

Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA
Proyecto conjunto UNESCO/ONUSIDA

**UN ENFOQUE CULTURAL DE LA
PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA
EN MÉXICO Y CENTROAMÉRICA**

Taller llevado a cabo en Antigua, Guatemala, Mayo de 2004

**José Luis Montijo
Markus Gottsbacher**

**Estudios e Informes – Serie Especial, No. 21
División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural
UNESCO, 2004**

Edición final:

Cristina de Azkarraga (UNESCO Mexico)

Cécile Mazzacurati (División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural, UNESCO)

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la postura oficial de la UNESCO.

(CLT-2004/WS/9)

Prefacio

El rápido avance de la epidemia del VIH/SIDA en la región latinoamericana pone de manifiesto la necesidad de realizar acciones urgentes y eficaces. Se estima que en América Latina y el Caribe un millón y medio de personas están viviendo con el VIH. Esa cifra incluye a las 200 mil personas que se infectaron en el 2003. El mismo año, el SIDA se cobró la vida de alrededor de 84 mil personas.

En América Central y México el virus se propaga principalmente por vía sexual, aunque no se encuentre concentrado de manera homogénea entre los grupos más vulnerables. Entre las profesionales femeninas del sexo, por ejemplo, la prevalencia del VIH varía significativamente – desde menos de 1% en Nicaragua hasta más del 10% en Honduras.

En cuanto a los hombres que tienen sexo con hombres, el índice de transmisión es uniformemente alto en toda Mesoamérica, oscilando desde el 9% en Nicaragua al 18% en El Salvador. Muchos de los hombres que tienen sexo con hombres también lo tienen con mujeres, y pueden así transmitir el VIH a su pareja o amigas. Esta transmisión, lamentablemente, se da con facilidad por condiciones biológicas. Pero las mujeres son también más vulnerables a los devastadores efectos económicos, sociales y culturales del VIH/SIDA. Constituyen por eso un foco de atención prioritaria para la prevención y atención.

Otro dato relevante es el incremento de personas infectadas entre los/as usuarios de drogas intravenosas, principalmente en las zonas fronterizas del Norte de México, lugar desde donde muchos migrantes Centroamericanos tratan de cruzar la frontera hacia Estados Unidos. Estas zonas son núcleos de atención principal en la Subregión, ya que existen muchos factores que favorecen la rápida expansión de la epidemia, como son el consumo de alcohol y las drogas, el número creciente de mujeres y hombres que se dedican al trabajo sexual comercial y el tráfico de drogas.

El área que comprende este estudio es una vasta Subregión con grandes recursos culturales que la UNESCO trata de rescatar a la hora de realizar una efectiva labor de prevención y atención a las personas que viven con VIH/SIDA. El taller que dio origen a este documento surge de esta preocupación. Organizado en el marco del proyecto conjunto UNESCO/ONUSIDA “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA”, este taller fue celebrado en la ciudad de la Antigua, Guatemala, en el mes de mayo de 2004, y reunió a numerosas personas pertenecientes a Asociaciones de la sociedad civil que trabajan con y para personas que viven con el VIH/SIDA. Los organismos internacionales y gubernamentales que acudieron, pudieron recuperar sus conocimientos y escuchar sus demandas e iniciativas.

Los autores de este documento, José Luis Montijo y Markus Gottsbacher, participaron activamente en el taller al presentar un estudio que sirvió como base para el debate y la identificación de temas prioritarios y su labor como facilitadores del evento fue inestimable.

El documento *Un enfoque cultural de la prevención y atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica* recoge las propuestas de trabajo destinadas a los cuatro grupos más vulnerables identificados en la Subregión: trabajadores/as del sexo comercial, poblaciones indígenas, poblaciones migrantes y hombres que tienen sexo con hombres. El objetivo de este primer documento es estimular estudios más desarrollados, proyectos culturalmente

adaptados, comunicación adecuada, que permitan una efectiva lucha contra el VIH/SIDA en la Subregión desde un enfoque culturalmente contextualizado.

El taller es el primero de una serie de talleres que se están preparando en el nivel subregional en América Latina, con la finalidad de establecer un marco de acción efectivo para la prevención y atención del VIH/SIDA.

Alya Saada
Directora a.i. UNESCO México

Indice

GLOSARIO	V
INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA	1
MARCO GENERAL	1
METODOLOGÍA EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO.....	2
I. LA VULNERABILIDAD ANTE EL VIH/SIDA EN MÉXICO Y AMÉRICA CENTRAL	5
1. EL USO CONCEPTUAL DEL TÉRMINO “VULNERABILIDAD”	5
2. IDENTIFICACIÓN DE ALGUNOS DE LOS GRUPOS CENTRALES DE DISCUSIÓN	6
II. BREVE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	9
1. EL VIH/SIDA EN EL MUNDO Y EN LATINOAMÉRICA.....	9
2. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN MÉXICO Y CENTROAMÉRICA	9
3. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN PUEBLOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y CENTROAMÉRICA .	12
III. BREVE PANORAMA HISTÓRICO, ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL DE MÉXICO Y CENTROAMÉRICA COMO MARCO DE DESARROLLO DEL VIH/SIDA.....	17
1. SITUACIÓN ECONÓMICA.	17
2. SITUACIÓN SOCIAL	19
3. SITUACIÓN POLÍTICA	22
IV. CULTURA Y VIH/SIDA EN MÉXICO Y AMÉRICA CENTRAL	25
V. GRUPOS TEMÁTICOS CENTRALES: ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DESDE UN ENFOQUE CULTURAL.....	27
GRUPO TEMÁTICO 1: HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES EN MÉXICO Y AMÉRICA CENTRAL.....	29
1.1 <i>Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a los hombres que tienen sexo con otros hombres.....</i>	29
1.2 <i>Identificación de factores culturales de prevención de VIH/SIDA</i>	34
1.3 <i>Experiencias concretas de prevención y atención</i>	35
1.4 <i>Recomendaciones y propuestas de indicadores desde un enfoque cultural....</i>	36
GRUPO TEMÁTICO 2: PUEBLOS INDÍGENAS DE MÉXICO Y CENTROAMÉRICA.	39
2.1 <i>Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a las mujeres y hombres de los pueblos indígenas</i>	39
2.2 <i>Identificación de factores culturales de prevención de VIH/SIDA</i>	45
2.3 <i>Experiencias concretas de prevención y atención del VIH/SIDA</i>	477
2.4 <i>Recomendaciones para la prevención y atención del VIH/SIDA desde un enfoque cultural</i>	49
GRUPO TEMÁTICO 3: MUJERES Y HOMBRES TRABAJADORAS/ES DEL SEXO COMERCIAL (TSC) EN MÉXICO Y CENTROAMÉRICA	52
3.1 <i>Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a las mujeres y hombres TSC.....</i>	52
3.2 <i>Identificación de factores culturales de prevención y atención del VIH/SIDA</i>	59

3.3	<i>Experiencias concretas de prevención y atención</i>	60
3.4	<i>Recomendaciones para el trabajo de prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural</i>	62
GRUPO TEMÁTICO 4: POBLACIONES MÓVILES DE MÉXICO Y CENTROAMÉRICA		63
4.1	<i>Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a las poblaciones móviles</i>	63
4.2	<i>Identificación de factores culturales de prevención de VIH/SIDA</i>	70
4.3	<i>Experiencias concretas de prevención y atención del VIH/SIDA</i>	72
4.4	<i>Recomendaciones y propuestas de indicadores desde un enfoque cultural</i>	72
5. ANÁLISIS FINAL DE LOS GRUPOS TEMÁTICOS CENTRALES.....		74
VI. EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN MÉXICO Y CENTROAMÉRICA DESDE UN ENFOQUE CULTURAL		79
1. LAS COMADRONAS		79
2. EL VIH/SIDA Y LAS COMUNIDADES GARÍFUNAS DE HONDURAS		80
3. IMPSIDA		81
4. PROYECTO UNESCO/ONUSIDA “UN ENFOQUE CULTURAL DE LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA”		83
VII. CONCLUSIONES		85
VIII. ANEXOS		87
ANEXO 1: REFERENCIAS		87
ANEXO 2: DIRECTORIOS		92
ANEXO 3: PROGRAMA GENERAL DEL TALLER		107
ANEXO 4: BIOGRAFÍAS DE LOS AUTORES.....		111

Glosario

AHMNP: Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá

ARCEGAL: Asociación Regional Centroamericana de Gays y Lesbianas

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

FNUAP: Fondo de Población para las Naciones Unidas

HSH: Hombres que tienen Sexo con otro Hombres

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

ONUSIDA: Programa Conjunto de la Naciones Unidas para el VIH/SIDA

PASCA: Proyecto Acción SIDA de Centroamérica

PNUD: Programa de naciones Unidas para el Desarrollo

PVVS: Personas Viviendo con VIH/SIDA

REDCA: Red Centroamericana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIDALAC: Iniciativa regional sobre Sida para América Latina y el Caribe

TSC: Trabajadoras/es del Sexo Comercial

TTS: Travestís Trabajadores del Sexo

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Introducción metodológica

Marco general

El presente documento pretende constituir una reflexión sobre algunos de los factores socio-culturales determinantes en la infección, prevención y atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica. Tiene como objetivo principal proponer un análisis a nivel subregional que lleve a la identificación y la integración de las referencias y recursos culturales, que inciden en dicha situación en las poblaciones y grupos afectados.

Asimismo, tiene como propósito ser la base de estudios futuros más detallados, que contribuyan al diseño de mecanismos en los que los diferentes actores se responsabilicen e involucren en iniciativas de prevención y atención del VIH/SIDA y así tratar de lograr cambios positivos en sus comportamientos tomando en cuenta los riesgos y responsabilidades ligadas a la expansión de la enfermedad.

El documento se encuentra enmarcado dentro del proyecto conjunto UNESCO/ONUSIDA “Un enfoque cultural de la prevención y atención del VIH/SIDA” (División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural, UNESCO). Dicho proyecto fue concebido a mediados de 1998 en relación con el nuevo acercamiento de ONUSIDA a la prevención y atención de la pandemia en el cual, la estrategia de dicha agencia pone énfasis en la configuración multidimensional de la problemática y en la diversidad de contextos con la intención de construir políticas y estrategias adecuadas y adaptables a cada situación.

Al respecto, esta iniciativa claramente sostiene los principios y orientaciones de la declaración de los compromisos sobre VIH/SIDA adoptados por la sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (junio de 2001), misma que plantea la importancia de *“poner énfasis en el rol de factores culturales, familiares, éticos y religiosos en la prevención de la epidemia y en el tratamiento, cuidado y apoyo, tomando en cuenta las particularidades de cada país así como la importancia del respeto de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales”*.

En ese sentido, “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA”, representa una nueva contribución dirigida a encontrar soluciones a este aparente insuperable reto. Su mayor expectativa metodológica es lograr el diseño de acciones que tomen en cuenta y respeten las formas de pensar de la gente, sus creencias, sistemas de valores, capacidad de movilización y, como consecuencia, lleve a la modificación de políticas y estrategias nacionales e internacionales, así como en el diseño de proyectos y el trabajo de campo.

¹ Para una revisión precisa de las intervenciones de la UNESCO sobre la atención y prevención del VIH/SIDA, desde un enfoque cultural en las diferentes regiones del mundo, se puede visitar la página Web: www.unesco.org/culture/aids

Metodología en la elaboración del presente documento

La elaboración del presente documento ha sido el resultado de la invaluable participación y colaboración de múltiples personas expertas en el campo de la prevención y la atención del VIH/SIDA. Durante su desarrollo, el documento ha atravesado tres fases principales consistentes en:

- 1) La elaboración de un documento base inicial
- 2) La discusión de los temas centrales propuestos en el documento base en un Taller subregional llevado a cabo en mayo del 2004 en la Ciudad de la Antigua, Guatemala²;
- 3) La revisión del documento base inicial y la incorporación de las aportaciones del Taller anteriormente referido.

1) Durante la elaboración del documento base inicial, los objetivos principales que se pretendían alcanzar consistieron en:

- Identificar los grupos vulnerables en México y Centroamérica desde un enfoque cultural.
- Identificar factores y recursos culturales de prevención y atención del VIH/SIDA en los grupos anteriormente mencionados, incluyendo aspectos religiosos, espirituales, valores éticos, tabúes, familia, estructuras de poder, relaciones y roles de Género, actitudes machistas, monogamia, poligamia, percepciones de salud y enfermedad, vida y muerte, etc.
- Identificar experiencias, métodos y posibilidades del uso de un enfoque cultural en la prevención y la atención del VIH/SIDA.
- Identificar instituciones y organizaciones involucradas en la prevención y la atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica.
- Preparar un documento base para la planeación del Taller Subregional en América Central, “Acercamiento Cultural de la Prevención y Atención del VIH/SIDA en Centroamérica y México”, a llevarse a cabo en Antigua, Guatemala, en el 2004.

Los objetivos anteriormente mencionados se cumplieron, aún con las limitaciones que representa la investigación de una Subregión tan vasta geográfica y culturalmente, sin dejar de mencionar la escasez de información y estudios sobre el tema.

En esa misma línea, durante la primera fase de la investigación, se llevaron a cabo diversas consultas y entrevistas con expertos y personas clave en el campo de la prevención y atención del VIH/SIDA, tanto en el ámbito internacional como subregional y local. Se utilizaron varias notas tipo para informar a las personas expertas sobre la naturaleza del trabajo de este proyecto y para invitarles a su colaboración y participación. En estas notas tipo se invitaba a compartir programas, proyectos, actividades locales, experiencias, métodos y posibilidades del uso de una aproximación cultural en la atención y prevención del VIH/SIDA, mismas que pudieran incluirse en la presente revisión.

Asimismo, se revisó la bibliografía publicada – siendo fundamental la colección de los cuatro manuales metodológicos, publicados por la División de Políticas Culturales y Diálogo

² Taller Subregional en Centroamérica “Acercamiento cultural para la prevención y atención del VIH/SIDA en Centroamérica”, celebrado del 11 al 13 de Mayo de 2004 en la Ciudad de Antigua, Guatemala.

Intercultural de la UNESCO y que se incluyen en la bibliografía anexa - además de obtenerse información especializada en páginas de Internet.

2) El taller llevado a cabo en Guatemala en mayo de 2004 tuvo como objetivo discutir los grupos identificados en el estudio base, intercambiar experiencias y buenas prácticas concretas desde un enfoque cultural del VIH/SIDA, y por fin elaborar recomendaciones para llevar a cabo estrategias de atención y prevención desde un enfoque cultural en los grupos estudiados de Centroamérica.

Los/as participantes en taller - expertas/os en el tema y principalmente provenientes de grupos de la sociedad civil de México y Centroamérica – hicieron contribuciones invaluableles en esta fase de reflexión, así como los/as expertos/as de agencias internacionales, de instituciones de salud de diferentes países de la Subregión, y de representantes de varias instituciones locales.³ En el marco del taller, se discutieron los grupos identificados en el estudio base, y se determinaron cuatro grupos prioritarios:

- Hombres que tienen sexo con otros hombres y Homosexuales;
- Grupos étnicos;
- Mujeres y hombres trabajadoras/es del sexo comercial;
- Poblaciones móviles

3) La tercera fase de investigación consistió principalmente en la revisión del documento base inicial y en su enriquecimiento con la integración de los resultados del Taller Subregional citado, así como con la incorporación de las observaciones hechas por todas/os las y los participantes de dicho taller.

En esta última fase, también se ha incorporado una mayor cantidad de datos sobre México y Belice, dada la ubicación estratégica y la importante referencia que representa para los países centroamericanos, sobre todo México. De la misma manera, se han intentado actualizar, en la medida de lo posible, los datos estadísticos presentados en el documento base inicial, con la consiguiente incorporación bibliográfica que se ha integrado a la ya referida anteriormente. Deseamos que este estudio, si bien no cumpla todo su cometido cabalmente, sí represente un acercamiento del cual se pueda partir para nuevas investigaciones y acciones.

Los autores desean agradecer especialmente a las y los participantes del Taller subregional por enriquecer este trabajo con sus invaluableles aportaciones. Asimismo, manifestamos nuestro agradecimiento al personal de las agencias de la UNESCO involucradas, en México, Guatemala y París por todo el apoyo ofrecido para que este estudio se llevase a cabo. No queremos dejar de agradecer también a las y los integrantes de la *Coalición Centroamericana de Organizaciones Juveniles para la Prevención del VIH/SIDA y Abuso y Uso Indebido de Drogas*, con quienes se llevaron a cabo entrevistas y cuyas opiniones y conocimientos están reflejados en la formulación de las recomendaciones de este documento.

Asimismo, los autores agradecen a todas las organizaciones civiles que nos brindaron su apoyo invaluable, proveyéndonos de diversos documentos y estudios sobre su trabajo y experiencia en el campo⁴.

³ Se encuentran citados apropiadamente en el directorio anexo correspondiente.

⁴ Nombres y datos en el directorio, anexo 2.

I. La vulnerabilidad ante el VIH/SIDA en México y América Central

1. El uso conceptual del término “vulnerabilidad”

Resulta complicado entre los especialistas en el tema, el uso de un lenguaje conceptual aceptado para toda la región con respecto a lo que implica la *vulnerabilidad*, *contextos vulnerables* y *comportamientos de riesgo*. Por lo tanto, en este estudio la vulnerabilidad se entenderá como la exposición al riesgo y, concretamente, al de infección con el VIH.

Los términos *vulnerabilidad* y *categorización de grupos vulnerables* son temas que provocan polémica. Entre algunos/as estudiosos/as del tema de prevención del VIH/SIDA que se resisten a la utilización de dichos términos, la argumentación versa en torno a que son estigmatizantes, además de ofrecer una falsa idea de que sólo “algunos” grupos o personas están en riesgo de infección, e incluso señalan que, en un caso extremo, dicha situación puede provocar la relajación de las medidas de prevención entre los otros grupos y personas que no se sientan identificadas dentro de esa categorización.

Hay incluso quienes ya no hablan de vulnerabilidad como tal, sino de *contextos vulnerables* y de *comportamientos de riesgo*, bajo el argumento de que ante el VIH/SIDA “todos somos vulnerables”. Aunque es cierto que todas y todos –en diferentes grados y formas – estamos expuestos/as al riesgo de infección con el VIH/SIDA, en general se acepta que el nivel de riesgo está circunscrito a la situación de las personas dentro de un contexto general del desarrollo - nivel de desarrollo del país al que se pertenece, nivel de ingresos, nivel de respeto de Derechos Humanos fundamentales, acceso a servicios de salud, educación y sociales - así como sus circunstancias locales y personales -familia y cultura que le rodea, comportamientos de riesgo.

En ese sentido, es necesario entender que aunque se pueden identificar condiciones (contextos de vulnerabilidad) similares que ponen en situación de riesgo a personas de diferentes países de la región centroamericana, también existen condiciones particulares que determinan dicha vulnerabilidad – exposición al riesgo - en cada nación como son: ubicación geográfica y zonas fronterizas; las distintas condiciones políticas, sociales, económicas, educativas y culturales en cada país; el tamaño y composición de la población, el nivel de desarrollo y de cooperación; las diversas etnias existentes, y las características culturales particulares de los diversos grupos locales. Ello evidentemente plantea un panorama de complejidad en la planeación de las acciones de atención y prevención del VIH/SIDA. Sin embargo, la realidad de México y Centroamérica es compleja y cualquier tendencia a verla de forma homogénea siempre será reduccionista.

Para cerrar este apartado, es importante hacer énfasis en que la pertenencia a uno u otro sexo, y más concretamente, las relaciones de Género y la situación familiar, juegan un papel determinante en la exposición o no, al riesgo de infección con el VIH/SIDA en México y Centroamérica.

2. Identificación de algunos de los grupos centrales de discusión

Uno de los objetivos principales durante la primera fase de la preparación del presente documento consistía en “la identificación de los grupos vulnerables en Centroamérica desde un enfoque cultural”. El objetivo se cumplió, dando como resultado una lista muy abundante: hombres y mujeres trabajadores/as del sexo comercial, hombres que tienen sexo con otros hombres, travestís trabajadores sexuales, población escolar adolescente, migrantes, recolectores de cosechas, mujeres amas de casa, niños/as en situación de calle, algunos grupos étnicos, niños/as y adolescentes sujetos/as a explotación sexual, trabajadores/as de las maquilas, trailereros, camaroneros, tricicleteros y presos.

En la presente etapa del documento, se han elegido cuatro grupos centrales de discusión debido a las siguientes razones principales:

- a) La primera razón consiste en la necesidad de concretarse en algunos grupos centrales, ante la abundancia de “grupos vulnerables” identificados en la primera fase del presente estudio.
- b) Las estadísticas de prevalencia de VIH/SIDA, que, en el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres y de los hombres y mujeres trabajadoras del sexo comercial, son altas en México y Centroamérica; y en el caso de las poblaciones indígenas y móviles, comienzan a cobrar relevancia.
- c) El debate y la discusión que en torno a los términos - *vulnerabilidad, grupos vulnerables y contextos de vulnerabilidad* – se generó durante el desarrollo del Taller subregional llevado a cabo en Antigua, Guatemala. De dicho debate se derivó un marco conceptual compartido, sobre el uso de los términos y se logró un consenso entre las/os participantes en la identificación de grupos centrales de discusión, tomando en cuenta la realidad centroamericana ante el VIH/SIDA y la diversidad cultural en la región.
- d) Las líneas de investigación y trabajo que en el tema de prevención y atención de VIH/SIDA, desarrolla la UNESCO desde un enfoque cultural.

Por lo tanto, ante la confluencia de los cuatro factores anteriormente mencionados, se identificaron los cuatro grupos centrales de discusión que serán abordados más adelante en el capítulo V: 1) Hombres que tienen Sexo con otros Hombres y Homosexuales; 2) Grupos Étnicos; 3) Trabajadoras/es del Sexo Comercial y 4) Poblaciones Móviles.

Es importante recalcar que la identificación en este estudio de los cuatro grupos prioritarios centrales se ha llevado a cabo con la participación de las organizaciones civiles e instituciones centroamericanas asistentes al Taller, en conjunto con el equipo de la UNESCO, ya que es frecuente que las agencias determinen por sí solas los temas de discusión, que no siempre corresponden con la visión y necesidades de las organizaciones locales.

Estos grupos serán objeto de un estudio más profundo en próximas páginas. En el apartado siguiente se presenta un breve panorama epidemiológico de la Subregión que muestra algunas tendencias en cuanto a la vulnerabilidad de la población.

⁵ Los “grupos vulnerables” identificados por diversas organizaciones de la subregión fueron: Hombres y Mujeres trabajadores(as) del sexo comercial (MTS) (HTS), hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), travestís trabajadores sexuales (TTS), población escolar adolescente, migrantes, recolectores de cosechas, mujeres amas de casa, niños(as) en situación de calle, algunos grupos étnicos,⁵ niños(as) y adolescentes sujetos(as) a explotación sexual, trabajadores(as) de las maquilas, trailereros, camaroneros, tricicleteros y presos.

Finalmente, es necesario apuntar que se deben establecer en todos los países y en la región estrategias, normas y programas que comiencen a enfrentar los factores y contextos que ponen en particular riesgo de infección por el VIH a la población de México y Centroamérica, entre ellos: el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de las mujeres, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños.

Tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de Género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar “la vulnerabilidad” y fijar las metas que se han de alcanzar.

II. Breve panorama epidemiológico

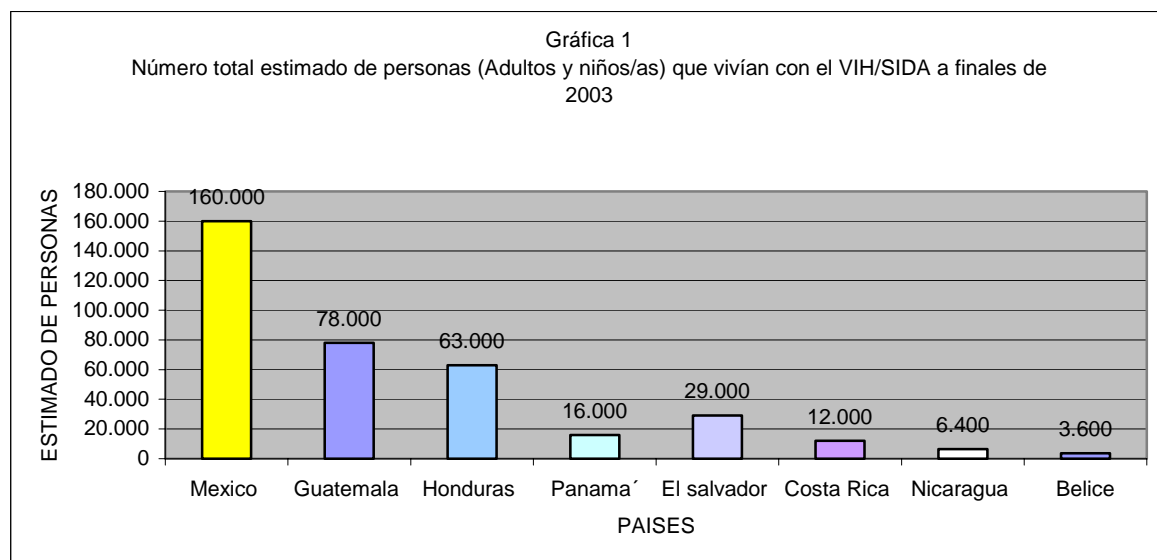
1. El VIH/SIDA en el mundo y en Latinoamérica

El VIH/SIDA en el mundo se ha convertido en un problema de salud pública grave que no ha sido abordado adecuadamente en toda su complejidad. Según datos del Cuarto Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004⁶, se estima que para el año 2003, de 34,6 a 42,3 millones de personas en el mundo vivían con el VIH/SIDA. Además en el mismo año, el VIH infectó a otros 4,8 millones de personas y se cobró la vida de 2,9 millones de personas, acumulando un total de más de 20 millones de defunciones desde que en 1981 se identificaron los primeros casos de SIDA.

En lo que respecta a América Latina, se calcula que más de 1,6 millones de personas están viviendo con el VIH/SIDA, y que, en el 2003, unas 84,000 personas fallecieron a causa del SIDA, mientras que otras 200,000 contrajeron la infección. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,5% de las mujeres estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

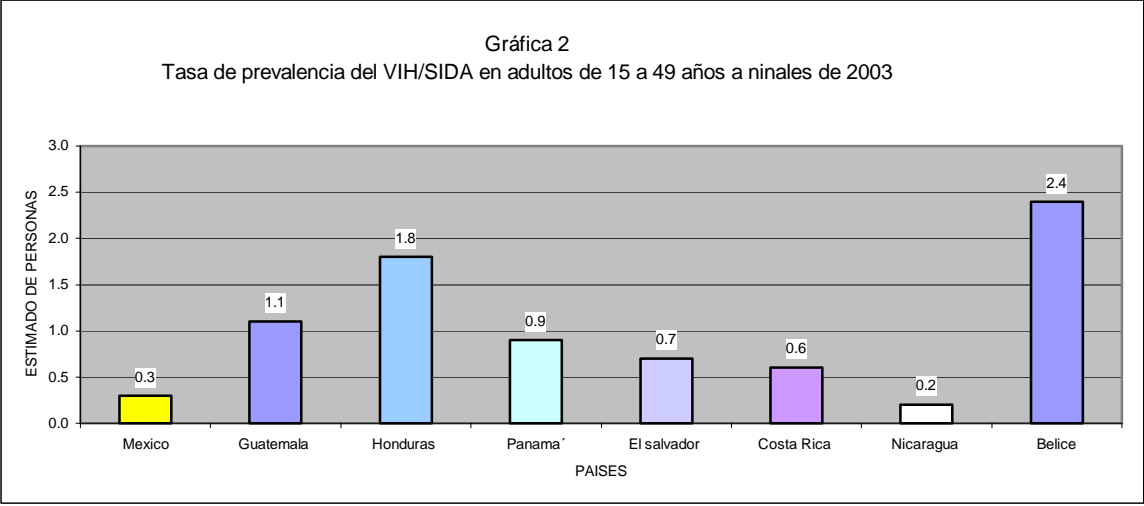
2. Situación del VIH/SIDA en México y Centroamérica

Los indicadores sobre la situación del VIH/SIDA en México y América Central nos muestran que el número total estimado de personas (adultos/as y niños/as) que vivían con el VIH/SIDA en dichos países a finales de 2003 era de 367,600; concentrándose el mayor número de personas afectadas en México, Guatemala y Honduras (*gráfica 1*).

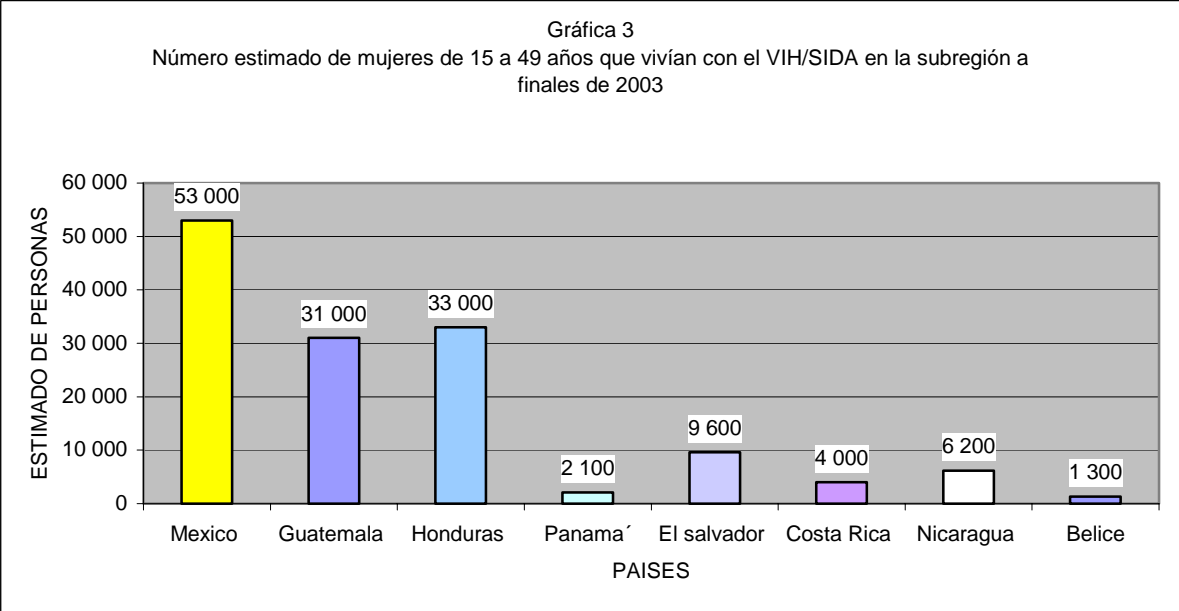


⁶ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: Cuarto informe mundial*, Ginebra, 2004. Se ha tomado como referencia dicho informe debido a que los datos de diversos estudios recibidos en la región diferían, incluso tratándose de un mismo país, lo cual no permitía la fiabilidad y dificultaba la comparación entre países.

En cuanto a la tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años a finales de 2003, el Informe mundial del SIDA muestra que Belice, Honduras y Guatemala presentan las tasas de prevalencia más elevadas, superiores a 1,0 (gráfica 2).



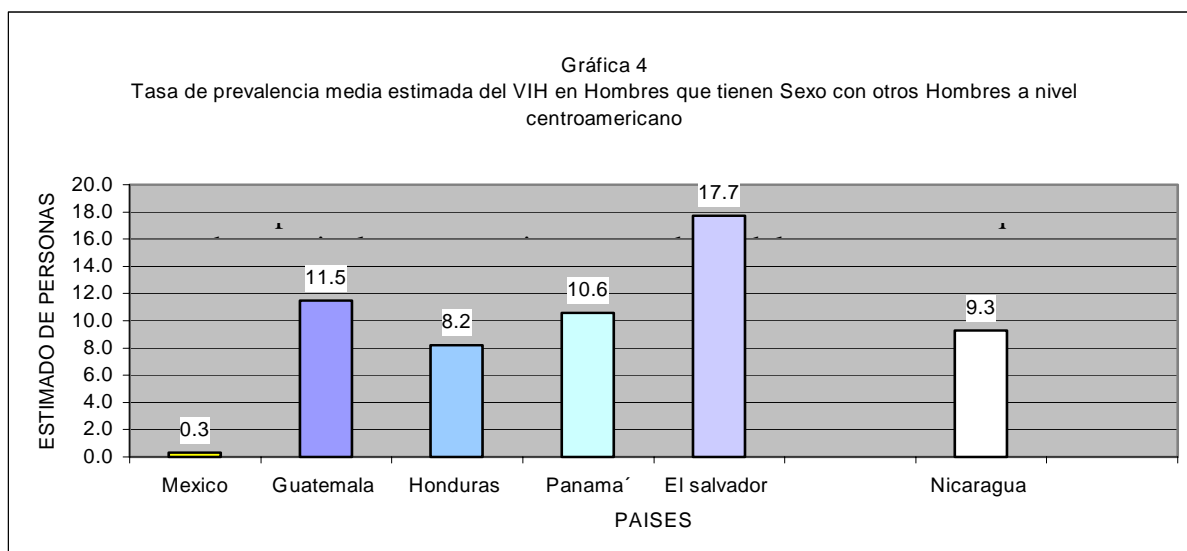
En relación con el número estimado de mujeres de 15 a 49 años que vivían con el VIH/SIDA en la subregión a finales de 2003, México comprende el mayor número de mujeres afectadas. (gráfica 3)



Si nos referimos a las/os jóvenes en Centroamérica, las tasas de prevalencia alta estimada del VIH (%) entre personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres (M/H) a finales de 2001⁷, son mayores en Honduras, Panamá y Guatemala (sin tomar en cuenta los datos correspondientes de México y Belice): Honduras 1,80/1,44; Panamá 1,60/2,40; Guatemala 1,14/1,22; El Salvador 0,48/1,04; Costa Rica 0,20/0,41; Nicaragua 0,10/0,31.

