, pasiones y emociones. En tanto las ideas se entienden como las imágenes débiles de las impresiones. “En sueños, en estados febriles, locura o en algunas emociones violentas del alma nuestras ideas pueden acercarse a nuestras impresiones; también suele darse que nuestras impresiones son tan débiles y ligeras que no es posible distinguirlas de las ideas”. (Hume, 2001, pág. 20). Las percepciones también se dividen en simples y complejas (extendiéndose sobre las impresiones e ideas), siendo las simples aquellas que no admiten distinción ni separación y complejas son lo contrario, pueden ser divididas en partes. *“Aunque un color, sabor y olor particular son cualidades unidas todas en una manzana, es fácil percibir que no son lo mismo, sino que son al menos distinguibles las unas de las otras”*. (Hume, 2001, pág. 22).

En cuanto a las ideas e impresiones al parecer siempre se corresponden las unas a la otras, sin embargo, al hacer nuevas consideraciones, se percibe que nos hemos dejado llevar por la primera apariencia y se debe hacer la distinción que no necesariamente nuestras ideas e impresiones son semejantes, puesto que existen muchas ideas complejas que no son copiadas exactamente por las ideas. En general podemos afirmar que existe una gran semejanza entre nuestras ideas e impresiones complejas, pero no son copias exactas las unas y las otras. Respecto de las percepciones simples es posible afirmar que la regla universal acá si aplica, puesto que una idea simple posee una impresión simple que se le asemeja y por tanto toda impresión simple, posee una idea correspondiente. (Hume, 2001, pág. 22).

“La idea de rojo que formamos en la obscuridad y la impresión de éste que hiere nuestros ojos a la luz del Sol difieren tan sólo en grado, no en naturaleza. Es imposible probar por una enumeración particular que sucede lo mismo con todas nuestras impresiones simples e ideas”. (Hume, 2001, pág. 21)

En tanto las impresiones pueden dividirse en dos géneros: sensación y reflexión. Las sensaciones nacen en el alma, pero se desconoce sus causas. En cuanto a la reflexión, se deriva de nuestras ideas y en el siguiente orden: una impresión nos excita mediante los sentidos y nos hace percibir calor o frío, sed, hambre, placer o dolor de uno u otro género. De esta impresión existe una reproducción tomada por el espíritu y permanece aún después de haber cesado la impresión, conociéndosele como idea, esta idea de placer al volver a presentarse en el alma, como nuevas impresiones de deseo o aversión; esperanza y temor, pueden ser llamadas impresiones de reflexión, porque derivan de ella. En cuanto a las impresiones de reflexión como son las pasiones, deseos y emociones que requieren de nuestra atención, surgen mayoritariamente de ideas. (Hume, 2001, pág. 24) Una idea en su nueva aparición conserva un alto grado de vivacidad, siendo algo intermedio entre una impresión y una idea, la que al perder totalmente esa vivacidad es una idea por completo. La reproducción de nuestras impresiones recibe el nombre de memoria, y la reproducción de nuestras ideas imaginación. (Hume, 2001, pág. 23).

Durante el curso de nuestros pensamientos y la constante revolución de nuestras ideas, nuestra imaginación, pasa dinámicamente de una idea a otra que se asemeja, esta cualidad por sí sola es para la fantasía un nexo de asociación. Por tanto, nuestros sentidos al cambiar sus objetos se ven obligados a cambiarlos de modo regular y tomarlos tal como se presentan unos a otros; la imaginación producto de la costumbre debe utilizar el mismo método de pensar y recorrer el espacio y tiempo al concebir objetos. No solo dos objetos se enlazan por la relación causa-efecto, cuando el uno produce un movimiento o una acción del otro, sino además cuando tiene el poder para producirlas. (Hume, 2001, pág. 25). Esta relación es utilizada en dos sentidos diferentes, designa a veces la cualidad por la que dos ideas se enlazan entre sí en la imaginación y por la que una despierta de modo natural a la otra.

En conclusión, todas las ideas simples proceden de impresiones simples, pero no todas las ideas complejas emanan de impresiones complejas; una impresión compleja no se presenta inmediatamente como tal, sin embargo, las ideas complejas pueden ser copias de la impresión compleja, o puede deberse a diversas combinaciones que se forman en nuestra mente. Esto se debe a nuestra memoria que es capaz de reproducirlas, y la imaginación que varía y combina los diversos elementos presentes en la memoria. Además de la imaginación y la fantasía, las ideas simples son asociadas entre sí en nuestra mente, basados en el principio de asociación de ideas, siempre iguales en tiempos y lugares, éstas actúan de

acuerdo a la propiedad de semejanza, contigüidad en el espacio y tiempo: causa y efecto. (Hume, 2001, pág. 26).

Respecto de la asociación de ideas, nuestra mente relaciona varias ideas simples simultáneamente, siguiendo tres leyes o propiedades: ley de semejanza la que asocia ideas semejantes (se piensa que los objetos tienen las mismas propiedades); Contigüidad se refiere a ideas que han vivido juntas, tienden a aparecer juntas (temporal y espacial); ley causa efecto. Estas leyes u asociaciones son producto de nuestra imaginación, no se dan en la naturaleza, en la realidad. Lo que al decir de Hume son "son los principios de unión o cohesión entre nuestras ideas simples, y ocupan en la imaginación el lugar de una conexión indisoluble (debido al hábito) con la que están unidos en la memoria". (Hume, 2001, pág. 27).

2.6. Diversidad sexual

“Desde el nacimiento se determina en forma binaria el sexo y la identidad de las personas, sin tener en cuenta el desarrollo mental, social y psíquico de cada individuo que construirá su identidad” (Escobar, 2007).

Respecto de esta temática tan en boga en la actualidad, se señala que los estudios, investigaciones acerca de género, transexualidad, lesbianismo, homosexualidad, dan motivo a debates, discusiones y teorización respecto de sus causas. Puesto que, la concepción binaria de los sexos desconoce sus variados matices, conduce a exclusiones sociopolíticas de las personas que no concuerdan con el modelo biológico establecido para hombres/mujeres. Lo cual vulnera el derecho a la igualdad y trato digno que merece todo ser humano. Esta concepción binaria del sexo potencia las injusticias, discriminación y sufrimiento de quienes las padecen.

En la sociedad generalmente, en ambientes de socialización entre individuos de ambos sexos, existen marcadas características de los grupos de sujetos, por lo que se debe tener en consideración que en torno al concepto de diversidad sexual se produce un contraste con el modelo femenino o masculino que se considera normal o deseable. Motivo por el cual se establecen diversas formas de interrelaciones personales y grupales entre colectivos e individuos, con particularidades diversas, las que tienen valoraciones disímiles entre la población. Lo que insta a reflexionar que lo distinto no necesariamente tiene que tener una connotación de negatividad, por cuanto a través de la educación se puede implementar un sistema conducente al conocimiento de las personas, sus

características y diferencias y hacer hincapié en que la diversidad muchas veces es sinónimo de riqueza.

Es en este contexto, que se requiere de un modelo colectivo que permita contemplar la pluralidad, es decir cualquiera que sea el sexo e identidad de género de los individuos puedan desarrollarse y expresarse positivamente sin que tengan que ser identificados como masculinos o femeninos, es decir, este modelo debiera divisar la variación de identidad de los individuos. Al respecto la autora Aurora Leal señala que: *“un modelo de colectivo que contempla la diversidad entre las personas de ambos sexos habría de hacerse eco de las especificidades de cada individuo y de la riqueza y valoración de identidades”* (Leal, 1998).

Volviendo al tema de la diversidad propiamente tal, desde la mirada de la normalidad y lo patológico, y la relación de los seres vivos específicamente los individuos, “son normales en ambientes dados, siempre que respondan a todas las exigencias de ese medio” (Escobar, 2007). Por lo que la esencia de la normatividad consiste en seguir las normas establecidas. Desde la mirada biológica, lo normal “puede ser la forma nueva si se encuentra las condiciones de existencia en las que parecía normativa; desplaza todas las formas pasada y quizá extinguidas” (Escobar, 2007). En consecuencia, cuando se acepta que lo que se conoce es normal, no significa necesariamente que sea bueno; en otras palabras, lo que escapa a lo establecido sería anormal pero no tendría por qué ser malo, lo que claramente es aplicable a la diversidad sexual.

2.6.1. Aproximaciones conceptuales al Género y Sexo

“El concepto de género fue acuñado en el año 1975 por la antropóloga feminista Gayle Rubín, constituyendo una de las categorías centrales del pensamiento feminista” (Cobo, 2005). Su propósito fue contraponer una categoría analítica a la del sexo biológico, puesto que lo que se conoce socialmente como hombres y mujeres son parte de las realidades culturalmente construidas. Una aproximación desde el enfoque feminista clásico, establecerá que el género funciona como socializador de la norma, el que a través del discurso se limita a expresiones como “lo que los hombres hacen a las mujeres”, victimizando a las mujeres reforzando el objetivo hetero patriarcal y sexista, de potenciar la división entre los géneros.

Con el correr del tiempo la denominación de género puso de manifiesto las relaciones de poder, basándose en las diferencias entre hombres y mujeres,

potenciándose las desigualdades entre ellos. Para reforzar esto último se señala que la categoría género es descriptiva pues visibiliza las desigualdades entre varones y mujeres; es analítica porque permite la interpretación e identificación de las causas de esas diferencias y las desigualdades existentes entre éstos en sociedades determinadas, y políticas porque nos invita a transformar esta situación de desigualdad. Esto es claramente un desafío ético e implica un cambio en lo político y cultural, lo que claramente es un beneficio para la sociedad en su conjunto. Las transformaciones societales son un gran aporte en lo que se refiere a derribar lo naturalizado que con el tiempo se han convertido en patrones incuestionables a seguir, que no hacen sino mantener el binarismo hombre/mujer. Es por tanto pertinente acotar que el género es una construcción social, no es estático y es modificable alude a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad, a los mandatos sociales y las múltiples posibilidades de actuación de hombres y mujeres. Por tanto, género es el conjunto de valores que normalizan a las mujeres y a los varones en relación a modelos de lo femenino y lo masculino, es decir bajo un concepto binario. En términos generales, es producto de los procesos de socialización, que depende de las demandas y condiciones impuestas por los diversos grupos de seres humanos que conviven en espacios comunes. Es decir, género corresponde al contenido de lo que se piensa, se siente y actúa en socialización, en el cual se construye lo que es “hombre” y “mujer”, estableciendo contenido, límites, conductas deseables y reprobables para cada uno de los sexos identificados desde el modelo hegemónico dominante.

Por supuesto, género y sexualidad son cosas distintas, sin embargo, no es posible disociarlas completamente. Algunas formas de sexualidad están vinculadas con fantasías sobre género, y algunas formas de vivir el género requieren ciertos tipos de prácticas sexuales. Hay significativas y extendidas discontinuidades entre normas de género y normativa sexual, como bien sabemos. Pero tanto por lo que respecta al género como a la sexualidad, ninguno de nosotros tiene la posibilidad de auto crearse de la nada. Somos transformados y actuados previamente en cualquier acción que vayamos a tomar. Y aunque podamos rehacer radicalmente nuestros géneros o incluso intentemos rehacer nuestras sexualidades (a menudo sin éxito), estamos atezados por normas incluso aunque luchemos contra ellas. (Butler, 2009, pág. 332).

El sexo se define por las características biológicas de los individuos, de modo específico las que dicen relación con la anatomía y funcionamiento de los aparatos reproductivos femeninos y masculinos. El sexo con el que nacen los individuos

son la clave del trato social que tendrán de parte de sus padres, la comunidad y familia de la que forman parte. Lo que varía de sociedad en sociedad y de la época de que se trate. En consecuencia, lo biológico determina la funcionalidad reproductiva de los sujetos, el contexto social y el ambiente en el que se desenvuelven los individuos son claves en la expresión de los comportamientos que se asocian a masculinidad o feminidad. Estas diferencias son las determinantes de los roles sociales de hombres y mujeres, por tanto, el género se construye en un cuerpo con sexo determinado y al que se le atribuyen características de orden económico, psicológico y social. Lo cual tiene como resultante acciones y comportamientos específicos: sumisión se asocia a lo femenino y poder a lo masculino (Hardy & Jiménez, 2001).

2.6.2. Sexualidad y corporalidad

En la era actual tanto la cultura política y educativa de las naciones, tienden a la apertura a debates y elaboración de leyes que propendan a respetar los derechos sexuales y reproductivos de los sujetos. Por lo que queda de manifiesto que no es posible dejar de lado la sexualidad en los discursos sobre derechos de las comunidades pertenecientes a las minorías sexuales. Por lo que se puede decir que el cuerpo es el espacio social de los individuos donde reflejan las construcciones socioculturales, auto identidad y hetero- designaciones (Sánchez, 2009).

La sexualidad en tanto, es la forma en que cada sujeto se autoconstruye, vive y se expresa como ser; es la forma de entender y pensar el cuerpo, es todo lo que es palpable, aquello que representa la vida pública de los seres humanos. Es la resultante de la construcción cultural y la interacción del mundo externo con el externo de los individuos, por lo tanto, se trata de una vivencia subjetiva y una manifestación social del cuerpo sexuado, en contextos socioculturales concretos. Por lo tanto, la aproximación a la sexualidad como construcción cultural, y social, ubica a la sexualidad, el erotismo y el cuerpo en una matriz que considera las condiciones sociales e históricas de un tiempo y un lugar determinado.

Desde las ciencias sociales se han desarrollado al menos dos formas para comprender la sexualidad: El primer paradigma aborda metarrelatos religiosos y cosmovisiones míticas de diferentes culturas. Una segunda forma, es aquella que se aproxima a la sexualidad como una construcción social, cultural que permite vincular al cuerpo con el sexo y al erotismo.

2.6.3. Discriminación y sexualidades diversas

Para lograr una plena inclusión en la sociedad, es necesario ampliar la visión y no solo centrar la exclusión en temas ligados a la pobreza, sino también a un enfoque que permita visualizar verdaderas oportunidades y acceso universal a los derechos humanos al que todos los seres humanos deben tener acceso. Uno de esos focos debiera estar iluminando el camino de la educación en sexualidad, dado que el paradigma internacional de derechos humanos se trabaja por erradicar el término exclusión que es parte de las vivencias de muchos sujetos en la era actual. Los derechos humanos implican educar, enseñar para vivir la vida desde la tolerancia y el respeto a la diversidad de los individuos que encontramos en la sociedad. Lo cual permite, además, visualizar las diferentes expresiones sexuales que deben ser reconocidas y valoradas en la sociedad, como una manifestación más de la diversidad que puede haber entre los seres humanos. La diversidad de los individuos por mucho tiempo ha sido vulnerada, como la sufrida por personas con capacidades diferentes, indígenas y migrantes, lo que devela los obstáculos, prejuicios, dogmas e ignorancia en la que deben desenvolverse ciertas comunidades (Betrao Jaime, 2014).

La sexualidad y sus múltiples formas de expresión, desde la construcción del género, e incluso las manifestaciones de orientación sexual, se encuentran en ambientes familiares y mundo personal, en política, economía, arte en fin en todos los aspectos de la vida de los sujetos que viven en comunidad. Por lo que es válido señalar que la sexualidad va más allá del sexo del individuo, incluye su género y orientación sexual, sin excluir el erotismo, amor, reproducción y el cómo manifiestan su sexualidad. Todo ello se expresa de formas diversas por cada sujeto en particular, mediante gestos, sentimientos, valores, creencias, fantasías las que son construidas a lo largo de la vida de los individuos y son parte de la construcción de la identidad de las personas, que además les permite reconocerse como pertenecientes a ciertas comunidades. En palabras de Scott el género se ha transformado en una palabra útil en la medida que los estudios sobre sexo y sexualidad se han expandido, porque permiten diferenciar las prácticas sexuales de los roles sociales, que han sido asignado tradicionalmente a hombres y mujeres. Scott y otros autores afirman que género es una construcción social compleja, que surgió como oposición a los determinismos biológicos que traen consigo la idea de sexo y se refiere a los contenidos o aspectos sociales que dicen relación a lo masculino y femenino e incidencias en las relaciones de poder.

Muchas veces ocurre que en ciertos ambientes las expresiones de género, inevitablemente en el imaginario colectivo se asocian a marginalidad, prostitución, delincuencia, drogas VIH/SIDA, lo cual deriva en discriminación y obstaculización en la expresión libre de los sujetos (Betrao Jaime, 2014).

La sexualidad, concebida en sus manifestaciones esenciales, se encuentra presente en la vida diaria de todos los individuos, tiene que ver con la vida de todas las personas, no importando su apariencia, si se tiene alguna creencia religiosa, si se es agnóstico, todos los seres humanos tenemos una identidad sexual, con la que nos identificamos conforme a lo cual se construyen las relaciones humanas en diversos sentidos. A través de la expresión sexual se manifiestan deseos, afectos o sentimientos más profundos, que dan vida a una serie de relaciones en los distintos ciclos de vida de los seres humanos. Es así que el derecho se encuentra con la sexualidad cuando interviene desde su rol de orden normativo que rige a los individuos. En materias de derechos humanos nacidos desde 1945, cuyo principio articulador es la manifestación normativa de la regla de no discriminación en casi la totalidad de los tratados u Organismos internacionales de derechos humanos, en los que se da lugar prioritario en los últimos años al respeto de esta norma para los grupos más vulnerables. En efecto el Derecho Internacional de los Derechos Humanos siendo patrocinado por organizaciones internacionales promueve con mayor o menor éxito en sus acciones, preocupación por aquellos grupos de personas que por razones diversas, ya sea por impedimentos sociales o jurídicos, no se encuentran en igualdad de condiciones que la mayoría de los individuos para gozar de los derechos que se proclaman como fundamentales, y no son parte de las diversas relaciones jurídicas que se ven en la vida cotidiana en los planos de la igualdad. Entre estos grupos se encuentran mujeres, y las llamadas minorías sexuales: lesbianas, transexuales, transgéneros, bisexuales y los intersexuales (LGTBI). Estas comunidades son el blanco de la desigualdad en el día a día, por lo que cada vez más los llamados sistemas internacionales de protección de los derechos humanos, se hacen cargo de dar respuestas ante los problemas de exclusión que padecen diariamente estas comunidades, puesto que en muchas partes del mundo los sistemas normativos no permiten una integración de las minorías sexuales en forma adecuada en la sociedad, lo que se ve en la exclusión laboral, no reconocimiento en materias de familia y en las convivencias afectivas, reconocimiento de su identidad de género, ejecuciones extrajudiciales solo por la expresión de cierta orientación sexual; lo que claramente es la violación de

derechos. Por tanto, se deben considerar todas las formas de diversidad humana para que gocen de la misma protección frente a la vulneración de derechos, lo cual debe ser ejercido en un plano de autonomía y total respeto a los derechos de los demás.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se comienza a visualizar a través de los movimientos sociales y las luchas por combatir las desigualdades entre los individuos por razones diversas y al analizar las visiones tradicionales respecto de los derechos humanos, se pudo evidenciar que estaban desenfocados y por ende contribuían de igual forma con las acciones discriminatorias, limitantes y excluyentes.

