

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA INFORMAR SOBRE VIH, ITS Y SALUD SEXUAL

Manual para periodistas
2026



AHF

AMÉRICA LATINA
& CARIBE

AHF

AIDS HEALTHCARE
FOUNDATION

AHF

INSTITUTO DE SALUD
PÚBLICA GLOBAL
PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

ÍNDICE

Presentación	4
Por qué esta guía	4
El rol del periodismo en la salud pública	4
1. Entender la salud sexual en la actualidad	5
¿Qué son las ITS y por qué importan?	5
¿Qué son las ITS?	5
¿Cómo se transmiten?	5
Prevención, diagnóstico y tratamiento	5
Panorama actual en América Latina y el Caribe	5
Panorama médico actual	5
Diagnóstico tardío y barreras de acceso	6
Factores sociales que impactan la salud sexual	6
Claves para interpretar información en salud	7
Cómo leer cifras y reportes epidemiológicos	7
Una audiencia necesita contexto	7
Errores frecuentes en la interpretación de datos	8
2. Prevención, diagnóstico y conversación pública	9
Estrategias actuales de prevención	9
Conceptos clave para la cobertura periodística	10
Cómo comunicar información científica sin desinformar	11
Simplificar sin distorsionar	11
Riesgo, evidencia y contexto	11
Cómo evitar el alarmismo y las falsas equivalencias	12
3. Estigma, prejuicio y representación mediática	14
El impacto del lenguaje	14
Los medios pueden reforzar o reducir estigmas	15
Cobertura histórica del VIH y sus efectos actuales	15
Desinformación, silencio y prejuicio	15
Derechos humanos y salud sexual	16
Privacidad y confidencialidad	16
Criminalización del VIH	16
Acceso a salud y discriminación	17
Cómo construir coberturas más responsables	17
Contextualizar historias	17
Evitar enfoques moralizantes	18
Incorporar voces diversas sin exotización	18
4. Lenguaje y conversación pública sobre sexualidad	20
Cómo hablar de sexualidad de manera clara y precisa	20

Genitalidad y términos correctos	20
Orientación sexual e identidad de género	21
Prácticas sexuales y lenguaje comprensible	21
Expresiones y enfoques que deben evitarse	22
Eufemismos	22
Términos estigmatizantes	22
Asociaciones entre ITS y moralidad	23
Buenas prácticas en comunicación	24
Titulares	24
Redes sociales	24
Cobertura de tendencias y desinformación	25
Uso responsable de información científica	25

5. Herramientas prácticas para periodistas **27**

Cómo cubrir	27
Brotos y alertas sanitarias	27
Nuevos estudios científicos	28
Datos epidemiológicos	28
Políticas públicas y acceso a tratamiento	28
Cómo seleccionar fuentes y realizar entrevistas	29
Especialistas	29
Organizaciones civiles	29
Personas con VIH y otras ITS	30
Poblaciones clave	30
Checklist editorial antes de publicar	30
Precisión	30
Contexto	31
Lenguaje	31
Estigma	31
Calidad de fuentes	31

Glosario **32**

PRESENTACIÓN

Por qué esta guía

La cobertura sobre VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y salud sexual es cada vez más escasa. Y en la poca que se produce, muchas veces se cuelan estigmas e ideas preconcebidas que se reproducen sin querer, sin notarlos, pero que terminan alejando a las personas de la información y de los servicios de salud. Son temas que arrastran un peso histórico de juicios y tabú, y cubrirlos bien no es solo cuestión de buena voluntad: exige herramientas específicas que no siempre están a la mano cuando se trabaja contra reloj.

En esta guía tratamos de reunir algunas de esas herramientas. No es un manual de palabras prohibidas ni una lección de corrección política, y tampoco pretende decirle al periodista cómo hacer su trabajo. Es un documento de referencia —una caja de herramientas— pensado para consultarse en la práctica diaria: al redactar un titular, al dudar sobre un término o al decidir qué contexto necesita una nota antes de publicarse.

Nace de una convicción sencilla: el rigor y la sensibilidad no están en bandos opuestos. **Una cobertura puede ser precisa, atractiva y periodísticamente sólida sin sacrificar la evidencia ni la dignidad de las personas de quienes se habla.** Reunir en un solo lugar los criterios que hacen posible ese equilibrio es el propósito de estas páginas.

El rol del periodismo en la salud pública

El periodismo no solo informa sobre el VIH y las ITS: forma parte de la manera en que una sociedad responde a ellos. Lo que se publica influye en que una persona decida hacerse una prueba, en que alguien con un diagnóstico viva con vergüenza o con dignidad, en que una política pública avance o se estanque. No es una sobrevaloración del oficio; es una descripción de cómo se construye la percepción pública de la salud.

La historia del VIH lo ilustra con claridad. En los años ochenta, cuando la ciencia todavía tenía más preguntas que respuestas, el vacío informativo se fue llenando de juicios de valor: la infección quedó asociada a ciertos

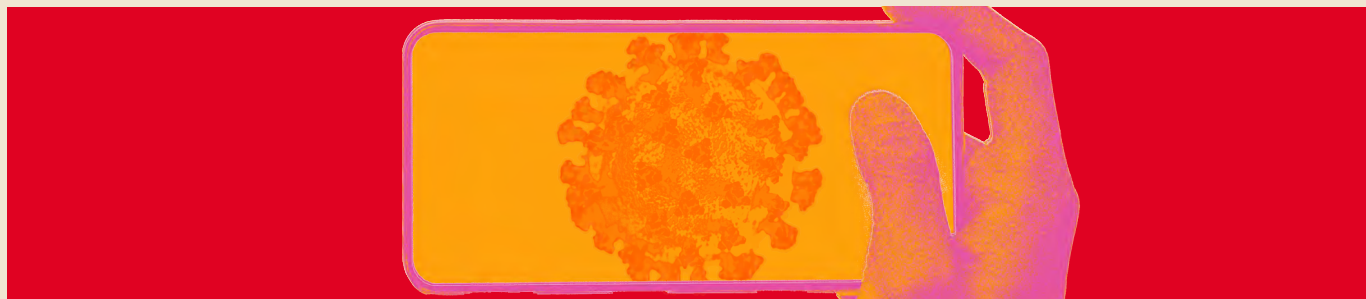
grupos y estilos de vida, y aquellos encuadres tempranos sembraron un estigma que, décadas después, sigue influyendo en cómo se habla del tema. No fue mala fe, sino la ausencia de información y de referencias en un momento en que apenas comenzaban a existir.

Ese patrón puede reaparecer de maneras más sutiles: cuando un encuadre sugiere responsabilidad individual donde hay un fenómeno de salud pública, o cuando desliza un matiz moral sin proponérselo. Reconocer esos automatismos es la mejor forma de evitarlos, sobre todo porque el lenguaje también opera en sentido contrario: una historia bien contextualizada, un titular preciso o un término elegido con cuidado pueden desmontar un mito, acercar a alguien a un servicio de salud o abrir una conversación que durante años fue tabú.

De ahí la doble responsabilidad de quien cubre salud: con la exactitud de los datos y con las personas que están detrás de ellos. Ninguna de las dos anula a la otra. Este es el terreno en el que la guía busca ser útil.



1. ENTENDER LA SALUD SEXUAL EN LA ACTUALIDAD



Qué son las ITS y por qué importan

¿Qué son las ITS?

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son infecciones causadas por bacterias, virus o parásitos que se transmiten principalmente a través del contacto sexual. Existen más de 30 microorganismos que pueden transmitirse de esta manera y muchas ITS pueden estar presentes sin causar síntomas, por lo que una persona puede tener una infección sin saberlo.

¿Cómo se transmiten?

Las ITS se transmiten principalmente durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Algunas también pueden transmitirse por contacto con sangre que contiene el microorganismo causante de la infección y de una persona embarazada a su bebé durante el embarazo, el parto o, en algunos casos, la lactancia.

Prevención, diagnóstico y tratamiento

El uso correcto del condón es una de las formas más eficaces de reducir el riesgo de adquirir una ITS. También es importante realizarse pruebas cuando estén indicadas,

ya que muchas infecciones no presentan síntomas. Existen pruebas de laboratorio y pruebas rápidas para algunas ITS, como VIH, sífilis y hepatitis B y C.

Cuando una ITS es diagnosticada, recibir el tratamiento adecuado y oportuno ayuda a curarla cuando es posible, controlar la infección, prevenir complicaciones y disminuir la posibilidad de transmitirla a otras personas.

Algunas ITS pueden curarse completamente con el tratamiento adecuado. Entre las principales ITS curables se encuentran: sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis. Otras ITS son causadas por virus y actualmente no tienen una cura que elimine completamente la infección, aunque existen tratamientos y medidas para controlarlas, prevenir complicaciones o reducir sus efectos. Entre ellas se encuentran: VIH, herpes genital, Virus del Papiloma Humano (VPH), hepatitis B.

Panorama actual en LATAM

Panorama médico actual

En 2024 se estimó que alrededor de 2.8 millones de personas vivían con VIH en América Latina y el Caribe. Entre 2010 y 2024, las nuevas infecciones disminuyeron

aproximadamente 21% en el Caribe, mientras que en América Latina aumentaron cerca de 13%. Este contraste muestra que la evolución de la epidemia no ha sido uniforme en la región.

Al mismo tiempo, se han registrado avances importantes en el tratamiento. Entre 2010 y 2024, las muertes relacionadas con el sida disminuyeron de aproximadamente 42 000 a 27 000 en América Latina y de 12 000 a 4 800 en el Caribe. Sin embargo, siguen existiendo dificultades para lograr que todas las personas tengan acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

En cuanto a las ITS, la sífilis representa una de las tendencias más relevantes. Para 2024 se estimaron alrededor de 4.2 millones de nuevas infecciones en las Américas, cerca de 15% más que en 2022, y aproximadamente 90% de ellas ocurrieron en América Latina y el Caribe.

En conjunto, la región cuenta hoy con más herramientas de prevención, diagnóstico y tratamiento, pero las ITS y el VIH continúan siendo un reto de salud pública. El acceso oportuno a pruebas, tratamiento, vacunación y estrategias preventivas sigue siendo fundamental para reducir nuevas infecciones.

Diagnóstico tardío y barreras de acceso

El diagnóstico temprano es una de las herramientas más eficaces frente al VIH y otras ITS: permite iniciar tratamiento a tiempo, evitar complicaciones y reducir nuevas transmisiones. Un diagnóstico tardío, en cambio, suele significar que una persona vivió meses o años con una infección sin saberlo y llega a los servicios cuando la atención es más difícil y más costosa.

