

Formación de líderes para la prevención del VIH: percepciones y conocimientos sobre el virus en un contexto minero de Colombia*

DIANA CASTRO-ARROYAVE, SANDRA PATIÑO, NATALIA GÓMEZ, LINA GÓMEZ,
DORIAN OSPINA, JUAN DAVID OSORIO, RAFAEL GALVIS Y CARLOS ROJAS

DIANA CASTRO-ARROYAVE

Grupo de Estudio en Pedagogía, Infancia y
Desarrollo Humano, Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia
dianamariac@yahoo.com

SANDRA PATIÑO

Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
sandrapalon@gmail.com

NATALIA GÓMEZ

Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
natyomez43@hotmail.com

LINA GÓMEZ

Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
limagobe@gmail.com

DORIAN OSPINA

Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
dorianospina24@gmail.com

JUAN DAVID OSORIO

Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
juandak@gmail.com

RAFAEL GALVIS

Hospital San Juan de Dios de Sonsón, Sonsón,
Antioquia, Colombia
rafaelgalvislopez@gmail.com

CARLOS ROJAS

Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
carlosrojasudea@yahoo.com

El estudio, basado en investigación cuantitativa y de ciencias sociales, implementó y evaluó una intervención rápida para la prevención del VIH con énfasis en la formación de líderes comunitarios en contextos mineros. En un periodo de cinco meses, se formó a diez líderes locales que a su vez capacitaron a 277 personas entre mineros y habitantes de la zona. Se observaron cambios en percepciones y conocimientos sobre el VIH y ninguna de las 183 pruebas realizadas resultó reactiva para VIH. Se identificaron vacíos en conocimientos y falsas creencias sobre la infección en la población minera y no minera. Se concluyó que la formación de líderes potencia la participación comunitaria, la promoción de la salud y la capacidad instalada para prevenir el VIH en comunidades.

PALABRAS CLAVE: VIH, investigación participativa basada en la comunidad, minería, liderazgo, prevención

Training Community Leaders for HIV Prevention: Virus Knowledge and Perception in a Mining Context in Colombia

The study, based on the principles of qualitative research and social sciences, implemented and evaluated a rapid intervention for the prevention of HIV in mining contexts, which prioritized the training of community leaders. During a period of five months we trained ten leaders, who trained as well a group of 277 inhabitants, including miners and non miners. As a result we observed changes in the level of knowledge and perceptions about HIV. None of the 183 persons tested for HIV —rapid test— was reactive. We found important gaps in the knowledge about HIV combined with misconceptions about the infection in miners and non miners. We conclude that training of community leaders strengths community participation, health promotion and local capacity to prevent HIV in communities.

KEYWORDS: HIV, community-based participatory research, mining, leadership, prevention

Introducción**

Se estima que durante las últimas tres décadas más de 60 millones de personas en todo el mundo se han infectado con el VIH y más de 30 millones han muerto a causa del sida. Según informes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSida), hasta diciembre de 2013 había en el mundo unos 35 millones de personas infectadas con el VIH. Ese mismo año, hubo cerca de 1.5 millones de muertes por sida y 2.1 millones de nuevas infecciones (ONUSida, 2014: 8). En Latinoamérica, la prevalencia es de 0.4% en personas de 15 a 24 años de edad. La epidemia en esta región se mantiene estable, la transmisión sigue siendo más amplia en poblaciones de mayor riesgo, como trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres (Morosini, 2011:15; ONUSida, 2011).

En Colombia, desde 1983 y hasta diciembre de 2012, se había reportado un total de 95 187 casos de infección por el VIH, el sida y la muerte asociada a éstos. Para 2012, ingresaron, por medio del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), un total de 8 196 casos: 5 914 hombres —72.2%— y 2 282 mujeres —27.8%—. La prevalencia para toda la población colombiana ha sido estimada en 0.52% en 2011

* Artículo vinculado a la investigación “Implementación de un programa de prevención del VIH con comunidades mineras de Sonsón, Antioquia”. Subvenciones: Hospital Municipal San Juan de Dios de Sonsón, Antioquia, y Universidad de Antioquia, por medio de la Dirección de Regionalización de la Vicerrectoría de Extensión y de la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013-2014.

** Agradecemos a los líderes, por su dedicación y compromiso con la comunidad y su formación. Al doctor Juan Arroyave, gerente del Hospital San Juan de Dios de Sonsón. Al profesor Sergio Rodríguez y a la estudiante Ana Jeimy Manrique, de la UdeA, sede Sonsón, Antioquia. Al personal del Centro de Salud del Corregimiento, en especial al psicólogo, por su empeño y liderazgo en el proceso comunitario. A todos los habitantes del corregimiento de San Miguel y a los administradores de las minas que abrieron sus puertas para que se llevara a cabo este proceso. Agradecemos a la Dirección de Regionalización de la Vicerrectoría de Extensión y a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Antioquia.

y en 0.5% en 2012. Debido a que grupos poblacionales específicos, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), cuentan con prevalencias que alcanzan valores hasta de 20%, se dice que el VIH en Colombia tiene un comportamiento de epidemia concentrada en grupos de riesgo. En Antioquia —departamento ubicado en la región noroeste de Colombia—, entre 1983 y 2012 fueron notificados 12 414 casos, de los cuales 10 272 son hombres y 2 142 mujeres. La incidencia de casos notificados de VIH/sida y muerte para 2012 en este departamento fue de 17.3 casos por cada 100 000 habitantes (Osorio, Luque y Ávila, 2013).

La terapia antirretroviral está disponible en Colombia y se estima que 72% de los casos diagnosticados tiene acceso al tratamiento, aunque con frecuencia se presentan interrupciones en el suministro de los medicamentos (Torres *et al.*, 2011: 46). En cuanto al acceso al diagnóstico, en junio de 2013 se aprobó la Resolución 2338, en la que se establece la realización de pruebas rápidas para VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), debido a que la detección temprana de las ITS tiene un impacto favorable en su prevención. Por ello, entre de las estrategias nacionales está la de eliminar las barreras de acceso al diagnóstico oportuno mediante el uso de pruebas rápidas en habitantes (Osorio, Luque y Ávila, 2013).

En esta perspectiva, el gobierno colombiano incluyó la lucha contra el VIH en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes), para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio definidos para 2015. Este documento analiza la importancia de las estrategias de prevención y atención, y busca disminuir, al menos en 1%, la infección en personas entre 19 y 49 años de edad, y en 2% los casos por transmisión vertical, que en 2008 fue de 5.8% (Conpes, 2015; OPS, 2014). Al mismo tiempo, se pretende aumentar la cobertura de tratamientos, lo que implica pasar de 71% a 85.5% en 2015. El Ministerio de Salud y

Protección Social (Minsalud) se propuso implementar programas de prevención primaria y secundaria, fortalecer el diagnóstico temprano y aplicar protocolos de tratamiento para frenar la progresión al sida y disminuir los costos de hospitalización y complicaciones, así como la incapacidad y la mortalidad (Minsalud, 2006a; 2006b).

