

SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO

CUADERNO DE TRABAJO N° 30

POBREZA, HETERONORMATIVIDAD Y DISCRIMINACIÓN: EXCLUSIÓN DE PERSONAS TLGBI EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN LA REGIÓN ANDINA

Martín Jaime

Febrero, 2016

SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
SOCIOLOGÍA ANTROPOLOGÍA
CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO

DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS SOCIALES



PUCP

DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS SOCIALES



PUCP

CUADERNO DE TRABAJO N° 30

**POBREZA, HETERONORMATIVIDAD Y DISCRIMINACIÓN:
EXCLUSIÓN DE PERSONAS TLGBI EN LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SALUD EN LA REGIÓN ANDINA**

Autor:

MARTÍN JAIME - PUCP mjaimeb@pucp.pe

Febrero, 2016

Editado por la Pontificia Universidad Católica del Perú -
Departamento de Ciencias Sociales, 2015
Av. Universitaria 1801, Lima 32 – Perú
Teléfono: (51-1) 626-2000 anexo 4300
Fax: (51-1) 626-2815
dptoccss@pucp.edu.pe
www.pucp.edu.pe/departamento/cienciassociales/

Martín Jaime

**POBREZA, HETERONORMATIVIDAD Y DISCRIMINACIÓN:
EXCLUSIÓN DE PERSONAS TLGBI EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SALUD EN LA REGIÓN ANDINA**

Lima, Departamento de Ciencias Sociales, 2016

Diseño y diagramación: **K&J Soluciones Gráficas** de Elit León Atauqui
Calle Santa Francisca Romana 395, Lima
Teléfono: 657-1260
Correo electrónico: elit.leon@gmail.com

Primera edición: Febrero, 2016

ISBN 978-612-4320-02-6

Índice

1	Mirando la normativa sobre salud y personas TLGBI de la región andina ..	6
2.	Normas en VIH/sida	10
3	Salud y pobreza entre las personas TLGBI en la región andina.....	17
4	Sobre la pobreza desde la perspectiva TLGBI en la región andina.....	32

Pobreza, heteronormatividad y discriminación: Exclusión de personas TLGBI en las políticas públicas de salud en la región andina^{1*}

Por Martin Jaime

Este trabajo analiza las relaciones establecidas entre heteronormatividad y pobreza, desarrolladas mediante la discriminación y la exclusión que afectan a las personas TLGBI en el ámbito de la salud dentro de los países andinos. Esta ponencia problematiza ¿Cuáles son las relaciones entre la exclusión y la discriminación contra las personas TLGBI en el ámbito de la salud y la pobreza en la sociedades andinas? Para ello, la metodología estuvo basada en la realización de entrevistas semiestructuradas a activistas, hombres y mujeres, de la región andina y el análisis documental.

La situación de las personas TLGBI (trans², lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales) dentro del sistema público de salud en la región andina, es una problemática que revela una serie de complejas dinámicas, desde el ejercicio del derecho a la salud hasta el acceso a servicios de calidad. Aun más, si tenemos en cuenta que la principal estrategia de “inclusión social” de los países estudiados dirigidas a dichas personas fueron (y son) las políticas de salud, esto permite reflexionar sobre las limitadas condiciones de su ciudadanía, lo cual constituye también las posibilidades de enfrentar la pobreza y construir sus propias estrategias de desarrollo. Podría afirmar que este conjunto de dinámicas en torno a este tema, constituye el síntoma de la participación política de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Al enfrentarnos a esta problemática, nos deberíamos interrogar sobre qué significa “inclusión social” dentro de los discursos oficiales, que en el caso de la comunidad TLGBI andina siempre debe ser puesta entre comillas. Al rastrear los elementos de la estructura que los conforman, una serie de hechos, relatos

1 * Esta ponencia está basada en la investigación *Diversidad Sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*, financiado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y por el Comparative Research Programme on Poverty (CROP) mediante la asignación de la beca del Concurso de Proyectos de Investigación en la categoría nivel superior, realizada durante año 2012.

2 El término *trans* hace referencia a las personas travestis, transgéneros y transexuales.

y evidencias surgen para mostrar una cantidad de relaciones que establecen el entramado entre la pobreza y la vulnerabilidad. De esta manera, el estudio de nuestro síntoma es una ventana para comprender que (i)lógicas subyacen en la construcción de la subjetividad política de las personas TLGBI.

Un rápido acercamiento a esta realidad, nos permite observar los serios problemas existentes en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud. La construcción del ejercicio del derecho a la salud, se da, básicamente, en torno a tres ámbitos: el establecimiento jurídico del derecho, la existencia de una oferta de servicios que satisfagan la demanda de las personas y la presencia de herramientas de exigibilidad que canalicen las demandas. En principio, nos enfrentamos a una profunda invisibilización de la temática, la cual posee diversos niveles. Si bien en los cuatro países existe un número de leyes, normas y jurisprudencia que integran los derechos de las personas TLGBI, éstas no han desarrollado un *corpus* que permita facilitar la creación de una respuesta integral a nivel nacional dentro de los ministerios de salud de cada país.

Mirando la normativa sobre salud y personas TLGBI de la región andina

En la región andina, la salud ha sido un ámbito hacia donde los discursos sociales y políticos han dirigido su atención, principalmente cuando han planteado sus propuestas acerca de la población TLGBI. Si tomamos en cuenta la genealogía del discurso médico desarrollada en este mismo capítulo durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX, no es de extrañar que las instituciones sociales y políticas hayan mantenido un régimen de control y disciplinario sobre los deseos y las prácticas homoeróticos. En las últimas tres décadas, las políticas públicas en salud de la región habían visto al sujeto TLGBI a través de los usos y las prácticas de la medicina sobre el VIH/sida, con lo cual la práctica homoerótica y transgenerista es resemantizada ahora en el ámbito de la enfermedad y la anomalía, aplicando antiguos significantes como la promiscuidad y el deseo descontrolado.

Recordemos que, si bien, los primeros casos de VIH/sida en la región, ocurridos entre 1983 y 1984, aparecieron en personas homosexuales, salvo Colombia, en donde el primer caso fue el de una mujer heterosexual, estos fueron invisibilizados por el sistema de salud. Durante la primera década (1984-1995), los sistemas de salud advierten desde una perspectiva epidemiológica la presencia de hombres gays y mujeres trans, sin embargo su respuesta, debido a la invisibilización, no

implicó la construcción de estrategias sanitarias dirigidas a esas poblaciones, ni en la mejora en el tratamiento ni en la calidad de los servicios. Al contrario, los hombres gays y las mujeres trans fueron vistos como “objetos” de control, por las intervenciones de la salubridad pública. Al finalizar este periodo, se inicia progresivamente otra manera de ver a esta población, más proactiva desde el campo del derecho y la política. Pues, tal como hemos visto, las primeras acciones importantes se iniciaron después de 1998, salvo algunas sentencias al respecto, de la Corte Constitucional colombiana.

Por tanto, en la normativa en salud en torno a las personas TLGBI hay que afirmar que coexisten dos líneas de intervención. La primera fue elaborada entre 1983 hasta aproximadamente 1998 y estuvo referida estrictamente a VIH/sida, a pesar que las personas gays y trans no eran mencionadas, ni integradas en la misma normativa, sino más bien, aparecían como “grupos de riesgo”. Una segunda línea, aunque mantiene su mirada hacia los gays y las trans desde el VIH/sida, ha formulado una respuesta más acorde con los principios del derecho a la salud –a pesar de seguir en la mayoría de casos no hablando de ambos colectivos, pero invisibilizando a las mujeres lesbianas, las personas bisexuales, y sin duda a las personas intersexuales.

De este contexto, cabe señalar que las referencias a la orientación sexual y la identidad de género en las leyes más importantes del ordenamiento normativo referido a salud son casi inexistentes, salvo algunas excepciones. Consideramos dentro de este grupo de normas a las constituciones, la leyes generales de salud, la leyes sobre seguridad social y, finalmente, las referidas a la salud sexual y reproductiva. Sin duda, la intención es observar cómo aparecen las personas TLGBI dentro de dicho discurso y cuáles son sus posibles consecuencias legales y políticas.

Los textos constitucionales de ninguno de los países hacen mención a nuestras categorías cuando hablan de salud, sin embargo, cabe recordar que los de Bolivia y Ecuador las mencionan cuando protegen contra la discriminación. (ANEXO 1) Por un lado, en el ámbito de salud, sin duda, la más importante normativa está referida a las leyes generales de salud. Debemos decir que existe sólo una mención sobre orientación sexual en Ecuador, referida al campo de las comunicaciones en relación con la salud (ANEXO 2). Sin embargo, como señala el informe de la Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas: “si bien estos procesos de

ampliación de los derechos de las mujeres tienen como efecto menos rigidez y censura hacia la sexualidad en general, la normativa secundaria ha continuado desconociendo la diversidad sexual de las mujeres y, en general, de los grupos LGBTI, no sólo por lo que expresa sino por todo aquello que no dice, lo cual se traduce en la negación, a este sector, de su condición de ciudadanía y sujetos jurídicos” (OEML, 2008: 52). En Bolivia, a pesar de que no hay dicha inclusión, hemos encontrado una resolución ministerial que protege contra la discriminación a las personas TLGBI.

Por otro lado, debemos evidenciar que esta misma invisibilización ocurre en las leyes referidas a la seguridad social, entre las cuales ninguna hace la referida mención (ANEXO 3). Sin embargo, como veremos más adelante, si existen referencias al VIH/sida. Valga la aclaración que esta normativa no solo implica la atención en salud, sino también los regímenes jubilatorios y pensionarios, donde se ven afectados los derechos de las parejas. En ese sentido, Colombia mediante sentencias de la Corte constitucional ha permitido acceder este derecho, no sin dificultades en su implementación (Colombia Diversa, 2010: 24).

Con respecto a este conjunto de normas analizadas, finalmente, hay que mencionar las leyes referidas a la salud y derechos sexuales y reproductivos. En Colombia, por ejemplo no se señala ni orientación sexual ni identidad de género en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, donde si bien se trata sobre VIH y otras ITS, no incluyen a la población TLGBI, ya que está, sobre todo, dirigido a mujeres gestantes y adolescentes –a pesar que Colombia al igual que el resto de los países tiene una epidemia concentrada. Este énfasis también está presente en la Ley 100 (1993). En Perú, existe la Estrategia Sanitaria Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (creada en 2004), alojada en el Ministerio de Salud; sin embargo, no existe una norma al respecto, pues todos los proyectos de ley presentados se han encarpetado.

En Ecuador existe la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2007), donde tampoco se menciona dichas categorías. En contraste, la legislación boliviana en la Ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos, artículo 3, “prohíbe toda forma de discriminación, exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, edad, género, orientación sexual, estado civil, origen étnico, clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga”.

Un balance de la normativa leída, nos permite afirmar que en el ámbito estudiado, las personas TLGBI no están presentes, atestiguamos una precaria construcción de la subjetividad de derecho en salud. Normativamente, salvo Bolivia, ningún país deja clara la protección en el ámbito de la salud de las personas trans, lesbianas, gay, bisexuales e intersexuales. En el caso de Colombia, hay que resaltar la importancia que cobra la *acción de tutela*, mecanismo creado por la Constitución de 1991, para salvaguardar los derechos fundamentales de todas las personas. Al estar interpuesta en la jurisprudencia constitucional toma conocimiento de las acciones públicas de inconstitucionalidad (donde podemos insertar las leyes promulgadas por el Congreso y los decretos dictados por el Gobierno) y de las acciones de tutela en instancia de revisión, teniendo como máximo intérprete a la Corte constitucional.

La acción de tutela puede ser presentada por cualquier persona, de modo oral o escrito, ante cualquier juez/a con jurisdicción en el territorio donde ocurrieron los hechos. Es un mecanismo subsidiario, en tanto no existan otros mecanismos eficaces para la protección de los derechos o, existiéndolos, se requiera como mecanismo transitorio para evitar un daño irreparable. Dicho mecanismo procede contra acciones u omisiones de entidades públicas o que administren servicios públicos, y en contra de particulares cuando la persona se encuentre en un estado de indefensión. Las decisiones de los jueces/zas de tutela cuentan con dos instancias; sin embargo, la Corte constitucional puede revisar de manera aleatoria las tutelas falladas en primera o segunda instancia, para confirmarlas o revocarlas. Un aspecto importante de señalar es que las decisiones de las acciones de tutela son de carácter obligatorio solo para las partes.

El decreto 2591 de 1991, el cual reglamenta el procedimiento de dicho mecanismo, define un plazo de diez días hábiles, en primera instancia, para darles trámite; de veinte días en segunda instancia y de tres meses más en los casos en que el fallo sea escogido por la Corte para su revisión. En la práctica, según los testimonios recabados, en su mayoría de veces, este plazo señalado se cumple debido a las consecuencias que representaría para los/as funcionarios/as que no lo hicieran (Tello, 2007: 71).

Este mecanismo ha sido la principal aliada de las personas para poder acceder al ejercicio de sus derechos, principalmente en el ámbito de la salud, teniendo de cuenta la problemática de la gestión dentro del sistema de salud colombiano. Las

personas TLGBI han utilizado este mecanismo, ampliamente, para garantizar no sólo derechos en salud, sino también otros. Sin embargo, recordemos aquello anotado anteriormente sobre las limitaciones provenientes del hecho que la obligatoriedad solo se limita a las partes involucradas.

En torno a la región andina, nos encontramos frente a un panorama donde existen modelos normativos inclusivos, lo cual no significa una adecuada implementación, modelos no inclusivos pero con mecanismos jurídicos de protección y modelos excluyentes. Frente a esta situación, siempre difícil de tipificar, lo más importante es rescatar las limitaciones normativas o procedimentales con respecto a las posibilidades de las personas TLGBI para acceder al ejercicio de su derecho a la salud. Estas limitaciones se encuentran en el contexto de discriminación y vulnerabilidad que operan en la misma gestión pública de los servicios, empeorada cuando las personas no cuentan con elementos para enfrentarlos.

Normas en VIH/sida

Nunca se podrá decir con suficiente insistencia la manera en que el modelo de intervención del VIH/sida configura cómo el sistema de salud público ha limitado la capacidad de las personas TLGBI de articular sus demandas frente al Estado, no sólo si tomamos en cuenta su capacidad de interlocución con el Estado frente a la gestión pública de salud, sino principalmente en relación en la transformación de los mecanismos que permiten acceder a dicho bien. Sin duda el problema no consiste en formular o implementar políticas sobre VIH/sida, sino en plantearlas como un único modelo de intervención. Si tenemos en cuenta que los países andinos tienen una epidemia concentrada en hombres gays y mujeres trans, debemos decir que cualquier esfuerzo en torno a mejorar los servicios de VIH/sida siempre es beneficioso, ya que construye mecanismos para reducir la desigualdad en lo concerniente al acceso de los servicios en salud; sin embargo, el problema con respecto a la normativa en VIH/sida está relacionado, primero, con el hecho de una grave tendencia a invisibilizar a la orientación sexual y la identidad de género de las personas (hombres gays y mujeres trans) que lo requieran y, por otro lado, con una seria reducción en la implementación del servicio público, con lo cual otras demandas en salud, diferentes al VIH/sida, no son tomadas en cuenta, y en particular, si hablamos de los requerimientos en salud de las mujeres lesbianas, hombres trans e intersexuales, tampoco. De esta manera, se configura un sistema en el que se incrementa la inequidad y la

desigualdad en el acceso a los servicios.

La evolución histórica de la normativa en VIH/sida en la región andina, al igual que en otras partes del mundo, evidencia el modo en que la salud pública ha mirado a la comunidad de gays y de mujeres trans. De esta manera, podemos decir que la región se encuentra dentro de una perspectiva epidemiológica que rastrea prácticas y conductas consideradas peligrosas y sobre las cuales hay que ejercer control y promover su eliminación, sin importar el tratamiento, el bienestar del paciente ni el acceso a los servicios por parte de las personas implicadas.

Bajo esta lógica, los primeros acercamientos a la problemática del VIH/sida estuvieron dirigidos usualmente a estudiar y evaluar los casos presentes en los países de la región, dejando de lado ámbitos como la prevención y el tratamiento. El caso peruano es sintomático desde las acciones que tomaron tanto la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro como el Programa Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida, las cuales estuvieron referidas a regular la atención de los pacientes, garantizar las medidas de bioseguridad y la realización de pruebas diagnósticas en “poblaciones de riesgo”. Esto ocurría en un contexto donde la epidemia no era considerada una prioridad política ni de salud pública, debido a que según los especialistas el Perú no presentaba una tasa de incidencia importante, en relación con otros países.

Un segundo momento fue la creación del Programa Especial de Control del Sida (PECOS) en 1988, el cual “debía programar y difundir a nivel nacional las medidas de prevención y control de VIH, tratar a los pacientes y promover la intervención multisectorial para combatir la enfermedad” (Cueto, 2001: 74). Según Cueto, una de las principales debilidades de este programa estuvo referida a su desarticulación del Ministerio de Salud, a pesar de que pertenecía a él, debido, por un lado, a que contaba con un financiamiento fuera del presupuesto regular de este Ministerio y, porque, el mismo programa tenía que diseñar nuevas normas y actividades para una epidemia que concitaba tabúes con respecto a la homosexualidad, el transgenerismo y el trabajo sexual. En este contexto, aparece la Ley 25275, promulgada el 24 de julio de 1990. Esta ley, al declarar de interés nacional la prevención y lucha contra el VIH/sida y que sea una prioridad dentro de la política pública de salud, obligaba a notificar los “casos de SIDA diagnosticados por los profesionales médicos que laboraban en el sector público

y no público”. Uno de los aspectos negativos más cruciales de esta ley fue la obligatoriedad de realizar el examen de diagnóstico para “las personas que soliciten residencia en el Perú con cargo a hacer pruebas periódicas durante su permanencia [además, quienes quieran] contraer matrimonio [...] todos los que concurran a atenderse en algún centro asistencial del sector público [...] toda mujer gestante [y] las poblaciones epidemiológicamente consideradas en condición de riesgo” con poca consideración a la confidencialidad de las pruebas y el consentimiento informado. Esta ley recibió severas críticas por parte de diversos profesionales y organizaciones involucrados en el tema del VIH/sida, por ser discriminatoria y atentar contra los derechos humanos (Cueto, 2001: 83-94). Una de las consecuencias de esta ley fue que las personas prefirieron no ir a los centros de salud (Cueto, 2001: 100).