Que alguien se haga una prueba para, por ejemplo, detectar VIH o sífilis a tiempo, no depende solo de su voluntad. Depende de si hay una unidad de salud cerca, si abre en horarios compatibles con una jornada de trabajo, si la prueba es gratuita o cuesta lo que no se tiene, si la persona teme ser juzgada al pedirla. Estas barreras —económicas, geográficas, administrativas, culturales— explican buena parte de los diagnósticos tardíos y casi nunca aparecen en una nota que solo reporta el aumento de casos.

Ahí hay preguntas periodísticas más ricas que “¿cuántos casos hay?”: por ejemplo, ¿qué le impide a la gente enterarse a tiempo?, ¿hace cuánto que se hizo la última campaña de prevención por parte de los entes de la salud pública?, ¿es caro el tratamiento? Detrás de una cifra de diagnóstico tardío suele haber un centro que cerró, un presupuesto que no se ejerció o un trámite que dejó a alguien fuera del sistema. Rastrear esa causa —una

decisión de gobierno, una ley, un recorte— convierte un dato en una historia que se entiende en un contexto que enriquece la agenda periodística más allá de la nota del día.

Factores sociales que impactan la salud sexual

Ninguna transmisión de una ITS ocurre en el vacío. Las condiciones en que vive una persona influyen en si puede o no tomar acción para prevenir, detectar y tratar una ITS. Reconocer estos factores le da al periodista el contexto que separa una nota que informa de una que contribuye a invisibilizar estas condiciones.

Desigualdad. Quien tiene ingresos inestables, trabaja por día o vive lejos de un centro de salud enfrenta más obstáculos para hacerse una prueba o sostener un tratamiento. La misma infección no se vive igual según cuánto se gana o dónde se vive. Para una cobertura, la pregunta útil es quién queda fuera y por qué: los datos casi siempre esconden esa desigualdad detrás de un promedio.

Educación sexual. Cuando la información falta, está desactualizada o la sustituyen el prejuicio y la desinformación, la gente toma decisiones con menos herramientas. No es un asunto abstracto: se traduce en no saber que existe la PrEP, creer que el VIH se transmite por un beso o desconocer que una prueba diagnóstica puede ser gratuita, en minutos y con tan solo una gota de sangre. Cubrir la salud sexual también es, muchas veces, llenar ese vacío.

Migración. Las personas en movimiento pueden perder la continuidad de un tratamiento al cruzar una frontera, desconocer cómo funciona el sistema de salud del lugar al que llegan o evitar los servicios por miedo a su situación migratoria. Un tratamiento interrumpido no es un trámite: puede significar que el virus vuelva a ser detectable y transmisible. Ese es el ángulo humano detrás de una estadística migratoria.

Acceso a los servicios de salud. Que un derecho exista en el papel no significa que llegue a la gente. Horarios limitados, falta de insumos, distancia, costos o requisitos administrativos reducen el acceso real. Cuando una cobertura aborda el aumento de casos o el diagnóstico tardío, vale la pena mirar también esas condiciones: suelen explicar más que la conducta individual de las personas.

Claves para interpretar información en salud

La información sobre salud suele expresarse mediante cifras, porcentajes, tasas y resultados de investigaciones científicas. Sin embargo, estos datos no hablan por sí solos. Una cobertura periodística rigurosa requiere comprender qué representan, cómo fueron obtenidos y cuáles son sus limitaciones. En temas como el VIH y otras ITS, interpretar un dato sin contexto puede llevar a conclusiones equivocadas o transmitir una imagen distorsionada (o parcializada) de la realidad.

Cómo leer cifras y reportes epidemiológicos

Los reportes epidemiológicos son clave para conocer el comportamiento de una condición de salud en una población determinada, pero su interpretación requiere ver más allá del dato principal. Al encontrarse frente a un informe de este tipo, es importante:

1) Identificar la fuente. Diferenciar si se trata de una instancia gubernamental, una institución académica, una organización civil, un organismo internacional, etc. Esto da una perspectiva más realista acerca de dónde proviene la información y cuál es su alcance.

2) Contrastar los datos con el universo del problema. ¿Qué otros datos existen sobre el mismo tema? ¿Qué han revelado otros documentos previos y similares? Recabar información de contexto ayudará a dimensionar mejor los datos en un tiempo y población determinada.

3) Agregar contexto social: Observar las características de la población comprendida en el informe o reporte, el periodo de estudio, los factores sociales, ambientales o políticos que podrían ayudar a explicar el dato principal.

Las cifras, aunque muy importantes, no hablan por sí solas. Detrás de ellas hay personas con historias propias, decisiones de políticas públicas y tendencias sociales que resaltan, contrastan o validan los datos duros.

Una audiencia necesita contexto

Las cifras adquieren pleno significado cuando se explican en su contexto. Un porcentaje aislado difícilmente permite comprender la magnitud de un problema o su relevancia para la salud pública. La audiencia necesita saber qué

representa ese dato, con qué puede compararse y cuáles son los factores que ayudan a explicarlo.

Contextualizar también implica reconocer que la salud está influida por factores sociales, económicos, culturales y políticos. El acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de pruebas diagnósticas, las estrategias de prevención, el estigma o las políticas públicas pueden modificar la forma en que se modifican los indicadores y cómo deben interpretarse.



Errores frecuentes en la interpretación de datos

Entre los errores más comunes se encuentran:

1) Presentar cifras de un periodo de tiempo sin compararlo con periodos anteriores y sin consultar si hay factores ambientales, sociales, políticos que ayuden a entenderlo.

Por ejemplo, pongamos un supuesto encabezado publicado en un diario de circulación nacional. Diario X publica esta noticia real:

**“AUMENTAN
250% CASOS
REPORTADOS
DE VIH”**

Por sí solo el encabezado luce impactante, pareciera que hay un descontrol en los casos. Puede ser leída como una mala noticia. Pero veamos un poco de contexto.

Contexto: En el país donde fue publicada esta noticia, el Ministerio de Salud había hecho cambios a la ley de Salud para permitir que organizaciones de base comunitaria, es decir, no solo personal médico o laboratoristas, pudiera realizar pruebas de VIH, además de la promoción extensiva de la prueba rápida de VIH y la discontinuación en la norma de la necesidad de la realización de una prueba en sangre venosa. Con esto, el número de pruebas creció más del triple en un año.

Conclusión: Gracias al contexto, que en este caso es político, legal y procedimental, el dato de aumento de 250% tiene una explicación que ayuda al periodista y a la audiencia a entender la cifra y la realidad detrás de ella.

Por ello, es importante evitar:

- 2) Comparar datos obtenidos con metodologías distintas.
- 3) Extrapolar resultados de una población a otra.
- 4) Atribuir relación de causa-efecto cuando un estudio solo menciona una asociación entre factores.
- 5) Informar resultados preliminares como si fueran conclusiones definitivas.

**EN EL PERIODISMO DE
SALUD, EL OBJETIVO NO
ES SOLO COMUNICAR
DATOS CORRECTOS,
SINO AYUDAR A
COMPRENDER
QUÉ SIGNIFICAN
REALMENTE ESOS
DATOS PARA SUS
AUDIENCIAS.**

2. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y CONVERSACIÓN PÚBLICA



Estrategias actuales de prevención

La prevención de las ITS no depende de una sola medida. Actualmente se recomienda combinar distintas herramientas de acuerdo con las necesidades, prácticas y posibles exposiciones de cada persona. Entre las principales estrategias se encuentran el uso de preservativos, las pruebas diagnósticas, la vacunación, el acceso oportuno a tratamiento y, específicamente para prevenir el VIH, la PrEP y la PEP.

Preservativos. El uso correcto y constante del preservativo reduce de manera importante el riesgo de adquirir o transmitir muchas ITS, incluido el VIH. Sin embargo, no ofrece una protección absoluta frente a aquellas infecciones que también pueden transmitirse mediante el contacto con piel o mucosas que quedan fuera del área cubierta por el preservativo.

Pruebas diagnósticas. Muchas ITS pueden no causar síntomas, por lo que una persona puede tener una infección sin saberlo. Las pruebas permiten detectar estas infecciones de manera temprana, iniciar tratamiento cuando sea necesario y disminuir el riesgo de complicaciones y de transmisión a otras personas. Por ello,

realizarse pruebas de manera periódica, de acuerdo con las prácticas y posibles exposiciones de cada persona, es una parte importante de la prevención.

PrEP. La profilaxis preexposición, conocida como PrEP, es una estrategia dirigida a personas que no tienen VIH y que desean reducir su posibilidad de adquirirlo. Consiste en utilizar medicamentos antirretrovirales antes de una posible exposición al virus. Cuando se utiliza de manera adecuada, es altamente efectiva para prevenir la adquisición del VIH por vía sexual. Es importante señalar que la PrEP protege frente al VIH, pero no frente a otras ITS.

PEP. La profilaxis postexposición (PEP), es una medida de emergencia que puede utilizarse después de una posible exposición al VIH. Consiste en tomar medicamentos antirretrovirales durante un periodo determinado y debe iniciarse lo antes posible, dentro de las primeras 72 horas posteriores a la exposición. La PEP está diseñada específicamente para prevenir el VIH y no protege frente a otras ITS.

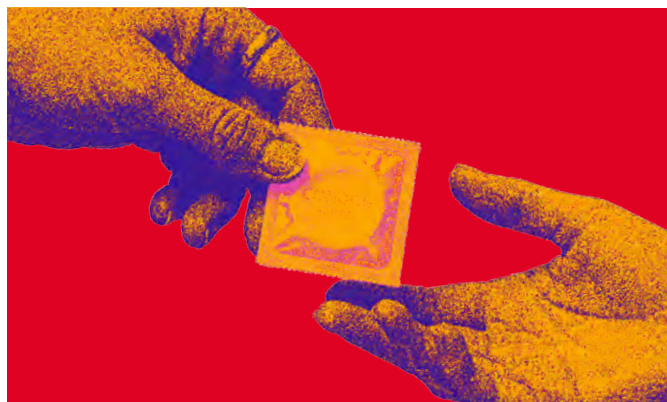
Vacunación. Algunas infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual pueden prevenirse mediante vacunas. Actualmente existen vacunas eficaces contra la hepatitis B y contra determinados tipos del virus del papiloma humano (VPH). La vacunación contra el VPH, además, contribuye a prevenir diversos tipos de cáncer asociados con este virus.