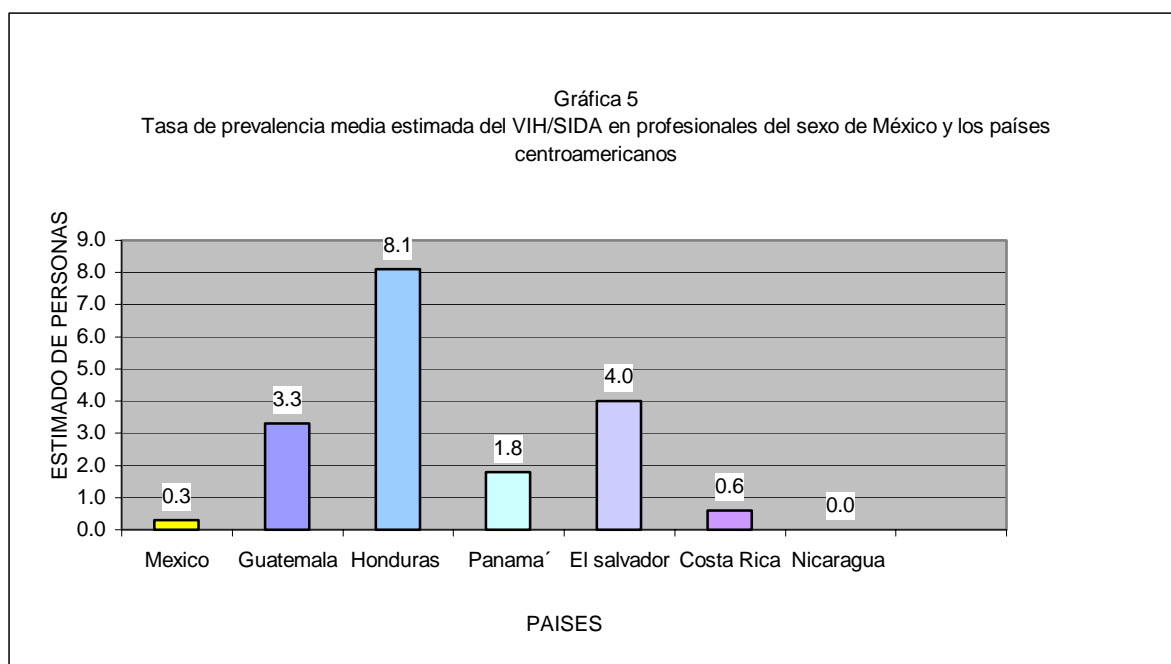
En Belice y Honduras junto con otros países de la región latinoamericana, la prevalencia estimada del VIH en mujeres embarazadas es igual o superior al 1%. En esas zonas la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual.

Por otra parte, el Informe mundial de ONUSIDA 2004 señala que, en América Latina la infección por el VIH, más que ser generalizada, tiende a concentrarse preferentemente en grupos de población con un riesgo particular; y refiere que entre los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, los niveles de infección por el VIH parecen ser uniformemente altos, y oscilan desde el 9% en Nicaragua hasta el 18% en El Salvador (*gráfica 4*).



⁷ Datos tomados de ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Ginebra, Suiza 2002.

Otro grupo con alta tasa de prevalencia media estimada del VIH en México y Centroamérica, es el de los profesionales del sexo. El informe de ONUSIDA señala (con datos del 2002) a Honduras como el país más afectado (gráfica 5).



Por otro lado, el informe de ONUSIDA del 2004 señala que en México y América Central, el consumo de drogas intravenosas desempeña un papel menos importante en la transmisión del VIH. En esta Subregión, el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual.

3. Situación del VIH/SIDA en pueblos indígenas de México y Centroamérica

Sobre la situación del VIH/SIDA en los diferentes grupos étnicos de la región es importante resaltar que no existen datos, tanto al nivel de los países como del regional, que presenten un registro sistematizado y fidedigno de los casos que incluyan variables como etnicidad, lengua y otros factores culturalmente ilustrativos. Asimismo, tomando en cuenta que los diferentes grupos étnicos no han sido sujetos prioritarios para la intervención en la región, la obtención de datos se torna aún más complicada.

Hay algunos datos de estudios derivados de intervenciones locales específicas sobre la prevalencia en determinados grupos étnicos. Por ejemplo, se dice que en Honduras - aunque no se conoce con certeza la magnitud real de la epidemia en la población indígena y negra (*garífuna*)-, es muy elevada, sobre todo en esta última de acuerdo a resultados de investigaciones de seroprevalencia.⁸

⁸ Casa Alianza Honduras, A. C. refiere esa información sin embargo, no hace mención de los estudios que sustentan dicha información.

Por otro lado, en un estudio sobre el diagnóstico de la situación ETS/VIH/SIDA en la ciudad de Bluefields, Nicaragua,⁹ se indica que la región Atlántica, donde se ubica dicha ciudad, está habitada principalmente por población indígena, aunque en Bluefields predominan los mestizos (56% de la población). Se dice que la ciudad es multiétnica, multilingüe y multicultural, pero no existe un censo oficial en cuanto a etnias. Dicho estudio menciona que hay personas afectadas de etnias Creóles, Miskitos, Garífunas y Ramas, aunque no presentan estadísticas de prevalencia de VIH/SIDA por etnia. El registro de casos de VIH/SIDA en la ciudad es de 8 (cuatro mujeres y cuatro hombres) de una población de 47,848 habitantes, predominando la infección en amas de casa (3) y en pescadores (3)

Por otra parte, en un estudio para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Honduras¹⁰, en el 2002, se señala que la incidencia del VIH/SIDA en la población afroamericana (garífuna)¹¹ es casi trece veces mayor (13%)¹² que la de la población general de Honduras. A pesar de que la incidencia en la población miskita¹³ todavía es significativamente menor que entre los Garífunas, el hecho de que los dos grupos vivan contiguos en la costa norte de Honduras, estén sujetos a exclusión social y tengan acceso limitado a los servicios de salud institucionales, significa una vulnerabilidad a la epidemia relativamente alta en ambos.

En el estudio anteriormente mencionado, también se reconoce que las razones de la alta incidencia de infección del VIH entre la población garífuna no están bien documentadas, pero que se cree que la “promiscuidad sexual” (sic), la endogamia, una alta migración y movilidad hacia los Estados Unidos, la práctica de la medicina tradicional y un acceso insuficiente al cuidado preventivo y a los servicios de salud, están probablemente entre los factores que contribuyen a la situación.

En Guatemala, en el informe de un estudio reciente realizado en tres áreas indígenas del departamento de Sololá¹⁴, se hace referencia a la composición de la población en ese país. Se menciona que hay mestizos, 21 comunidades lingüísticas de *mayas*, *Garífunas* y *xincas*, y la población indígena constituye el 41.7% del total. Sin embargo, se reconoce que no se cuenta

⁹ Moreno, Isabel, consultora PASCA, *Diagnóstico de la situación ETS/VIH/SIDA en la ciudad de Bluefields, Nicaragua*, 2002.

¹⁰ Isabel M. Pérez Chiriboga, Ph. D. Consultora Un Estudio de Antropología Médica entre los Miskitu, *Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Honduras*, 2002.

¹¹ Los garífunas es un grupo afroamericano surgido de la mezcla de esclavos náufragos y fugitivos del África Occidental que se refugiaron en la isla San Vicente y se mezclaron con la población amerindia (arawak y caribes) durante el siglo XVII. De la mezcla cultural y biológica surgieron los caribes negros, entonces así llamados para diferenciarlos de los caribes rojos, la población nativa de la isla. El término garífuna es una degeneración de kalipuna el nombre dado a ellos por los caribes isleños. Los garífunas, fueron derrotados por los ingleses, quienes después de muchas guerras finalmente tomaron control de la isla y los deportaron en 1797 a las Islas de la Bahía en Honduras. Alrededor del 80% (500,000) de la población Garífuna habita la costa Atlántica de Honduras y vive dispersa en decenas de comunidades. Ellos constituyen uno de los mayores grupos étnicos del país. La totalidad de los grupos étnicos representan alrededor del 13% de la población nacional

¹² No hay estadísticas de confianza disponibles sobre la infección del VIH, y las estimaciones varían ampliamente.

¹³ Pueblos indígenas, tales como los Miskitu, Payas, Xicaques, y Lenca comprenden entre el 7-10 % de la población en Honduras y viven en regiones aisladas como la Costa Atlántica. El pueblo miskitu es el mayor grupo étnico en la parte noroeste del país.

¹⁴ Castellanos, G.; López Ch.; Centro de Desarrollo Humano de Guatemala, Planned Parenthood Federation of América, Inc. *Estudio reciente realizado en tres áreas indígenas (K'iches, Tz'utujiles, Kaqchiqueles) del departamento de Sololá. Diagnóstico de situación y necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA en la Cuenca de Atitlán, Sololá Guatemala*, 2002.

con datos precisos sobre la infección de VIH/SIDA por grupo étnico, aunque declara que se han reportado casos de SIDA en mayas, sin especificar los datos.

En el informe citado anteriormente se hace mención a un estudio realizado con personal del ejército¹⁵, revelándose que el 67.4% de los 908 soldados provenían de diferentes grupos indígenas mayenses y el resto ladinos.¹⁶ La seroprevalencia del VIH era 0.45%.

En una investigación de IDEI¹⁷ se hace referencia a un estudio con trabajadores agrícolas de la etnia *Man* del departamento de Quetzaltenango, en el sur occidente de Guatemala, que participan en el proceso migratorio del Altiplano a la costa del Pacífico. Se identificó una incidencia alta del VIH en ese grupo de trabajadores temporales, con 33% de los casos reportados. El 70% de los habitantes de ese departamento son mayas hablantes de *Quiché* o *Man*.

En otro estudio sobre las infecciones del VIH entre los trabajadores agrícolas, realizado por el Hospital Nacional Dr. "Rodolfo Robles" de Quetzaltenango¹⁸, Guatemala, se mostró que la seroprevalencia del VIH en pacientes con tuberculosis hospitalizados, se había incrementado desde el 4.2% en 1995 al 14.3% en el año 2000. De los pacientes con VIH positivo, el 63% eran trabajadores agrícolas comprendidos entre 20 a 40 años, el 70% eran hombres y un 30% mujeres. Del total (379) de pacientes con tuberculosis en el 2000, el 81% era de la etnia maya.

En México, según los datos de CIMAC,¹⁹ un grupo de mujeres indígenas que participaron en un taller sobre derechos sexuales y reproductivos, provenientes de diferentes estados de la República como Guerrero, Veracruz, y Querétaro, denunciaron que el cáncer y el VIH/SIDA, se han convertido en las enfermedades más comunes de sus lugares de origen, situación que se agrava debido a la extrema pobreza en la que viven. Por otro lado, existen algunos estudios que muestran la relación de la migración hacia Estados Unidos con el incremento de los casos de VIH/SIDA en amas de casa de múltiples municipios rurales en México.

Como ejemplo se puede mencionar al Estado de México, en donde se dice que el patrón de la enfermedad muestra que, por cada 11 casos en las grandes ciudades del valle de México, hay por lo menos uno en las zonas rurales de la entidad, y muchos de éstos son referentes a mujeres, esposas y amas de casa vinculadas con trabajadores migrantes²⁰.

Como se puede observar, la información sobre la prevalencia del VIH/SIDA y otras variables relacionadas, en grupos étnicos centroamericanos es muy escasa. Por lo tanto, los esfuerzos para abordar el vínculo entre grupos étnicos y el VIH/SIDA se ven obstaculizados por el

¹⁵ Flores, L., Miedema, O., Espinoza, M., Monzón, A., Arathoon, E. *Identificación de factores de riesgo para VIH/ETS en el ejército de Guatemala*. Grupo Núcleo para ETS. Revista del Colegio Médico. 1994 No. 1. Pág. 4-9.

¹⁶ Los pobladores nombran de esa forma a la población blanca.

¹⁷ Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral IDEI, *Reduciendo comportamientos sexuales de trabajadores migrantes del grupo étnico maya Man en el Sur Occidente de Guatemala*, Guatemala, 2000.

¹⁸ López, Cesar A., Hospital Nacional Dr. "Rodolfo Robles", Quetzaltenango, Guatemala; Ikeda, J.M. Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo, Quetzaltenango, Guatemala, Camacho, N. IDEI y Hearst, N. Universidad de California en san Francisco, EUA.

¹⁹ Comunicación e Información de la mujer, A. C. 14 junio 2004

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jun/04061405.html> Denuncian mujeres en taller de salud sexual y reproductiva: Aumenta cáncer y sida en comunidades indígenas

²⁰ El Universal, Teresa Montaña, Domingo 30 de mayo de 2004 <http://www.sergay.com.mx/sidasemuda.shtml>

hecho de que pocas instituciones recopilan información o realizan investigaciones acerca de las necesidades de los pueblos indígenas en relación con la enfermedad.

Por otro lado, es importante recordar que la interpretación de los datos presentados en este apartado se debe llevar a cabo en función de una multiplicidad de variables territoriales, demográficas, económicas, sociales y políticas; así como no perder de vista que existen grandes deficiencias institucionales en el registro de los casos, haciéndose evidente la presencia de un subregistro importante en toda la región.

III. Breve panorama histórico, económico, político y social de México y Centroamérica como marco de desarrollo del VIH/SIDA

Al hablar de riesgos de infección ante el VIH/SIDA en México y Centroamérica, así como de “contextos de vulnerabilidad”, se deben considerar múltiples factores que le han dado un curso específico a la epidemia a cada país y en la región, entre los que podemos mencionar las condiciones económicas, sociales, históricas, culturales y políticas.

A continuación, se abordarán brevemente dichos factores. Sin embargo, es importante señalar que los datos que se ofrecen en el presente capítulo deben ser tomados con las reservas correspondientes y que su adecuada interpretación exigirá la necesidad de remitirse a las fuentes consultadas. Se hace una invitación al lector/a a remitirse a otras fuentes de datos, como las que ofrecen las organizaciones de la sociedad civil, cuyas cifras suelen variar en relación con las ofrecidas oficialmente. De la misma manera, se advierte que los datos presentados deben interpretarse considerando variables como el tamaño de la población, la extensión geográfica y otras históricamente determinantes en cada país.

1. Situación económica.

Con respecto a lo económico, el análisis debe llevarse a cabo a nivel macro y micro. La historia nos refiere que, América Latina en general y América Central en particular, han estado recurrentemente afectadas por la pobreza y las crisis económicas.

En **Costa Rica**, en 1999, los hogares pobres representaban el 20,6% del total. Dado que esos hogares, tenían un número promedio de miembros mayor que el de las familias no pobres, resulta, además que el 23,7% de los costarricenses, casi una cuarta parte de la población, vivía bajo la línea de la pobreza, es decir, carecía de los ingresos necesarios para adquirir una canasta de bienes y servicios básicos.²¹

Aún con lo anterior, se considera que en la actualidad la situación económica en Costa Rica es mejor en relación con otros países centroamericanos. Según el Informe de Desarrollo Humano de 2004 del PNUD²², Costa Rica tiene un Producto Interno Bruto PIB per cápita de 8.840 UDS., casi como el de México (8.970); más del doble del que posee Guatemala (4.080) y tres veces más que el de Honduras (2.600) y de Nicaragua (2.470). Por otra parte, en relación con el Índice de Pobreza Humana²³, Costa Rica se encuentra mejor ubicada –lugar 4 entre 95 países-, incluso por encima de México que ocupa el lugar 12 en dicha clasificación.

En **Guatemala**, la situación de pobreza es más grave. Aunque se dice que entre 1989 y 2000 se redujo la pobreza de 62.8% a 56.2% y la pobreza extrema de 18.1% a 15.7%, dicha reducción se debió básicamente al crecimiento del consumo, y no a mejoras en su distribución. En el año 2000, en este país, más del 80% de la pobreza de los hogares tenía un carácter crónico, estructural o de largo plazo, dado que combinaba un bajo nivel de consumo

²¹ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen, *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*, Costa Rica, 1999.

²² PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, 2004, <http://hdr.undp.org/reports/global/2004>

²³ Es necesario aclarar que en cuanto a la posición en dicho índice, un lugar más bajo indica mayor pobreza humana

con al menos una necesidad básica insatisfecha. Además, a escala centroamericana, Guatemala posee el más alto Índice de Pobreza Humana, al ubicarse en el lugar 44 entre 95 países.²³

Con relación a **Honduras**, en el Índice de Pobreza Humana, el país se ubica en la posición 32 en el contexto de 95 países. Lo anterior significa que gran parte de la población vive con carencias extremas en dimensiones esenciales para el desarrollo de las capacidades humanas, lo que se supone capacidades reducidas de una vida larga, saludable y productiva. En el mismo orden de ideas, según el Informe de Desarrollo Humano de 2004, Honduras comparte junto con Nicaragua y El Salvador, los porcentajes más altos a escala centroamericana, de personas que sobreviven con menos de 1 US dólar diario (Honduras 23%; Nicaragua 45,1%; El Salvador 31,1%); a diferencia de Costa Rica y Panamá que presentan sólo un 2% y un 7,2 % respectivamente.²⁴

En relación con **Nicaragua**, al iniciar el siglo se encuentra en una encrucijada difícil. A pesar de que en la última década se han realizado esfuerzos importantes dirigidos a una mayor integración con el resto del mundo, la posición económica del país es todavía muy frágil. El PIB, pese a su tendencia de crecimiento, todavía no supera el rezago con respecto al de los Estados centroamericanos. La vulnerabilidad del país se observa en su elevada deuda externa, tres veces superior al PIB, los desequilibrios de la balanza comercial y de pagos, la escasa diversificación y volumen de sus exportaciones, y la dependencia de tecnologías e insumos importados, todo lo cual limita sus posibilidades de un mayor crecimiento.

En **El Salvador** se dice que, entre 1996 y 2000, la pobreza disminuyó y la cobertura de los servicios siguió aumentando. Pero al mismo tiempo, el crecimiento entró en una fase de desaceleración, la estabilidad económica se volvió más frágil, el subempleo se mantuvo alto, los salarios mínimos se redujeron, los flujos migratorios se acentuaron y el país se volvió menos competitivo. Además de lo anterior, se ha calculado que los terremotos en enero y febrero del 2001, dejaron entre otras consecuencias más de 225,000 nuevos pobres en el país.²⁶

Según el último Informe sobre Desarrollo Humano 2004 del PNUD, El Salvador presenta una de las desigualdades más altas del mundo en la distribución del ingreso. El 20% más rico de la población percibe, en promedio, ingresos 19,8 veces más altos que el 20% más pobre. En los países de alto desarrollo humano, dicha relación es solamente de 5 veces.

Panamá ha sido clasificado como uno de los países con más alto Índice de Desarrollo Humano en el nivel centroamericano, alcanzando la posición 69, lo que ubica al país entre los que presentan un desarrollo humano mediano, muy cercano a aquellos considerados con alto desarrollo. Panamá comparte junto con México y Costa Rica los indicadores más altos respecto al PIB per cápita de la Subregión, alcanzando 6.170 USD. Sin embargo, presenta el

²³ PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, Guatemala*, 2000 y PNUD, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, op.cit

²⁴ PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, Honduras*, 2002 y PNUD, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, op.cit

²⁶ PNUD, *Informe Nacional de Desarrollo Humano, Síntesis, Brechas y desafíos institucionales para el Desarrollo Humano*, El Salvador, 2001.

²⁷ UNFPA, *Estado Mundial de la Población, El consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*, Nueva York, 2004.

índice más alto de desigualdad de toda Centroamérica, alcanzando un 62,3, la brecha entre el 10% de la población más rica, respecto al 10% de la población más pobre.

En cuanto a **Belice**, país cuyo tamaño de la población es sensiblemente inferior al resto de los países centroamericanos, alcanzando en el año 2004 apenas 261 mil habitantes²⁶; presenta un PIB per cápita de 6.080 UDS., dos veces más alto que Honduras y Nicaragua.

México, a pesar de estar incluido junto con Costa Rica dentro de los países de desarrollo humano alto, y de tener un PIB per cápita superior al de todos los países centroamericanos presenta un alto porcentaje de su población viviendo con ingresos menores a 1 USD. diario, el cual casi alcanza al 10%. Por si fuera poco, México mantiene un índice de desigualdad importante, alcanzando un 45 la relación del 10% más rico, respecto al 10% más pobre. Dicho nivel es incluso superior a los que presentan Costa Rica y Nicaragua con 25,1 y 36,1 respectivamente.²⁷

2. Situación social

La dinámica de la epidemia del SIDA en las distintas regiones del mundo ha estado influida por el contexto social y cultural, por el perfil epidemiológico y demográfico existente, por las características de los sistemas de salud y por muchas otras variables.

En América Central y México, el rasgo más distintivo de las condiciones sociales es la disparidad extrema entre grupos de población, tanto en situación de salud, como en el acceso a otros servicios sociales. La región también padece grandes diferencias entre países, en su capacidad de respuesta política y de servicios de las instituciones.

Del mismo modo, el desempleo, las condiciones de vivienda, la falta de acceso a servicios de salud y educación, la violencia y el éxodo rural, entre otros, son una constante en mayor o menor grado en México y Centroamérica. En los contextos estudiados predominan la baja escolaridad de la población local, escasos servicios públicos, situaciones de violación de los Derechos Humanos, violencia, pobreza y corrupción de las autoridades.

Según el Informe de Desarrollo Humano de 2004²⁹, **Costa Rica** presenta una situación diferente a la mayoría de los países centroamericanos. La tendencia en dicho país en el último decenio ha mostrado una particular fortaleza. Los datos muestran que los componentes del desarrollo humano como longevidad, matriculación en la educación básica y producto per cápita, siguen creciendo.

Datos alentadores muestran, entre otras cosas, que la esperanza de vida al nacer en Costa Rica es superior a la de todos los demás países centroamericanos, ubicándose en 78 años, siendo superior incluso a la de México (74,6 años) y con una diferencia de más de 10 años respecto a Honduras, Nicaragua y Guatemala (65,7 años en este último país, la cifra más baja de Centroamérica y una de las más bajas de Latinoamérica). Costa Rica también cuenta con una tasa muy alta de alfabetización estimada en un 95,8% del total de adultos de 15 años y mayores. Por si fuera poco, según estimaciones para los años 2000-2005, Costa Rica mantendrá la tasa de fecundidad más baja respecto de los demás países centroamericanos y

²⁷ PNUD, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, op.cit.

²⁹ PNUD, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, op.cit

México, alcanzando un 2,3 de nacimientos por cada mujer - a diferencia de Guatemala que alcanza hasta un 4,4 de nacimientos por cada mujer.

Con relación a **Guatemala**, en los últimos años la tasa de escolaridad aumentó en los niveles pre primario y primario, aunque con una baja calidad educativa y con persistencia de brechas apreciables en detrimento de las niñas y de la población indígena. En la educación media la cobertura también aumentó, pero el porcentaje nacional es muy bajo, no cubriendo el 50% del total de niños de 13 a 15 años, siendo la situación más grave en zonas rurales e indígenas.

Existen datos de que a los 18 años de edad el 29.6% de las adolescentes ya han estado embarazadas y el 24% ya son madres, cifras que son mayores en las áreas rurales e indígenas. En el Informe de Desarrollo humano²⁹, se señala que en Guatemala las mujeres adultas representan el 45% del total de la población. Dichas mujeres realizan innumerables contribuciones al desarrollo en los ámbitos productivo, reproductivo y de trabajo comunitario. Se muestra que tienen jornadas de actividad más largas que los hombres pues, aparte de las jornadas de trabajo remunerado, en promedio llegan a dedicar cuatro veces más tiempo a los quehaceres del hogar y dos veces y media más tiempo para atender a los niños/as.

Además, se señala que el país tiene todavía porcentajes de desnutrición muy altos: el 25% de su población, según datos de entre los años 1999 y 2000 solamente superado por Panamá y Nicaragua, con porcentajes de 26 y 29 respectivamente. Por último, el porcentaje de alfabetización de adultos de 15 años y mayores es el más alto de Centroamérica y México, alcanzando casi un 70%.

Con respecto a **Honduras**, es necesario aclarar que en 1998 el país se ubicaba en un mejor índice de desarrollo que en el año 2000 y que no se ha podido recuperar del impacto³⁰, entre otras cosas, de los efectos del huracán y tormenta tropical Mitch.

En Honduras se aprecia que la tasa de alfabetización de adultos de 15 años y mayores ha crecido ligeramente hasta situarse en el 80%, así como la esperanza de vida, la cual se mantiene en 68,8 años. Aún con lo anterior, el porcentaje de personas desnutridas alcanza el 20% con relación a la población total.

En **Nicaragua**, según los informes³² disponibles, en el último medio siglo la población se ha quintuplicado. Actualmente crece a un ritmo de 2.7% anual, cifra que en relación con la tasa promedio en Latinoamérica (1.6%), es una de las más altas del continente. La tasa de fecundidad en el período 2000-2005 se situó en 3,7 hijos/as por mujer, ligeramente inferior a la presentada el quinquenio anterior (4.4). Sin embargo, es superior a la de los demás países centroamericanos, con excepción de Guatemala. En el interior del país las tasas de fecundidad más altas se ubican en mujeres de zonas rurales y con menor escolaridad.

Pese a los avances observados, los problemas siguen siendo muchos. Muchas dolencias y muertes prematuras son ocasionadas por la desnutrición y enfermedades endémicas e infecciosas, que se acentúan en una combinación de pobreza, falta de educación, insuficiencia

²⁹ PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, Resumen ejecutivo, Guatemala, 2000

³¹ Informe sobre Desarrollo Humano, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, 2004, <http://hdr.undp.org/reports/global/2004/espanol/>

³⁰ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, Honduras, 2002

³² PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Síntesis, *El Desarrollo Humano en Nicaragua*, Nicaragua, 2000.

de los servicios públicos y deterioro de las condiciones ambientales. Este conjunto de factores adversos afecta más a las zonas rurales del país.

En **El Salvador**, los terremotos ocurridos en el primer trimestre del año 2001, han marcado su estado actual de desarrollo. Se estima que esos movimientos sísmicos dejaron estragos impresionantes: 1,159 personas muertas; 164,000 viviendas destruidas; la desaparición de 41,400 micro y pequeños negocios, más de mil establecimientos de educación y salud destruidos o severamente dañados y pérdidas económicas por más de 1,600 millones UDS.;³³ situaciones de las cuales aún no se han podido recuperar.

La historia de los años noventa, muestra que, si bien El Salvador no presentaba un notable desarrollo en comparación con los otros países de la región, sí se estaban produciendo cambios en los ámbitos político, social y económico que se vieron interrumpidos por los terremotos del 2001. Entre esos cambios se pueden mencionar la firma de los Acuerdos de Paz, los programas de reformas para reactivar la economía y disminuir la pobreza.

En la actualidad, El Salvador pasa por una situación muy difícil. El porcentaje de población infantil (menor a los cinco años de edad), con peso inferior a la media para su edad, es del 12%, sólo superado por Honduras y Guatemala con 17 y 24% respectivamente. Además junto con Guatemala, presenta uno de los porcentajes más bajos del PIB empleado en la educación, alcanzando apenas un 2,5% entre 1999 y 2001, menos de la mitad de lo que emplean México (5,1%) y Belice (6,2%) respectivamente.³⁴

Panamá se encuentra con un nivel de desarrollo humano medio, por debajo de Costa Rica y México. Sin embargo, supera a todos los países centroamericanos, incluso a México, en cuanto a la tasa de alfabetización de adultos de 15 años y mayores, alcanzando un 92,3% de dicha población, teniendo una diferencia con Guatemala de más del 20%.³⁴

Por otra parte, a pesar de que Panamá ha mantenido una de las tasas más bajas de fecundidad en Centroamérica en el quinquenio 2000-2005, con un promedio de 2.7 hijos por cada mujer; también hay que señalar que dicho país mantiene un elevado porcentaje de desnutrición respecto a la población total, alcanzando un 26%.³⁶

Belice, se ubica en un nivel medio dentro de la clasificación de Desarrollo Humano del 2004, siendo solamente superado por Costa Rica, Panamá y México. Una relación similar se presenta con respecto a la tasa de alfabetización de adultos de 15 años y mayores. Además es digno de mencionar que Belice mantiene el porcentaje del PIB más alto de gasto público en educación, con un 6,2%. Sin embargo, a pesar de que Belice mantiene una tasa de fecundidad media de 3,2 hijos por mujer, posee una de las tasas más altas de mortalidad infantil, alcanzando 34 por cada 1000 nacidos vivos, siendo sólo superada por Guatemala con 36; y haciéndose muy evidente la diferencia con respecto a Costa Rica con tan sólo 9.³⁷

México es considerado como un país con alto Índice de Desarrollo Humano. En la mayoría de los indicadores, México supera positivamente a todos los países centroamericanos, con

³³ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Síntesis, *Brechas y desafíos institucionales para el Desarrollo Humano*, El Salvador, 2001.

³⁴ PNUD, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, op.cit.

³⁴ Ibid

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

excepción de Costa Rica. En el caso de la tasa total de fecundidad, la de México (2,5) es ligeramente más baja que la Panamá (2,7) y casi dos veces menor que la de Guatemala (4,4). Lo mismo sucede con el porcentaje de personas desnutridas respecto al total de la población, ya que México mantiene el porcentaje más bajo con respecto a toda Centroamérica, incluyendo a Costa Rica.³⁸

3. Situación política

Es indiscutible que las condiciones generales sociales y políticas en el ámbito mesoamericano tienen un fuerte impacto sobre la viabilidad y efectividad de políticas de prevención y atención en torno al VIH/SIDA.

En **Costa Rica**, por ejemplo, el elevado abstencionismo en las elecciones de 1998, y la desconfianza hacia los gobiernos y la Asamblea Legislativa que muestran las encuestas de opinión, ponen de manifiesto las dudas ciudadanas sobre la representatividad de la democracia costarricense.³⁹

En **Nicaragua**, la construcción de una democracia participativa y un Estado de Derecho, presenta avances en algunos campos, pero también muestra una institucionalidad frágil. Se han dictado leyes importantes en materia de promoción y defensa de los Derechos Humanos y se han creado algunas instituciones dirigidas a hacerlas efectivas. Sin embargo, se requiere aún asegurar los mecanismos legales, financieros y de cobertura y garantizar un tratamiento adecuado a los casos presentados, como condiciones básicas para ganar legitimidad entre la población.

Por otro lado, las encuestas realizadas anualmente durante 1997-2000, han mostrado que cerca del 90% de los ciudadanos perciben que existe corrupción en el Estado.⁴⁰ En relación con este aspecto se pueden mencionar algunos ejemplos: la debilidad institucional, incluyendo la inestabilidad crónica de las autoridades públicas con la consiguiente fragilidad de las estructuras administrativas; la falta de comunicación entre autoridades públicas y la población; diferencias internas y externas de los decisores políticos que afectan el trabajo coordinado; peso de deudas externas y políticas de ajuste estructural o la violación de los Derechos Humanos. Lo anterior implica comprender la forma en que se estructuran y funcionan los sistemas institucionales en el mediano y largo plazo, pero también la dinámica bajo la que operan los sistemas políticos que definen la coyuntura de respuesta a la enfermedad.

Con relación a **Honduras**, se dice que existen logros importantes en las estructuras que permiten la participación democrática. Durante la década de los noventa, el país tuvo un promedio de participación electoral del 73%.⁴¹ Pero por otro lado, sólo un 5.5% de los escaños parlamentarios estaban ocupados por mujeres en el año 2000, en comparación con el promedio mundial de 14%.

³⁸ Ibid.

³⁹ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen, *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*, Costa Rica, 1999.

⁴⁰ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Síntesis, *El Desarrollo Humano en Nicaragua*, Nicaragua, 2000.

⁴¹ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, Honduras, 2002.