De igual manera, podemos ver cómo en Colombia la Resolución 5261 de 1994, en su artículo 117, menciona que el manejo de pacientes con VIH debe ser considerado en el nivel de “patología de tipo catastrófico”, ya que representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo índice de costo-efectividad en su tratamiento. Un año después, en Bolivia se emite la Resolución Secretarial N° 0660 que según un documento de trabajo de LACCASO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONG con servicio en VIH y sida) normaba “la organización de la prevención y vigilancia del VIH y Sida y considera temas referidos al diagnóstico, la atención integral de las PVS, la toma y el procedimiento de las muestras, el seguimiento a los contactos, la investigación de los derechos y deberes de las personas y la participación comunitaria, además de las sanciones” (LACCASO, 2003).

En Perú, una tercera etapa estuvo relacionada con la creación del Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS) y la promulgación de la Ley 26626, conocida como Ley CONTRASIDA, por la cual “se encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Sida y las Enfermedades de Transmisión Sexual”, y que significó un gran avance en relación con la legislación anterior. Esta norma establece el derecho de todas las personas que viven con VIH/sida, a la atención médica integral y la prestación provisional. Previamente, se había emitido la Doctrina, normas y procedimientos para el control de la ETS y el sida en el Perú a través de la Resolución Ministerial 235-96-SA/DM (11 de abril de 1996), donde se consignaba la atención integral, el diagnóstico

y consejería previa y posterior al VIH, así como la atención de personas que viven con VIH/sida (PVVS), además el acceso gratuito al tratamiento profiláctico con cotrimoxazol, y la evaluación de las personas para decidir el inicio de la profilaxis primaria. Dicha situación fue regulada en el año 1998 por la Directiva sobre Profilaxis con Cotrimoxazol e Indicación de Recuento de Linfocitos CD4 en Pacientes VIH Positivos (008-98-PROCETSS), donde se garantizaba la gratuidad del medicamento.

El reglamento de la Ley CONTRASIDA fue aprobado el 17 de junio de 1997 por un decreto supremo, y con el cual se obtuvieron algunos logros. Por ejemplo, “que las pruebas diagnósticas de infección por VIH sólo podrán realizarse luego de consejería y autorización escrita de la persona”, de la misma manera que “no podrá condicionarse ningún tipo de atención médica o quirúrgica a la realización previa de exámenes diagnósticos de infección por VIH”, y también “que la prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa” (Cueto, 2001: 112). En el año 1999, se elabora la Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH-Sida (R. M. 081-99-SA/DM, del 26 de febrero de 1999), donde se establece entre otras cosas la evaluación y el seguimiento desde exámenes físicos hasta exámenes de laboratorio, así como tratamiento retroviral.

Asimismo, en Colombia, estas nuevas medidas y prácticas pueden ser observadas en el Decreto 1543, del año 1997, el cual buscaba reglamentar el manejo de la epidemia y otras ITS con “el propósito de evitar la discriminación infectada de este virus, así como de garantizar a estas personas, sus hijos y demás familiares, el acceso a cualquier actividad laboral y su permanencia en ella” (Tello, 2007: 69).

En el ANEXO 4, se observa un panorama comparativo referido a las normas sobre el tratamiento y el control de VIH/sida en los países estudiados. Como se ve, en Bolivia, Colombia y Perú ha existido antes del año 2000 un conjunto de normativas al respecto; no obstante, en Ecuador aparecieron durante este año (esto no involucra que en este país no se haya implementado algún programa o estrategia).

En dicho conjunto de normas posteriores al 2000, se distingue que los sistemas de salud han intentado incorporar algunos criterios de calidad y bienestar para

las PVVS, principalmente referidos a combatir la discriminación y asegurar el acceso a servicios y tratamiento.

Con respecto de Ecuador, se promulga la Ley para Prevención y Asistencia Integral de VIH/sida (Ley N° 2000-11), donde se señala que es de interés nacional la lucha contra el sida, y reconoce el derecho a la salud para las PVVS, el derecho a recibir sin distinción alguna la atención médica hospitalaria pública o privada, cuyo incumplimiento acarrearía la responsabilidad civil. Igualmente, dicha norma garantiza la no discriminación de personas VIH positivas (Kusunoki, 2008: 16).

Posteriormente, se elaboró el Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia VIH (2001-2003), cuya aplicación fue extendida hasta el 2006. Asimismo, desde el año 2004, se formuló la primera Guía de Atención Integral de PVVS, con la cual se ejecuta una política o estrategia para promover el tratamiento, la atención y el apoyo integrales relacionados con el VIH/sida. Esta guía ha sido reformada por última vez en el año 2007. A su vez, en el 2006, la Ley N° 2000-11 fue modificada de tal modo que se mantuvo en términos generales los criterios ya establecidos en ella.

En Colombia, durante el 2005, se dicta la Ley 972 con el fin de mejorar la atención del Estado a la población que padece “enfermedades catastróficas”, especialmente el VIH/sida, donde al declarar la lucha contra esta epidemia como prioridad nacional, se garantiza el suministro de medicamentos reactivos y dispositivos médicos para su diagnóstico y tratamiento. Igualmente, la ciudad de Bogotá, mediante el Acuerdo 143 (2005), elabora disposiciones para el manejo de la infección dentro de su jurisdicción con el fin de procurar “la atención, el tratamiento y la rehabilitación o readaptación social de los pacientes afectados con el virus” (Tello, 2007: 70).

Bolivia incorpora algunos componentes referidos al VIH/sida dentro de su Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, donde se señala que entre los servicios que deben ser brindados se encuentran el diagnóstico, control y tratamiento de ITS y VIH/sida (Tello, 2007: 31). En el año 2007, se promulga la Ley N° 3729, en la cual se garantiza la protección de los derechos humanos y la atención integral para las PVVS, y se aborda acerca de los tratamientos antirretrovirales y las infecciones oportunistas, los sitios de atención, prevención, entre otros (ADESPROC, 2010: 34).

Un aspecto importante a considerar dentro de esta normativa referida al VIH/sida es el que aborda el acceso a los medicamentos (véase ANEXO 5) desde la misma entrega hasta las condiciones estructurales para proveerlos (como por ejemplo la exoneración de impuestos con el fin de abaratar sus costos). Esto resulta de importancia para observar cómo cada país construye mecanismos reales para garantizar el dicho acceso. En términos generales, todos los países presentan dificultades operativas para brindar este acceso, sin embargo mediante diversos medios se mantiene un acceso medio (Cordero, 2006: 53-55).

Por otro lado, una preocupación constante de algunos/as activistas de la región es la realización de los ensayos clínicos en algunos países de la región andina. Esta situación se da en el contexto de las relaciones entre Norte-Sur, cuando, según Shah, los Gobiernos en los países en vías de desarrollo adecuan su normatividad para facilitar el desarrollo de ensayos clínicos en poblaciones en situación de vulnerabilidad o pobreza y de bajo costo, obedeciendo a las necesidades políticas y económicas de los países ricos (Shah, 2007). Esta relación promueve una serie de prácticas poco transparentes. En un trabajo que toma como fuente un artículo escrito por Mineya, Olave y Fuentes, titulado *Regulación de ensayos clínicos en Perú y conflictos éticos*, Ugalde y Homodes afirman que “los Gobiernos de los países con mayor número de ensayos clínicos (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Perú) presionan a las agencias reguladoras para que no generen dificultades a las empresas farmacéuticas que realizan ensayos clínicos” (Ugalde y Homodes, 2011: 141).

Nuestro ANEXO 6, nos muestra el panorama normativo de la región. Por ejemplo, las normas colombianas, según Otero-Ruiz “se apoyan en tres principios fundamentales: 1) el del *respeto*, que exige de la persona que participe voluntariamente como sujeto de la investigación y disponga de información adecuada que le permita dar su consentimiento informado para participar en ella; 2) el del *beneficio*, que implica que dicha investigación no puede ni lastimar ni lesionar, y que deberá hacerse todo esfuerzo para maximizar los beneficios potenciales y minimizar cualquier efecto nocivo de la misma, debiendo ser siempre mayores los beneficios que los riesgos; y 3) el de la *justicia*, que establece el trato equitativo para todas las personas y ordena que en la selección de los sujetos participantes no se aproveche la vulnerabilidad de ciertos grupos (étnicos, raciales, económicamente desprotegidos, institucionalizados, intratables, etcétera)” (Otero-Ruiz, 2009).

En este sentido, se debe afirmar que los avances científicos siempre deben ser acompañados por el rigor ético: el consentimiento informado y la libertad irrestricta de participación. Por ello, las personas que desean participar en un ensayo clínico deben recibir, de forma clara, la más completa información sobre el estudio, la cual incluye sus riesgos y beneficios.

Todos los sujetos potenciales deben firmar una autorización por escrito, conocida como el consentimiento informado, que describe en qué consiste el estudio, el tratamiento que se va a evaluar, los riesgos conocidos o potenciales, los derechos del participante y a quién consultar en caso de que surjan problemas. La autorización por escrito no es un contrato; los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo. Esta autorización por escrito no anula ningún derecho legal o médico del participante, y que los investigadores sigan siendo responsables, legalmente, de los daños y perjuicios que se deriven de alguna negligencia.

En ciertos casos, los ensayos clínicos asignan dinero a los participantes para gastos de transporte generalmente, o bien como compensación por el tiempo y las molestias causadas. Sin embargo, es ilegal pagar a alguien para inscribirse en un ensayo clínico, o utilizar las asignaciones mencionadas como medio de persuasión con personas que se muestren reacias a participar.

Estos ensayos clínicos se rigen por regulaciones que garantizan que sean realizados de forma ética y segura. Si bien existen convenciones o tratados internacionales que determinan los mínimos éticos que deben ser cumplidos; en el nivel local, las regulaciones varían de acuerdo a cada país. Lo que debe primar es que las personas que participan como voluntarias cuenten con la información necesaria para decidir enrolarse en uno de ellos con el fin de poder sopesar los posibles riesgos con los beneficios potenciales.

Por ello, toda investigación debe tener en cuenta los aspectos éticos del estudio; por tal motivo, el protocolo de la investigación –documento que detalla los procedimientos a seguir en el ensayo clínico– debe ser evaluado por una entidad independiente que examine los aspectos éticos y metodológicos, que en este caso le corresponde al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Para que un ensayo clínico sea considerado éticamente aceptable debe partirse de la condición básica de que existe un riesgo para el sujeto que participa en la

investigación. Otra condición considerada fundamental es que el ensayo esté bien diseñado, pues si los resultados del estudio no pueden ser interpretados de manera adecuada por deficiencias metodológicas, no es ético exponer a ninguna persona a los riesgos y molestias que implica la participación en una investigación. Sin embargo, los comités de ética no siempre funcionan adecuadamente. Por ejemplo, Ugalde y Homodes, a partir de otra investigación, afirman que: “los comités privados, que en algunos países cobran por aprobar los protocolos, se han convertido en un negocio. En Perú, entre 2004 y julio de 2010, un comité de ética privado, reconocido por evaluar los protocolos con celeridad, aprobó el 47% de todos los ensayos clínicos que se realizaron en el país” (Ugalde y Homodes, 2011: 140).

En este sentido, lo más importante es la generación de una normativa por parte del Estado que brinde las suficientes medidas para garantizar la adecuación de dichos procedimientos al respeto de los derechos humanos. De la misma manera, es importante establecer un sistema de vigilancia de estos procesos por parte de la sociedad civil.

Salud y pobreza entre las personas TLGBI en la región andina.

En términos generales, toda la normativa y su respectiva implementación están basadas en concebir a las personas TLGBI como sujetos de control, no tan lejana a la visión de anormalidad instaurada desde el mismo discurso médico y salubrista, el cual sin duda, ha ido cambiando. Además, esta integración parcial dentro de la salud pública presenta serias diferencias cuando miramos atentamente la situación de la comunidad desde cada una de las identidades del acrónimo. Por ejemplo, en el caso de las mujeres lesbianas y las personas intersexuales, el tema ni siquiera aparece dentro de los debates públicos. En particular, la población lesbiana presenta bajos índices de acceso a servicios de salud debido al temor a ser discriminadas en los servicios públicos, lo cual se agrava si tenemos en cuenta que no existen protocolos de atención que consideren prácticas sexuales distintas de las exclusivamente heterosexuales en los cuatro países y, además, la presencia de una alta percepción de insensibilidad por parte del personal de salud (Hernández, 2011: 32-38; Galarreta, 2006). Específicamente, Patricia Vergara nos indica a partir de un balance realizado de otras investigaciones que sólo entre un 48 y 60% de lesbianas asiste a consultas

ginecológicas, y sobre todo que, de este porcentaje, sólo un 30% habla sobre sus prácticas sexuales (Vergara, 2012)

Por otro lado, si bien, la población gay y trans femenina son quienes más atención reciben, ésta ni lejanamente posee los estándares de calidad requeridos. En relación con la población trans, aún se sigue utilizando en toda la región el término HSH (hombres que tienen sexo con hombres) para explicar desde una categoría epidemiológica el comportamiento sexual/afectivo de estas personas. Por otro lado, los sistemas andinos de salud no contemplan dentro de sus servicios una atención especializada con respecto a la transformación del cuerpo, y cuyas consecuencias las encontramos en el uso de sustancias ilegales y hormonas sin prescripción que afectan seriamente su propia salud.

En torno a todo esto, uno de los datos más relevantes es la alta prevalencia de VIH entre hombres gays, bisexuales y mujeres trans, que determina que en los cuatro países estudiados haya una epidemia concentrada. Concretamente, entre hombres gays, la prevalencia es entre 10 y 15% y entre mujeres trans es de 30 a 35%. Por ejemplo, en el Perú, el *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Periodo enero 2008-diciembre 2009*, muestra que entre hombres gay la prevalencia es de 10.5% y señala que para mujeres trans es de 32.2% (Ministerio de Salud, 2010: 213). En Ecuador, la Fundación Ecuatoriana Equidad halló en un estudio entre población gay y bisexual una prevalencia de 19.3% en Guayaquil, y de 11% en Quito (Fundación Equidad, 2011: 41). En Colombia, el Informe UNGASS afirma que existe tasas de seroprevalencia para hombres entre 10.18 y 19.5%, (Ministerio de la Protección Social, 2011: 31). Por otro lado, en Bolivia, el *Estudio sobre sexualidad masculina y VIH en Bolivia (SEMBO)* indica que en Santa Cruz es de 15%, en Cochabamba es de 10.2% y en La Paz/En Alto es 9.6% (Ministerio de salud y Deportes, 2010: 61) Estas cifras se mantienen a pesar de las acciones implementadas por cada una de las secretarías de salud, lo cual muestra su ineficacia, en particular, en los ámbitos referidos a la lucha contra la discriminación y la prevención.

En este contexto, no es sorprendente que la discriminación contra las personas TLGBI aún tenga una relevante presencia dentro de los respectivos sistemas públicos. Por ejemplo, en el Perú, el Informe de Derechos Humanos 2009 mostraba cómo el sector salud era la primera instancia pública donde ocurrían más casos de discriminación (Jaime, 2010: 40). En relación a esta comparación

entre ámbitos de discriminación no existe evidencia cuantitativa en otros países, sin embargo algunas encuestas referidas al acceso a servicios públicos en salud muestran que las personas TGB afirman no haber recibido maltrato o haber recibido un servicio de calidad. Por ejemplo en Bolivia, el Estudio SEMBO indica que en las tres ciudades analizadas un 89.9% dice no haber recibido algún maltrato en los servicios de salud, sin embargo, más de la mitad de la misma muestra declara ocultar su orientación sexual al personal (ADESPROC, 2010: 43). En otros países de la región, se han realizado diversas investigaciones cualitativas donde se muestra que las personas han sufrido diversos tipos de discriminación desde la negación del servicio hasta el maltrato en la consulta.

En ese mismo ámbito, otra problemática es la ausencia de protocolos que tomen en cuenta la orientación sexual y la identidad de género en los diversos niveles de atención, lo cual no permite poner en práctica un servicio que tome en cuenta las demandas de los y las usuarias. Además, en el caso de existir guías de atención, éstas se implementan muchas veces con suma precariedad, salvo en algunas experiencias de centros de atención especializados, donde usualmente, se limita el servicio a la detección y tratamiento de ITS, VIH y Sida. En el Perú, esta realidad ha sido analizada en diversos documentos (Jaime 2010: 113-118; Velarde 2011: 37-125; Salazar et al., 2010). Esta situación nos muestra como los servicios de salud dirigidos a la población gay y trans al estar limitados al VIH, no son construidos desde una adecuada integralidad.

Sin duda, estas condiciones donde se ubican las posibilidades del ejercicio al derecho a la salud tienen consecuencias muy graves en la calidad de vida de las personas TLGBI y configuran algunas de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza. Gracias a los testimonios y datos recogidos durante esta investigación, es necesario hacer énfasis en la importancia de estudiar las relaciones establecidas entre los discursos y las personas TLGBI, las cuales configuran los principales problemas y carencias. Es necesario comprender que las relaciones son productos sociales, insertos en procesos materiales de producción de sentido. ¿Por qué estudiamos las relaciones? Lo hacemos con el fin de visibilizar el hecho que tanto los discursos como las personas son resultados de relaciones de poder construidas a partir de la redistribución de los bienes, sean económicos, raciales, sexuales y culturales, que configura

estrategias de acceso, injustas y/o justas, al goce de las demandas³. Es decir, configuran riqueza o pobreza.