Prevención combinada. Este enfoque parte de la idea de que no existe una única herramienta adecuada para todas las personas o situaciones. La prevención combinada integra diferentes estrategias, como preservativos, pruebas de VIH e ITS, PrEP, PEP, vacunación, tratamiento oportuno y educación en salud sexual. Estas medidas pueden utilizarse de manera complementaria según las necesidades y circunstancias de cada persona.

Conceptos clave para la cobertura periodística

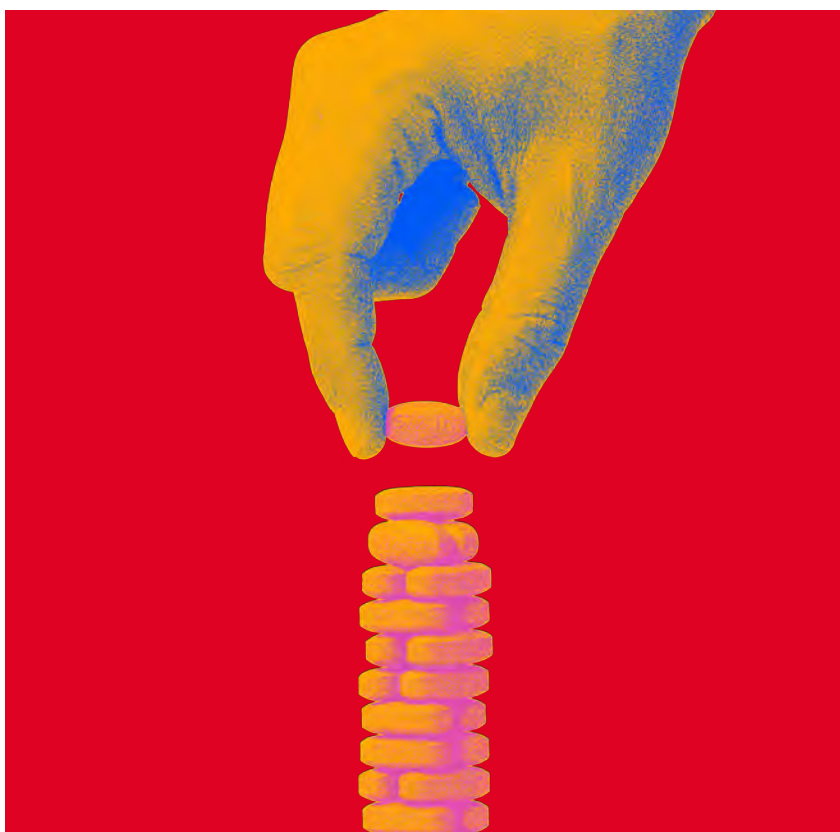
Carga viral. Es la cantidad de virus presente en una muestra del organismo, generalmente en la sangre. Su medición puede utilizarse para conocer la evolución de algunas infecciones virales y evaluar la respuesta al tratamiento. En el caso del VIH, la carga viral permite saber qué tan controlada está la infección: con un tratamiento antirretroviral efectivo puede disminuir hasta niveles tan bajos que no sean detectables por las pruebas habituales.

Indetectable = Intransmisible (I=I). Este concepto significa que una persona que vive con VIH, toma su tratamiento de forma constante y mantiene una carga viral indetectable no transmite el virus por vía sexual. Aunque es ampliamente usado, solo apunta a la parte médica de la ecuación, es decir, de la toma del tratamiento y sus efectos. No obstante, el concepto más amplio, usado por decenas de organizaciones que luchan por el acceso equitativo a medicamentos es **Tratamiento=Vida**, el cual pone la importancia en el acceso al tratamiento y no solo en la consecuencia médica de la toma del mismo. Esto último cobra mucha importancia en contextos recientes donde países de América Latina tienen que pagar precios mucho más altos para acceder a medicamentos de última generación como el lenacapavir, aunque fueron países de la región los que participaron activamente en los ensayos clínicos para hacer este medicamento posible. Es decir, sin la accesibilidad no hay indetectabilidad.



Diagnóstico temprano. Es la identificación oportuna de una infección o enfermedad, incluso antes de que aparezcan síntomas o complicaciones. Permite iniciar atención y tratamiento a tiempo, mejorar el pronóstico y, en el caso de algunas infecciones transmisibles, reducir la posibilidad de que se transmitan a otras personas.

Tratamiento antirretroviral. El tratamiento antirretroviral consiste en el uso de medicamentos que controlan el VIH. Aunque no elimina el virus del cuerpo, sí permite que la persona mantenga una buena calidad de vida, reduzca su carga viral y, con adherencia adecuada, alcance niveles indetectables. Actualmente, el tratamiento es una herramienta central tanto para el cuidado individual como para la prevención del VIH.



PrEP (profilaxis preexposición). Estrategia de prevención del VIH en la que una persona sin VIH utiliza medicamentos antirretrovirales antes de una posible exposición, de forma continua o según el esquema indicado, para reducir significativamente el riesgo de adquirir el virus.

PEP (profilaxis postexposición). Tratamiento con medicamentos antirretrovirales que se utiliza después de una posible exposición al VIH para prevenir la infección.

Vinculación a la atención. Proceso mediante el cual una persona diagnosticada con VIH se conecta efectivamente con los servicios de salud, accede a evaluación médica e inicia el tratamiento y seguimiento correspondiente.

Transmisión vertical del VIH. Transmisión del VIH de una persona gestante que vive con VIH a su hijo o hija durante el embarazo, el parto o la lactancia. El tratamiento antirretroviral puede reducir considerablemente este riesgo.

Prevención combinada del VIH. Estrategia que utiliza de manera conjunta distintas herramientas de prevención, como preservativos, PrEP, PEP, testeo, tratamiento y educación, según las necesidades de cada persona o comunidad.



Cómo comunica información científica sin desinformar

Simplificar sin distorsionar

El proceso de divulgación implica simplificar. El reto es hacerlo sin alterar el significado de la información. Si bien reducir el lenguaje técnico favorece la comprensión, también se debe buscar mantener aquellos matices que

sean esenciales para la comprensión del problema.

Así, es importante aprender a distinguir entre resultados preliminares y evidencia definitiva, evitar presentar hipótesis como hechos comprobados y explicar algunos datos que sean relevantes para respaldar una afirmación. También es recomendable alejarse de expresiones categóricas como “descubren la cura”, “demuestran que” o “científicos confirman”, ya que rara vez reflejan el gran nivel de detalle que requiere el ejercicio científico.

Riesgo, evidencia y contexto

El concepto de riesgo es muy utilizado en la epidemiología, ya que permite medir el grado de exposición de las personas a ciertas condiciones. Sin embargo, es importante poner en perspectiva dicho concepto, ya que puede relacionarse con la idea de “amenaza”, activando una respuesta básica del ser humano: el miedo.

Por esto, es importante utilizar la palabra con moderación y, sobre todo, alejarla del concepto de tragedia. Por ejemplo, si bien adquirir alguna ITS no es algo deseable, tampoco significa “el final” de una vida sexual plena, ya que existen tratamientos que pueden curarlas o mantenerlas bajo control (según el caso). En este caso, se puede hablar de riesgo (y cómo evitarlo) sin caer en el alarmismo.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia real:

**“TIENEN
JÓVENES GAY
MÁS RIESGO
DE CONTAGIARSE
DE VIH”**

A primera vista el encabezado transmite la idea de que la orientación sexual de una persona, en este caso gay, automáticamente le impone la “condena” de “contagiarse” de algo además “riesgoso”.

Contexto: La evidencia científica nos puede ayudar a darle un perfil más responsable a este encabezado. Primero, el VIH no se “contagia”, es decir no es una gripe, ni piel a piel como algún otro patógeno, el VIH se transmite por relaciones sexuales sin protección, el intercambio de agujas y de persona gestante a bebé si no se está en tratamiento.

Segundo. Ser gay no es un riesgo, el riesgo es la práctica. Si una persona practica sexo sin protección con una persona que vive con VIH, puede adquirir el virus. Hablamos mejor de prácticas que aumentan la probabilidad y no de “riesgos”.

CONCLUSIÓN: EL “RIESGO” PUEDE SER BIEN COMUNICADO COMO “POSIBILIDAD DE ADQUIRIR”. Y EL CONTAGIO PUEDE SER MEJOR EXPRESADO COMO TRANSMISIÓN.

Cómo evitar el alarmismo y las falsas equivalencias

Las noticias relacionadas con enfermedades infecciosas generan un alto interés público, especialmente cuando se refieren a brotes, variantes, alertas sanitarias o posibles riesgos para la población. En estos casos, la rapidez para informar no debe sustituir la profundidad de la cobertura. Aun en la nota diaria, el contexto puede (y debería) estar presente para brindar información más precisa.

Después de la pandemia de COVID-19, aumentó el conocimiento sobre el sistema de alertas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero es justo esa misma experiencia global la que podría generar más alarma de la necesaria cuando se habla de estos avisos. Por ello, es necesario conocer a fondo el significado de estas alertas, para así evitar titulares que exageren o minimicen la importancia de un tema sanitario.

Otro aspecto importante es evitar las falsas equivalencias. Es tentador extrapolar los resultados de un fenómeno a otro que tiene características similares. Por ejemplo, no todos los virus se comportan igual, tienen la misma evolución o llevan a los mismos desenlaces. Habrá unos curables, otros incurables pero manejables y otros más para los cuales aún no se diseña un tratamiento, por lo que la información sobre ellos no se puede comunicar de la misma forma.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia real:

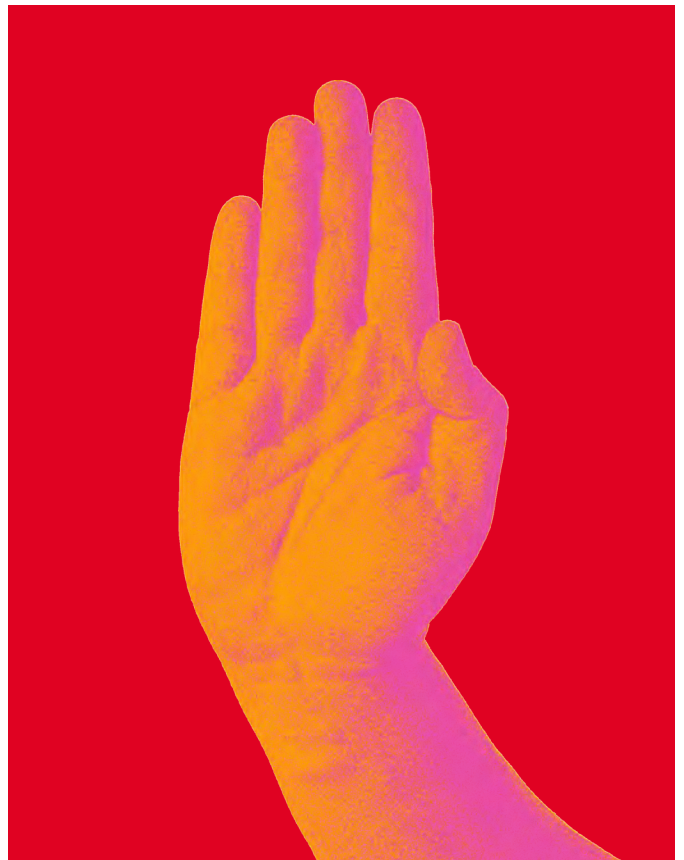
**“ALERTA POR
HANTAVIRUS:
EL VIRUS
MORTAL QUE
PODRÍA SER LA
PRÓXIMA
PANDEMIA”**

El encabezado combina dos ideas que conviene revisar: que se trata de una amenaza masiva e inminente y que se

propaga como cualquier virus “de pandemia”.