A raíz de lo cual, durante la modernidad comienzan a surgir numerosos debates teóricos respecto de los derechos de los seres humanos, sin embargo, con el correr del tiempo se ha podido constatar sus alcances y limitaciones; por lo que los mecanismos en su defensa e impugnación han surgido como verdaderos desafíos para ser discutidos en ámbitos políticos y sociales.

En palabras de Weber en las sociedades premodernas, el hecho de que exista un orden jerárquico legitimado por el principio suprahumano, en las sociedades tradicionales, han permitido el privilegio y posibilidades de mando de algunos que les son dados desde el nacimiento. De lo que se infiere que la autoridad puede ser legítima y por tanto, debe haber un mínimo deseo de acatar órdenes, sin necesidad de ejercer violencia de ningún tipo, como es el caso del patriarcado, que es parte de las tradiciones de épocas pasadas.

En tanto, en la modernidad la dominación tradicional, las jerarquías ya no son atribuidas a la naturaleza, sino que su lugar es atribuido a la razón que estructura la mentalidad de los individuos. Por lo que se debe tener presente que la igualdad de los seres humanos en la modernidad es lo que sustenta y legitima el orden social y político. Los individuos modernos son racionales por definición. No obstante, en las prácticas político social y la construcción de proyectos jurídicos/filosóficos en torno a la modernidad, el prototipo de “hombres” adultos es ser blanco, propietario, cristiano, ilustrado, sano y heterosexual. En conclusión, los esquemas discriminatorios en torno a raza, etnia, clase social, religión, preferencia sexual, están presentes en la construcción de los sujetos autónomos.

Desde la construcción teórica del significado de los derechos humanos y desde la construcción del estado moderno y la organización política, el cómo se dividen los

espacios y la significancia que se le asigna a cada esfera, se dejan entrever los esquemas discriminatorios, si se considera los estereotipos del hombre blanco, por tanto, las prerrogativas que debieran ser de carácter universal, se vuelven excepcionales. La discriminación es un fenómeno social que tiene múltiples repercusiones, que tienen efectos y consecuencias en todos los ámbitos sociales y orden de la vida en los que se desenvuelve el individuo.

El Comité de Derechos Humanos del Sistema de Naciones Unidas, ha definido la discriminación como:

[...] toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas²¹.

2.6.4. Derechos Humanos y Comunidad LGTBI

En materia de protección social de los derechos humanos, las nociones de igualdad y de vulnerabilidad van particularmente unidas. Se dice que una persona es vulnerable cuando sus capacidades se encuentran disminuidas por diversas razones, para hacer valer sus derechos humanos. Lo que generalmente se acompaña con el encasillamiento de los sujetos en determinados colectivos, que por regla general se encuentran en condiciones de desigualdad material respecto de los colectivos mayoritarios. (Betrao Jaime, 2014).

En tanto la orientación sexual de los individuos es un componente detonante de vulneración de lesbianas, gays, bisexuales, personas transgéneros y transexuales, siendo el grado de vulnerabilidad dependiente de factores físicos, económicos, sociales y políticos, al respecto se pueden tomar medidas que mitiguen el efecto de estos factores con el propósito de reducir la vulneración de derechos humanos.

De acuerdo a lo señalado por Goffman (1988), los estigmas se clasifican en abominaciones del cuerpo, culpas de carácter individual: estigmas tribales. La abominación es una marca física, como falta de un brazo o pierna, o deformidades de

²¹ Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General N°18, HRI/GEN/1Rev.2., párr. 7 al 13.

cualquier naturaleza; en tanto las culpas se relacionan a la homosexualidad, el comportamiento radical en sus varias formas, y los estigmas tribales son dirigidos a integrantes de grandes grupos, que son estigmatizados en razón de raza, etnia, nacionalidad, religión, entre otros muchos factores. (Betrao Jaime, 2014).

2.6.5. Género y Derechos Humanos

En la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres, heterosexuales y homosexuales, y en la búsqueda contra la discriminación racial, los movimientos feministas, estableciendo un diálogo entre los sentimientos individuales y las políticas públicas, exigen la reflexión y las acciones continuas sobre la vida privada y sobre el ámbito público.

(Lía Zanotta Machad).

En materias relacionadas con Género y Derechos humanos, un importante punto de partida es la reflexión sobre la multiplicidad de individuos que integran las llamadas diversidades sexuales. En el pasado la atención se focalizaba en la homosexualidad masculina, sin embargo, los avances en materias de inclusión y visibilización de la diversidad sexual, han evidenciado que existen muchas expresiones de la sexualidad. Lo que incluye homosexualidad femenina o lesbianismo; asexualidad, transgéneros este concepto a su vez engloba identidades tales como transexualidad, correspondiente a quienes se identifican con el sexo opuesto al que les ha sido asignado, ya sea biológicamente o mediante cirugías deseando ser aceptados socialmente; intersexualidad correspondiente a quienes tienen genitales o características sexuales que escapan de lo masculino o femenino. (Betrao Jaime, 2014).

Por otra parte, es preciso definir orientación sexual como aquella atracción amorosa o deseo sexual que los individuos sienten en relación a su propia sexualidad; en este contexto es posible reconocer cuatro variantes: heterosexuales, homosexualidad, bisexualidad (o pansexualidad) y asexualidad. (Betrao Jaime, 2014).

Según Hobbes, “durante el tiempo en que los hombres viven sin un poder común que los atemorice a todos, se halla en la condición o estado que se denomina guerra; una guerra tal que la de todo contra todos” el autor utiliza esta metáfora para explicar la situación generada por la existencia de un poder civilizador o por su ineficacia. Lo que nos hace preguntarnos si realmente el estado cumple su finalidad con la comunidad LGTBI. Lamentablemente en muchas naciones, esta

respuesta es negativa. Los prejuicios en contra de la diversidad sexual, se materializan en agresiones físicas por sus preferencias sexuales.

Durante los primeros años de conocerse la epidemia de VIH, las políticas de salud se tornaron inexistentes en materias de prevención de la enfermedad, debido a los prejuicios y estigmas existentes en torno al virus, generando repercusiones negativas en la autoestima de los sujetos e impidiendo la autonomía de éstos.

La idea de pensamiento igualitario nace de Jacques Rousseau (1712-1778) filósofo francés quien dedicó sus escritos para combatir las desigualdades. El filósofo afirmaba “fácil es ver que entre las diferencias que distinguen a los hombres, muchas que pasan por naturales son únicamente obra del hábito y de los diversos géneros de vida que adoptan en la sociedad”. Esta realidad ha afectado a la comunidad LGTBI durante largo tiempo. Es decir, las costumbres y las Instituciones de modo tradicional, han servido para marginalizar sus orientaciones e identidades, que solo han fomentado la mentalidad de la violencia, discriminación y deniegan derechos para participar de instituciones de la sociedad.

En el contexto de los derechos para contraer matrimonio, la legislación de la mayor parte de Europa y las Américas, no reconocen aun el derecho a casarse de las personas gay o lesbianas. Esta vulneración de derechos de la comunidad LGTBI, no solo es expresada en la imposibilidad de casarse sino también, en la materialización de menores derechos en cuestiones de familia. Lo que se ve reflejado en el caso de la jueza chilena Karen Atala, abogada y jueza de Chile, a quien se le privó de la tuición de sus hijas por la Corte Suprema de Justicia de Chile, lo cual derivó en una condena al Estado de Chile por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos el 24 de febrero de 2012, lo que denota la lucha contra la discriminación y la desigualdad que se han percibido durante el siglo XX e inicios del siglo XXI. Encontrándose entre los motivos de discriminación, la identidad sexual. Lo cual aun en la actualidad, provoca tratos discriminatorios, vejatorios e incluso contrarios a la dignidad del hombre. (Betrao Jaime, 2014).

Un ejemplo del tratamiento recibido por la orientación sexual de los sujetos, es lo ocurrido el 17 de mayo de 1990 cuando la Organización Mundial de la Salud, suprimió la homosexualidad de su listado de enfermedades mentales. Respecto a la transexualidad, la Organización Mundial de la Salud la califica como trastorno de identidad sexual, caracterizado por la incongruencia entre sexo anatómico y la

identidad sexual²², centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos son los que corresponden a la persona, de tal modo que la conducta resultante del sujeto, se dirige al cambio de órganos sexuales por medio de cirugía. (Betrao Jaime, 2014).

En tanto las Naciones Unidas ha profundizado su lucha contra la discriminación mediante resoluciones y estudios, como la Resolución de la Asamblea General de la ONU de 4 de junio de 2012 (AG 2721, XLII-O/12), Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género mediante la cual se insta a los Estados a luchar contra la discriminación (Betrao Jaime, 2014).

Por su parte la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia contra personas con orientación sexual e identidad de género diversa, de 17 de noviembre de 2011 (A/HRC/19/41), en el cual se analiza los diferentes supuestos de discriminación por motivos graves como son la penalización por las prácticas homosexuales (llegando a la pena de muerte) a las discriminaciones en ámbitos laborales y prestaciones sociales. Pese a lo cual se han introducido mejoras al respecto los últimos años. El informe recomienda (no exhaustivamente) a los Estados miembros adoptar medidas para erradicar estos tipos de discriminación, medidas entre las cuales no solo figura la derogación de la normativa discriminatoria, sino la adopción de todo tipo de medidas encaminadas a eliminar las discriminaciones hacia la comunidad LGTBI. (Betrao Jaime, 2014).

2.7. América Latina y diversidad

En América Latina la diversidad de prácticas socioculturales y diferencias locales de las diversas naciones en lo que se refiere a organización de las relaciones entre las personas del mismo sexo, ha complejizado la vida cotidiana de gays, lesbianas y personas transgéneros, por lo que los movimientos lésbicos, gay, bisexual y transgéneros (LGTB) han sido parte importante en la visibilización de estas comunidades; a su vez lo han sido la implementación de programas orientados a la prevención de VIH/SIDA., en torno a lo cual se ha evidenciado que la disponibilidad y existencia de estudios, investigación social e informes sobre temas vinculados a la diversidad sexual, han estado disponibles para todos los

²² Identidad sexual: se entiende como tal la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, y definido como la disociación sexual centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a la persona, de tal modo que la conducta resultante del sujeto se dirige, bien hacia el cambio de los órganos sexuales por medio de operación quirúrgica, bien hacia el ocultamiento completo del sexo operante adoptando el vestido y modales del sexo opuesto.

ciudadanos que han tenido interés por la temática a partir de los años 1980 (Barrientos, 2016). Sin embargo, desde la época precolonial y colonial la palabra más frecuente para referirse a las comunidades LGTB ha sido “homosexual” cuya intención inicial fue abarcar a todas las denominaciones de la diversidad sexual, no obstante, en la práctica es utilizada para referirse a hombres gay (ejemplo de ello es que, a principios del siglo XX en México, se comenzó a utilizar el término como una patología mental en los tratados de psiquiatría presentados en los trabajos de Carlos Roumagnac. Por lo que es preciso aclarar que el concepto “homosexual” aun cuando se comenzara a utilizar en el siglo XX, no era utilizado masivamente en sociedad, siendo más frecuente su uso a partir de 1980, volviéndose popular en los años 1990.

Por tanto, es imprescindible manifestar que el concepto de diversidad no puede ser entendido sin asociar las complejas subculturas sexuales existentes en áreas urbanas de países latinoamericanos, específicamente en lo que respecta a la categorización de homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad, que se relacionan de modo directo con el deseo, práctica e identidad sexual (Barrientos, 2016).

La expresión de la sexualidad en América Latina, es variada, encontrándose una compleja gama de ella, escapando a las conceptualizaciones tradicionales, por lo que la categoría “homosexual” no permite comprender la diversidad de relaciones existentes entre hombres que se involucran románticamente entre sí, pero no se definen como homosexuales o gays. (Barrientos, 2016).

Por tanto, la homogeneización de la diversidad sexual, en categorías únicas, etiquetados y roles determinados, puede contribuir a un reduccionismo que no dé cuenta de la real variedad existente. Lo cual vulnera aún más los derechos de los excluidos, por ser invisibilizados(as). Actualmente los derechos civiles de gays y lesbianas son parte de la agenda pública en la mayor parte de los países latinoamericanos, no penalizándose prácticas sexuales y eróticas entre individuos del mismo sexo, pero si la discriminación hacia estas comunidades.

2.8. Fenómenos migratorios en Chile

Los procesos migratorios han estado siempre presentes en nuestro país, sin embargo, no es hasta 1990, que académicamente se le presta atención, puesto que es en este momento que surge un aumento de la inmigración regional hacia

nuestro país, visibilizándose los procesos migratorios y por tanto adquieren protagonismo público. A partir de este momento el fenómeno es objeto de discusión en la sociedad chilena la que en esa época no se percibía a sí misma como lugar de destino de inmigrantes (Tijoux & Palominos, 2016).

Durante el proceso histórico de Chile, la acogida a inmigrantes ha variado, lo cual ha sido impulsado por el Estado en la mayor parte de la historia colonial, y enseguida durante los siglos XIX y XX. No obstante, el último flujo migratorio de fines del siglo pasado ha dejado en evidencia la jerarquización de las poblaciones inmigrantes en el país, por lo que se ha percibido estereotipos y estigmas que asocian a determinadas comunidades de inmigrantes con la disminución del trabajo, criminalidad y pobreza, por tanto, se percibe el fenómeno migratorio del último periodo en Chile como un problema social.

No obstante, las organizaciones internacionales han reconocido el aporte cultural y económico de los fenómenos migratorios en el desarrollo de las sociedades, resguardando la libertad de circulación dentro y fuera de los territorios nacionales en tanto derecho fundamental en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) además de promover medidas protectoras para los migrantes mediante instrumentos jurídicos específicos como la Convención Internacional sobre protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familias (Naciones Unidas, 1948). Aun cuando la Organización Internacional para las Migraciones define la inmigración como “proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él”, también se reconoce la complejidad y ambigüedad en el concepto de “migrante”. Lo que aplicaría tanto a personas calificadas que tienen facilidad para moverse entre países por sus competencias, como también aquellas personas que por motivos económicos buscan un mejor pasar, recurriendo a desplazamientos regulares o irregulares entre algunos Estados, lo que les expone muchas veces a situaciones de vulnerabilidad y abuso laboral (Tijoux & Palominos, 2016).

En Chile los estudios de inmigración, identifican tres momentos en los procesos migratorios: El primero de ellos se refiere a la migración de ultramar que se remonta a la época colonial de nuestro país, la que trajo consigo una importante migración europea, asiáticos y regionales, debido al desarrollo económico del país (especialmente minero) lo cual se extendió hasta la primera mitad del siglo XX. El segundo momento tuvo lugar en las décadas siguientes y con la dictadura militar

de Augusto Pinochet, en estos periodos disminuyeron las tasas de inmigración, debido a la instalación de una política migratoria restrictiva, materializada en la Ley de procesos de racialización y sexualización²³ en los fenómenos migratorios en el país. El carácter epistémico de la colonialidad es la base sobre la cual se instala la modernidad eurocéntrica a nivel mundial, lo que explica que las prácticas racistas y sexistas coloniales, continúen siendo eficaces, aun cuando el colonialismo llegó a su fin. (Tijoux & Palominos, 2016).

Durante el periodo de la dictadura militar, en 1973, se registró una disminución en las tasas migratorias, desde el 0.4% de la población del país durante 1907 a 0.7% en 1982. Lo cual se debió a la implementación del Decreto N°1094, el cual es conocido como “Ley de Extranjería” (Congreso de Chile, 1975) en el que se restringe el ingreso y permanencia de inmigrantes en Chile, aun cuando se han hecho modificaciones como la derogación de las definiciones en materias de refugiados políticos y las discusiones legislativas actuales, con la participación de migrantes en el parlamento chileno, se mantiene sin mayores transformaciones. Esta ley se caracterizó por su orientación policial en lo relativo a control de fronteras, que buscaba impedir el ingreso a personas que pudiesen alterar el orden político dictatorial, sobre bases ideológicas de la doctrina de seguridad nacional. Lo cual ocasionó una importante emigración de chilenos y chilenas, debido a la persecución política y exilio a los opositores al régimen militar. Esta crisis política se acompañó un crecimiento negativo de la economía, especialmente en el año 1980, produciéndose la expulsión de la población chilena, dando lugar al impedimento de ingreso de inmigrantes y por ende la promoción de salida de individuos hacia los países vecinos. (Tijoux & Palominos, 2016).

Los profesionales de las ciencias sociales, respecto de este segundo momento enfatizan en la inserción de las comunidades de chilenos en el extranjero, lo que permite identificar un patrón migratorio de expulsión de los nacionales, dejando entrever las dificultades culturales y laborales de la vida en el extranjero y procesos de repartición, comprensible a contar de la experiencia del exilio.

Las investigaciones recurren a este periodo, para explicar el entorno sociopolítico, en el que se implementan las normativas de extranjería, lo que es considerado el punto de partida en las situaciones de vulneración y desprotección de la población extranjera en Chile que vive en la nación desde los años noventa.

²³ Racialización y sexualización: son elementos conceptuales para la comprensión de la interseccionalidad de las prácticas de racismo y sexismo.

Al término de la dictadura, comienza otro patrón migratorio en nuestro país, develándose que, a partir de 1990 las inmigraciones provenían de países limítrofes como argentinos, peruanos y bolivianos, y otros países latinoamericanos Ecuador y Colombia y asiáticos como coreanos, lo que ha sido el foco de atención e investigación de las ciencias sociales en Chile. En este periodo los procesos migratorios se hacen visibles lo que refuerza la percepción que se tiene acerca de las migraciones, las que se ven como “problemas sociales”, merecedores de estudio y acción del Estado para ser solucionados. Por lo que a partir de las investigaciones que abordan los procesos migratorios contemporáneos, es que se puede afirmar que la mayor parte de las dificultades enfrentadas por las comunidades de inmigrantes, puede ser interpretada como una nueva fase en la que se construyen y reproducen estereotipos y prejuicios negativos respecto de los inmigrantes, haciéndose evidentes la estigmatización racista y sexista de la inmigración. En esta nueva etapa la población inmigrante es percibida en el territorio chileno como invasor, delincuente y más competente laboralmente. Pese a que los estudios han dejado en evidencia la violencia simbólica²⁴ enfrentada por los inmigrantes, se interpretan como discriminación y exclusión. (Tijoux & Palominos, 2016).

2.8.1. Realidad migratoria en el Chile de hoy

Desde finales de los años 90 del siglo pasado, se aprecia un alza en la cantidad de extranjeros que ingresan al país. En el año 2014, la población migrante representaba el 2,3% del total de habitantes del país, según datos del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior (DEM).

Cabe señalar que los migrantes en Chile predominantemente son sudamericanos (67%) y las principales fuentes de migración eran Argentina (26%), Perú (22%), Bolivia (6%) y Ecuador (5%). En contraste, los datos contenidos en el reporte del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior (DEM, 2016), refiere que el número total de migrantes que habría llegado en 2014 correspondía a 410.998 personas, doblando su participación en la población total respecto al censo anterior. (Lafortune & Tessada, 2016).