En cuanto a la gobernabilidad, Honduras se encuentra en una situación desfavorable. Existe un bajo nivel de “derecho y orden” según la clasificación de la *Internacional Country Risk Guide*. También en cuanto a la corrupción se encuentra en situación similar, según Transparencia Internacional, el país recibe una clasificación de 2.7 en una escala de 0 a 10 para el 2001.

Con respecto a **El Salvador**, en el campo político hubo logros importantes a raíz de la firma de los Acuerdos de Paz, que pusieron fin a una guerra de 12 años de duración y dieron inicio a un proceso tendente a la transformación del régimen autoritario y excluyente en un régimen democrático. A pesar de los avances alcanzados, el país continúa presentando una alta polarización política, caracterizada por procesos de exclusión recíproca, poca confianza interpersonal y un creciente desencanto con las diferentes entidades estatales por parte de la población.⁴¹

En lo que se refiere a **México**, el proceso de transición política iniciada a partir de julio de 2000, así como la nueva configuración en la representación de las fuerzas políticas en las distintas cámaras, a escala local y federal, ofrece un escenario en el cual se hace necesario más que nunca el diálogo y el consenso. Lamentablemente, el ambiente político se ve con frecuencia alterado debido a escándalos de corrupción, lucha de intereses entre autoridades federales y locales; luchas de poder al interior de los partidos políticos; así como una prematura lucha política con miras a las elecciones del año 2006. La situación anterior se percibe acompañada de una cada vez más evidente desilusión de la población respecto a los políticos y las promesas de cambio de la actual administración que no llegaron.

Ibid.

⁴¹ PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Sinopsis, *Brechas y desafíos institucionales para el Desarrollo Humano*, El Salvador, 2001

IV. Cultura y VIH/SIDA en México y América Central

En términos de prevención y cuidado del VIH/SIDA, el adoptar una aproximación cultural significa que todo recurso cultural de cualquier población dada (estilos de vida, sistemas de valores, tradiciones, creencias y los Derechos Humanos fundamentales) deberá ser considerado como una referencia clave en la construcción de un marco para la planeación de políticas, estrategias, programas y proyectos. Estas referencias claves también proporcionarán los insumos y las bases para construir respuestas relevantes y acciones sostenidas en la prevención, atención y reducción del VIH/SIDA. El uso de dichos recursos es una condición indispensable para poder alcanzar cambios a profundidad y a largo plazo en las conductas de las personas, así como para dar consistencia completa a proyectos y estrategias médicas y sanitarias.

En ese sentido, resulta de suma importancia a la hora de elaborar propuestas y acciones de intervención contra el VIH/SIDA en la región, tener en cuenta que en Centroamérica la población no es homogénea, y que las generalizaciones aplicadas a la Subregión pueden dar una impresión equivocada, ya que existen diferencias económicas, geográficas, étnicas, históricas, políticas, lingüísticas y culturales.

Ahora bien, el realizar intervenciones tomando en cuenta los factores culturales de las diferentes poblaciones, grupos y personas de la región implica aplicar estrategias de comunicación apropiadas, dado el gran número de variables contextuales que determinan el comportamiento.

Los resultados de evaluaciones indican que hay cinco ámbitos contextuales interrelacionados en los que se debería hacer hincapié al desarrollar futuras estrategias de comunicación para la prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA: la política gubernamental, el nivel socioeconómico, la cultura, las relaciones de Género y la espiritualidad.⁴³

En los siguientes apartados se abordarán los grupos identificados como centrales para la discusión en la Subregión centroamericana. Por ser los aspectos socioculturales el eje de este estudio, el análisis de dichos grupos estará enmarcado en el énfasis en las estrategias arriba mencionadas.

⁴³ ONUSIDA/PENNSTATE, 2000 p. 19.

V. Grupos temáticos centrales: análisis y recomendaciones desde un enfoque cultural

Como se señaló en los apartados anteriores, toda la población, aunque en diversos grados y formas, está expuesta al riesgo de infección por el VIH/SIDA. Sin embargo y derivado de la discusión de los y las participantes en el Taller Subregional en Centroamérica,⁴⁴ se dispuso poner mayor énfasis en lo que se definieron como los cuatro grupos centrales de discusión: 1) Hombres que tienen Sexo con otros Hombres y Homosexuales; 2) Grupos Étnicos; 3) Trabajadoras/es del Sexo Comercial y 4) Poblaciones Móviles.

Cabe destacar que la elección de estos temas centrales para la discusión, de ninguna forma pretende ser excluyente, y más aún, se han intentado establecer en su abordaje tres ejes transversales: los jóvenes, la perspectiva de Género y las Personas Viviendo con VIH/SIDA.

Asimismo, se han incorporado al análisis de los cuatro grupos centrales, el papel de las creencias religiosas y el del consumo de alcohol y drogas, debido a que mostraron estar presentes con cierta frecuencia en la dinámica de los grupos.

En Mesoamérica, (desde México hasta Panamá) la epidemia sigue cursos diferentes y es necesario desarrollar estrategias adecuadas a cada país. La naturaleza de la epidemia se distingue por un nivel elevado de transmisión por vía sexual⁴⁴. Se sabe que dichas vías de transmisión no son fáciles de certificar a consecuencia de las debilidades de los sistemas de registro y notificación de casos, que se reconocen incompletos, tardíos y en algunos casos imprecisos.

Por otra parte, respaldados por los datos epidemiológicos, es una realidad que en América Central y México cerca de tres cuartas partes de los casos de SIDA notificados, son el resultado de las relaciones sexuales entre varones y mujeres, siendo las relaciones sexuales de riesgo y el cambio de pareja frecuente entre los jóvenes unos de los factores más importantes que impulsan la pandemia. Es importante remarcar que, independientemente de la vía de infección del VIH/SIDA (heterosexual o no heterosexual), el grupo etario más afectado es el de los y las jóvenes.

Un estudio en Guatemala⁴⁵ que sustenta lo dicho anteriormente, indica que, del total de casos de personas con VIH registrados en el 2000, el 93.7% señala una transmisión por vía sexual. El mismo estudio refiere que, desde los años 90, el VIH/SIDA ha sido reportado mayormente por transmisión heterosexual, pero que en la Subregión mesoamericana, es muy probable que parte de las personas infectadas se hayan declarado heterosexuales, más por temor al estigma que por sus prácticas sexuales reales.

⁴⁴ Taller Subregional en Centroamérica sobre “Acercamiento cultural para la prevención y atención del VIH/SIDA en Centroamérica”, celebrado del 11 al 13 de Mayo de 2004 en la Ciudad de Antigua, Guatemala.

⁴⁴ Izazola-Licea & Valladares-Cardona, *Mapeo político y análisis de redes institucionales*, 2002, pp.6.

⁴⁵ Rodríguez Leerayes M.A., Mayorga Sagastume R., Álvarez Silvia, García Manzo A., *Caracterización de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/ SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la Ciudad de Guatemala*, OASIS, Guatemala, 2000.

El estudio citado menciona que un número importante de hombres con VIH/SIDA ha tenido relaciones sexuales con otros hombres, con travestís trabajadores del sexo o con hombres trabajadores sexuales y hace un excelente análisis de la conformación de puentes epidemiológicos entre ellos, con mujeres trabajadoras del sexo, y con el resto de la población.

A continuación, se expondrán los resultados de cada una de las cuatro mesas centrales de trabajo que desarrollaron los siguientes cuatro temas:

- a) Algunos de los factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a los grupos identificados como centrales en la discusión;
- b) La identificación de factores culturales de prevención y atención;
- c) La presentación de experiencias y buenas prácticas concretas
- d) La elaboración de recomendaciones y propuestas de indicadores cualitativos.

Cabe destacar que este capítulo se ha visto enriquecido con las aportaciones de los y las participantes al Taller anteriormente mencionado, quienes cuentan con una amplia experiencia tanto en investigación como en el trabajo directo de campo con los grupos abordados.

GRUPO TEMÁTICO 1: Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en México y América Central

1.1 Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a los hombres que tienen sexo con otros hombres

Los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) fueron identificados como un grupo importante para la intervención y la prevención del VIH/SIDA. Hasta hace poco tiempo se entendía que los HSH eran sinónimo de homosexualidad y, aunado a la desinformación y prejuicios que acompañaron a la enfermedad desde sus inicios, a dichos hombres se les consideraba irremediabilmente ligados a ésta y a la infección.

En la actualidad, se sabe que el grupo de los HSH no lo constituyen únicamente los homosexuales y que el VIH/SIDA se está propagando a través de contactos sexuales entre varones que no se asumen como homosexuales. Hay hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres, y aunque tienen prácticas sexuales con otros hombres, se consideran heterosexuales.

En América Central y México esta dinámica es muy común, por lo que resulta muy importante identificar los factores culturales, que pudieran constituir elementos de riesgo de infección con el VIH/SIDA en este grupo específico, para así tomarlos en cuenta durante las estrategias y acciones de prevención. A continuación se mencionarán algunos de estos factores.

En los registros oficiales de casos VIH/SIDA se identifican como heterosexuales por temor al estigma

Hay estudios que muestran que una gran cantidad de hombres infectados con VIH, se identificaron como heterosexuales en los registros oficiales por temor al estigma y al rechazo, negando así sus prácticas sexuales con otros varones. Ello puede provocar que se disminuya la visibilidad como grupo de atención prioritario y, como consecuencia, que se reduzcan las acciones de prevención de VIH/SIDA dirigidas hacia éstos, aumentándose las posibilidades de infección.

Prácticas sexuales de riesgo

Se sabe que algunos hombres que se identifican así mismos como heterosexuales, buscan el contacto sexual con hombres trabajadores del sexo comercial (TSC), con la intención de satisfacer fantasías que no pueden llevar a cabo con sus parejas mujeres. Dichas fantasías incluyen prácticas sexuales de riesgo como el sexo anal mutuo sin uso del condón, lo cual constituye un riesgo para la infección con VIH/SIDA.

La creencia en la fidelidad como medida de protección

Existen estudios que muestran que, en el caso de muchas parejas homosexuales, las medidas de protección están asociadas a los sentimientos afectivos y, en particular a la creencia en la fidelidad, por lo que generalmente no se protegen entre ellos. Con lo anterior, se nota claramente el esquema de relacionar el concepto “pareja” con una percepción de confianza y seguridad que se proyecta hacia la persona, convirtiéndose así en un elemento adverso para la infección con el VIH/SIDA, dado el número de homosexuales que siguen infectándose por no usar medidas de protección con sus propias parejas.

La construcción cultural de Género como potenciadora de riesgos de infección

En el caso de muchos HSH se observa la formación de masculinidades encaminadas a la práctica y demostración de una sexualidad activa, dentro de la cual se asumen riesgos considerados inevitables e inherentes a la misma. En las sociedades mesoamericanas, como en muchas otras, los varones –homosexuales o no- son culturalmente motivados a tomar la iniciativa sexual y se aplaude la idea de una multiplicidad de parejas que reafirmen su potencial sexual. Dichos comportamientos no están exentos de riesgos para la infección con el VIH/SIDA.

Por ejemplo, en el caso de los HSH que no se consideran homosexuales, al penetrar a otro varón, tienen la idea de que conservan su poder e identidad masculina y disminuyen su percepción de riesgo, de manera que, el “débil”, el que es penetrado, es el que puede infectarse.

En el mismo orden de ideas, la construcción cultural de Género en varones, también lleva a no prestar suficiente atención a su salud y cuando lo hacen, es más en tratamiento que en prevención. Por lo tanto, muchos HSH se resisten a realizarse una prueba de detección de anticuerpos y únicamente acudirán a los servicios médicos cuando su estado de salud esté muy deteriorado. Lamentablemente, antes de que ello ocurra pueden ser puentes de infección de VIH a otras personas y de reinfección hacia sí mismos.

Por otra parte, en cuanto al uso de condón y su relación con las masculinidades, las culturas de la Subregión fomentan la idea entre varones de que la utilización de dicho método es un símbolo de debilidad y desconfianza.

El uso de alcohol y otras drogas

Entre los HSH de Centroamérica también se ha percibido un uso frecuente del alcohol y otras drogas como desinhibidores de comportamientos, especialmente, cocaína, alcohol y marihuana. Su uso les lleva a realizar prácticas sexuales de alto riesgo para la infección con el VIH/SIDA.

Incongruencia entre el grado de conocimientos y los comportamientos

En los HSH, como en otros grupos, es bien sabido que la información sobre VIH/SIDA, no necesariamente se traduce en comportamientos de protección y cuidado. Existe una incongruencia entre lo que se sabe y cómo se actúa, persistiendo el riesgo de infección aún a pesar de la información. No se quiere decir que el brindar información no funcione, sino que se deben buscar mecanismos para que dicha información se traduzca en comportamientos de protección aún más efectivos.

La discriminación y el estigma

Los grupos de HSH, especialmente los homosexuales, siguen siendo discriminados y estigmatizados, por lo que dicha situación les lleva a vivir una vida no plena y marginal, sin el goce de todos sus derechos como seres humanos. Mientras esta situación persista, el riesgo de infectarse con VIH será más alto.

El costo de asumirse homosexual

En el caso de los HSH que se identifican así mismos como homosexuales, el costo de asumirse como tales, es muy alto en todas las áreas de su vida. El rechazo de que son objeto, la pérdida de su hogar, familia y trabajo, entre otros, son circunstancias que les empujan a una situación de mayor riesgo ante la infección del VIH/SIDA. Asimismo, la estigmatización y

prejuicios en torno a las relaciones sexuales - afectivas entre varones, así como del VIH/SIDA, provoca que muchos HSH, y en especial los jóvenes, no acudan a los servicios de salud para atender dolencias o infecciones que pudieran estar relacionadas con contactos sexuales entre varones.

La infección como castigo a la sociedad

Una de las líneas de discusión del taller subregional en Guatemala, giraba en torno a la hipótesis de que, debido al rechazo social manifestado hacia los HSH, dichas personas desarrollaban conductas y sentimientos negativos que favorecían la infección del VIH/SIDA. Se habló de un enojo hacia la sociedad, y como resultado, una multiplicidad de relaciones sexuales sin ningún método de prevención. Se hizo mención de la infección intencionada como castigo social, por los sentimientos de abandono y rechazo recibidos.

La búsqueda de espacios de diversión ligadas al riesgo de infección

La represión, la discriminación y el estigma son factores que les llevan a buscar espacios de diversión y de experimentación de su sexualidad. Dichos espacios pueden facilitar el desarrollo de comportamientos de riesgo para la infección en tanto que son lugares de contacto, - “conecte” “conquistas” “ligue” – para sexo ocasional, además de sitios donde el consumo de alcohol está presente. Entre éstos podemos mencionar: bares, cantinas, saunas, parques. Con lo anterior no se quiere decir que los sitios de contacto entre los HSH sean negativos por sí mismos, mientras las personas asuman conductas responsables de prevención, sino que no deberían ser los únicos espacios de socialización para estos grupos.

La cultura homofóbica

El odio hacia los HSH y hacia las expresiones de afecto y sexualidad entre los mismos, lleva a estos grupos a la invisibilidad, clandestinidad y a una vida al margen de la sociedad, con lo cual se favorece el medio para el desarrollo de conductas de riesgo de infección.

El falocentrismo

Se dice que la búsqueda de placer de muchos HSH, únicamente por la vía fálica (genitalización de la relación sexual) sin explorar o experimentar otras prácticas sexuales, pero sobre todo sin el uso de métodos como el condón, aumenta los riesgos de infección con el VIH. En el falocentrismo, la penetración se privilegia, y cuando se realiza sin protección, se constituye en una práctica de riesgo.

La falta de modelos para la relación de pareja entre varones

Se dice que ante la falta de aceptación de las relaciones erótico – afectivas entre varones, los modelos para relaciones de pareja estable están ausentes, primando así las relaciones poco profundas y que implican sexo ocasional, aumentando con ello el riesgo de infección por VIH/SIDA.

Disminución de la percepción de riesgo

En los últimos años, dados los avances científicos y tecnológicos alrededor del VIH/SIDA, la percepción de los HSH, en especial de los homosexuales, de que la infección ya no es exclusiva de ellos, hace que disminuyan el riesgo de infección y se baje la guardia en las medidas preventivas.

El temor de ser asociados con la enfermedad

La estigmatización y rechazo que aún viven las PVVS, lleva a los HSH a evitar hablar sobre el tema por temor a ser asociados con el VIH y ser objeto de dichas agresiones. El no hablar sobre el tema trae varias consecuencias, entre ellas, que la información deje de circular y que el tema se vuelva tabú, aumentando con ello el riesgo de infección.

Líderes religiosos cristianos que fomentan el rechazo y el estigma hacia los HSH

Han sido múltiples las historias donde los HSH denuncian a líderes religiosos que instigan a la feligresía, al estigma y rechazo de los mismos, así como de todo tipo de relaciones y expresiones – sexuales o afectivas - que no correspondan a una sexualidad reproductiva y sin placer. El clima de represión que se genera, aumenta el riesgo de infección por el VIH/SIDA.

Los programas de prevención suelen ir dirigidos a la población en general y no a grupos específicos

Desde hace mucho tiempo, los HSH, en especial los homosexuales, se han quejado de la falta de estrategias y acciones de prevención sobre VIH/SIDA, dirigidas ex profeso para dicha población. Entre los argumentos que presentan, se encuentran los siguientes: que los HSH son uno de los principales grupos afectados por el virus; que dicho grupo tiene características propias que requieren de un trabajo específico de prevención; que las acciones y estrategias llevadas a cabo hasta ahora especiales, se pierden dentro de las programadas para la población en general.

La falta de prevención específica dirigida hacia este grupo, con mensajes que tomen en cuenta sus formas de vivir, relacionarse, sexualizar y amar, incrementa el riesgo de infección con el VIH.

Búsqueda de encuentros sexuales para llenar vacíos afectivos

Se han documentado múltiples testimonios en los cuales los HSH, especialmente, jóvenes homosexuales, se enrolan en una búsqueda de múltiples encuentros sexuales de tipo casual, con el fin de llenar vacíos afectivos, generados por un medio hostil hacia sus formas de vida. Dichos encuentros casuales, al no ir acompañados de métodos de prevención, aumentan el riesgo de infección.

Mitos y creencias en torno al uso del preservativo

Entre los HSH existe también una gran cantidad de mitos en torno al uso del condón, que provocan que se disminuya su uso y se aumente el riesgo de infección entre ellos. Entre los que podemos mencionar se encuentran: que reduce el placer; que “es como comerse un dulce con envoltura” o “como comerse un plátano con cáscara”; que no funciona.

En el mismo orden de ideas, todavía hay una gran cantidad de HSH, que no saben utilizar correctamente el condón, además de no acompañarlo con el uso de lubricantes adecuados ya que utilizan sustancias que pueden dañarlos, como cremas y aceites. El uso incorrecto del condón también aumenta la probabilidad de infección.

La falta de disponibilidad de preservativos o condones

Si a los mitos y el uso incorrecto del condón, le añadimos la falta de disponibilidad en lugares estratégicos de encuentro entre varones (bares, saunas, discotecas), el riesgo de infección aumenta. La falta de disponibilidad de condones en sitios de sexualización aumenta la probabilidad de no utilizarlo. Se ha visto que su uso está estrechamente ligado a la disponibilidad.

La apariencia física como indicador de protección

Al igual que sucede con otros grupos, es común que los HSH se guíen por la apariencia física como indicador de protección. Por lo tanto, si un varón tiene una buena presentación, se nota aparentemente sano, es guapo y viste bien, se considera que difícilmente sea una persona portadora del virus. Dicho comportamiento sigue siendo motivo de infección entre muchos HSH.

La penalización legal de las relaciones homosexuales y HSH

En Nicaragua, las relaciones sexuales entre varones están penalizadas. En este país, mediante las leyes escritas, como en otros donde “las costumbres se hacen leyes”; la represión lleva a que los HSH vivan sus vidas de una manera marginal experimentando situaciones que les ponen en riesgo de infección.

Homofobia social e institucional, a nivel gubernamental y con la cooperación internacional

Muchas organizaciones de la región se quejan de la existencia de un tipo de homofobia institucional, por parte de gobiernos locales y de las agencias de cooperación internacional. Dichas organizaciones refieren que esa postura homofóbica, detiene u obstaculiza los procesos y estrategias de prevención dirigidos a este grupo específico, así como el flujo de recursos destinados a dicho fin.

El uso de modelos de otras regiones en la prevención

Se sabe que los modelos de atención y prevención de VIH/SIDA provenientes de otras regiones, especialmente de experiencias en África, han sido de poca utilidad en Centroamérica y México, debido a que no son diseñados para esta región en específico. La diferencia cultural que prima entre estas regiones es inmensa y el uso de modelos inadecuados de prevención provoca el crecimiento de la infección.

La escasez de Centros de Atención específica para homosexuales y otros HSH

En México y Centroamérica como en otras subregiones, se carece de suficientes centros de atención especializada para los HSH, y los pocos que existen han sido creados y dirigidos por las organizaciones de la sociedad civil. La falta de espacios en donde confluyan las inquietudes y se atiendan las necesidades de esta población específica, coadyuva a generar condiciones para que se sigan infectando con el VIH/SIDA.

Existe homofobia interiorizada y también entre HSH

La homofobia u odio hacia los HSH, en especial los homosexuales, no sólo es un comportamiento propio de la sociedad, sino también forma parte de las conductas internas e interpersonales de muchos HSH. La homofobia hacia sí mismos y hacia otros HSH, provoca el ejercicio de comportamientos auto destructivos y de daño hacia los demás varones que pueden colocarles en riesgo de infección de VIH.

Los homosexuales y HSH indígenas están también bajo riesgo

Las relaciones sexuales y afectivas entre varones también son una realidad entre poblaciones indígenas. Sin embargo, la negación, prejuicios, represión e invisibilidad en torno a éstas, provocan condiciones para que muchos HSH estén en riesgo de infectarse con el VIH.

Una gran cantidad de HSH indígenas tiene que emigrar para poder vivir su sexualidad, compartiendo así los riesgos de infección que las poblaciones móviles padecen. Los que

deciden quedarse en sus comunidades indígenas suelen ser objeto de agresiones, y su conducta calificada de “perversión ocasionada por la cultura occidental”.

HSH TSC viviendo con VIH/SIDA ocultan su estado seropositivo

Algunos hombres trabajadores del sexo comercial viviendo con el VIH/SIDA, ocultan su estado seropositivo, entre otras razones, por la discriminación y estigmatización de que son objeto. Además de que el revelar su estado implicaría la reducción de sus clientes.

1.2 Identificación de factores culturales de prevención de VIH/SIDA

Los HSH, en especial los homosexuales, han dado una respuesta más rápida al VIH/SIDA.

El grupo de HSH, y en especial los homosexuales, han desarrollado varias estrategias de lucha contra el VIH/SIDA, entre otras razones, porque representa uno de los grupos más afectados. Además de que en sus inicios, dicha enfermedad se vinculó casi exclusivamente con ellos.

Se sabe que ante la incertidumbre que primó al inicio sobre la infección, la comunidad gay no esperó a que se desarrollaran grandes estrategias y a que se generara el conocimiento científico que ahora se tiene sobre el virus. Por el contrario, acumuló incalculable experiencia en la organización en grupos, así como en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de prevención, a pesar del poco apoyo recibido.

En Mesoamérica, dicha experiencia se sigue aprovechando al llevar a cabo acciones de prevención, puesto que gran parte del trabajo preventivo eficaz, es realizado por los grupos civiles organizados.

Existe un sentimiento de comunidad

En México y Centroamérica como en otras regiones del mundo, la discriminación y estigma de que han sido objeto los HSH, especialmente los homosexuales, ha provocado al mismo tiempo un sentimiento de comunidad, así como la búsqueda de respuestas a problemáticas compartidas – entre ellas el VIH/SIDA - a través de un frente común.

La prevención entre pares

Como se ha visto en otros grupos, entre los HSH, una de las estrategias más efectivas para llevar a cabo acciones de prevención, ha sido aquella que involucra la educación entre pares. La confianza que se genera entre dos personas, el sentimiento de compartir una misma condición, así como el uso de un lenguaje sencillo y que toma en cuenta representaciones culturales locales, han resultado herramientas poderosas en el trabajo de prevención de VIH/SIDA entre pares.

Uso de la creatividad en las acciones preventivas

Los grupos organizados que trabajan con los HSH, constantemente denuncian la insuficiencia de fondos y recursos de todo tipo, así como los obstáculos que tanto autoridades nacionales como agencias internacionales, imponen a su trabajo preventivo. Ante un panorama de recursos limitados, dichos grupos hacen uso de una gran creatividad en la prevención, aprovechando cualquier estrategia o recurso para llevar a cabo su trabajo. El uso de carnavales, festivales y desfiles públicos, son sólo un mínimo ejemplo de dicha creatividad

Los grupos de ayuda mutua entre HSH y PVVS

El trabajo terapéutico de los HSH a través de los grupos de ayuda mutua, ha resultado de gran utilidad para generar comportamientos de protección y para recibir y compartir información sobre el VIH/SIDA. Los grupos de HSH portadores del virus o con SIDA, han encontrado en estos grupos un recurso valioso que les lleva a prevenir nuevas re-infecciones, así como desarrollar una mejor calidad de vida.

La creación de sus propios modelos de pareja y de relación

Ante la presencia de modelos de pareja y de relacionarse, preestablecidos socialmente, los HSH han tenido que ir desarrollando los suyos propios que incluyen maneras muy distintas de ver la vida, de vivir en sociedad, ejercer su sexualidad y de percibir el propio cuerpo. Dichos modelos suelen incluir formas alternativas de protección que no se tomaban en cuenta en otras generaciones. El uso del condón, ligado al ejercicio sexual, en lo que se ha dado en llamar la “era del látex”, es un ejemplo.

Los espacios de expresión y diversión

En los últimos años, se ha logrado conseguir espacios en los cuales los HSH pueden conocerse, expresarse, intercambiar información y ejercer su sexualidad. Dichos espacios, materializados en sitios específicos como bares, discotecas, cantinas, saunas y cafés, brindan la oportunidad también de informarse y recibir mensajes de prevención sobre VIH/SIDA. Además de generar un sentimiento de comunidad y en algunos casos, incorporarles al trabajo preventivo organizado.

Solidaridad de la comunidad internacional con los HSH

En países donde como Nicaragua, las relaciones erótico-afectivas entre varones están penalizadas, la solidaridad de la comunidad internacional resulta sumamente importante para llevar a cabo acciones de prevención de VIH/SIDA entre dicha población. Los “hermanamientos” con diferentes países, principalmente europeos, son un ejemplo.

1.3 Experiencias concretas de prevención y atención

Las experiencias que aquí se enumeran, no representan sino una mínima parte de las acciones llevadas a cabo en materia de atención y prevención de VIH/SIDA con poblaciones de HSH. Toca a estudios más profundos indagar y rescatar más experiencias que nos sirvan de fundamento para acciones futuras.

Unidad móvil de distribución de condones

En la Ciudad de Guatemala, se ha puesto en marcha con éxito una unidad móvil de distribución de condones en sitios de contacto y actividad sexual entre los HSH. Dicha unidad lleva a cabo un promedio de 800 intervenciones al mes, a través de las cuales se distribuyen, aparte de condones, información y materiales educativos.

Distribución de condones en sitios frecuentados por HSH

La organización civil *Gente positiva*, en Guatemala, lleva a cabo la distribución de condones en lugares frecuentados por grupos de HSH, dichos lugares abarcan: cines, saunas, bares, parques y sitios de comercio sexual.

Programa específico de atención médica

La misma organización civil, mantiene un programa específico de atención médica a HSH, Personas viviendo con VIH/SIDA y hombres y mujeres Trabajadores/as del sexo comercial.

Elaboración de materiales educativos

La organización civil *OASIS*, de Guatemala, elaboró dos manuales para la sensibilización al personal de salud de varias regiones del país: uno para la atención de los HSH, y otro para hombres y mujeres Trabajadores/as del sexo comercial.

La organización *PASMO* también ha elaborado material de prevención dirigido específicamente a los HSH y hombres homosexuales.

Trabajo en redes

El trabajo en redes para la prevención de VIH/SIDA en México y Centroamérica ha sido sumamente importante. A continuación se enumeran algunas de las acciones realizadas:

- ONUSIDA: Como resultado de la incidencia de ASICAL y sus organizaciones miembro, se ha logrado movilizar fondos para la realización de una *Task Force* en VIH/SIDA para HSH y TSC en cuatro regiones. La misma labor de incidencia ha permitido la realización del estudio multicéntrico centroamericano.
- Existen alianzas estratégicas con PASCA para incluir el tema de HSH en los Planes Nacionales.
- HIVOS apoya financieramente a todos los grupos gay de la Subregión desde aproximadamente nueve años.

Acciones de prevención en actos masivos

En Panamá se han llevado a cabo acciones de educación y prevención muy efectivas, durante carnavales y otras festividades masivas.

1.4 Recomendaciones y propuestas de indicadores desde un enfoque cultural

Desmitificación de los HSH

Se recomienda promover la comprensión de la diversidad sexual y afectiva entre varones, la cual no se ajusta únicamente a los homosexuales; y que tanto éstos como aquellos son personas a quienes se debe garantizar el respeto de todos sus Derechos Humanos. Asimismo, se debe desmitificar la figura de los HSH y dejar de ridiculizarlos y estereotiparlos.

Reconocer la importancia de la prevención en los HSH

Es necesario reconocer que los HSH representan uno de los principales grupos afectados por el VIH/SIDA y por lo tanto, son sujetos de especial atención para la asignación de suficientes recursos para la prevención.

Desmitificar el uso del condón en estos grupos

A pesar de que los HSH representan uno de los grupos que más utilizan el condón en sus prácticas sexuales, es importante luchar contra los mitos que aún persisten alrededor del mismo, como los que señalan que no se siente el mismo placer, que no funciona o que se es menos hombre.

Disponibilidad de condones en los lugares de contacto

Es importante garantizar la disponibilidad de condones en los lugares de contacto entre HSH, pues con ello se estarán aumentando las probabilidades de su uso. La información sobre prevención de VIH/SIDA es de poca utilidad si no va acompañada de elementos concretos – como la disponibilidad del condón- fáciles de traducirse en comportamientos efectivos de protección.

Incorporar a los HSH y PVVS en la prevención

Es importante incorporar a los HSH y los PVVS en la elaboración de estrategias y materiales de prevención de VIH/SIDA, pues ellos más que nadie conocen sus necesidades y la mejor forma de hacer llegar los mensajes a la mayoría de dicha población. Asimismo, sería importante que para el desarrollo de estas acciones, previamente se forme y sensibilice a técnicos y cooperantes especializados en HSH, de modo que se elimine la homofobia institucional, entiendan su contexto y formulen propuestas de prevención y apoyo más adecuadas.

Generación de modelos apropiados de prevención

Es necesario desarrollar modelos de prevención creados especialmente para los HSH considerando la realidad cultural mesoamericana. Los modelos adaptados de otras subregiones no darán los mismos resultados como aquellos que toman en cuenta todas las variables culturales locales.

Promover el respeto de las asociaciones religiosas

Siendo la religiosidad parte fundamental de las sociedades de la Subregión, es necesario promover el respeto de las asociaciones religiosas a los múltiples grupos sociales y sus formas diversas de expresión, cuidando que no se fomente la homofobia y la violencia hacia dichos grupos.

Integrar la perspectiva de Género en la prevención

Es urgente integrar la perspectiva de Género en las estrategias de prevención de VIH/SIDA entre los HSH, de modo que se coadyuve a la modificación de las estructuras de Género que impiden que los hombres cuiden más su salud y que provoca que asuman más riesgos para la infección.

Reconocimiento la existencia de los HSH en el medio indígena

Es indispensable promover el reconocimiento de la existencia, así como respeto de los HSH dentro de las comunidades indígenas.

Apertura de las instituciones de salud

Sería muy útil que las instituciones públicas y en especial las del sector salud, tuvieran una actitud más abierta para atender a los HSH, considerando la gravedad de la infección en este grupo, y los antecedentes de discriminación y estigma que dicha población sigue padeciendo y que les ha distanciado de los servicios de salud.

Promover mayor investigación

Es importante seguir realizando investigaciones sobre los factores culturales que inciden en la infección del VIH/SIDA entre los HSH, de manera que se desarrollen estrategias más efectivas de prevención. Asimismo, es urgente impulsar el abordaje cultural del VIH/SIDA en las instituciones con dicho grupo, tanto a escala nacional como internacional.

Asignación de mayores recursos para la prevención

Es necesario que los gobiernos y las agencias cooperantes asignen mayores montos dirigidos específicamente a programas de prevención para homosexuales y otros HSH, en lugar de que los recursos destinados a dicho grupo, se diluyan dentro de los programas generales de prevención.

Cooperación bilateral y regional

Es urgente generar mecanismos de cooperación bilateral y regional para dar respuesta a una problemática en la que se encuentran vinculados todos los países centroamericanos. Entre los compromisos a adquirir conjuntamente, se encuentra la inclusión de la atención y prevención del VIH/SIDA en la agenda de gobierno.