Lo anterior está vinculado al Convenio 161 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2001)¹ que establece la obligación de formular, aplicar y reexaminar periódicamente una política nacional sobre servicios de salud en el trabajo, además de establecer este servicio de manera progresiva para trabajadores de todos los sectores de acuerdo con los riesgos específicos de cada actividad. En lo que se refiere a la minería, el ambiente peligroso o de riesgo se extiende más allá de las minas. Ésta es una de las razones por las cuales los mineros están entre las poblaciones más vulnerables en varios ámbitos, pues es común que tales ambientes no cuenten con las medidas de salubridad adecuadas, acceso a agua potable o atención primaria en salud. Muchas veces esta actividad se desarrolla en campamentos improvisados y sin servicios públicos, lo que favorece la aparición de enfermedades relacionadas con las condiciones higiénicas. Este contexto también se hace propicio para el arraigo del delito, el trabajo sexual y las ITS, entre ellas el VIH, a lo que se suma el carácter de ilegalidad para el caso colombiano. En estos lugares, los servicios de atención de salud pueden ser limitados o estar ubicados muy lejos de la mina, de modo que el acceso es difícil (Xu *et al.*, 2008: 558).

Respecto a la formación de líderes en VIH, Panamá se ha destacado en el último lustro por generar espacios de formación en materia de prevención con jóvenes y adolescentes. Desde 2009, se han realizado talleres participativos anuales con grupos de

1 Ratificado por Colombia el 25 de enero de 2001. Aprobado en virtud de la Ley 378 de 1997.

líderes que tienen la misión de llevar mensajes sobre VIH a escuelas, comunidades y espacios públicos. Estos espacios formativos son de corta duración y han sido auspiciados por entidades como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A partir de la experiencia con adolescentes, se desarrolló una guía metodológica para trabajar en prevención con esta población (Idemi, 2014).

En Colombia, al final de la década de 1970 y durante la de 1980, tuvo auge la figura de los promotores de salud, quienes debían acercar a la comunidad los servicios formales de salud. Por cambios de paradigma, esa figura desapareció. Más tarde, emergieron algunos programas que potenciaron la salud mediante estrategias de educación en salud, pero sin énfasis específico en el VIH. Se conocen experiencias de programas de prevención implementados de manera directa por profesionales del área de la salud y las ciencias sociales, pero la formación de líderes comunitarios en VIH ha sido incipiente. A pesar de algunas iniciativas como la de los departamentos de Santander y La Guajira, en las que los gobiernos locales y organizaciones de salud internacionales han sumado esfuerzos para capacitar comunidades de base en prevención del VIH, la perdurabilidad de estas iniciativas en el tiempo y el impacto han sido bajos. No se conoce una apuesta por el empoderamiento local (Pardo y González, 2011).

Desde 2010, el Programa de Investigación en Prevención de VIH con Comunidades ha trabajado en la formación de líderes en salud, primero con dos comunidades indígenas embera chamí de Antioquia y después con integrantes de la etnia wayuu de Maicao, La Guajira. La formación en prevención del VIH se ha centrado en talleres participativos desarrollados en contexto a partir de las experiencias particulares de cada grupo. Los líderes han logrado reconocimiento dentro de sus comunidades por sus conocimientos sobre el VIH y el acompañamiento de las personas viviendo con VIH (PVV).

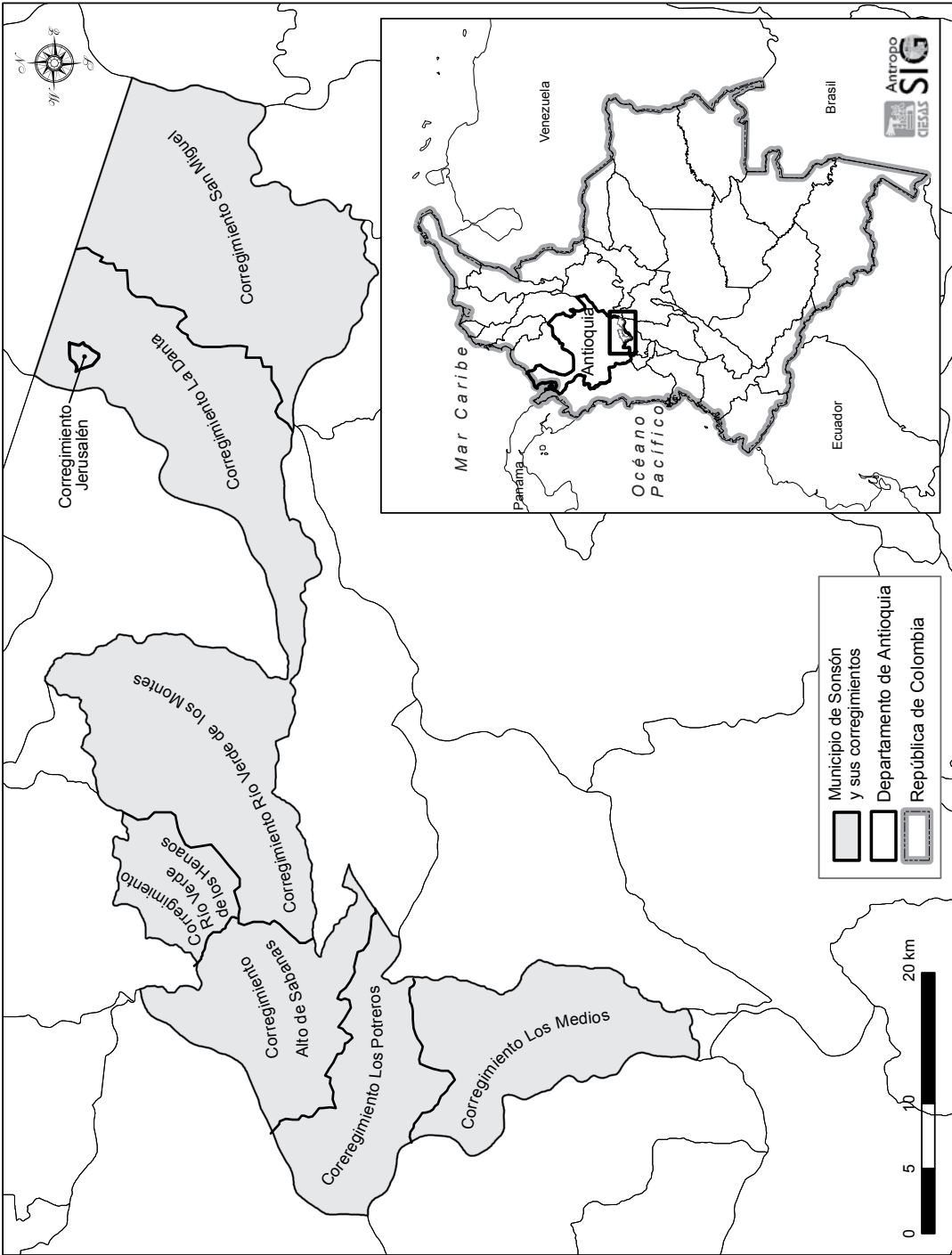
En el marco del Programa de Investigación en Prevención de VIH con Comunidades, de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la Universidad de Antioquia (UdeA), en alianza con el Hospital Municipal San Juan de Dios de Sonsón, se desarrolló durante cinco meses en 2014 el proyecto “Implementación de un programa de prevención de VIH con comunidades mineras de Sonsón, Antioquia”. El eje de éste y otros programas es la prevención de VIH y otras ITS, con componentes clave como la formación de líderes y la realización de pruebas diagnósticas para identificación temprana del virus y posterior análisis de la frecuencia con que se presenta el VIH en las comunidades. Mencionaremos ambos componentes, pero el énfasis está en el primero.