²⁴ Violencia simbólica es aquella violencia que se ejerce a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos que transmiten y reproducen dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. Es una reproducción encubierta y sistemática, difícil de distinguir y percibir.

Se observa, que si bien es cierto se mantiene la procedencia sudamericana de quienes migran, la composición ha cambiado, siendo un 31,7% de los migrantes en 2014 procedentes de Perú, 16,3% de Argentina, 8,8% de Bolivia, 6,1% de Colombia y 4,7% de Ecuador.

Respecto de la escolaridad de los migrantes que ingresan al país, se pudo constatar que los migrantes que llegan a Chile tienen un nivel educacional mayor al de los chilenos; sólo un 14% tiene menos que educación media completa, a nivel terciario, una minoría tiene un título universitario, pero un número importante completó una educación postsecundaria técnica o tienen estudios universitarios completos. Sin embargo, solo el 13% de los inmigrantes han convalidado sus estudios en nuestro país. (Lafortune & Tessada, 2016). Es preciso añadir que los migrantes, que ingresan a Chile tienen un alto manejo de nuestro idioma a excepción de la comunidad haitiana. (Lafortune & Tessada, 2016).

Respecto de las cifras relativas al sexo de los migrantes que arriban a Chile, se destaca la presentación de las Naciones Unidas, que refleja que ésta sería de un 53% de hombres versus un 47% de mujeres y que “el stock de migrantes en Chile el año 2013 era sesgado hacia las mujeres: 53% mujeres versus 47% varones” (Lafortune & Tessada, 2016).

En cuanto a las edades de las personas que ingresan al país, tanto el Ministerio del Interior a través del Departamento de Extranjería como los estudios realizados por diversos organismos internacionales, indican que la edad promedio es de 34,4 años, concentrándose en el rango etario de 20 a 44 años. Esta característica es consistente con la población laboralmente activa y que, básicamente, la migración desde países latinoamericanos responde a una necesidad económica.

En tanto, el reporte de septiembre de 2017 del Departamento de Extranjería y Migración, consigna que entre los años 2005 y 2016 el país otorgó 324.932 permanencias definitivas (PD).

Respecto de lo señalado en el informe de síntesis de resultados Censo 2017 del Instituto Nacional de Estadísticas se evidencia que la “Población efectivamente censada fue 17.574.003 personas, tres veces más que la censada a mediados del siglo XX” (INE, 2018).

De los resultados emitidos en dicho informe, se señala que la migración internacional corresponde a individuos que declararon haber nacido en otros países, no considerándose a los sujetos “transeúntes”.

Las cifras señaladas en dicho informe al ser comparadas con las obtenidas en el censo de 2002, en que el porcentaje de extranjeros residentes en el país era de 1.27%, se infiere que la cifra es inferior a lo pesquisado durante el censo de abril de 2017, en el cual se devela que la cantidad de migrantes residentes ascendió a 746.465, lo que representa el 4,35% del total de residentes en el país (INE, 2018, pág. 9).

Migrantes según país de origen

El INE señala que el 66,7% de los migrantes residentes en Chile, llegaron entre los años 2010-2017, siendo desigual la distribución de personas en dichos periodos, puesto que el 61% de casos se agruparon en los últimos tres años, vale decir entre 2015-2017 (INE, 2018, pág. 9).

En tanto, de la información censal se enfatiza que el 81% de los inmigrantes internacionales que declararon residir en Chile al momento de haber sido censados descubren que sus países de origen son: Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%) y Ecuador (3,7%), siendo similar la proporción de varones y mujeres (INE, 2018, pág. 10).

Tabla N°1

Porcentaje de inmigrantes internacionales según región de residencia habitual

Región de Residencia habitual	Inmigrante Internacional	Población residente	Porcentaje de la fila (%)	Porcentaje de la columna (%)
Arica y Parinacota	18.015	220.254	8,2	2,4
Tarapacá	43.646	319.289	13,7	5,9
Antofagasta	62.663	571.446	11,0	8,4
Atacama	8.798	282.268	3,1	1,2
coquimbo	14.741	739.977	2,0	2,0
Valparaíso	40.166	1.765.261	2,3	5,4
Metropolitana	486.568	6.962.102	7,0	65,2
O'Higgins	13.242	893.155	1,5	1,8
Maule	10.780	1.020.162	1,1	1,4
Nuble	3.736	469.542	1,0	0,5
Biobío	12.144	1.531.365	0,8	1,6
La Araucanía	10.674	929.307	1,1	1,4
Los Ríos	3.768	371.518	1,0	0,5
Los Lagos	10.034	807.046	1,2	1,3
Aysén	2.083	98.427	2,1	0,3
Magallanes	4.714	160.220	2,9	0,6
TOTAL	745.772	17.141.339	4,35	100,0

Fuente: Síntesis de resultados censo 2017- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2018.

De la información que muestra la tabla N°1 se concluye que el 65,2% de la población de inmigrantes en Chile, la mayor concentración de individuos se encuentra en la Región Metropolitana, siguiendo con las regiones de Antofagasta (8,4%) y Tarapacá con un (5,9%). (INE, 2018, pág. 11) .

2.8.2. Aproximaciones en Chile para una Migración segura y regular

Debido al fenómeno migratorio mundial, la Organización Internacional para las migraciones (OIM) y el Organismo de las Naciones Unidas para la Migración, se encuentra dando apoyo a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la elaboración de un Pacto Mundial para la Migración Ordenada, segura y regular, lo que se adoptará por la comunidad internacional durante 2018. Al respecto se destaca el compromiso de Chile con el proceso y además con la agenda de 2030 de Desarrollo Sostenible, lo cual es la base y guía de dicho Pacto Mundial. La Organización Internacional para las Migraciones, ha renovado su compromiso para seguir trabajando en lo relativo al fortalecimiento de la inserción paulatina de sujetos migrantes en las sociedades, destacando las contribuciones positivas de éstos a la sociedad que les acoge.

Es en este contexto, que se destaca que Chile por su proceso migratorio actual ha cambiado en relación a lenguas, razas, costumbres lo que convierte a nuestra nación en el país de Latinoamérica más multicultural. A su vez se señala que la razón de escogencia de nuestro país Chile como destino para sus proyectos de vida se relacionan con su desarrollo económico, conectividad, innovación y tecnología, calidad de vida y diversidad de ecosistemas naturales que lo convierten en un atractivo para emprendimientos, traer y formar familia, además de las redes de apoyo e inserción con estándares internacionales.

Por lo que, es preciso mencionar el programa de la oficina de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en Chile denominado “Los Migrantes y las Ciudades” en cuyo espacio al menos dieciocho municipios, principalmente aquellas con mayor crecimiento demográfico de población migrante y que además han creado programas específicos para la atención de migrantes y refugiados. (Perú, OIM, & Mujer, 2018).

2.9. Trabajo Social y VIH/SIDA

La pandemia del VIH/SIDA, requiere de la profesión del Trabajo Social, debido a sus orígenes históricos. Si se piensa en los primeros años desde que el virus se expandió por el mundo, había solo un tipo de pacientes: el que moría consumido por el virus, lo que con el correr del tiempo ha cambiado a pacientes con tratamiento médico, que les permite prolongar su vida. En sus inicios el VIH/SIDA era poco conocido, por lo que las personas que la contraían eran estigmatizadas socialmente, lo que se mantiene hasta nuestros tiempos en el siglo XXI, debido a las representaciones sociales tejidas en torno al virus.

Si se piensa que desde que la pandemia se extendió por el mundo, la realidad de los individuos que padecen la enfermedad ha cambiado de sujetos que morían a causa del virus, a enfermos crónicos con tratamiento médico lo cual les permite prolongar sus vidas. Sin embargo, cuando un sujeto es notificado cero positivo se enfrenta a la realidad de que perecerá en plazo no definido, trayendo desesperanza e incertidumbre respecto de su futuro. Por lo que, poniéndonos en el escenario de soledad, rechazo, estigmatización y abandono en el que generalmente se encuentran estos enfermos y especialmente cuando están en etapa terminal de SIDA, la intervención psicosocial que brinda un trabajador(a) social es crucial, dado que el virus del VIH/SIDA no solo es un problema epidemiológico, sino económico, político y social, por lo que la intervención debe ser de carácter pluridisciplinaria, puesto que esta condición de salud no solo impacta socialmente la vida de quienes contraen el virus sino también a sus familias, lo cual debe ser tratado como un problema social y teniendo presente que trabajo social es una disciplina que tiene por objeto los problemas sociales de individuos y grupos, cuyo propósito es el logro de un cambio social, mediante la intervención analítica y reflexiva de la realidad. El que exista o no un problema social depende de la percepción de los grupos que consideren o no una situación como tal y que tengan el deseo de que se produzca un cambio. Es en este contexto que se señala que los problemas sociales se distinguen de los institucionales o legales, por ejemplo, por tratarse de la interacción de seres humanos, teniendo consecuencias negativas en los sujetos a nivel individual, psicosocial o social (Labra, 2011).

Es por tanto pertinente señalar que el VIH/SIDA se debe abordar como un problema social, dada su característica de pandemia, puesto que afecta a un número importante de la población a nivel mundial.

El VIH/SIDA no solo afecta física y psicológicamente a los individuos portadores del virus, sino además son víctimas de la estigmatización, discriminación, exclusión, opresión y abandono familiar y social, principalmente en los sectores más vulnerables de la población. Estos factores develan problemas psicológicos tales como depresión, ideación suicida y frustración, lo que trae consecuencias en la vida cotidiana de los sujetos afectados. Por lo que la intervención multidisciplinaria es una estrategia eficaz del trabajo social, considerando que la intervención individual tiene por objeto promover y apoyar el funcionamiento autónomo de los sujetos y su familia, responsabilizándolos por sus acciones y decisiones. Por lo que la intervención de los trabajadores sociales con grupos de la diversidad sexual y especialmente con los portadores del VIH/SIDA, poniendo especial atención en prácticas de riesgo y expresión de emociones con el propósito de dar apoyo psicosocial y educativo. En este tipo de intervención queda de manifiesto que el apoyo social, y principalmente del grupo familiar son esenciales para enfrentar la enfermedad de modo positivo, teniendo en consideración que la intervención está orientada en primer lugar hacia el individuo y luego a su familia, procurando combatir ideas de negación, ira, culpa, depresión y rechazo de sí mismo. (Labra, 2011).

Dada la diversidad y complejidad de los problemas sociales, el trabajador social cada vez más recurre a la investigación social para abordar la intervención con personas que viven con VIH/SIDA. Por lo que el trabajo social con personas seropositivas ha debido evolucionar en el tiempo, cambiando su mirada y espectros de intervención en las últimas décadas conforme ha crecido la pandemia, poniendo el acento en lo social, familiar y comunitario. Lo que ha obligado a la disciplina a desarrollar mayores habilidades y conocimientos y por tanto un trabajo multidisciplinario, lo que permite intervenir problemas relativos a la vida de las personas que viven con VIH/SIDA desde perspectivas terapéuticas o preventivas, comprendiendo a las personas, su ambiente y la infección en sí, además de aspectos legales y otros, que hacen de la intervención multidisciplinaria un éxito en la prevención y/o solución de los problemas sociales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Carácter de la Investigación

En relación a la metodología, la investigación se realizó desde un enfoque cualitativo que de acuerdo a lo que señalan Rodríguez, Gil y García se caracteriza por “estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas involucradas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.” (Rodríguez, Gil, & García, 1996, pág. 32).

La ventaja de esta metodología es que permite interpretar datos, describir detalladamente situaciones vivenciadas por los individuos en contextos sociales, dejando entrever emociones, valores, motivaciones y oportunidades que sujetos con las características de los entrevistados han tenido en nuestro país, encontrándose coherencia con lo que se presentó como problemática.

El porqué de la elección de un enfoque cualitativo se debe a que permite el acercamiento con el objeto de estudio, de tal modo de comprender y recoger las experiencias de los sujetos procurando establecer un vínculo entre el investigador y el participante en la investigación.

3.2. Tipo de Estudio

La investigación es de tipo descriptivo, siendo su finalidad caracterizar, identificar y conocer las percepciones de hombres migrantes respecto de la vulneración de derechos humanos y discriminación, de las que han sido objeto, por ser portadores del virus de VIH o en etapa de SIDA. Este estudio permitió el análisis del fenómeno objeto de investigación pudiendo evidenciar aspectos relevantes en la situación de varones de la diversidad sexual, migrantes, portadores de VIH y categorías emergentes no develadas al momento de haber sido planteados los objetivos de la investigación.

3.3. Universo y Muestra

La muestra estuvo compuesta por seis varones adultos, migrantes, seropositivos, cinco de ellos gays y uno heterosexual. Todos profesionales universitarios. Cuatro de ellos profesionales vinculado con el área de salud y la investigación; un ingeniero y un auditor. En edades entre 32 y 44 años, de nacionalidad venezolanos, colombiano, panameño y ecuatoriano. Notificados con VIH en sus países de origen.

3.3.1. Diseño muestral

El tipo de muestreo utilizado en la presente investigación es de tipo intencional, ya que los participantes en la investigación fueron seleccionados según el criterio de la investigadora, con la intención que la muestra fuera representativa para los fines investigativos.

Por lo que la selección de la muestra utilizó criterios definidos de acuerdo a la temática de la investigación: ser varón, mayor de edad, migrante, portadores de VIH, usuarios del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa de Santiago de Chile.

3.3.2. Criterios de recolección de datos

La investigación se basa en los criterios de resguardos éticos y confidencialidad. (Rodríguez, Gil, & García, 1996).

a) Resguardos Éticos

En todo proyecto de investigación se debe considerar aspectos éticos, por estar involucrados seres humanos. Por tanto, actuar con ética es evidente a la hora de observar las conductas de las personas, por lo que el investigador debe tomar conciencia de lo peligroso que es tocar fibras internas y susceptibilidades que puedan molestar o herir a los individuos (Niño, 2011, pág. 97).

Por lo que, esta investigación para resguardar los principios éticos dado lo sensible de la temática utilizó el consentimiento informado, mediante el cual los entrevistados tomaron conocimiento del tenor de la investigación, entregándoles antecedentes de los responsables de misma, se dio a conocer los objetivos de la investigación garantizándoles el resguardo de la confidencialidad y obteniendo su consentimiento para ser parte de la investigación.

La investigación se desarrolló en el marco de respeto por los participantes, absteniéndonos de emitir juicio de valor y estigmatización, dada la temática de la misma. A fin de que los resultados obtenidos fueran lo más objetivos posibles.

Durante la recolección de datos, ordenamiento y análisis de éstos, se trabajó en función de los testimonios de los entrevistados, procurando no alterar la esencia de las respuestas de los sujetos participantes en la misma.

b) Confidencialidad

Conforme a los acuerdos entre entrevistados y entrevistadora, la identidad de los involucrados se mantendrá en estricta reserva, con el propósito de resguardar la intimidad de los involucrados. El compromiso fue no revelar su identidad en publicaciones y documentos que pudieran reproducir el resultado de la investigación. Lo que se plasmó en el documento de consentimiento informado.

3.3.3. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado en la presente investigación fue la entrevista cualitativa, por tratarse de una técnica que permite recoger las opiniones y puntos de vista de los participantes, permitiéndonos entrar en el mundo interior de los sujetos, pudiendo conocer sus sentimientos, estados anímicos, ideas, creencias y conocimientos (Niño, 2011, pág. 97).

Se utilizó la entrevista semi estructurada en base a una pauta previamente diseñada, en lenguaje simple para flexibilizar las respuestas de los entrevistados de tal modo de no inhibirlos y forzarlos a entregar respuestas que no fueran del todo honestas por la incomodidad de tener que admitir su condición de salud serológica positiva (VIH) y su homosexualidad (en su mayoría). La duración osciló entre 40 y 50 minutos aproximadamente, se aplicó una entrevista por cada sujeto durante los meses de agosto y septiembre de 2018. Para llevar a cabo la investigación se contó con la colaboración de usuarios directos de Fundación Diversa y el apoyo de los directores de la misma. Los Participantes estuvieron de acuerdo por ser una entrevista de carácter confidencial.

3.3.4. Plan de análisis de datos

Una vez terminada la etapa de aplicación de entrevistas y posterior transcripción, se realizó la etapa de análisis de los datos recolectados, con el propósito de recabar información relevante, para los objetivos planteados en la investigación, conforme a lo señalado por (Rodríguez, Gil, & García, 1996).

Posteriormente, se leyó los datos transcritos con el propósito de identificar aquellos significativos que fueran un aporte para la investigación, se procedió a clasificarlos según una misma cuestión, es decir, en categorías según la temática propuesta.

Con el propósito de examinar y clasificar los datos recopilados se agruparon de acuerdo a tendencias o similitud en las respuestas, para finalizar con el análisis de los aspectos más significativos obtenidos. Para posteriormente comparar los resultados con el marco referencial, de lo cual surgieron conclusiones que buscaron responder a los objetivos planteados en la investigación.

Al realizar la etapa de análisis de datos, se pudo elaborar propuestas y sugerencias en materias de prevención del virus del VIH/SIDA e ITS.

3.4. Criterios de validez de la investigación

De acuerdo a los criterios planteados por José Ruiz Olabuénaga (Ruiz, 2012), la rigurosidad con la que se realiza una investigación dice relación con los criterios de validación utilizados en las ciencias sociales, estos son: credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad.

a) Credibilidad:

Esta dice relación con la veracidad de la información consignada en la investigación, la que en el caso de ésta se manifiesta en el rigor del trabajo de campo, generación de información y la responsabilidad en el registro de la misma.

La credibilidad de la investigación tiene sustento en aspectos como compromiso con el trabajo realizado, responsabilidad en las transcripciones de los relatos entregados por los usuarios del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa, de manera fidedigna a fin de que los resultados fueran confiables y

permitieran la visualización de la problemática social estudiada, de acuerdo a la realidad.

b) Confirmabilidad:

En cuanto a la confirmabilidad de los datos recogidos, se señala que la investigación fue realizada objetivamente durante los procesos investigativos, siendo neutral y manteniendo la rigurosidad que una investigación como esta requiere. Lo que se sustenta en el registro de datos textuales, interpretaciones, que garantizan la calidad de los resultados obtenidos. La información fue respaldada con grabaciones de las entrevistas.

La confirmabilidad de la información se respalda en la objetividad requerida en las investigaciones científicas, como son los estándares de trabajo, es decir registros textuales de datos recogidos, que permiten validar la calidad de los resultados obtenidos.

c) Transferibilidad:

En cuanto a la transferibilidad de la investigación esta se proyecta en nuevas líneas investigativas surgidas de las categorías emergentes detectadas al realizar el análisis de las respuestas entregadas por los entrevistados. Estas permiten visualizar las temáticas abordar desde diversas ópticas dada la diversidad de la raza humana a nivel mundial.