También lo hacemos con el objetivo de afirmar que cualquier explicación sobre la situación de las personas TLGBI no se encuentra ni en los discursos ni en las personas, sino en el estudio de las mismas relaciones de redistribución. Por lo tanto, la inclusión/exclusión debe ser analizada como algo que ocurre dentro de procesos materiales de significación, donde la raza, la clase y la sexualidad colocan a cada persona en determinadas posibilidades de acceder al goce de su demanda.

¿Cómo se construyen estas relaciones de redistribución? ¿Como su “ambigüedad” y su “inclusión”? En este punto preliminar, fijemos nuestra atención en que la discriminación y la exclusión dinamizan estas relaciones. En el centro de todo, los discursos, junto al surgimiento de algunas políticas que abordan la problemática, dentro de los sistemas públicos de salud, expresan una dinámica donde las condiciones estructurales que determinan la pobreza son construidas también por la heteronormatividad. Este vínculo entre ambas determina las condiciones en las cuales las comunidades TLGBI ejercen su derecho a la salud y acceden a servicios públicos en salud. En este sentido, las relaciones redistributivas mediante la discriminación y la exclusión generan pobreza basada en la heteronormatividad. Por ello, nos interrogamos sobre cuáles son las causas y las características que constituyen la exclusión y la discriminación de las personas TLGBI con respecto al derecho a la salud y además, cuáles son las relaciones entre la discriminación, la clase y la raza como elementos que estructuran el vínculo entre pobreza y heteronormatividad.

Para comprender esta situación, debemos conocer algunas características sobre los sistemas de salud de la región andina. El primer punto evidencia la fragmentación de los sistemas, resultado de las diversas reformas inconclusas y la reducida capacidad de gestionar su implementación. Esta realidad constituye en la práctica un acceso restringido a los servicios de salud para las personas, el cual está definido por su adscripción al sistema –seguro contributivo, seguro

3 Es importante resalta el uso dado en esta investigación a la frase *gocce de las demandas* frente a *satisfacción de necesidades*. En los siguientes capítulos, se irá argumentando su diferencia frente al desarrollo del discurso de la salud pública.

subsidiado, seguros especiales, entre otros– y su capacidad económica para enfrentar los gastos.

El segundo punto es que los sistemas de salud y de seguridad social en la actualidad funcionan con la intención de compensar una situación específica, y no como un modelo integral. Las poblaciones objeto de estas compensaciones suelen ser mujeres embarazadas, niños/as, personas de la tercera edad con énfasis en aquellas que viven en situación de pobreza o pobreza extrema. Este sistema ha construido ámbitos de excepcionalidad, basado en la aplicación de cierta interpretación del “principio de equidad”, donde lo más importante es satisfacer la necesidad a través de una compensación, sea mediante bonos o seguros dirigidos. El resultado de esta situación, sin duda, es mantener las relaciones de redistribución tal como se encuentran, operando medidas sólo paliativas que no aseguran un acceso realmente justo.

Estas características las podemos encontrar en todos los sistemas estudiados, sin embargo, debemos señalar algunas tendencias. En general todos los sistemas buscan alguna manera de construir un modelo de atención con pretensiones de aseguramiento universal. Los casos de Colombia y Perú hacen énfasis en la focalización de la intervención, sin embargo esto también está presente en Bolivia y Ecuador. La diferencia puede ser hallada en que mientras en los primeros el modelo se dirige a consagrar una “universalidad modificada” mediante una agresiva privatización de los servicios en salud, en los segundos se mantiene una visión más pública.

Desde una perspectiva TLGBI, la pregunta recae en cómo podrían ser integradas dichas poblaciones. La focalización no es una salida efectiva debido al prejuicio que margina y excluye explícitamente a estas personas. En la práctica, si una persona TLGBI quiere contar con un servicio de calidad debe pagarlo con sus propios recursos, lo cual se transforma en una gran barrera de acceso. Por ejemplo, en el Perú se han presentado innumerables casos de personas trans que han intentado ingresar al Sistema Integral de Salud (SIS) y han sido rechazadas, aunque sus condiciones de vida le permitirán acceder a dicho sistema. Por ello, creemos que la solución es profundizar un aseguramiento universal público el cual enfrente la problemática de la desigualdad e injusticia social, entendida desde sus múltiples matices y ángulos.

Sin embargo, debemos mencionar que dicho modelo, en la práctica, también funciona para las personas TLGBI. Es decir, la focalización y la fragmentación se dan a través de las políticas de VIH/sida en los países estudiados, con un doble efecto. El primero consiste en la suerte de metonimia entre VIH y personas TLGBI no solo en el campo de la salud, y segundo, la reducción de la problemática de todos los colectivos a las “necesidades” definidas y planteadas por los “expertos” a partir de la experiencia de hombres gay y, en menor grado, de las mujeres trans. Sin duda, esta construcción de las “necesidades” a partir de la población gay no implica un reconocimiento a las complejas condiciones políticas, sociales y de salubridad, sino más bien, la creación de una serie de estereotipos que finalmente, dinamizan la exclusión de la misma población gay y de los demás colectivos. El concentrar la atención en el VIH desde un enfoque biomédico y tradicionalmente epidemiológico es un componente más de la estructura del sistema de salud pública que dinamiza el régimen de la pobreza.

La situación en salud y el modo en que se gestiona, en lo que respecta a la población TLGBI, tal como se ha mostrado anteriormente, está concentrada principalmente en la atención del VIH/sida. Esta suerte de metonimia de las personas TLGBI a través del VIH/sida imprime una estructura política que limita el acceso de dichas personas a innumerables otros servicios que requieren, pero que los Estados no les brindan. Las personas TLGBI, como cualquier otra persona, están insertas en la problemática general de todo el sistema; sin embargo, resulta importante decir que existen diversos mecanismos de exclusión y discriminación que los alejan del goce de sus derechos y demandas. Ya que las políticas sobre VIH/sida están insertas dentro de las reformas analizadas, en un modelo poco eficiente, el pertenecer a un grupo discriminado es causa de más exclusión.

De esta manera, no es casual que en la actualidad la misma composición demográfica de la epidemia muestre una estructuración específica, donde, según Miguel Muñoz, “la incidencia del VIH está distribuida con mucha disparidad a través del mundo. Mientras que 920 mil personas han sido infectadas en Norte América, existen 25,3 millones de personas en centro y sur de África, y 1,4 millones en Latinoamérica. Es decir, la concentración de la infección se da en los países pobres donde además se encuentran otros problemas serios de salud pública” (Cáceres *et al.*, 2011: 112). En el caso de región andina, la mayor cantidad de población que vive con VIH/sida corresponde a gays y mujeres trans, sin duda, con una clara tendencia a alojarse en aquellas personas en

estado de pobreza, lo cual demuestra el componente geopolítico de los datos epidemiológicos. Sin embargo, no existen estudios comparativos dentro de la región andina que demuestren con certeza esta relación, sin embargo, si existen algunas investigaciones para el caso de las mujeres trans que muestran esta relación en contextos específicos (Salazar *et al.*, 2010; Sandoval, 2011).

Desde la perspectiva TLGBI, el tener en cuenta esta situación, nos advierte de las dificultades para abordar la problemática de manera integral, donde hay que ser conscientes que el campo de la salud es estructurado por variables intervinientes, es decir, pobreza, orientación sexual e identidad de género, que aunque no son causales entre sí necesariamente, conforman un régimen de la pobreza, dentro de un contexto mayor. “En este contexto de pobreza, racismo, inequidad de género y opresión sexual es que el VIH continúa creciendo en las poblaciones más excluidas en todo el mundo. Del mismo modo, contribuyen a esta situación la creciente polarización entre los ricos y los pobres, la diferencia perversa entre el aislamiento de algunos segmentos de la población y la integración de otros a un sistema internacional del crimen que parece ser parte de una política económica neoliberal global. Toda esta situación nos alerta sobre algunas posturas optimistas que consideran que la epidemia del VIH está controlada y que ya no se justifica la emergencia” (Cáceres *et al.*, 2011: 112).

El modelo instaurado a partir de la gestión del VIH/sida ha servido para crear una serie de estrategias y dinámicas elaborada desde el discurso de la salubridad pública, en donde el/la sujeto TLGBI ha quedado reducido(a) a la problemática del VIH/sida. Muestra de ello es que en ningún país de la región se han implementado acciones que vayan más allá de esta epidemia, es decir, acciones que contemplen otros servicios como, por ejemplo, atenciones ginecológicas, urológicas, de salud mental, tratamientos hormonales o cirugías de reasignación de sexo. Propiamente, observamos cómo la gestión en VIH/sida se ha transformado en un *modelo hegemónico de intervención*.

Aunque es cierto que una falta de inclusión integral de la orientación sexual y la identidad de género resulte problemática, el principal obstáculo está presente en una inadecuada gestión de los servicios, cuando una persona TLGBI es atendida en el sistema de salud. Desde nuestra perspectiva, los diversos niveles de dicho sistema deben estar preparados para acoger y tratar adecuadamente las múltiples demandas, que siempre irán más allá del dispositivo de la

sexualidad, mediante la construcción de un sistema que responda a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En términos generales, el marco de las intervenciones de salud constreñidas únicamente a la gestión del VIH/sida no responde a los múltiples intereses de las personas TLGBI, e incluso esta implementación no reúne los estándares de salud necesarios. En ese sentido, por ejemplo, desde una mirada lésbica, los sistemas de salud son completamente ineficaces, ya que ellos no las consideran una “población de riesgo”, con lo cual sus intereses en materia de salud no suelen formar parte de las agendas de negociación.

En relación con la implementación de este modelo hegemónico de intervención, sin duda debemos recordar las palabras de Miguel Muñoz, en las cuales nos habla de aquella violencia que conforma las mismas prácticas dentro del referido campo. “Entendemos violencia simbólica como el proceso a través del cual sistemas simbólicos (tales como palabras, imágenes y prácticas) promueven los intereses de grupos dominantes, al mismo tiempo que profundizan diferencias jerárquicas y legitiman el dominio de los grupos de mayor poder ‘convenciendo’ a los dominados a través de procesos de hegemonía. Mientras que las reglas están basadas en coerción directa, políticas sociales y culturales que organizan los significados dominantes y los valores a través del campo social con la intención de legitimar las estructuras de inequidad social (Gramsci, 1970; Williams, 1977, 1982)” (Cáceres *et al.*, 2011: 114). En el caso de las personas TLGBI, esta violencia simbólica se aplica mediante la discriminación, la invisibilización, la negación del acceso a servicios de salud, entre otros.

Este modelo se expresa en la respuesta de los Gobiernos andinos ante la aparición de los casos de VIH y muestra todo un conjunto de características que nos permiten analizar la actual gestión en salud. Desde los primeros años, entre 1983 y 1984, los Gobiernos no formularon las medidas adecuadas. Posteriormente, con el paso de los años, los primeros avances fueron formulados debido a que algunos activistas, muchos de ellos hombres gay, comenzaron a interpelar al Estado. A pesar de que la epidemia estaba concentrada básicamente en hombres gays y mujeres trans, su existencia no era reconocida en las propuestas planteadas para combatir el VIH/sida. Incluso ahora, su visibilización es limitada. Por ejemplo en el Perú, sólo la norma técnica de atención médica periódica hace referencia mediante la categoría HSH.

En relación con lo anterior, podemos señalar una periodización de las políticas sobre VIH/sida en la región, en la cual se debe tener en cuenta la insistencia generalizada en invisibilizar a gays y trans, pese a ser el principal grupo afectado de esta epidemia. En primer lugar, debemos afirmar que cualquier periodización que intente clasificar las diversas acciones gubernamentales frente a la epidemia para los cuatro países estudiados es un ejercicio que presenta limitaciones debido a la diversidad de las respuestas estatales y sus respectivos procesos. Por lo tanto, nuestra clasificación tendrá un carácter más bien programático que cronológico.

Podemos afirmar que una primera etapa, surgida en 1983 o 1984, comprende una serie de respuestas desestructuradas y cuyo principal objetivo era desarrollar simplemente estrategias de control. Este periodo está contextualizado dentro de un imaginario social en el que los medios de comunicación relacionaban el VIH/sida con la promiscuidad sexual y la “homosexualidad”, y por tanto, el estado centraba sus acciones no en el beneficio de las personas, sino en el desarrollo de medidas de registro y control (Jiménez, 2012: 42-47; Cueto, 2001: 23). Así, las comisiones o instancias creadas se dedicaron especialmente a construir parámetros epidemiológicos a través de pruebas de diagnóstico y medidas de bioseguridad, con lo cual se hace evidente como el discurso médico privilegiaba la noción de “riesgo”. Casos como estos los encontramos las comisiones y los programas establecidos, cuya principal función era realizar la vigilancia epidemiológica. Por ejemplo, en el Programa Nacional SIDA/ITS, creado en 1985 en Ecuador, el tema de la prevención no resultaba priorizado (Carrasco y Montoya, 2004: 3). En esta época, la atención existente en cada país hacia la población gay y trans se daba a través de servicios promovidos y administrados por algunas organizaciones activistas, sean auto reconocidas como gays o no (aunque con presencia de personas gays). Igualmente, en junio del año 1989 se promulga, en Bolivia, la Resolución Biministerial N° 0415, la cual ponía en vigencia el *Reglamento para la ejecución de actividades del programa nacional de prevención y vigilancia del sida en Bolivia*. El reglamento en cuestión contenía 54 artículos y 10 títulos. (Santiváñez, 1998: 48). Uno los aspectos más resaltantes era la obligatoriedad de la prueba serológica para el VIH en casos de grupos de riesgo, población penitenciaria y viajeros internacionales. De esta manera, el artículo 21 prescribía el control serológico para “... homosexuales, bisexuales, heterosexuales promiscuos, meretrices, proxenetas, rufianes y drogadictos intravenosos, a los que se agregan mujeres embarazadas, receptores de sangre

y prisioneros”. (Santivañez, 1998: 50).

Una segunda etapa está caracterizada por el surgimiento de una respuesta más orgánica por parte del Estado, la cual se expresa en la incorporación dentro del aparato gubernamental de un grupo de expertos, usualmente adscritos a un programa del Ministerio de Salud, con el fin de tomar acciones contra la epidemia, aunque no se desarrollara una política pública. En este momento, surgen diversos agentes como, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), algunas agencias de cooperación internacional, y organismos no gubernamentales (ONG). La presencia de estos nuevos actores resultó en los primeros procesos de negociación y conflicto entre el estado y la sociedad civil. Recordemos que en este periodo los estados andinos inician reformas estructurales de acuerdo a los principios de la economía y la política liberal, enmarcados en el Consenso de Washington.

En el caso boliviano, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) implementó el Proyecto contra el Sida (PCS) con el fin de apoyar la implementación de políticas para combatir a la epidemia del VIH. La lógica de estas medidas estuvo centrada en intervenir a los llamados “grupos vulnerables”, entre los cuales los hombres “homosexuales” estaban considerados (Vargas, 2008: 7-8). Otra experiencia en la región acontece en el Perú, donde en 1988 se crea el Programa Especial del Control del Sida (PECOS), el cual se desarrolló cuando el estado peruano se encontraba en una fuerte crisis. Esta iniciativa tuvo como principal característica el plantear que la difusión de una información adecuada podía ser suficiente para un cambio de conductas, principalmente, entre los “grupos de riesgo”. En ese sentido, la ley N° 25275 de 1990, mencionada ya en el capítulo anterior, expresa la necesidad del Estado por controlar a quienes se consideraba como potenciales víctimas o causantes de la epidemia (Cueto, 2001: 73-108).

La tercera etapa surge alrededor del segundo quinquenio de la década de los noventa, y se caracteriza por la creación de una instancia cuyo fin es procurar la integración de las acciones sobre el VIH/sida existentes hasta el momento con las nuevas medidas al respecto, y liderar el cumplimiento de estas políticas públicas. Este proceso fue acompañado por la promulgación de leyes que abordaban el problema con criterios más acordes con los principios del derecho a la salud, en

donde quedaron asentadas la importancia de la confidencialidad de la prueba, la necesidad de sensibilizar al personal de salud, y, al menos idealmente, el desarrollo de estrategias de prevención, dirigidas a población de gays y mujeres trans.

Un caso interesante de mencionar es el colombiano. Aunque su sistema nacional de salud y seguridad social está basado en la ley 100 (1993), la cual ya ha sido detallada anteriormente, Colombia creó una normativa específica en relación con el VIH/sida. Así pues, fue creado el CONASIDA en 1997, el cual tenía en sus funciones proponer una política general para el desarrollo en aspectos éticos, jurídicos, laborales, internacionales, financieros y la movilización social, información masiva y educación sexual, establecido dentro del Programa Nacional de Promoción, Prevención y Asistencia de las ETS y el SIDA. Sin embargo, el CONASIDA no ha cumplido sus funciones a lo largo de los años (IDH et al., 2003: 15). En el mismo año se da el decreto 1543, el cual buscaba reglamentar el manejo de la epidemia y otras ITS con “el propósito de evitar la discriminación infectada de este virus, así como de garantizar a estas personas, sus hijos y demás familiares, el acceso a cualquier actividad laboral y su permanencia en ella” (Tello, 2007: 69). Del mismo modo, en el Ecuador se creó el CONASIDA (1995), también con el objetivo de formular políticas, normas y estrategias para la prevención de la transmisión del VIH y prestar atención integral a quienes viven con el virus. Al igual que su par colombiano, esta instancia no tuvo mayor protagonismo (IDH et al., 2003: 15).

En el caso peruano se crea el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS). Según Cueto, en este periodo “se produjo una inyección de recursos económicos al Programa, se plasmó en documentos claros las normas y procedimientos que debían seguir los profesionales de salud; existió una relación más fluida con las ONG [...] y se dio una ley moderna que evitaba la discriminación, establecía la obligatoriedad de la consejería antes y después de las pruebas, y protegía la confidencialidad de los enfermos del Sida” (Cueto, 2001: 25). Es en este momento donde en el Perú se crea el Programa de Educación de Pares (PEP), y se establece la atención médica periódica (AMP).