Es importante promover la eliminación y el cambio en las legislaciones de los países de la región, de leyes y prácticas discriminatorias que violen los Derechos Humanos de cualquier grupo de población, entre ellos, los HSH.

GRUPO TEMÁTICO 2: Pueblos indígenas de México y Centroamérica.

2.1 Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a las mujeres y hombres de los pueblos indígenas

De sobra conocida es la diversidad étnica en la región. Tan sólo en Guatemala, los /as indígenas representan casi la mitad de la población total y existen varios idiomas entre los que se encuentran el español, quiche, man, kekchi, kachiquel. Hay grupos minoritarios de población negra en la Costa Atlántica de Nicaragua, Costa Rica y Panamá. En Nicaragua, por ejemplo, existe una diversidad de grupos étnicos: mestizos 70%, descendientes de europeos 17%, criollos (origen africano) 9%, indígenas (miskito, sumo, rama, garíuna) 4%.⁴⁷

El origen o identidad étnica de las personas puede influir en su vulnerabilidad ante el VIH/SIDA. Las y los indígenas enfrentan muchos de los mismos obstáculos económicos que enfrentan otros grupos, más otras barreras sociales y culturales particulares. Suelen tener menos escolaridad y mayor analfabetismo que la población en general - siendo más grave la situación entre las mujeres - y están sujetos/as a la discriminación racial fuera de sus comunidades.

Durante mucho tiempo, los diferentes grupos étnicos de Centroamérica y México fueron objeto del olvido y la indiferencia en la prevención y atención del VIH/SIDA. Como es bien sabido, la estigmatización y prejuicios que surgieron con el inicio de la enfermedad, hizo que se excluyeran otros grupos poblacionales por no considerarles dentro de los excluyentemente llamados “grupos de alto riesgo”.

En la actualidad, el conocimiento del VIH/SIDA y sus dinámicas, ha permitido comprender - aunque con mucha lentitud - que la enfermedad está afectando a las comunidades indígenas, que se encuentran insertas cada vez más en un proceso imparable de interacción con muchos sectores y factores que les ubica fuera del aislamiento en que se encontraban.

En el presente apartado se pretenden mencionar algunos de los factores culturales que inciden en la infección con el VIH entre los diversos grupos étnicos de la región, que deben ser tomados en cuenta al hacer trabajo preventivo con estas poblaciones. Al igual que en el grupo de discusión anteriormente abordado, los factores aquí expuestos representan sólo una parte de los muchos que quedan por investigar, identificar y estudiar.

Conocimiento limitado sobre salud sexual y reproductiva

Los estudios disponibles sobre el tema muestran que la gran mayoría de los grupos indígenas poseen un conocimiento limitado de la anticoncepción, de los métodos de prevención de VIH y otras ITS, así como de las fuentes para obtener dicha información.

Del mismo modo se sabe que rechazan los métodos modernos de anticoncepción y prevención (entre ellos el preservativo) a los que se refieren como “artificiales” y no confían en ellos.⁴⁸

⁴⁷ Morgan, R. *Mujeres del mundo, Atlas de la situación femenina, 80 países vistos por sus mujeres*, Edit. V Indicación Feminista y Hacer Editorial, Madrid, 1994

⁴⁸ Castellanos G.; López Ch.; Diagnóstico de la situación y necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA en la Cuenca de Atilán, Sololá, Guatemala; Centro de Desarrollo Humano de Guatemala/FPIA, Guatemala, 2002.

Lo anterior representa una clave significativa para entender el riesgo que corren en la infección del VIH/SIDA, ya que los pueblos indígenas tienen diversas cosmovisiones y formas particulares de ver la vida y de darle significado a las cosas. Los programas de prevención aumentan los riesgos de infección de VIH/SIDA al no estar ligados y adaptados a sus contextos locales- por emplear metodologías pensadas por y para personas urbanas occidentales.

Por otro lado, en relación con el conocimiento que tienen sobre el VIH/SIDA, se ha encontrado que parte de la población indígena sólo sabe que es una enfermedad mortal, infecciosa y que no tiene cura, sin embargo no conocen bien cómo se transmite y cómo deben protegerse las personas de la infección. Se ha sabido de casos en que cuando se llega a conocer en las comunidades la existencia de enfermos de SIDA, cunde el pánico. El desconocimiento y la inadecuada información constantemente están ligados al riesgo de infección.

El poder del clero y su influencia como factor de riesgo.

Se ha sabido de algunos grupos ligados a la iglesia que hacen campaña contra el uso del preservativo o condón. En la costa Miskita en Honduras estos grupos llevan a cabo dichas actividades por medios radiales, argumentando que “el condón no sirve”.

Consumo de alcohol y otras drogas

El consumo de alcohol y otras drogas forma parte de las culturas indígenas. El uso de alcohol y drogas conlleva a la desinhibición de conductas que aumentan los riesgos de infección por VIH.

Las influencias extranjeras y la cercanía a centros urbanos

Existen varias influencias externas que contribuyen a la transformación de los patrones de conducta tradicionales y que muchas veces significan mayor exposición a los riesgos de infección. Por ejemplo el turismo. Se dice que al existir una gran influencia externa, ya no se valora lo tradicional - incluyendo algunos comportamientos que antes fungían como preventivos - ya que, existen personas que consideran que lo que proviene del exterior es lo mejor.

Se sabe que la interacción con otros grupos sociales ha traído consecuencias como la introducción del consumo de determinadas drogas y el ejercicio del turismo sexual, siendo importantes vínculos para la infección con el VIH.

La pobreza como potenciador del riesgo

Hay muchos obstáculos económicos y una falta de políticas públicas adecuadas para mejorar la infraestructura y la situación económica en general. Existe una gran pobreza de la cual los indígenas no pueden salir. Ello representa un caldo de cultivo que limita los alcances de los esfuerzos preventivos.

La migración aumenta el riesgo de infección

Muchos/as indígenas de diversas comunidades en Centroamérica, como nos muestran los estudios disponibles, tienen que abandonar sus comunidades, ya sea para emplearse como trabajadores agrícolas en otras poblaciones o para trabajar en las empresas maquiladoras que cada vez más se instalan en los países de la región e incorporan mano de obra barata, sobre todo de mujeres, como es el caso de Guatemala.

Se sabe que su situación de inmigrantes les ubica ante una serie de circunstancias propicias para infectarse del VIH. Entre ellas podemos mencionar: la soledad psico-afectiva, el hacinamiento, la falta de actividades recreativas y alternativas al consumo del alcohol, el desconocimiento del VIH/SIDA y de los medios de infección, la experimentación de nuevas prácticas sexuales que implican un alto riesgo de infección, el ejercicio sexual ocasional sin protección y la multiplicidad de parejas sexuales.

Las relaciones de poder y la construcción cultural de Género como potenciador de riesgo.

Las estructuras de Género, en la mayoría de los pueblos indígenas, producen relaciones de poder que dejan en desventaja principalmente a las mujeres, pero que para el caso del riesgo de infección de VIH afecta tanto a hombres como a mujeres.

Es muy frecuente que un hombre tenga más de una pareja y que no se proteja con ninguna/o de ellas/os. Además existe una relación de superioridad en donde los varones deciden dónde, cómo y cuándo tener relaciones sexuales, que obviamente implica la ausencia de métodos de protección, además de que deja de lado la capacidad de decisión de las mujeres.

Por otra parte, en algunos pueblos indígenas se observa la presencia, por parte de los varones, de una especie de poligamia que lleva a los hombres a tener múltiples parejas sexuales. El hecho cobra relevancia en tanto que con ninguna de dichas parejas sexuales, existe protección contra cualquier tipo de infección sexual, constituyéndose así un factor de riesgo.

Múltiples condiciones relacionadas con la cultura y el Género en la región, que valen tanto para los pueblos indígenas como para los que no los son y representan obstáculos para realizar intervenciones adecuadas. Entre ellas podemos mencionar: la cultura del silencio que rodea al sexo; las fuerzas que dictan que las mujeres "buenas" no deben saber de sexo; las normas tradicionales respecto a la virginidad que hacen difícil que las mujeres busquen información sobre el sexo; la dependencia económica de las mujeres respecto de los hombres; las ideologías de la maternidad; y la violencia de los hombres contra las mujeres.

Violencia doméstica y sexual

En los pueblos indígenas, como en otros contextos sociales, no es difícil encontrar violencia doméstica y específicamente sexual. La violación entre cónyuges bajo un supuesto de "derecho adquirido sobre la persona y cuerpo de la pareja" es muy frecuente tanto en medios rurales como urbanos. Lo anterior constituye un riesgo de infección de VIH en tanto que niega la posibilidad de las mujeres de protegerse y de decidir sobre sus propios cuerpos. Todo ello, junto al hecho de que no hay lugares a dónde acudir para denunciar, que no existe la cultura de la denuncia y que sigue estando vigente el supuesto de que "la violencia familiar es un asunto privado", limita las posibilidades de protección.

Fidelidad visto como factor de protección

Es común que las mujeres amas de casa – indígenas y no - asuman que, por el hecho de ser fieles a sus esposos, por lógica ellos lo son también y de esta manera no se protegen.

Falta de investigación

El tema de la sexualidad en general y de las prácticas sexuales en particular, es tópico tabú entre la población indígena (característica compartida por otros grupos sociales), que presenta dificultades para tratarlos abiertamente, más aún si corresponde a hacerlo con agentes externos a la comunidad. Por lo tanto, la investigación sobre infección del VIH/SIDA

realizada es escasa y de baja calidad. Esto limita la posibilidad de generar programas de prevención adecuados a los contextos sociales, potenciando así la posibilidad de infección.

Matrimonios, arreglados

Aún en pleno siglo XXI existen múltiples ejemplos en diversos pueblos indígenas en donde los padres “arreglan matrimonios” entre sus hijas adolescentes y hombres mayores económicamente estables. Ello implica un riesgo de infección para dichas mujeres, toda vez que entre las características culturales de los maridos, está el hecho de haber experimentado sexualmente con otras parejas, obviamente sin mediar algún tipo de protección frente a infecciones. A lo anterior hay que añadir una vez más la ausencia de poder de decisión de las mujeres, como un factor que culturalmente aumenta el riesgo de infección.

Prácticas sexuales de riesgo por temor al embarazo y a perder la virginidad

Las formas en que se ejerce la sexualidad entre los/as jóvenes - indígenas o no - está rodeada de mitos, prejuicios, desinformación y sentimientos negativos. Además de la sobrevaloración que se hace de la virginidad - valor curiosamente depositado sólo en las mujeres - y la responsabilidad de evitar un embarazo - también depositado sólo en ellas - muchas veces se dan prácticas sexuales altamente riesgosas para la infección del VIH, como son la penetración anal sin preservativo.

Persistencia de costumbres y creencias tradicionales en contra de la prevención

En algunos pueblos indígenas, los varones mantienen costumbres tradicionales y ancestrales, que les ubican en determinada posición dentro de la estructura de Género, además de asignarles determinado rol dentro de la reproducción. Como ejemplo podemos mencionar a los hombres que deben tener dos o tres mujeres para garantizar un crecimiento poblacional. El hecho de tener múltiples parejas sexuales sin protección aumenta los riesgos de infectarse con el VIH.

Acceso y uso de condón abierto o no generalizado, dependiendo de la comunidad

Aunque los datos aportados por los/as participantes del Taller Subregional en Guatemala describen un aumento en el acceso y uso de preservativos o condones entre ciertas poblaciones indígenas como los Kunas, Garífunas y Mayas, por otra parte también reportan que el uso de dicho método de prevención aún no se ha generalizado debido a que en ocasiones resulta costoso o se desconoce en un gran número de comunidades indígenas.

En relación con el uso de preservativos vaginales, se sabe que son mucho más caros, y no hay acceso a ellos en los pueblos indígenas, limitándose así las posibilidades de protección para las mujeres indígenas, cuyos maridos o parejas sexuales no quieren utilizar preservativo.

Dificultades durante la negociación del uso del preservativo

Entre muchos pueblos indígenas, como en otros grupos sociales, la fidelidad – aunque sólo sea aparente - juega un rol importante en el mantenimiento y dinámica de la pareja. Hay evidencias que muestran que los miembros de una pareja, aún a pesar de tener otras parejas sexuales; no se atreven a manifestarlo abiertamente y, por lo tanto, a solicitar el uso del preservativo, ya que ello es interpretado como infidelidad y, paradójicamente, nadie está dispuesto/a a pasar como tal – infiel - debido al “castigo” social y familiar.

En otros casos, se sabe de la gran dificultad que representa la negociación del uso del preservativo entre mujeres – indígenas o no - quienes mantienen cultural y económicamente una relación de desventaja y dependencia respecto a la capacidad de decisión, incluso de sus

propios cuerpos. Como podemos deducir, la falta de reconocimiento de la existencia de otras parejas sexuales, aunada a la ausencia de posibilidad de decisión sobre el propio cuerpo entre mujeres indígenas, aumentan el riesgo de infección por VIH.

Mitos y resistencias en cuanto al uso del preservativo o condón

A pesar de que hay evidencias de que ha aumentado el uso del preservativo en algunas comunidades indígenas, ello no implica que dicho método deje de estar plagado de mitos y prejuicios, además del desconocimiento del uso correcto. Ello sin duda aumenta las posibilidades de riesgo de infección.

Entre indígenas, como en otras culturas, también se da el fenómeno de preferir el contacto sexual sin el uso del preservativo, bajo los ya conocidos argumentos de que “no se siente igual”, lo cual constituye un obstáculo para la prevención de VIH.

Por otra parte, hay poblaciones rurales indígenas muy aisladas donde el tema del preservativo es tabú, incluso para los promotores y los líderes comunitarios. En algunas comunidades son dichos líderes los únicos que pueden tomar la decisión sobre si se habla con la comunidad del tema o no.

Uso de madres substitutas para la lactancia materna

Como se sabe, una de las formas de infección por el virus que causa el SIDA es aquella que se da por vía perinatal, durante el parto o la lactancia. Se han documentado casos de mujeres de algunas poblaciones indígenas quienes, impulsadas por la dinámica de globalización, han tenido que emigrar a otros sitios a trabajar en las maquiladoras. Su ausencia hace necesario el uso de madres substitutas para la lactancia materna de niños/as, lo que conlleva el riesgo de infección con el VIH para sus hijos/as.

Discriminación a pueblos indígenas al proveer servicios de salud pública

La falta de equidad, calidad y calidez durante la provisión de los servicios de salud pública a la población indígena, la discriminación y racismo de que es objeto dicha población, la barrera idiomática, y la lejanía de los centros de salud, provocan que la gente deje de acudir a los servicios de salud, disminuyendo así las posibilidades de prevención y aumentando los riesgos de infección.

Además hay que añadir que la descalificación de que es objeto la medicina tradicional y herbolaria por parte del personal de salud, también provoca un marcado rechazo a dichos servicios al desaprovecharse los recursos culturales de la propia comunidad en la prevención de VIH y otras infecciones.

La falta de educación formal y específicamente en prevención.

Como se pudo observar en otro capítulo, en Centroamérica y México, el acceso a la educación formal para toda la población, así como la buena calidad de la misma, dista mucho ser una realidad. En las zonas rurales, generalmente indígenas, dicha situación es más grave, existiendo así un alto grado de analfabetismo, lo cual a viene a constituir una importante barrera para la transmisión de mensajes preventivos.

En el mismo orden de ideas, en las sociedades mesoamericanas como en otras regiones del mundo, la cultura de la lectura no está muy arraigada y las altas tasas de analfabetismo disminuyen el impacto de campañas de concientización a través de textos. Además solamente están escritos en la lengua “oficial” de dichos países, es decir, en español. Evidentemente se

omite el hecho de que, en gran parte de los pueblos indígenas, prevalece la comunicación oral y visual.

Problemas de confidencialidad para las PVVS

La estigmatización y discriminación de que son objeto las PVVS tanto en medios rurales como urbanos provoca que no se acerquen a los servicios de salud por miedo a que su estado seropositivo sea dado a conocer. De la misma manera, el temor al rechazo familiar y social, así como el escaso y erróneo conocimiento que se tiene sobre el VIH/SIDA, provocan que tanto jóvenes como adultos no se animen a realizarse una prueba de detección de anticuerpos. Esa situación, pone en riesgo la salud y la vida de personas que desconociendo, estado serológico, no reciben ningún tratamiento, además de ser puentes de infección para otras.

Se han detectado problemas derivados de la falta de confidencialidad, para las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Por tal motivo, algunas de ellas, si cuentan con los recursos económicos, optan por acudir a servicios de salud lejos del lugar donde viven. Aquellos/as que no los tienen, sufren estigmatización y discriminación grave en sus comunidades.

Se sabe de múltiples casos en los que en la población cunde el pánico cuando se enteran de que algún miembro/a de su comunidad es portador o tiene el VIH/SIDA. No han sido aislados los casos en que las PVVS tienen que abandonar sus comunidades, sea por la presión social o por que son literalmente expulsadas.

Políticas gubernamentales limitantes para PVVS

Existen políticas gubernamentales que limitan el acceso de la población a tratamiento y atención. En algunos países mesoamericanos, el personal de salud en los pueblos indígenas está capacitado para detectar el VIH y dar consejería, pero no está autorizado para dar tratamientos anti-retrovirales, sino sólo aquellos para atacar infecciones oportunistas asociadas al VIH/SIDA.

Estigmatización y discriminación de las diferentes formas de expresión de la diversidad

Existe rechazo, estigmatización y discriminación contra las diferentes formas de expresión de la diversidad, tanto en el terreno sexual como en otras áreas de la vida. Las ideas tradicionales, sexistas y conservadoras, fuertemente arraigadas en la región, sobre “el deber ser” de hombres y mujeres, siguen afectando negativamente la vida de millones de personas, siendo el riesgo de infección con el VIH, una de las múltiples consecuencias.

Una nueva generación “sin futuro”

La pobreza estructural, que es aún más aguda en los pueblos indígenas, trae como consecuencia que muchos de los jóvenes no vean un futuro alentador para sí mismos. “Sobreviven” en el presente, y tienen una baja autoestima pensando que no importan a nadie. Se dice que hay índices de suicidios elevados en jóvenes indígenas, sobre todo en zonas de post-conflicto. Todo lo anterior les lleva a mantener conductas de riesgo para la infección del VIH como son la ingesta excesiva de alcohol y el sexo sin protección, entre otras.

El idioma como barrera para la prevención

Uno de los factores culturales, muy unido al riesgo de infección de VIH, que más se mencionó fue el limitado e ineficiente uso del lenguaje. Es conocida la gran diversidad de lenguas indígenas en los países centroamericanos. Sin embargo, las autoridades de salud, así como muchas organizaciones insisten en seguir viendo a la población como un conjunto homogéneo, sin tomar en cuenta la diversidad en todas las áreas.

En el trabajo preventivo con la población, tanto en el ámbito subregional como en el local, se suelen manejar términos tales como: “los centroamericanos”, “los nicaragüenses” o “los hondureños”. Se asume que por el hecho de conformar una Subregión y compartir una lengua oficial como tal, todos hablan español. Sin embargo, dichas generalizaciones diluyen la gran diversidad de culturas e idiomas inmersos dentro de la “cultura general”.

Mientras sigan existiendo mensajes preventivos que no tomen en cuenta las lenguas locales y sus formas culturales de expresión – tanto orales como escritas - la incomprensión y éxito de los mensajes estará destinado al fracaso y, por consecuencia, el riesgo de infección seguirá presente.

2.2 Identificación de factores culturales de prevención de VIH/SIDA

Cada cultura y su cosmovisión contiene elementos de prevención y atención

En términos de prevención y atención es indispensable reconocer que cada pueblo con su cultura contiene abundantes recursos que habrán de ser rescatados y aprovechados. Dichos recursos se materializan en la forma en que se entiende la vida y su lugar en ella (cosmovisión), el nombre y significado que le dan a lo que les rodea, los vínculos con los demás y con su medio ambiente y el uso de lenguaje códigos y símbolos. Se debe entender que los recursos mencionados anteriormente, se encuentran en el seno mismo de las culturas, que no son externos y por lo tanto son más susceptibles de ser asimilados e integrados para llevar a cabo acciones de prevención de VIH/SIDA.

El sentido de comunidad y solidaridad

Otro factor cultural que se identificó como preventivo, consiste en el sentido de comunidad y solidaridad que aún persiste en las poblaciones indígenas y rurales, a diferencia de las comunidades urbanas y más pobladas, en donde priman cada vez más los comportamientos individualistas e impersonales.

El sentido de comunidad y solidaridad permite entender los problemas y necesidades, no como “asuntos de los otros” sino como “asuntos de todos” y, como tales, merecedores de la atención y la participación de la comunidad en su resolución. Sería de mucha utilidad que dicha perspectiva se integrara en las acciones de prevención de VIH en las comunidades indígenas, entendiéndose que el virus no es un asunto de “los otros” sino que atañe a todos, lo mismo que su prevención.

La espiritualidad

Hablar de espiritualidad como factor de prevención en las culturas indígenas, lleva inevitablemente a un terreno de complicaciones de diversa índole. Por un lado, el hecho de que se entienda la espiritualidad como la práctica religiosa y se ligue a comportamientos de índole moral y por otra parte, la resistencia de la ciencia occidental positivista y las disciplinas derivadas de ella, a ver la espiritualidad como objeto de estudio - por considerarla como un fenómeno subjetivo, no sujeto a medición ni verificación - y que puede ser de utilidad cuando se aplica a la resolución de problemas.

Sin embargo, la espiritualidad es más que lo anterior, e implica también formas particulares y colectivas de ver y vivir la vida, de sentirse en paz consigo mismo/a. Tiene que ver con el respeto a lo que se cree y lo que los demás creen. Se debe entender que cada cultura y persona

pueden vivir de forma diferente su espiritualidad y que ello a su vez, puede constituirse en formas personales y colectivas de prevenir el VIH/SIDA y otras enfermedades.

Líderes comunitarios son aliados

Algunos de los actores clave para la prevención en los pueblos indígenas, dada la influencia que tienen en las comunidades, los constituyen los líderes comunitarios entre los que se encuentran: médicos tradicionales (*curanderos* y *chamanes*), los sacerdotes y ministros de las diversas denominaciones, y las parteras. Resulta de suma importancia trabajar conjuntamente con las y los líderes comunitarios ya que, pueden ser vínculos para realizar acciones de prevención o para obstaculizarlas, dado el poder e influencia que tienen sobre la población.

En materia de atención de VIH/SIDA se conocen casos en los que las PVVS acuden a curanderos, que garantizan la cura de la infección.

La transmisión de conocimientos y prevención mediante el uso de las diversas formas del lenguaje

Hay una manera de hacer llegar los mensajes de prevención de VIH/SIDA directamente a la gente, y es en su idioma materno; a través de los medios de comunicación como la radio y la televisión o por vías tradicionales de transmisión oral.

La radio comunitaria es un medio que ha demostrado ser muy útil en la transmisión de mensajes que pueden tomar en cuenta el lenguaje y las costumbres locales. Por su parte, los relatos son parte de su historia y cultura oral, las cuales son mantenidas por muchas etnias hasta la actualidad. La *oralidad*, es un recurso que se puede rescatar como una vía para transmitir mensajes de educación y prevención en torno al VIH/SIDA.

Comunicación a través de imágenes y símbolos

Ya se ha mencionado anteriormente que en los pueblos indígenas; los significados de las cosas, así como las formas de expresión, la mayoría de las veces nada tienen que ver con las formas de percepción occidental. Por lo tanto, el uso de imágenes, símbolos, códigos y colores deben de ser incorporados a la prevención, respetando la percepción local de la realidad.

Distintas formas de música

Si algo es inherente a todas las sociedades es la presencia de la música. A través de ella se expresan sentimientos, emociones, deseos, penas, alegrías, advertencias y todo tipo de mensajes. La música es un vehículo importante que debe ser más aprovechado, para la transmisión de mensajes preventivos.

Las reuniones comunitarias como mecanismos de prevención

Las comunidades indígenas frecuentemente hacen uso de reuniones y asambleas generales como una forma de organización y tratamiento de sus problemas. Se debe aprovechar más este recurso para hacer llegar a la población los mensajes de prevención de VIH/SIDA.

La visión holística de la medicina

A diferencia de las culturas occidentales, los pueblos indígenas suelen tener una percepción holística (integral) de la salud y la medicina, que incluye no sólo las dolencias físicas del cuerpo, sino también aquellas que ellos denominan “del alma, del espíritu o del corazón”. Basándose en la creencia de que debe existir un equilibrio entre lo tangible y lo intangible, llevan a cabo sus métodos de tratamiento, restablecimiento y prevención de la salud. Dicha

visión no debe menospreciarse si se quiere tener éxito en la prevención y atención del VIH/SIDA entre comunidades indígenas.

Creatividad de los jóvenes

Las nuevas generaciones tienen otros valores debido a los cambios culturales que están aconteciendo. Hay que mencionar que muchos jóvenes están enfrentando la epidemia de manera creativa, adaptándose a una realidad cambiante.

Creencias culturales en transición

Como parte del proceso de interacción con otras sociedades, además de su propio proceso de desarrollo; algunas comunidades indígenas revelan que existen factores culturales en transición, que facilitan el abordaje de temas como la salud reproductiva y el VIH/SIDA.

Por ejemplo, la gente de algunas comunidades reconoce que las familias suelen tener muchos hijos y que hace falta educación sexual y reproductiva. Asimismo piensan que se debe enseñar a través de una estrategia cultural para que la gente no se sienta ofendida, humillada o indiferente. También reconocen que hay creencias erróneas sobre el hecho de brindar educación sexual a los jóvenes.

De la misma forma, saben de la importancia que implica el acceder a la educación para obtener la información y manifiestan interés en recibir información, en especial para los jóvenes.

Las comadronas

Un recurso valiosísimo de prevención de VIH/SIDA a rescatar lo representan las comadronas, quienes juegan un rol importante entre las mujeres de las comunidades indígenas, ya que generalmente a ellas acuden para solicitar información referente a su salud sexual y reproductiva, como pueden ser las infecciones, el embarazo, el seguimiento del embarazo y parto y anticoncepción.

2.3 Experiencias concretas de prevención y atención del VIH/SIDA

En relación con las experiencias presentadas en este apartado, al igual que en los otros grupos centrales de discusión abordados, éstas no representan sino una mínima parte de lo realizado en materia preventiva; sin embargo sí constituyen una referencia útil.

Los cantadores de Livingston

En Livingston, los cantadores han compuesto muchas canciones con mensajes de prevención que han tenido un fuerte impacto. Existen dos clases de ritmo y lenguaje, uno dirigido a jóvenes y el otro para gente adulta. Los mensajes están elaborados en lengua Garífuna, en un tipo de lenguaje implícito, conocido como “de doble sentido”, para que se protejan ellos mismos y a sus hijos. Se transmiten a través de fiestas privadas y en las discotecas, en billares y otros sitios. Las canciones pueden ser conseguidas mediante el formato de CD.

Las comedias y parrandas Garífunas

Los Garífunas han realizado acciones preventivas a través de comedias, parrandas –canciones dirigidas a los varones - que utilizan para criticar y educar constructivamente. Otra experiencia ha ocurrido en Honduras a través de un desfile de hombres que proveen de

mensajes a la comunidad Garífuna. Los grupos musicales de *rap* que hablan sobre uso de condón representan otro ejemplo exitoso.

Socio dramas, teatro callejero de los Mayas

En comunidades Mayas existen experiencias en las que se presentan obras de teatro tendentes a la prevención del VIH/ SIDA. En dichas representaciones la gente se viste de payasos y los jóvenes se pintan.

Las revistas de los Garífunas

Difusión en revistas trifolios en donde los personajes los representa la gente de la propia comunidad. Los mensajes suelen ser breves, ya que, a pesar de que la mayoría de los Garífunas sabe leer, no tienen arraigada una cultura hacia la lectura.

Conferencias organizadas por jóvenes en Livingston

Entre los años de 1999 y 2000, en Livingston hubo grupos de jóvenes que se organizaron para trabajar en prevención de VIH/SIDA. Entre las acciones que realizaron se encuentran la invitación a algunos especialistas y médicos, además de la repartición de materiales impresos.

El centro de atención a PVVS, un lugar para todos/as

Se ha dado apertura para la prevención de VIH/ SIDA a todo el público, en un espacio que anteriormente estaba destinado únicamente para las PVVS. En ese lugar se brinda consejería sobre VIH/SIDA y apoyo psicológico a toda la población.

Los congresos de los Kunas

Los hombres y las mujeres tienen que acudir obligatoriamente a reuniones comunitarias, lo cual significa una oportunidad para difundir mensajes preventivos.

Funciones de películas en comunidades Mayas

En comunidades Mayas rurales, en donde la gente no tiene acceso a actividades recreativas tales como el cine, no les importa caminar grandes distancias con tal de ver películas en sus idiomas. Lo anterior puede ser aprovechado para dirigir mensajes de prevención a través de ese medio.

Calendarios de prevención

Entre los Garífunas se han diseñado algunos calendarios y carteles con temas de prevención de VIH/SIDA que han resultado muy efectivos.

Integración en los currícula de formación de comadronas y promotores en salud rural

En los currícula de formación de líderes comunitarios (promotores y comadronas) de Livingston se ha integrado el tema de prevención de VIH/SIDA.

Las clínicas juveniles de Honduras

En Honduras las clínicas juveniles han resultado altamente efectivas en la prevención de VIH/SIDA. En ellas se brinda servicio psicológico y existen grupos de ayuda mutua entre pares – que son guiados por un experto-.

2.4 Recomendaciones para la prevención y atención del VIH/SIDA desde un enfoque cultural

Respetar las distintas cosmovisiones

Hay que respetar las distintas cosmovisiones de los pueblos indígenas y aprovechar los recursos que los mismos tienen, para llevar a cabo la prevención y atención del VIH/SIDA.

Respetar los procesos de cambio culturales de los pueblos indígenas

Ya se ha mencionado que en los pueblos indígenas hay creencias y comportamientos en transición que no corresponden con las formas ni los tiempos occidentales. Se necesita entender y respetar dichos procesos graduales, que generalmente llevan mucho tiempo.

Establecer y fortalecer alianzas con autoridades de los pueblos indígenas

Es necesario establecer y fortalecer alianzas con los médicos tradicionales, con las iglesias de las diferentes denominaciones y con los líderes comunitarios. Es urgente trabajar con ellos para darles información y verles como aliados en lugar de enemigos. Es importante promover la voluntad y el cabildeo políticos, así como dar herramientas a líderes comunitarios para lograr mayor incidencia política en materia de salud en general y de prevención y atención de VIH/SIDA en particular.

Fomentar y fortalecer alianzas locales, nacionales, regionales e internacionales

Se recomienda establecer y fortalecer redes y alianzas locales, nacionales, regionales e internacionales; entre activistas, representantes de organizaciones de la sociedad civil, gobiernos locales y nacionales, y con organizaciones internacionales.

Que los gobiernos asuman sus responsabilidades

Los gobiernos en el nivel local y nacional deben asumir cabalmente sus responsabilidades de prestación de servicios de prevención y atención de VIH/SIDA a los pueblos indígenas, adaptándolos a los contextos socio-culturales de dichos pueblos.

Hacer saludables a los servicios de salud

Los servicios de salud deben, no solamente mejorarse, equiparse y suministrarse de lo necesario para funcionar, sino también hay que hacerlos saludables y accesibles, esto es, cálidos, carentes de discriminación y estigmatización y abiertos a todo el público.

Promover la confidencialidad

Es indispensable la promoción de la confidencialidad en trabajadores de salud, ya que en comunidades pequeñas sigue representando un obstáculo grave para la prevención y atención del VIH/SIDA. Hay que garantizar la confidencialidad para la persona y su familia y además exigir respeto y apoyo para ellos.

Mayor capacitación de personal de salud

La integración de personal de salud en la comunidad es indispensable, sin embargo sólo se logra a través de la confianza que dicho personal genere entre la gente, lo que se consigue trabajando con ellos/as y buscando una mayor integración en la vida física y espiritual de la comunidad.

Promover la aceptación y los Derechos Humanos de las PVVS y sus familias en los pueblos indígenas

Mejorar y promover la difusión e implementación de los Derechos Humanos de las PVVS en los pueblos indígenas es sumamente importante. Además es necesario crear servicios de apoyo accesibles para familiares afectados y darles asistencia psicológica en caso de fallecimiento del/la enfermo/a.

Uso de diversas formas de comunicación

Se recomienda utilizar medios alternativos como la música, la radio y el teatro, para la difusión de mensajes preventivos adaptados al contexto cultural. Es conveniente trabajar en audiovisuales (películas) en varios idiomas.

Implementar campañas específicas

Implementar campañas específicas y diferenciadas de prevención con apoyo gubernamental, diseñadas y validadas con la participación de los pueblos indígenas.

Facilitar acceso a los condones

Aumento de distribución de condones, por ejemplo en billares, casas de citas, hoteles, y no solamente en centros de salud, por medio de máquinas dispensadoras, para que se pueda tener acceso a cualquier hora.