La transferibilidad en las investigaciones cualitativas depende en gran medida de los resultados obtenidos en la investigación, los que pueden ser visualizados por el lector desde miradas y criterios diversos y posicionarse en escenarios de semejanza pudiendo recabar gran cantidad de datos que sean un aporte desde el conocimiento científico destinado a la explicación y abordaje de problemáticas sociales.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

“Lo que le diría a la gente, al pueblo chileno, es que tenga mente abierta y que nos den la posibilidad de que nos conozcan mejor. Simplemente eso, nada más. Que nos den la oportunidad de conocernos”.

Migrante venezolano.

4.1. Presentación de resultados de la investigación

En esta etapa de la investigación, se expondrá los resultados obtenidos durante el proceso de análisis, de acuerdo a los objetivos específicos planteados y las preguntas de investigación. Esta información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas a 6 varones mayores de edad, portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) usuarios del programa de salud comunitaria de Fundación Diversa de Santiago de Chile.

Respecto del objetivo específico N°1 “caracterizar al grupo de hombres migrantes, portadores de VIH/SIDA e ITS que participan del programa de salud comunitaria de Fundación Diversa” se respondió a la categoría y subcategorías siguientes:

Tabla N° 2: Perfil del usuario del programa de salud comunitaria de Fundación Diversa. Categorías/Subcategorías emanadas de la investigación

Categoría	Subcategorías
Perfil de los usuarios del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa	-Estado serológico de los entrevistados -Nacionalidad de los entrevistados -Rango de edad de los entrevistados -Nivel Académico de los entrevistados

Categoría 1: Perfil del usuario del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa

Varones latinoamericanos mayoritariamente homosexuales, mayores de edad en situación de migrantes, en vías (en su mayoría) de gestionar residencia definitiva en el país.

Sub categoría 1.1.: Estado serológico de los entrevistados

Todos los entrevistados fueron diagnosticados y notificados seropositivos (portadores del virus del VIH) en sus naciones de origen, encontrándose en tratamiento con terapias antirretrovirales.

Sub categoría 1.2.: Nacionalidad de los entrevistados

La nacionalidad de los entrevistados es venezolana (3), colombiano (1), ecuatoriano (1) y panameño (1). A excepción de uno de los entrevistados (heterosexual), se identifican como varones (homosexuales) a los que les gusta relacionarse amorosamente con personas del mismo sexo (en este caso hombres que tienen sexo con hombres – HSH.).

Sub categoría 1.3.: Rango de edad de los entrevistados

El rango de edad de los entrevistados fluctúa entre 32 y 44 años.

Sub categoría 1.4.: Nivel Académico de los entrevistados

Los migrantes entrevistados son profesionales con formación universitaria, de las áreas de salud e investigación, Ingeniería y Auditor, respectivamente.

4.2. Análisis del Perfil de los Entrevistados:

Al analizar el perfil de los usuarios del programa de salud comunitaria de fundación diversa, y contrastarlo con el informe de (Lafortune & Tessada, 2016) se reafirma que las migraciones en Chile son mayoritariamente de origen latinoamericano y que los migrantes que ingresan a Chile cuentan con mayor nivel educacional que los ciudadanos chilenos.

Respecto de las edades de los migrantes, estudios del Ministerio del Interior a través del Departamento de Extranjería y otros organismos internacionales, develan que la edad promedio de los migrantes que ingresan al país, fluctúa entre los 20 y 44 años, lo que es congruente con la edad de la población laboralmente activa. Por tanto, se infiere que las migraciones responden a necesidades económicas mayoritariamente (Lafortune & Tessada, 2016).

Lo cual es reafirmado con las edades de los sujetos entrevistados que fluctúa entre los 32 a 44 años de edad, cuya principal razón para migrar a Chile es la búsqueda de mejores condiciones económicas y oportunidades para ejercer sus profesiones.

En relación al objetivo específico n°2 “Identificar y Describir las percepciones de hombres migrantes, respecto de la discriminación y vulneración de derechos humanos” se respondió a lo siguiente:

Categoría 2: Percepciones de varones migrantes acerca de la discriminación y vulneración de derechos humanos.

Tabla N° 3: Percepciones de los varones migrantes acerca de la discriminación y vulneración de derechos humanos

Categorías/Subcategorías emanadas de la investigación

Categoría 2	Subcategorías
Percepciones de varones migrantes acerca de la discriminación y vulneración de derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Percepciones de los migrantes acerca de la discriminación. - Percepciones de los migrantes acerca de la vulneración. - Percepciones y sentimientos asociados a discriminación y vulneración de derechos humanos a causa de su condición serológica.

Sub categoría 2.1.: Percepciones de los migrantes acerca de la discriminación.

En general los entrevistados no admiten abiertamente haber sido discriminados por alguna situación en particular, pero al hacer el análisis de las respuestas a las consultas realizadas en la entrevista, se pudo constatar que en el lenguaje que utilizan en algunas de sus respuestas, existe cierta forma de encubrimiento de situaciones de discriminación “no es mi caso” es cómo decir: les ha pasado a otros sujetos y yo he sido testigo.

“Hay que considerar que las personas con VIH, no mueren por el virus, sino por otros problemas de salud. Entre otros, por la soledad y la depresión que los consume (no es mi caso), porque sufren estigmatización y vulneración de derechos básicos” (entrevistado N°1).

En el caso de los ciudadanos venezolanos, se pudo constatar mediante sus respuestas que la discriminación por ser gay “amanerado” es muy evidente en la población venezolana e incluso se señala que estas personas no merecen vivir.

“En Venezuela hoy percibo que, al saber de la condición serológica, existe estigmatización, se dice no mereces vivir, sobre todo si eres amanerado exageradamente (entrevistado N°1, venezolano)”.

De acuerdo a lo expresado por uno de los entrevistados la razón de elegir sistemas privados de salud, es a causa de que no cree en la verdadera reserva de su condición de salud y el miedo a ser involucrado en situaciones de consumo de drogas ilícitas, lo que es un peligro para quien es testeado, pues se corre el riesgo de ser identificado, perder su empleo y residencia permanente en el país, lo que es una vulneración explícita a sus derechos.

“Me preocupa (soy auditor) que en la profesión médica estén testeando la condición serológica, sin el consentimiento de los pacientes. Porque no existen garantías reales de confidencialidad, es decir se está vulnerando los derechos humanos (entrevistado N° 6, ecuatoriano)”.

“En Chile no he tenido problemas de discriminación por mi condición serológica, pues me atiendo fuera del sistema de salud chileno, porque no creo en la confidencialidad que puedan tener respecto de mi condición de salud. Este problema no lo viví en Ecuador, había garantías reales de confidencialidad, además de que todos los análisis eran gratuitos (entrevistado N° 6, ecuatoriano)”.

El por qué las personas seropositivas prefieren atención en sistemas de salud privado (como las ONG), es por la calidez en la atención, acogida y verdadero respeto por los seres humanos, en donde reciben una atención integral, recibiendo ayuda psicológica si es necesaria, tomas de muestras, notificaciones, consejería y medicación. Y, por último, la certeza de ser tratados con dignidad y la mantención de la reserva de sus diagnósticos.

“Al comienzo me hice todos mis análisis médicos en el sistema de salud pública chileno, luego me fui a una Fundación llamada Acción Gay, y por razones de medicación me derivaron a Fundación Diversa. Pienso que una primera atención cuando se tiene esta condición de salud y además migrante, debe recibirla de una Fundación, por la acogida y calidez que se recibe de parte de los que la integran y la burocratización del sistema de salud pública. Pero he visto la evolución de la atención de salud pública, ahora hay muchas más facilidades (entrevistado N° 4, venezolano)”

Sub categoría 2.2.: Percepciones de los migrantes acerca de la vulneración

Se percibe la vulneración de derechos a expresar su identidad en las acciones y expresiones de las personas con las que deben relacionarse de modo directo e indirecto, en diferentes escenarios de socialización: familia, amigos y seres humanos en general. Al respecto se cita: *“Desde el nacimiento se determina en forma binaria el sexo y la identidad de las personas, sin tener en cuenta el*

desarrollo mental, social y psíquico de cada individuo que construirá su identidad”
(Escobar, 2007).

“Estuve durante 33 años en un ambiente machista, yo viví en este ambiente siempre. Yo creo que habría que poner una lupa a los conceptos ¿normalidad, anormalidad? El problema se centra en el lenguaje (entrevistado N°4, venezolano)”.

La vulneración de los derechos, es percibida además en las expresiones verbales emitidas por los sujetos, en reuniones con amigos y conocidos materializadas en bromas y chistes respecto a la masculinidad y preferencias sexuales de los sujetos, dejando entrever que quienes las hacen no tienen la valentía de reconocerse gays o que les gustan sexualmente personas de su mismo sexo.

“Me molestan las bromas pesadas que se hacen respecto a los hombres gay o a hombres que tienen sexo con hombres, hacen burla constante de ello. Creo que no están totalmente definidos, y esto no solo ocurre en torno al sexo, sino en todo orden de cosas (entrevistado N°4, venezolano)”.

En cuanto a la condición serológica de los entrevistados de modo general han migrado a Chile, en busca de oportunidades laborales y continuar con sus tratamientos médicos para el VIH.

En el caso de los ciudadanos venezolanos entrevistados, las razones para venir a Chile, obedecen a problemas económicos críticos y escasos de medicamentos antirretrovirales, los que eran adquiridos en Organismos no Gubernamentales destinados a la distribución de terapias antirretrovirales específicas para el VIH/SIDA.

En Venezuela la crisis social, política y económica ha sido el factor detonante de las migraciones hacia nuestro país, sumándose a estas razones la crisis del sistema de salud por la falta de medicamentos para condiciones de salud como el VIH/SIDA e ITS.

“En Venezuela no tienes acceso a medicación sino eres ideológicamente adherente al régimen actual” (entrevistado N°3, venezolano)”.

Estos individuos se han sentido muy vulnerados en sus derechos pues al no contar con el apoyo integral de las Instituciones de Salud Gubernamental, como es el caso de los ciudadanos venezolanos, que han debido migrar a Chile por la situación política que vive dicha nación y si a esto se suma que los Organismos no Gubernamentales en ese país, están colapsados y carecen de los recursos necesarios para una atención de salud integral y de calidad, es una evidente

situación de exclusión y vulneración de derechos de los infectados por el virus del VIH, en el caso puntual de esta investigación.

“En Caracas existen Fundaciones, pero no como en Chile, son muy burocráticas y cuesta mucho acceder a la medicación. En Chile todo fluye en estas Instituciones, lo que me llamó mucho la atención” (entrevistado N° 3, venezolano)”

En el caso de uno de los entrevistados se pudo evidenciar un temor casi a nivel de conspiración de parte del sistema de salud público, respecto a la entrega de ciertos antirretrovirales que pudieran arrojar en los análisis de sangre positividad para drogas, lo cual permitiría identificar al paciente, lo que es una vulneración del derecho a la privacidad en la diagnosis del VIH/SIDA e ITS, por ejemplo.

“Me genera estrés que la ingesta de algunos antirretrovirales, entreguen falsos positivos para drogas, como la marihuana. Existe un test específico, con el cual se puede identificar cual es la medicación que está arrojando falso positivo a drogas. Lo que claramente expone al individuo a perder su trabajo y otras consecuencias para su vida personal. Esta primera impresión estigmatiza y excluye (Entrevistado N°6, ecuatoriano)”

Sub categoría 2.3.: Percepciones y sentimientos asociados a discriminación y vulneración de derechos humanos a causa de su condición serológica

Siguiendo a Merleau-Ponty, quien señala que la percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas, sino una constante construcción de significados en los diferentes espacios y tiempo en los que los individuos son los actores, se encuentra coherencia con las percepciones expresadas por los entrevistados en torno a discriminación y vulneración de derechos, la que se manifiesta por ejemplo, en el trato médico profesional que reciben y entregan, según la posición en que se encuentren, ya sea prestando servicios médicos o recibéndolos.

“La percepción que existe en el tema profesional relacionado con médicos venezolanos/chilenos. Es que los primeros examinan mejor a sus pacientes, se ocupan de detalles asociados con ciertas patologías. En mi caso en particular he tenido que ser hasta terapeuta. La atención del paciente debe ser integral, debe existir un trabajo en red. Respecto a la competencia profesional, se debe ser abiertos a las correcciones, usar criterios, todos somos distintos, lo que no significa que un profesional de la medicina, en este caso, esté ejerciendo mejor o peor la profesión (entrevistado N° 3, venezolano)”

“Yo trabajo en la parte de salud, trabajo para mejorar la salud del paciente, prima sobre mí el ser humano, es algo que traigo desde mi país” (entrevistado N°5, colombiano)”

La percepción de los ciudadanos venezolanos entrevistados (analista biomédico y profesional del área de investigación científica) respecto de la atención de los médicos chilenos versus venezolanos es que no son cercanos a sus pacientes,

puesto que, los primeros se limitan a la atención de la patología específica por la que se consulta, excluyendo aquellas asociadas a determinadas enfermedades. Lo que al ser analizado deja entrever que estos sujetos se sienten vulnerados en su derecho a saber, conocer y por tanto a prevenir nuevas enfermedades que pudieran deteriorar aún más su actual condición de salud.

“Te puedo referir que en Chile los médicos no son cercanos y solo se enfocan en la patología o condición de salud que aqueja al paciente” (entrevistado N° 4, venezolano).

De lo que se infiere que cuando percibimos a los otros, recibimos información relacionada con aspectos variados como: aspecto físico y conductual de los sujetos, es por ello que Merleau-Ponty consideró el redescubrimiento y significado de los conceptos de percepción, sensación, sujeto y naturaleza lo que implica vivir las experiencias en su medio natural (García, 2012, pág. 74).

“Tengo un amigo que se me acercaba mucho, me trataba muy bien, él es varón y no me atrevía a contarle que estoy en una relación homosexual, pues pensé que no me entendería, porque es una persona muy estructurada. Pensé que como soy varón me juzgaría, al no sentir la crítica y el rechazo de su parte, sino respeto, me sentí muy bien (entrevistado N°4, venezolano)”.

Los individuos entrevistados sienten temor a reconocer abiertamente su homosexualidad para no ser rechazados y estigmatizados y ni pensar en revelar su condición serológica positiva (portadores del virus del VIH).

“No he sido vulnerado por mi condición de salud, porque no lo saben. No sé qué ocurriría si fuera de conocimiento de quienes me rodean, tal vez sería apartado, aislado por el estigma que tiene el virus (entrevistado N°1, venezolano)”.

De las respuestas de los entrevistados se pudo dejar en evidencia que los sujetos que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), experimentan sentimientos de abandono de la sociedad, amigos y familiares.

“A las personas les da miedo interactuar con personas que viven con VIH, lo que te hace cada vez más solo (entrevistado N°5, colombiano)”.

En temas de VIH, se debe hacer valer el derecho humano a no decir que tienes esta condición, donde pueda poner en peligro tu integridad, tu empleo o tu relación familiar. Cuando decidimos referirnos al tema se corre el riesgo de ser rechazados y estigmatizados (entrevistado N°3, venezolano)”.

“Respecto de la discriminación ya sea por sexo u otra razón, he sido discriminado de cierta forma en el seno familiar, porque la casa te impone cómo ser hombre, porque la sociedad así lo exige. Sin embargo, lo que suceda en la intimidad de cuatro paredes, debe permanecer allí, seguir lo que te hace feliz y desechar lo que no (entrevistado N° 2, panameño)”.

“Sin embargo, mis derechos fueron vulnerados por mi ex. -mujer quien violó la confidencialidad y lo contó a mi familia, cosa que yo no quería (entrevistado N° 6, ecuatoriano)”.

Las personas que viven con VIH/SIDA además del miedo a la estigmatización y exclusión, también experimentan problemas de salud mental siendo los más frecuentes el estrés, depresión severa y en ciertas ocasiones ideación suicida. Los sujetos portadores de VIH, están constantemente temiendo que su condición de salud salga a la luz y sea conocida en los círculos en los que debe socializar de modo frecuente, como es en el campo laboral, amigos, familiares. Pese que algunos refieren que sus familiares están al tanto de su homosexualidad, sienten temor a revelar su condición de salud, por temor al rechazo, a dañar a sus seres queridos, pues sienten que, si se enteran de que son portadores del virus de inmunodeficiencia humana, se verían obligados a admitir ciertas conductas que según su percepción les vulneraría aún más.

Otros sienten la necesidad de ser inmunes a los maltratos para mejorar su calidad de vida.

“Hay incongruencia fenotípica en las personas, por eso se debe ver más allá de lo evidente. Uno como ser humano intenta mimetizarse, buscando la mejor forma de vivir, para que no te dañen la psiquis (entrevistado N°4, venezolano)”

“Las personas piensan que el VIH es problema de otros, dicen a mí no me pasará (entrevistado N°3, venezolano)”.

Respecto de la vulneración del derecho de todo ser humano a ejercer su sexualidad de modo seguro y libremente, estas quedan en evidencia en las siguientes expresiones:

“Yo viví en Europa en el tiempo en que se conoció la existencia del Virus del VIH/SIDA (en los años 80) donde a nivel nacional se distribuía condones gratuitos en discotecas y otros lugares de recreación de concurrencia masiva. No se puede decir que la juventud no se cuida, cuando no tiene acceso a condones que tienen alto costo para los jóvenes, que muchas veces no cuentan con dinero propio. No se trata de diabolizar el virus, pero si llamar la atención en materias preventivas. Se debe desestigmatizar y encasillar a quienes pueden ser candidatos al contagio, pues el virus no respeta condición social, etnia, sexo ni género (entrevistado N° 6, ecuatoriano).

“Tengo un amigo que se me acercaba mucho, me trataba muy bien, él es varón y no me atrevía a contarle que estoy en una relación homosexual, pues pensé que no me entendería, porque es una persona muy estructurada. Pensé que como soy varón me juzgaría, al no sentir la crítica y el rechazo de su parte, sino respeto, me sentí muy bien (entrevistado N°4, venezolano)”.

En lo que respecta al objetivo específico n°3 “Conocer las percepciones de los varones migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos al revelar su condición serológica positiva” se identificaron las categorías y subcategorías siguientes:

Categoría 3: Percepciones de los entrevistados acerca de la discriminación y vulneración de derechos al revelar su condición serológica positiva.

Tabla N° 4: Percepciones de los entrevistados acerca de la discriminación y vulneración de derechos al develar su condición serológica positiva.

Categorías/Subcategorías emanadas de la investigación

Categoría	Subcategorías
Percepciones de los entrevistados acerca de la discriminación y vulneración de derechos al revelar su condición serológica positiva	-Riesgos que se corren al develar su condición de salud -Temor al rechazo del entorno cercano (familiares y amigos) -Temor a la estigmatización y exclusión a causa de su condición serológica positiva

García señala que pese a que los tratamientos médicos para tratar el VIH/SIDA, han progresado a través del tiempo, con lo que ha aumentado la esperanza de vida y mejorado la calidad de vida de los infectados, las personas que viven con esta condición de salud, aun enfrentan el miedo a ser estigmatizados, por lo que no se atreven a revelarlo libremente, sino en espacios de extrema confidencialidad (García, 2005).