Contexto: El hantavirus puede ser grave, sí, pero en la mayoría de los casos no se transmite de persona a persona: se adquiere por contacto con excretas de roedores infectados. Eso lo hace muy distinto de un virus respiratorio como el SARS-CoV-2, que sí circula fácilmente entre personas. Comparar ambos solo porque los dos “dan miedo” es una falsa equivalencia: cada virus tiene su propia vía de transmisión, su evolución y su potencial epidémico. Un patógeno letal no es necesariamente un patógeno pandémico.

CONCLUSIÓN:
LA GRAVEDAD DE UN
CASO NO EQUIVALE A
RIESGO DE PANDEMIA.
ANTES DE PROYECTAR
UN BROTE COMO
“LA PRÓXIMA GRAN
AMENAZA”, CONVIENE
EXPLICAR CÓMO
SE TRANSMITE
REALMENTE EL VIRUS:
ES LO QUE SEPARA EL
ALARMISMO DE LA
INFORMACIÓN ÚTIL.



ESTIGMA, PREJUICIO Y REPRESENTACIÓN

3. MEDIÁTICA



La manera en que los medios presentan la información sobre salud influye en la **percepción** de la sociedad sobre las enfermedades y las personas que viven con ellas. En el caso del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las decisiones editoriales pueden contribuir a una comprensión basada en evidencia o, por el contrario, reforzar estereotipos y prejuicios que afectan la prevención, el diagnóstico y el acceso a los servicios de salud, así como la vida diaria de las personas.

El impacto del lenguaje

El lenguaje periodístico no es neutral. La elección de un titular, una fotografía o una cita puede orientar la interpretación de una noticia y reforzar determinadas ideas sobre quiénes están “en riesgo”, quiénes “son responsables” de la transmisión de una infección o qué conductas se consideran aceptables o reprobables. Sobre todo, al hablar de la actividad sexual, estos sesgos pueden surgir muy fácilmente. Por ello, siempre es recomendable:

1) Cuidar los adjetivos que juzgan disfrazados de descripción. El problema es que rara vez la estigmatización parece evidente, hay calificativos que parecen “neutrales” pero

introducen al veredicto. “Estilo de vida”, “conducta de riesgo” o “paciente de alto riesgo” suenan clínicos, pero desplazan el foco de una práctica concreta hacia una etiqueta que se adhiere a la persona. El riesgo no es un atributo de nadie: vive en una práctica específica y en un contexto. Nombrar la práctica (“relaciones sexuales sin protección”) informa; adjetivar a la persona (“paciente riesgoso”) la clasifica.

2) Desconfiar del vocabulario heredado, no solo de los insultos.

“Sidoso” ya casi no aparece, pero sobreviven fórmulas que arrastran la misma carga y son socialmente aceptadas: “portador”, “víctima del sida”, “sufre de VIH”, “lucha contra el virus”. El marco bélico y el de víctima parecen empáticos, pero definen a la persona por una batalla o por una tragedia permanente, cuando hoy el VIH es una condición crónica manejable. Alguien no “sufre de VIH”: vive con VIH. El cambio no es cosmético; ajusta la realidad que describe la palabra.

3) Entender que el equilibrio mal aplicado también desinforma.

Dar espacio a un mito no siempre es repetirlo por descuido; muchas veces es un reflejo profesional: buscar “la otra campana”. Pero poner en pie de igualdad la evidencia científica y una cura milagrosa, o a un experto y a un negacionista, crea una falsa simetría que confunde a la audiencia. No todos los puntos

de vista tienen el mismo respaldo. El equilibrio no consiste en repartir el micrófono a partes iguales, sino en representar con fidelidad dónde está el peso de la evidencia.

4) Vigilar los verbos, no solo los sustantivos. El lenguaje que criminaliza rara vez usa la palabra “culpable”; se filtra en la elección del verbo. “Confesó”, “admitió” o “reconoció ser portador” presuponen falta antes de que exista. Vivir con VIH o una ITS no es un delito ni una confesión. A esto se suma el cuidado con la identidad: revelar quién es la persona cuando no hay interés público que lo justifique puede tener consecuencias reales sobre su empleo, su familia o su seguridad. El respeto a los derechos humanos, aquí, es tan concreto como escoger “dijo” en lugar de “confesó”.

Los medios pueden reforzar o reducir estigmas

El estigma no siempre entra por la puerta de las afirmaciones explícitas. Se cuela cuando una cobertura enfatiza el miedo, señala a las personas por su condición de salud, convierte un caso individual en el retrato de toda una población o elige imágenes que repiten estereotipos. Rara vez es deliberado: suele ser el efecto de decisiones editoriales que parecían menores.

Por eso ayuda conocer las palancas concretas que lo activan o lo desactivan. Tres son especialmente frecuentes en salud sexual. La primera es distinguir práctica de identidad: no es lo mismo hablar de “grupos de riesgo” que de “prácticas que aumentan la probabilidad de transmisión”; la primera fórmula pega el riesgo a una identidad, la segunda lo ubica donde de verdad está. La segunda es no dejar que un caso hable por todos: una historia individual ilustra, no representa, y presentarla como un “así son” refuerza el estereotipo. La tercera es cuidar la imagen tanto como el texto: un rostro pixelado o una foto de archivo que muestra a un “enfermo” pueden estigmatizar más que el propio titular.

Una cobertura responsable hace lo contrario: **contextualiza, separa conducta de grupo**, protege la privacidad cuando corresponde y se abstiene del juicio moral. No es una concesión de amabilidad, es lo que produce una comprensión más precisa del problema.

Cobertura histórica del VIH y sus efectos actuales

Las primeras coberturas sobre el VIH se escribieron en plena incertidumbre científica, y ese vacío se llenó de juicios de valor: la infección quedó atada a ciertos grupos y estilos de vida. El virus, además, encontró tierra fértil en la homofobia, el racismo y el clasismo de los años ochenta. Los medios tardaron en pasar de la distancia moral a una mirada empática y, entretanto, exprimieron el ángulo sensacionalista; no era raro leer una “lección moral” detrás de la historia de una persona afectada. Ese encuadre no fue inofensivo: contribuyó a que muchas decisiones de política pública se pospusieran hasta que la crisis se volvió imposible de ignorar.

Conocer esa historia no es un ejercicio de memoria, sino una herramienta de detección, porque varios de aquellos marcos siguen vivos, solo que más disimulados. La etiqueta “grupos de riesgo”, el marco bélico de “la lucha contra el sida” o la idea de la “víctima inocente” —que, al llamar así a un bebé o a quien se infectó por una transfusión, insinúa que las demás personas son culpables— son herencias directas de esa época. Reconocerlas es el primer paso para no repetirlas.

Hay también un saldo positivo que conviene no olvidar: el VIH obligó a las sociedades a hablar en público de sexualidad y a aceptar que las prácticas íntimas necesitan información y herramientas de protección para que todas las personas vivan su vida sexual de forma plena y más segura.

Desinformación, silencio y prejuicio

La desinformación no nace solo de difundir datos falsos. También se produce por omisión: cuando se evita un tema, se trata de manera superficial o se dejan fuera datos indispensables para comprender un problema de salud. El sesgo y la información a medias desinforman tanto como el error.

El silencio, en particular, es terreno fértil para el mito: donde el periodismo no explica, el prejuicio explica por

él. Los temas que todavía cargan tabú —las distintas orientaciones sexuales, las prácticas eróticas, un diagnóstico de ITS— necesitan salir a la luz, no para exhibir a nadie, sino para nombrar el escenario donde hace falta prevención. Cubrir con evidencia, con claridad y sin miedo a la complejidad es lo que permite a la audiencia decidir mejor y a la conversación pública madurar.

Derechos humanos y salud sexual

Las noticias sobre VIH y otras ITS rara vez son solo médicas: tocan la privacidad, la discriminación, el acceso a la salud y la aplicación de la ley. Cubrirlas con una mirada de derechos humanos no es tomar partido político; es asumir que una decisión editorial puede tener consecuencias reales sobre la vida de alguien.

De ahí una distinción que conviene tener siempre a la mano: el interés público no es lo mismo que el interés del público. Que un dato despierte curiosidad no significa que deba publicarse. La pregunta útil no es “¿le interesará a la gente?”, sino “¿necesita la gente este dato para entender el hecho?”.

Privacidad y confidencialidad

El diagnóstico de una persona es información privada. Salvo que exista un interés público claro, revelar que alguien vive con VIH u otra ITS puede exponerlo a discriminación, violencia, pérdida de empleo o ruptura de vínculos. Y hay un agravante propio de nuestra época: un nombre publicado no desaparece, queda buscable para siempre.

Antes de incluir un dato que permita identificar a alguien, conviene aplicar tres filtros. El de necesidad: ¿es indispensable para comprender la noticia o solo satisface la curiosidad? El de identificación indirecta: a veces no hace falta el nombre, porque el cargo, el barrio, el lugar de trabajo o una foto bastan para señalar a la persona en su entorno. Y el de consentimiento real: aceptar una entrevista no equivale a autorizar que se publique un diagnóstico, así que conviene asegurarse de que la persona entiende dónde aparecerá su testimonio y qué será identificable. En la mayoría de los casos, la historia se puede contar con la misma calidad sin exponer a nadie.



Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“EMPLEADO CON
VIH TRABAJÓ
DURANTE
AÑOS EN
RESTAURANTE
DE LA CIUDAD”.**

Contexto: El encabezado sugiere que vivir con VIH representa un riesgo para la clientela. No es así: el virus no se transmite por preparar alimentos, compartir utensilios ni convivir en espacios públicos. El diagnóstico no aporta nada para entender la noticia y sí expone a la persona a la estigmatización.

Conclusión: Antes de revelar un diagnóstico, conviene preguntarse si existe un interés público real que lo justifique o si el dato solo sirve para identificar a alguien sin ayudar a comprender los hechos.

Criminalización del VIH

En algunos países existen leyes que sancionan conductas relacionadas con la transmisión o la exposición al VIH, y varían mucho de un lugar a otro, de modo que conviene conocer la legislación local antes de cubrir un caso.

Cuando la noticia es un proceso judicial, hay tres planos que no deben confundirse: la conducta que la ley sanciona, la acusación —que es un señalamiento, no un hecho probado— y lo que la ciencia puede efectivamente demostrar. Muchas de estas leyes se redactaron con el conocimiento de hace décadas y no contemplan

lo que hoy sabemos: que con tratamiento y carga viral indetectable no hay transmisión sexual (I=I), o que el uso del condón cambia por completo el riesgo. Por eso el periodismo aporta más cuando lleva la ciencia al tribunal: explicar cómo se transmite realmente el VIH, qué papel juega el tratamiento y qué dice la evidencia sobre el riesgo desarma interpretaciones que, sin ese contexto, parecen sólidas y no lo son. Conviene también desconfiar de fórmulas como “transmisión intencional” cuando no hay prueba que las sostenga.

Acceso a salud y discriminación

Prevenir, diagnosticar y tratar una ITS no depende solo de decisiones individuales. La disponibilidad de servicios, el acceso a pruebas, el costo de los tratamientos, el estigma o la discriminación pesan tanto como la voluntad de cada quien. Por eso, cuando una cobertura aborda un aumento de casos o un diagnóstico tardío, mirar solo la conducta personal deja fuera la otra mitad de la historia: las condiciones estructurales que la explican. Una pregunta abre ese foco: “¿qué le facilita o le impide a esta persona cuidarse?”.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“AUMENTAN LOS
CASOS DE SÍFILIS
POR FALTA DE
RESPONSABILIDAD
SEXUAL”.**

Contexto: Las prácticas sexuales influyen en la transmisión, sí, pero el aumento también puede deberse a menos pruebas disponibles, dificultades para acceder al tratamiento, programas de prevención interrumpidos o cambios en la vigilancia epidemiológica. Atribuirlo solo a

la conducta simplifica un problema de múltiples causas.

Conclusión: En salud pública rara vez hay una sola explicación. Incorporar el contexto sanitario y social construye coberturas más completas y útiles.

Cómo construir coberturas más responsables



La calidad de una cobertura sobre VIH e ITS no se juega solo en la exactitud de los datos, sino en las decisiones editoriales que los rodean: qué contexto se ofrece, qué voces entran, qué se destaca y qué se deja fuera. Una cobertura responsable no maquilla la realidad ni esconde los problemas, pero tampoco los infla; le da a la audiencia lo necesario para entender un tema complejo sin caer en simplificaciones, estereotipos o juicios de valor. Lo que sigue aterriza eso en tres decisiones concretas.

Contextualizar historias

Toda noticia sobre salud tiene un contexto. Un caso individual puede reflejar una tendencia más amplia; una cifra puede responder a un cambio de política pública; un avance científico suele ser el fruto de años de investigación y no un hallazgo aislado. Antes de publicar, conviene preguntarse qué necesita saber la audiencia

para comprender la historia en toda su dimensión. Incorporar antecedentes, explicar las condiciones sociales o sanitarias que rodean un hecho y consultar fuentes especializadas evita que la noticia se lea en el vacío.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“JOVEN
ADQUIERE VIH
TRAS CONOCER
A UNA PERSONA
POR UNA
APLICACIÓN
DE CITAS”.**

Contexto: El encabezado apunta a la aplicación y sugiere que la plataforma es el problema. Pero lo relevante no es el medio por el que se conocieron, sino las prácticas de prevención, el acceso a información y las herramientas disponibles para reducir la transmisión.

Conclusión: Cuando un elemento no explica el problema de salud y sí puede reforzar estereotipos, conviene valorar si de verdad aporta algo de interés periodístico.

Evitar enfoques moralizantes

Las coberturas sobre salud sexual pueden colar, sin querer, juicios morales sobre la vida privada de las personas: cuando la noticia sugiere que una infección es

consecuencia de una conducta “correcta” o “incorrecta”, o presenta una práctica sexual como una falta o un castigo. El papel del periodismo no es evaluar decisiones personales, sino informar con evidencia. Cambiar el juicio por información verificable permite explicar cómo se transmite una infección, cómo se previene y qué factores influyen de verdad en la salud.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“LA
PROMISCUIDAD
DISPARA
LOS CASOS
DE SÍFILIS”.**

Contexto: El titular atribuye el aumento a un juicio moral sobre la conducta sexual y deja fuera otros factores — acceso a pruebas, disponibilidad de tratamiento, cambios en la vigilancia, estrategias de prevención—. Además, “promiscuidad” no tiene una definición objetiva en salud pública: aporta más carga valorativa que información.

Conclusión: Cuando una explicación se apoya en calificativos morales y no en evidencia, es probable que el enfoque deba revisarse.

Incorporar voces diversas sin exotización

Una buena cobertura en salud se enriquece con distintas perspectivas: además de especialistas y autoridades, las organizaciones comunitarias, el personal de salud y las personas con experiencia directa aportan un conocimiento que ningún informe da. Pero incluir voces diversas no significa convertir a alguien en el centro de la historia solo por pertenecer a un grupo. Las personas no deben aparecer como el ejemplo de toda una comunidad

ni servir únicamente para sostener una narrativa de sufrimiento, excepcionalidad o superación.

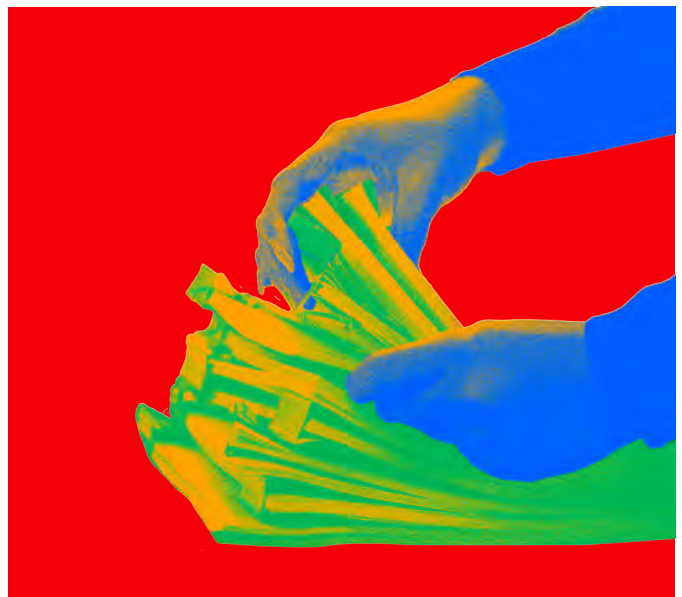
Un par de reglas de oficio ayudan: preguntar por la experiencia, no por la identidad (“¿cómo fue conseguir tu tratamiento?” en vez de “¿cómo es ser...?”); no pedirle a una persona que hable en nombre de toda una comunidad; y ser claro con ella sobre el enfoque de la nota, para que su testimonio no termine encajado en una historia de lástima o de heroísmo que no eligió contar.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“UN TRABAJADOR
SEXUAL CUENTA
CÓMO HA
SOBREVIVIDO
AL VIH”.**

Contexto: El testimonio puede aportar, pero el enfoque reduce a la persona a dos rasgos —su ocupación y su diagnóstico—. Si no son indispensables para entender la noticia, terminan desplazando el resto de su experiencia y sugieren que representa a toda una población.

**CONCLUSIÓN:
DIVERSIFICAR LAS
FUENTES ES AMPLIAR
LAS PERSPECTIVAS
DE UNA COBERTURA,
NO CONVERTIR
LA IDENTIDAD
DE ALGUIEN EN
SU PRINCIPAL
ATRATIVO.**



4. LENGUAJE Y CONVERSACIÓN PÚBLICA SOBRE SEXUALIDAD



Cómo hablar de sexualidad de manera clara y precisa

Hablar de sexualidad sigue siendo un reto para muchos medios de comunicación. En ocasiones se recurre a eufemismos, expresiones ambiguas o términos moralizantes con la intención de “suavizar” la información. Sin embargo, la selección de vocabulario puede dificultar la comprensión de la noticia e incluso contribuir a la desinformación.

Utilizar un lenguaje claro no significa ser explícito de manera innecesaria; significa nombrar las cosas por su nombre, explicar los conceptos cuando sea necesario y evitar palabras que generen confusión o refuercen prejuicios.

Genitalidad y términos correctos

La precisión comienza por el vocabulario. Al informar sobre salud sexual conviene usar los términos anatómicos correctos cuando son relevantes para comprender la información: reduce ambigüedades y ayuda a la audiencia a entender, por ejemplo, cómo se transmite una infección o en qué consiste un procedimiento.

Aquí aparece una tensión real de redacción, entre el eufemismo que no dice nada (“sus partes íntimas”) y una explicitud que el editor va a recortar. La salida no está en ninguno de los dos extremos, y hay maneras concretas de nombrar con precisión sin sonar ni vago ni vulgar:

El término técnico es tu aliado, no tu enemigo. “Pene”, “vagina”, “ano”, “recto”, “semen”, “mucosa” pertenecen al registro clínico y, justamente por eso, pasan donde el argot no pasaría. Suelen leerse más serios —y menos incómodos— que el eufemismo coqueto o el diminutivo. Cuando dudes, la palabra médica casi siempre es la que sortea la censura.

Ancla la palabra en la fuente. Atribuir la información a una autoridad sanitaria (“según la OMS, el VIH puede transmitirse durante el sexo anal o vaginal sin protección”) le da a la frase un propósito evidente. Ya no es el periodista siendo explícito: es la nota citando evidencia. Ese encuadre desactiva buena parte de la objeción editorial.