Desarrollar estrategias y políticas públicas de empoderamiento

Aprovechar la diversidad existente en las comunidades indígenas, encontrando los mecanismos para salvar sus diferencias, a fin de desarrollar y fomentar estrategias y políticas públicas para su empoderamiento y enfrentar adecuadamente el VIH/SIDA.

Promover una educación integral

Es necesario seguir educando desde pequeños a niñas/os y jóvenes sobre conductas preventivas, fomentando una educación integral por medio de la escuela, de la familia, del medio social, sin valores estigmatizantes.

Asimismo, es urgente incluir en la currícula escolar de los diferentes niveles, la educación en salud sexual y reproductiva, pero adaptada a realidad de los pueblos indígenas, mejorando los programas y los materiales educativos, adaptados a sus contextos culturales. Se hace indispensable garantizar materiales permanentemente validados por los pueblos indígenas, en sus idiomas nativos y adaptados a su cosmovisión.

Fomentar el respeto e integración de las diferentes formas de vida y expresiones de la sexualidad

Se recomienda llevar a cabo iniciativas tendientes a fortalecer el respeto y la integración de HSH, homosexuales, lesbianas, trabajadores/as del sexo comercial, transgéneros/as y travestís, por parte de y en los pueblos indígenas.

Incorporar la medicina tradicional en la atención y prevención del VIH/SIDA

Es importante no desmeritar a la medicina tradicional y en su lugar, aprovechar la riqueza de los métodos tradicionales para atender enfermedades, entre ellas enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA.

Promover una visión integral del VIH/SIDA

Es importante no ver el VIH/SIDA desde el punto de vista meramente médico, sólo como una ITS, sino también es necesario tener una visión integral que incorpore otros elementos de protección, prevención y atención como el fortalecimiento de la autoestima y el bienestar espiritual.

Incorporar en la agenda pública a los jóvenes indígenas

Es necesario que los jóvenes indígenas dejen de ser invisibles ante las políticas públicas y los programas de gobierno, en todos los ámbitos; por ejemplo en educación, cultura y salud.

Fomentar la participación de los pueblos indígenas en el diseño y ejecución de acciones

Es importante promover la participación de los pueblos indígenas, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, planes, programas, proyectos y acciones que se realizan en sus comunidades. Los pueblos indígenas deben participar en la propia identificación de necesidades prioritarias.

Desarrollar más investigaciones específicas

Es necesario desarrollar más investigaciones para conocer mejor los contextos socioculturales específicos de los distintos pueblos indígenas, lo anterior con la intención de mejorar el impacto de intervenciones de prevención y atención en dicha población.

GRUPO TEMÁTICO 3: Mujeres y Hombres Trabajadoras/es del Sexo Comercial (TSC) en México y Centroamérica

3.1 Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a las mujeres y hombres TSC

Las trabajadoras y trabajadores del sexo comercial en México y Centroamérica son grupos poblacionales con una alta incidencia de ITS y VIH/SIDA en relación con el resto de la población y, dada la multiplicidad de parejas sexuales, conforman uno de los puentes epidemiológicos de ITS/VIH/SIDA.⁴⁹

Los resultados de múltiples estudios revisados, además de las aportaciones derivadas del Taller subregional, mostraron que dichos grupos mantienen una serie de ideas y creencias culturales que influyen en la exposición al riesgo de infección por VIH/SIDA.

3.1.1 Mujeres y Hombres TSC.

La estigmatización aumenta el riesgo de infección

La estigmatización de que son objeto tanto las mujeres como los hombres TSC, por parte de la sociedad en general y de los servicios de salud en particular, coadyuva a elevar los riesgos de infección por el VIH. En el caso de las mujeres son consideradas como “de la vida alegre” y por lo tanto “mujeres indignas”, lo cual lleva a dicha sociedad y servidores públicos del área de salud a otorgar un trato diferenciado del que se otorga a las que sí consideran como “personas decentes”.

Se entiende que las mujeres y hombres TSC, al sentirse acusadas/os y señaladas/os, optan por no acercarse a los servicios de salud, que en otras circunstancias podrían brindarles información sobre prevención y atención de ITS/VIH/SIDA.

Diferentes tipos de violencia como riesgo de infección

Es necesario mencionar que gran parte de las mujeres y hombres TSC sufren constantemente violencia sexual, física y emocional, tanto por parte de sus clientes como por parte de sus parejas, siendo la violación una práctica frecuente que aumenta su exposición a la infección con el VIH. Otro aspecto notable es que muchas mujeres y hombres TSC perciben como riesgos más inmediatos las agresiones por parte de la policía o de la gente que pasa, que la transmisión de ITS y el VIH/SIDA, a los cuales ven como algo secundario y como factor inherente a su trabajo a largo plazo.

A mayor riesgo mayor remuneración, un peligroso tipo de cambio.

La necesidad económica influye en la decisión de llevar a cabo o no una práctica de riesgo de infección, por ejemplo, se sabe que algunos clientes ofrecen mayor remuneración a las mujeres TSC que durante el contacto sexual no utilicen preservativo y menor a quienes sí lo utilicen. En ese sentido, muchas de ellas deciden practicar conductas de riesgo debido a que ello puede significarles mayores ingresos.

⁴⁹ Rodríguez L. et al; *Caracterización de Contextos de Vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala, op.cit., p. 18.*

Protección selectiva

En el caso de mujeres y hombres TSC se encontró que muchas/os de ellas/os se protegían para tener relaciones sexuales con sus clientes y, sin embargo, cuando las tienen con su pareja “estable” – esposos/as, amantes - no lo hacen, debido a que piensan que con la pareja “es diferente”. En ese sentido confían en el hecho de tener una pareja sexual fija y en la fidelidad como factores de protección, relacionando elementos sentimentales a la sexualidad con su pareja habitual, lo que las/os lleva a no protegerse.

Riesgo inherente a la profesión

Otro aspecto que se observó es que algunas mujeres y hombres TSC de las poblaciones estudiadas, ven el VIH/SIDA como un riesgo inherente a la profesión como cualquier otro trabajo que implica riesgos a largo plazo. Luego entonces, no hay un esmero para considerar todas las medidas posibles para evitar la infección, bajo el supuesto de “Si ha de pasar, pasará”.

Métodos y técnicas inadecuadas de atención y prevención aumentan el riesgo

Algunas creencias que se constituyen en riesgos de infección de VIH y otras ITS en las mujeres y hombres TSC son los métodos inadecuados de protección, prevención y atención como el uso de frutas, cloro, e incluso de insecticidas utilizados como medicamentos; y de aceites y geles como lubricantes. El uso de dichas sustancias, en ocasiones empeora las condiciones que hacen propicia la transmisión de diversas infecciones, ya que la mayoría de las veces no curan las afecciones, ni las previenen y, sin embargo, sí pueden dañar los materiales con que están hechos los condones.

El uso de algunos productos, ya sea como métodos de prevención o para curar alguna infección son frecuentes, por ejemplo: cremas, geles, insecticidas, aceites, frutas como el limón, cloro, etc. Lo anterior puede dañar los preservativos y constituirse en una fuente de mayor riesgo de transmisión, además de agravar una infección ya presente.

La apariencia física como indicador de riesgo

Es común que tanto las mujeres como los hombres TSC determinen el nivel de riesgo de infección de VIH/SIDA, de acuerdo a la apariencia física. Luego entonces, la ausencia de VIH en un/a cliente se suele asociar con la clase social del mismo/a y la edad. Si el/la cliente/a aparenta ser de clase alta, joven y figura agradable, se piensa que no puede estar enfermo/a, lo cual les lleva a no protegerse.

La dificultad de la negociación

En el caso de las mujeres TSC, se sabe que existe una evidente dificultad para negociar el uso del preservativo con los clientes. De la misma manera, en el caso de los hombres TSC, se ha encontrado que existe una mayor dificultad para negociar el uso del condón con otros varones, en relación con sus clientas mujeres. De hecho, se sabe que muchos hombres TSC siguen pautas de conducta de protección diferentes dependiendo del cliente/a. Algunos refirieron en entrevistas que era más difícil negociar “...con los homosexuales, ya que no les gusta usar condón. En cambio la mujer pide más que se use el preservativo...”, asumiendo que quienes hacen uso de sus servicios son un tipo determinado de mujeres, con cierto nivel educativo y una postura diferente respecto al ejercicio de su sexualidad.

El desconocimiento del uso adecuado del preservativo o condón

En relación con el uso del preservativo-condón, suele asociarse que por el hecho de dedicarse al sexo servicio, tanto mujeres como hombres TSC conocen y saben cómo utilizarlo. Sin

embargo, se reconoce que no siempre es así y que por esta razón se encuentran en situación de riesgo de infección.

Estatus migratorio irregular como factor de riesgo

Con relación a las mujeres y hombres TSC migrantes, se ha observado que existe una discriminación debido a su nacionalidad y a su estatus migratorio – muchas veces ilegal. Lo anterior conlleva a que no se acerquen a centros o sitios en donde, en un momento dado, pudieran obtener información y educación preventiva para evitar la infección con el VIH/SIDA, así como para su tratamiento. Otra característica que comparten muchas mujeres y hombres TSC en México y Centroamérica consiste en que son extranjeras/os ilegales que tienen dificultades para conseguir otro tipo de trabajo.

Las relaciones de poder y la construcción cultural de Género como potenciador de riesgo.

En el caso de las mujeres TSC se pudo reconocer que el modelo de educación-construcción cultural de género vigente las ubica en una situación de vulnerabilidad al no considerar adecuado el que se preocupen por sí mismas y por su salud. Aunado a lo anterior, se encontró que, el hecho de que algunas mujeres TSC sean menores de edad, las coloca en especial riesgo debido a la manipulación y explotación sexual de que son objeto, además de que se considera que, a menor edad, es menor la capacidad de decisión.

Por otro lado, es sabido que durante el ejercicio del sexo servicio se establece una relación de poder del cliente sobre el/la trabajador/a sexual, bajo el supuesto de que “el que paga manda” y, por lo tanto, muchos clientes suelen determinar el ejercicio de prácticas sexuales que implican un alto riesgo para la infección de VIH.

Por si fuera poco, el machismo característico de los países de la Subregión – situación compartida a escala global - es un elemento cultural que incide en la vulnerabilidad de éste grupo específico. Para el caso de algunos clientes de hombres TSC, se ha identificado un paradigma relacionado con el machismo y el poder sobre éstos últimos, en la práctica sexual. Lo anterior hace referencia a que algunos clientes por el hecho de ser quienes practican la penetración (también auto identificados como activos) no se perciben como susceptibles de infección, sino sólo los que son penetrados (a quienes les denominan pasivos).

Trabajadoras del sexo comercial provenientes de pueblos indígenas

Según la concepción de algunos clientes, existe cierta preferencia por contratar a mujeres TSC indígenas, debido a que por su condición étnica, se asume que son más dóciles y sumisas para someterlas a prácticas sexuales que ellos deseen, mismas que implican un alto riesgo de infección del VIH.

La falta de educación formal y específicamente en prevención.

Otro factor que aumenta el riesgo de infección tanto en mujeres como en hombres TSC, lo constituye la escasa o nula educación formal y en medidas de prevención. Como se observó en los apartados anteriores, el nivel de la educación formal en Centroamérica – siendo más grave la situación en algunos países que en otros - dista mucho de tener una cobertura total para la población, así como ser de calidad. La falta de educación está definitivamente ligada al riesgo de infección.

El poder del clero y su influencia como factor de riesgo.

Se habla de la influencia de la iglesia para obstaculizar medidas preventivas. Durante el desarrollo del Taller Subregional, se ejemplificó concretamente con casos conocidos sobre Iglesia católica. Se menciona la oposición de la iglesia para el uso de los medios masivos de comunicación para difundir mensajes preventivos. Sin embargo, al mismo tiempo, se estimula el uso de dichos medios en la difusión de mensajes de la iglesia, como la transmisión de las homilías por radio y televisión.

Otra forma en que se observa la influencia de la iglesia y que se traduce en factores de vulnerabilidad de las mujeres TSC, consiste en la manipulación y presión que ejercen sobre estas mujeres bajo argumentos de tipo moral y ético, al descalificar y culpar a estas personas. Todo ello se traduce en baja autoestima y amor propio por parte de dichas mujeres.

De la misma manera, se reconoce que la iglesia tiene una influencia importante en las posturas gubernamentales, teniendo como consecuencia el diseño de políticas públicas con un enfoque incompatible con métodos de prevención de VIH/SIDA efectivos.

El uso de alcohol y drogas como potenciadores de riesgo.

En el caso de las mujeres TSC se encontró que muchas de ellas se involucran en el consumo de alcohol y drogas con los clientes y, con el paso del tiempo, se convierten en codependientes, aumentando el riesgo de infección de VIH, al no tomar medidas adecuadas de prevención por estar bajo el influjo de alguna droga. Es importante resaltar que algunas mujeres TSC consumen drogas con el objeto de evadir su realidad, lo cual las coloca igualmente en una situación de mayor riesgo de infección.

De la misma forma, en los hombres TSC se detectó que es frecuente el uso de alcohol y drogas, lo cual aumenta su exposición al riesgo, pues cuando se está bajo el influjo de dichas sustancias, se produce un descuido y relajación de las medidas de prevención efectivas. Por otro lado, el alto consumo de alcohol está asociado frecuentemente con ideales de masculinidad que proveen a muchos hombres de un sentimiento de invulnerabilidad ante el VIH/SIDA.

Por otro lado, se sabe que el servicio sexual no siempre implica el ejercicio de una práctica sexual de riesgo, sino también el acompañamiento en el consumo de sustancias, lo cual, mediante el paso del tiempo, crea codependencias que pueden situar tanto a mujeres como a hombres TSC en una situación de riesgo de infección de VIH/SIDA.

El desempleo y su relación con el riesgo

La falta de empleo es muy grave en la región, por lo tanto, algunas mujeres TSC que laboran en determinados sitios – bares, cantinas y otros - son forzadas por sus patrones para ejercer los servicios sexuales aceptando cualquier tipo de práctica sexual de riesgo, bajo pena de ser despedidas.

El ejercicio de la profesión en la calle, convergencia de riesgos.

También se considera que el ejercicio del sexo servicio en las calles, tanto para mujeres como para hombres, representa mayores riesgos de infección, con relación al que se lleva a cabo en sitios establecidos- como pueden ser casas de citas, hoteles, bares y otros-, sin que ello represente en ningún modo una garantía de protección total. Algunas de las razones que explican el mayor riesgo del ejercicio sexual en las calles, consisten en que pueden ser víctimas de violencia física, sexual y emocional más fácilmente ante la ausencia de personas

que les protejan – otras compañeras/os o el padrote o madrota/madame. Del mismo modo, las condiciones de clandestinidad, la ausencia de espacios adecuados, implica prácticas de alto riesgo, debido al uso limitado que se tiene del tiempo y el espacio para realizar las prácticas sexuales.

La violación de derechos, un elemento que alimenta el riesgo.

La falta de reconocimiento del sexo servicio como una profesión, ha dado como resultado la estigmatización y que no se respeten sus derechos como trabajadoras/es, por lo cual no disfrutan de beneficios laborales y sociales como colectivo, entre ellos el derecho a la salud en general y a una atención especial en materia de salud sexual y reproductiva.

La falta de accesibilidad y disponibilidad de medidas preventivas aumenta el riesgo.

Se sabe que muchas mujeres y hombres TSC, así como algunos de sus clientes, no poseen la capacidad económica de comprar un preservativo, y que solamente pueden pagar por el sexo servicio. Asimismo, la accesibilidad del condón, al momento de necesitarlo no siempre existe, como tampoco existe una cultura de uso del condón entre los clientes.

Se encontró que una gran parte de las sexo servidoras/es y clientes no tienen acceso al preservativo, a menos que se dé mediante una distribución gratuita o por la compra del mismo. De la misma manera, una gran cantidad de mujeres y hombres del grupo en referencia no cuentan con un adecuado conocimiento sobre el uso del preservativo, ni tienen acceso a la provisión de otros elementos asociados al uso correcto del condón como son los lubricantes.

Escasas redes de apoyo familiar

Para la sociedad contemporánea, la práctica del sexo servicio sigue siendo una actividad ilícita, plagada de tabúes, prejuicios y frecuentemente sumida en la clandestinidad. Por esa razón, quienes se dedican a ella, en especial las personas jóvenes, mantienen en secreto su profesión ante sus familiares. Ello provoca el debilitamiento de las redes familiares y la vulnerabilidad de la persona ante la infección por el VIH.

Buscan solo protección ante un embarazo

Se sabe de casos de mujeres TSC, sobre todo jóvenes que, ante la falta de disponibilidad de condones, llevan a cabo relaciones anales con la intención de evitar embarazos no deseados. Sin embargo, ello constituye un alto riesgo de infección por el VIH/SIDA.

La iniciación sexual de jóvenes

Se sabe que muchos jóvenes inician su actividad sexual con mujeres TSC. Durante estos primeros contactos, es frecuente que dichos jóvenes no utilicen condones, incluso, que las mujeres con quienes se inician, no los exijan por considerar que “son chicos nuevos” y no percibir ningún riesgo de infección tanto para ellas como para ellos.

El mito-percepción del sexo servicio como profesión femenina y de los travestís

Existe el paradigma-mito de que el sexo servicio es una “profesión de mujeres” y por lo tanto, no se hace visible su ejercicio entre varones, lo cual los coloca fuera como sujetos de atención y prevención de VIH/SIDA.

Otro factor cultural que aumenta el riesgo de infección y transmisión de VIH/SIDA, es el hecho de que se asume que son únicamente los travestís quienes ejercen el sexo servicio comercial y no así otros HSH, lo cual se traduce en escasas medidas de prevención dirigidas a la población específica de los HSH.

La falta de trabajo preventivo con clientes/as aumenta los riesgos de infección

Los escasos mensajes de prevención generalmente son dirigidos a hombres y mujeres TSC, pero no así a sus clientes, a quienes no se hace copartícipes de la responsabilidad en el cuidado y protección de la salud tendiente a evitar la infección de VIH/SIDA y otras ITS.

La poca alentadora perspectiva de futuro como factor de riesgo.

Ante las pocas expectativas de mejoría en la calidad de vida de la población en general y de las mujeres y hombres TSC en particular, el grupo en cuestión no presenta una concepción alentadora del futuro, es decir, con frecuencia carece de motivación para luchar por “algo” si no hay esperanzas de cambio. Ello influye, consciente o inconscientemente en la decisión y deseo de proteger su salud.

Los mitos relacionados al uso del preservativo siguen representando un factor de riesgo

Se ha observado que sigue persistiendo una mitificación de parte de los clientes y los mismos hombres TSC relacionada con el uso del preservativo, esto es, con argumentos como: “no se siente igual”, “es como comerse una paleta con envoltura” “o un plátano con cáscara”.

Las PPVS Trabajadoras del Sexo Comercial, ocultan su estado seropositivo

Las PPVS que son trabajadoras del sexo comercial, tanto hombres como mujeres, ocultan su seropositividad, entre otras razones por la discriminación y estigmatización, además de que el hecho de revelar su estado implicaría la reducción de sus clientes. Sin embargo, el riesgo de infectar a otras personas y reinfectarse con otras cepas del virus, está presente cuando deciden seguir manteniendo contactos sexuales sin protección.

3.1.2 Población travesti y transgénero

Se ha decidido incorporar a estos grupos dentro del sector de TCS, debido a que muchos de sus miembros sí practican el sexo comercial para sobrevivir. Sin embargo hemos de dejar muy claro que la condición de travesti y transgénero no implica directamente y de ningún modo “comercio”, y que la opción laboral que representa el trabajo sexual para algunas personas de estos grupos, es más bien consecuencia del estigma y discriminación, y no así de su identidad y construcción sexo – genérica.

La población travestí y transgénero en América Latina representa una de las poblaciones más vulnerables, como lo muestran los estudios a nivel multicéntrico, debido a que frecuentemente en sus países han sido perseguidos por las autoridades, rechazados por sus propias familias y alienados desde edades tempranas.

La violación de derechos, un elemento que alimenta el riesgo.

Algunos testimonios⁵⁰ de personas travestí y transgénero revelan que, en el curso de la epidemia del VIH/SIDA, han aprendido que carecen de la protección de sus Derechos Humanos más esenciales y son de las más susceptibles a ser afectadas/os por la infección. También se sabe muchos/as han padecido desde pequeños/as una serie de ataques físicos, emocionales y psicológicos que les han privado del amor propio, autoestima y conciencia de su existencia. Padecen violencia, acoso sexual, abuso físico y emocional no solamente en el

⁵⁰ Vallejo, O.; “Migración, el VIH y la Población Latina: Transvesti y Transgénero”, *Revista Bimensual de AIDS*, Project Los Angeles sobre VIH/SIDA, Marzo/Abril 2002, pp. 2-3.
<http://www.thebody.com/apla/espanol/mar02/transvesti.html>

ambiente familiar sino en la escuela y en todas las actividades sociales como la iglesia y el lugar de trabajo.

La violencia física y sexual como riesgo de infección

El ser víctimas de violencia física y sexual son características que frecuentemente distinguen el ejercicio del trabajo sexual entre esta población. Existen innumerables testimonios de travestís y transgénéricos que han sido brutalmente golpeados y atacados sexualmente, una vez que su “verdadera identidad” queda al descubierto, llegando incluso en algunos casos hasta a matarlos. En estas condiciones, no es difícil imaginar lo expuestos que quedan al riesgo de infección de ITS y VIH.

La satisfacción de necesidades básicas a costa de cualquier riesgo de infección

En estudios con travestís trabajadores sexuales (TTS) de Centroamérica, se encontró que una gran parte afirmaba ejercer su trabajo por necesidad económica y por la necesidad de socializar para sexualizar con otros hombres. Lamentablemente, no siempre perciben o le dan importancia suficiente al riesgo de infección con VIH. Uno de ellos opinaba “...salís a la calle por dinero...lo que tenés que hacer qué importa...”.

Comportamientos sexuales de riesgo con múltiples parejas

Otro aspecto relevante para la infección entre los travestís es que suelen tener clientes frecuentes con quienes se dan relaciones especiales. De hecho, la mayoría declaró que sus clientes son homosexuales y bisexuales. La característica relevante es que con frecuencia no practican medidas de prevención de infecciones para con sus clientes y para consigo mismos, lo cual los pone en alto riesgo de infectarse con el VIH y otras ITS.

Del mismo modo, la relación de poder que se establece entre el cliente y el/la trabajador/a sexual, bajo el supuesto de que “el que paga manda”; aunado al hecho de que muchos de esos clientes buscan realizar fantasías sexuales - que con frecuencia implican conductas de alto riesgo - con este grupo específico, los coloca en una situación altamente riesgosa para infectarse de VIH.

La apariencia física como indicador de riesgo.

Al igual que ocurre con las mujeres y los hombres TSC, es frecuente que tanto la población TTS tome la apariencia física de sus clientes como criterio para utilizar medidas de prevención de ITS/VIH/SIDA. Lo más común es que se fíen de la “buena apariencia” para no utilizar condón u otra barrera de protección.

Protección selectiva

Por otra parte, se encontró que presentan el mismo fenómeno de riesgo que en otras poblaciones en tanto que, cuando tienen una pareja estable y la aman, un gran porcentaje de ellos/as no se protegen. En ese sentido, el discurso romántico sobrepone al riesgo de infección.

Riesgo inherente a la profesión

Entre los riesgos a largo plazo se percibe el riesgo de contraer VIH/SIDA y consecuentemente morir por esa causa. Sin embargo se ve como un riesgo inherente al oficio.

3.2 Identificación de factores culturales de prevención y atención del VIH/SIDA

Los escasos estudios disponibles revisados sobre el tema en la región Centroamericana, junto a las enriquecedoras aportaciones de las y los participantes en el taller subregional han permitido identificar un conjunto de factores que pueden ser utilizados como puntos de referencia a la hora de diseñar medidas de prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural, dirigida a mujeres y hombres TSC y a los otros grupos centrales de la discusión del presente documento. Es importante aclarar que los factores aquí descritos no representan sino una mínima parte de los elementos que se pueden identificar y rescatar a la hora de conformar la comunicación y educación culturalmente apropiada de la que se ha hablado en apartados anteriores.

El uso apropiado del lenguaje, un elemento cultural esencial para la prevención

Las mujeres y hombres TSC, al igual que otros grupos cuentan con una particular forma de comunicación que, en ocasiones implica, jergas locales e incluso lenguaje no hablado. Mediante dicho lenguaje, no sólo se comunican entre sí a la hora de negociar su trabajo, sino que también lo hacen para protegerse y compartir información sobre los clientes. De ahí la importancia de que quien pretenda realizar trabajo preventivo con dicha población, entre las cosas que debe aprender, son su lenguaje con sus códigos y jergas.

Con respecto a las/os TSC migrantes que provienen sobre todo de zonas rurales en donde se hablan lenguas distintas al español, es necesario tener en cuenta que muchas veces no dominan el idioma oficial correctamente, además de que el uso del lenguaje y los términos no son los mismos en las distintas comunidades de una región, mucho menos en los distintos países centroamericanos.

Prevención desde el campo de batalla no desde el escritorio

Por las circunstancias que rodean el ejercicio del trabajo sexual en Centroamérica – falta de reglamentación, clandestinidad, “ilegalidad”- es difícil que las personas dedicadas a esta profesión se acerquen a las diferentes instituciones y organizaciones que podrían proveerles servicios de información, prevención y atención de VIH. Es importante tomar en cuenta que la prevención podría ser más efectiva si se realiza en los medios en donde se lleva a cabo el ejercicio del servicio sexual, los cuales pueden incluir: sus lugares de trabajo, de contacto y comercio sexual.

Desarrollo de programas preventivos de acuerdo a horarios de trabajo

Aunque es verdad que la actividad comercial del sexo se realiza a cualquier hora del día o de la noche, la actividad de algunos grupos se concentra en horarios diurnos o nocturnos. Con frecuencia ocurre que el trabajo preventivo se quiere realizar en horarios institucionalmente “laborables” que no se adaptan al trabajo de las/os sexo servidoras/es ni a sus tiempos libres. Es necesario tomar en cuenta lo anterior a la hora de realizar trabajo preventivo, toda vez que de no hacerlo se corre el riesgo de la falta de participación en las actividades preventivas o ausencia en las mismas.

Trabajo educativo en pares

Se dice que no hay mejor forma de hacer llegar la información que a través de quien comparte las mismas experiencias positivas y negativas y puede comprenderles, además de inspirar confianza. Es por ello que el trabajo de prevención entre pares mediante la replicación de información ha resultado sumamente útil entre estos grupos de población, además de crear un

sentimiento de colectividad y organización al identificarse con otras personas en su misma condición.

Los grupos de ayuda mutua un canal de intercambio

Los grupos de ayuda mutua o también llamados de “auto apoyo” en prevención, brindan oportunidades de comunicación y organización para la prevención así como para la difusión de sus derechos. La utilización de técnicas psicoeducativas para el trabajo preventivo, dentro y fuera de los grupos de ayuda mutua ha sido de mucha utilidad.

La participación de las mujeres y los hombres TSC en la elaboración y distribución de materiales educativos.

Resultan siempre más efectivos los esfuerzos de prevención si en la elaboración de manuales, así como en la distribución de materiales educativos, informativos y preventivos; se cuenta con la participación de este grupo de población.

Los médicos/as y sacerdotes como figuras de apoyo a PVVS

Si bien es cierto que las personas cuando están infectadas no lo comunican por vergüenza y otras razones a los clientes, familias o a sus propias compañeras - en el caso de los/as TCS-; se supo que a médicos y sacerdotes a veces sí les comunican su situación por percibir en ellos más una relación filial que de tipo sexual. Ello podría constituir una clave con el fin de incluir a dichas figuras en apoyo a personas que ya se encuentran viviendo con el VIH/SIDA.

Las mujeres TSC se protegen más que otras mujeres que se consideran fuera de riesgo

De hecho, en un estudio de contextos de vulnerabilidad en algunos puntos estratégicos de la ciudad de Guatemala⁵¹, se halló que mujeres TSC con más tiempo ejerciendo su actividad, tienen una práctica profiláctica más efectiva y sistematizada empíricamente ante las ITS y los posibles embarazos. En la negociación del uso del condón tienen mucha más experiencia que otras mujeres, por ejemplo, las amas de casa o mujeres jóvenes.

3.3 Experiencias concretas de prevención y atención

La presentación de experiencias concretas de prevención exitosas significa una fuente de recursos para aquellas personas, instituciones y organizaciones que deseen tomar en cuenta lo que ya se ha realizado a fin de guiar y diseñar sus propias estrategias preventivas. En relación con las experiencias presentadas en este documento, al igual que en el apartado anterior, no representan sino una mínima parte de lo realizado en materia preventiva, aunque sí constituyen una referencia útil.

Brigadas de prevención

Se han realizado acciones de prevención tanto personalizada como grupales directamente en los lugares de trabajo de las y los TSC, entre los que se pueden mencionar: bares, calles, parques, centros comerciales y otros sitios. Durante dichas brigadas se ha intentado hacer uso de un lenguaje hablado apropiado que incluye jerga y códigos locales. De la misma manera, las acciones se han llevado a cabo en horarios adecuados tanto diurna como nocturnamente. Entre las acciones específicas que se realizan se encuentran: la provisión de información, la distribución de preservativos, lubricantes y pastillas anticonceptivas.

⁵¹ Rodríguez L. et al; *Caracterización de Contextos de Vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala*, op.cit.

Tardes culturales

Se han organizado eventos culturales de trabajo preventivo de VIH, “tardes culturales”, mediante la presentación de expresiones artísticas: concursos de canciones, cuentos, música, video-debates, video-cafés, o el uso de juegos psicoeducativos como la “lotería”, que hacen más atractivas, divertidas y efectivas las acciones.

Trabajo preventivo con dueños de bares y cantinas

Algunas de las acciones efectivas han incluido en el trabajo preventivo a los/as dueños/as de bares y cantinas, así como de otros sitios de alta concurrencia como son las peluquerías. En esas acciones se sensibiliza e informa a las y los propietarios sobre prevención de VIH; además se distribuyen materiales informativos y se provee de preservativos.

La educación de pares

Otra medida que ha resultado altamente efectiva ha sido la educación entre pares, mediante la cual se capacita a quienes en su momento serán multiplicadores de la información y prevención.

La participación de las y los TSC en la elaboración y distribución de materiales educativos.

Se han elaborado materiales educativos y de prevención incluyendo a los/as TSC en su diseño y contenido. Por ejemplo, un manual expresamente dirigido a la población dedicada al trabajo sexual comercial.

Centro electrónico

Se ha creado un centro electrónico abierto a la población en general, en donde uno de los requisitos para su uso, es que los y las usuarias asistan a los talleres de prevención de VIH que ahí se imparten.

Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua o auto apoyo han resultado de especial utilidad. Algunos de ellos están dirigidos a atender la problemática psico emocional que presenta el grupo pero también se ocupan de sensibilizar a aquellas personas TSC viviendo con el VIH/SIDA, sobre cómo evitar la transmisión de la infección. La organización en estos grupos les ha llevado a desarrollar un trabajo como colectivo dirigido a la realización de talleres, encuentros, promoción y difusión de derechos sexuales de los y las TSC.

La especialización de los servicios de salud.

La especialización de los servicios y la capacitación del personal de salud, ha sido una estrategia efectiva debido a que se establece una relación de confianza, toda vez que la población dedicada al trabajo sexual no se siente juzgada ni discriminada. El resultado de esta situación es que dicha población se acerca más a los servicios de salud, accediendo así a estudios de laboratorio gratuitos, provisión de preservativos, pre y post consejería en los exámenes diagnósticos. Todo esto tiene una favorable incidencia en la prevención y atención de VIH/SIDA.

3.4 Recomendaciones para el trabajo de prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural.

Las recomendaciones significan el cúmulo de acciones que son deseables y necesarias para llevar a cabo y con efectividad el trabajo preventivo y de atención del VIH/SIDA. Es importante distinguir entre lo deseable y entre lo que, dentro de cada contexto específico y recursos disponibles, es posible hacer. En este apartado se presentan algunas recomendaciones derivadas de la mesa de trabajo del grupo temático dedicado a hombres y mujeres TSC. Es tarea de cada persona y organización, analizar y retomar dichas recomendaciones para el trabajo preventivo en la medida posible.

Trabajo de prevención con clientes

Es indispensable diseñar estrategias de prevención adecuadas para trabajar con clientes de las y los TSC.

Fomento a estrategias adecuadas de prevención a hombres y mujeres TSC

Es necesario fomentar el trabajo preventivo en este grupo de población específica, mediante estrategias que tomen en cuenta las condiciones en que esta población desempeña su trabajo, es decir: el lenguaje, los horarios y lugares de trabajo y la educación de pares.

Trabajo preventivo con amas de casa

Es importante realizar prevención sobre VIH/SIDA en amas de casa, sobre todo porque se dice que resultan ser las más desprotegidas ante la infección del VIH por parte de sus maridos.