Metodología

La zona de estudio fue el corregimiento de San Miguel, fundado en 1939 por pobladores provenientes de los departamentos de Caldas, Quindío, Tolima y Boyacá, quienes, asociados a unos primeros colonos provenientes de Antioquia, levantaron el primer caserío en la hacienda que hoy se conoce como San Miguel Viejo. San Miguel se ubica al sureste del Magdalena Medio Antioqueño, limita al norte con Puerto Triunfo, al sur con Samaná —Caldas—, al oriente con Caldas y al occidente con Argelia y Corcóná. Su temperatura oscila entre los 28 y 32° C, pertenece al bosque húmedo tropical.

Desde su fundación, la actividad económica de los pobladores de San Miguel se basó en la agricultura y la explotación de madera; a partir de las condiciones generadas, se instauró la ganadería extensiva. Más tarde, la riqueza pesquera del río La Miel posibilitó la explotación de este recurso, pero la contaminación por explotación de oro con mercurio y la pesca indiscriminada causó su reducción dramática. En cuanto al comercio y los servicios, de los 47 establecimientos comerciales, 30% son

MAPA DE LOCALIZACIÓN DE SAN MIGUEL



Fuente: Elaborado por Antroposig, CIESAS.

expendios de licor al público, como cantinas, heladerías y tabernas. Desde 1982, hay explotación minera aurífera a lo largo del territorio (Cuellar, 2010).

En sus acciones, el estudio buscó vincular a los habitantes en general de San Miguel, puesto que todas las familias de la zona tienen relación directa con la minería. La informalidad predomina en esta actividad, por lo que los habitantes participan en ella de manera permanente o temporal, como fuente de recursos económicos para la satisfacción de necesidades básicas de la familia. En el desarrollo del estudio participaron líderes y grupos comunitarios, instituciones educativas y de salud, en general, hombres y mujeres mayores de 13 años de edad, como se verá en la descripción de actividades y resultados.

El estudio abarca varios componentes cuantitativos y se apoya en la investigación social (IS) para el desarrollo de sus actividades. En este artículo, la IS se materializa en el desarrollo de la formación de líderes y en la identificación de percepciones de la comunidad frente al VIH/sida. Los instrumentos principales fueron una encuesta —validada en estudios similares—, diarios de campo de las observaciones, talleres y conversatorios abiertos con la comunidad. Se siguieron los principios metodológicos de la Community-Based Participatory Research (CBPR), comprendida como el aprovechamiento colaborativo de los recursos, que involucra de manera equitativa a todas las partes o aliados en el proceso de investigación y reconoce las fortalezas que cada uno aporta al estudio. Esta perspectiva, que también puede tomarse como un tipo de estudio, parte de la demanda específica de la comunidad (Minkler y Wallerstein, 2011), como este proyecto.

Con esta modalidad investigativa, se buscó incentivar la participación comunitaria (Díaz, 2005). Avanzamos con los líderes formados en la producción de conocimiento y la promoción de la transformación social tendente al cambio de conocimientos sobre VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) en general entre los habitantes de San Miguel.

El estudio desarrolló una variedad de acciones que apuntaban a dos componentes principales: la formación de líderes comunitarios para la prevención del VIH, el cual es el foco central del artículo, y el diagnóstico de VIH en la población de San Miguel, cuya finalidad era describir la realidad de un contexto minero respecto al virus.

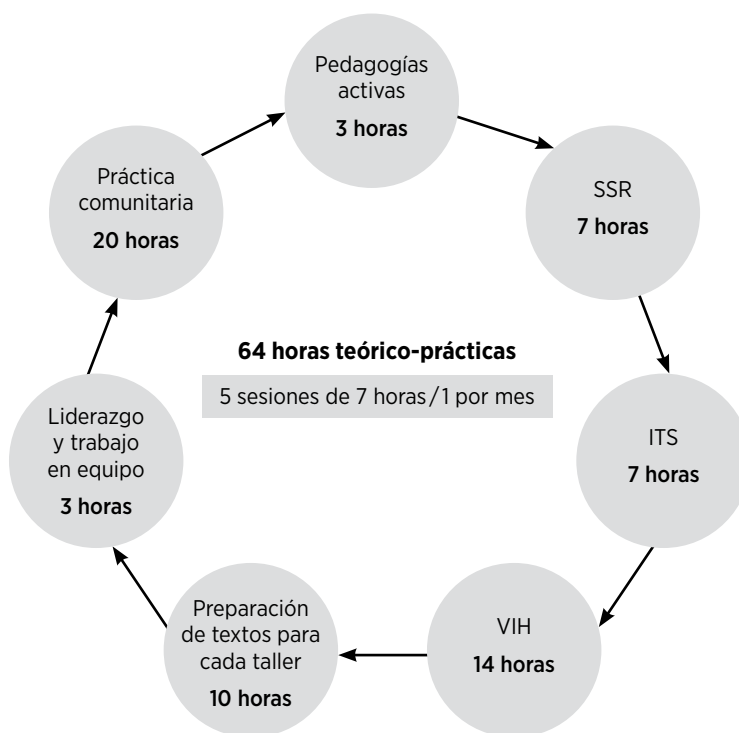
COMPONENTE I. LA FORMACIÓN DE LÍDERES Y EL ANÁLISIS DE PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS SOBRE VIH

1. Para conformar el grupo de líderes, se realizó una convocatoria abierta para hombres y mujeres de diferentes edades, liderada por el Centro de Salud y el equipo de investigadores. Entre los criterios de selección, destacaron el nivel básico de escolaridad y la experiencia e interés en el trabajo comunitario. La convocatoria se cerró con 24 personas inscritas para el curso “Formación de líderes para la prevención del VIH”.