Explica el mecanismo, no solo nombres la parte. En lugar de quedarte en un sustantivo, describe la ruta: “el contacto entre mucosas durante la penetración”. Nombrar con función deja claro por qué esa palabra está ahí, y lo que se entiende como necesario rara vez se recorta.

Cuida un registro parejo. Un término específico llama la atención cuando cae en medio de un texto lleno de rodeos. Si mantienes un tono clínico y neutro en todo

el párrafo, la palabra precisa deja de sobresalir y se lee como lo que es: información.

En cambio, “entrepierna”, “partes íntimas” o “partes privadas” no aclaran nada y refuerzan la idea de que hay cosas de las que no se puede hablar. El diminutivo y el guiño (“sus partecitas”) son, paradójicamente, los que suenan más vulgares; el término exacto suena profesional.

Orientación sexual e identidad de género

Con frecuencia, la identidad de género y la orientación sexual son conceptos que se confunden o se usan indistintamente. Es importante tener claras estas categorías para evitar generar desinformación o, incluso, reforzar estigmas.

Identidad de género: es la vivencia interna e individual que una persona tiene de su propio género. Puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer y puede expresarse de distintas maneras en su vestimenta, intereses o cualquier forma de expresión.

Una persona cuya identidad de género coincide con el sexo que le fue asignado al nacer es una persona cisgénero, mientras que aquella que no se identifica con el sexo asignado al nacer es una persona transgénero.

Orientación sexual: es la capacidad de una persona de sentir atracción afectiva, romántica o sexual hacia personas de un género, de más de un género o de ninguno. La orientación sexual es independiente de la identidad de género.

Las orientaciones sexuales más conocidas son: gay (un hombre que se siente atraído por hombres), lesbiana (una mujer que se siente atraída por mujeres) y bisexual (un hombre o una mujer que siente atracción por hombres y mujeres). Sin embargo, también hay otras orientaciones que han comenzado a visibilizarse, como la asexualidad, en la que la persona no siente atracción erótica —aunque sí afectiva— por ningún género.

No está de más recordar que ni la identidad de género ni la orientación sexual determinan, por sí mismas, la probabilidad de adquirir una ITS.

Cuando una noticia hace referencia a estos aspectos, conviene preguntarse si realmente son relevantes para comprender los hechos. Si la respuesta es no, probablemente su inclusión aporte poco valor informativo y pueda favorecer asociaciones innecesarias entre determinadas poblaciones y ciertos problemas de salud.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“HOMBRE GAY ES
DIAGNOSTICADO
CON VIRUELA
SÍMICA”.**

Contexto: La orientación sexual no explica el diagnóstico. Si no existe una justificación periodística para mencionarla, el titular puede reforzar la idea de que la enfermedad está ligada a una identidad y no a determinadas formas de transmisión.

Conclusión: La orientación sexual o la identidad de género deben mencionarse únicamente cuando aportan información relevante para comprender la noticia, pero no para hacerla más “vendible” o llamativa.

Prácticas sexuales y lenguaje comprensible

Muchas noticias sobre salud sexual requieren explicar prácticas específicas para entender cómo se transmite una infección o cómo funciona una estrategia de prevención. En estos casos, el lenguaje debe ser directo, preciso y comprensible. Mencionar el coito anal, el coito vaginal o el sexo oral puede parecer excesivo, pero no lo es cuando es necesario para explicar una parte fundamental de la noticia.

Evitar esas descripciones por incomodidad, o sustituirlas por expresiones ambiguas, puede dejar dudas importantes en la audiencia. Y describir una práctica sexual no implica promoverla ni juzgarla: solo aporta la información necesaria para comprender un hecho desde la salud pública.

La pregunta que ordena todo esto es sencilla: ¿hay que nombrar esta práctica para que se entienda cómo se transmite la infección o cómo se previene? Si la respuesta

es sí, nombrarla no es gratuito, es informativo, y ese es justamente el argumento que convence a un editor. Si es no, probablemente sobra. Precisión no es lo mismo que exhibición: una responde a la comprensión del hecho; la otra, a la búsqueda de morbo. Un recurso práctico es explicar el término una vez —qué es y por qué importa— y luego usarlo con naturalidad en el resto de la nota, sin repetir la aclaración.

Expresiones y enfoques que deben evitarse

Las palabras elegidas para construir una noticia pueden modificar la forma en que la audiencia interpreta un problema de salud. Algunas expresiones son imprecisas; otras reproducen prejuicios que han acompañado históricamente al VIH y otras ITS. Revisar el lenguaje antes de publicar ayuda a construir una comunicación más clara y basada en evidencia.

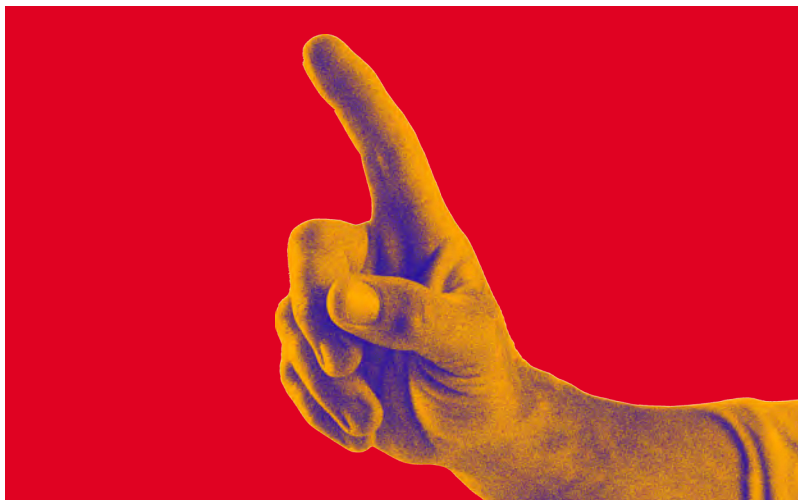
Eufemismos

Además de dificultar la comprensión, los eufemismos pueden perpetuar la idea de que hablar de sexualidad es inapropiado o vergonzoso. Cuando los medios evitan nombrar prácticas sexuales, partes del cuerpo o métodos de prevención por temor a incomodar a la audiencia, terminan reforzando el mismo tabú que muchas estrategias de salud pública buscan disminuir. La claridad no está reñida con el respeto: es posible informar con un lenguaje profesional, preciso y accesible sin recurrir a expresiones ambiguas.

También conviene evitar que los eufemismos sustituyan conceptos científicos importantes. Frases como “relaciones de riesgo”, “conductas inadecuadas” o “se expuso” pueden dejar preguntas sin responder si no se explica qué ocurrió realmente. Siempre que el contexto lo permita, es preferible describir la situación de forma concreta. Esto no solo mejora la comprensión de la noticia, sino que facilita a la audiencia identificar con mayor claridad cuáles son las prácticas asociadas a la prevención y cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de adquirir una infección.

Términos estigmatizantes

Las palabras cambian con el tiempo, y también lo hace la forma en que entendemos la salud, la sexualidad y la diversidad. Muchos términos que durante años fueron



habituales en los medios hoy se consideran imprecisos, desactualizados o estigmatizantes, ya sea porque simplifican una realidad compleja, refuerzan prejuicios o reproducen formas de discriminación que la evidencia y los derechos humanos han ayudado a cuestionar.

En el caso del VIH, conviene revisar expresiones como “sidoso”, “portador”, “víctima del sida”, “infectado de VIH” o frases como “confesó que vive con VIH”. Aunque algunas todavía aparecen en los medios, presentan a la persona a partir de su diagnóstico o sugieren culpa, sufrimiento permanente o peligro para quienes la rodean. En la actualidad, resulta más preciso hablar de personas que viven con VIH, ya que el diagnóstico constituye solo una parte de su vida y no define su identidad.

Algo similar ocurre al informar sobre orientación sexual e identidad de género. Expresiones como “preferencia sexual”, “homosexualismo”, “travesti” (cuando la persona se identifica como trans), “cambio de sexo” o “sexo biológico”, utilizadas de forma indiscriminada, pueden transmitir conceptos incorrectos o desactualizados. Del mismo modo, utilizar el nombre o los pronombres que una persona no reconoce para sí misma puede derivar en una representación inexacta de su identidad.

También es recomendable evitar términos que, aunque parezcan descriptivos, clasifican a las personas por encima de las circunstancias. Hablar de “grupos de riesgo”, por ejemplo, puede dar la impresión de que determinadas poblaciones representan un riesgo por sí mismas, cuando la evidencia muestra que el riesgo está asociado a prácticas, condiciones de acceso a la salud o contextos específicos. En la mayoría de los casos es más preciso hablar de poblaciones clave, poblaciones prioritarias o describir directamente la situación a la que hace referencia la información.



Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“HOMOSEXUAL
CONFIESA QUE
ES PORTADOR
DE VIH”.**

Contexto: El titular reúne varios términos que pueden reforzar estigmas. “Confiesa” sugiere culpa; “portador” es una expresión desactualizada y estigmatizante en la comunicación sobre VIH; además, la orientación sexual aparece como un dato central sin que necesariamente aporte información para comprender la noticia. Una redacción más precisa podría centrarse en los hechos y utilizar un lenguaje descriptivo, libre de calificativos innecesarios.

Conclusión: Revisar la terminología no responde únicamente a una cuestión de corrección política. Las palabras influyen en la manera en que la audiencia comprende una realidad. Elegir expresiones precisas ayuda a comunicar mejor la información y contribuye a reducir estigmas que históricamente han acompañado al VIH, las ITS y la diversidad sexual.

Asociaciones entre ITS y moralidad

Las infecciones de transmisión sexual son problemas de salud pública, no indicadores del comportamiento moral de las personas. Asociar una infección con conceptos como “promiscuidad”, “libertinaje” o “falta de valores” desplaza la atención de los factores que realmente intervienen en su transmisión y dificulta una comprensión basada en evidencia.

Por ejemplo, X publica esta noticia:

**“EL LIBERTINAJE
SEXUAL DISPARA
LOS CASOS DE
GONORREA”.**

Contexto: El titular sustituye la explicación epidemiológica por un juicio moral. No aporta evidencia sobre las causas del aumento de casos y presenta una valoración subjetiva como si fuera un hecho comprobado.

Conclusión: Cuando una explicación depende de calificativos morales y no de información verificable, es probable que el enfoque de la cobertura deba replantearse.