En el caso boliviano se da la Resolución Secretarial N°0660 el 27 de junio de 1995 (Santivañez, 1998: 48), la cual representa un cambio significativo dentro de

las políticas sobre VIH/sida. Por ejemplo se dispone la voluntariedad de la prueba y el consentimiento informado. Sin embargo, según Santivañez, estos cambios en relación con la anterior normativa aunque mostraron un enfoque de salud pública frente al VIH cualitativamente distinto, no introdujeron cambios, ya que las prácticas de vigilancia y control epidemiológico siguieron siendo las mismas dentro de “las tareas cotidianas que desempeñan quienes se hallan involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA (funcionarios sanitarios, policiales, autoridades)”. (Santivañez, 1998: 83).

Cabe señalar que a lo largo de la década de los noventa surge la categoría hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), la cual sirvió (y sirve aún) para invisibilizar las demandas políticas en torno a la orientación sexual y, particularmente, a la identidad de género. Al establecerse la categoría HSH desde un criterio epidemiológico, se sustrae el carácter político de la subjetividad de las personas TLGBI, limitando la articulación de otro tipo de demandas. En torno a ello, muchos autores afirman, a pesar de sus críticas en contra de esta categoría en referencia a la población trans, la existencia de cierta utilidad en su uso debido, arguyen ellos, a que se puede describir diversas prácticas sexuales entre hombres quienes no se identifican con alguna identidad parecida a la gay o bisexual. Eso le daría a una intervención en términos de salud pública mayor capacidad de captación.

Desde nuestra perspectiva, el problema no está en el hecho de negar las prácticas sexuales junto a una identidad, sino en el efecto de pensar que las prácticas homoeróticas, con o sin identificación gay o bisexual, pueden ser consideradas neutrales. Este presupuesto es totalmente falso, ya que desconoce que mantener prácticas homoeróticas y sin duda transgeneristas, siempre resulta un interdicto. Políticamente, no existe neutralidad posible. Mantener prácticas homoeróticas en el contexto andino, y en otros muchos, es siempre considerado una actividad desvalorizante. De esta manera, el reconocer o negar la identidad no resulta ser el gran problema, el *quid* se encuentra en la negación y estigma por parte de los discursos hegemónicos sobre la propia práctica homoerótica y transgenerista. Sin duda, el hecho que las personas no reconozcan sus prácticas sexuales, otra vez más allá del reconocimiento identitario, resulta una problemática estructural, que el uso del término HSH profundiza. Una intervención en salud debe partir de que las prácticas homoeróticas y transgenerista son construidas en condiciones de inferioridad, la cual se expresa en los tratos discriminatorios por parte del

personal de salud, la negación del estado por intervenir según sus propias evidencias epidemiológicas, la resistencia a tratar públicamente temas como la discriminación, entre otras.

Después del 2000, y en diferentes años para cada país, aparece en la región una cuarta etapa. En esta, heredamos las deficiencias en cuanto a la implementación del modelo creado en el tercer periodo, el cual, a pesar de sus intenciones, no llegó a cumplir sus objetivos. En ese sentido, la cuarta etapa se constituye en una suerte de repetición de una serie de prácticas no del todo eficientes, que terminaron por no ser analizadas ni mejoradas, sino que se naturalizaron dentro del sistema. En esta dinámica, cabe mencionar el importante papel que cobra el “Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria”, pues a través de sus intervenciones se ha posicionado como un actor de suma relevancia en la región.

El Fondo Mundial es una institución financiera internacional creada durante el 2002 con el fin de administrar (sea recabando o asignando recursos) fondos para prevenir y tratar el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. A lo largo de su existencia ha intervenido en 151 países, entre ellos los cuatro estudiados. Su principal estrategia consiste en promover un trabajo conjunto entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, con la intención de focalizar su atención en la población con mayor vulnerabilidad. Según el propio Fondo Mundial, su gestión implementada está basada en “los principios de implicación del país y financiamiento basado en el desempeño”, mediante los cuales “los países ejecutan sus propios programas determinados por sus prioridades y el Fondo Mundial facilita financiamiento con la condición de que se obtengan resultados verificables”.

En la región andina, estas intervenciones (ANEXO 7) han tenido diversos componentes, los cuales serían difícilmente sintetizables, sin embargo habría que especificar algunos aspectos desde una perspectiva TLGBI. En primer lugar, las primeras referencias a la población gay y trans cuando aparecían, solo eran mediante el uso de “poblaciones en riesgo” o dentro del término PVVS, que en la región andina está compuesto por gays y mujeres trans en más del cincuenta por ciento. Por ejemplo, en el caso colombiano, la segunda ronda debido al énfasis que se hizo en el desplazamiento, invisibilizó a la población TG. En este sentido, muchas rondas han hecho énfasis en poblaciones que no representan

una comunidad vulnerable al VIH, como el de las mujeres embarazadas. Paralelamente, el término “HSH” apareció con mayor insistencia entre los indicadores de cada una de las rondas. En las últimas rondas implementadas (novena y decima) en cada uno de los países ha surgido el uso del término transgénero o trans, en el caso de Bolivia todo el acrónimo.

Por otro lado, el énfasis de la mayoría de rondas ha sido brindar tratamiento, dejando de lado la prevención o no asegurando una implementación de estrategias adecuadas, enfatizando tamizajes en poblaciones que no muestran alta prevalencia y dejando de lado a las que sí la tienen. Usualmente, las rondas consideran entre las medidas de prevención a tomar la distribución de preservativos para hombres, la consejería pre y post test de VIH, educación entre pares y el tamizaje. También ha incluido medidas como lucha contra el estigma, participación comunitaria, planificación intersectorial y la construcción de tejido comunitario.

En este contexto, la gestión del Fondo Mundial presenta algunas características muy importantes. Primero, el esfuerzo que realiza para integrar a los diversos componentes sociales es un gran aporte; sin embargo, no mejora ni crea mecanismos para crear una negociación más pareja entre la representación de los estados y la representación tanto de las ONG, las comunidades, sean de PVVS o colectivos gays y trans. En la práctica esto puede resultar en hacer más de lo mismo, sobre todo si somos conscientes que presenciamos una cultura jerárquica entre el personal de salud en relación con los/as usuarios/as de los servicios. Además, muchas veces, su instancia de control y gobierno no posibilita este trabajo de negociación de la manera más adecuada, dejando la implementación exclusivamente a criterio de quienes lo operan.

Segundo, debido a que el Fondo Mundial privilegia las prioridades establecidas por cada gobierno, en contextos de poca capacidad de negociación de las PVVS y otras comunidades con el estado, las propuestas no siempre terminan recogiendo sus demandas. Sin embargo, las últimas rondas han recogido componentes más comunitarios que las anteriores, y por tanto una visibilidad más importante. Tercero, el énfasis que el Fondo Mundial hace en obtener resultados verificables, introduce en la gestión de las rondas un falso conflicto dentro de la implementación entre los aspectos técnicos y los aspectos comunitarios o políticos. Es decir, se construye una disociación entre ambos lados de la ejecución

originando profundos conflictos. A veces el resultado verificable se obtiene en detrimento de la participación y la integración de las mismas personas. Ambas características permiten que la implementación esté basada en la estructura que ya existe, sin preocuparle mucho la innovación.

Cuarto, el modelo financiero del Fondo Mundial basado en la gestión privada de recursos ha desarrollado una estrategia que incentiva la competencia en favor de la obtención de mejores resultados. Aunque la idea es involucrar a quienes “saben hacer” o trabajar el tema, es decir, los considerados “expertos”, para poder intervenir eficientemente, el esquema termina “clientelizando” a quienes participan desde la sociedad civil, sean ONG o colectivos. De tal manera que quienes deberían llevar las demandas terminan ofreciendo servicios, preocupados por su ubicación en el mercado del VIH. Finalmente, el mismo modelo termina siendo la ruta ideal para conducir la gestión del VIH, transformándose en un terreno complejo de actuación, donde la tensión resulta ser el principal motor de la intervención.

Por último, debido a las características anotadas arriba, dicha gestión en su conjunto muchas veces tiende a reproducir prácticas consagradas en la administración o en la gestión, precisamente, utilizando como justificación un discurso de “eficiencia”. Esta “eficiencia” deviene de la familiaridad que se tiene con estas prácticas, a pesar que en la realidad no hayan sido un significativo avance. En la práctica, ninguna estrategia que no aborde la discriminación de manera directa y además no gaste el presupuesto de manera proporcional en la población que presenta la mayor prevalencia (personas con prácticas homoeróticas y transgeneristas, con o sin identidades gays, bisexuales y trans), podrá obtener resultados adecuados y verdaderamente eficientes.

Básicamente, el aporte financiero del Fondo Mundial, sumado a la gestión de la distribución del presupuesto (mediante concurso), ha logrado que los anteriores agentes, (Ministerio de salud, Programas o Estrategias, activistas, ONG) privilegien la implementación técnica del modelo; y aunque sin duda se formulan críticas desde la sociedad civil, el énfasis se da en realizar actividades y conseguir resultados. Esta compulsión por implementar los planes y los marcos lógicos de las rondas, exige reproducir aquello existente, así tenemos la realización de acciones y actividades poco estratégicas, muchas veces con un direccionamiento que no responde a la dinámica de la epidemia; también,

una participación comunitaria que privilegia lo formal, dejando de lado la calidad de dicha participación, es decir somete a los y las activistas a una rueda de diálogos y reuniones técnicas de las cuales pocas o ninguna de las demandas son colocadas en la planificación, lo cual resulta desgastante para las personas; o una focalización en el reparto del Tratamiento Antirretroviral (TAR) en un contexto donde en todos los países se presentan varios problemas en su distribución.

Este es un escenario muy complejo para las poblaciones gays, bisexuales y trans (y ni que decir de las mujeres lesbianas, hombres trans y personas intersexuales quienes siquiera aparecen en la única estrategia sanitaria dirigida al colectivo TLGBI) debido a diversos factores. Sin duda, el Fondo Mundial ha servido de gran apoyo para implementar acciones de carácter paliativo, por ejemplo el tratamiento antirretroviral, lo cual en algunos contextos representa la única vía de preservar la vida las personas. En el caso de Bolivia, la cooperación internacional cubre casi la totalidad de los costos para dicho tratamiento o en el caso de Perú representó un incentivo para que el estado asuma posteriormente el gasto en su integridad. También, le concede un lugar dentro de espacios hasta antes no explorados a muchos colectivos y comunidades, sin embargo esto no implica igual capacidad de negociación, o en el mejor de los casos, dicha negociación permanece en los cuadros más tecnificados dentro de dichas comunidades. Esto permite legitimar algunas demandas aunque no siempre a través de la visibilización política, sino más bien mediante un discurso victimizante. Por otro lado, las principales dificultades son la “clientelización” de los y las activistas dentro de la implementación de la gestión y específicamente, la reproducción de modelos que no han abordado la problemática de una manera integral.

Sobre la pobreza desde la perspectiva TLGBI en la región andina

Abordar la pobreza desde una perspectiva TLGBI nos plantea algunos retos conceptuales y metodológicos. La pobreza es habitada por un cuerpo, y sus pliegues constituyen una unidad con aquel territorio donde la subjetividad se lleva a cabo. En algún punto, podríamos afirmar que las sensaciones, afectos y sentimientos constituyen un puente simbólico entre el cuerpo y el mundo, sin embargo, este puente se construye dentro de una serie de relaciones complejas que estructuran la propia condición de la vida.

El cuerpo es el espacio privilegiado donde se vive la pobreza. Esto nos exige

desplazar el discurso sobre el cuerpo fuera del dispositivo de la sexualidad, una vez más; y por otro lado, desplazar el discurso referido a la pobreza de la metáfora económica. En este doble desplazamiento conceptual construido en diálogo con las propias experiencias de las personas TLGBI en la región andina, surgirá una manera de entender cuáles son los mecanismos sociales y psíquicos de la distribución de los recursos, en particular, cuando nos referimos a la corporalidad y subjetividad de dichas personas.

Dentro de la región andina, los diversos discursos sociales han colocado a las personas TLGBI dentro de un espacio caracterizado por dinámicas de discriminación y exclusión, desarrolladas a través de mecanismos específicos, es decir, las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas han sido insertadas dentro de una *estructura económica y libidinal*, la cual constituye *formas concretas de subjetividad*, en cuya existencia se relacionan las condiciones socioeconómicas con una cartografía de la libido.

En este contexto, donde analizamos las condiciones de vida, la pobreza resulta ser un síntoma de esta misma estructura. Así, la problematización de la pobreza, desde la estructura económica libidinal, busca leer las condiciones de vida desde una perspectiva más amplia, ya no sólo limitada a un discurso economicista del desarrollo, sino desde una donde el desarrollo pueda ser visto “*as a process of expanding real freedom that people enjoy*” (Sen, 2001: 10). Sin embargo, incluso el concepto de libertad debe ser interpretado, toda vez que ha sido utilizado dentro de discursos cuyo sentido apunta a un tipo de libertad basada en un modelo de vida eurocéntrico, desde ideales contruidos desde un lugar de enunciación hegemónico, es decir, un sujeto abstracto.

Esta investigación no concibe de manera lineal la existencia del sujeto hegemónico y en consecuencia la del sujeto contra hegemónico. Entendemos que tanto el *interdicto* (prohibición) como el *inter-dicto* (posibilidad) aparecen en cuerpos reales ubicados dentro de situaciones reales y usualmente se conjugan en los mismo cuerpos. Esta circunstancia problematiza el abordaje del análisis de la pobreza cuando hablamos de personas TLGBI, ya que la discriminación y la exclusión responden a una lógica difusa donde ciertos eventos ocurren en diversos niveles de interacción social. Esta comprensión se dificulta si tenemos en cuenta un aspecto de carácter metodológico, el estado de la información sobre nuestro tema. No existe información oficial confiable, la cual está contruida

(aquella poca que existe) con base en un subregistro producto del mismo no reconocimiento por parte de la instancias estatales. En la región, los y las activistas TLGBI han visibilizado esta situación innumerables veces, exigiendo de sus Estados reportes que incorporen la orientación sexual y la identidad de género. Esta advertencia hay que tenerla en consideración para entender las comparaciones realizadas en este capítulo.

En este orden de ideas, ¿cuáles son los límites para pensar la relación entre el desarrollo y la libertad? ¿Cómo puede ser analizado el desarrollo considerando las demandas de las personas con deseos y prácticas homoeróticas o transgeneristas? ¿Cuál es el desplazamiento epistemológico que se necesita para que en la teoría y la terminología del desarrollo se incluya la perspectiva TLGBI? ¿Cuál de las perspectivas TLGBI?

Para dar respuestas a estas interrogantes, primero debemos analizar los límites impuestos a las condiciones de vida de las personas TLGBI, en particular, en la región andina. Una mirada panorámica, a partir de la lectura de los diversos trabajos que abordan la situación TLGBI, nos muestra que viven una situación de vulnerabilidad, donde la discriminación, la violencia y el prejuicio socavan su capacidad para obtener recursos con los cuales puedan construir sus proyectos de vida. Esta realidad es muy compleja ya que no podemos hablar, a su vez, de un “sujeto” TLGBI; existen diversas inserciones de los cuerpos en múltiples niveles. Esta problemática está inserta dentro del debate sobre las lógicas identitarias. En relación con la pobreza, podríamos por ejemplo hablar sobre dónde quedan hombres o mujeres, cuya identidad es heterosexual pero tienen prácticas homoeróticas, y están casados con personas de distinto sexo; cómo plantearíamos su problemática en salud, cuando por diversos motivos no abordan su condición en los servicios de salud, o son discriminados mediante mensajes de reprobación expresados por los/as profesionales de la salud en los servicios de salud cuando lo explicitan. Si bien este trabajo no problematiza de manera explícita esta temática, ya que ha optado por asumir preferentemente la lógica identitaria consciente de sus límites, al asumir la categoría diversidad sexual también considera esto. Nuestro uso de dicha categoría asume que la estructura económica y libidinal heteronormativa también afecta a las personas heterosexuales.

De esta manera, para emprender nuestro análisis, en un primer nivel, nos

podemos acercarnos a las condiciones de violencia e inseguridad en las que la vida de las personas TLGBI están sometidas. Los reportes de derechos humanos sobre población TLGBI muestran, en primer lugar, un conjunto de estadísticas que intentan construir evidencia sobre este problema. Sin embargo, cabe aclarar, otra vez, que dichas investigaciones señalan el amplio subregistro de estos datos, debido a que las instancias públicas no han desarrollado un sistema de información que permita conocer con profundidad dicha realidad. Así que, ante la ausencia de datos oficiales, el movimiento se ve obligado a recabar información sobre los índices de asesinatos a partir del recojo sistemático de notas periodísticas o casos documentados de otro tipo. Al respecto, en sus informes periódicos de derechos humanos, se señala que para Perú la media es de veinte casos anuales, y en Colombia, la media es de treinta y cinco personas por año (Jaime, 2010: 76-70; Colombia Diversa, 2010: 5-10). En estos datos aparecen en primera instancia casos de hombres gays, luego de mujeres trans, y finalmente, de mujeres lesbianas. Esta información debe ser leída con precaución debido a los diversos grados de invisibilización presentes en cada grupo, lo cual tergiversa u oculta la realidad de la muestra. En Ecuador y Bolivia, no se han realizado este tipo de ejercicios, por lo cual no podemos afirmar datos al respecto; no obstante, los activistas de estos países son conscientes de la existencia de diversos tipos de violencia.

Una manera de analizar estos asesinatos es a través de la categoría crímenes de odio, indicando algunas de sus características:

- 1) El perpetrador establece una relación con la víctima basada en la objetualización, la cual puede expresarse en la seducción con fines utilitarios o el rechazo radical e inmediato. Es decir, la víctima pierde su condición de ser humano para transformarse en un objeto al que se puede eliminar debido a la manifestación de su orientación sexual o identidad de género.
- 2) El crimen, sea premeditado o no, se comete dentro de un espacio controlado por el/los agresor(es) donde este(os) calcula(n) la agresión con el fin de infligir una agresión superlativa, donde él/ellos maneja(n) las circunstancias sea por razones de cantidad (andar en grupo) u otro medio.