2. La formación de líderes se apoyó en los preceptos de la perspectiva constructorista de la Educación Experiencial (Lucker y Nadler, 1997: 3), la cual partió de aprendizajes y experiencias previas con comunidades rurales en situación de vulnerabilidad y de las propias vivencias y características de los participantes para generar metodologías activas que sensibilizaron sobre el riesgo y la prevención del VIH y apostaron al empoderamiento local y a la capacidad instalada.

El curso se estructuró en módulos mensuales, impartidos en cinco sesiones presenciales, con una duración promedio de siete horas cada una, y un mínimo de 20 horas de práctica socioeducativa con las comunidades, acompañadas por el psicólogo del Centro de Salud de San Miguel y el equipo de investigación, y 10 horas de tiempo independiente para preparar los talleres y realizar las lecturas previas a los encuentros (véase la gráfica 1).

GRÁFICA 1. ESTRUCTURA DEL CURSO



Fuente: Elaboración propia.

Es relevante señalar que en el módulo de VIH se estudiaron temas como generalidades, prevención, diagnóstico y tratamiento de esta infección, así como las falsas creencias alrededor del VIH, el estigma y la discriminación asociados. Estos temas permitieron brindar herramientas metodológicas y didácticas para el trabajo con grupos etarios y fortalecer aspectos como liderazgo, trabajo en equipo y comunicación, además de facilitar conocimientos sobre el VIH y otras ITS. Esto consolidó sus habilidades como líderes comunitarios, que serán útiles en otros espacios y actividades comunitarias.

3. Después de desarrollar los temas del curso, los líderes se dividieron en duplas o tríos de trabajo y focalizaron su práctica en grupos de interés, como mineros, pescadores, estudiantes, madres comunitarias, entre otros, con el propósito de llegar al mayor

número posible de habitantes, de diferentes edades, ocupaciones y género, todos habitantes de esta zona minera, en la que al menos uno de los integrantes de las familias ha estado vinculado a la minería.

Los talleres se centraron en actividades educativas, basadas en metodologías activas, que partieron de los conocimientos obtenidos en el curso y de la lectura personal de los líderes sobre su contexto. Cada líder confrontaba y aplicaba sus conocimientos desde la perspectiva del aprendizaje significativo (Ausubel, Novak y Hanesian, 1997). Entre las actividades estaban:

- Apoyo en la realización de pruebas rápidas para VIH con población relacionada directamente o indirectamente con el sector minero.

- Pausas pedagógicas en lugares de trabajo de los habitantes de San Miguel.
- Conversatorios informales en espacios públicos o puntos de encuentro comunitario.
- Talleres con grupos organizados, convocados directamente por los líderes.

4. Al comienzo y al final del curso, se realizó un sondeo de conocimientos básicos entre los líderes. La finalidad era hacer un seguimiento a la aprehensión de nuevos conocimientos e identificar falsas creencias relacionadas con el VIH. Entre los participantes que presentaron ambas evaluaciones, se realizó una prueba *t de Student para datos pareados* para establecer si hubo diferencias significativas en los puntajes totales promedio de las dos pruebas. Además, mediante la prueba estadística para diferencia de proporciones, se analizaron los cambios en los aciertos de cada pregunta para los dos momentos en que se realizó la prueba.

5. A partir de las fuentes de información y los datos obtenidos mediante la encuesta, los diarios de campo y los talleres, se realizó el análisis cuantitativo de los conocimientos que los participantes en el estudio tenían frente al VIH. Desde el punto de vista cualitativo, con ayuda del Atlas.ti 6.2, se identificaron las principales percepciones frente al virus y la convivencia con personas infectadas, lo que dejó ver las falsas creencias, el estigma y la discriminación que son producto de ellas.

COMPONENTE II. DIAGNÓSTICO DE VIH EN LA POBLACIÓN DE SAN MIGUEL

Al mismo tiempo que se llevaba a cabo la formación de los líderes, y desde las perspectivas de la investigación y la prevención, se aplicaron 183 pruebas rápidas VIH1/VIH2 y sífilis (TP) de tercera generación en muestras de sangre capilar —DETERMINE®—, para identificar la presencia de anticuerpos para VIH

—prueba presuntiva— y el mismo número de encuestas epidemiológicas a habitantes de San Miguel. Quienes aceptaron participar de manera espontánea y voluntaria acudieron al Centro de Salud y a las minas de oro en las que se llevó a cabo la actividad. Los criterios de inclusión para participar fueron: hombres y mujeres residentes de San Miguel, mayores de 15 años de edad, que hubieran comenzado a tener relaciones sexuales y que aceptaran firmar el consentimiento informado.

Respecto a las consideraciones éticas, se consultó a la comunidad con anterioridad y se contó con el aval del comité de ética de la FNSP. El personal de salud de la localidad, los líderes y el equipo interdisciplinario de la FNSP firmaron actas de confidencialidad. Antes de comenzar, se socializó el proyecto con la comunidad en general y los resultados se dieron a conocer a la comunidad y al grupo de líderes formado y certificado por la UdeA para continuar con la prevención del VIH en la región. Los participantes de la encuesta y de las pruebas rápidas recibieron asesoría antes y después, y firmaron el consentimiento informado antes de la toma de la muestra de sangre.

Resultados

Si bien se exponen resultados de los dos componentes del estudio, se pone el énfasis en la formación de líderes, pues éste es el objetivo del artículo.

COMPONENTE I. LA FORMACIÓN DE LÍDERES Y EL ANÁLISIS DE PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS SOBRE VIH

1. En un principio, se inscribieron 24 personas para el curso “Formación de líderes para la prevención del VIH”, de las cuales asistieron 20, la mitad eran mujeres. Las edades de los participantes oscilaban

entre los 13 y los 55 años, el promedio fue de 32 años —DE±11,5—. Respecto a la escolaridad, el último grado cursado por 35% de los participantes fue el 11, con el que se concluye la educación básica secundaria, 15% estaba en el nivel profesional y la misma proporción sólo cursó la educación básica primaria, hasta el grado 5. En cuanto a la ocupación, 20% de los inscritos eran estudiantes y 10% mineros.

Desde el comienzo, el grupo fue heterogéneo en cuanto a edad, sexo, ocupación, escolaridad, ideales, pero todos tenían interés e incidencia en la cotidianidad de San Miguel por su participación activa en grupos comunitarios y programas coordinados por entidades públicas y privadas.