Acceso y disponibilidad de preservativos

Es indispensable facilitar el acceso a condones y lubricantes gratuitos y/o a bajo costo.

Diseño de metodologías adecuadas de prevención

Es urgente diseñar metodologías adecuadas para el cambio de comportamientos en relaciones sexuales de riesgo dirigidas a hombres y mujeres TSC, así como a los HSH que no se identifican como homosexuales o bisexuales, pero que hacen uso del servicio sexual.

Aprovechar a los jóvenes para la prevención

Es importante la integración de mujeres y hombres jóvenes, estudiantes y voluntarios, en los trabajos de prevención que llevan a cabo las organizaciones civiles que trabajan con poblaciones tales como: hombres y mujeres TSC, HSH y PVVS.

Alianzas estratégicas y el trabajo en redes

Es necesario establecer alianzas estratégicas entre ONGs, instituciones gubernamentales nacionales, instituciones internacionales, acuerdos bilaterales y regionales de colaboración.

GRUPO TEMÁTICO 4: Poblaciones Móviles de México y Centroamérica

4.1 Algunos factores culturales que ponen en riesgo de infección de VIH/SIDA a las poblaciones móviles

El aumento de la migración y de las vías de tránsito internas e internacionales han hecho que un gran número de personas en todo el mundo sea más vulnerable al VIH/SIDA. México y las naciones centroamericanas se han convertido en receptores y expulsos, así como en países de tránsito de poblaciones móviles que se dirigen a diferentes sitios en busca de mejores condiciones de vida. Estas poblaciones se mueven por una variedad de razones: agricultura, empleo, conflictos armados, desastres naturales, movimientos de zonas rurales a zonas urbanas, entre muchas otras.

En ese sentido, se ha encontrado una serie de pistas que nos ayudan a entender la relación entre poblaciones móviles y su infección con el VIH. El estudio de las corrientes migratorias ha mostrado que la mayoría de los y las migrantes son personas en edad activa, laboral y sexualmente; y que son variados los cambios y situaciones a los que se enfrentan, tanto en su proceso de migración como en los lugares de destino, mismos que les hacen vulnerables al riesgo de infección.

Se dice que las zonas fronterizas presentan características que requieren especial atención, ya que debido a las dinámicas sociales y de vida que ahí se generan, dichas zonas representan un escenario de alto riesgo para la infección del VIH/SIDA. No es casual que ciudades marcadas por la alta migración, presenten elevada incidencia de dicha infección.

En resumen, de manera superficial podría entenderse que la propagación del VIH/SIDA se debe principalmente a las conductas particulares y a los estilos de vida de los individuos. Sin embargo, existe todo un contexto social, económico, político y cultural que influye en dichos comportamientos y estilos de vida de las personas. En este último aspecto es en el que enfocaremos nuestra atención en el siguiente apartado.

Las costumbres y comportamientos sexuales más liberales de los lugares de destino

Es conocido que la gran mayoría de los/as migrantes (sobre todo los jóvenes) van en busca de sitios que les puedan ofrecer mejores condiciones económicas, laborales y en general, de vida. Por dicha razón, tienden a moverse a ciudades más grandes que aquellas de donde son originarios/as. Es frecuente que en dichas ciudades, los/as migrantes se encuentren con costumbres y prácticas sexuales más liberales, distintas a las conocidas y practicadas en sus comunidades de origen, generalmente más conservadoras.

La adquisición de los nuevos comportamientos sexuales sin protección; aunada a soledad afectiva, la falta de un soporte social, y a las oportunidades que brinda la ausencia del control social; son condiciones que les llevan a ejercer conductas de alto riesgo de infección del VIH/SIDA. Ejemplos de ellas, son: prácticas sexuales ocasionales, sin métodos de prevención y con múltiples parejas, uso de drogas y alcohol que desinhiben los comportamientos de auto control.

El estrés asociado a la migración.

Hasta ahora, el estudio del estrés como factor de riesgo de infección de VIH/SIDA, no ha recibido la atención que merece. Sin embargo, en las discusiones de la mesa de trabajo correspondiente, se llegó a la conclusión de que juega un papel importante.

Se dice que toda la serie de situaciones nuevas y difíciles con que se encuentran las poblaciones móviles durante su proceso migratorio, entre las que se encuentran el choque cultural, el manejo del idioma, la estigmatización y discriminación; son elementos que los colocan en una situación de estrés. Ello lleva a los y las migrantes a una serie de comportamientos relacionados con el riesgo de infección de VIH/SIDA como prácticas sexuales ocasionales sin protección con múltiples parejas, uso de drogas y alcohol que desinhiben los comportamientos de auto control.

La privación afectiva

La lejanía de los seres queridos, representa para muchas/os migrantes un factor de riesgo, ya que los lleva a buscar la satisfacción de sus necesidades afectivas en múltiples parejas con las cuales experimentan prácticas sexuales que implican riesgo para la adquisición del VIH/SIDA. Los contactos sexuales momentáneos se convierten en una solución rápida, aunque arriesgada para las necesidades de intimidad, afecto y amistad.

La migración como puente de infección en las comunidades de origen

Algunos estudios realizados hasta el momento con poblaciones móviles, han documentado múltiples casos de migrantes portadores del VIH –principal, aunque no exclusivamente varones - quienes al retornar a sus lugares de origen – mayoritariamente zonas rurales - han significado vehículos para la infección del VIH/SIDA a sus esposas y a otras mujeres y hombres, con quienes llevan a cabo prácticas sexuales sin protección.⁵²

El uso de alcohol y otras drogas

Se sabe que no todas las personas que emigran encuentran formas exitosas para enfrentar los cambios que el proceso de migración implica. Para algunas, las drogas y el alcohol se convierten en un medio rápido y fácil - pero adictivo - para escapar a las tensiones; y bajo su influjo, es más probable la realización de conductas que aumentan el riesgo de infección por el VIH/SIDA.

Los escasos estudios disponibles muestran que, en algunos migrantes mesoamericanos, especialmente aquellos que se dirigen a las zonas fronterizas y a los Estados Unidos, el uso de drogas por vía intravenosa es cada vez más común. Lamentablemente, el uso compartido de jeringas sigue representando una vía de infección frecuente entre estos grupos.

⁵² En un estudio sobre la prevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis; de los pacientes con VIH positivo el 90% fueron trabajadores agrícolas migrantes con edades entre 20 y 40 años. Aproximadamente el 80 % de pacientes masculinos con VIH positivo reportaron relaciones sexuales con otras parejas que no es su esposa u mujer; el 3% reportaron relaciones sexuales con otros hombres. IDEI, p.3

En un estudio de la ONG Rxiin Tramen, en Guatemala, de una muestra de 345 hombres migrantes mayas; el 13% manifestó tener relaciones sexuales con otra u otras mujeres aparte de su pareja actual. El 41% pensaba que “el SIDA nos puede dar a todos”; sin embargo, un tercio de los entrevistados consideraba no estar en situación de riesgo de infectarse.

Poca importancia dada al uso del preservativo o condón

Lamentablemente la cultura del uso del preservativo no está lo suficientemente arraigada entre la población centroamericana y en particular, entre los grupos móviles que de ahí provienen, hecho que se evidencia por la poca o nula importancia que se le da a dicho método preventivo. La resistencia al uso del preservativo, sea por la falta de información, los mitos en torno a él, o incluso la falta de disponibilidad, sigue siendo un factor importante de infección.

Falta de disponibilidad del preservativo o condón

Como se sabe, no basta con tener información sobre el uso del preservativo o condón, si no se cuenta con su disponibilidad en los lugares y momentos en que se necesitan, es decir, durante todo el proceso migratorio de las poblaciones móviles. Este hecho sigue dando como resultado que los riesgos de infección por VIH/SIDA y otras ITS sean sumamente elevados.

Débil cohesión social

El medio social, entre otras cosas, funciona como un sistema de control de comportamientos individuales y sociales. Influimos y somos influidos por los demás en nuestras respectivas culturas. El fenómeno migratorio muestra que, en ciertas etapas del proceso, dicha estructura de cohesión social se debilita, propiciando así, el desarrollo de comportamientos de riesgo de infección por VIH/SIDA, que en otras circunstancias y contextos, sería poco probable que se dieran.

Del mismo modo, en los lugares de destino, no siempre se da una fuerte cohesión social entre los miembros de todas poblaciones móviles, y frecuentemente se carece de redes familiares, dando como resultado que muchos /as migrantes, sobre todo jóvenes, busquen formas de socializar y sobrevivir en el nuevo medio, llevando a cabo comportamientos que les ponen en riesgo de infección.

La distribución de drogas ligada al riesgo de infección

La distribución de drogas es una actividad que frecuentemente se encuentra ligada al proceso migratorio, deviniendo en factores de riesgo de infección; ya que quienes las distribuyen también están implicados en su consumo, generándose condiciones y comportamientos propicios a la infección.

La movilidad y los comportamientos de alto riesgo en trailers como factores de infección

Los trailers son identificados como un grupo con comportamientos de riesgo debido a su consumo de alcohol y sus visitas frecuentes a sitios de comercio sexual durante las estaciones hechas en sus recorridos. Muchos de ellos justifican su actividad sexual argumentando que es una necesidad física que deben de suplir, y que no se puede controlar por periodos largos de tiempo fuera de casa.

En la ciudad de Tecun Uman, Guatemala, se concentra un incesante tráfico de trailers que transportan sus mercancías desde los diversos países de Centroamérica: Panamá, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Guatemala, en dirección a los Estados Unidos de América. Para ello atraviesan Ciudad Hidalgo donde muchos se detienen durante unos días antes de seguir su ruta hacia el norte.

Por las escasas investigaciones realizadas hasta el momento, se sabe que una gran cantidad de trailers no utilizan preservativos en sus contactos sexuales. Existe además poca disponibilidad de dicho método en las estaciones de paso; representando así riesgos para la infección con el VIH/SIDA.

El sexo servicio sin medidas de prevención como factor de riesgo de infección

Existe una porción importante de mujeres y hombres migrantes, que para subsistir, ejercen actividades de sexo comercial. Por ejemplo: en un estudio realizado en Ciudad Hidalgo, México, se constató que de la gran mayoría de las trabajadoras sexuales, el 93 % son migrantes indocumentadas; el 73 % son de Guatemala, el 11% de El Salvador, el 9% de Honduras y sólo el 7 % de México.⁵³

En el caso del sexo servicio, como ya se ha comentado en otros apartados, se corren ciertos peligros (violencia sexual, violación, uso de drogas y alcohol) que colocan a quienes lo ejercen en riesgo de infección. Es necesario no mitificar dicha profesión y aclarar que el sexo servicio como tal, no representa un riesgo para la infección de VIH, sino su práctica sin las medidas de protección pertinentes.⁵⁴

Desconocimiento de la enfermedad

La información relacionada con el VIH/SIDA y los métodos de prevención de la infección, es extremadamente pobre entre las poblaciones móviles y se caracteriza por desconocimientos básicos. En esas condiciones, el riesgo de infección por el VIH es muy alto.

Mitos asociados a la prevención del VIH

Existen varios mitos asociados a la prevención del VIH/ SIDA. Por ejemplo existe la creencia de que la prueba para la detección de anticuerpos (ELISA) es un mecanismo de protección contra la infección, y que ésta es evidente a través de signos corporales.

El estatus migratorio les impide acercarse a los servicios de salud

Se sabe que el estatus migratorio de las poblaciones móviles, les impide acercarse a los servicios de salud, por no contar con documentación que pruebe su estancia legal y por miedo a la expulsión del país.

En un estudio⁵⁵ sobre la situación del VIH/SIDA en los municipios fronterizos de Coatepeque y Tecun Uman, se constató que el 45% de las trabajadoras sexuales de la zona son provenientes de otros países, principalmente de El Salvador y Honduras, sin un estatus migratorio legal, ni posibilidades de acceder a los servicios de salud, trayendo como consecuencia la detección tardía de sus afecciones de salud, incluyendo el VIH/SIDA.

El riesgo de infección a partir de las condiciones de trabajo en torno a la industria maquiladora

Las oportunidades de empleo en la industria maquiladora han representado una razón importante para la movilidad de las personas provenientes de zonas rurales y otras ciudades⁵⁶. La mayoría son mujeres adolescentes y jóvenes quienes muchas veces no cuentan con recursos de ningún tipo para enfrentarse a la epidemia.

Los resultados de los escasos estudios sobre VIH/SIDA llevados a cabo con poblaciones móviles en la industria maquiladora, han mostrado que en dicha industria se crean

⁵³ PASCA, *Análisis de la situación de VIH/SIDA en los municipios fronterizos de Coatepeque y Tecun Umán*, 1999.

⁵⁴ Ver apartado dedicado expresamente a las y los TSC.

⁵⁵ PASCA, *Análisis de la situación de VIH/SIDA en los municipios fronterizos de Coatepeque y Tecun Umán*, op.cit.

⁵⁶ Artículo "Un paso hacia la desmitificación de la maquila". <http://cladehlt.org/mm2.htm>

condiciones que ponen a las y los empleados en riesgo de infección del virus. Ejemplos de los mismos son la multiplicidad de parejas sexuales sin protección; la exposición al abuso sexual y la violación hacia mujeres por parte de patrones y compañeros de trabajo; el desconocimiento del VIH/SIDA y de los métodos para prevenir la infección; el hacinamiento tanto en los lugares de trabajo como de habitación, que propician la violencia sexual; la falta de conocimiento, acceso y distribución de preservativos o condones en las maquiladoras; la ausencia de programas de prevención dirigidos expresamente a dicha población.

La insuficiente investigación sobre las poblaciones móviles y el VIH/SIDA

La insuficiente investigación sobre las condiciones de vulnerabilidad en las poblaciones móviles no permite diseñar estrategias adecuadas de intervención. Es importante señalar que el componente migratorio sugiere modos distintos y específicos de trabajo, que no han sido definidos debido a la carencia de información sobre esas poblaciones, así como de falta de iniciativas para abordar esa población.

Bajo nivel de educación formal de las poblaciones móviles

Al igual que sucede con los otros grupos de estudio anteriormente abordados, gran parte de las poblaciones móviles se caracteriza por poseer un bajo nivel educativo, e incluso se pueden encontrar niveles altos de analfabetismo real o funcional. Hay que recordar que una cantidad importante de migrantes proviene de zonas rurales donde no siempre se tiene acceso a la educación o ésta es de baja calidad. El bajo nivel educativo dificulta las estrategias de prevención de VIH/SIDA, haciéndose necesaria la búsqueda de nuevas formas encaminadas a presentarles los mensajes preventivos.

La estructura de Género

La estructura tradicional de Género entre las poblaciones móviles, juega un papel importante en cuanto a los riesgos de infección de VIH/SIDA. En lo que se refiere a los varones, su percepción sobre la masculinidad les lleva a probar y reafirmar constantemente su hombría durante el proceso migratorio, llevando a cabo comportamientos que les ponen en riesgo de infectarse con el virus del VIH y otras ITS.

Entre dichos comportamientos, podemos mencionar el mantener múltiples contactos sexuales sin protección con la mayor cantidad de parejas – mujeres y hombres – posibles o el consumo de grandes cantidades de alcohol y otras drogas para demostrar que sí aguantan lo suficiente.

Con relación a las mujeres, muchas mantienen la creencia de que los hombres son quienes toman las decisiones y dan la pauta para las prácticas sexuales. A ello hay que añadir que no han desarrollado capacidades acerca de marcar límites respecto al uso de sus propios cuerpos, ni de negociar el uso del preservativo o condón. Todo ello representan condiciones de Género que las acercan más al riesgo de infección con el VIH.

El deficiente uso del lenguaje en los mensajes preventivos

En los casos en que se ha desarrollado algún tipo de trabajo preventivo, se ha visto que el uso del lenguaje en los mensajes, en ocasiones no ha sido apropiado, debido a que los términos utilizados no son comprensibles para los migrantes, no toman en cuenta la diversidad de grupos móviles y de lenguas presentes en una comunidad, o, directamente, no están dirigidos a dichas poblaciones.

Es frecuente encontrar que las sociedades receptoras de poblaciones móviles, no realizan políticas públicas de prevención de VIH/SIDA dirigidas a los/as migrantes, a pesar de ser una realidad latente en los distintos países.

Pobreza como factor de riesgo

Uno de los factores que favorecen la propagación del VIH en México y la región centroamericana es una combinación de desarrollo socioeconómico desigual y alta movilidad de la población.

El VIH/SIDA en América Central y México, por ejemplo, se concentra de forma mayoritaria en sectores de la población socialmente marginados, muchos de los cuales se ven obligados a emigrar en busca de trabajo y dinero. Es necesario seguir poniendo énfasis en la superación de las dificultades económicas que están asolando a los países de la región, para así contribuir a consolidar un contexto socioeconómico que favorezca la detención de la epidemia.

Condiciones de vida de las poblaciones móviles en los lugares donde se establecen

Se sabe que las condiciones de vida de muchas/os migrantes, en los lugares a donde llegan a residir, pueden ser de hacinamiento y sobrepoblación. En esta situación se dan factores que aumentan el riesgo de infección de VIH, como pueden ser el abuso y violencia sexual o la multiplicidad de parejas sexuales sin protección.

Incongruencia entre el nivel de información y los comportamientos asumidos

Los escasos estudios con migrantes muestran que hay una falta de congruencia entre la información con que cuentan sobre la transmisión del VIH, y las prácticas concretas de prevención. Es decir, no siempre se actúa de acuerdo a lo que se conoce.

Escasa percepción del riesgo de infección

En algunos estudios con poblaciones móviles, se ha destacado la escasa percepción del propio riesgo de infectarse o diseminar el VIH con que cuentan dichas poblaciones

El condicionamiento de favores sexuales

Un elemento que refieren frecuentemente las mujeres migrantes, consiste en el condicionamiento sexual que tanto “coyotes o polleros” les solicitan, como parte del pago para facilitar su proceso migratorio, es decir, les solicitan u obligan a tener relaciones sexuales a cambio de ser trasladadas hasta sus destinos. Dicha “transacción”, la mayoría de las veces, se realiza sin que medie ningún tipo de protección ante el VIH y otras ITS.

La violencia sexual

No son pocas las historias documentadas sobre violaciones, que tanto hombres como mujeres padecen durante su proceso migratorio. Ante tal situación, las posibilidades de ser infectados/as con el VIH son altas.

La violencia sexual por diversos grupos armados y paramilitares

Los países centroamericanos han sido a través de los años, escenario de diversas luchas armadas, guerrillas y paramilitares. En dicha región, las historias de violencia sexual han sido una constante y, aún en la actualidad, siguen reportándose casos que sitúan a las víctimas ante el riesgo de infectarse con el VIH. Aún hacen falta estudios que muestren la prevalencia de VIH/SIDA entre las diversas fuerzas armadas en Centroamérica y México.

Turismo sexual

En la Subregión, existen países con diferentes destinos que ofrecen a sus visitantes el turismo sexual. La migración de niñas/os, mujeres y hombres hacia esos lugares, significa una oportunidad de trabajo en el sexo servicio que brinda ingresos para subsistir. Sin embargo, la falta de estrategias efectivas para abordar el fenómeno, hace que el turismo sexual, como actividad clandestina e ilegal, represente uno de los riesgos más frecuentes de infección con el VIH. Al igual que en otros grupos dedicados al sexo servicio; la necesidad económica y el deseo de obtener mayores ingresos, lleva a que se adopten comportamientos sexuales de alto riesgo para la infección del VIH/SIDA.

Violencia doméstica

La violencia doméstica (incluyendo la violencia sexual) no está ausente a lo largo del proceso migratorio de muchas personas, principalmente mujeres jóvenes y niñas. Se sabe que durante dicho proceso, las personas víctimas de violencia doméstica, se encuentran especialmente vulnerables ante la ausencia de vínculos familiares e institucionales que les puedan brindar apoyo. Dichas situaciones brindan un marco propicio para la infección con el VIH.

Estigma y discriminación hacia las poblaciones móviles

El estigma y la discriminación hacia las poblaciones móviles, no permiten que dichos grupos se integren culturalmente de forma adecuada en la sociedad receptora, lo cual impide que se acerquen a las diferentes instituciones que pudieran brindarles apoyo para la prevención de la infección con el VIH/ SIDA. Por el contrario, estas actitudes les llevan al aislamiento y por consiguiente, a una mayor vulnerabilidad.

Además las PVVS, tienen miedo de revelar su estado serológico por temor al rechazo y no acuden, igualmente, a los servicios de salud para recibir tratamiento adecuado.

La constante movilidad de las personas

La constante movilidad de las personas migrantes, implica grandes dificultades en el desarrollo y ejecución de estrategias de prevención, por lo que se hace necesario desarrollar nuevas formas de hacer llegar los esfuerzos de prevención tomando en cuenta el grado de movilidad de las personas y los grupos.

Riesgo de infección para migrantes jóvenes que se agrupan en pandillas o maras

Se tiene conocimiento que los centros urbanos de México y Centroamérica se caracterizan cada vez más por la presencia de pandillas juveniles o *maras* - como se les llama en algunos países - quienes constituyen otro sector de la población juvenil con alta vulnerabilidad y del cual se dispone de poca información de su relación con el VIH/ SIDA. Sin embargo se sabe que hacen uso frecuente de la violencia, así como del consumo de alcohol y otras drogas. En esas circunstancias no es difícil establecer el riesgo que corren de infectarse con el virus del VIH.

4.2 Identificación de factores culturales de prevención de VIH/SIDA

Las poblaciones móviles como multiplicadoras de información

Las poblaciones móviles, por sus características de constante movilidad, pueden significar un gran recurso para transmitir la información sobre VIH/SIDA y los métodos de prevención. Los/as migrantes, en sus propias lenguas y con el uso de sus códigos culturales pueden ser capaces de transmitir los mensajes preventivos de una manera más efectiva que cualquier campaña institucional.

Las estaciones migratorias como fuentes de información y distribución de preservativos o condones

Por estaciones migratorias podemos entender a todos aquellos sitios que, ya sea momentáneamente o de manera temporal, son lugares de paso durante el proceso de migración hacia un destino final. Entre dichos sitios podemos mencionar: hoteles, casas para migrantes, restaurantes, bares, casas de cita para el comercio sexual.

Al ser lugares en donde día con día confluyen miles de personas, representan un recurso importante para brindar información sobre VIH/SIDA, así como para la distribución de preservativos o condones.

Los mensajes tomando en cuenta el lenguaje e ideología de migrantes

Los mensajes preventivos elaborados para las poblaciones móviles que toman en cuenta sus formas de nombrar y significar las cosas, las creencias de los lugares de origen, así como el uso de colores y formas apropiadas, son más efectivas entre los y las migrantes; muchos de los cuales no saben leer ni escribir.

Las instituciones locales receptoras como apoyo a acciones de prevención

Las instituciones y organizaciones locales, de sitios receptores de migración, que entienden el VIH/SIDA como un problema de salud pública que afecta a toda la población, son de gran apoyo durante la implementación de estrategias de prevención. Con una actitud de comprensión, respeto y calidez, logran que muchas personas migrantes se acerquen a los servicios de salud para recibir atención e información en salud en general y sobre el VIH/SIDA en particular.

Educar y sensibilizar a la población receptora de migración

El trabajo de prevención de VIH/SIDA no es un asunto que tenga que ver únicamente con las organizaciones e instituciones de salud, sino que es tarea de toda la población. Una sociedad que no discrimina a las/os migrantes, que se educa y sensibiliza, es de mucho apoyo para prevenir la infección de VIH/SIDA. El uso de medios masivos de comunicación ayuda a alcanzar este objetivo.

Aprovechar la movilidad para tener más alcances de prevención

La constante movilidad de las personas se suele interpretar como un obstáculo para el desarrollo de estrategias de prevención, sin embargo, ya que las poblaciones móviles pueden actuar como multiplicadores de información, pueden representar un importante recurso para hacer llegar los mensajes preventivos a otros sitios

La educación entre pares

Como en el caso de otros grupos, entre las poblaciones móviles, los migrantes representan un punto de referencia entre sí mismos, ya que comparten condiciones similares de vida y subsistencia. Por lo tanto, el trabajo preventivo entre pares ha mostrado ser más eficaz.

Integrar a migrantes e el desarrollo y ejecución de estrategias de prevención

Cuando se integra no solo la visión de las /os migrantes, sino a los mismos, en el trabajo de prevención; tanto en la elaboración de materiales como los contenidos, las posibilidades de que dicho trabajo preventivo cumpla con su objetivo, son más altas.

Disponibilidad de condones

En los grupos de población que constantemente se desplazan, la provisión y disponibilidad de preservativos o condones son esenciales en el trabajo de prevención de VIH/SIDA. Se ha visto que a mayor disponibilidad de condones, mayor es la probabilidad de que los y las migrantes se protejan del riesgo de infección del VIH/SIDA y otras ITS.

El trabajo con los empleadores de migrantes, con los dueños de las maquiladoras y otros actores

Como ya se dijo anteriormente, el trabajo de prevención desde las organizaciones no es suficiente. El involucramiento de actores esenciales en el proceso migratorio es de suma importancia para detener la infección del VIH/SIDA, - en especial el trabajo de sensibilización con empleadores de migrantes, dueños de maquilas, dueños de estaciones de paso – bares, restaurantes, hoteles - que permitan la ejecución de acciones preventivas en los sitios de trabajo de migrantes.

Generar cohesión social

El desarrollo de un sentido de pertenencia, de unidad social, de construcción de redes de apoyo, significan un recurso valioso para el trabajo de prevención de VIH/SIDA entre las/os migrantes. La comunicación y el intercambio de ideas, así como el compartimiento de preocupaciones y temores construyen un tejido social propicio para la prevención de comportamientos que favorecen el riesgo de infección, como lo es el excesivo consumo de alcohol y drogas.

Generar alternativas al ocio de inmigrantes

El desarrollo de actividades alternativas al consumo de alcohol y otras drogas, por ejemplo, que contrarresten los efectos estresantes a que están expuestos las poblaciones móviles, han resultado de gran apoyo en el trabajo preventivo con VIH/SIDA. Los torneos deportivos, la programación de actividades culturales como teatro, cine, conciertos y exposiciones, son ejemplos importantes.

Acciones de prevención en las comunidades expulsoras, especialmente con mujeres amas de casa, para negociación de uso de condón

Se ha hablado del trabajo preventivo durante el proceso de migración, sin embargo, constantemente se olvida que el proceso de migración comienza en los lugares de origen y que ahí también es necesario poner énfasis.

El acceso a la información preventiva, tanto por la población que emigra como por aquella que se queda, es esencial para detener la infección entre las poblaciones móviles. Especial atención merece el trabajo con amas de casa y sus maridos, quienes son habitualmente los que migran, a efecto de desarrollar la capacidad de negociación del uso del preservativo o condón.

4.3 Experiencias concretas de prevención y atención del VIH/SIDA

Los mensajes preventivos en la radio

Una de las experiencias exitosas que algunas organizaciones civiles han manejado con éxito, consiste en los mensajes de información y prevención de VIH/SIDA a través de la radio. Se han reportado sobre todo buenos resultados en acciones dirigidas a la población móvil, especialmente en mujeres trabajadoras en maquiladoras y fábricas de la región, ya que en dichos lugares la radio es un medio de comunicación que les ayuda a sobrellevar su jornada. La elaboración de radionovelas específicamente diseñadas para las trabajadoras de maquilas, tematizando el contexto sociocultural de la enfermedad, mostrando el riesgo que se tiene de infección por VIH/SIDA, es una manera innovadora para la prevención.

Telenovelas

Como las trabajadoras de fábricas, muchas amas de casa no tienen la posibilidad de asistir a conferencias y/o talleres especializados. No obstante, gran parte de ellas tienen acceso a la radio y la televisión. Una manera que ha dado buenos resultados para proveer información sobre VIH/SIDA ha sido a través de telenovelas, que en toda América Latina son sumamente populares. Lamentablemente, aún hace falta trabajar mucho en los contenidos, ya que a veces no son correctos o el enfoque sigue siendo estigmatizante.

Acciones con contratistas

Aunque han sido escasas, algunas de las intervenciones con contratistas de migrantes han resultado favorables en relación con la prevención de VIH/SIDA, toda vez que han logrado dar información a los grupos de migrantes y se han distribuido condones entre los mismos.

Casas de los/as migrantes

La prevención que se realiza desde las casas de emigrantes ha tenido grandes resultados, ya que fungen como fuentes de información y educación en VIH/SIDA. Estos lugares alojan de manera transitoria a las personas que por diversas razones han emigrado de sus lugares de origen. Además de ofrecerles las condiciones mínimas de comodidad y seguridad durante su estadía; se les brinda educación sexual y se les provee gratuitamente de condones.

Prevención con trailers

Grupos particulares como trailers y trabajadoras sexuales se identificaron como potenciales multiplicadores de información sobre prevención del VIH/SIDA. Para algunos de estos grupos ya se cuenta con estrategias operativas probadas como eficaces.

4.4 Recomendaciones y propuestas de indicadores desde un enfoque cultural

Personal especializado ubicado en lugares estratégicos

Sería de mucha utilidad capacitar al personal en prevención de VIH/SIDA, para que trabaje en lugares estratégicos para las poblaciones móviles. Una propuesta interesante que surgió es la capacitación de “educadores móviles”. Se sugiere que dicho personal conozca la cultura y el lenguaje de los grupos, con los que pretende realizar el trabajo.

Trabajo en redes con organizaciones civiles y públicas

Es necesario trabajar en colaboración con las diferentes organizaciones civiles y públicas que desarrollan sus actividades, desde diferentes frentes con población migrante, a efecto de tener mejores alcances en los esfuerzos de prevención de VIH/SIDA.

Coordinación por zonas geográficas

Se ha propuesto trabajar el tema de la prevención de acuerdo a zonas geográficas que sean lugares de paso y de permanencia ocasional de los migrantes, y así no se desperdiciarían los pocos recursos, tanto humanos como financieros, en acciones muy generales que se diluyen fácilmente.

Acciones de prevención creadas ex profeso para ese grupo de población

Las acciones de prevención dirigidas a las poblaciones móviles, deben dejar de ser parte de estrategias generales, para concentrarse así en las características específicas de este grupo, y con ello tener mejores resultados. Las acciones deben ser muy puntuales y concretas, como la promoción de derechos de los migrantes y del uso del preservativo o condón.

Capacitar a migrantes en el trabajo de pares

Es importante seguir diseñando técnicas y materiales didácticos que apoyen el valioso trabajo de prevención de VIH/SIDA entre pares.

Capacitar y sensibilizar a autoridades locales sobre el tema de VIH/SIDA

Se necesita reforzar el trabajo de sensibilización con las diferentes autoridades locales, así como de líderes comunitarios sobre los temas de VIH/SIDA y Derechos Humanos de las poblaciones móviles. La reciente Convención de la ONU sobre los Derechos de los Migrantes (en vigor desde julio de 2003) debe ser conocida por los/as migrantes, por medio de la difusión de carteles, trípticos y demás.

Distribución de mensajes preventivos, así como preservativos, en lugares estratégicos

Se hace necesaria la disponibilidad de material informativo y de preservativos o condones, en las diversas estaciones de paso de las poblaciones móviles. Se espera que el material tenga mejores resultados si promueve mensajes breves, concretos y claros. Asimismo, se debe garantizar la disponibilidad de preservativos para cuando sea necesario su uso.

Promover servicios de prevención desde los lugares de origen de los/as migrantes

Las estrategias de prevención deben estar presentes desde el inicio del proceso migratorio, es decir, desde los lugares de origen de las poblaciones móviles. El trabajo preventivo no sólo debe incluir a la población migrante, sino también a la población que permanece en sus comunidades.

Apertura de las instituciones, en especial las del sector salud

Las diferentes instituciones tanto civiles como públicas de los países mesoamericanos, y en especial las de salud, no pueden seguir negando la realidad que representa el fenómeno migratorio en sus diferentes ámbitos, por ello, una mayor apertura para la prevención y atención de VIH/SIDA y de otros problemas relacionados con la migración, redundará en beneficios para toda la región.

5. Análisis final de los grupos temáticos centrales.

La revisión presentada, no agota el desarrollo de que son factibles todos los temas, sin embargo sí nos presenta un marco enriquecedor para la identificación de factores culturales que ponen en riesgo de infección con el VIH/SIDA a los diferentes grupos de población de los países mesoamericanos, en especial a los abordados en las mesas de trabajo del Taller subregional de Guatemala.

A manera de resumen y análisis final del presente capítulo, se puede decir que, en lo que se refiere al trabajo de atención y prevención de VIH/SIDA con **HSH** desde un enfoque cultural, es importante que los esfuerzos se adapten a comportamientos bisexuales aparentemente muy frecuentes, aunque ocultos. Asimismo, es necesario reconocer la diversidad de los HSH en la Subregión y que tienen preocupaciones más amplias, incluidas algunas cuestiones como la pobreza y las responsabilidades frente a los miembros de su familia.