- 3) El uso de la violencia es excesiva procurando un sufrimiento y una tortura que conduce a la muerte (Herrera, 2009: 61).
- 4) La objetualización de la víctima tiene como consecuencia la posibilidad de profanar el cuerpo mediante el robo, la destrucción de los restos o el abandono de éstos.

Todos estos elementos establecen un patrón que constituye a estos asesinatos en crímenes de odio, en tanto estos son delitos cometidos contra una persona en razón de su pertenencia a un grupo socialmente despreciado o minusvalorado en donde el rechazo es llevado con particular encono y alevosía. Cabe aclarar que los crímenes de odio no se configuran en tales debido a razones cuantitativas, es decir por el mayor o menor número total de víctimas durante un periodo específico, en una ciudad determinada, sino a ciertas características presentes en cada delito específico. Esta consideración acompaña las reflexiones planteadas por el movimiento internacional de los derechos humanos durante las últimas décadas.

Por un lado, no se puede dejar de mencionar el papel que cumplen los diferentes funcionarios del Estado (policías, fiscales, jueces), quienes no actúan en correspondencia con la gravedad de estos actos, sino más bien los desvalorizan dilatando el respectivo proceso legal. Y por otro lado, tampoco son menos importantes los discursos elaborados por los medios de comunicación y las iglesias cristianas, en la reproducción del prejuicio y el estigma contra las personas TLGBI.

Estos datos constituyen los primeros elementos para poder concebir los escenarios de peligro donde son socializados los/as sujetos/as TLGBI, contruidos a partir de la marginalización y la exclusión. El peligro y la violencia son vivencias cotidianas que dibujan la propia subjetividad de las personas TLGBI, y constituyen los límites del acceso a otras medidas para enfrentar la marginalidad y la pobreza. Un ejemplo de ello, en el espacio público, es que aún persisten redadas o acoso policial contra las personas TLGBI. Santivañez refiere lo siguiente en un estudio sobre Bolivia: “Las entrevistas efectuadas a representantes de organizaciones gays en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz evidencian una situación de permanente acoso y represión policial. Las redadas a sus centros de reunión (plazas, whiskerías, discotecas) son parte de una rutina. Para la policía, dice el representante del Movimiento Gay “Dignidad”

de Cochabamba, ‘el afán número uno, siempre ha sido corretear a los gays, perseguirlos, acosarlos, como sea, donde estén y con quien estén... La política que ellos manejan es que los gays son los que corrompen a los menores de edad...’ [...]. Estas detenciones van acompañadas de tratos degradantes y violentos: ‘... lo suben a palazos a las movilidades... lo empujan... yo puedo decir que he sido testigo y a la vez francamente golpeado... por nada más que querer defender a un amigo... por el simple hecho de que ellos se hormonizaban o tenían los pechos más largos les decían que se quiten las blusas y les ponían agarradores de ropa en los pezones... y después les daban en la espalda, en lo que es el nudo de la columna...’ (Santivañez, 1998: 77).

Por otro lado, estos escenarios no sólo corresponden a lugares públicos, sino muchas veces al propio espacio doméstico y su entorno más cercano. Por ejemplo, la violación al derecho de la seguridad personal, en el caso de las mujeres lesbianas, está profundamente relacionada con la violencia doméstica, ejercida por los padres, los hermanos, las parejas y las ex parejas, sean hombres o mujeres. Dicha violencia puede ser psicológica, física, sexual, o también mediante el acoso o la extorsión, la cual se complejiza si ellas tienen hijos(as), puesto que existe el riesgo de que los padres de los mismos los/as utilicen como medio para ejercer chantaje o acoso, entre otros. Sin duda, esto no significa que las mujeres no sean sometidas a violencia también en el espacio público o los hombres en el espacio doméstico. En el Perú, durante el 2009, fue posible recopilar veintitrés casos en los cuales se atentaba contra la seguridad de las personas debido a su orientación sexual e identidad de género, en donde se decía que “la mayor cantidad de agresiones es sufrida por las trans (15), seguida por las mujeres lesbianas (6) y por los gays (2). También se muestra cómo la PNP/serenazgo es el principal agresor (10), seguido por personas naturales (6), familiares (6) y las juntas vecinales (1)” (Jaime, 2010: 76).

En el caso de las personas trans (en este trabajo, sólo hemos podido conocer de casos referidos a mujeres trans), esta realidad se lleva a cabo en todos los niveles. Primero, en el espacio público, son objeto no sólo de ataques por parte de agresores, sino también de abusos provenientes de la policía y otros grupos armados (principalmente en el caso de Colombia). Por ejemplo, en Colombia, en el Informe de Colombia Diversa de 2006- 2007, se reportó el asesinato de al menos diecisiete travestis, evidenciándose que las principales agredidas por la violencia son mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, de igual manera “[...] se

pudo establecer que las principales víctimas de abuso policial fueron las travestis junto con los integrantes de la comunidad que hacen visible su orientación sexual o su identidad de género en el espacio público” (Colombia Diversa, 2010: 5). El estudio elaborado por la activista trans Diana Navarro presenta la misma tendencia de violencia e inseguridad (Navarro, s/f: 5).

Para las personas trans la simple “incursión” en el espacio público es ya motivo de ataques, por lo cual la propia libertad de tránsito es puesta en interdicto. En Ecuador, podemos ver que “en Quito, el 77% de las personas que participaron en el diagnóstico comunitario manifestaron que los lugares públicos como hospitales o la policía son los menos accesibles. Situación preocupante pues son precisamente estas instituciones las encargadas de velar por su salud y seguridad.” (Corporación Kimirina, 2009: 28). Esta tendencia contra la población trans es confirmada por diversos estudios como el *Informe de derechos humanos sobre la población trans (transexuales, travestis, transgéneros) de la ciudad de Lima 2009 del Instituto Runa*, en el cual se señala que de las 157 trans con quienes Runa realiza trabajo comunitario, el 82%, es decir 128 personas, dijeron haber sido agredidas al menos una vez durante el año 2009. Las agresiones comprenden un amplio espectro desde agresiones verbales hasta abuso de autoridad y lesiones graves, pasando por violencia sexual, extorsión y robo. También se detalla como el principal agresor sigue siendo la policía nacional y el serenazgo (un tipo de seguridad municipal) (Runa, 2010: 8-9).

Esta situación de violencia también se expresa cuando las personas trans emprenden viajes internacionales. Con respecto a esto, Mauro Cabral, en un estudio regional sobre la situación de dicha población, afirma: “ser trans implica, además, una reducción brutal de la libertad de movimiento entre Estados. Esta reducción no se vincula solamente con el gran número de dificultades –incluyendo las económicas– que encuentran muchas trans a la hora de obtener su pasaporte y, de ser necesario, su visado (el cual es negado, con altísima frecuencia, por antecedentes penales vinculados con el ejercicio de la prostitución, por la falta de recursos económicos y vínculos familiares “comprobables” y por el estatus serológico). También juega un rol central en esa reducción el trato discriminatorio que reciben muchas trans al cruzar las fronteras nacionales, allí donde la asociación entre disrupción de género y peligrosidad se potencia fuertemente” (Cabral, 2007: 10).

En segundo lugar, las mujeres trans encuentran en el hogar las primeras muestras de discriminación a través de la burla, el castigo físico o la expulsión a temprana edad, con lo cual se ven obligadas(os) a vivir en condiciones precarias, sin acceso a la educación formal, a la profesionalización, a la salud, al trabajo, entre otros. Los estudios señalan que “la discriminación se presenta desde muy temprana edad en la persona trans, al interior del seno familiar, que afecta directamente su autoestima y por ende también su salud mental. Frente a la realidad de ser VIH positiva el rechazo del padre, la madre y los hermanos se intensifica”. (Salazar *et al.*, 2010: 24).

Esta problemática es crucial para entender los procesos de pauperización a los cuales son sometidas las personas trans. “Aquellas trans que provienen de familias que gozan de una situación económica más desahogada suelen contar con recursos iniciales apropiados –en particular, a nivel de acceso a la educación y a la salud. Sin embargo, y sin importar el origen económico-social, el alto número de trans tempranamente expulsadas de su núcleo familiar termina por traducirse en un número también alto de trans severamente empobrecidas a lo largo de su vida” (Cabral, 2007: 6).

Esta experiencia de discriminación, que no sólo se limita a las personas trans, muestra con crudeza la misma condición que somete la propia vida, base del quehacer político, y mira cómo la compulsión de imponer un ideal de familia puede abrir un proceso de pauperización que entreteje lo afectivo con lo económico. “La transfobia familiar, social e institucional viola de manera continua los derechos de las niñas y adolescentes trans, sometiéndolas a fuertes presiones “normalizadoras” que pueden incluir distintos tipos de violencia física y psíquica, llegando en algunos casos a la institucionalización y, en muchos casos, a la expulsión temprana del hogar, de la vida comunitaria y del sistema educativo. Esta dinámica expulsiva, que produce condiciones iniciales realmente disminuidas para las trans latinoamericanas, tiene consecuencias gravísimas que se extienden a lo largo de la vida” (Cabral, 2007: 7). Esta realidad nos interroga sobre los límites de la condición política, es decir, al presentar el hecho que el espacio doméstico, lugar donde articulamos nuestros primeros deseos y afectos, se caracteriza por una agresión y violencia “inimaginables”, debemos reflexionar sobre la propia humanidad. La negación de afecto y empatía aquí mostrada supera el ámbito del gusto como esa dimensión *a priori* que subyacía al juicio estético y moral, según Kant (Kristeva, 2001: 126-127), ¿quién podría

obligar a alguien a tener afecto por otra persona? Así, esta transfobia familiar supera la dimensión del gusto, revelando la (i)lógica de las relaciones de poder. El rechazo y la violencia desmitifican la insistencia moderna de ver la familia como un ámbito de acogida y bienestar, y nos permite ver cómo se construye una política de los afectos y los sentimientos, en este caso una necropolítica. De esta manera, los afectos y sentimientos se muestran como producto de un entramado de relaciones que también dinamizan la marginalidad y la pobreza. Ante ello, ¿podrá decir algo el principio de libertad liberal frente a esta realidad? ¿Cómo hablar de libertad si la trama de la subjetividad se construye desde la negación? ¿Cómo hablar de desarrollo o mejor dicho qué tipo de desarrollo podemos imaginar de tal manera que aborde esta necropolítica de los afectos y sentimientos? Esto nos muestra que la última frontera para enfrentar el quehacer político es reconceptualizar el *gusto* como instancia natural, el cual demuestra, a priori, contener aquellos significantes heteronormativos, racistas, clasistas y misóginos.

Todo esto se constituye en un marco que nos permite observar que, en las sociedades andinas, la vida de las personas TLGBI tiene serias limitaciones. Así, se hacen pertinentes otras preguntas: ¿cómo llevar la vida a cabo dentro de estos contextos de vulnerabilidad?, ¿cómo construir proyectos de vida en estas condiciones, donde el reducido acceso a múltiples bienes es restringido?, y ¿cómo es posible articular una respuesta por parte de las personas TLGBI, frente a una realidad que las pauperiza? ¿Cómo desear lo que tienes cuando sólo aparece la muerte? Preliminarmente, el marco de una respuesta se debería dar siendo conscientes de que “los derechos fundamentales y las libertades civiles; los principios en los que se basan los ordenamientos de las sociedades democráticas, los conceptos de ciudadanía e incluso de salud pública, camuflan bajo una apariencia honrosamente respetable y difícil de cuestionar en términos morales, un sistema tanatocrático, en el que el poder se expresa a través de la regulación, la gestión, la administración, la dosificación y la asignación de la muerte” (Llamas, 1995: 3).

Un acercamiento muy importante para analizar esta cuestión puede ser a través de un estudio sobre las condiciones de vida de mujeres en los centros penitenciarios, ya que estos son, según Margarita Camacho, un microcosmos donde las relaciones de poder ubicadas en la sociedad se reproducen a través de una jerarquización y sexualización contra las personas trans. Camacho, en

su libro *Cuerpos cerrados. Cuerpos emancipados*, describe las condiciones de las poblaciones trans en un centro penitenciario de la ciudad de Quito, a partir de lo cual muestra las diversas condiciones sociales en donde las personas transgeneristas han sido socializadas. Su acercamiento a la realidad trans, sin duda, resulta interesante debido a la visibilización de las relaciones entre los procesos de construcción de la subjetividad y los procesos de marginalización y vulnerabilidad, presentes en los cuerpos trans. Camacho, a través de técnicas cualitativas, analiza las historias de estas mujeres, las cuales develan los mecanismos de exclusión a las cuales fueron sometidas por ser como son. Muchas de estas historias están enmarcadas dentro del trabajo sexual, mecanismo de sobrevivencia mediante el cual las personas trans pueden acceder a algunos bienes con los cuales llevan a cabo sus proyectos de vida. De esta manera, podemos entender que “el escándalo travesti es una estrategia de *resemantización*: los travestis transgreden las buenas costumbres y la sociedad civil no por su rechazo a la vergüenza, sino habitando la vergüenza como un espacio para interpelar a los demás y así incriminarlos” (Camacho, 2007: 59).

Incluso en estos contextos, existe una respuesta de afirmación que reconfigura las propias relaciones de dominación, un *inter-dicto*, ya que “[...] aunque las travestis viven en un estado de vulnerabilidad dentro de la cárcel, ellas han construido una serie de estrategias y agencias ligadas a la dinámica deseante de su identidad y a sus prácticas de género. Se generan así ciertas ventajas, por lo tanto, una relativa mejor condición para el ‘aprovechamiento de oportunidades’” (Camacho, 2007: 129). Con seguridad, el desarrollo debe mirar esos espacios intersticiales donde la demanda se empieza a articular, dentro de contextos de extrema pobreza y vulnerabilidad.

Una segunda instancia para reflexionar sobre las condiciones de vida está referida a analizar las condiciones materiales con las que una persona tiene acceso a diferentes bienes y servicios, posibilitando analizar la capacidad de construir un proyecto de vida a la población TLGBI. Para algunos autores estas condiciones podrían ser incorporadas en la categoría de nueva pobreza, la cual consiste en una situación social caracterizada por el aumento de la pobreza urbana y el cambio de la composición en lo que se refiere a la complejidad y heterogeneidad de dicho fenómeno. “En Latinoamérica, décadas atrás, la pobreza se circunscribía con fuerza a las áreas rurales en declinación. Hoy en día, las grandes ciudades y sus periferias registran un rápido aumento de población pobre, y algunas de

sus zonas van convirtiéndose en enclaves ampliados de pobreza” (Meccia *et al.*, 2004: 8).

En el imaginario social y académico, estas identidades aparecen como un fenómeno relativamente nuevo, insertas usualmente en contextos urbanos. Esto tiene cierta verosimilitud si tomamos en cuenta los trabajos que han definido esta problemática, lo cual no implica, al menos, reconocer la importancia de investigar más sobre la situación de personas con prácticas homoeróticas y transgeneristas en el ámbito rural. Por otro lado, dentro de la literatura revisada, observamos una gran dificultad en relacionar las *narrativas sexuales* con la pobreza, por lo cual podría pensarse que no ha habido una reflexión profunda sobre el papel del dispositivo de la sexualidad en torno a la producción del régimen de la pobreza, de tal manera que muchas veces no se construye un vínculo epistémico entre personas gays o lesbianas y pobreza. En los últimos años, ha habido un conjunto de investigaciones, a pesar de ser aun limitado, que entreteje esta relación en referencia a las mujeres trans.

En este sentido, hay que señalar que la pobreza vivida entre las personas TLGBI de la región presenta múltiples niveles. La representación de estas condiciones de vida entrelaza un puente desde las problemáticas de orden social y económico hasta las de orden íntimo. De esta manera, ¿cómo se configura la pobreza en el orden social y económico para las personas TLGBI? En términos generales a través de la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. La discriminación operada por la homofobia, la lesbofobia y la transfobia estructural es la clave para configurar el ámbito donde se construye la injusticia económica y sexual.

Un acercamiento a esta realidad, lo tomamos del único trabajo cuantitativo realizado en la región andina que ha trabajado la discriminación en Bolivia no desde las variables del VIH/sida, sino interrogando directamente, sobre todo el abanico de la discriminación a lesbianas, gay, trans y bisexuales⁴. En este trabajo podemos observar que veinticuatro de cada cien personas TLGBI, han

⁴ Existen muchos trabajos cuantitativos dirigidos a población gay y mujeres trans que sondean sobre algunos aspectos de la discriminación pero sólo referido a la epidemia del VIH, usualmente usando la metodología CAP (conocimiento, actitud y práctica). Otros realizan acercamientos cualitativos sobre las mismas relaciones. También, existen encuestas realizadas en el contexto de las Marchas del Orgullo, cuyo muestra está reducida a los/as asistentes de dicho evento, sin embargo sólo se ha realizado en la ciudad de Bogotá.

percibido en su vida alguna forma de discriminación, donde la población con mayor discriminación es la población trans con un índice de 49,1 (Creative Consulting Group, 2011: XIII). Por otro lado, con respecto a la violencia, refleja que siete de cada diez personas han sufrido algún tipo de agresión, donde el índice de violencia psicológica, en todos los casos y todos los ámbitos, es el más frecuente (Creative Consulting Group, 2011: XIII).

En un análisis desagregado según ámbitos de convivencia, el trabajo señala que “un tercio de las poblaciones TLGB ha sufrido algún tipo de discriminación en una institución educativa, de donde la población trans es la más discriminada en los centros educativos (47,4%)” (Creative Consulting Group, 2011: XIII), a pesar que “las instituciones que más contacto tienen con las poblaciones TLGB, son los centros educativos desde la primaria hasta la universitaria, los centros de salud, desde los hospitales públicos hasta las clínicas privadas, y finalmente los juzgados y otras de justicia” (Creative Consulting Group, 2011: 9).