Durante el desarrollo del curso, 50% de los participantes desertó por razones asociadas principalmente a compromisos escolares, actividades laborales y el surgimiento de oportunidades de empleo. Del grupo de los 20, casi 30% asistió a la mitad de las sesiones teóricas y 50% de los participantes (véase el cuadro 1) culminó de manera satisfactoria tras cumplir con los criterios de asistencia mínima a las sesiones mensuales, la aprobación de prueba de conocimientos y la práctica grupal en campo. En lo referente a la escolaridad de estos diez líderes, 40% alcanzó niveles de educación secundaria. Rescatamos que de dos mineros que comenzaron el proceso, uno culminó su formación.

2. El resultado del trabajo práctico realizado por los líderes dentro de la formación está conformado por las actividades educativas en las que participaron 277 personas de San Miguel, mayores de 13 años de edad, entre ellos, un grupo de 25 personas que fue capacitado directamente en la mina (véase el cuadro 2). Entre los grupos de madres, adultos mayores y pescadores se encuentra un número de personas que alterna la minería con otras actividades laborales de manera informal, es decir que aunque ejerzan otras funciones y roles, tienen relación permanente o temporal con la minería. Entre los adolescentes, algunos miembros de su familia han

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LÍDERES FORMADOS EN PREVENCIÓN DEL VIH

Líder	Sexo	Edad	Ocupación
A	Mujer	19	Estudiante
B	Hombre	20	Auxiliar de policía
C	Mujer	26	Estudiante
D	Hombre	29	Psicólogo
E	Mujer	30	Servicio nutricional
F	Hombre	31	Mecánico
G	Mujer	31	Ama de casa
H	Hombre	34	Pescador
I	Hombre	41	Minero
J	Mujer	44	Auxiliar de enfermería

Fuente: Elaboración propia.

participado en la minería porque ésta es la principal fuente de empleo de la población. Por ejemplo, participantes de la comunidad y los mismos líderes parecen estar de acuerdo con lo siguiente:

Muchas mujeres cabeza de hogar, mineras, se dedican a barequear.² Muchas de ellas se ven obligadas a desempeñar esta ocupación porque no hay otras opciones laborales para ellas, muchas [...] fueron abandonadas por sus esposos o compañeros, quienes se fueron a otras minas y no regresaron (mujer, marzo de 2014).

3. De los diez líderes formados, sólo seis contestaron las dos evaluaciones aplicadas durante la primera y la última sesión. En el análisis de los datos, se encontró un puntaje promedio de 13 entre los que presentaron la prueba inicial y de 17.3 entre aquellos que presentaron la prueba posterior. La prueba de

2 El barequeo es la práctica minera ambulante, informal y sin dominio técnico del proceso, es decir, la extracción de oro del lavado manual de arenas.

CUADRO 2. PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES PRÁCTICAS

Grupos	Participantes
Adultos mayores	20
Madres del centro de desarrollo infantil	23
Pescadores	56
Mineros (en el momento del estudio)	25
Grado 6, Institución Educativa San Miguel	46
Grado 7, Institución Educativa San Miguel	16
Grado 8, Institución Educativa San Miguel	22
Grado 9, Institución Educativa San Miguel	9
Grado 10, Institución Educativa San Miguel	13
Grado 11, Institución Educativa San Miguel	34
Escuela Gregorio Gutiérrez González	13
Total	277

Fuente: Elaboración propia.

bondad de ajuste estableció normalidad en la distribución de los puntajes antes y después — $p > 0.05$ —. Los resultados del análisis de los puntajes totales mediante la prueba *t de Student para datos pareados* reflejaron cambios estadísticamente significativos, lo que evidenció un aumento en el puntaje total promedio de los participantes cuando realizaron la prueba de conocimientos posterior a la formación, respecto al puntaje total promedio obtenido en la prueba previa — $p < 0.05$ — (véase el cuadro 3).

El cambio en conocimientos no fue igual para todos los conocimientos evaluados. Hubo preguntas en las que se registró un cambio mayor, lo que marcó una diferencia estadística significativa en la proporción de respuestas correctas. Para la pregunta:

“¿Cuándo aparece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)?”, la proporción de aciertos aumentó en 41.7% — $p = 0.04$ —. En la prueba previa, 38% de los líderes señaló la respuesta: “No sé, pero quiero aprender”, mientras que en la prueba posterior 75% acertó al señalar: “Cuando el sistema inmunológico es derrotado por el virus”. En cuanto a la pregunta: “¿Qué puede causar las infecciones de transmisión sexual?”, también hubo diferencias — $p = 0.004$ —. Al comienzo, 44% de los líderes marcó una respuesta errada —que las ITS pueden ser causadas por “virus, bacterias y mosquitos”— mientras en la prueba posterior todos acertaron al elegir como respuesta que puede ser causada por “hongos, virus y bacterias”. Estos resultados se presentan con base en los seis líderes de diez que presentaron ambas pruebas.

4. La formación de los líderes tomó como punto de partida las percepciones y conocimientos de la comunidad frente al VIH identificadas al comienzo del proceso a partir de estrategias e instrumentos de trabajo. Más adelante, la evaluación realizada con los líderes nos permitió aproximarnos a algunos cambios relevantes que rescatan la importancia de los procesos educativos para la prevención del VIH en las comunidades. Destacamos las siguientes percepciones:

- a) “Fulanito como que tiene”. Así se dice cuando la causa de muerte de una persona de la comunidad no es clara o no se conoce públicamente, y se conjetura que fue por VIH/sida.

La gente pregunta sobre las personas que tienen sida para saber quién está infectado [...], ellos lo hacen para difamar [...], preguntan sólo para difamar y ya (hombre, líder comunitario, marzo de 2014).

Algunos lugareños han pedido que las autoridades obliguen a las trabajadoras sexuales a hacerse la prueba [...], dicen que traigan a la inspectora para hacer firmar a las fufurufas³ (hombre, pescador y minero, marzo de 2014).

CUADRO 3. RESUMEN DE PUNTAJES DE LÍDERES QUE PRESENTARON AMBAS PRUEBAS

Líder	Puntaje total ¹		Valor p ^{**}
	Evaluación previa 13 (10.9-15.1) [*]	Evaluación posterior 17.3 (15.4-19.3)	
A	16	19	0.0015
B	13	19	
C	13	18	
D	10	15	
E	12	18	
F	14	15	

¹ Puntuación máxima = 20.

^{**} *t* de Student para datos pareados.

^{*} μ (IC 95%).

Fuente: Elaboración propia.

En la vereda [...] se conoce un caso de una persona que fallece de leucemia y la comunidad comenta que murió por sida, entonces su pareja sentimental empieza a sufrir por ser estigmatizado [...], por haber vivido con quien falleció (hombre, minero, marzo de 2014).