Sub categoría 3.1.: Riesgos que corren al develar su condición de salud.

En ocasiones las personas deciden revelar su condición serológica positiva, dentro de su círculo familiar y bajo otras circunstancias lo ocultan, como en situaciones en que los sujetos desean tener intimidad con la persona que les atrae, lo que vulnera los derechos del sujeto que está ignorante de la condición serológica de su pareja, exponiéndolo al riesgo de contraer el virus, en caso de ser portador positivo.

“Me ocurrió que había un hombre que me gustaba muchísimo, cuando se lo conté me dijo: te quiero mucho, pero como amigo. El dónde me veía me abrazaba, me besaba, parecía que se había perdido la oportunidad conmigo, le confesó “no podía seguir con esto por tu condición serológica”. No puedo ser deshonesto con esta condición, la honestidad distingue: con la familia, con la pareja. Pese a que esta condición tiene

connotaciones negativas, estigmas y se asocia a conductas de alto riesgo, promiscuidad, las personas terminan aceptándote cuando eres honesto (entrevistado N° 3, venezolano)”.

En situaciones de confianza y muestras de profundo amor, respeto y cuidado por el otro ser que tienen enfrente deciden revelar que son portadores del virus del VIH/SIDA, tal decisión les puede reportar beneficios en las relaciones interpersonales, que suelen estrecharse al revelar aspectos íntimos de la vida.

Sin embargo, en otras circunstancias la honestidad no es recompensada, pues los individuos que deciden correr el riesgo de develar su condición de salud (cero positivos), son estigmatizados, vulnerados y discriminados, con lo cual sufren los estragos de la soledad, abandono y en algunos casos severas depresiones.

“A las personas les da miedo interactuar con personas que viven con VIH, lo que te hace cada vez más solo. Yo personalmente no soy capaz de omitir mi condición de salud. Mi ex pareja que era médico, cuando supo mi condición me abandonó. Yo igual lo entiendo: para que se va a atar a una persona seropositiva, si tiene muchas posibilidades de conocer a alguien sano (entrevistado N° 5, colombiano)”.

Sub categoría 3.2.: Temor al rechazo del entorno cercano (familiares y amigos)

En la medida que hacemos un recorrido histórico de las diversas épocas de la vida del hombre, se ha podido constatar que el hecho de ser diagnosticados con una enfermedad grave como el VIH/SIDA e ITS ha sido parte de la estigmatización, exclusión y vulneración de derechos. (García, 2005).

“Respecto de la discriminación ya sea por sexo u otra razón, he sido discriminado de cierta forma en el seno familiar, porque la casa te impone cómo ser hombre, porque la sociedad así lo exige (entrevistado N° 2, panameño)”.

“Las personas se dejan llevar por las apariencias físicas, el que no encaja con los modelos, sufre mayor discriminación, nos quedamos con la primera impresión, percibo que el mal de la población es la segregación, estereotipación, discriminación familiar y social, en la mayoría de los casos (entrevistado N°1, venezolano)”.

En el caso de esta investigación se ha podido verificar que los entrevistados han sido criados en el seno de una familia nuclear, generalmente han gozado de buenas relaciones con los miembros de sus familias de origen. La mayoría de los entrevistados aun cuando tienen el cariño y apoyo de sus familias, no han revelado su condición serológica positiva por el estigma del virus o por razones culturales,

religiosas, pudor y miedo a dañar a los miembros de la familia en la que fueron criados.

“Hay gente que lo maneja muy bien, en mi caso particular tengo el apoyo de mi madre y hermano, que están ligados al área de la salud (enfermera y enfermero). Mi padre no conoce mi condición de VIH, pero si lo supiera también tendría su apoyo. Por temas culturales ancestrales, la mayoría de los notificados de VIH, son estigmatizados y discriminados (entrevistado N°1, venezolano)”.

“Sin embargo, mis derechos fueron vulnerados por mi exmujer quien violó la confidencialidad y lo contó a mi familia, cosa que yo no quería (entrevistado N° 6, ecuatoriano)”.

Aun cuando se sabe que serán juzgados y estigmatizados por su familia y amigos, hay sujetos que piensan que la honestidad es un factor importante para una convivencia armónica con sus más cercanos (familia directa y amigos).

“No puedo ser deshonesto con esta condición, la honestidad distingue: con la familia, con la pareja, amigos. Pese a que esta condición tiene connotaciones negativas, estigmas y se asocia a conductas de alto riesgo, promiscuidad, las personas terminan aceptándote cuando eres honesto (entrevistado N° 3, venezolano)”.

Por otra parte, existe vulneración solapada de la población que convive con sujetos de la diversidad sexual, en las que es un secreto a voces que esta comunidad está más expuesta a contraer el VIH/SIDA e ITS, pues se percibe que son más promiscuos y tienen altas conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. Lo que, les expone aún más a contraer nuevas infecciones del virus al desconocer su condición serológica.

Hay quienes, que aun conociendo su condición de salud la ocultan y siguen relacionándose con otros íntimamente. Estas conductas irresponsables exponen a un número mayor de sujetos a contraer el virus del VIH/SIDA e ITS.

“Hay personas que se hacen la vista gorda, se ponen una venda, no quieren saberlo, no se quieren enterar y siguen teniendo conductas de alto riesgo, poniéndose en peligro y poniendo a otros en peligro también. ¿Pues qué pasa si el sujeto no solo tiene VIH, sino Hepatitis C? te condena a muerte enseguida. Si yo tengo lo que tengo, por eso me protejo y protejo al otro, Hay que tratar de corregir conductas sexuales (Entrevistado N°3, venezolano)”.

El temor al rechazo de la sociedad también se manifiesta en expresiones como: ***“No creo en la adopción de niños por parejas del mismo sexo, los niños(as) necesitan de un padre y una madre”***, de lo que se infiere que los niños deben crecer bajo la imagen de hombre/mujer, lo que es coherente con el paradigma de la concepción binaria de género. Lo cual no es bueno ni malo sino una percepción

valórica; sin embargo, en la misma frase se aprecia que el entrevistado cree en la unión civil entre individuos del mismo sexo.

“Yo personalmente estoy de acuerdo con la unión civil, pero no con uniones religiosas de parejas del mismo sexo, pese que soy católico apostólico y romano, no puedo creer en un sacramento que es dado por individuos que actúan mal y hacen daño. No creo en la adopción de niños por parejas del mismo sexo, los niños(as) necesitan de un padre y una madre (entrevistado N°2, panameño).”

Lo anteriormente expuesto, deja de manifiesto que mediante aspectos como crianza, cultura y religión se evidencia el temor a ser rechazados por la sociedad, amigos y entorno familiar cercano, manifestado en la frase **“No creo en la adopción de niños por parejas del mismo sexo”**, lo que se traduce en discriminación entre sujetos gays; rechazo de la familia y amigos.

Se devela además que pese a profesar una creencia religiosa, no es partidario de uniones amorosas religiosas, pero si civiles. Evidenciándose que la orden religiosa se encuentra muy desprestigiada producto de los abusos sexuales de las que han sido parte. Lo cual es una forma de discriminación, pues se asume que todos los sujetos que han decidido seguir la orden religiosa son personas a las que se debe temer.

“Yo personalmente estoy de acuerdo con la unión civil, pero no con uniones religiosas de parejas del mismo sexo, pese que soy católico apostólico y romano, no puedo creer en un sacramento que es dado por individuos que actúan mal y hacen daño (entrevistado N°2, panameño)”.

Sub categoría 3.3.: Temor a la estigmatización y exclusión a causa de su condición serológica positiva.

El virus de del VIH/SIDA e ITS, no solo es un problema epidemiológico, político, económico, sino dada su condición de pandemia se ha vuelto y problema social que tiene repercusiones no solo para el diagnosticado seropositivo, sino también en el entorno en el que el sujeto debe socializar. Queramos o no reconocerlo, el virus del VIH/SIDA e ITS, sigue siendo un factor de exclusión, estigmatización al igual que las capacidades diferentes y problemas de salud mental, asociando la “diferencia” a estereotipos negativos, como es el caso de las etnias, religión, clases sociales, sexo, orientación sexual y otros.

“No he sido vulnerado por mi condición de salud, porque no lo saben. No sé qué ocurriría si fuera de conocimiento de quienes me rodean, tal vez sería apartado, aislado por el estigma que tiene el virus (entrevistado N°1, venezolano)”.

Es por ello, que, al analizar las respuestas de los entrevistados, que refieren no haber sido discriminados por su condición serológica positiva, se advierte que existe temor a revelarlo abiertamente en espacios en los que no se sienten protegidos y que pudieran ser excluidos y estigmatizados, percibiéndose de su parte, extrema severidad en los juicios de las personas con las que deben convivir en el día a día.

Me he sentido discriminado por las mujeres, porque son muy drásticas en sus juicios (entrevistado N° 4, venezolano)

“No se puede contar abiertamente porque la gente, rechaza, estigmatiza (entrevistado N° 5, colombiano)”.

En consecuencia, la tendencia es a omitir su condición de salud, para no perder la confianza y el aprecio que han ganado en ambientes diferentes al de sus familias y amigos, como es el caso del trabajo, por ejemplo.

“En temas de VIH, se debe hacer valer el derecho humano a no decir que tienes esta condición, donde pueda poner en peligro tu integridad, tu empleo o tu relación familiar. Cuando decidimos referirnos al tema se corre el riesgo de ser rechazados y estigmatizados (entrevistado N°3, venezolano)”.

No me discriminan por mi condición de salud, porque mantengo la reserva de ello; en grupos selectivos de amistades puedes decirlo y no te discriminan (entrevistado N° 6, ecuatoriano).

Estas opiniones se ven reforzadas con los estudios de García, quien señala que las enfermedades sean de tipo contagioso o transmisibles, se han visto y se seguirán viendo como enemigas porque representan el mal y deben ser combativas porque se vinculan a faltas, por tanto, cuando aparece el virus del VIH/SIDA, las estigmatizaciones reaparecieron porque la enfermedad afectó mayoritariamente a grupos homosexuales, toxicómanos y prostitutas (García, 2005). Lo que según el autor produce tensiones entre los conceptos de moralidad y culpabilidad. Pese a que los avances científicos respecto de los tratamientos médicos para combatir el virus y las esperanzas de vida de quienes la padecen han aumentado, el miedo a la estigmatización continúa, puesto que parientes y pacientes son renuentes a hablar libremente del tema.

Luego de haber hecho un análisis de los datos recopilados, a modo de síntesis de los resultados se presenta un compendio que responde a las preguntas que dieron origen a la presente investigación:

En lo que respecta a la pregunta número uno “¿Cuál es el perfil de los migrantes participantes del programa de salud Comunitaria de Fundación Diversa?”

Se señala que, el perfil de los migrantes que asiste al Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa, generalmente es la de individuos que pertenecen a la diversidad sexual, varones que tienen sexo con hombres, diagnosticados con VIH/SIDA e ITS y en menor escala varones heterosexuales que presentan la misma condición de salud (seropositivos), como es el caso de uno de los seis entrevistados en esta investigación.

Los entrevistados cuentan con formación académica de nivel superior: profesionales que se desempeñan en diversas áreas, incluyendo salud, por cuanto prefieren mantener un bajo perfil y mantener en reserva su condición serológica, por temor a ser estigmatizados y apartados de sus empleos y/o perder el estatus que han alcanzado.

Son individuos solitarios que buscan ser contenidos emocionalmente donde no se les juzgue y cuestione. Por el contrario, quieren ser parte de un grupo en el que no se habla en términos discriminatorios para sentirse que son “normales”, por estas razones buscan apoyo en Organizaciones que trabajan con la diversidad sexual, en las que tienen identidad propia.

En relación a la pregunta número dos: “¿Existe alguna relación entre las características demográficas y la percepción de los migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos?”

Se percibe discriminación al resaltar su nivel socioeconómico, edad y educación, dejando de manifiesto que se hacen diferencias por esta situación, dado que los migrantes que llegan a Chile cuentan con mayor nivel educacional y son personas laboralmente activas, por lo que son percibidos por los chilenos como usurpadores de sus empleos, lo que generalmente deriva en agresiones verbales y acoso laboral.

“La percepción que tienen los chilenos respecto a los migrantes, es que les vienen a quitar los empleos, en el caso de los venezolanos que tenemos mayor educación esta situación es más evidente. Yo no creo en ello, porque debe existir la libre competencia, somos egresados de universidades, tenemos la mente más abierta (entrevistado N° 3, venezolano).”

En lo referido a la pregunta número tres: “¿Cuál es la percepción que tienen los entrevistados respecto de cómo sus familiares, amigos, pareja y otros perciben su condición serológica positiva?”

Las entrevistas revelaron que los sujetos al ser notificados de su condición serológica positiva, es decir ser portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), no contaron con apoyo psicológico y contención de ninguna naturaleza, por cuanto debieron enfrentar el diagnóstico en plena soledad, sin apoyo familiar y amigos, viéndose enfrentados a la desesperanza e incertidumbre frente a lo que ocurrirá con sus vidas en un futuro cercano.

Las entrevistas develaron que la mayoría de los consultados se encuentran sin pareja debido a su condición de salud, lo que permite aseverar que existe discriminación entre pares al conocer la condición serológica de quienes les interesen románticamente.

Como parte de los resultados de la investigación se presenta otra categoría y subcategorías emergentes surgidas del análisis de los datos obtenidos en ésta, lo que permitirá ampliar la mirada en torno a la problemática planteada, referida a vulneración y discriminación desde la percepción de varones migrantes, portadores de VIH.

Categoría 4: Prácticas sexuales y vulneración frente al virus del VIH/SIDA

Tabla N° 5: Prácticas sexuales y vulneración frente al virus del VIH/SIDA

Categorías/Subcategorías emanadas de la investigación

Categoría	Subcategorías
Prácticas sexuales y vulneración frente al virus del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> -Relaciones de pareja honestas. -Percepción del riesgo respecto de relaciones sexuales casuales. -Educación a la población respecto de la amenaza de contraer el virus del VIH/SIDA e ITS.

Sub categoría 4.1.: Relaciones de pareja honestas

Pese a la estigmatización en torno al virus del VIH, al analizar las respuestas de los individuos involucrados, muchos de ellos prefieren ser honestos a la hora de

iniciar una relación de pareja, revelando su condición de salud con el propósito de auto protegerse y no poner en riesgo la salud del otro, aun cuando este hecho sea motivo de rechazo y exclusión de parte de la pareja.

“Se debe poner al tanto de los riesgos y advertir en el caso de que te tengas una noche loca. Me contagié con una expareja, ni él sabía que era portador del virus. Yo como soy del área de salud me hacía trimestralmente todos mis análisis y los procesaba. Luego lo confronté y me di cuenta que era un mentiroso, no fue honesto al iniciar la relación. No se trata de andar diciendo a todos tengo esta condición, soy VIH, pero si contarle a quien te interesa, te importa, te gusta. Lo ideal es que la persona te diga ok, te apoyo, lo que no siempre ocurre, porque no todos quieren cargar con ese carro (entrevistado N° 3, venezolano).”

“Yo personalmente no soy capaz de omitir mi condición de salud. Mi ex pareja que era médico, cuando supo de mi condición de salud me abandonó. Yo igual lo entiendo: para que se va a atar a una persona seropositiva, si tiene muchas posibilidades de conocer a alguien sano (entrevistado N° 5, colombiano)”

Sub categoría 4.2.: Percepción del riesgo respecto de relaciones sexuales casuales

Respecto de esta categoría emanada de las respuestas obtenidas de los entrevistados, usuarios del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa y al contrastarlo con lo expresado por (García, 2005) se señala que las acciones preventivas tanto de educadores como de profesionales que tienen a cargo la formación de seres humanos, especialmente adolescentes y niños son los llamados a inculcar conciencia de la pandemia de VIH/SIDA e ITS, respaldada con educación de calidad, veraz y actualizada relativa a la existencia del virus.

Respecto del VIH, es una condición que requiere de un proceso continuo de enseñanza, desde el colegio. La educación inicial debe partir desde los hogares, las familias. Se debe poner al tanto de los riesgos y advertir en el caso de que te tengas una noche loca. Me contagié con una expareja, ni él sabía que era portador del virus (entrevistado N°3, venezolano).

“Se debe educar respecto a los riesgos de tener relaciones sexuales en general, para prevenir. Puesto que cuando tú llegas a la Fundación ya no hay nada más que hacer, pues ya estas diagnosticado con el virus. La Fundación hace esta labor a través del equipo de educación que imparte charlas a colegios que lo soliciten (entrevistado N° 4, venezolano)”

Por tanto, una buena política frente al VIH/SIDA, es la que genera capacidades precisas en los sujetos, para evitar la propagación del virus, estas dicen relación con acciones educativas en materias de VIH/SIDA, involucrando a toda la población independiente de su clase social, sexo, género e identidad sexual, aplicando estrategias adecuadas para lograr de forma eficaz y oportuna la propagación del virus del VIH/SIDA (García, 2005).

Sub categoría 4.3.: Educación a la población respecto de la amenaza de contraer el virus de VIH/SIDA e ITS

Respecto de esta dimensión se señala que los cambios, percepciones y expectativas en torno a la evolución del VIH/SIDA, desde su aparición en los años 80, ha puesto en alerta a todos los organismos de salud pública desde el descubrimiento de las principales formas de contraer el virus del VIH/SIDA, por lo que se destinaron esfuerzos y recursos en medidas de prevención para atacar estas formas de contagio, no obstante, pareciera que todo esfuerzo por combatir la propagación del virus es infructuoso. Por lo que, la nueva estrategia para combatir el virus se centró en el uso de preservativos y limpieza e intercambio de jeringuillas, centrandó sus acciones en el cambio de conducta de los individuos (Soto, Lacoste, Papenfuss, & Gutiérrez, 1997).

Siguiendo la línea investigativa de John Harold Estrada (Estrada M, 2006) se señala que, en materias de prevención y educación frente a contagios del virus del VIH/SIDA e ITS, no es posible seguir líneas únicas de intervención, siendo siempre insuficientes para combatirlo. Lo cual se devela en las respuestas obtenidas en la presente investigación:

“Las campañas preventivas del VIH/SIDA e ITS, son insuficientes, no abordan realmente el problema social del VIH; pienso que no solo se deben abordar desde lo médico, sino también desde el bienestar de los individuos (entrevistado N°6, ecuatoriano)”.

Los esfuerzos que ha hecho el MINSAL, son importantes en relación al virus y a las condiciones de riesgo, pero no se aborda la infección de modo integral involucrando a toda la sociedad (entrevistado N°6, ecuatoriano)”.

Los recursos con que se cuenta son insuficientes, hay muchas trabas para acceder al servicio de salud, principalmente estas trabas son a nivel económico, las coberturas no son integrales, lo que es una forma de vulneración y discriminación (entrevistado N°6, ecuatoriano)”.