Frente a esta situación, lo más preocupante es la decisión de no denunciar, lo cual permite observar cómo las dificultades se insertan en relaciones de exclusión mucho más profundas, donde “sólo una de cada siete personas, denuncia los actos de violencia de las que son víctimas. Unos afirman que no hay respuesta positiva y que las autoridades no hacen nada. Otros no denuncian por temor a que su condición de persona TLGB quede al descubierto en los medios de comunicación” (Creative Consulting Group, 2011: XIII). En ese contexto, según Díaz, “la marginación, la pobreza, la falta de acceso a la educación, salud, protección y la falta de reconocimiento [son] situaciones que conllevan una dimensión estructural, de tal manera, que además es un imperativo el cambio de la sociedad boliviana, con mira de crear condiciones de igualdad, proceso que demanda varios años” (Creative Consulting Group, 2011: 7).

Los límites impuestos sobre la propia vida en torno a la falta de seguridad y la discriminación tienen efectos reales en las personas TLGBI, lo cual conforma un puente entre los diversos niveles de la existencia. En Ecuador, Margarita Camacho, en su libro *Diversidades sexuales y de género: exclusión social e inserción laboral en Quito*, plantea un estudio pionero a partir del cual plantea relaciones entre el ámbito laboral y la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Para ello, utiliza datos elaborados mediante una encuesta dirigida a recabar las percepciones sobre las condiciones de vida, en donde

compara las percepciones de personas heterosexuales, homosexuales y transexuales. Los datos presentados muestran cómo las personas gays, lesbianas y trans presentan menor inserción en el mercado laboral que las personas heterosexuales; sin embargo, hay que resaltar que en su estudio se hace mayor énfasis en el hecho de que las personas trans son las que menos acceden al mercado formal del trabajo, y cuyas principales actividades económicas están referidas al trabajo sexual y las peluquerías, “espacios donde las trans y los homosexuales asumidos públicamente no tienen los beneficios de ley ni acceden a servicios básicos como la atención médica, estabilidad laboral, seguridad social, etcétera” (Camacho, 2009: 116).

También señala que, en algunos casos, la intolerancia normativa en el ámbito laboral llega a excluir, aislar e inclusive subordinar a la mayoría de personas TLBGI, insertas “en ambientes heterocentros de trabajo”, donde tienen que desempeñarse y negociar en condiciones inequitativas, ya que el sistema político entiende al “principio de igualdad en su escueta y originaria versión liberal como simple producto de la condición de ‘generalidad’ que debe predicarse de la relación que liga a la ley con el ciudadano”, en palabras de Ángel Garrorena (Camacho, 2009: 118).

Camacho se interroga si “¿la práctica sexual “chueca” y la condición de género, pueden excluir laboralmente a algunas personas?” (Camacho, 2007: 43). Ella responde que “la desigual distribución de los recursos, es sin duda la base de la desigualdad global y local. Pero en el caso de las trans y de algunos homosexuales varones de Quito, estas personas se encuentran en condiciones aún más precarias que otros actores sociales en condición de riesgo; como consecuencia de haberse feminizado abierta y frontalmente en la esfera social. Lo que ha implicado que la mayoría de los casos no hayan podido mantenerse dentro de la red del sistema educativo formal; de donde fueron rechazados, avergonzados y violentados” (Camacho, 2007: 50). También señala, citando a Chamberland, que “las lesbianas son más reticentes que los hombres gays para revelar su orientación sexual en el centro de trabajo, ya que ellas temen ser discriminadas también como mujeres” (Camacho, 2007: 76).

Es importante resaltar cómo su análisis yuxtapone diversas dimensiones de análisis, intentando mostrar las relaciones dadas entre la discriminación laboral por orientación sexual e identidad de género y otros ámbitos como la educación

y la vivienda. “De hecho, es muy difícil para lesbianas, bisexuales, trans, gays, homosexuales e intersexuales acceder a una vivienda o a una plaza de trabajo bien remunerada en condiciones de respeto y dignidad si se llega a conocer su orientación sexual y de género” (Camacho, 2007: 117).

Entre sus conclusiones anota que los grupos de personas trans, gays y lesbianas, en comparación con el grupo de personas heterosexuales, dentro de la muestra analizada, “están en condiciones precarias: dedicadas/os a las labores informales e independientes” (Camacho, 2007: 110), sin acceso a la seguridad social, ni a otros derechos laborales. “En la muestra investigada se observa que un poco más de la mitad de los individuos pertenecientes al grupo hetero tienen seguridad social y están afiliados al IESS; a diferencia del grupo trans, donde apenas dos de cada diez individuos tienen afiliación al IESS” (Camacho, 2007: 137).

En particular señala que “en el caso del grupo trans, la actividad laboral en la que se insertan, la suelen conseguir prioritariamente por vínculos relacionales con personas conocidas previamente, en su lugar de procedencia o en el vecindario. Es en estos espacios urbanos donde ellas, construyen nuevos sistemas de vida, estructurados a base de nuevos modelos familiares, cimentados en necesidades y circunstancias similares que las identifica, con lazos de amistad y compañerismo de un claro matiz comunitario” (Camacho, 2007: 111). Paralelamente, en esta misma línea, podemos mencionar las contribuciones de Ronald Álvarez en su estudio sobre trabajo dentro de la comunidad trans peruana en Milán, donde analiza dicha situación en contextos de migración, haciendo énfasis en cómo las narrativas de las mujeres trans se convierten en acciones sociales para enfrentar la discriminación y la violencia. (Álvarez, 2011:32)

Este autor señala a una serie de factores que contribuyen para colocar a las personas trans dentro de un circuito de pobreza definido por la violencia, el reducido acceso al trabajo, las dificultades para incorporarse al sistema educativo, y sin duda, los límites para disfrutar de adecuados servicios de salud. Un resumen sobre estos factores, lo podemos hallar en esta cita del trabajo de Salazar referida al contexto peruano: “Las situaciones de marginación y exclusión experimentadas por la población travesti, transgénero y transexual son cotidianas, al igual que la violencia vinculada al género asumido, lo cual afecta muchas de sus posibilidades individuales y colectivas. Esta población suele ser objeto de violencia por parte de las fuerzas del orden, como la Policía y el

Serenazgo; por parte de los clientes, cuando se dedica al trabajo sexual; de las instituciones del Estado, si se trata de temas de identidad y en otras situaciones similares. Asimismo existe un reducido acceso a servicios de salud, en donde las entiendan y respondan a sus necesidades particulares; por ejemplo servicios atendidos por profesionales que respeten sus derechos, que comprendan su identidad y les brinden una atención sin discriminación. Se trata de una población, en particular la más joven, en condiciones de extrema vulnerabilidad a las ITS, el VIH/sida, la violencia y las drogas, más aun cuando se dedica al trabajo sexual”. (Salazar *et al.*, 2010: 11).

En este mismo estudio se indican algunos datos importantes que nos permiten observar de manera clara las formas en la que se reproduce la discriminación. Por ejemplo, se señala que entre la población trans existe un alto nivel de migración, tanto interna como externa, debido al deseo de mejorar la situación de vida. “La migración se puede asociar a la búsqueda de mejoras en el nivel de vida (a través del trabajo sexual), siendo Lima un puente para la eventual migración a otros países y/o al acceder a métodos para feminizar su cuerpo”. (Salazar *et al.*, 2010: 101).

También esta investigación refleja una brecha significativa entre la educación y el trabajo, ya que si bien dentro de su muestra de análisis la mayor parte de la población posee estudios secundarios (71%) y superiores (17%), las principales actividades laborales se ven limitadas exclusivamente al trabajo sexual (63.9%) y al oficio de peluquería (27.9%). Si bien las autoras esclarecen que este nivel educativo puede deberse a una tendencia debido a la muestra escogida, llaman la atención sobre la diferencia entre el nivel de educación encontrado y las limitadas oportunidades laborales. (Salazar *et al.*, 2010: 101)

Un aspecto crucial en el régimen de la pobreza está relacionado con el acceso a la educación. Un texto que menciona la relación entre educación y población trans en Ecuador reproduce las mismas condiciones arriba mencionadas. Por ejemplo, “en el grupo de Quito, indicaron que en la Universidad no las aceptan vestidas de mujer, lo cual determina que la mayoría abandone la idea de acudir a centros universitarios para acceder a una profesión y a un mejor futuro. Coinciden que esta situación les hace sentir mal, y que si la persona travestida tuviera una mayor aceptación en este sentido habría más trans con un mayor nivel educativo.” (Corporación Kimirina, 2009: 22).

En esta realidad otro elemento escasamente considerado dentro de la bibliografía producida es la participación de la raza y la etnia como variable para analizar la reproducción de la marginación y vulnerabilidad dentro de la comunidad TLGBI en la región andina. Así pues, hay que decir que es una realidad fuertemente invisibilizada. A pesar de la casi inexistencia de trabajos, debemos tener en cuenta que usar ambas categorías implica ver dos ámbitos importantes. Por un lado, las particularidades en las dinámicas de la exclusión de las personas TLGBI a partir de su posicionamiento racial dentro de la sociedad, sin duda, esta adscripción se constituye en otro de los factores para comprender el grado de discriminación frente a la sociedad y el estado. Por otro lado, debería permitir analizar la situación de las personas TLGBI dentro de sus propias comunidades, tanto indígenas como afrodescendientes.

En este ámbito son dos los aspectos más importantes. El primero, la relación entre la práctica homoerótica y transgenerista y la identidad cultural llevada a cabo por cada persona, el cual se da entre la negación y el autoreconocimiento (Fundación Ecuatoriana Equidad, 2008: 22), y cuya consecuencia sería la posibilidad de politizar dicha situación dentro de cada grupo, permitiendo el diálogo entre dichas realidades. El segundo aspecto está referido a las dinámicas de discriminación y exclusión estructuradas dentro de las comunidades étnico-raciales. En este sentido, la siguiente cita es muy reveladora: “Aunque algunas sociedades mantienen básicamente un fuerte rechazo contra la homosexualidad, eso no siempre quiere decir que todos los individuos GBTH sean rechazados o discriminados en el ámbito familiar o comunal. En algunas partes se considera a los individuos gays o bisexuales, o al menos se reconoce que el comportamiento homosexual es una práctica que existe en el interior de la comunidad, aunque no se hable públicamente de ello. En algunas comunidades es aceptable que un hombre tenga un relación con un gay, bisexual, trans u otro hombre mientras cumpla con su cultura, con el rol sexual asignado a los varones (ser insertivo en la relación sexual) y ser masculino en la sociedad” (Fundación Ecuatoriana Equidad, 2008: 22).

En todos estos diversos datos recogidos con respecto a las personas TLGBI se expresa cómo la violencia y la discriminación tienen efectos reales en ámbitos tan concretos como el trabajo y la educación. A partir de ellos, podemos encontrar algunos elementos conceptuales que nos permiten mirar las características del

régimen de la pobreza. La propia materialidad de la existencia se ve afectada por mecanismos concretos que definen el campo en el cual las personas TLGBI pueden hallar las posibilidades y/o límites de construir sus propios proyectos de vida.

Un primer puente conceptual exige ver la relación entre la vulnerabilidad y el peligro, donde han sido colocados los cuerpos de las personas con prácticas y deseos homoeróticos y transgeneristas, y la producción de determinadas relaciones de redistribución. Ambas se dan en un mismo campo social. Este puente se materializa en el sometimiento de dichos cuerpos a una estructura económica y libidinal que administra una serie de bienes que tiene como resultado condiciones de injusticia. Es decir, a ciertas personas se les niega la posibilidad de gozar del disfrute de sus demandas a través de una serie de mecanismos, desde la propia muerte hasta la expropiación de recursos (simbólicos, políticos, sociales y económicos). En este sentido, la restricción del deseo, siempre una construcción social, se da a través de cada acto que expropia la capacidad de gozar de la demanda, por ejemplo la discriminación, las limitaciones a la educación, al trabajo, entre otros. Estas expropiaciones conforman el campo discursivo que finalmente produce el interdicto colocado en el imaginario social y el cual solo deja ver en los cuerpos TLGBI una condición de abyección. En primera instancia esta lógica es la que conforma el régimen de la pobreza.

Un segundo puente conceptual ubica la dinámica de esta expropiación, inserta en las relaciones de redistribución, dentro de la lógica de la heteronormatividad. Esta lógica está dispuesta sobre la construcción del dispositivo de la sexualidad, cuya consecuencia más relevante ha sido la patologización de las prácticas y deseos homoeróticos y transgenerista. Esta expropiación ha establecido la imagen de *un cuerpo*, objeto fetiche caracterizado como androcéntrico, heteronormativo, racista y clasista, el cual impide el reconocimiento de las otras corporalidades existentes. Sin embargo, este cuerpo se transforma en un significante hegemónico cuando entendemos su profunda relación con un *gusto social heteronormativo*. Este concepto nos permite visibilizar cómo las relaciones políticas encuentran, al menos, dos niveles de interacción que ubican el lugar de las personas TLGBI, conformando un entramado social donde el régimen de la pobreza no solo reproduce pobreza “sino que produce incesantemente más pobreza y, por ende, más [personas TLGBI] pobres.” (Cabral, 2007: 8).

Un tercer puente nos exige tomar en cuenta que lo anteriormente dicho a manera de abstracción no puede anular la comprensión de los procesos subjetivos materiales de cada colectivo (trans, lesbianas, gays, bisexuales e intersexuales); sin embargo, hay que mencionar que la relevancia de comprender aquellos significantes hegemónicos insertos en el cuerpo y el gusto social heteronormativos que afectan al abanico de las otras corporalidades y subjetividades, ubicadas más allá del ideal heteronormativo, es resaltar el carácter libidinal y económico de toda estructura de dominación. De esta manera, debemos redimensionar los hallazgos de la bibliografía analizada, ya que el régimen de la pobreza en relación con las personas TLGBI no se halla en “aquello que las aúna como identidades y expresiones [...] sino en el destino social común que implica para quienes las encarnan” (Cabral, 2007: 2). En ese sentido, es importante analizar cómo los significantes expropian a cada persona en distintos niveles de su propia vida, y por tanto cómo cada una puede construir herramientas de agencia para enfrentar la misma expropiación.

Estas ideas no estarían completas sino se incorpora en nuestro análisis realizado sobre la vulnerabilidad de la propia vida y la marginalización de las condiciones de vida, el papel que juega el ámbito de la intimidad en las demandas de las personas TLGBI. Es decir, el no tomarla en cuenta como parte del círculo de pobreza sería invisibilizar el carácter del régimen de la pobreza. Este régimen reproduce la pobreza justamente mediante la limitación de las demandas en el ámbito de la intimidad, haciéndolas ilegibles frente al gusto social heteronormativo, donde la exclusión siempre se expresa en el campo de la subjetividad _entendida como producto del proceso material y estructural inserta en las relaciones de redistribución. Nos enfrentamos a preguntas tales como cuál es papel de los afectos y sentimientos en la lucha contra la pobreza, cómo el interdicto colocado sobre estos constituye pobreza, cuál es el papel de las fantasías en la reproducción de la discriminación y cómo se construyen afectos, sentimientos y fantasías en las narrativas de las formas concretas de la subjetividad.

En nuestro análisis del régimen de la pobreza con respecto al ámbito de la intimidad, solo señalaremos dos aspectos, sin restar importancia a otros múltiples ejemplos. Esta selección está basada en la relevancia expresada por los y las activistas TLGBI de la región por abordar dichas temáticas. Debemos comprender que cada una, guardando su singularidad, puede ser colocada en el ámbito de la intimidad, como espacio de límite y posibilidad.

En primer lugar, una consecuencia de la vulnerabilidad es la negación del derecho a la identidad en particular para la población trans. Algunos estudios en la región muestran como este problema es determinante al momento de comprender la vida de las personas trans. En el estudio realizado por Salazar y Villayzán, ellas “[...] apunta la importancia que tiene la identidad y el reconocimiento de ésta para las personas trans; y cuya falta de reconocimiento impide que se sientan cómodas de acceder, por ejemplo, al servicio de salud”. (Salazar et al., 2010: 15). Esta problemática ha sido parcialmente abordada en la región mediante fallos judiciales, sin embargo, siempre se requiere una cirugía de reasignación de sexo para acceder al cambio de sexo, lo cual limita gravemente dicho derecho (Navarro, s/f: 15)

Esta demanda por la identidad trans se inserta en un proceso mucho mayor, el cual se desplaza en la propia corporalidad. Un conjunto de factores constituyen este puente ya que “La identidad de género femenina de la población trans se visibiliza físicamente a través de la adquisición paulatina de características femeninas, que se van logrando a través de un largo proceso, físico y psicológico que en muchos casos se realiza de manera empírica, poniendo en riesgo la vida de ellas. Este proceso no corresponde únicamente a una cuestión estética, sino que implica la realización personal sobre cómo ellas se ven a sí mismas y cómo quieren ser vistas por los demás”. (Salazar et al., 2010: 16). Así pues, la búsqueda del reconocimiento de la identidad interpela directamente al sistema a transformar la naturalización del cuerpo biológico como un destino inalterable, y sin duda, a quebrar el imaginario dimórfico de la sexualidad. “La identidad no sólo se refleja en el cuerpo, sino en la necesidad de ser tratada en la vida cotidiana de acuerdo a esta identidad, lo cual expresaría el respeto y legitimación social de la misma” (Salazar et al., 2010: 16).

La identidad y la corporalidad en la trama de la intimidad de la población trans, resultan puestas en interdicto por el gusto social heteronormativo. La inteligibilidad de dicha demanda desde los sistemas hegemónicos funda una profunda brecha, producto del no reconocimiento de la demanda y la postergación de la soberanía personal. Esta situación resulta en graves limitaciones para el desarrollo de la propia vida, en todos los ámbitos, trabajo, educación, vivienda, salud. De esta manera, el cambio de nombre, sexo y la transformación del cuerpo parecen constituirse en límites materiales de la condición trans, solo abordado de manera

reducida por los estados andinos.