En estos testimonios, visualizamos la tendencia a la generalización por el miedo a infectarse de VIH/sida, que cae en la desacreditación del otro para distanciarse, como si fuera una forma de protegerse: “en muchos lugares la ciudadanía común esta aún renuente a reconocer la presencia del sida en sus vidas por la vergüenza y el miedo que rodea esta enfermedad fatal y por la discriminación que se dirige hacia las personas afectadas” (ONUSida, 2002: 39).

b) Pueblo pequeño, infierno grande. Un solo municipio o localidad es dividido en dos por las marcadas diferencias en los aspectos sociocultural, geográfico y socioeconómico. Se conocen como Sonsón frío y San Miguel, aunque ambos sean Sonsón.

Se dice en Sonsón frío, que en el Sonsón ribereño hay mucho sida (mujer, estudiante, abril de 2014).

En Sonsón frío le entregan a uno los resultados de las pruebas por teléfono, no hay confianza en la gente que lo conoce a uno (hombre, líder de salud, mayo de 2014).

El estigma sirve para agudizar ideas negativas asociadas a grupos humanos como homosexuales, negros, mujeres, pobres (Varas, Serrano y Toro, 2004):

Aquí se vivía muy bueno hasta que llegaron los negros maricas y nos enfermaron (hombre, marzo de 2014).

Los antioqueños usan la frase “pueblo pequeño, infierno grande” para expresar que en los pueblos pequeños se reduce la esfera de lo íntimo y lo privado por el contacto permanente entre sus habitantes, como es el caso de San Miguel:

Yo creo que aquí hay o tenemos [sic] más de 100 personas con VIH, más o menos ésa es mi estadística (hombre, febrero de 2014).

3 Modismo despectivo que hace alusión a las trabajadoras sexuales.

CUADRO 4. RESULTADOS SOBRE CONOCIMIENTOS DE LA ENCUESTA

Pregunta	Mineros		No mineros		Valor p
	Cantidad	%	Cantidad	%	
¿El VIH se transmite al besar en la boca a una persona infectada?	54	75.0	81	72.9	0.76
¿El VIH se transmite al abrazar o dar la mano a una persona infectada?	13	18.0	28	25.2	0.25
¿El VIH se transmite por la picadura de un zancudo?	55	76.4	70	63.0	0.05*
¿El VIH se transmite al compartir comida con alguien que está infectado?	31	43.1	49	44.1	0.88
¿El VIH se transmite al usar baños públicos?	46	63.9	58	52.2	0.12
¿El VIH se transmite de una mujer infectada y en embarazo a su bebé?	49	68.1	84	75.7	0.25
¿El VIH se transmite por la transfusión de sangre infectada?	67	93.1	104	93.7	0.86
¿El VIH se transmite al tener relaciones sexuales sin condón con alguna persona infectada?	61	84.7	103	92.8	0.08

■ % de respuestas incorrectas

■ % de respuestas correctas

* Prueba estadística Ji cuadrado para diferencia de proporciones. Estadísticamente significativo en 5%.

Fuente: Elaboración propia.

La gente pregunta pero para hacer discriminación. Por seguridad propia uno no debe decir nada (mujer, ama de casa, marzo de 2014).

La prostitución en pueblos mineros es una exageración. Ellas llegan adonde hay plática (hombre, líder, abril de 2014).

Cuando un hombre del corregimiento se hizo el examen de VIH puso su resultado en el billar para que la gente viera que él estaba sano, porque la esposa murió de VIH y la gente decía que él estaba infectado (hombre, líder en salud, marzo de 2014).

Podemos plantear que las ideas estigmatizadoras cambian con el tiempo; sin embargo, el miedo a estar infectado activa percepciones que las personas tienen frente a quienes creen que viven con el virus, que a su vez se arraigan en los grupos humanos según los conocimientos que se tengan sobre el tema.

Las pruebas y la encuesta epidemiológica se realizaron a 183 personas. De éstas, 109 eran mujeres —59.6%— y 74 hombres —40.4%—. El promedio de edad fue de 33 años, con edades entre los 14 y los 82 años. Todos cumplieron con los criterios de inclusión. De esta información se identificaron los resultados relacionados con conocimientos.

5. En general, observamos que el grupo de los 72 mineros tiene mayor porcentaje de conocimientos incorrectos y menor porcentaje de conocimientos correctos, comparado con el grupo de personas no mineras. Esta diferencia fue significativa — $p=0.05$ — sólo en la pregunta sobre la picadura de un zancudo como mecanismo de transmisión del VIH. Un ejemplo de las diferencias en conocimientos se aprecia en la pregunta sobre el uso de baños públicos como medio de transmisión del VIH. Entre los mineros, 64% desconoce o tiene un conocimiento incorrecto sobre este mecanismo de transmisión y el porcentaje de desconocimiento es mayor que entre personas no mineras, cuyo valor fue de 52%.

COMPONENTE II. DIAGNÓSTICO DE VIH EN LA POBLACIÓN DE SAN MIGUEL

En los resultados de las pruebas rápidas de VIH1/VIH2 y sífilis (TP) —DETERMINE®— se encontraron cero casos para VIH y cuatro para sífilis, lo que equivale a una frecuencia de 2.18 —IC 95% 0.59-5.50— para esta última. De las cuatro personas con resultado reactivo para sífilis, tres eran mujeres, dos de ellas dedicadas a la minería. Por medio de los resultados de las pruebas rápidas realizadas a 6.9% de los habitantes de la comunidad y los datos reportados en el Sivigila, pudimos ver que la realidad es contraria al imaginario de los sanmiguelenses frente a la expansión del VIH y a sus percepciones sobre la prevalencia:

Mmm, por ahí dicen que aquí hay mucha gente con eso (mujer, marzo de 2014).

A partir de las observaciones, diarios de campo y talleres, vimos que dichos resultados estuvieron asociados a la forma de trabajo de los líderes con la comunidad y a sus nuevas percepciones frente al VIH y las PVV. En un principio, se hablaba del virus con miedo, desdén o repulsión:

Hay un rechazo ante ellos, aunque se educa sigue el rechazo (mujer, marzo de 2014).

Al parecer, la gente indagaba por los que tienen VIH para saber quién estaba infectado, ellos lo hacen para difamar [...], por seguridad propia uno no debe decir nada (hombre, marzo de 2014).

Al finalizar el proceso, los líderes y la comunidad en general hacían comparaciones acerca de cómo actuaban frente a las PVV y cómo lo hacen ahora:

Cuando mi familiar iba a la casa, yo no sabía cómo atenderla y en qué servirle para que no nos infectara a nosotros, ahora puedo visitarle, invitarla y compartir alimentos y objetos con ella (mujer, julio de 2014).