Por otro lado, es evidente la importancia de sensibilizar a la sociedad respecto a cuestiones relacionadas con los HSH, contrarrestar los prejuicios y la discriminación, y fomentar los Derechos Humanos. Asimismo, es necesaria la formación y capacitación de los profesionales que trabajan con HSH, quienes deberán abordar el problema de la homofobia, incluida la homofobia internalizada. Por último, es indispensable colaborar con los HSH en la creación de redes de apoyo, facilitando así su acceso a los servicios de salud, asesoramiento, pruebas voluntarias y provisión de condones.

Con relación al trabajo de prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural con **poblaciones indígenas**, se destaca la importancia de la comunicación de los mensajes en sus propios idiomas, sin olvidar lo significativo de la comunicación oral en muchas comunidades. Del mismo modo, es necesario el trabajo con los/as líderes, con la intención de que transformen los mensajes de acuerdo a la idiosincrasia de su comunidad, garantizando un óptimo acercamiento cultural.

En lo que tiene que ver con el trabajo de prevención y atención del VIH/SIDA desde un enfoque cultural con **mujeres y hombres TSC**, es importante reconocer que estas personas también tienen unas preocupaciones más amplias y otras prioridades, que incluyen cuestiones sociales, jurídicas y económicas, así como la preocupación por sus familias e hijos. Asimismo, se debe abordar el prejuicio y la estigmatización a los que se enfrentan.

Por otra parte, es necesario legitimar el papel de los/as profesionales del sexo como educadores, reconociendo la importancia del trabajo de prevención entre pares. Por otro lado, los esfuerzos de prevención deben ir acompañados del acceso a unos mejores servicios de salud, especialmente para el diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH/SIDA.

Por último, se destaca en este grupo la importancia de obtener la cooperación y el apoyo de las personas que controlan la industria del sexo, incluidos los propietarios de bares y otros lugares, trabajando hasta donde sea posible, con los clientes de los/as profesionales del sexo y con sus compañeros sexuales.

Con relación al trabajo de prevención y atención del VIH/SIDA desde un enfoque cultural con **poblaciones móviles**, se reconoce que la alta movilidad de los grupos migrantes dificulta el trabajo sistemático de prevención, por lo que es importante diseñar acciones tomando en cuenta sus circunstancias específicas. Esto implica la coordinación de acciones con los

contratistas y otros grupos particulares como los trailers y trabajadoras sexuales que ya se han identificado como potenciales multiplicadores de información sobre prevención del VIH.

Por otra parte, se tiene que pensar en la mejor forma de comunicación de contenidos de prevención, según el contexto de las poblaciones móviles a la cual se dirige. Por ejemplo, en muchas maquiladoras y fábricas un medio de comunicación importante es la radio. Además, las casas de emigrantes ofrecen una posibilidad de servir como fuentes de información y educación en VIH/SIDA ya que son lugares en donde se alojan de manera transitoria las personas que han emigrado de sus lugares de origen y se les ofrece las condiciones mínimas de comodidad y seguridad durante su estadía.

Finalmente, las actividades de prevención de VIH/SIDA en las comunidades fronterizas no sólo deben orientarse a las poblaciones migratorias, sino deben ser enfocados en los factores que hacen de la frontera un ambiente de alto riesgo.

Es necesario poner énfasis en los elementos comunes a los cuatro grupos centrales, y enfatizar la importancia de trabajar sobre estos ejes transversales: jóvenes, perspectiva de Género, PVVS, espiritualidad, alcohol y drogas.

Cuando se trabaja con **jóvenes** no se debe olvidar que los medios más efectivos para acercarse a ellas/os y transmitirles mensajes preventivos; los constituyen la música y el deporte. De la misma manera, en varios países de la región se pueden llevar a cabo también otras actividades como concursos de baile, dibujo, carteles y cuentos, desfiles; teatro callejero, teatro de títeres, desfiles de moda, etc. Durante estos eventos es importante comunicar mensajes claros, cortos, directos y honestos.

Se ha observado que las intervenciones específicas, sobre todo cuando son llevadas a cabo en un cierto lapso de tiempo, causan más impacto que las campañas generales. Las intervenciones impartidas entre pares, por ejemplo, de jóvenes para jóvenes, o de padres de familia para padres de familia, o de mujeres para mujeres, son las más eficaces. Los mensajes son mejor transmitidos, asimilados y, probablemente, causan cambios de conducta.

Siendo la población joven la más afectada por el VIH/SIDA, es urgente abordar los asuntos morales, mitos y prejuicios que impiden a las/os jóvenes hablar del condón y utilizarlo con apertura. Se sabe que no basta tener conocimiento y estar informado sobre la prevención del VIH/SIDA, sino que además se necesita garantizar la disponibilidad de condones.

Por último, es indispensable el desarrollo e implementación de programas de educación sexual que consideren los factores de riesgo y estilos de vida de niños/as, adolescentes que viven en situación de calle, agrupados en maras o pandillas juveniles, víctimas de explotación sexual, adicciones a sustancias psicoactivas.

Perspectiva de Género

Al poner en práctica acciones de prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural, hay que tener en cuenta algunas cuestiones clave con respecto a las relaciones de Género. Por ejemplo, se debe hacer un esfuerzo para eliminar los estereotipos de Género sobre los grupos centrales de discusión. De la misma manera, hay que reconocer que, al abordar la problemática del Género, éste abarca tanto a las mujeres como también a los varones. Es crucial comprender los papeles de Género y las relaciones de poder y negociación que se establecen entre hombres y mujeres.

Las cuestiones de Género deben tenerse en cuenta durante todo el proceso de las acciones de prevención y atención de VIH/SIDA dirigidas a los grupos estudiados y no sólo en la etapa inicial de planificación de un programa. Para ello conviene tener claros los conocimientos pertinentes al Género y la apreciación de los papeles de las mujeres y hombres, para así eliminar la persistencia de imágenes, estereotipos, actitudes y prejuicios que perjudiquen a ambos y los expongan al riesgo de infección con el VIH.

Además de la función decisiva que desempeñan los diversos actores tanto gubernamentales como de la sociedad civil, en relación con la prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural, es importante que se involucre a las Personas Viviendo con VIH SIDA. Ante este marco, dicha participación deberá ir acompañada de la defensa de sus Derechos Humanos.

El personal de diferentes sectores, entre los que se encuentra el de salud, debe ser capacitado en temas de atención y prevención de PVVS, ya que lamentablemente todavía dicho personal tiene prejuicios al tratar con personas que viven con el virus. Hace falta romper los miedos y tabúes relacionados a través de intervenciones específicas, así como el problema de la falta de confidencialidad de la condición de seropositividad.

Al poner en práctica acciones de prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural, hay que tener en cuenta algunas cuestiones clave con respecto a la **espiritualidad**.

Para empezar, es conveniente establecer asociaciones con líderes religiosos, más que desarrollar actitudes de confrontación y crítica frente a cualquier religión. Lo anterior a fin de potenciar las dimensiones espirituales de la asistencia y el apoyo. De la misma manera se necesita comprender que la espiritualidad es más amplia que la religión, y que esta última constituye una buena puerta de entrada para acceder a las comunidades.

Por último, además de tener en cuenta los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA, debe procurarse un entorno espiritual protector que favorezca su aceptación y apoyo.

Cuando se trabaja con prevención y atención de VIH/SIDA desde un enfoque cultural, no se debe olvidar el papel del consumo de **alcohol y otras drogas** en los grupos centrales de discusión de este estudio.

Se sabe que un gran número de infecciones ocurre bajo la influencia del alcohol y de otras drogas. Su consumo y la relación con la infección con el VIH obedecen a una gran cantidad de contextos y situaciones particulares que deben tomarse en cuenta, como aquellas ligadas a la práctica del sexo servicio; o aquellos aspectos de Género ligados al consumo en varones heterosexuales y HSH.

En el caso específico de quienes consumen alcohol y se inyectan drogas, es necesario adoptar un enfoque multifacético que incluya el intercambio de agujas y jeringas y la dispensación de tratamiento farmacológico, incluidos la desintoxicación, la farmacoterapia de sustitución, la psicoterapia, la atención del VIH/SIDA y las intervenciones de redes sociales. Es importante proporcionar un buen acceso al material de inyección estéril y a los condones.

VI. Experiencias de trabajo en México y Centroamérica desde un enfoque cultural

Las experiencias significativas en México y Centroamérica que emplean elementos culturales en la prevención varían dependiendo de la organización que las ejecuta y del tipo de población a quienes están dirigidas. En este apartado se hará referencia sólo a algunas de ellas debido a que sugieren intervenciones novedosas y poco consideradas, que tienen que ver con el aprovechamiento de los recursos culturales de los diversos grupos de la región.

Por otra parte, en este apartado también se presentarán, en forma resumida, algunas de las exposiciones con referencia a experiencias de trabajo en Centroamérica desde un enfoque cultural, que las y los participantes del Taller subregional en Antigua, Guatemala; realizaron.

1. Las comadronas

En las comunidades rurales e indígenas una de sus figuras tradicionales, las comadronas, representan un recurso invaluable cuando de prevención de VIH/SIDA se trata.

En los escasos estudios sobre el conocimiento y prácticas de comadronas se supo que han adquirido sus conocimientos por tradición de madre-hija, aunque algunas fueron capacitadas por los servicios de salud. La información disponible indica que en muchas ocasiones sus intervenciones se basan en conocimientos que agravan la situación, por ejemplo, ante signos detectados en molestias genitales como flujos amarillos, dolor de matriz, granos y ardor al orinar, pueden recomendar remedios caseros como lavados vaginales y el uso del tabaco.

Otra de las creencias erróneas que algunas tienen, por ejemplo, es que el VIH se transmite por la ropa o por dar la mano. Del mismo modo, también para ellas mismas sus prácticas pueden representar un factor de riesgo debido que muchas al asistir un parto, no utilizan guantes de protección y tienen contacto directo con la sangre.

La importancia que tienen estas mujeres, es que en muchas comunidades rurales e indígenas de Centroamérica, siguen teniendo mucha credibilidad debido a sus prácticas ancestrales, existentes con anterioridad a la introducción de la cultura occidental.

Se observó que después de la intervención en capacitación sobre VIH/SIDA con parteras, muchas han aprendido a detectar adecuadamente signos de ITS y refieren los casos al médico para su tratamiento. Además están en proceso de utilización de guantes desechables en atención de partos como una de las medidas universales de prevención y en proceso de ser consejeras en ITS/VIH/SIDA a parejas en su contexto.

Las comadronas, como líder y recurso local, son invaluable para la prevención de ETS/VIH/SIDA Sin embargo, es necesario que se lleve a cabo una capacitación que, entre otros aspectos, debe incluir componentes sobre conocimiento y detección de ITS, así como el análisis de creencias tradicionales de Género.

2. El VIH/SIDA y las comunidades Garífunas de Honduras

ECO Salud

Mélida Quevedo Ramírez (Directora Ejecutiva)

En relación con la vulnerabilidad, existen datos que indican una seroprevalencia de VIH/SIDA en la población Garífuna de Honduras del 8-14%. Además se encontraron altas tasas de prevalencia para cada una de las ITS estudiadas y se sabe que la problemática del VIH/SIDA en dicha población se encuentra altamente vinculada con los problemas de Género. Según algunas conclusiones epidemiológicas del Ministerio de Salud en Honduras, la población Garífuna también es vulnerable a la problemática del VIH/SIDA por sus raíces étnicas y culturales.

En cuanto al acceso a servicios de salud, de 47 comunidades Garífunas en Honduras, sólo 7 de ellas cuentan con centros de salud y con médico y 40 son manejadas por auxiliares de enfermería. Dichos centros manejan un cuadro básico de medicamentos, lo cual limita el acceso a medicamentos contra infecciones oportunistas relacionadas con el VIH/SIDA.

Con relación a los aspectos socioeconómicos, en las poblaciones garífunas no existen fuentes de empleo y muchas personas emigran. Además el VIH/SIDA afecta a la economía de las comunidades ya que, a mayor número de enfermos, el gasto es mayor. Se sabe que la mayoría de la población depende de las remesas que sus familiares le envían de los EEUU.

En lo referente a los aspectos políticos, todas las organizaciones Garífunas están legalmente constituidas (Personería Jurídica). Sin embargo no cuentan con un marco jurídico legal que les garantice un mejor desarrollo comunitario hacia sus necesidades. En ese sentido, es evidente que las autoridades gubernamentales no ven con mayor atención los problemas que enfrentan, debido a que consideran que ya existen como organizaciones y que son capaces de cubrir ellas mismas sus necesidades.

En cuanto al aspecto religioso, la población Garífuna en su mayoría es Católica aunque hay un alto porcentaje que pertenece a otras religiones, principalmente a la iglesia evangélica. En la parte educativa, la religión no ha sido un obstáculo para el abordaje del VIH/ SIDA.

En lo que se refiere a sus costumbres, se menciona un abuso del alcohol en fiestas, danzas, velorios y novenarios. Por otro lado, no existe una percepción de riesgo de infección ante la epidemia, especialmente por parte de las personas adultas. En su contexto cultural, aducen que los síntomas del VIH/SIDA son resultado de un *daño* y esto hace que entren en una etapa de negación.

Por otra parte, la mujer garífuna es vulnerable a la epidemia del VIH/SIDA, ya que dentro de sus comunidades se cuenta con un alto índice de mujeres "*solas*". Asimismo, se ha percibido entre las mujeres una actitud de negación al uso del condón ya que lo consideran propio de las Mujeres Trabajadoras de Sexo Comercial. Asimismo, en las mujeres garífunas de las poblaciones mencionadas, es representativo el número de adolescentes embarazadas, y se utiliza mucho la lactancia materna, que forma parte de nuestros valores y tradiciones y es una muestra de ternura para con nuestros hijos. Finalmente, se considera que el futuro de la epidemia del VIH/SIDA es muy difícil de predecir en los tiempos actuales, en especial en las comunidades Garífunas, debido a que la preocupación de nuestros líderes en estos momentos no es el VIH/SIDA sino la situación económica, la tenencia de la tierra y las playas.

Para contacto con ECO Salud:

Mélida Quevedo Ramírez (Directora Ejecutiva)
Corazal, La Ceiba, Honduras.
504-442-2744
melidahn@yahoo.com

3. IMPSIDA

Silvio Martinelli (Coordinador) & Waleska Rivera (Asistente)

IMPSIDA es la Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del VIH/SIDA. En este proyecto participan una significativa cantidad de organizaciones, como las agencias de ONUSIDA; Regional Bureau for LA and Caribbeans; PNUD (Belice, C. Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Panamá); Oficina de Enlace regional de Guatemala; UNFPA México; INSP-México; otras agencias del sistema de la ONU; Ministerios de salud, organizaciones de la sociedad civil y otras instituciones.

IMPSIDA tiene como meta general “Prevenir la expansión del VIH/SIDA en la región de Centroamérica y México a través del apoyo a la implementación de planes estratégicos nacionales, con énfasis en intervenciones de gran impacto en grupos vulnerables seleccionados, particularmente mujeres adolescentes y jóvenes en poblaciones en movimiento y personal de maquilas”. A continuación se presentan los resultados esperados:

- 1) Se pretende que al finalizar el proyecto, en cada país habrá capacidad técnica y compromiso político para la instalación de un sistema de Monitoreo y Evaluación único a nivel regional, centrado en el Plan Estratégico Nacional y en los Planes Operativos Anuales
- 2) Intervenciones nacionales y regionales que son monitoreadas, evaluadas y reportadas en un formato estándar y sus resultados son disseminados y publicados en toda la región a través de Internet y de otros medios de comunicación
- 3) Las PVVS captadas en la iniciativa reciben información y se involucran activamente en los diferentes procesos a todo nivel. Los representantes de REDCA participan activamente en la ejecución y evaluación de la iniciativa a nivel nacional como regional
- 4) Redes locales, nacionales, subregionales y regionales sobre poblaciones móviles y maquila, establecidas, fortalecidas y funcionando.
- 5) Los Grupos Temáticos de ONUSIDA activamente supervisan y promueven la iniciativa a través de los NICs⁵⁷. Al final de la primera fase los NICs siguen activos como grupos que promueven la interacción entre el gobierno, la sociedad civil, la cooperación internacional y el sector privado en la implementación de iniciativas de prevención de la expansión del VIH-SIDA

⁵⁷ EL NIC (Comité de Iniciativa Nacional) está compuesto por el Gobierno Nacional y otros actores relevantes como las redes de PVVS, la empresa privada y la sociedad civil entre otros.

Logros principales:

- 1) Dos reuniones del RIC y sus productos (Plan Operativo Regional, Indicadores, Términos de Referencia)
- 2) NIC establecidos en todos los países
- 3) Identificados en todos los países la ubicación para los proyectos sobre poblaciones móviles
- 4) Varias alianzas establecidas con otros proyectos nacionales y regionales

En el IMPSIDA se han establecido alianzas con los siguientes organismos:

- Poblaciones Móviles:

INSP – Instituto Nacional de Salud Pública de México

UNFPA/OPEC: Fondo de Población de la Naciones Unidas (proyecto OPEC)

CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA de México

- Planificación Estratégica, Monitoreo y Evaluación:

ONUSIDA – oficinas regionales y unidad

SIRENA/CRIS

UNICEF TACRO

- Otros contactos:

REDPES, USAID, PASCA, PASMO, CDC, REDCA, RBLAC PNUD.

El IMPSIDA espera obtener próximamente los siguientes productos:

- Sitio Web
- Indicadores regionales (incluyendo UNGASS)
- Informe del RIC y POR actualizado,
- Taller de prevención del VIH-SIDA en el ámbito laboral, (27-28 Mayo 2004 en Nicaragua)
- Informe del taller anterior
- Definir seguimiento Taller M&E
- Informe de avance (Enero-Junio)
- Material de publicidad del proyecto con resultados
- Taller Poblaciones Móviles: Taller Mesoamericano sobre poblaciones móviles: construyendo redes, Tapachula, México agosto 2004
- Intervenciones en los medios de comunicación

Para contacto con el IMPSIDA

(Oficina de Enlace Regional)

Silvio Martinelli (Coordinador) & Waleska Rivera (Asistente)

c/o ONUSIDA

5 Avenida 5-55, Zona 14, Edificio Europlaza, Torre 4, Nivel 10

Ciudad de Guatemala, Guatemala

www.impsida.org, info@impsida.org,

Tel. (502) 384-3148, Fax (502) 385-3855, Celular (502) 918 0101

4. Proyecto UNESCO/ONUSIDA “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA”

Cécile Mazzacurati (UNESCO – Paris)

El proyecto “Un enfoque cultural a la prevención y atención del VIH/SIDA”, se encuentra localizado dentro de la División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural, en la Sede de la UNESCO en París. Dicho proyecto fue concebido a mediados de 1998 en relación con el nuevo acercamiento de ONUSIDA a la prevención y atención de la pandemia en el cual, la estrategia de dicha agencia pone énfasis en la configuración multidimensional de la problemática y en la diversidad de contextos con la intención de construir políticas y estrategias adecuadas y adaptables a cada situación.

Con relación a los orígenes del proyecto “Una aproximación cultural a la prevención y atención del VIH/SIDA”, existen dos corrientes que se cruzaron en sus inicios:

1. El Decenio Mundial para el Desarrollo Cultural lanzado por la ONU y la UNESCO en 1988, bajo el supuesto de que la Cultura constituye el fundamento y la esencia de toda transformación económica y social que tiende hacia un desarrollo humano sustentable, y cuyo principal objetivo consistía en inscribir la cultura en la lista de los factores predominantes por la mejora de la vida de las sociedades.
2. Las experiencias adquiridas después de 15 años de lucha contra el VIH/SIDA, y la aproximación multidisciplinaria de la epidemia del VIH/SIDA que lanzó ONUSIDA al final de los 1990.

El planteamiento del nuevo enfoque implicaba por su parte, la búsqueda de estrategias multi e interdisciplinarias, a efecto de adaptar las intervenciones sobre el VIH/SIDA, al ambiente geográfico, educacional, cultural, social de las personas. Es en este momento cuando se crea el proyecto conjunto UNESCO/ONUSIDA bajo el título: « *Un enfoque cultural para la prevención y la atención del VIH/SIDA* »

En el marco del proyecto, la cultura está entendida dentro de una definición antropológica, la cual incluye: modos de vida, mentalidades, tradiciones y creencias, sistemas de valores, relaciones de Género, estructuras familiares, normas y prácticas sexuales, lengua y medios de comunicación, artes y creatividad (MONDIACULT, 1982). La Cultura también se entiende operando a tres niveles – tanto en el proyecto como en las políticas de desarrollo en general-: cultura como contexto, como contenido y como método.

El Enfoque cultural se sitúa en el marco de los programas y proyectos de la UNESCO contra el VIH/SIDA, cuyo principal enfoque estratégico es la **Educación Preventiva**, en torno a cinco objetivos.

1. Movilizar a todos los niveles
2. Adaptar el mensaje
3. Cambiar los comportamientos de riesgo y reducir la vulnerabilidad
4. Atender a las personas infectadas y afectadas, y garantizar la protección de sus derechos y cuidados
5. Limitar el impacto institucional del VIH/SIDA

El proyecto « Un enfoque cultural para la prevención y la atención del VIH/SIDA » hace hincapié sobre la necesidad de que toda la educación preventiva, para ser eficaz, deber ser culturalmente apropiada. El proyecto responde también especialmente al objetivo número 2: adaptar el mensaje y escoger el buen mensajero.

El proyecto incluye diferentes componentes:

- Investigación y evaluaciones nacionales en varios países, desarrollo de herramientas metodológicas, talleres de sensibilización y formación a los métodos del “enfoque cultural”;
- Trabajo temático con los siguientes grupos y temas: poblaciones indígenas, poblaciones migrantes, trabajo con curanderos tradicionales, trabajo con líderes religiosos, trabajo sobre estigmatización y discriminación, etc.;
- El uso de las artes y la creatividad para la sensibilización al VIH/SIDA: teatro interactivo, espectáculos de marionetas, hip hop, graffiti, diseño de tejidos y espectáculos de moda, etc.

El proyecto incorpora varios temas transversales entre los que se encuentran: jóvenes, mujeres y Género.

Por otro lado, la UNESCO a través de sus diferentes oficinas tiene planes para desarrollar múltiples acciones específicas dependiendo de las necesidades y recursos locales; entre ellas podemos mencionar: la creación de un sitio Internet para los jóvenes del Caribe, proyectos de cooperación con diversos países de Latinoamérica que incluyen el desarrollo de un manual de utilización de Juegos Didácticos y de un CD-ROM de Juegos para la prevención y atención del VIH/ SIDA; y la formación de una Red electrónica regional (ALC) de profesionales e instituciones consagrados al intercambio de información y de buenas prácticas en la utilización del enfoque cultural para la prevención y la atención del VIH/SIDA.

UNESCO

Proyecto “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA”

1 rue Miollis, 75015, París, Francia.

www.unesco.org/culture/aids

culture.aids@unesco.org

⁵⁸ Para una revisión precisa las intervenciones de la UNESCO sobre la atención y prevención de VIH/SIDA, desde un enfoque cultural en las diferentes regiones del mundo, se puede visitar la página Web:

www.unesco.org/culture/aids

VII. Conclusiones

Respecto de los grupos centrales de discusión abordados.

- Los HSH y las mujeres y hombres TSC son dos de los grupos más afectados por la infección del VIH/SIDA en México y Centroamérica; y la principal vía de transmisión es la sexual.
- Las poblaciones indígenas y las poblaciones móviles de México y Centroamérica están siendo cada vez más afectadas por la infección del VIH/ SIDA, situación que permanece poco visible dada la carencia de estudios e intervenciones con dichos grupos de población. En ellos también figura la vía sexual como la principal vía de infección.

Respecto a la importancia del enfoque cultural.

- En todos los grupos centrales de discusión abordados, se reconoció que existen múltiples factores culturales, económicos, sociales y políticos que influyen en los comportamientos concretos de las personas frente al riesgo de infección con el VIH/SIDA.
- Gran parte de los factores culturales mencionados anteriormente tienen que ver con la forma en que se llevan a cabo las estrategias de Información, Educación y Comunicación. En otras palabras, se relaciona con la manera en que se emiten y reciben los mensajes, el lenguaje y los códigos utilizados, así como su adecuación con la población destino.

Respecto a la metodología y estrategias de intervención.

- Es de suma importancia el hecho de proveer de elementos prácticos preventivos a la población que conforma los grupos centrales de discusión, es decir, de habilidades para la protección, como aquellas relacionadas con el conocimiento, acceso y uso del condón y mayor educación sobre salud sexual y reproductiva. Como ya se mencionó anteriormente, en los cuatro grupos arriba citados, la mayoría de las infecciones se da por la vía sexual Sin embargo no todas las personas incluidas en dichos grupos tienen pleno conocimiento sobre el condón, ni sobre su uso y, mucho menos, acceso al mismo cuando lo necesitan.
- La forma más efectiva de evitar nuevos casos de infección con el VIH/SIDA en México y Centroamérica, es invirtiendo una mayor cantidad de recursos en prevención y educación, aspectos que además forman parte de las principales estrategias de la UNESCO en relación con su acercamiento al VIH/SIDA desde un enfoque cultural, y que, lamentablemente, es descuidado por la mayoría de los países de la subregión.
- Las acciones de prevención deben tomar en cuenta las particularidades culturales de cada uno de los grupos de discusión abordados, así como su contexto local. Lo anterior implica la planeación, ejecución y evaluación de acciones de prevención encaminadas a estos grupos de población en específico, y obliga a la asignación de una partida presupuestal determinada y suficiente. Lo anterior debe darse sin olvidar que la problemática del VIH/SIDA no es exclusiva de los grupos de discusión abordados, sino que incluye a toda la población.

Respecto de la participación de la población.

Es importante la participación de la población que conforma los grupos centrales de discusión abordados, no sólo en lo referente a la elaboración de planes y programas de prevención, sino también en cuanto a su ejecución y evaluación. Dicha participación debe darse dentro del marco del respeto de los Derechos Humanos y debe incluir la participación de las PVVS.

Respecto de la colaboración.

- Por último, se ha concluido que la colaboración binacional e Inter-subregional es fundamental si se desea incidir más efectivamente en la lucha contra el VIH/SIDA; lo anterior bajo los supuestos que muestran que México y Centroamérica se encuentran estrechamente vinculados, tanto comercial como culturalmente, y que existe una gran movilidad de sus poblaciones tanto al interior como al exterior de dichos países.

VIII. Anexos.

Anexo 1: Referencias

- Aguilar, S.; VIH/SIDA en Guatemala, Una bibliografía anotada, segunda edición, PASCA, Guatemala, 1999.
- Aguilar, S.; Situación de la Epidemia de VIH/SIDA en Guatemala, -sin fecha-.
- Alvarado, Félix y otros; Mapeo político y análisis de redes institucionales para VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, en tres países latinoamericanos; FUNSALUD, SIDALAC, Diciembre, 2002.
- Anderson, Terje, Migración Las leyes de INS y el VIH, Impacto, Revista Bimensual de AIDS, Project Los Ángeles sobre VIH/SIDA, Marzo/Abril 2002, pp. 1-2 <http://www.thebody.com/apla/espanol/mar02/migracion.html>
- Banco Interamericano de Desarrollo, La mujer en las Américas, Como cerrar la brecha entre los géneros, BID, Washington, D. C., 1996.
- Berer, Marge; Ray, Sunanda, La mujer y el VIH/SIDA, Un compendio internacional de recursos, Información, acción y recursos relacionados con la mujer y el VIH/SIDA, la salud reproductiva y las relaciones sexuales, Edit. Reproductive Health Matter/AHRTAG, Londres, 1993.
- Bronfman Pertzovsky, Mario N., Migración y SIDA en México, Amigos contra el SIDA, A. C. pp. 1-5 <http://www.aids-sida.org/emigrts1.htm>
- Castellanos G.; López Ch.; Diagnóstico de la situación y necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA en la Cuenca de Atitlán, Sololá, Guatemala; Centro de Desarrollo Humano de Guatemala/FPIA, Guatemala, 2002.
- Centro de Desarrollo Humano de Guatemala, SIDAldía, II Época: Vol. 8 No. 1, Edición Guatemala, Enero de 2003
- Figueroa W.; Línea de base del proyecto: ADos comunidades mayas de unen para la lucha contra el SIDA, Rxiin Tnamet – PASCA, Guatemala, 1999.
- FNUAP, Prevenir el contagio con el VIH, promover la salud reproductiva, Respuesta del FNUAP 2002, New York, NY, 2002.
- FNUAP, Prevención del contagio, promoción de la salud reproductiva, Respuesta del FNUAP al VIH/SIDA 2002, New York, NY, 2001.
- IDEI, Reduciendo comportamientos sexuales de alto riesgo de VIH/SIDA de los trabajadores agrícolas de la etnia Mam que participan en el proceso migratorio del Altiplano a la Costa del Pacífico –sin fecha de elaboración-.
- Ikeda, J. M.; López, T.; Hudes; Hearst, N.; Educativo concientizador para la prevención del SIDA con Jóvenes de los Centros Educativos de Quetzaltenango, Guatemala, Instituto de

Educación Integral para la Salud y el Desarrollo Guatemala (IDEI), Centro de Estudios Preventivos de SIDA y Universidad de California, San Fco. California EUA, 1999.

- Ikeda, J. M.; Sánchez, T.; Hearst, N.; Reduciendo comportamientos de alto riesgo del SIDA en hombres trabajadores migrantes de las comunidades mayenses de Sur-Occidente de Guatemala, Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo (IDEI), Guatemala y Universidad de California, San Fco. California EUA, 2001.

- Izazola, José Antonio; Ventajas sociales de la prevención en gays; Letra S, Agosto 1999; pp.1-3; <http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/Is-izazolaago.html>

- Izazola, José Antonio; Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, Una revisión basada en la Conferencia Latinoamericana y del Caribe Fotum 2000; SIDALAC, Fundación Mexicana para la Salud, ONUSIDA; México, 2001.

- Izazola, José Antonio; Documento conferencia: Epidemiología y prevención del VIH/SIDA; Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC); Diciembre de 2002.

- Izazola, José Antonio; Documento conferencia: Respuestas Nacionales contra el SIDA, Cuentas Nacionales de VIH/SIDA en Latinoamérica; Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC); Diciembre de 2002.

- Jiménez, Arturo; El bordo 03 - Frontera, Migración y Muerte: El SIDA y La Operación Guardian; pp. 1-5, http://www.tij.uia.mx/elbordo/vol03/bordo3_front_migra2.html

- Mayorga, Rubén y Rodríguez Leerayes Ma. Antonieta; La exclusión social basada en la orientación no sexual en Guatemala, Cuadernos de Desarrollo Humano, SNU en Guatemala con apoyo de OASIS, Guatemala, 2001.

- Moreno, I.; Diagnóstico de situación de ETS/VIH/SIDA en la ciudad de Bluefields, Nicaragua, PASCA, Nicaragua, 2002.

- Morgan, Robin, Mujeres del mundo, Atlas de la situación femenina, 80 países vistos por sus mujeres, Edit. V Indicación Feminista y Hacer Editorial, Madrid, 1994.

- Nussbaum, Martha C., Women and Human Development, The Capabilities Approach, Cambridge University Press, USA, 2000.

- ONUSIDA, Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA 25-27 de junio de 2001, Nueva York, 2001.

- ONUSIDA, Fomento de la mayor participación de las personas que viven con o están infectadas por el VIH/SIDA (MPPS) en África subsahariana, Ginebra, Suiza, 2001.

- ONUSIDA, Juntos lo conseguiremos, El liderazgo en un mundo con SIDA, Ginebra, Suiza, 2001.

- ONUSIDA, Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH, Ginebra, Suiza, 2001.
- ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Ginebra, Suiza 2002.
- ONUSIDA, Cuarto Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Ginebra, Suiza 2004.
- ONUSIDA/OMS, Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, Diciembre de 2001, Ginebra, Suiza, 2001.
- ONUSIDA/UNODCCP, Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned, Case studies booklet, Central and Eastern Europe and the Central Asian States, New York, NY, 2001.
- ONUSIDA, Derecho penal, salud pública y transmisión del VIH: Un documento de opciones de política, Ginebra, Suiza, 2002.
- ONUSIDA, Resumen de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA 25-27 de junio de 2001, Nueva York, (versión española, junio de 2002) Ginebra, Suiza, 2002.
- ONUSIDA/The Prince of Wales International Business Leaders Forum/Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA, La respuesta empresarial al VIH/SIDA: Impacto y enseñanzas aprendidas, Londres and Ginebra, 2002.
- ONUSIDA/OMS/UNICEF, Los jóvenes y el VIH/SIDA, Una oportunidad en un momento crucial, Ginebra, Suiza, 2002.
- ONUSIDA/PENNSYLVANIA; Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA, Una nueva orientación; Ginebra, Suiza, 2000.
- PASCA, Análisis de la situación de VIH/SIDA en los municipios fronterizos de Coatepeque y Tecún Umán, 1999.
- Pérez Canto, María Pilar; IX Jornadas de Investigación Interdisciplinaria sobre la mujer: La mujer latinoamericana ante el reto del siglo XXI; Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1992.
- Pérez Chiriboga, Isabel M. Ph. D.Consultora *Un Estudio de Antropología Médica entre los Miskitu*, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Honduras, 2002.
- PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, *El compromiso con el Desarrollo Humano: Un Desafío Nacional*, Panamá, 2002.
- PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Síntesis, *Brechas y desafíos institucionales para el Desarrollo Humano*, El Salvador, 2001.
- PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Síntesis, *El Desarrollo Humano en Nicaragua*, Nicaragua, 2000.

- PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen, *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*, Costa Rica, 1999.
- PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, Guatemala, 2000.
- PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano, Resumen Ejecutivo, Honduras, 2002.
- PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, 2004, <http://hdr.undp.org/reports/global/2004/espanol/>
- Rodríguez L.; Mayorga S.; Álvarez S.; García M.; Caracterización de Contextos de Vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala, OASIS, Guatemala, 2000.
- Sac Ixcot; Ikeda, J. M.; Hearst, N.; Percepciones de riesgo de la mujer maya mam para la prevención de ITS y VIH/SIDA en el Altiplano de Guatemala, Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo (IDEI), Guatemala y Universidad de California, San Fco. California EUA, 1999.
- Sac Ixcot; Ikeda, J. M.; Hearst, N.; Conocimiento y prácticas de Comadronas mayenses sobre la prevención de ETS/VIH/SIDA en área rural de Guatemala, Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo (IDEI), Guatemala y Universidad de California, San Fco. California EUA.
- Sac Ixcot; Hieda, J. M.; Castrillo, M.; Hearst, N.; Factores de Riesgo de Infección de VIH de mujeres mayenses que hablan Man del Altiplano de Guatemala, Population Council, Instituto de Educación Integral para la Salud y el Desarrollo (IDEI), Guatemala y Universidad de California, San Fco. California EUA, 1999.
- UNAIDS/UNESCO, Migrant Populations and HIV/AIDS, The development and implementation of programmes: theory, methodology and practice, Ginebra, Suiza, 2002.
- UNICEF/PRAIM-GTZ, CIETInternational, Capacidad de jóvenes y adolescentes para enfrentar el VIH/SIDA –línea base-, Honduras, 2002.
- UNESCO/ONUSIDA, Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, *Información/Educación/Comunicación culturalmente adaptadas para el cambio de comportamiento*, Manual metodológico, Serie Especial No.1, 2002.
- UNESCO/ONUSIDA, Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, *Elaboración de estrategias y de políticas*, Manual metodológico, Serie Especial No.2, 2002.
- UNESCO/ONUSIDA, Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, *Trabajo de campo: soluciones locales*, Manual metodológico, Serie Especial No.3, 2002.
- UNESCO/ONUSIDA, Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, *Elaboración de proyectos*, Manual metodológico, Serie Especial No.4, 2002.
- UNFPA, Estado de la población mundial, Población, Pobreza y oportunidades, New York, NY, 2002.

- Vallejo, Octavio; Migración, el VIH y la Población Latina: Transvesti y Transgénero, Revista Bimensual de AIDS, Project Los Ángeles sobre VIH/SIDA, Marzo/Abril 2002, pp. 1-4 <http://www.thebody.com/apla/espanol/mar02/transvesti.html>
- Zelaya, Enrique, HIV/AIDS in Central América (documento no publicado)

Anexo 2: Directorios

Directorio de participantes en el taller subregional “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica”, llevado a cabo en Antigua, Guatemala, mayo de 2004

PAÍS	NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN	DIRECCIÓN	TEL/FAX/e-MAIL
Costa Rica	José Jonás Hernández Cabalceta	Trabajo de Pares	REDCA-Costa Rica. www.redca.info	San Isidro de Coronado. San José.	Tel (506)- 378-1721 Fax (506)- 212-1359 hecabal@costarricense.cr
Costa Rica	Ronny Alexander Torres León	Programa Par	REDCA-Costa Rica www.redca.info	Hospital Dr. Calderón Guardia. San José.	Tel 506-814-9200 Fax 506-212-1359 onj69@hotmail.com
Guatemala	Alberto Mez Tiul	Educador con el Programa VIH/SIDA	Asociación Ak'Tenamit	Barra Lámpara. Livingston, Izabal	Tel 502-908-3392 Fax 502-908-3392 meztiul@yahoo.com
Guatemala	Ana María Rodas Rosa	Coordinadora del Programa de Prevención VIH/SIDA	Ministerio de Educación	6 Calle 1-36 Zona 10. Ciudad de Guatemala.	Tel 502-362-3564 Fax 502-362-3583 amrodasrosa@hotmail.com
Guatemala	Bertha Olimpia Chete Hernández	Presidenta	Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA	6a. Ave. 1-73 Zona 1. Ciudad de Guatemala.	Tel 502-220-5237 Fax 502-220-5237 acslcs@intelnet.net.gt
Guatemala	Carlos Ismael Ibáñez González	Coordinador Proyecto Task Force	OASIS oasisdei@intelnet.net.gt	6a. Ave. 1-63 Zona 1. Ciudad de Guatemala.	Tel 502-323-1021 Fax 502-323-1021 cibanez@intelnet.com
Guatemala	Claudia Arellí Rosales Acevedo	Coordinadora Dpto. Educación	Asociación Gente Positiva www.gentepositiva.org.gt	6 Ave. 1-73 Zona 1. Ciudad de Guatemala	Tel 502-250-1033 educacion@ gentepositiva.org.gt

Guatemala	Dee Smith	Coordinadora General	Proyecto Vida	9 Calle 7-58 Zona 2 Coatepeque.	Tel/Fax 502-775-0812 pvida@amigo.net.gt
Guatemala	Erickson Chiclayo	Director Ejecutivo y Secretario	Asociación Gente Positiva / REDCA www.gentepositiva.org.gt	6 Ave. 1-73 Zona 1. Guatemala.	Tel 502-251-0730 info@gentepositiva.org.gt
Guatemala	Gloria Son Chonay	Técnico de COEPSIDA	Ministerio de Educación	6a. Calle 1-36. Ciudad de Guatemala	Tel 502-362-3564 / 362-3583 gloriason@inteln.net
Guatemala	Gustavo Torres	Coordinador Departamento de Educación	OASIS	6a. Ave. 1-63 Zona 1. Ciudad de Guatemala.	Tel (502)-220-1332 gustorresb@inteln.net
Guatemala	Ingrid Alicia Gamboa González	Estadígrafa y Consejera en VIH-SIDA		C/ Salud y Maternidad. Anexa bo. Capitanía Livingston. Izabal.	Tel (502)-947-0143 ingrid96152@hotmail.com cslivingston@inteln.net
Guatemala	Ivonne Mishelle Corado	Asistente Técnico Sistema Proactivo de Información	Proyecto Acción SIDA de Centroamérica -PASCA www.pasca.org	3 Ave. 20-16 Zona 10. Ciudad de Guatemala	Tel (502)-363-3980 (502)-363-2998 icpasca@inteln.net
Guatemala	José Roberto Saban Flores	Presidente Junta Directiva-Voluntario	Gente Positiva www.gentepositiva.org.gt	6 Ave. 1-73 Zona 1. Ciudad de Guatemala	Tel (502)-250-1033 (502)-220-4998 robertosaban@yahoo.com
Guatemala	Justa Castillo Martínez	Líder Comunitaria		Bo. Barique, Livingston. Izabal	502-941-0602 502-362-8371 mcastaneda@oim.org.gt
Guatemala	Mario Raúl Castañeda Barillas	Oficial de Programas	Organización Internacional para las Migraciones	2 Ave. 10-34 Zona 10. Guatemala, Guatemala	Tel (502)-362-8367 / 70

Guatemala	Orlando Sipan		Organización Internacional para las Migraciones	2 Ave. 10-34 Zona 10. Ciudad de Guatemala.	Tel (502)-362-8367 / 70 ppalacios@oim.org.gt
Guatemala	Pablo Werner Ramírez Hernández	Asesor Médico	Consejo Nacional de la Juventud		spscol@yahoo.com
Guatemala	Roberto León Hernández	Consultor Asociado	PASCA www.pasca.org	3 Ave. 20-96 Zona 10. Ciudad de Guatemala	Tel (502)-363-3980 (502)-363-2998 fapasca@intelnet.com
Guatemala	Rubén Mayorga Sagastume	Director de Gestión e Incidencia Política	OASIS / ASICAL	6 Ave. 1-73 Zona 1. Ciudad de Guatemala	Tel (502)-220-1332 232-1021 / 253-3453 Ext. 107 rubenmayorga@yahoo.com
Guatemala	Sabina Jiménez	Coordinadora de Proyecto para Empresas en Prevención de ITS/VIH/SIDA	Fundación Preventiva del SIDA Fernando Iturbide	10 Calle 4-86 Zona 10. Interior. Ciudad de Guatemala	Tel (502)-332-3350 (502)-331-1698 fempresas@intelnet.com
Guatemala	Sergio Aguilar	Asesor Epidemiológico	Programa Nacional de SIDA	14 Calle y 9 Ave. Ciudad de Guatemala	502-412-7824 jsaz@cdc.gov
Guatemala	Silvio Martinelli	Coordinador de la Oficina de Enlace Regional	ONUSIDA-Proyecto IMPSIDA www.impsida.org	5 Ave. 5-55 Zona 14. Ciudad de Guatemala	Tel (502)-384-3100 (502)-385-3895 silvio.martinelli@undp.org
Guatemala	Tiodora Caal Ach	Educadora de Programa VIH/SIDA	Asociación Ak Tenamit	Aldea Barra Lámpara	Tel (502)-908-3392 (502)-908-3392
Honduras	Mantu Marjukka Mankila	Coordinadora de Proyecto en Departamento Gracias a Dios	Foro Nacional de SIDA	Casa Azul, Salmeron. Puerto Lempira	Tel (504)-220-1100 marjukka.mankila@undp.org

Honduras	Mélida Quevedo Ramírez	Directora Ejecutiva	ECO Salud	Corazal, La Ceiba.	Tel (504)-442-2744 (504)-429-1027 melidahn@yahoo.com
México	Jorge Gómez Mancera	Catedrático/Profesor de Tiempo Completo	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo http://reduaeh.com.mx	Monte Altai 113 Pachuca	Tel (52)-771-717-2000. Ext 5104 psicogeorge2003@hotmail.com
México	José Luis Montijo Huerta	Coordinador de Desarrollo Comunitario / Consultor	Fundación de Apoyo Infantil, A.C. Consultor para UNESCO México	Anenecuilco 129, Cuautla. Morelos	jlmontijo@yahoo.com.mx
México	Markus Gottsbacher	Profesor / Investigador	Instituto de Investigaciones Dr. José María Mora www.institutomora.edu.mx	Madrid 82, Coyoacán, 04100 México, D.F.	Tel (52) 55- 548946 mgottsbacher@mora.edu.mx
Nicaragua	Bertha Mercado Lazo	Directora Equipo de Comunicación Las Minas-Raan	URACCAN www.uraccan.edu.ni	Las Minas-Raan Siuna	Tel (505)-273-2155 (505)-248-4685 mercadobertha@hotmail.com
Nicaragua	Grace Kelly	Coordinadora del Programa de Salud	URACCAN. Comisión de Lucha Contra el SIDA www.uraccan.edu.ni	URACCAN Bluefields	Tel (505)-822-1306 allanbudier@yahoo.com
Panamá	Joaquín Antonio Chen Lee	Director Médico	Centro de Salud Plauón	Chico Kuma Yale, Perú Playón, Isla Chica.	Tel (507)-299-9129 joaco26pa@yahoo.com.mx
Panamá	Vicente Meneses	Jefe Departamento de Promoción y Educación para la Salud	Ministerio de Salud	Bda. Martín L. Kiny. Colón	Tel (507)-442-1986 (507)-441-0660 vimera@cwpanama.net

Perú	Laura Perander	Área de Salud VIH/SIDA y Emergencias	UNICEF. www.unicef.org	Parque Melitón Porras, 350 Miraflores, Lima	Tel (511)-213-0707 (511)-477-0307 lperander@unicef.org
UNESCO México	Alya Saada	Directora a.i	UNESCO. www.unesco.org	Pte. Masaryk 526.3 11560 col. Polanco. México DF.	Tel (52)-555-230-7600 Fax (52)-555-230-7602 a.saada@unesco.org
UNESCO París	Cécile Mazzacurati	Consultora	División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural. www.unesco.org/culture/aids	1 rue Miollis 75015. Paris, Francia	Tel (33)-1-45 68 43 46 Fax (33) 1-45 68 55 97 c.mazzacurati@unesco.org
UNESCO México	Cristina de Azkarraga Urteaga	Consultora en Ciencias Sociales y Humanas	UNESCO México. www.unesco.org	Pte. Masaryk 526.3 11560 col. Polanco. México DF.	Tel (52) 55-5230-7600 Fax (52) 55 52 30 76 02 c.de-azkarraga@unesco.org
UNESCO Guatemala	Elena Arnaiz	Consultora en Educación y Cultura	UNESCO Guatemala. www.unesco.org	Edificio Etisa 7°. Zona 9. Ciudad de Guatemala, Guatemala.	Tel (502)-360-8717 e.arnaiz@unesco.org
UNESCO Guatemala	Iskra Soto Orantes	Asistente Técnico	UNESCO Guatemala. www.unesco.org	Edificio Etisa 5to Nivel. Zona 9. Ciudad de Guatemala, Guatemala.	Tel (502)-331-7821 (502)-332-5155 iskraso@hotmail.com
UNESCO Guatemala	Martha Olga Gallardo	Secretaria-Apoyo Logístico	UNESCO Guatemala. www.unesco.org	Edificio Etisa 5to Nivel. Zona 9. Ciudad de Guatemala, Guatemala.	Tel (502)-331-7821 (502)-332-5755 marthagallardool@hotmail.com

UNESCO Guatemala	Oscar Perdomo Figuerola	Especialista en Políticas Sociales y Diversidad Cultural	UNESCO Guatemala. www.unesco.org	Edificio Etisa 5to Nivel. Zona 9. Ciudad de Guatemala, Guatemala.	Tel (502)-331-7589 (502)-332-5155 o.perdomo@unesco.org
---------------------	----------------------------	---	---	---	--

Directorio de organizaciones mexicanas y centroamericanas que trabajan en prevención y atención del VIH/SIDA desde un enfoque cultural

PAÍS	ORGANIZACIÓN	RESPONSABLE	DIRECCIÓN	TEL/FAX/MAIL	ACTIVIDADES
Costa Rica	Asociación Costarricense de Personas que Viven con VIH/SIDA (ASOVIHSIDA)	Lic. Luis Leiva Friedman Presidente	De la Iglesia de los Ángeles 75 m. Oeste, Avenida 12, calles 14 y 16, Barrio Los Ángeles, San José.	Tel. (506) 221-1693; 255-1869 Fax: (506) 255-1869 E-Mail. asovihsida@hotmail.com Luasovih@racsa.co.cr	Contribuye en el desarrollo integral y óptimo de los estilos y calidades de vida de los(as) Personas Viviendo con VIH/SIDA.
Costa Rica	Fundación para el Desarrollo de la Lucha contra el SIDA		Calle 10, avenida 34, contiguo a la plaza de deportes, Barrio Cristo Rey, San José.	(506) 2268008 Fundesid@netsalud.sa.cr gherrera@sol.racsa.co.cr	
Costa Rica	Asociación “Madre Teresa” para una Atención Integral al Paciente con SIDA		Hospital Calderón Guardia, San José.	(506) 2259482 Amatamor@samara.una.ac.cr	
El Salvador	Fundación de Desarrollo Social	Lic. Lindaura de Cea. Directora	Calle al plan de la laguna, contigua a Instalaciones de ADA, Antiguo	Tel. 243-7373; 243 7374 Fax: 243-8262 E-Mail.	Se brinda educación sexual a personas que asisten a la Clínica Asistencial de

			Cuscatlán.	fundeso@navegante.com.sv	Antiguo Cuestación, así como a jóvenes sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual.
El Salvador	Equipo Arquidiocesano contra el SIDA		Calle Las Animas 46, Barrio Paleca Ciudad Delgado, San Salvador.	(503) 2763126 Aidsno@es.com.sv	
El Salvador	Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA)		Blvd. Constitución, Pasaje San Francisco 645, San Salvador.	(503) 2621048 Fundasid@sal.gbm.net	
El Salvador	Visión Mundial Internacional de El Salvador (VMES)		Avenida Bernal 222, Col. Carmitas, San Salvador.	(503) 2600565 Jose_angel@wvi.org	
Guatemala	Proyecto Acción SIDA en Centroamérica (PASCA)	Eugenia Monterroso Directora	3ª avenida 20-96 zona 10, Guatemala, 01010	Tel. (+502) 363 3980; 363-3989; 362-0788; 366-4724 Fax. (502) 363-2998 E-Mail: proyectopasca@intelnet.net.gt empasca@intelnet.net.gt cnpasca@intelnet.net.gt fapasca@intelnet.net.gt	Incluye diálogo político, capitalizando esfuerzos para apoyar el desarrollo, ejecución y seguimiento de planes nacionales estratégicos en lo relacionado con el VIH/SIDA y otros.
Guatemala	Organización de Apoyo a una	Jorge López Sologaitoa	6ª avenida 1-63 zona 1, Guatemala, 01001	Tel. (502) 220-1332; 253-3453;	Prevención de ITS/VIH/SIDA en hombres homosexuales,

	Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS)	Director Ejecutivo		232-1021 Fax. (502) 220-1332; E-Mail. jlopezs@inteln.net.gt oasism@inteln.net.gt	transgénero, trabajadores sexuales y otros. Cabildeo con gobierno, sociedad civil cooperación internacional y otros, para que incluyan VIH/SIDA en su agenda. Investigación.
Guatemala	Comité de Educadores en Prevención de ITS/VIH/SIDA, del Ministerio de educación de Guatemala (COEPSIDA)	Lic. Ana María Rodas Rosas. Coordinadora del Programa	6ª calle 1-36 zona 10, tercer nivel, Edificio Valsari, Guatemala, 01001	Tel. (502) 331-6203 362-3564 362-3580 Fax ext. 252 E-Mail. amrodasrosa@hotmail.com	Prevención de ITS/VIH/SIDA en el sistema educativo nacional, tanto en el ámbito público como privado.
Guatemala	Organización Internacional para la Migraciones (OIM)	Günther Müssig Jefe de Misión Guatemala	2ª avenida 10-34 zona 10, Guatemala	Tel. (502)362-8371 E-Mail. oianguatemala@iom.int	El trabajo de la OIM abarca todas las etapas del viaje del migrante. Programas y proyectos sobre VIH/SIDA en la promoción y diálogo sobre políticas; fortalecimiento institucional y racionalización; Investigación y difusión de información.
Guatemala	ITACA Asesorías	Albis Cruz Susana Raffalli	Apartado postal 7ª Guatemala, Guatemala.	Tel. (502) 254-1384 Cel. (502) 305-1384 E-Mail. itacaasesorias@yahoo.com	Equipo consultor orientado al diseño, monitoreo y evaluación de proyectos en VIH/SIDA y otras áreas del desarrollo.
Guatemala	Asociación de Salud Integral (ASI)	Dr. Eduardo Arathoon Representante	1ª Avenida 11-19, zona 1, Ciudad de Guatemala	Tel. (502) 220-8506; 220-8513 Fax: (502) 251-6531	Trabaja en las áreas de prevención y atención integral en VIH/ SIDA en las

		Legal		asiagpcs@inteln.net.gt lasala@inteln.net.gt cflag@inteln.net.gt	siguientes poblaciones: mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes, migrantes, My H TSC, TTS y HSH.
Guatemala	Ak'tenamit		Livingston	Tel (502) 59-08-4358; 59-08-3392 rio@aktenamit.org meztiul@yahoo.com	
Guatemala	Asociación Coordinadora de Sectores que Luchan Contra el SIDA (CSLCS)		5 Av. 1-73 zona 1 Ciudad de Guatemala		
Guatemala	Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral (IDEI)		21 Av. 3-22 zona 3, Quetzaltenango	Tel (502) 77-61-9419 Fax: 77-61-4280 idei@guate.net.gt	
Guatemala	Asociación de mujeres garífunas de Guatemala, (ASOMUGAGU A)		Puerto Barrios, Izabal		
Guatemala	Asociación Gente Nueva, (GN)		1 Av. 9-33 zona 1. Ciudad de Guatemala	Tel (502) 22-32-1882	
Guatemala	Asociación		6 Av. 1-73 zona 1	Tel (502) 22-50-1033	

	Gente Positiva, (GP)		Ciudad de Guatemala		
Guatemala	Centro de Desarrollo Humano		5 Calle 2-80 zona 1 Ciudad de Guatemala	Tel (502) 22-32-7411	
Guatemala	Centro de Desarrollo Comunitario		10 calle "C" 14 A-12 zona 3, Quetzaltenango	Tel (502) 77-61-3656 / 54-97-9651	
Guatemala	Asociación Guatemalteca de Educación Sexual, (AGES)		7 Calle 3-67 zona 1	Tel (502) 22-32-8334	
Guatemala	Asociación Guatemalteca de enfermedades infecciosas		Guatemala	Tel (502) 23-85-7815 gracioso@terra.com.gt	
Honduras	Organización de Desarrollo Étnico Comunitario (ODECO)	Lic. Celso Álvarez Casildo	Barrio Potreritos ave Junior, detrás e la Escuela Copan Galel, La Ceiba	Tel.(443)-36-51 Fax. (443)-46-42 E-mail. odeco@caribe.hn , odeco@calvarez.hn	Actividades educativas y culturales con la Secretaría de Salud, para discutir de manera integral la situación de la comunidad Afrohondureña, incluyendo el VIH/SIDA.
Honduras	Foro Nacional de VIH/SIDA	Ministro de Salud Pública, Presidente. Xiomara Bu Representante	Colonia Palmira, Avenida República de Panamá, Tegucigalpa,	Tel: (504) 220-1100 Fax: 231-01 02 Ext. 1712 E-Mail. Fns.hn@undp.org	Su propósito es promover la coordinación entre todas las entidades involucradas, directa e indirectamente, en la prevención del VIH/SIDA, así

		oficial		Página Web. www.forosida.un.hn	como en la provisión de una atención integral oportuna a las personas infectadas y afectadas por la mencionada enfermedad.
Honduras	Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA	Sra. Alanna Armitage Representante a.i.	Casa de las Naciones Unidas Colonia Palmira, Apartado Postal 5536 Tegucigalpa, M.D.C., Honduras	Tel. (504) 220-1100; 231-0102 ext. 1540 Fax (504) 239-0210 Página web: http://www.unfpa.un.hn	Apoya a los países para mejorar el acceso a educación y servicios de salud reproductiva de calidad, con enfoque de Género y con base a derecho. La prevención del VIH/SIDA es también una prioridad institucional del UNFPA, que busca garantizar el acceso universal de las parejas y las personas a servicios de salud sexual y reproductiva.
Honduras	Casa Alianza Honduras		Apartado 2401, Tegucigalpa, Honduras	Tel:(504) 2535439 Casalnza@sol.racsaco.cr honduras@casa-alianza.org	
Honduras	Comisión de Acción Social Menonita (CASM)		9 Calle 12 Ave. N.E. Barrio Morazán 1120, 2757 San Pedro Sula	Tel (504) 5572250 Casm@publinet.hn	
Honduras	Fundación Fomento en Salud (FFS)		Edif. PALIC 3er piso col. Palmira, Av. República de Chile 804, 1877	Tel (504) 2201168 2206038 Hjorge@david.intertel.hn cenids@david.intertel.hn	

			Tegucigalpa		
Honduras	Asociación Hondureña de Planificación Familiar (AHPF)		Calle Principal entre Colonias Alameda y Rubén Darío 2002, 625 Tegucigalpa	Tel: (504) 2323959 2323225 Ahpftgu@gbm.hn	
México	Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD) Iniciativa regional sobre Sida para América Latina y el Caribe (SIDALAC)	Resp. Guillermo Soberón; Resp. de SIDALAC: Dr. José Antonio Izazola Licea	Periférico Sur No 4809 Col. El Arenal Tepepan, Delegación Tlalpan, C. P. 14610, México, D. F.	Tel. (52 55) 56 55 90 11 Fax: 5655 8211. jizazola@funsalud.org.mx	Apoyo a la Investigación
México	AVE DE MÉXICO, A. C. Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa	Resp. Dr. Carlos García de León Moreno		avedemexico@prodigy.net.m x carlosnic@hotmail.com	Asesoría y servicio a personas con VIH/SIDA; talleres de "Sexo seguro" y SIDA, Asistencia previa a la prueba de detección, Terapia Psicológica individual y grupal. DIVERSITEL 5574 30 12 Condonería
México	Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez" A. C.	Resp. Soc. Elvira Madrid Romero-Presidenta	Calle Corregidora No. 115 Desp.204 Col. Centro. México D.F. C.P. 15100 Mapimí 25 Col. Valle C.P. 06040 México D.F	Tel/Fax. 5542 7835 Tel. 57 59 68 41 brigadaac@laneta.apc.org	Prevención de VIH/SIDA en trabajadoras del sexo comercial Talleres y apoyo moral

México	Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/SIDA (FRENPAVIH)	Resp. Lic. Hugo Estrada.- Coordinador		Tel. (5255) 5680 1566 Fax 56 60 29 52 frenpavih@frenpavih.org.mx	Participar en las políticas públicas de salud para elevar la cantidad y calidad de vida de las PVVS, insertarlas en el marco productivo del país dentro del respeto de los Derechos Humanos.
México	La Manta de México, A. C.	Resp. Moisés López Calderón	Guanajuato No. 131 Int. 302 Col. Roma C.P. 06700 México, D.F.	Tel./Fax. (5255) 5564 9809 56 66 68 53 85 96 35 35 ayudanet@hotmail.com moiseselc@mexico.com feliciano70@hotmail.com	Elaborar, custodiar y exhibir mantas conmemorativas de personas que han fallecido por causa del SIDA Talleres de prevención VIH/Sida, "Sentido de Vida" Pláticas para padres y adolescentes
Nicaragua	Fundación Nimehuatzin		De los semáforos de la UCA Ac. Arriba, a 1 ½ c al Sur Casa 68, A 262 Managua	Tel (505) 2780028 Nimehua@ops.org.ni	
Nicaragua	Colectivo de Mujeres de Matagalpa		Banco Mercantil 2 ½ c. al Este, 184 Matagalpa	Tel (505) 6124462 Cmmataga@ibw.com.ni	
Nicaragua	Servicios Integrales para la Mujer (SI MUJER)		IBM Montoya ½ cuadra arriba reparto El Carmen Calle 27 de mayo, 2109 Managua	Tel (505) 2223237 / 2682695 Simujer@nx.tmx.com.ni	
Nicaragua	Fundación Xochiquetzal (FX)		ITR de Ciudad Jardín 1 ½c. al sur, casa No. 8, Barrio José Oriental, 112 Managua	Tel (502) 2490585 Quetzal@tmx.com.ni	
Panamá	Coalición	Sr. Ignacio		Tel. (507) 225-9119	Provee capacitación,

	Nacional de Prevención en VIH/SIDA y del Uso indebido de Drogas	Torres Prevención VIH/SIDA. Lic. Julieta L. González Prevención en Drogas.		Fax. 225-8043 E-Mail. nacho744@hotmail.com Julineth72@hotmail.com	información y orientación a través de talleres a diferentes poblaciones, especialmente jóvenes y adolescentes sobre prevención de VIH/SIDA y el uso indebido de drogas
Panamá	Asociación Panameña contra el SIDA (APACSIDA)		Obarrio calle 58, edificio Clínica Panamá 1er Piso, 873091 Panamá	Tel (507) 2639544 Aguirrea@corotu.stri.si.edu	
Panamá	Asociación para la Planificación de la Familia (APLAFA)		Calle Principal La Locería, edificio FUNDAVICO oficina M- 1 y M-2, Panamá	Tel (507) 2364428 2362979 Aplafa@orbi.net aplafacie@cwpa.net.pa	

Anexo 3: Programa General del taller

PRIMER DIA 11 de mayo

Hora	Actividad	Nombre	Institución
9.00 – 9.30	Bienvenida e Inauguración	Sr. Luis Manuel Tiburcio, Representante Sra. Alya Saada Directora a.i.	UNESCO, Guatemala UNESCO México
9.30 – 10.30	Exposición del Proyecto: “Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención del VIH/ SIDA	Sra. Cécile Mazzacurati División de Políticas Culturales	UNESCO, París
10.30 – 11.00	Café		
11.00 – 11.45	Presentación del documento de trabajo del taller	Sr. José Luis Montijo Sr. Markus Gottsbacher	UNESCO, México
11.45 – 13.30	Debate sobre el Documento	Sr. José Luis Montijo Facilitador	UNESCO, México
13.30 – 14.30	Almuerzo		
14.30 – 15.00	Programa Nacional de SIDA	Sr. Sergio Aguilar	Gobierno de Guatemala
15.00 – 15.30	Presentación de Iniciativas y Experiencias con Enfoque Cultural en Guatemala	Sr. Rubén Mayorga	OASIS
15.30 – 16.00	Presentación de Iniciativas y Experiencias con enfoque Cultural en Honduras	Sra. Melida Quevedo.	ECO Salud
16.00 – 16.30	Café		

16.30 – 17.00	ONUSIDA, Programas en el Marco del Fondo Global	Sr. Silvio Martinelli Representante	ONUSIDA
17.00 – 17.30	Presentación de Iniciativas y Experiencias con Enfoque Cultural en Panamá	Sr. Joaquín Chen Médico	Médico del sistema de Salud de Panamá.
17:30 – 18:00	Presentación de Iniciativas y Experiencias con Enfoque Cultural en Nicaragua	Sra. Berta Mercado	Instituto para la Comunicación Intercultural del Puente El Edén
18.00 – 18.30	Presentación de Iniciativas y Experiencias con Enfoque Cultural en México	Mtro. Jorge Gómez Mancera	

SEGUNDO DIA 12 de mayo

Hora	Actividad	Nombre	Institución
9.00 – 11.00	Puesta en común. Identificación de los Temas Problemáticos y Constitución de los Grupos de Trabajo	Sr. José Luis Montijo Facilitador	UNESCO, México
11.00 – 11.30	Café		
11.30 – 13.00	Continúa Trabajo en Grupos	Grupos de Trabajo	
13.00 – 14.30	Almuerzo		
15.00 – 16.30	<u>Continúa trabajo en grupos:</u> Primeras Conclusiones y	Grupos de trabajo	

	Orientaciones de Proyectos		
16.30 – 17.00	Café		
17.00 – 18.00	<u>Presentaciones:</u> Por Grupo de las Conclusiones y Propuesta de Proyectos	Relatores de Grupos	

TERCER DIA 12 de mayo

Hora	Actividad	Nombre	Institución
9.00 – 11.00	Sesión Plenaria: Consolidación de Propuestas para Proyectos Regionales México-Panamá	UNESCO Secretariado	
11.00 – 11.30	Café		
11.30 – 13.00	Continuación de la Sesión Plenaria	Sr. José Luis Montijo Facilitador	UNESCO, México
13 horas	Clausura y Almuerzo de Despedida	Ministro de Educación de Guatemala Dra. Alya Saada Dr. Luis Tiburcio.	Ministerio de Educación de Guatemala. UNESCO México UNESCO Guatemala

Anexo 4: Biografías de los autores

José Luis Montijo

De nacionalidad mexicana, licenciado en Trabajo Social y estudiante de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es candidato a Doctor por la Universidad Complutense de Madrid en el programa de doctorado “La perspectiva de Género en las Ciencias Sociales”. Se ha desempeñado profesionalmente tanto en el servicio público como en organizaciones no gubernamentales de México en las áreas de: desarrollo comunitario rural; atención y prevención de violencia familiar; estudios de Género y sexualidad. Ha realizado investigación y trabajo voluntario sobre prevención de VIH/SIDA en varias organizaciones civiles. Ha colaborado con organizaciones nacionales como el Instituto de Salud Pública de México; e internacionales como el FNUAP y la UNESCO en México. Actualmente radica en Madrid y se desempeña como consultor.

Markus Gottsbacher

De nacionalidad austriaca, profesor-investigador del Instituto de Investigación Dr. José María Luis Mora, donde también coordina la Maestría en Cooperación Internacional para el Desarrollo. Es maestro y candidato a doctor en Ciencias Políticas de la Universidad de Viena, después de estudios en Antropología y Economía. Ha trabajado en varias organizaciones no gubernamentales de desarrollo, medio ambiente y resolución de conflictos y en organismos de Naciones Unidas, como la Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional de Trabajo (OIT), UNESCO y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM). Actualmente asesora también al Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR) y a Capacidad 2015 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Da clases en el postgrado de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).