Otra manifestación de la misma problemática es el no reconocimiento de las relaciones afectivas de las personas TLGBI y su derecho a formar familia. Desde el campo de la intimidad, esta problemática determina los límites que el propio estado impone para construir relaciones mediante las cuales las personas puedan establecer proyectos comunes con diversas personas y en distintos niveles. Esta demanda entiende que la familia representa un espacio de encuentro y bienestar con el fin de establecer vínculos vitales de afecto, y por tanto exige las mismas condiciones materiales para llevar a cabo dicho proyecto. El rechazo de esta demanda define un modelo de familia, basado exclusivamente en el modelo heteronormativo, como un espacio de violencia y discriminación, ante lo cual surge la demanda de entender la familia más allá de los elementos que la han caracterizado en el imaginario social hegemónico. En ese sentido, la familia no debe significar necesariamente la reproducción del modelo burgués desarrollado durante el siglo XIX.

La negación de este reconocimiento en el debate público consiste en el rechazo sostenido por parte de los estados de no ampliar los derechos de las personas heterosexuales hacia las personas TLGBI mediante un cambio en el derecho de familia. Si bien se ha dado algunos avances en Ecuador y Colombia, estos aun no han significado un reconocimiento pleno de dicha realidad. En la misma línea se encuentra el debate sobre la adopción de niños y niñas.

Así pues, podemos observar que en el caso de las personas TLGBI, el primer vínculo civil y político conformado por la familia ha sido colocado en interdicto. El reconocimiento de la familia como primer vínculo civil y político responde a su condición de lugar material donde la subjetividad se construye y compone.

La demanda exige ir más allá de un modelo biologicista de familia donde la reproducción ocupa un lugar central, y por tanto del discurso sobre la “complementariedad de los sexos”, incorporando también a las relaciones familiares dentro de la producción política, el deseo y el lenguaje. Sin embargo, la construcción sociológica de esta demanda dentro de la comunidad TLGBI resulta de una profunda complejidad, toda vez que en múltiples sentidos podemos encontrar la reproducción de varios significantes hegemónicos. A pesar de esto, la incorporación de dicha demanda conforma la transformación del modelo

tradicional y por tanto la oportunidad de integrar al debate sobre la pobreza una dimensión muchas veces ocultada que configura nuevas formas de concebir la problemática.

Estas rutas señaladas resultan en la importancia de obtener una nueva epistemología que desplace la libertad, la democracia y la ciudadanía, a pesar de los discursos que las tratan de encasillar constantemente. Una revisión de estas categorías necesariamente exige revisar además la conceptualización de la pobreza cuando está limitada a indicadores economicistas y positivistas. Una mirada crítica sobre estos conceptos debe partir de la comprensión de las palabras de la presidenta de la REDLACTRANS, Marcela Romero: “Nosotras no conocemos la democracia”. (Cabral, 2007: 15). Esta realidad puede ser extrapolada a la vivencia de las personas TLGBI en toda la región andina. La democracia ha resultado ser un bien esquivo ofrecido a retazos y en partes.

Hemos visto que, muchas veces, categorías como libertad, bienestar y felicidad están encasilladas en modelos rígidos (heteronormativos), por ello, es importante incidir en articular una desconstrucción de aquellos elementos considerados naturales como el cuerpo, la identidad y la familia, entre otros. Esta desarticulación debe tomar en cuenta los tres ámbitos reseñados, la propia vida, las condiciones que la conforman y la intimidad, como partes del círculo de la pobreza.

De esta manera, a partir de la información recogida, comprender el régimen de la pobreza exige concebir las relaciones de dominación como una estructura económica y libidinal, ya que los elementos integrados en la problemática muestran el carácter de una redistribución de bienes cuyo efecto transparenta que las formas concretas de la subjetividad están entramadas en las dinámicas de los diversos campos de la sociedad. La estructura económica y libidinal es un modelo que intenta disolver las falsas contradicciones que pueden aparecer en el análisis de la pobreza cuando nos vemos forzados a descomponer múltiples elementos como la sexualidad, la clase y la raza, debido a que entiende que la formación del cuerpo está entrelazada con la fundación de un gusto social.

En esta relación entre cuerpo y gusto social es donde podemos comprender integralmente los efectos de la pobreza. Así, es posible entender con mayor amplitud el concepto de “capacidad humana” proveniente de Sen, la cual consiste en la capacidad de las personas para llevar sus vidas según los criterios de

valor que cada una juzgue más adecuada. (Sen, 1997). Esta posición de Sen incorpora dentro del discurso del desarrollo la importancia de la libertad y la no instrumentalización del ser humano. Sin embargo, también advierte que algunos presupuestos filosóficos de este autor basados en un universalismo kantiano, no llegan a dar cabida a muchas demandas dentro de las sociedades. Otra vez, parece importante advertir que la suposición de la libertad y la dignidad universal muchas veces oculta ciertas relaciones de redistribución. Acaso podríamos hablar de “capacidad humana” cuando nos referimos a las condiciones de vida de las personas TLGBI o dónde podríamos ver en la realidad la capacidad de llevar la vida según los propios criterios de valor.

Por ello, es crucial introducir a la reflexión el concepto de *gusto social heteronormativo* con el fin de visibilizar una producción social que supone la condición heteronormativa como frontera de la propia vida. Este concepto muestra como el imaginario hegemónico se reproduce conformando una disrupción en el vínculo entre los cuerpos reales y la imagen de un cuerpo natural, inmóvil y sexualmente dimórfico. Así pues, la pobreza se da a través de la ruptura del vínculo político entre el cuerpo vivido y el cuerpo biológico. Sin duda, una de las maneras de crear esta disrupción es el dispositivo de la sexualidad.

De esta manera, pobreza y cuerpo se presentan como conceptos ligados por el gusto social mediante una serie de dispositivos que conforman las condiciones de vida, la clase, la raza, la sexualidad, entre otros. Por ello, frente al material expuesto, podemos afirmar que una explicación de la pobreza no se halla en una lógica causal, sino más bien en un conjunto de variables intervinientes que conforman un complejo campo de injusticia social.

Específicamente, la política heteronormativa sobre los cuerpos y los afectos, construida mediante el dispositivo de la sexualidad, ha intentado normalizarlos, siempre mediante una serie de prácticas y normativas. En torno a ello, podemos ver como también las miradas desde los discursos del desarrollo dan por supuesto esta naturalización. Al leer dichas propuestas lo masculino y lo femenino se establecen como dos extremos estancos a partir de los cuales se proponen estrategias y acciones. Tal como afirman Correa y Jolly “Development interventions have been and in many cases still are based on essentialist understandings of sexuality as a natural drive, which needs to be controlled and channeled in particular ways to limits its damaging effects. Development

interventions have always dealt with sexuality, albeit in an unconscious and usually negative way, in relation to population control, disease and violence” (Correa y Jolly, 2006: 6). La demanda trans sobre una reconfiguración del cuerpo o la demanda del reconocimiento de los afectos se ubica en la posibilidad de pensar en el desarrollo más allá de la lógica de la necesidad. Un primer paso es sin duda, plantear que el desarrollo no solo tiene relación con las condiciones económicas sino con la libertad, la sexualidad y otras demandas. Por ejemplo, si el desarrollo es visto, a grandes rasgos, como progreso, en un contexto mundial donde la sexualidad es vista como peligrosa (fuente de epidemias y desbordes poblacionales), la consecuencia es un discurso desarrollista sexofóbico. En cambio, debemos pensar la sexualidad “as a source of affirmation, pleasure, intimacy and love.” (Correa y Jolly, 2006: 18).

No solo basta con vincular el desarrollo con la sexualidad (algo que ha sido hecho de manera negativa desde los discursos desarrollistas, ejemplos de ello es el VIH/sida o el control de la natalidad), sino también hay que ligarlo con la transformación de una estructura económica y libidinal que permita fortalecer las demandas de hombres y mujeres.

Esta labor de reconceptualización debería empezar viendo los rasgos de la pobreza desde otro lugar, en el cual si bien se reproducen una serie de elementos convencionalmente comprendidos en ella, deja desplazarla desde la necesidad a la demanda, entendida esta última como una articulación del goce desde el lenguaje. Para crear un puente conceptual entre lo libidinal y lo económico es necesario recurrir al concepto de goce siempre inscripto en lo “real”. Esta perspectiva solo es posible al ver que las condiciones de vida de las personas TLGBI no solo se desprende de relaciones de redistribución simplemente económicas, sino que están basadas en la propia abyección a la cual han sido sometidas.

Las personas TLGBI (también otros grupos, los/as afrodescendientes, los/as indígenas, varios grupos de mujeres, entre otros) han sido inscritas en el registro del goce y de la abyección por el discurso hegemónico. Ese es el lugar que les ha sido dado para habitar. En este orden de ideas, goce y abyección pertenecen al mismo registro, los cual desde un discurso hegemónico han sido abandonados por el lenguaje. El iniciar el camino teórico por el goce y abyección, nos permite no plantear el quehacer político desde la reproducción de un ideal

(heteronormativo, sexista, racista y clasista), sino reconfigurando los propios dispositivos de la dominación. Para ello, la propuesta no debe permanecer en este régimen de abyección, sino politizarlo, articularlo mediante un lenguaje propio y situado, ya que si bien, el interdicto siempre es un cuerpo, el lenguaje tiene un poder formidable frente al trabajo de humanización/deshumanización de cada persona.

Bibliografía

Cabral, Mauro

2007 *Me preguntaron cómo vivía / sobreviviendo, dije, sobreviviendo... Trans latinoamericanas en situación de pobreza extrema* (IGLHRC) en <www.iglhrc.org/binary-data/ATTACHMENT/file/000/000/262-1.doc> acceso 15 de Mayo de 2012.

Cáceres, Carlos

2011 “Transformaciones en el discurso sobre la epidemia al VIH como una epidemia sexuada - Paradojas y enigmas en la respuesta global” en Correa, Sonia y Parker, Richard (eds.) *Sexualidade e Política na América Latina: Histórias, Interseções e Paradoxos* (Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch/ABIA). En <http://www.upch.edu.pe/faspa/index.php?option=com_content&view=article&id=399&Itemid=407> acceso 10 de julio de 2012.

Cáceres, Carlos

2011 *et al.* (eds.) *Sexualidad, Ciudadanía y derechos humanos en América Latina* (Lima: IESSDEH-UPCH).

Camacho, Margarita

2007 *Cuerpos encerrados, cuerpos emancipados* (Quito: ABYA-Yala/El Conejo).

Camacho, Margarita

2009 *Diversidades sexuales y de género: Exclusión social e inserción laboral en Quito* (Quito: Centro de Vida y Crecimiento Personal).

Carrasco, Edgar y Montoya, Orlando

2004 “La epidemia del VIH/sida y los derechos humanos en la Comunidad Andina de Naciones” en *Revista Aportes Andinos. Discriminación, exclusión y racismo* (Ecuador: Programa Andino de Derechos Humanos-Universidad Andina Simón Bolívar) N°9, abril.

Colombia Diversa

2010 “Situación de derechos humanos de la población LGBT. Informe Alternativo presentado al Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas” (Bogotá: Colombia Diversa).

Cordero, Tatiana

2005 (coord.) *Análisis y contribución feminista a los derechos económicos, sociales y culturales* (Bolivia: Corporación Promoción de la Mujer/Taller de Comunicación Mujer/Coordinadora de la Mujer).

Cornwall, Andrea; Correa, Sonia; Jolly, Susy

2008 (eds.) *Development with a body. Sexuality, human and development* (Nueva York: Zed Books).

Corporación Opción

s/f “Diagnóstico de la situación de las personas transgeneristas en Bogotá” (Bogotá: Corporación Opción).

Corporación Opción

s/f “Propuesta de trabajo con personas transgeneristas” (Bogotá: Corporación Opción).

Creative Consulting Group

2011 *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, Discriminación y Derechos de las poblaciones TLGB en Bolivia* (La Paz: Conexión Fondo de Emancipación). En <http://www.conexion.org.bo/archivos/ENCVDD_TLGB_Bolivia.pdf> acceso 20 de mayo de 2012.

Cueto, Marcos

2001 *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/sida en el Perú* (Lima: CIES/UPCH).

Fundación Ecuatoriana Equidad

2008 *Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gay, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud. Salud sexual GBTH, ITS y VIH* (Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad).

Galarreta, María

2005 “Salud de lesbianas en Lima: apuntes desde la experiencia de atención” en *Ciudadanía sexual* (Lima) N° 16. En <<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/boletin16.htm>> acceso 15 de enero de 2013

Hernández, Toli

2011 (coord.) *Salud de lesbianas y bisexuales en LAC, construyendo nuevas realidades* (Chile: ILGA LAC).

Jaime, Martín

2010 (relat.) *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2009* (Lima: PROMSEX/Red Peruana TLGB).

Jiménez, Muriel

2012 “El homosexual en tiempos del sida: imaginarios, subjetividades y políticas públicas en Cartagena de Indias 1981-1989”, Tesis de maestría, Quito.

Kusunoki, Lourdes y Navarro de Acosta, María

2010 *Evaluación de la estrategia de promotores educadores de pares (PEPs) HSH y TS de la ESN PC ITS y VIH/sida.*

Llamas, Ricardo

s/f La construcción del cuerpo homosexual en tiempos del Sida en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (Madrid) N° 68. En <<http://www.reis.cis.es>> acceso 10 de julio del 2012.

Meccia, Ernesto

2004 *et al.* “Trabajos al margen del Trabajo. Trayectorias de vulnerabilidad de travestis y mujeres prostitutas en un Partido del Sur del Gran Buenos Aires” en *Laboratorio 13* (UBA, Facultad de Ciencias Sociales). En <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo/textos/13_4.htm> acceso 5 de mayo de 2012.

Navarro, Diana

s/f *Transgenerismo, realidades y avances en Colombia* (Bogotá).

Otero, Efraín

2000 “Acuerdos y normas nacionales e internacionales sobre ética médica y bioética. Persona y Bioética” en *Persona y Bioética* (Bogotá) N° 11-12. En <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/804/1950>> acceso 12 de octubre 2012.

Salazar, Ximena

2010 *et al.* *Las personas trans y la epidemia del VIH/sida en el Perú. Aspectos sociales y epidemiológicos* (Lima: IESSDEH/UPCH/ONUSIDA/AMFAR).

Sam Ferrari, Gina

2010 (coord.) *Estudio sobre Estrategias de Aseguramiento Universal y Atención en CERITS y UAMPS para HSH y TS.*

Sandoval, Clara

2011 *et al. Situación de la atención integral de PVVS en cuatro ciudades del Perú: acceso a los servicios de salud de las personas que viven con VIH/sida (PVVS)* (Lima: IESSDEH/UCPH).

Santivañez, Rodolfo

1998 *Derechos Humanos y SIDA en Bolivia* (Sucre: Universidad Andina Simón Bolívar).

Sen, Gita; George, Asha; Ostlin, Pirooska

2002 *Engendering International Health. The Challenge of Equality* (Estados Unidos: Massachusetts Institute of Technology).

Shah, Sonia

2007 “Experimentos clínicos en los pobres del planeta” en <<http://www.lemondediplomatique.cl/Los-experimentos-clinicos.html>>.

Tello, Janet

(coord.) *Jurisprudencia sobre la protección del derecho a la salud en cuatro países andinos y en el Sistema Interamericano* (Lima: CIES/CLADEM).

Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria

2011 “Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio” en *Salud Colectiva* (Buenos Aires) N° 7(2), mayo-agosto.

Vásquez, Angélica

2012 “Representaciones sociales del VIH de los activistas trabajando en VIH/sida en la ciudad de Bogotá”, Trabajo para optar el título de Psicología, Bogotá.

Velarde, Chaska

2011 *La igualdad en la lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay* (Lima: PROMSEX).

Vergara, Patricia

2011 “Replantear la atención ginecológica a mujeres lesbianas”, Ponencia presentada en el II Encuentro de Estudios Mesoamericanos de Género y Feminismos, Guatemala, 4 al 6 de mayo.