En el pasado llegué a tener sed todo el día en el trabajo por no tomar limonada del compañero que decían que tiene VIH, últimamente comparto con él las bebidas sin miedo (hombre, julio de 2014).

Discusión

La formación de diez líderes comunitarios, la implementación de estrategias socioeducativas con 277 personas mineras y no mineras de San Miguel, la aproximación al contexto cotidiano de la minería aurífera informal y la identificación de las percepciones e imaginarios que como comunidad tienen frente al VIH, permitieron avanzar en la comprensión del virus y los factores de riesgo en contextos mineros, además de proponer, desarrollar y evaluar un programa de formación de líderes para la prevención del VIH. Este aspecto deja de manifiesto la importancia de proponer acciones que partan de la investigación y en las que participen de manera activa miembros de la comunidad para aportar desde los saberes cotidianos, las percepciones y las características propias de su contexto (Fudesco, 1995).

La prevención del VIH amerita una mirada integral y transdisciplinaria que dé cabida al diálogo de saberes y trascienda la mirada hegemónica y tradicional de la educación en salud (Bastidas *et al.*, 2009: 106). En este caso, los conocimientos sobre VIH fueron asumidos como una construcción desde y para el contexto, se reconocieron las percepciones y conocimientos previos de la comunidad y de los líderes mismos como punto de partida para la implementación de actividades educativas, proceso en el que la realización de las pruebas rápidas con asesoría se convirtió en otra importante estrategia educativa para la prevención.

Los líderes participantes, el personal de salud de San Miguel y la comunidad en general asumieron el proceso como una experiencia significativa en la que destaca la transversalidad de la educación

como medio para transformar comunidades y promover la salud en los colectivos. La transversalidad también facilitó el desarrollo de acciones descentralizadas de un lugar específico para tomar como escenarios la cotidianidad y sus lugares hasta convertirlos en espacios de aprendizaje y escuela permanente para los líderes en formación.

Por otra parte, los medios masivos de comunicación, como radio, televisión y prensa, fueron espacios de formación y educación permanentes, en los cuales los líderes siempre fueron protagonistas replicadores y transformadores de conocimientos.

En cinco meses de trabajo, por medio de las estrategias formativas y educativas implementadas, los líderes lograron que el VIH, su prevención, la convivencia con las PVV ya diagnosticadas en la comunidad y la SSR en general se convirtieran en un tema cotidiano, lo que contribuye al reto de desmitificar el VIH hasta que sea aceptado como realidad social para reducir el miedo a convivir con personas infectadas y potenciar el reconocimiento de la importancia de las pruebas rápidas para un diagnóstico temprano.

La deserción significativa de la mitad de los líderes del proceso formativo se debió en gran medida a su necesidad de atender compromisos de otros programas formativos que se desarrollan al mismo tiempo en la comunidad, lo cual impide que los voluntarios dediquen toda una jornada a una misma actividad. Esta situación deja entrever que para futuros procesos de formación de líderes, el número de días y la intensidad horaria de los encuentros deberán ser revisados para que no coincidan con otras actividades formativas o con compromisos laborales.

Dar a conocer a la comunidad los resultados generales obtenidos durante el estudio, desde la perspectiva del diálogo de saberes y la valoración de las percepciones que tenían jóvenes y adultos frente al VIH y las PVV, fue fundamental para sensibilizar y movilizar transformaciones sociales que ameritan seguimiento e implementación de nuevas estrategias para reducir el estigma, la discriminación y el

miedo colectivo a una “epidemia imaginaria”, resultado tal vez del rumor acerca de los casos que han sido diagnosticados en los últimos años.

De los 72 participantes que reportaron que se dedicaban a la minería como oficio principal, 29 eran mujeres, lo que indica que ellas también están expuestas de manera directa a los riesgos de VIH y otras ITS que se asocian al oficio de la minería, principalmente como buscadoras informales de oro o barequeras. Sin embargo, es claro que existen comportamientos sexuales de riesgo que pueden ser exclusivos o más frecuentes en los hombres, como las relaciones sin protección con trabajadoras sexuales y las relaciones sexuales bajo el efecto de licor. Pese a esto, no se presentaron diferencias en la frecuencia de personas infectadas con VIH en la población dedicada a la minería en comparación con el resto de la población. Algo similar sucedió con los resultados de la prueba para sífilis: de las cuatro personas con resultado reactivo —tres mujeres y un hombre—, dos eran mineros.

Estos resultados guían la reflexión acerca del estigma del que se puede ser víctima por trabajar en contextos mineros, pues si bien son claros los factores de riesgo, no necesariamente están presentes en todas las poblaciones mineras o se asocian positivamente con la transmisión del VIH y las ITS. Los resultados de este estudio son alentadores para la comunidad minera de San Miguel; sin embargo, no se pueden generalizar en el tiempo y con otras comunidades. Es claro que la minería y otras ocupaciones implican riesgos particulares para la transmisión de VIH e ITS y las autoridades de salud pública deben tenerlos en cuenta.

Como plantean el ONUSida y la Organización Mundial de la Salud (OMS), “si los países pretenden llegar a controlar sus epidemias, tendrán que afrontar retos sociales y no solamente técnicos” (2004: 35), pues las condiciones sociales y económicas de los grupos humanos son una dinámica poderosa en epidemias que, como el VIH, crecen en medio del estigma y los conceptos erróneos.

La formación de los líderes es una estrategia que potencia la capacidad instalada y el empoderamiento para el trabajo comunitario, la promoción de la participación comunitaria y el diálogo de saberes. En este proceso, ellos reconocen que “la educación puesta en diversos escenarios de la comunidad dio pie para iniciar un proceso de resignificación de las percepciones e imaginarios sociales que se tenían sobre del VIH/sida en este colectivo” (líder, julio de 2014). La situación actual de desconocimiento e imaginarios frente al VIH puede transformarse a partir de la labor de los líderes y el personal de salud capacitado en este proyecto, en especial al trabajar con los jóvenes que, según la pirámide poblacional de 2013, son el grupo poblacional más amplio. De ahí que la intervención y focalización en este grupo generaría cambios trascendentales para prevenir riesgos psicosociales, incluyendo el VIH y otras ITS.

Los resultados relacionados con conocimientos en población minera y no minera muestran un significativo riesgo no sólo para la infección por VIH y otras ITS, sino también para la convivencia y respuesta frente a las PVV. El estigma y la discriminación son obstáculos para que los habitantes de San Miguel acudan a hacerse las pruebas o recibir tratamientos, en caso de estar infectados.