“El problema es un problema de Estado, tanto en gobiernos de derecha e izquierda (Bachelet y Piñera, más recientemente), la carencia es a nivel de decisiones políticas. Sea cualquiera la ideología el resultado es el mismo en materias de prevención del virus del VIH/SIDA, pues nadie se hace cargo en la dimensión real del problema de salud pública y social que involucra el diagnóstico del VIH. La falencia es las pocas campañas realmente preventivas (entrevistado N°6, ecuatoriano)”.

“Creo que ayudaría mucho tener charlas acerca de los últimos avances en materias de medicamentos de última generación. Para saber. (entrevistado N° 5, colombiano)”.

De lo que se desprende que pese a todas las campañas que se han/realizan para combatir la pandemia del VIH/SIDA e ITS, aun son insuficientes e ineficaces, por

lo que debemos insistir en la educación de la población a todo nivel, teniendo presente que el virus no discrimina a nadie, por lo que es preciso cambiar el foco de las acciones de prevención.

“A nivel de prevención del VIH el tema debe ser tratado desde el colegio. En Colombia se hacen charlas de sexualidad y reproducción, desde ahí se enlazan los temas de VIH/SIDA e ITS. Debe tratarse estas temáticas desde que los jóvenes tienen conciencia que tendrán relaciones sexuales y explicarles sin aterrarlos, qué hacer en caso de sífilis, gonorrea y en general de enfermedades de transmisión sexual. Y en el caso específico del VIH/SIDA el llamado es a la prevención, puesto que las personas con esta condición de salud generalmente no son honestas con sus parejas (entrevistado N° 5, colombiano)”.

“Se debe educar respecto a los riesgos de tener relaciones sexuales en general, para prevenir. Puesto que cuando tú llegas a la Fundación ya no hay nada más que hacer, pues ya estas diagnosticado con el virus. Fundación hace esta labor a través del equipo de educación que imparte charlas a colegios que lo soliciten (entrevistado N°4, venezolano)”.

Estas respuestas develan la percepción respecto de la carencia de acciones relativas a prevención y educación de la población más joven respecto de la existencia de enfermedades adquiridas mediante relaciones sexuales y su transmisión, como es el caso del virus del VIH/SIDA e ITS, evidenciándose que la enfermedad no discrimina a nadie, pues cualquier individuo es candidato a adquirirlo si no toma los resguardos preventivos necesarios para evitar ser contagiado.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, APORTES y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones

Respecto del objetivo específico N°1 “caracterizar al grupo de hombres migrantes, portadores de VIH/SIDA e ITS que participan del programa de salud comunitaria de Fundación Diversa”

El perfil de usuarios de Fundación Diversa encaja con el perfil de migrantes que ingresa a Chile en buscas de oportunidades laborales: profesionales, adultos jóvenes en edad laboral activa.

En relación al objetivo específico n°2 “Identificar y Describir las percepciones de hombres migrantes, respecto de la discriminación y vulneración de derechos humanos”

Los entrevistados no admiten abiertamente haber sido discriminados por situaciones específicas. Sin embargo, el lenguaje que utilizan en algunas de su respuesta devela resentimiento y encubrimiento de estas situaciones.

La vulneración se ejerce en contra de los sujetos, mediante expresiones verbales que evidencian sus preferencias sexuales: bromas, chistes relacionadas con gays o de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

La investigación permitió analizar y describir el fenómeno objeto de investigación, evaluando aspectos de discriminación y vulneración de derechos humanos vivenciados por personas que viven con VIH, dejando de manifiesto la soledad, abandono, estigmatización por sus preferencias sexuales.

En lo que respecta al objetivo específico n°3 “Conocer las percepciones de los varones migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos al revelar su condición serológica positiva”

Los individuos tienen la percepción que es necesario hacer uso del derecho a mantener en secreto su condición serológica positiva, a raíz de la estigmatización existente en torno al virus del VIH/SIDA e ITS.

La mayoría de los entrevistados, han buscado estrategias para mantener su condición serológica positiva, en absoluta reserva tanto en ambientes públicos como sociales, debido a la estigmatización que existe en torno al virus.

Respecto de las conclusiones emanadas de las preguntas de investigación, se señala que:

Respecto del perfil de migrantes que se benefician con el programa de salud comunitaria de fundación diversa, encaja con el perfil de los migrantes que han migrado a Chile durante el periodo 2017-2018, de acuerdo al censo y el Departamento de extranjería, en cuanto a edad y educación.

En lo relacionado a la condición de salud de los sujetos que ingresan al país, no es posible saber si las personas extranjeras que han llegado a Chile se encuentran con algún tipo de condición de salud que sea motivo de alarma. Sin embargo, las cifras advierten que en materias de VIH las cifras están en números rojos, acrecentándose la cantidad de individuos portadores del virus de inmunodeficiencia humana.

Respecto de lo anteriormente expuesto, se debe precisar que estas cifras develan solo la realidad de aquellos individuos que han sido analizados, diagnosticados y confirmados seropositivos.

En lo relativo a la pregunta: ¿Existe alguna relación entre las características demográficas y la percepción de los migrantes respecto de la discriminación y vulneración de derechos?

De los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que la calidad de vida relacionada con la condición de salud serológica positiva de los entrevistados, al mantenerse en estado de reserva, no ha sido motivo de discriminación ni vulneración de derechos, lo que es el caso de los entrevistados, usuarios del Programa de Salud Comunitaria de fundación Diversa.

De acuerdo a las situaciones vividas por los sujetos, al ser notificados seropositivos, les ha permitido visualizar e interpretar, desde su propia experiencia la realidad y el comportamiento social individual y colectivo de los sujetos respecto al virus del VIH, entendiendo que, por sus connotaciones negativas asociadas a

promiscuidad, homosexualidad, y conductas sexuales de alto riesgo, es preciso invisibilizar su condición serológica, atendiéndose en instituciones privadas con el propósito de mantener en secreto su condición de VIH. En cuya situación se encuentran los varones entrevistados usuarios del Programa de Salud Comunitaria de fundación Diversa, los que fueron notificados en sus naciones de origen. Y teniendo en cuenta que los aludidos necesitan ejercer sus profesiones en nuestro país, es que requieren del resguardo y garantía de mantener el anonimato de su identidad y por ende su condición serológica positiva.

Los sujetos prefieren ser atendidos por su condición serológica positiva, en organismos privados por su acogida y discreción respecto de su condición de salud. Sintiendo que sus derechos son respetados.

En tanto en los aspectos demográficos es preciso evidenciar que la infección tiene sanciones morales y religiosas lo que deriva en discriminación, estigmatización, rechazo y abandono, lo que conduce a problemas al interior de las familias de los notificados con el virus del VIH/SIDA, lo que, sin lugar a dudas impacta negativamente en la psiquis de los afectados, puesto que el diagnóstico en si genera ira, culpas, ideas suicidas, frustración, desesperanza, rechazo, discriminación y sobre todo soledad y por ende abandono de familia y amigos. Lo que sin lugar a dudas impacta negativamente en la calidad de vida de los infectados por el virus del VIH/SIDA.

Los contextos culturales y sistemas valóricos, son muy significativos en este grupo de hombres adultos, migrantes, mayoritariamente gays, portadores del virus de VIH, puesto que todos son profesionales universitarios y cuatro de ellos, pertenecen al área de la salud. Por lo que se percibe su intención de contribuir con la educación y la prevención del virus, minimizando en lo posible los efectos adversos que trae consigo la infección del VIH, puesto que la soledad, la depresión (ideas suicidas), incertidumbre frente al futuro, no les son ajenos.

En cuanto a la interrogante ¿Cuál es la percepción que tienen los entrevistados respecto de cómo sus familiares, amigos, pareja y otros perciben su condición serológica positiva?

El cómo se perciben los sujetos investigados, y el cómo piensan que son percibidos es producto de los conocimientos socialmente elaborados y que son compartidos entre los individuos. Estas percepciones resultan relevantes en los

cambios conductuales, detectándose la intención de modificar conductas y prácticas sexuales, evitando el riesgo.

Los individuos al ser notificados con el virus de inmunodeficiencia humana, no han contado con apoyo psicológico ni contención de ninguna clase. Lo que devela el abandono, soledad y vulneración al que son expuestos los sujetos infectados por el virus.

Debido a su condición serológica positiva, los individuos entrevistados mayoritariamente se encuentran solos, sin pareja.

Respecto de la categoría emergentes emanados de la investigación, se señala que:

Los individuos portadores de VIH, perciben que la honestidad respecto a su condición serológica es imprescindible a la hora de iniciar una relación amorosa.

Los individuos perciben que las acciones preventivas que se realizan para combatir el virus, no son suficientes para prevenir las altas tasas de contagio.

Perciben que las campañas en torno a la prevención del virus del VIH/SIDA desde sus inicios en el año 80, no han sido bien enfocadas ni eficaces para erradicar la pandemia.

De la categoría emergentes se concluye que el rol educativo que debe cumplir el Estado, las Instituciones a cargo de impartir educación y las familias, es imprescindible para cambiar las conductas sexuales de alto riesgo de los individuos y en lo posible contribuir con la erradicación de la pandemia del virus del VIH/SIDA e ITS.

5.2. Aportes desde la disciplina de Trabajo Social

Considerando que los individuos están insertos en una realidad determinada, y en un mundo existente dentro de sistemas sociales, políticos, culturales, económicos, y familiares que los posicionan dentro de estos contextos, siguiendo “las reglas” y reproduciendo conductas deseables y naturalizadas en su relación activa con el mundo y que es preciso evidenciar que los individuos conocen la realidad mediante procesos de comunicación y de pensamiento social, es que se señala que las representaciones sociales hacen referencia a tipos específicos de

conocimientos que son esenciales a la hora de saber qué es lo que la gente piensa y formas de organizar su vida cotidiana. El sentido común es una forma de percibir, razonar, y actuar. Este conocimiento comprende contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen un rol en sus conductas cotidianas, formas de organización y comunicación en sus vidas personales como en los grupos sociales en los que se desarrollan. Por lo que la presente investigación pretende visibilizar una problemática social, que, en apariencia, ya no es tal: discriminación y vulneración de derechos a individuos de sexo masculino con identidad de género diversa, lo que se sostiene teórica y empíricamente, permitiendo dar sustento y validez a la investigación, de acuerdo a conceptos, estereotipos y mitos, entre otros, que fueron aflorando al socializar con los individuos que participaron en esta investigación social.

Por ende, el trabajador(a) social está llamado(a) a resignificar la intervención profesional con seres humanos diversos, haciendo alianzas cooperativas y no confrontacionales con expertos de otras áreas, con el objetivo de enfocar y resolver las problemáticas desde ópticas diferentes y visibilizando éstas a nivel de políticas sociales y públicas, puesto que esto permitirá evidenciar de modo testimonial el cómo se ha ido resignificando la realidad de estos sujetos a través de las épocas y considerando que nuestra labor profesional es dinámica, en el sentido que habitualmente se ve enfrentada a constantes fenómenos y transformaciones de las cuestiones sociales, teniendo un rol protagónico en las intervenciones individuales y comunitarias por lo que su aporte es relevante en programas socioeducativos de la población. Volviéndose crucial el protagonismo y labor del trabajador, siendo el nexo en la generación de cambios de actitud, predisposición y acciones empáticas con los otros, esos sujetos diversos, diferentes y que se ven como una amenaza y que en la práctica son un llamado de atención para hacerlos visibles. Es en este contexto, que se reflexiona que al tener como profesionales del área social la misión, de cavilar y resignificar el qué se espera, el qué se debe hacer frente a determinadas cuestiones sociales y por tanto evidenciar el rol del sujeto en la sociedad, es que se propone la intervención y refuerzo en los escasos programas de educación con identidad de género, sin enfoque binario (hombre/mujer) en organismos que imparten educación, con participación activa de docentes y educandos. Teniendo siempre presente que se trabaja con seres humanos, los que no debieran estar obligados a ceñirse a moldes homogéneos, sino que debieran tener la oportunidad de ser ellos mismos,

siguiendo “las reglas”, pero con cierta flexibilidad para lograr rescatar lo mejor de ellos. (Sánchez, 2009).

Los profesionales del área social tenemos por misión promover los derechos de los seres humanos, facilitar su autonomía, sensibilizar a las comunidades y la población en general, respetando sus diversidades (étnicas, cognitivas, sexuales, religiosas, etc.), abordando temáticas de inclusión social y no discriminación, igualdad, equidad y justicia social, promoviendo actividades socioeducativas en colegios, universidades, clubes de adultos mayores y otros.

Siempre es un cuestionamiento actual plantearse, el cuándo lo social, es realmente una cuestión social. Hoy en día el trabajo social debe ser parte de las acciones que mitiguen la vulnerabilidad suscitada en torno a fenómenos sociales que afectan a los individuos y pasan a llevar sus derechos esenciales e impactan en su calidad de vida, como la desocupación, nuevas formas de pobreza; diversidad de género y sexual, entre otros, los que han instalado el concepto de exclusión social, que implica que los individuos no cuentan para nada, no son útiles a la sociedad, en resumen no son considerados aptos para participar y aportar a la sociedad. Es aquí donde los trabajadores sociales, debemos tener roles protagónicos en materias socioeducativas, socio familiares, socio afectivas, entregando apoyo y contención, siendo un referente de empoderamiento con la propia vida y el autocuidado.

Los trabajadores(as) sociales tienen el deber de dejar de manifiesto que la discriminación es un problema social que afecta día a día a quienes la padecen, impidiendo que los sujetos manifiesten libre y espontáneamente su identidad, entendiendo que la discriminación es una forma injustificada de distinción, exclusión, restricción y preferencias en el terreno de lo religioso, ideológico o sexuales, entre otros tantos factores que vulneran los derechos de los individuos. No obstante, con las transformaciones culturales los sujetos han tenido la posibilidad de manifestar de modo diverso todas estas características y por añadidura cada etapa en la vida de los individuos, lo que trae consigo modificaciones en la significancia que los sujetos tienen en función a su género (Leal, 1998).

Por tanto, teniendo presente que la labor del trabajador(a) social es un proceso dinámico en constante construcción, y transformación de los ambientes sociales, siendo la protagonista e interventora en escenarios individuales y comunitarios,

generalmente actuando como agentes educativos de la población hace que su labor se vuelva decisiva para ser el nexo en la generación de cambios de actitud de los individuos, evitar en lo posible la predisposición negativa frente a situaciones que les generen miedo, incertidumbre y ser el vínculo entre esos otros, esos sujetos diversos, invisibles, diferentes y que se ven como una amenaza y que en la práctica, son seres humanos clamando ayuda. Es en este contexto, que se reflexiona que al tener como profesionales del área social la misión de hacer visible lo que no se quiere ver, es necesario reinstalar en la población la inquietud y alertarla en cuanto a lo que se espera como sociedad en materias de la generación de una convivencia sana, no excluyente y discriminatoria y por tanto, cómo actuar frente a determinadas cuestiones sociales, como la que se vive a nivel mundial que ya ha sido catalogada como pandemia como es el caso del VIH/SIDA y transmisión de ITS.

5.3. Sugerencias

Se propone realizar campañas directas a nivel escolar, familiar y comunitario, abarcando y clasificando a la población por edades, de tal modo que el nivel de información sea el mismo, pero con énfasis en temáticas como: Prevención de contagio de VIH/SIDA e ITS en menores de 18 años, adultos jóvenes y adultos mayores, utilizando metodologías preventivas acorde a las características demográficas de la población objetivo.

Por tanto, estas campañas deben ser pensadas, reflexionadas y realizadas en un lenguaje claro, pero no violento, de modo tal de no caer en la vulgaridad, caricaturización, estigmatización y segregación de la cual son víctimas las comunidades LGTBI. Por lo que se debe hacer énfasis en los cambios de conductas sexuales de la población de todas las edades, género e identidad sexual, dado que el VIH/SIDA e ITS, no discrimina.

5.4. Propósitos

- Incentivar a la población para que se realice de modo rutinario el test de detección del virus del VIH/SIDA, de modo de contribuir con el diagnóstico precoz del VIH y por tanto evitar, en lo posible, que los sujetos sean diagnosticados en etapa de SIDA.
- Fortalecer la prevención de nuevos contagios de personas que viven con VIH o en etapa de SIDA.

- Incentivar y fortalecer la adherencia, mantención y control del tratamiento con Triterapia y Similares para tratar el VIH/SIDA.
- Promover los derechos sexuales de la comunidad que compone la diversidad sexual.
- Desarrollar estrategias que permitan dar apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH/SIDA, abordando temáticas sexuales.
- Desarrollar campañas que fomenten las buenas prácticas laborales, tanto en el sector privado y público conducentes a la integración de las personas que viven con VIH/SIDA e ITS, asegurando el resguardo de su intimidad y por tanto mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México, D.F., Paidós.
- Amoretti, M. 1996. "La integración de las ciencias en la práctica". En Kañina, Revista de Artes y Letras de la Universidad de Costa Rica. XX (1): 107-108.
- Amoretti, M. 1993. "Hablemos del discurso". En Kañina, Revista de Artes y Letras de la Universidad de Costa Rica. Vol. XVII (2): 209-212.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclee de Bouver. Madrid.
- Beck A., Freeman, A. y otros. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós. Barcelona.
- Beltrán, M. (2000) *Perspectivas sociales y conocimiento*. Barcelona, Anthropos.
- Berger, P.; Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, [1967] 1993.
- Betrao, J., Francisco, M., Gómez, J., Pajares, E., Paredes, F., Zúñiga, Y. (2014). Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables-Dhes Red de Derechos Humanos y Educación Superior. Programa coordinado por Universitat Pompeu Fabra Barcelona derechos%20humanosde20los%20grupos%20vulnerables, pdf.
- Bosch, E., & Ferrer, V. (2000). *La violencia de género: De cuestión privada a problema social*. *Psychosocial Intervention*, 9 (1), 7-19.
- Buquet, A (2011). Transversalización de la perspectiva de género en la educación superior. Problemas conceptuales y prácticos. Perfiles educativos, 33(spe), 211-225. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000500018&lng=es&ting=es.
- Butler, J. (2009). Performatividad y Precariedad y Políticas sexuales. Revista de Antropología Iberoamericana. Volumen 4, N°3. Disponible en: www.aibr.org.
- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. Siglo XXI. Barcelona.