Anexos

ANEXO 1: INCLUSION DE LA ORIENTACION SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN LAS CONSTITUCIONES DENTRO DEL ÁMBITO DEL DERECHO A LA SALUD EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ			
Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No se menciona orientación sexual ni identidad de género.</p> <p>Artículos 18; 35, 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44 y 45.</p>	<p>No se menciona orientación sexual ni identidad de género.</p> <p><i>Artículo 358.-</i> El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo "...de las capacidades y potencialidades para una vida saludable... y reconocerá la diversidad social y cultural".</p>	<p>No se menciona orientación sexual ni identidad de género.</p> <p><i>Artículo 48.-</i> La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p><i>Artículo 49.-</i> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p>	<p>No se menciona orientación sexual ni identidad de género.</p> <p><i>Artículo 7.-</i> Derecho a la salud. Protección del discapacitado. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar, la de la comunidad, así como contribuir a su promoción y defensa [...].</p> <p><i>Artículo 9.-</i> Política Nacional de Salud. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.</p> <p><i>Artículo 11.-</i> Libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa, asimismo, su eficaz funcionamiento.</p>

ANEXO 2: INCLUSIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN LAS LEYES GENERALES DE SALUD EN Bolivia, Colombia, ECUADOR Y PERÚ

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No se hace mención a la orientación sexual, ni a la identidad de género.</p> <p><i>Ley general de salud</i> aprobada el 7 de febrero de 1984, reformada el 25 de enero de 2013. Aparece el VIH como materia de salubridad general, sin embargo se hace énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.</p> <p>Se hace mención a la orientación sexual en la <i>Resolución ministerial 0668/06</i> donde se garantiza el acceso y la atención universal de los servicios de salud a todas las personas que habitan en el territorio sin diferencia, incluida la orientación y la identidad de género.</p>	<p>Se hace mención de la orientación sexual pero no a la identidad de género.</p> <p><i>Ley orgánica de salud. Ley 67</i> (22 de diciembre 2006) Libro 1. Título 1. Capítulo 1. Disposiciones generales. Artículo 27.- Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.</p>	<p>No se hace mención ni a la orientación sexual, ni a la identidad de género.</p> <p><i>Ley 100 de 1993</i> reformada con la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.</p>	<p>No se hace mención ni a la orientación sexual, ni a la identidad de género.</p> <p><i>Ley general de Salud 26842</i> del 20 de Julio de 1997.</p>

ANEXO 3: INCLUSION DE LA ORIENTACION SEXUAL E IDENTIDAD E GÉNERO EN LAS NORMAS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN Bolivia, Colombia, ECUADOR, PERÚ

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>Código de seguridad social (14 de diciembre de 1956).</i></p> <p>Las otras leyes están referidas a seguro materno infantil y a personas de la tercera edad.</p>	<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p>El Seguro de Salud Individual y Familiar que administra el IESS, forma parte de un sistema nacional de protección social en salud donde intervienen otras instituciones tales como el Ministerio de Salud Pública, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía, los</p>	<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p>El Aseguramiento se hace mediante el POS (<i>Plan Obligatorio de Salud</i>), al que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho. (Actualizado y vigente desde enero de 2012).</p> <p>El tratamiento de pacientes con VIH es</p>	<p>No hay mención de orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>La Ley N° 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” - LMAUS</i> promulgada el 08 de abril del 2009. El sistema de seguridad social en el Perú responde a un modelo mixto porque cuenta, en materia de salud, con regímenes contributivos y un régimen estatal. “Existen cuatro tipos de afiliación a seguros de</p>
	<p>programas de salud local a cargo de los municipios, así como otros programas afines tales como los de alimentación y nutrición que administra el Ministerio de Bienestar Social. La administración del Seguro de Salud Individual y Familiar (DGSS) está a cargo de una dirección especializada, dotada de autonomía operativa, denominada Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar.</p>	<p>“copago” por ser considerado una situación de Alto Costo.</p> <p><i>Acuerdo Número 029 de 2011.</i> No mencionan LGBT. <i>Ley 516 de 1999</i> (modificatoria de ley): Reconoce la seguridad social como “derecho inalienable del ser humano” y la responsabilidad del estado como indeclinable –no hay ningún énfasis en que es un derecho que no está sujeto a discriminación de ningún tipo, tampoco del género cuando se habla del “cónyuge”. En relación <i>Ley 717 de 2001</i>, para pensión de sobrevivientes. Con respecto a la afiliación al sistema de salud de parejas del mismo sexo, la Corte Constitucional ha dictado sentencias que reconocen el derecho de afiliación del compañero o compañera permanente al régimen de salud: <i>Sentencia C-811 de 2007</i>, <i>Sentencia T-618 de 2000</i>, <i>Sentencia C-075 de 2007</i>.</p>	<p>salud: la Seguridad Social en Salud (EsSalud) que al 2008 tiene afiliado aproximadamente al 20% de la población, el Seguro Integral de Salud (SIS) [creado en el 2002] con un 33% de la población, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y los seguros privados que en conjunto alcanzarían un 4% de la población, y un 43% de la población sin seguros de salud al 2008” (San Ferrari, 2010: 8).</p>

ANEXO 4
NORMAS REFERIDAS A DISCRIMINACION, TRATAMIENTO Y CONTROL
DEL VIH/SIDA EN RELACIÓN CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN
BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Resolución Secretarial N° 0660 (diciembre 1995).</i></p> <p><i>LEY 3729 PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA, PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ASISTENCIA INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA (2007):</i> Garantiza la igualdad ante la ley de personas que viven con VIH/sida, a respetar privacidad y confidencialidad.</p>	<p><i>Artículo 35</i> de la constitución declara la atención prioritaria y especializada de aquellas personas que padezcan alguna “discapacidad, estén privadas de la libertad y quienes adolezcan enfermedades catastróficas o de alta complejidad”, tanto en instituciones públicas como privadas. Queda así garantizada la atención de las personas que viven con VIH y sida, por ejemplo, en concordancia con el <i>Artículo 11</i> que establece la no discriminación a los portadores del virus.</p>	<p><i>Resolución 5261 de 1994. Artículo 117:</i> El manejo de pacientes con VIH se considera en el nivel de “Patología de tipo Catastrófico”, ya que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.</p> <p><i>Decreto 1543/1997:</i> Reglamentación del manejo de VIH e ITS: decreta entre otros, la obligación de atención integral.</p>	<p><i>Doctrina, normas y procedimientos para el Control de las ETS VIH/SIDA (1996) Resolución ministerial 235-96- SA/DM.</i></p> <p><i>LEY N° 26626 CONTRASIDA de 1996, modificada por la Ley N°28243. Artículo 1.-</i> Objeto de la Ley: Declárese de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).</p>

ANEXO 4
NORMAS REFERIDAS A DISCRIMINACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL VIH/SIDA EN
RELACIÓN CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Artículo III.-</i> Creación del Consejo Nacional del VIH/sida que coordinará el Programa Nacional en el tema.</p> <p><i>Ley de Prevención del VIH/sida: Artículo 32.-</i> La atención integral multidisciplinaria a toda persona que vive con el VIH/sida incluidas aquellas que no tengan seguro social o médico, será obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y de seguridad social, bajo responsabilidad legal. Ningún establecimiento de salud, podrá negar un servicio a estas personas, debiendo brindarles un tratamiento igualitario, oportuno y de similar calidad y calidez que a otros pacientes.</p> <p><i>Artículo 33.-</i> El Ministerio de Salud y Deportes, como política de Estado otorgará las prestaciones médicas, asistencia hospitalaria y suministrará medicamentos antirretrovirales gratuitos a las personas que viven con VIH/sida y que no posean ningún seguro social o médico. Se ha presentado (2010) un proyecto que busca establecer un “Sistema Único de Salud” donde el aseguramiento sea gratuito e integral.</p> <p><i>Decreto Supremo 24.547 reglamenta la Ley 1687 de 1997</i> y en el subtítulo “Personas que no pueden ser donantes” (artículos N° 12, 14 y 16) especifica entre los excluidos a “hombres que tienen sexo con hombres, bisexuales”.</p>	<p><i>Artículo 67 de la Ley Orgánica de Salud.-</i> El Estado reconoce al contagio y la transmisión del VIH/sida, como problema de salud pública.</p> <p>La autoridad sanitaria nacional garantizará en sus servicios de salud a las personas viviendo con VIH/sida atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas con énfasis en medicamentos genéricos, así como los reactivos para exámenes de detección y seguimiento. Las responsabilidades señaladas en este artículo corresponden también al sistema nacional de seguridad social.</p> <p><i>Nueva Ley Integral VIH 2006</i> (que reemplaza a la ley, Ley 2000-11): “Desde la identificación de los primeros casos de VIH/sida en el Ecuador hasta la fecha las respuestas, los esfuerzos y la legislación han apuntado mayormente a la infección y no a la epidemia del VIH y se han concentrado en el ámbito de la salud: acceso a tratamiento, medicación, mejoramiento de los servicios de salud, control, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención. La ley vigente, relativamente nueva, no responde a las necesidades normativas requeridas para enfrentar la epidemia desde una perspectiva de desarrollo humano”.</p>	<p>En el <i>Artículo 12</i> se menciona que en la promoción de salud se garantice el respeto por hábitos y conductas sexuales. Se decreta la necesidad de educación sexual y reproductiva a través del ministerio de educación. Se permite la participación de ONG.</p> <p><i>Artículo 39.-</i> No discriminación.</p> <p><i>Ley 972 del 2005, artículo 3:</i> Las entidades del sistema general de seguridad social en salud no podrán negar servicios de laboratorio, médicos y hospitalarios a pacientes con VIH/sida, aún con pérdida de afiliación.</p> <p><i>Acuerdo 143 (2005)</i> del Concejo distrital de Bogotá</p> <p><i>Ley 1098 del 2006:</i> Derechos de protección de niños y adolescentes de la transmisión del VIH e ITS.</p> <p><i>Decreto 3039 del 2007,</i> donde el Plan Nacional de Salud Pública define como prioridad la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo al VIH.</p> <p><i>Ley 3442 de 2006:</i> se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/sida y los Modelos de Gestión Programática en VIH/sida.</p>	<p>Objetivos:</p> <p>a) Coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/sida y las ETS.</p> <p>b) Promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/sida y las ETS.</p> <p>c) Proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/sida y las ETS en el país.</p> <p>La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:</p> <p>a. Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social; b. Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria; c. El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y sida, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema; d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para</p>

ANEXO 4
NORMAS REFERIDAS A DISCRIMINACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL VIH/SIDA EN RELACIÓN CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Resolución Ministerial 0711</i> para la prevención y vigilancia del VIH/sida en Bolivia, del 2002. Reglamento: “Las disposiciones contempladas en la presente Resolución Ministerial, se aplicarán a todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de atención integral, prevención, vigilancia de segunda generación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”.</p>	<p><i>Acuerdo No. 398 del 13 de Julio de 2006</i>, expedido por el Ministerio de Trabajo y Empleo, prohíbe en el Ecuador prácticas excluyentes en el plano laboral por asuntos de salud, incluyendo la infección de VIH/sida, en personas en capacidad de trabajar.</p>	<p><i>Acuerdo 08 de 2009</i>: Cobertura de análisis diagnósticos, se incluye servicios de pacientes con VIH en el POS. El POS cubre atención integral necesaria de persona con VIH y SIDA.</p>	<p>mantener, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las PVVS; y, e. Otras, que por la naturaleza de la atención sean necesarias para el logro de la atención integral de la salud.</p> <p><i>Artículo 8.-</i> La Ley de Presupuesto considerará como gasto prioritario dentro de la partida del sector salud el presupuesto para la ejecución de CONTRASIDA.</p> <p><i>Directiva N° 008-98-PROCTSS</i>, Profilaxis con Cotrimoxazol e indicación de recuento de Linfocitos CD4+ en pacientes VIH positivos. (1998)</p> <p><i>Resolución Ministerial 081-99-SA/DM</i> Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/sida (1999)</p> <p><i>Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/os Trabajadoras/es Sexuales y HSH (N° 030-MINSA/DGSP - V.01).</i></p> <p><i>Ley 27450</i>, Ley que exonera de impuestos a medicamentos ARV (2001).</p> <p><i>Ley 27270</i>, Ley que penaliza la discriminación sin hacer mención de la orientación sexual e identidad de género.</p> <p><i>Directiva N° 09-MINSA/GGSP-DEAIS-V:01</i> mediante la cual se implementa el Sistema de Promotores Educadores de Pares en poblaciones vulnerables para la prevención de ITS y VIH/sida.</p>

ANEXO 5
NORMAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES PARA
TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ley 1737 de 1996:</i> Política Nacional del Medicamento.</p> <p><i>Decreto supremo N° 0451 (17 de marzo de 2010).</i> El artículo 13 garantiza el acceso al tratamiento antirretroviral.</p>	<p><i>Ley 2000-11, Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/sida:</i> Establece la exoneración de impuestos a las exoneraciones de medicamentos e insumos para combatir el VIH/sida.</p> <p>“Ley de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano (Codificación N° 2005-019)”.</p>	<p><i>Resolución 5261/1994:</i> Anticuerpos para VIH 1 y VIH 2, Western Blot, CD4, CD8.</p> <p><i>Acuerdo 228/2002; Acuerdo 282/2004;</i> Medicamentos antirretrovirales e inhibidores de la proteasa. Régimen Subsidiado: <i>Acuerdo 306/2005;</i> Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad: <i>Acuerdo 336/2006; Acuerdo 380/2007;</i> condón masculino de látex; <i>Acuerdo 368/2007.</i></p> <p><i>Ley 972 de 2005:</i> declara de interés y prioridad de la República de Colombia la Atención integral estatal a la lucha contra el VIH/sida, el SGSSS garantizará el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la infección, etcétera.</p>	<p><i>Directiva sobre Profilaxis con Cotrimoxazol e Indicación de Recuento de Linfocitos CD4 en Pacientes VIH Positivos (008-98-PROCETSS).</i></p> <p><i>Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de Gran actividad –TARGA en adultos infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana (NT N° 2004-INSA/DGSP-V.01).</i></p> <p>1.1. Toda persona con diagnóstico de Infección por VIH/sida será considerada para su ingreso a la TARGA según su estado clínico, inmunológico y virológico.</p> <p>1.2. El ingreso a la TARGA es voluntario.</p> <p>“El inicio de la TARGA debe ser discutida con el paciente. El éxito de las recomendaciones para el inicio de la terapia depende del estado clínico, inmunológico y virológico del paciente y su compromiso de adherirse a la TARGA”.</p> <p><i>Ley 27450 del 19 de mayo del 2001:</i> Ley que exonera del pago de impuesto general a las ventas y de los derechos arancelarios a los medicamentos para tratamiento oncológico y VIH/sida.</p> <p><i>Ley 28243 (31 de mayo 2004) que amplía y modifica la Ley 26626:</i> establece la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, priorizando a los grupos vulnerables y de pobreza extrema.</p>

ANEXO 5
NORMAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES PARA
TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
			<i>Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de Gran actividad – TARGA en adultos infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana (RM 311-2005/ MINSA, del 25 de abril del 2005).</i>

ANEXO 6
NORMAS SOBRE DIAGNÓSTICO, CONFIDENCIALIDAD Y ENSAYOS CLÍNICOS EN RELACIÓN
CON EL VIH/SIDA EN Bolivia, Colombia, ECUADOR Y PERÚ

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Ley para la prevención del VIH/sida, Protección de los Derechos Humanos y asistencia Integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/sida (2007).</i></p> <p><i>Capítulo 5, Artículo 19.- “I. Ninguna persona será sometida a pruebas obligatorias para el diagnóstico de VIH-SIDA, salvo en los casos que se establecen a continuación, sujetas a normas de atención: [...]”.</i></p>	<p><i>Ley de Derechos y Amparo al Paciente (Ley N° 77) (1995, con modificaciones en el 2006).</i></p> <p><i>Artículo 4.- Derecho a la confidencialidad.-</i> Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.</p>	<p><i>Decreto 1543/1997, Artículo 37.-</i> Derecho al consentimiento informado en las prácticas de laboratorio para VIH. (Capítulo IV: Investigación).</p> <p><i>Ley de ética médica (ley 23 de 1981).</i></p> <p><i>Resolución 8430 de 1993.</i></p>	<p>A partir del año 2003, el Instituto Nacional de Salud es el ente encargado de mantener el registro de estas instituciones y las autorizaciones para el desarrollo de protocolos o ensayos de Investigación Clínica. Existen trece Comités de Ética reconocidos formalmente por el INS (hasta el 2003), quienes cuentan con certificación internacional.</p>

**ANEXO 6: NORMAS SOBRE DIAGNÓSTICO, CONFIDENCIALIDAD Y ENSAYOS CLÍNICOS EN
RELACIÓN CON EL VIH/SIDA EN Bolivia, Colombia, ECUADOR Y PERÚ**

Bolivia	Ecuador	Colombia	Perú
<p><i>Decreto supremo N° 0451 (17 de marzo de 2010), artículo 43.</i></p>	<p><i>Artículo 5.- Derecho a la información.- (Reformado por el lit. b de la Disp. Gen. Cuarta de la Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.</i></p> <p><i>Nueva Ley Integral VIH (2006). Artículo 5:</i> <i>k. Consentimiento previo informado.- Toda persona tiene derecho a expresar su consentimiento previo, de manera informada, libre, expresa, autónoma para todo tipo de procedimiento o acción, en especial respecto de los exámenes diagnósticos de VIH/sida, los que serán siempre voluntarios, individuales, confidenciales y codificados.</i></p>		

ronda /país	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
2		<p>Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención en ITS/VIH/SIDA con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia (Organización Mundial para la Migración) Del 01/07/2004 hasta 03/06/2008</p>	<p>Proyecto Nacional para la lucha contra el VIH/SIDA en Ecuador Del 01/03/2005 hasta 28/02/2011</p> <p>Proyecto Nacional para la lucha contra el VIH/SIDA en Ecuador (CARE Ecuador) Del 01/06/2006 hasta 28/02/2010</p>	<p>Fortalecimiento de la prevención y el control del sida y tuberculosis en el Perú (CARE-Perú) Del 04/11/2003 hasta 31/12/2008</p>
3	<p>“Acciones complementarias de promoción de la salud, vigilancia, tratamiento y prevención, para la sostenibilidad del control del VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Bolivia”. (Centro de investigación, educación y servicios) Del 01/07/2004 hasta 01/07/2006</p> <p>“Acciones complementarias de promoción de la salud, vigilancia, tratamiento y prevención, para la sostenibilidad del control del VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Bolivia”. (PNUD, Bolivia) Del 01/05/2006 hasta 31/01/2007</p> <p>“Acciones complementarias de promoción de la salud, vigilancia, tratamiento y prevención, para la sostenibilidad del control del VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Bolivia”. (Asociación Ibis-Hivos) Del 01/02/2007 hasta 31/01/2010</p>			

5				Cerrando brechas: hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio para VIH-SIDA y TB en Perú (CARE-Perú) Del 01/09/2006 hasta 30/09/2011
6				Planes nacionales Multisectoriales: integrando recursos para la lucha contra el VIH-SIDA en el Perú (CARE-Perú) Del 01/10/2007 hasta 30/09/2012
9	Reducción de la prevalencia de nuevas infecciones de ITS y VIH y de la morbilidad y mortalidad en Bolivia (Asociación Ibis-Hivos) Del 01/09/2010 hasta 31/12/2012	Construyendo capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios preventivos y de salud y reducir la morbi-mortalidad y vulnerabilidad en asociada con el VIH/ sida en grupos clave afectados (Cooperative Housing Foundation International, USA) Del 01/04/2011 hasta 31/03/2013	La respuesta del Ecuador al VIH: un acercamiento multisectorial hacia el acceso universal y la prevención en población con mayor riesgo (Ministerio de Salud) Del 01/01/2011 hasta 31/12/2012 La respuesta del Ecuador al VIH: un acercamiento multisectorial hacia el acceso universal y la prevención en población con mayor riesgo (Corporación Kimirina) Del 01/01/2011 hasta 31/12/2012	
10				Construyendo capital social para la prevención del VIH y el acceso a la salud integral de la población trans, gay y HSH, sin transfobia, ni homofobia en el Perú (INPPARES) Del 01/01/2012 hasta 31/12/2013

Fuente: Fondo Mundial, en: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Home/Index>

Elaboración propia