Buenas prácticas en comunicación

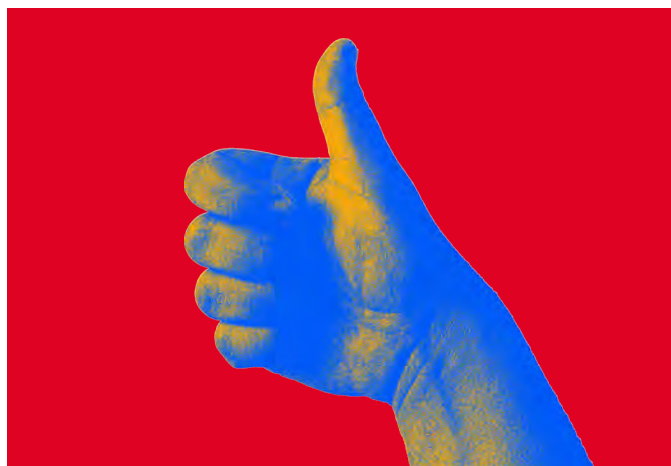
Las buenas prácticas en comunicación no consisten en seguir una lista de palabras permitidas o prohibidas, implican desarrollar el hábito de preguntarse cómo será interpretada una información antes de publicarla. En temas relacionados con la sexualidad, el VIH y otras ITS, una decisión aparentemente menor —un verbo, un titular o una imagen— puede modificar la manera en que la audiencia entiende un problema de salud.

Comunicar con responsabilidad no significa perder capacidad narrativa ni renunciar al interés periodístico, sino construir historias que informen sin sacrificar el contexto, la evidencia ni la dignidad de las personas.

Titulares

El titular suele ser la única parte de una noticia que muchas personas leerán. En redes sociales, buscadores o aplicaciones de mensajería, el encabezado circula con frecuencia separado del resto del texto. Por ello, una imprecisión en esas pocas palabras puede tener más impacto que cualquier aclaración incluida después en la nota.

La presión por atraer lectores favorece titulares que exageran cifras, simplifican hallazgos científicos o presentan hipótesis como hechos consumados. El problema es que un buen titular no solo debe despertar interés; también debe representar con fidelidad la información que desarrolla el texto.



Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“NUEVA
VACUNA PODRÍA
ERRADICAR
EL VIH”.**

Contexto: La investigación corresponde a una fase temprana y sus resultados únicamente muestran una respuesta inmunológica prometedora. Hablar de “erradicar” el VIH genera una expectativa que la propia investigación no respalda y puede alimentar falsas esperanzas en la audiencia.

Conclusión: El titular no debe prometer más de lo que demuestra la evidencia. Si una afirmación necesita matices para ser correcta, esos matices también deberían reflejarse desde el encabezado.

Redes sociales

Las redes sociales modificaron la manera en que circula la información sobre salud. Hoy una noticia puede resumirse en una imagen, un video de pocos segundos o una frase aislada que será compartida miles de veces sin el contexto que la acompaña en el texto original.

Este entorno obliga al periodismo a pensar más allá de la nota completa. Si un dato puede malinterpretarse al ser separado del contexto, probablemente necesite una mejor explicación desde el principio. En temas de salud sexual, donde los prejuicios y la desinformación circulan con facilidad, una publicación ambigua puede reforzar mitos mucho antes de que aparezcan las aclaraciones. No se trata de adaptar la información al funcionamiento de los algoritmos, sino de reconocer que la conversación pública ya no ocurre únicamente en los medios tradicionales. El contexto también debe viajar con la noticia.

Cobertura de tendencias y desinformación

No toda conversación viral merece convertirse en noticia. En ocasiones, el intento por desmentir un rumor termina amplificando una afirmación falsa que, de otro modo, habría tenido un alcance limitado. Antes de cubrir una tendencia conviene preguntarse si realmente tiene relevancia pública o si el propio tratamiento periodístico contribuirá a darle mayor visibilidad.

Cuando una afirmación falsa sí requiere cobertura, el desafío consiste en no colocar el mito en el centro de la historia. Lo importante no es repetir la desinformación para después desmentirla, sino explicar qué dice la evidencia, por qué surgió la confusión y cuáles son los datos verificables disponibles.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“¿ES CIERTO
QUE LOS
CONDONES
YA NO PROTEGEN
CONTRA LAS
NUEVAS ITS?”**

Contexto: El titular reproduce una afirmación viral que carece de sustento científico y puede ser interpretada como verdadera por quienes solo leen el encabezado. Un enfoque más útil sería explicar qué protección ofrecen los condones, cuáles son sus limitaciones y por qué surgió la desinformación.

Conclusión: Desmentir un mito no consiste únicamente en decir que es falso, también implica evitar que el propio desmentido contribuya a difundirlo.

Uso responsable de información científica

La evidencia científica es la base de una cobertura rigurosa, pero no toda publicación científica tiene el mismo peso ni responde a las mismas preguntas. Un estudio aislado rara vez cambia el conocimiento disponible; es la acumulación de evidencia la que permite establecer consensos y modificar las recomendaciones en salud.

Esto obliga al periodismo a resistir la tentación de presentar cada nuevo artículo como un descubrimiento revolucionario. Las expresiones “científicos descubren”, “por fin encuentran la cura” o “todo lo que sabíamos era incorrecto” suelen responder más a una necesidad narrativa que al funcionamiento real de la ciencia.



**EL PAPEL DEL
PERIODISTA NO
ES TRADUCIR
LITERALMENTE UN
ARTÍCULO CIENTÍFICO,
SINO AYUDAR A
LA AUDIENCIA A
COMPRENDER QUÉ
APORTA ESE ESTUDIO,
CUÁLES SON SUS
LIMITACIONES Y CÓMO
SE RELACIONA CON
EL CONOCIMIENTO
PREVIO.**



**EN SALUD,
LA NOVEDAD
CASI NUNCA
ES SUFICIENTE;
LO VERDADERAMENTE
IMPORTANTE ES
SABER DÓNDE
ENCAJA DENTRO
DE LA EVIDENCIA
DISPONIBLE.**

HERRAMIENTAS PRÁCTICAS PARA 5. PERIODISTAS



Este capítulo reúne criterios que pueden utilizarse durante la preparación, escritura y edición de una nota sobre VIH, ITS y salud sexual. El objetivo es ofrecer preguntas útiles para revisar la información antes de publicarla.

Cómo cubrir

Brotes y alertas sanitarias

Los brotes y las alertas sanitarias suelen generar titulares urgentes porque combinan tres elementos que llaman la atención: novedad, incertidumbre y posibilidad de daño. El problema surge cuando la velocidad desplaza al contexto y cualquier aumento de casos se presenta como una amenaza generalizada.

Antes de hablar de una “alerta”, conviene identificar quién la emitió, a qué población se dirige y qué nivel de riesgo describe realmente. No todas las alertas implican una emergencia internacional, ni todos los brotes tienen capacidad de expandirse de la misma manera. La vía de transmisión, la distribución geográfica, la cantidad de casos y las medidas disponibles para controlarlos son datos esenciales para dimensionar el problema.

También es importante distinguir entre gravedad individual y potencial epidémico. Una infección puede producir cuadros graves y, al mismo tiempo, tener una capacidad

limitada de propagación. De igual manera, un patógeno altamente transmisible no necesariamente produce enfermedad grave en la mayoría de las personas. Mezclar ambos conceptos puede convertir una nota informativa en una narrativa de amenaza.

Por ejemplo, diario X publica esta noticia:

**“ALERTA MÁXIMA
POR NUEVA ITS
QUE AMENAZA CON
EXPANDIRSE POR
TODA LA REGIÓN”.**

Contexto: La autoridad sanitaria informó un incremento localizado de casos y recomendó fortalecer la vigilancia y el diagnóstico, pero no declaró una emergencia generalizada ni señaló evidencia de expansión regional.

Conclusión: El grado de alarma del titular debe corresponder con el nivel de riesgo comunicado por las autoridades y con la evidencia disponible, no con el potencial de impacto de la noticia.

Nuevos estudios científicos

Los estudios científicos pueden ofrecer noticias relevantes, pero una publicación reciente no equivale automáticamente a un cambio en el conocimiento médico. El periodista debe distinguir entre un resultado novedoso y una evidencia suficientemente sólida como para modificar recomendaciones o prácticas.

Al revisar un estudio conviene preguntarse qué tipo de investigación es, cuántas personas participaron, qué población fue analizada, qué desenlace se midió y cuáles son las limitaciones reconocidas por los autores. También es importante identificar si el resultado ha sido publicado en una revista científica, presentado únicamente en un congreso o difundido mediante un comunicado de prensa.

Un hallazgo puede ser prometedor, pero no por ello es definitivo. Las primeras fases de una investigación suelen responder preguntas sobre seguridad, mecanismos biológicos o señales iniciales de eficacia, no necesariamente demuestran que una intervención esté lista para utilizarse de manera generalizada.

Por ello, la pregunta periodística no debería ser únicamente “¿qué descubrieron?”, sino también “¿qué sabemos ahora que antes no sabíamos?” y “¿qué falta todavía por demostrar?”.

Datos epidemiológicos

Los datos epidemiológicos permiten observar tendencias, pero requieren interpretación. Una cifra sin punto de comparación puede parecer más alarmante o más tranquilizadora de lo que realmente es.

Buena parte de los errores nace de usar como sinónimos palabras que significan cosas distintas. Conviene identificarlas bien, porque confundirlas cambia la noticia: Incidencia. Número de casos nuevos que aparecen en un periodo. Responde a la pregunta “¿cuántos se sumaron?”. Prevalencia. Total de personas que viven con la infección en un momento dado, sumando los casos nuevos y los que ya existían. Responde a “¿cuántas hay en total?”.

Casos notificados. No son todos los casos que existen, sino los que llegaron a registrarse. Si se hacen más pruebas o mejora la vigilancia, la cifra sube sin que necesariamente haya más infecciones.

Casos absolutos. El número por sí solo (“10 000 casos”), que dice poco sin su denominador: no es lo mismo en un país de un millón de habitantes que en uno de cien millones.

Tasa. Expresa los casos en relación con la población (por ejemplo, por cada 100 000 personas). Es lo que permite comparar lugares o periodos de distinto tamaño.

Para no confundir las dos primeras sirve una imagen: una tina con la llave abierta. El agua que cae de la llave es la incidencia —lo nuevo que entra—; el nivel de agua acumulado en la tina es la prevalencia. No miden lo mismo y no se pueden intercambiar.

Este matiz importa mucho en el VIH. Como el tratamiento permite vivir muchos años, la prevalencia puede subir aunque haya menos infecciones nuevas: hay más personas viviendo con VIH simplemente porque viven más y mejor. Leer ese aumento como si fueran “más contagios” es un error clásico que a veces convierte una buena noticia en una alarma.