- Caro, I. (comp.). (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Paidós. Buenos Aires.
- Contreras, M. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en Individuo y Familias*. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM).
- Días, J.; Núñez, J. (2015). Los factores olvidados del VIH, una mirada crítica.
- Duque, A. (2013). *Metodologías de Intervención Social. Palimpsestos de los Modelos en Trabajo Social*. Manizales, Colombia, Epílogos.
- Durkheim, E. (1974). *Las reglas del método sociológico*. Madrid, Ediciones Morata, S. L.
- Escobar, J. (2007). Diversidad Sexual y Exclusión. *Revista colombiana de Bioética*. Vol. 2 N° 2.
- Estrada, J. (2006). Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interfases. Acta Bioética*.
- Fundación Diversa (s/d) Documento Interno "Visión y misión", Santiago.
- Fernández, T. (Coord) (2009), *Fundamentos de Trabajo Social*, Madrid, Alianza.
- Fernández, T. & de la Fuente, Y. (Coords.) (2009). *Política Social y Trabajo Social*. Madrid, Alianza.
- Fombuena V., J. (Coord.) (2012). *El Trabajo Social y sus Instrumentos*. Valencia, Nau Llibres.
- Fundación Diversa, (2012). Informe de Gestión 2012 Fundación Diversa, Santiago.
- Ghosh, B. (2008). Derechos humanos y migración: el eslabón perdido. *Migración y desarrollo*, (10), 37-63. Recuperado en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-7599200800010003&lng=es&tlng=es
- Hardy, E. & Jiménez, A. (2001). Masculinidad y Género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2), 77-88. Recuperado en
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200001&lng=es&tlng=es.

- Hernández, R.; Fernández, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F., McGraw-Hill.
- Hume, D. (2001). Libros en la Red. Edición electrónica: Diputación de Albacete-Servicio de Publicaciones-Gabinete Técnico.
WWW.dipualba.es/publicaciones 2001.
- INE, (2018). Síntesis de resultados Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile.
- Lambistos, M. (1995) *Los Servicios Sociales desde la Práctica*. Universidad de Málaga, Málaga.
- Leal, A. “*Diversidad y género en las relaciones interpersonales*”, educar (on line) 1998, Núm. 22 p. 171-179. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/Educador/article/view/20687>.
- Llobregat, B. (2013) “*tipologías de clientes en Trabajo Social; una herramienta para la mejora de la intervención profesional*” En documentos de Trabajo Social N° 52 Págs.31-54, Málaga.
- Luckmann, T. *Nueva sociología del conocimiento*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, n.74, p.163-172. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996. Disponible en http://www.reis.cis.es/reis/pdf/reis_074_09.pdf.
- Mc. Kay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1981). *Terapia cognitiva para el tratamiento del estrés*. Martínez Roca. Barcelona.
- Ministerio de Salud Chile (2013).
Guía Clínica Auge “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA”, Santiago.
- Piñero, S., *La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual*. CPU-e, *Revista de Investigación Educativa* [en línea] 2008, (Julio-diciembre). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283121713002>> ISSN.
- Ramos, L.& Silva, P. (2013). *Tejiendo género desde perspectivas teóricas y testimonios*. Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Nuevo León

Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León. Recuerdo en <http://www.nl.gob.mx/publicaciones/tejiendo-genero-desde-perspectivas-teoricas-y-testimonios-uanliemnl>.

Rizo, M. (2010). *Intersubjetividad y diálogo intercultural*. La sociología fenomenológica y sus aportes a la comunicación intercultural. *Comunicación y Medios*, (21), Pág. 13 - 23. doi:10.5354/0719-1529.2011.17446.

Rizo, M. (2008). "Pragmatismo, sociología fenomenológica y comunicología, acción y comunicación en William James y Alfred Schutz". *Razón y Palabra* 13 (64). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Estado de México, México.

Rodríguez, G; Gil, J.& García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Granada (España): Algibe.

Roth, A. (2014). *Políticas Públicas: Formulación, Implementación, Evaluación*. 10ª ed., Bogotá, Ediciones Aurora.

Salinas, B. (1998). Pieck, E. "Función social y significado de la educación comunitaria. Una sociología de la educación no formal". *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, XXVIII (2), 149-155.

Sánchez, A. (2009). *Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual*. *Sociológica (México)*, 24(69), 101-122. Recuperado en, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100006&lng=es&tlng=.

Serrano, J. & Pons, R. (2011). *El Constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación*. *Revista electrónica de investigación educativa*, 13(1), 1-27. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412011000100001&lng=es&tlng=es.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA (2010). *Revista chilena de infectología*, 27(3), 239-276. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000300013>.

Soto, F.; Lacoste, J.; Papenfuss, R, & Gutiérrez, L. (1997). *El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida*. *Revista*

Española de Salud Pública, 71(4),335-341.Recuperado en,
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es&tlng=es.

Tijoux, M.; Palominos, S. (2016). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios en Chile. *Polis: Revista Latinoamericana*. Volumen 14, N°42, p. 247-275. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v14n42/art_12.pdf

Torres, F. (2005). Género y discriminación. *El Cotidiano*, (134), 71-77.

Trevithick, P. (2006) *Habilidades de Comunicación en Intervención Social*. Madrid, Narcea.

Marcuelo, A; Eliósegui, M. (1993). Sexo, género, identidad sexual y sus patologías. Cuadernos de Bioética, 3ed.

Vergara, M. *La naturaleza de las representaciones sociales*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [en línea] 2008, 6(enero-junio). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77360103>> ISSN 1692-715X

Vidal, F.; Vasili, D.; Pascal R. (2005). *VIH/SIDA y Mundo Laboral*, Santiago, Universidad Arcis-FLACSO Chile-Vivo Positivo.

Viscarret, J. “*Modelos de intervención social*”, en Fernández, Tomás (2009), *Fundamentos de Trabajo Social*, Madrid, Alianza.

Viscarret, J. (2007) *Modelos y Métodos de Intervención en Trabajo Social*. Madrid, Alianza.

Walder, P. «*El cuerpo fragmentado*», *Polis* [En línea], 7 / 2004, Publicado el 10 septiembre 2012, URL: <http://journals.openedition.org/polis/6278>.

Zamanillo, T. (1999) “*Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social*” en Cuadernos de Trabajo Social N° 12, Págs. 13-32.

Webgrafía

<http://aebioetica.org/revistas/1999/3/39/459.pdf>

<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986>

http://www.minsal.cl/vih_sida/

<http://www.plataformaong.org/planestrategico/ARCHIVO/documentos/10/retosdeltercersector.pdf>

<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art13.pdf>

<http://www.soytrabajosocial.com/2011/09/visita-domiciliaria.html>

<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-592.html>

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2007000200008

<http://www.onu.cl/onu/lucha-contra-el-vihsida/>

<http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>

<http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>

ANEXOS

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- **PAUTA ENTREVISTA**
 - **ENTREVISTAS**

- **CONSEJERIA PARA PACIENTES NOTIFICADOS VIH+**

- **CARACTERISTICAS DE LOS ENTREVISTADOS**

Consentimiento informado:

La presente investigación se titula: Vulneración de derechos humanos y discriminación -Percepción de varones migrantes portadores de VIH/SIDA: Investigación en varones migrantes participantes del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa, la cual se enmarca en el trabajo de tesis de magister de Trabajadora Social Titulada de Universidad Miguel de Cervantes - Voluntaria de Fundación Diversa en la ciudad de Santiago de Chile.

El objetivo de la investigación es conocer las percepciones de hombres migrantes, mayores de edad, acerca de la vulneración de derechos humanos y discriminación, de las que han sido objeto, por ser portadores del virus de VIH o en etapa de SIDA, usuarios del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa, en Santiago de Chile.

La metodología de recolección de información utilizada será entrevista cualitativa semi estructurada a usuarios varones, mayores de edad notificados seropositivos, usuarios del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa.

La información obtenida de los voluntarios que reúnan los requisitos señalados anteriormente, será grabada, con el propósito de mantener la esencia de la información vertida por los entrevistados.

Las partes responsables de la investigación se comprometen a mantener la confidencialidad de los datos obtenidos durante el desarrollo de la entrevista; a su vez resguardar la identidad de los participantes en todos los documentos que se presenten o publiquen producto de la investigación.

Las partes responsables de la investigación se comprometen a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que los voluntarios tengan respecto de ella.

Si está de acuerdo, y no tiene interrogantes respecto de su participación en la investigación, puede firmar la carta adjunta a este documento.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Usuario del Programa de Salud comunitaria de Fundación Diversa**, de nacionalidad _____ expreso mi voluntad de participar como entrevistado en la investigación: Vulneración de derechos humanos y discriminación -Percepción de varones migrantes portadores de VIH/SIDA: Investigación en varones migrantes participes del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa, la cual se enmarca en el trabajo de tesis de magister de Trabajadora Social Titulada de Universidad Miguel de Cervantes - Voluntaria de Fundación Diversa en la ciudad de Santiago de Chile.

Declaro haber leído y comprendido la información que se me ha entregado y que mis preguntas sobre la temática a investigar han sido respondidas de manera satisfactoria. He recibido información clara acerca de la investigación y estoy consciente que mi participación es voluntaria, por tanto, firmo este consentimiento informado y voluntariamente.

Firma del Participante

Santiago, Chile Primer Semestre de 2018



Compañía 3067, Santiago, Metro Quinta Normal
Fono: 2-26826524 Mail: fund.diversa@gmail.com
www.fundaciondiversa.cl

Pauta de entrevista

Favor me puede indicar su nombre, edad, nacionalidad, nivel de educación, tiempo que vive en nuestro país.

1. ¿Quiénes componen su grupo familiar?
2. ¿Con quién vive en nuestro país?
3. ¿Está en pareja?
4. ¿Cuál es su condición serológica actual?
5. ¿Ha sufrido discriminación y vulneración de derechos a causa de su condición serológica o debido a otras causas?
6. En caso de que haya sido víctima de discriminación y hayan sido vulnerados sus derechos ¿a qué lo atribuye?
7. ¿Cuál es su percepción, desde su identidad de género, migrante, seropositivo respecto de la discriminación y vulneración de derechos en Chile?
8. ¿Cómo se enteró de la labor de Fundación Diversa?
9. ¿Desde cuánto está siendo atendido?
10. ¿Se siente cómodo con los voluntarios de Fundación Diversa?
11. ¿Recibe sólo medicamentos u otros servicios de Fundación Diversa?
12. ¿Cuál es la razón de que haya elegido ser atendido en Fundación Diversa y no los sistemas públicos de salud, en nuestro país?
13. ¿Le gustaría compartir experiencias relativas a discriminación y vulneración de derechos a causa de: sexo, raza, nacionalidad o condición de salud, que haya vivido en nuestro país? ¿Cuál es su percepción al respecto?

Gracias por su colaboración



Compañía 3067, Santiago, Metro Quinta Normal
Fono: 2-26826524 Mail: fund.diversa@gmail.com
www.fundaciondiversa.cl

Transcripción de Entrevista

Perfil de Usuario del Programa de Salud Comunitaria de Fundación Diversa

El perfil de usuarios migrantes, mayoritariamente latinoamericanos que llegan a Fundación Diversa, son profesionales con formación universitaria. Diagnosticados con VIH, en sus países de origen, con tratamiento con terapias antirretrovirales. Han migrado a Chile por temas laborales o problemas de refugio como es el caso de los migrantes venezolanos.

El cómo/por qué han llegado a Fundación Diversa, es por temas de confidencialidad, situación de irregularidad en el país, recién llegados a Chile, sin medicación.

Algunos de ellos recién llegados sin conocimiento del sistema de salud chileno, han indagado en internet, buscando Fundaciones que tengan que ver con temáticas de diversidad sexual y VIH/SIDA e ITS. Es así como se contactaron Fundación Diversa de modo directo y el caso de otros migrantes a través de la red han llegado a Fundaciones como Acción Gay y Savia y posteriormente derivados a Fundación Diversa para obtención de terapia antirretroviral, quien es que realiza una atención integral al usuario.

La mayoría de ellos fue notificada de su condición de VIH, sin contar con apoyo psicológico, enfrentando la noticia de su condición serológica, sin apoyo familiar y amigos; en soledad y desesperanza.

Entrevistado N°1

¿Quiénes componen su grupo familiar? Padre, madre, hermanos

Vive en Chile hace 11 meses

Venezolano 32 años, enfermero, gay. (diagnosticado VIH en su país de origen)

Salí de mi país por la crisis política y la salud que es un caos. Nos hemos enfrentado a un deterioro de la salud psicológico y económico.

En Chile encasillan mucho respecto del VIH.

En Venezuela hoy percibo que el saber de la condición serológica, existe estigmatización, se dice no mereces vivir, sobre todo si eres amanerado exageradamente.

Hay gente que lo maneja muy bien, en mi caso particular tengo el apoyo de mi madre y hermano, que están ligados al área de la salud (enfermera y enfermero). Mi padre no conoce mi condición de VIH, pero si lo supiera también tendría su apoyo. Por temas culturales ancestrales, la mayoría de los notificados de VIH, son estigmatizados y discriminados.

Hay que considerar que las personas con VIH, no mueren por el virus, sino por otros problemas de salud. Entre otros, por la soledad y la depresión que los consume (no es mi caso), porque sufren estigmatización y vulneración de derechos básicos.

Las personas se dejan llevar por las apariencias físicas, el que no encaja con los modelos, sufre mayor discriminación, nos quedamos con la primera impresión, percibo que el mal de la población es la segregación, estereotipación, discriminación familiar y social, en la mayoría de los casos.

Fundación Diversa es crucial en la atención y vinculación con los sistemas de salud chilenos.

No he sido vulnerado por mi condición de salud, porque no lo saben. No sé qué ocurriría si fuera de conocimiento de quienes me rodean, tal vez sería apartado, aislado por el estigma que tiene el virus.

Entrevistado N° 2

¿Quiénes componen su grupo familiar? Padre, madre hermanos

Panameño 44 años, Gay. Ingeniero, Profesional del área de negocios (diagnosticado en su país de origen)

Vive en Chile hace un año

Soy católico, apostólico y romano. He tenido la oportunidad de viajar mucho por el mundo, por el trabajo que tengo e individualmente. Creo que yo soy un caso atípico del migrante que llega a Chile, yo vine trasladado a una filial de la empresa que tiene oficinas en Santiago. Tengo un muy buen pasar económico.

El VIH es percibido como un estigma, por desconocimiento de la población en general. Al llegar a Chile me sorprendí con las cifras de infectados por el VIH, especialmente jóvenes, mujeres y adultos mayores, simplemente no lo imaginé, porque se cree que el VIH es una enfermedad de homosexuales, adictos,

trabajadores sexuales, lo que reafirma que falta educación para derribar mitos, eliminar las etiquetas, estereotipos. Pienso que se debe a los paradigmas morales que se encuentran presentes en las sociedades latinoamericanas en general, y Chile no es la excepción.

En general en ámbitos laborales, salud no he tenido malas experiencias. He tenido buenas oportunidades en estas áreas.

Yo personalmente estoy de acuerdo con la unión civil, pero no con uniones religiosas de parejas del mismo sexo, pese que soy católico apostólico y romano, no puedo creer en un sacramento que es dado por individuos que actúan mal y hacen daño. No creo en la adopción de niños por parejas del mismo sexo, los niños(as) necesitan de un padre y una madre.

Gracias Pilar por permitirme hablar estos temas contigo, pues no existen espacios amigables para hacerlo.

Respecto de la discriminación ya sea por sexo y otra razón, he sido discriminado de cierta forma en el seno familiar, porque la casa te impone cómo ser hombre, porque la sociedad así lo exige. Sin embargo, lo que suceda en la intimidad de cuatro paredes, debe permanecer allí, seguir lo que te hace feliz y desechar lo que no.

No he tenido problemas para relacionarme con ningún sexo, e incluso estuve relacionado románticamente con mujeres. Pero con el tiempo supe que no era bisexual, sino un hombre al que le gustan los hombres.

Mi vinculación con Fundación Diversa es la relación de amistad que tengo con el Directorio.

Entrevistado N° 3

¿Quiénes componen su grupo familiar? Padre, madre hermanos

Vive en Chile hace 10 meses

Venezolano 42 años, Bioanalista, gay (diagnosticado VIH en su país de origen)

En Caracas existen Fundaciones, pero no como en Chile, son muy burocráticas y cuesta mucho acceder a la medicación. En Chile todo fluye en estas Instituciones, lo que me llamó mucho la atención. En Fundación Diversa el trato es oportuno y no segregan a nadie.

Vine a Chile por el problema político que existe en Venezuela, no se puede acceder a la salud, aun cuando se tenga más de un trabajo no se puede vivir. No hay posibilidades de cubrir problemas de salud agudo, pese que el gobierno obliga a los empleadores a tener seguros médicos a sus trabajadores, a la hora de utilizarlo no cubre prácticamente nada. No se puede cubrir el valor de la medicación en caso de una hospitalización, exámenes específicos, lo que obliga al paciente a poner dinero de su bolsillo. Por esta situación la atención alternativa que son las Fundaciones no tiene capacidad están colapsadas. Por mi condición de salud, decidí venir a Chile ya que acá hay un amigo que vive hace años en Chile, y porque en este país tengo más posibilidades de ejercer mi profesión.

En Venezuela no tienes acceso la medicación sino eres ideológicamente adherente al régimen actual. Los que tenemos mayor educación no tenemos los beneficios de los estratos más bajos y medios, como medicación y cajas de alimentos que no son gratis, se paga por ellas.

Cuando el país estaba bien, yo ganaba el equivalente a US\$1800-3500 al cambio de bolívares, en la actualidad con tres trabajos mi sueldo bajó a 5 dólares, lo cual no permite descansar, divertirse, no es calidad de vida.

En Chile mi primera atención la tuve en el Hospital San Borja, Fundación Arriarán. Tuve una experiencia muy buena, lo que cambia nuestra percepción del temor de cómo nos van a tratar, si nos acogerán bien, porque hay compatriotas que “han puesto la torta”, “han puesto la cereza al pastel”. La ocasión que me sentí vulnerado en mis derechos al estar chateando en la red cuando alguien me escribió “lárgate de aquí, maldito caribeño” y mi pensamiento fue porque me trata así, si ni siquiera me conoce y ¿qué me espera cuando salga a buscar empleo? Quizá sea la forma de conocer la realidad laboral y social de un modo más real.

MI percepción de Chile de acuerdo a lo referido por otros que han llegado al país, antes que yo es que es una sociedad difícil, pero luego te acostumbras. Pese a que los venezolanos son más aceptados que otros migrantes. Una experiencia que tuve al tomar un taxi, con conductor chileno, habló muy mal de Chile (yo pensé por qué habla así de su país) y noto que éramos venezolanos los que viajábamos con él y nos dijo me agradan los venezolanos, son amables, católicos.

En Fundación Diversa, sientes el cariño de verdad.

En Venezuela trabajaba con patronos chilenos, que ya estaban adaptados a la sociedad venezolana y el trato era muy bueno y las condiciones laborales también.

Pero en la universidad tuve profesores chilenos, Uno de ellos era “un puente roto”, nadie lo pasaba, no lo toleraban.

El ser humano, siempre está haciendo selecciones, elecciones. Se piensa en la no discriminación, en que todos somos iguales, lo que no es así, pues entre si nos discriminamos.

La percepción que tienen los chilenos respecto a los migrantes, es que les vienen a quitar los empleos, en el caso de los venezolanos que tenemos mayor educación esta situación es más evidente. Yo no creo en ello, porque debe existir la libre competencia, somos egresados de universidades, tenemos la mente más abierta.