Décadas atrás, la minería en San Miguel se explotaba de forma regular, pero tomó cada vez más

fuerza hasta convertirse en lo que es hoy, una de las principales fuentes de empleo de la zona que hace posible el poblamiento del territorio y el arribo de personas de otras regiones del país. La explotación de oro representa un renglón económico importante para la población. Esta realidad social no dejará de ser una razón para promover la prevención del VIH y otras ITS en la comunidad, en tanto la minería siga causando la movilidad permanente de personal de otras regiones del país que viajan allí, de manera transitoria o permanente, en busca del codiciado metal.

A manera de conclusión, podemos decir que nuestro estudio aporta evidencia sobre la viabilidad y pertinencia de realizar una intervención para la prevención de VIH e ITS de corta duración y bajo presupuesto, basada en la capacitación de líderes comunitarios, en un contexto tan complejo y actual como el de la explotación aurífera informal en Colombia. Esta intervención amerita un seguimiento en el tiempo para evaluar el desempeño de los líderes capacitados y el impacto de los talleres educativos y la realización de las pruebas rápidas en la población. De igual manera, nuestra experiencia ha mostrado que los líderes comunitarios que se capacitan requieren acompañamiento y asesoría constante por parte de investigadores y organizaciones interesados en el tema. **D**

Bibliografía

- Ausubel, David, Joseph Novak, Helen Hanesian, 1997, *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*, Trillas, México.
- Bastidas Acevedo, Miriam, Francly Nelly Pérez Becerra, Julio Nicolás Torres Ospina, Gloria Escobar Paucar, Adriana Arango Córdoba, Fernando Peñaranda Correa, 2009, “El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud”, en *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 27, núm. 1, pp. 104-111.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes), 2015, “Modificación a Conpes social 91 del 14 de junio de 2005: ‘Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015’”, Documento Conpes Social 140, Consejo Nacional de Política Económica y Social-Departamento Nacional de Planeación, Bogotá. Disponible en línea: <<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/140.pdf>>.
- Cuellar Toro, José, 2010, *San Miguel... pueblo lindo pa' querer*, s. e., Sonsón.
- Díaz Llanes, Guillermo, 2005, “La Investigación-acción en el primer nivel de atención”, en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 21, núm. 3-4. Disponible en línea: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi193-405.htm>.

- Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia (Fudesco), 1995, "Prevención y promoción de la salud en la Seguridad Social", Silit Editores, Armenia.
- Instituto para el Desarrollo de la Mujer y la Infancia (Idemi), 2014, "Prevenimos el VIH/sida. Guía metodológica para la prevención del VIH/sida por adolescentes", Instituto para el Desarrollo de la Mujer y la Infancia/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Panamá/Ministerio de Salud, Panamá. Disponible en línea: <http://www.unicef.org/panama/spanish/Guia_Prevencion_VIH.pdf>.
- Lucker, John y Reldan Nadler, 1997, *Processing the Experience. Strategies to Enhance and Generalize Learning*, Kendal/Hunt, Iowa.
- Martín, María Jesús, Daniela Rojas, José Manuel Martínez, José Miguel Sánchez, Eduardo Remor, Jorge Romero, 2008, "La prevención del VIH/sida en el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Ejemplos de intervenciones preventivas individuales, grupales y comunitarias", en *Clinica y Salud*, vol. 19, núm. 2. Disponible en línea: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613875004>>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2006a, "Programa de apoyo a la reforma de salud. Ajuste a los planes de beneficio y la unidad de pago por capitación. Guía para el manejo de VIH/sida. Basada en la evidencia. Colombia", Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.
- , 2006b, "Programa de apoyo a la Reforma de Salud. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Modelo de Gestión Programática en VIH/sida", Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.
- , 2013, "Resolución 2338 de 2013 por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS", en *Diario Oficial*, núm. 48.840, 3 de julio.
- Minkler, Meredith y Nina Wallerstein, 2011, *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Morosini, Enrique, 2011, "VIH/sida y sífilis y factores de riesgo en población HSH. Estudio de seroprevalencia de VIH/sida y sífilis, factores socio-comportamentales y estimación del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres en seis regiones del Paraguay", Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida/Organización Panamericana de la Salud, Asunción. Disponible en línea: <http://www.academia.edu/2550383/Estudio_de_estimaci%C3%B3n_de_VIH_y_S%C3%ADfilis_en_poblaci%C3%B3n_HSH_de_5_regiones_del_Paraguay>.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2001, "Convenio 161. Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo". Disponible en línea: <<http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/normatividad/OIT20161.pdf>>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2014, "Marco de monitoreo del continuo de la atención al VIH", Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en línea: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25751&Itemid=>>.
- Osorio, Elkin, Ricardo Luque, Sandra Ávila, 2013, "Boletín epidemiológico, situación del VIH/sida, Colombia 2013", Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá. Disponible en línea: <<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>>.
- Pardo, Belén y Ana Karina González, 2011, "Colombia: prevención de VIH y violencia de género en situación de desplazamiento", Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados-Barranquilla. Disponible en línea: <<http://www.acnur.org/t3/noticias/noticia/colombia-prevencion-de-vih-y-violencia-de-genero-en-situacion-de-desplazamiento/>>>.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 2002, "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic". Disponible en línea: <http://data.unaids.org/pub/Report/2002/brglobal_aids_report_en_pdf_red_en.pdf>.
- , 2011, "Epidemia de VIH/sida en América Latina. Prevalencia del VIH en América Latina (avance de resumen UNGASS 2011)". Disponible en línea: <<http://onusida-latina.org/es/sobre-onusida2/52-epidemia-de-vihsida-en-america-latina.html>>.
- , 2013, *Informe mundial. ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*. Disponible en línea: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf>.
- , 2014, "Gap Report". Disponible en línea: <<http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>>.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, "Situación de la epidemia de sida". Disponible en línea: <http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/actualizaciones/EpiUpdate04_sp.pdf>.
- Torres Mora, Gustavo, Álvaro Moreno, Diego Moreno, Luis Carlos Berrocal, Enrique Carlos Ramos, 2011, "Efectividad de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivos ingresados al programa de tratamiento de la IPS atención integral en la ciudad de Cartagena, Colombia", en *Revista Ciencias Biomédicas*, vol. 2, núm. 1, pp. 44-53.
- Varas Díaz, Nelson, Irma Serrano García y José Toro Alfonso, 2004, *Estigma y diferencia social: VIH/sida en Puerto Rico*, Ediciones Huracanes, San Juan.
- Xu, Jun Jie, Ning Wang, Lin Lu, Yi Pu, Guo Lei Zhang, Michel Wong *et al.*, 2008, "HIV and STIs in Clients and Female Sex Workers in Mining Regions of Gejiu City, China", en *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 35, núm. 6, pp. 558-565.