La percepción que existe en el tema profesional relacionado con médicos venezolanos/chilenos. Es que los primeros examinan mejor a sus pacientes, se ocupa de detalles asociados con ciertas patologías. En mi caso en particular he tenido que ser hasta terapeuta. La atención del paciente debe ser integral, debe existir un trabajo en red. Respecto a la competencia profesional, se debe ser abiertos a las correcciones, usar criterios, todos somos distintos, lo que no significa que un profesional de la medicina, en este caso, esté ejerciendo mejor o peor la profesión.

Respecto del VIH, es una condición que requiere de un proceso continuo de enseñanza, desde el colegio. La educación inicial debe partir desde los hogares, las familias. Se debe poner al tanto de los riesgos y advertir en el caso de que te tengas una noche loca. Me contagié con una expareja, ni él sabía que era portador del virus. Yo como soy del área de salud me hacía trimestralmente todos mis análisis y los procesaba. Luego lo confronté y me di cuenta que era un mentiroso, no fue honesto al iniciar la relación. No se trata de andar diciendo a todos tengo esta condición, soy VIH, pero si contarle a quien te interesa, te importa, te gusta. Lo ideal es que la persona te diga ok, te apoyo, lo que no siempre ocurre, porque no todos quieren cargar con ese carro.

Las personas piensan que el VIH es problema de otros, dicen a mí no me pasará.

En temas de VIH, se debe hacer valer el derecho humano a no decir que tienes esta condición, donde pueda poner en peligro tu integridad, tu empleo o tu relación familiar. Cuando decidimos referirnos al tema se corre el riesgo de ser rechazados y estigmatizados.

Me ocurrió que había un hombre que me gustaba muchísimo, cuando se lo conté me dijo: te quiero mucho, pero como amigo. El dónde me veía me abrazaba, me besaba, parecía que se había perdido la oportunidad conmigo, le confeso “no puedo seguir con esto por tu condición serológica”. No puedo ser deshonesto con esta condición, la honestidad distingue: con la familia, con la pareja, amigos. Pese a que esta condición tiene connotaciones negativas, estigmas y se asocia a conductas de alto riesgo, promiscuidad, las personas terminan aceptándote cuando eres honesto.

Hay personas que se hacen la vista gorda, se ponen una venda, no quieren saberlo, no se quieren enterar y sigue teniendo conductas de alto riesgo, poniéndose en peligro y poniendo a otros en peligro también. ¿Pues qué pasa si el sujeto no solo tiene VIH, sino Hepatitis C? te condena a muerte enseguida. Si yo tengo lo que tengo, por eso me protejo y protejo al otro, Hay que tratar de corregir conductas sexuales.

Antes de llegar a Diversa, fui a fundación SAVIA, ellos estaban en remodelación y no contaban con el medicamento que yo estaba tomando, y derivaron a Fundación Diversa, escribí al email y me dieron una cita y sin trámites burocráticos fui atendido, lo que me extrañó, no es como en mi país, pues existe demasiada burocracia. Acá te tratan muy bien, te contienen y te entregan la medicación. Acá la atención marca la diferencia.

Entrevistado N° 4

¿Quiénes componen su grupo familiar? Padre, madre hermanos

Venezolano 35 años, Gay, Profesional del área de las investigaciones (diagnosticado VIH en su país).

Vive en Chile hace un año

Estuve durante 33 años en un ambiente machista, yo viví en este ambiente siempre. Yo creo que habría que poner una lupa a los conceptos ¿normalidad, anormalidad? El problema se centra en el lenguaje. Hay incongruencia fenotípica en las personas, por eso se debe ver más allá de lo evidente. Uno como ser humano intenta mimetizarse, buscando la mejor firma de vivir, para que no te dañen la psiquis.

En este país no he sufrido mal trato como tal, pero aún no me acostumbro al humor negro que tienen los chilenos y las bromas con doble sentido y el auto bullying que se hacen. Creo que es por la geografía del país.

Me molestan las bromas pesadas que se hacen respecto a los hombres gay o a hombres que tienen sexo con hombres, hacen burla constante de ello. Creo que no están totalmente definidos, y esto no solo ocurre en torno al sexo, sino en todo orden de cosas.

Me he sentido discriminado por las mujeres, porque son muy drásticas en sus juicios.

Tengo un amigo que se me acercaba mucho, me trataba muy bien, él es varón y no me atrevía a contarle que estoy en una relación homosexual, pues pensé que no me entendería, porque es una persona muy estructurada. Pensé que como soy varón me juzgaría, al no sentir la crítica y el rechazo de su parte, sino respeto, me sentí muy bien.

Al comienzo me hice todos mis análisis médicos en el sistema de salud pública chileno, luego me fui a una Fundación llamada Acción Gay, y por razones de medicación me derivaron a Fundación Diversa. Pienso que una primera atención cuando se tiene esta condición de salud y además migrante, debe recibirla de una Fundación, por la acogida y calidez que se recibe de parte de los que la integran y la burocratización del sistema de salud pública. Pero he visto la evolución de la atención de salud pública, ahora hay muchas más facilidades.

Pero la atención en Diversa es muy recomendable, porque educan, y dan directrices muy claras respecto al virus del VIH. Debe ser porque la Fundación está vinculada por el sistema sanitario. No sé si las personas que no cuentan con la ayuda de la Fundación Diversa, tengan la misma percepción. Te puedo referir que en Chile los médicos no son cercanos y solo se enfoca solo en la patología o condición de salud que aqueja al paciente.

Para mí la salud es el estado que nos conduce a tener un buen nivel de vida, salud mental, que permite entendimiento que uno debe cuidar el cuerpo, entender que las prácticas sexuales son naturales y las prácticas de alto riesgo, son responsabilidad de cada uno. Es importante entender que la sexualidad conlleva el disfrute y permite descargar las necesidades básicas humanas. Por lo que hay que protegerse de los riesgos.

Se debe educar respecto a los riesgos de tener relaciones sexuales en general, para prevenir. Puesto que cuando tú llegas a la Fundación ya no hay nada más que hacer, pues ya estas diagnosticado con el virus. Fundación hace esta labor a través del equipo de educación que imparte charlas a colegios que lo soliciten.

Entrevistado N° 5

¿Quiénes componen su grupo familiar? Padre, madre hermanos

Colombiano 40 años, Gay, Paramédico (diagnosticado VIH en su país)

Vive en Chile hace dos años.

La sociedad chilena tiene una cultura totalmente distinta a la colombiana. He tenido experiencias buenas y malas con las personas de este país. Creo que la gente debe educarse.

En Fundación diversa hay gente muy acogedora, amable, hay muy buena recepción al extranjero, por lo que no puedo generalizar, pues he recibido buenos y malos tratos en ambientes diversos.

Yo trabajo en la parte de salud, trabajo para mejorar la salud del paciente, prima sobre mí el ser humano, es algo que traigo desde mi país. Me gusta venir a la Fundación, porque no cierra puertas a nadie. La atención es de puertas abiertas a todas las personas, sin estigmatización, raza, etnia.

En Chile el VIH es muy restrictivo, pero si he vivido casos de discriminación por la condición de VIH, a mí no me ha tocado directamente, porque no lo saben. El padecer esta enfermedad te vuelve solitario, tienes una vida triste y te enfocas solo en tu trabajo. No se puede contar abiertamente porque la gente, rechaza, estigmatiza y no te queda otra opción que ponerte en manos de Dios.

Estoy solo acá en Chile, toda mi familia está en Colombia, hablamos todos los días y les visito para navidad. Me contacté con Fundación Diversa, a través de la página. Venía diagnosticado desde Colombia, cuando ya no tenía medicamentos y la Fundación me acogió. El carisma del Directorio, es lo que hace la diferencia, en conjunto con el trato que se recibe del resto de los usuarios (especialmente los días martes, en la once comunitaria).

He participado en campañas de prevención oral y adherencia a medicamentos. Por otra parte, la folletería que se maneja en Diversa, es muy adecuada.

Creo que ayudaría mucho tener charlas acerca de los últimos avances en materias de medicamentos de última generación. Para saber.

En Chile no he escuchado campañas sobre VIH, salvo lo que he visto en Fundación Diversa

A nivel de prevención del VIH el tema debe ser tratado desde el colegio. En Colombia se hacen charlas de sexualidad y reproducción, desde ahí se enlazan los temas de VIH/SIDA e ITS. Debe tratarse estas temáticas desde que los jóvenes tienen conciencia que tendrán relaciones sexuales y explicarles sin asustarlos, qué hacer en caso de sífilis, gonorrea y en general de enfermedades de transmisión sexual. Y en el caso específico del VIH/SIDA el llamado es a la prevención, puesto que las personas con esta condición de salud generalmente no son honestas con sus parejas.

A Chile le falta mucho: Falta énfasis en la prevención a nivel de población en general. Desconozco como manejan a el tema a nivel estudiantil.

Creo que no hay tanto compromiso con el VIH, con lo que está pasando con el virus. Debiera haber campañas en las que se dijera: si fuiste diagnosticado cero positivo, debes hacer, acudir, etc.

A mí cuando me diagnosticaron en Colombia. El médico me dijo aquí tiene sus resultados, tiene tres meses de vida. Nadie me explicó que existen antirretrovirales, lo que puede cambiar tu actitud frente a la vida.

Las campañas deben tratar la prevención y mejorar el plan de acción, para enfrenar el contagio por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Las personas que padecen de VIH, generalmente están solas cuando se les confirma su condición de salud. Aquí la gente no se cuida sexualmente. Yo me protejo muchísimo,

Sufrí una experiencia en mi niñez, que me marco mucho: a los 9 años fui violado, y con el tiempo tuve que aceptar mi homosexualidad. Cuando fui diagnosticado fue muy traumatizador, entré en depresión severa, no podía creerlo: Dios mío por qué a mí si yo decía no, no, no. Yo siempre fui una persona que me cuidaba mucho, hasta que tuve un contacto de riesgo. Al ser diagnosticado seropositivo, nunca tuve contención ni ayuda psicológica. El mundo se derriba y ya no quieres vivir más, la soledad y el abandono te matan más que la misma enfermedad.

A las personas les da miedo interactuar con personas que viven con VIH, lo que te hace cada vez más solo. Yo personalmente no soy capaz de omitir mi condición de salud. Mi ex pareja que era médico, cuando supo de mi condición de salud me abandonó. Yo igual lo entiendo: para que se va a atar a una persona seropositiva, si tiene muchas posibilidades de conocer a alguien sano.

Entrevistado N° 6

¿Quiénes componen su grupo familiar? Padre, madre hermanos

Ecuatoriano 40 años, heterosexual, Auditor (diagnosticado VIH en su país)

Vive en Chile hace 19 años

En Chile no he tenido problemas de discriminación por mi condición serológica, pues me atiendo fuera del sistema de salud chileno, porque no creo en la confidencialidad que puedan tener respecto de mi condición de salud. Este problema no lo viví en Ecuador, había garantías reales de confidencialidad, además de todos los análisis eran gratuitos.

Sin embargo, mis derechos fueron vulnerados por mi ex. -mujer quien violó la confidencialidad y lo conto a mi familia, cosa que yo no quería.

Ya estoy acostumbrado a la sociedad chilena.

La sociedad chilena es una sociedad muy fragmentada socialmente hablando, es una sociedad que funciona con sus propios códigos, no tiene mucha interacción con el resto del mundo.

Creo que hay un modelo de desarrollo que se instaló en Chile, puesto que hay gente que se interesa más por los recursos monetarios, que, en otros aspectos. Es una sociedad en que uno pasa muy solo. Existe mucha gente tolerante, pero a su vez son más las intolerantes.

Las campañas preventivas del VIH/SIDA e ITS, son insuficientes, no abordan realmente el problema social del VIH; pienso que no solo se deben abordar desde lo médico, sino también desde el bienestar de los individuos.

Los esfuerzos que ha hecho el MINSAL, son importantes en relación al virus y a las condiciones de riesgo, pero no se aborda la infección de modo integral involucrando a toda la sociedad.

Los recursos con que se cuenta son insuficientes, hay muchas trabas para acceder al servicio de salud, principalmente estas trabas son a nivel económico, las coberturas no son integrales, lo que es una forma de vulneración y discriminación.

Yo personalmente no estoy integrado al sistema de salud nacional, me atiendo fuera. No tengo confianza en la reserva de mi condición de VIH.

El Estado de Chile ha decidido, como política de estado, no pagar las patentes de los medicamentos específicos para el virus del VIH/SIDA, por cuanto no están disponibles todos los medicamentos que se requieren para el VIH/SIDA.

En Chile si se quiere atacar el virus, se debe diagnosticar al mayor número de gente, para un diagnóstico precoz.

No me discriminan por mi condición de salud, porque mantengo la reserva de ello; en grupos selectivos de amistades puedes decirlo y no te discriminan.

Me preocupa (soy auditor) que en la profesión médica estén testeando la condición serológica, sin el consentimiento de los pacientes. Porque no existen garantías reales de confidencialidad, es decir se está vulnerando los derechos humanos.

Me genera estrés que la ingesta de algunos antirretrovirales, entreguen falsos positivos para drogas, como la marihuana. Existe un test específico, con el cual se puede identificar cual es la medicación que está arrojando falso positivo a drogas. Lo que claramente expone al individuo a perder su trabajo y otras consecuencias para su vida personal. Esta primera impresión estigmatiza y excluye.

Los medios asociados a las campañas, inducen a pensar que el problema del VIH/SIDA es de otros, de cierta población que tiene determinadas conductas.

El problema es un problema de Estado, tanto en gobiernos de derecha e izquierda (Bachelet y Piñera, más recientemente), la carencia es nivel de decisiones políticas. Sea cualquiera sea la ideología el resultado es el mismo en materias de prevención del virus del VIH/SIDA, pues nadie se hace cargo en la dimensión real del problema de salud pública y social que involucra el diagnóstico del VIH. La falencia es las pocas campañas realmente preventivas.

Yo viví en Europa en el tiempo que se conoció la existencia del Virus (en los años 80) donde a nivel nacional se distribuía condones gratuitos en discotecas y otros de recreación de concurrencia masiva. No se puede decir que la juventud no se

cuida, cuando no tiene acceso a condones que tienen alto costo para los jóvenes, que muchas veces no cuentan con dinero propio. No se trata de diabolizar el virus, pero sí llamar la atención en materias preventivas. Se debe desestigmatizar y encasillar a quienes pueden ser candidatos al contagio, pues el virus no respeta condición social, etnia, sexo, género.

Consejería

Introducción:

El principio fundamental de la detección del VIH es que se debe acompañar de información previa, de manera que permita al usuario/a decidir con conocimiento de causa y voluntariamente realizarse el test. La OMS propone garantizar el principio de “**3C**” (**Consentimiento informado, Consejería y Confidencialidad**)

La OMS definió la Consejería (asesoramiento), en el contexto del VIH/SIDA, como una relación de confianza y diálogo con dos objetivos generales: prevenir la infección y la transmisión del VIH y dotar de apoyo psicosocial a las personas directa o indirectamente afectadas por él.

En correspondencia con esos planteamientos, **el Ministerio de Salud de Chile definió la Consejería asociada al VIH/SIDA** como “un proceso de comunicación interpersonal entre un/a profesional capacitado/a en consejería y un/a consultante, y/o usuario, basado en la escucha activa centrada en la persona, en el contexto de una relación de confianza, que desarrolla las capacidades y recursos personales para llevar a cabo su proceso de evaluación de riesgo y toma de decisiones en plena libertad, contando con apoyo emocional especializado e información personalizada” .

Bases legales

- a) **La Ley 19.779, promulgada en 2001**, establece con respecto al examen de detección para el VIH, que éste se realizará previa información acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces. Así también establece que sus resultados se entregarán en forma personal y reservada, a través de personal debidamente capacitado para ello, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.
- b) **El Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (Decreto 182 de 2005)**, en su artículo 7º señala que: “El médico-cirujano que indique a una persona un examen para detectar el VIH, y el responsable del laboratorio clínico en caso de solicitud espontánea, deben realizar, por medio de personal capacitado, consejería previa

a la toma de muestra. La consejería debe tratar sobre la petición del examen, **el derecho de la persona a negarse a que se le efectúe**, el virus de la inmunodeficiencia humana y su acción en el organismo, la implicancia de ser portador de este virus, sus formas de infección y medios de prevención”.

C) **El Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH**, aprobado por Decreto Exento N° 835, del 10 de marzo de 2010 y Publicado en el Diario Oficial el 01.04.10, establece las actividades de la Consejería asociada a la **oferta o solicitud del examen de detección del VIH**, así como a la entrega de su resultado, según la puerta de entrada de cada usuario/a.

Tipos de Consejería:

En Chile se ha diferenciado la Consejería para el VIH en:

- I. **Consejería para la prevención del VIH e ITS:** Considera la evaluación de las vulnerabilidades y riesgos personales, la entrega de información actualizada y la planificación personalizada de estrategias de prevención. La oferta del examen se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización.
- II. **Consejería asociada al examen de detección del VIH y la entrega de su resultado:** Se orienta principalmente en apoyar la toma de decisiones informadas respecto de la realización del examen y del resultado de manera oportuna.

En el marco de la Consejería asociada al examen de detección del VIH y la entrega de su resultado se definen tres categorías:

1. **Consejería y detección del VIH en donantes de sangre y órganos:** Es la Consejería que se realiza a todas aquellas personas que hacen una donación de sangre u órganos, que deberán ser examinados respecto al VIH, según se establece en la Ley 19.779 y el Decreto N° 182/05 del Ministerio de Salud. Está orientada a informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, a fin de que el/la usuario/a decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye.

Tipo de Usuarios/as:

Donantes de sangre
Donantes de órganos

2. Consejería y detección del VIH por iniciativa del profesional de salud:

Es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un/a usuario/a en un establecimiento de salud. El objetivo principal es permitir la toma de decisiones o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del usuario/a.

Se realizará a aquellas personas a las que se ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por el contexto normativo de programas de salud o por situaciones clínicas que lo ameritan.

Tipo de Usuarios/as:

- Embarazadas.
- Personas en control por TBC
- Víctimas de Violencia Sexual
- Pacientes en diálisis
- Personal de salud que se haya expuesto a accidentes laborales a sangre o fluidos corporales de riesgo para el VIH
- Personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de Salud Sexual
- Consultantes con sintomatología sugerente de Infecciones de Transmisión Sexual
- Personas en control de Salud Sexual (comercio sexual)
- Pacientes en los que el médico y /o profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de la infección por VIH.

3. Consejería y detección del VIH por iniciativa del Usuario/a.:

Es la Consejería que se realiza a las personas que se acercan por iniciativa propia a un establecimiento de salud, para solicitar el examen de detección del VIH y conocer su estado serológico.

Tipo de usuarios/as: - Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia.

Otros destinatarios/as de la actividad de consejería serán las personas que actúen como tutor/a o representante legal de niños, niñas adolescentes y/o de personas incapacitadas de dar su consentimiento, quienes deberán firmar el consentimiento de aceptación o rechazo del examen.