Antes de informar que una infección “aumentó” o “disminuyó”, conviene revisar de cuál de estas cifras se está hablando y si hubo cambios en los métodos de vigilancia, las pruebas disponibles, los criterios diagnósticos o la capacidad de registro. Siempre que se pueda, las cifras deben compararse con periodos anteriores y con la población a la que se refieren. El dato principal debe responder a una segunda pregunta: ¿qué podría estar explicándolo? Sin esa capa de contexto, la epidemiología se vuelve una serie de números sin mucho sentido.

Políticas públicas y acceso a tratamiento

Es importante mirar las decisiones sobre salud pública bajo la lupa de las repercusiones. Una modificación en los programas de prevención, las reglas de acceso a medicamentos, la disponibilidad de pruebas o el financiamiento de servicios puede afectar directamente la capacidad de una población para prevenir, diagnosticar o tratar una infección.

Al cubrir políticas públicas, conviene buscar un equilibrio entre las declaraciones y los lineamientos descritos en dichas políticas, ya que entre la publicación de una norma y su impacto real puede existir una gran distancia.

La cobertura puede enriquecerse preguntando:

- **¿Qué cambia en la práctica?**
- **¿Quiénes podrán acceder a un servicio?, ¿Quiénes podrían quedar fuera?**
- **¿Qué recursos existen para implementar la medida?**
- **¿Qué obstáculos podrían limitarla?**

En temas de tratamiento, también es importante distinguir entre disponibilidad teórica y acceso efectivo. Que un medicamento esté aprobado o incluido en una política sanitaria no significa, necesariamente, que todas las personas que lo necesitan puedan obtenerlo de manera oportuna.

Cómo seleccionar fuentes y realizar entrevistas

Elegir fuentes no es solamente encontrar a alguien dispuesto a hablar. Cada fuente aporta un tipo de conocimiento distinto y tiene sus límites. Una cobertura sólida suele triangular tres miradas: quien explica la evidencia, quien conoce cómo funcionan —o fallan— los servicios y quien vive el problema en carne propia. Ninguna de las tres, por sí sola, cuenta la historia completa.

Especialistas

Los especialistas aportan conocimiento técnico y ayudan a interpretar estudios, datos epidemiológicos o recomendaciones clínicas. Pero “experto” no es una categoría uniforme: nadie domina por igual todos los rincones de un tema. Antes de la entrevista conviene revisar en qué trabaja realmente la persona y si su campo coincide con lo que se busca explicar; quien hace investigación básica mira el VIH distinto a quien atiende pacientes o diseña política pública.

Dos cautelas de oficio. La primera, los conflictos de interés: haber participado en un estudio, recibir financiamiento de una farmacéutica o colaborar con una institución no invalida una opinión, pero es información que ayuda a leerla, y que conviene transparentar en la nota. La segunda, no confundir una opinión con el consenso: una voz autorizada puede sostener una postura minoritaria, y presentarla como “lo que dice la ciencia” desinforma.



En la conversación, preguntas como “¿qué sabemos con certeza?”, “¿qué todavía no sabemos?” o “¿qué suele malinterpretarse sobre esto?” abren más que pedir una valoración general. Y ante una afirmación fuerte, una pregunta sencilla ordena todo: “¿en qué evidencia se basa?”.

Organizaciones civiles

Históricamente, las organizaciones de la sociedad civil encabezaron la respuesta al VIH y a la salud sexual de poblaciones desatendidas, así que suelen conocer de primera mano las barreras reales de acceso a

prevención, pruebas y tratamiento, y cómo se aplica —o no— una política pública sobre el terreno. Muchas, además, producen datos, monitorean servicios y detectan problemas que las fuentes oficiales no ven.

Con todo, una organización no representa de forma automática a toda una comunidad, y suele tener una posición de incidencia legítima que conviene conocer y hacer explícita. Sus datos y afirmaciones se verifican como los de cualquier fuente. Y algo clave: son una puerta de entrada a los testimonios, no un sustituto del reporte. Sirven para llegar a las personas, no para delegar en ellas la historia.

Personas con VIH y otras ITS

Las personas que viven con VIH o han pasado por el diagnóstico de una ITS aportan lo que ningún informe da: cómo se vive, en la práctica, el diagnóstico, el tratamiento, el estigma o el trato en los servicios. Ese testimonio ilustra, pero no prueba: una historia individual muestra un fenómeno, no demuestra que ocurra igual en toda una población.

Aquí el cuidado ético pesa tanto como el periodístico, porque quien habla puede enfrentar consecuencias que el periodista no correrá: despido, violencia, ruptura familiar. Algunas prácticas ayudan a:

- Ofrecer opciones de identificación —nombre completo, solo nombre de pila o anonimato— y respetar la que la persona elija.
- Recordar que aceptar una entrevista no es autorizar que se publique un diagnóstico ni todos los detalles de una vida; conviene confirmar qué será identificable y dónde aparecerá.
- Dejar que la persona marque el ritmo y no presionar por detalles que no aportan a la nota.
- Evitar el molde de la lástima o de la “superación heroica”: alguien es mucho más que su diagnóstico, y reducirlo a “la persona con VIH” de la historia también estigmatiza.

Poblaciones clave

“Poblaciones clave” designa, en salud pública, a grupos que por condiciones sociales, legales o epidemiológicas enfrentan mayor exposición al VIH o más barreras de acceso. Pertenecer a una de ellas no convierte a nadie en vocero de todo el grupo. En la entrevista conviene evitar preguntas que busquen confirmar un estereotipo o que

traten la identidad de la persona como una curiosidad: se pregunta por la experiencia y el contexto (“¿cómo fue conseguir tu tratamiento?”), no por la identidad como espectáculo.

Vale también reconocer la intersección: una misma persona puede pertenecer a varias poblaciones y vivir varias desigualdades a la vez. La experiencia de un hombre gay con acceso estable a servicios de salud puede ser muy distinta a la de otro en contexto de pobreza, migración o criminalización. Tratar a “los gays” o “las personas trans” como un bloque uniforme borra justamente lo que explica el problema.

Checklist editorial antes de publicar



Una última lectura antes de publicar puede detectar errores que no siempre son evidentes durante la escritura. Este checklist no sustituye la edición, pero ayuda a revisar cinco dimensiones esenciales de una cobertura sobre salud sexual.

Precisión

Preguntarse:

- ¿Las cifras coinciden con la fuente original?
- ¿Los porcentajes y tasas están explicados correctamente?
- ¿Se distingue entre asociación y causalidad?
- ¿Los términos médicos y científicos conservan su significado después de simplificarlos?

La precisión también incluye reconocer los límites de la información. Decir “todavía no se sabe” puede ser más riguroso que llenar un vacío con una explicación no demostrada.

Contexto

Preguntarse:

- ¿La audiencia puede comprender qué significa el dato principal?
- ¿Existe un periodo o cifra con el cual compararlo?
- ¿Se explican los factores sociales, económicos, políticos o sanitarios que pueden influir?
- ¿La historia individual está presentada como tal y no como representación de toda una población?
- ¿Se omitió algún elemento que pueda cambiar sustancialmente la interpretación de la noticia?

El contexto no es información adicional: es lo que convierte un dato correcto en una información realmente comprensible.

Lenguaje

Preguntarse:

- ¿Las palabras describen o juzgan?
- ¿Se utilizan eufemismos que dificultan la comprensión?
- ¿La orientación sexual, la identidad de género o la condición de salud se mencionan porque son relevantes?
- ¿Los verbos introducen ideas de culpa, delito o confesión que los hechos no sostienen?
- ¿Existe una forma más precisa y clara de decir lo mismo?

Una palabra aparentemente pequeña puede cambiar el sentido completo de una historia.

Estigma

Preguntarse:

- ¿La cobertura asocia una infección con un grupo específico de manera innecesaria?
- ¿Se presenta alguna práctica sexual como una característica moral?
- ¿Las imágenes reproducen estereotipos?
- ¿El titular genera miedo desproporcionado?
- ¿La identidad de una persona está reducida a su diagnóstico, orientación sexual, ocupación o condición social?

Eliminar el estigma significa evitar asociaciones que no

ayudan a comprender los hechos y sí pueden reforzar prejuicios.

Calidad de fuentes

Preguntarse:

- ¿La fuente tiene experiencia directa en el tema que comenta?
- ¿La información proviene del documento original o de una interpretación secundaria?
- ¿Se consultaron perspectivas suficientes para entender el problema?
- ¿Existen conflictos de interés que convenga conocer?
- ¿Una opinión aislada está recibiendo el mismo peso que un consenso respaldado por evidencia?

LA CANTIDAD DE FUENTES

NO GARANTIZA UNA

COBERTURA RIGUROSA.

LO IMPORTANTE ES QUE CADA

UNA APOORTE CONOCIMIENTO

RELEVANTE Y QUE SU PESO

DENTRO DE LA HISTORIA

CORRESPONDA CON LA

CALIDAD DE LA EVIDENCIA QUE

RESPALDA SUS AFIRMACIONES.

GLOSARIO



Adherencia (al tratamiento). Grado en que una persona toma su medicamento como fue indicado: la dosis, los horarios y la constancia. En el VIH, una buena adherencia es lo que permite alcanzar y mantener una carga viral indetectable.

Antirretroviral (tratamiento antirretroviral, TAR). Conjunto de medicamentos que controlan el VIH. No eliminan el virus del cuerpo, pero reducen la carga viral, protegen el sistema inmunitario y, con adherencia adecuada, permiten alcanzar niveles indetectables.

Asexual. Orientación sexual de una persona que no siente atracción sexual hacia otras, o la siente en muy baja medida, lo que no impide que pueda tener atracción afectiva o romántica.

Bisexual. Persona que puede sentir atracción emocional, afectiva o sexual hacia personas de más de un género.

Carga viral. Cantidad de virus presente en una muestra del organismo. En el caso del VIH mide la cantidad de virus en la sangre y permite evaluar qué tan eficazmente funciona el tratamiento antirretroviral.

Casos notificados. Casos que llegan a registrarse oficialmente en el sistema de salud. No siempre equivalen al total real: un aumento de casos notificados puede reflejar más diagnóstico o mejor registro, no necesariamente más infecciones.

Cisgénero (persona). Persona cuya identidad de género coincide con el sexo que le fue asignado al nacer. Por ejemplo, una persona asignada como mujer al nacer que se identifica como mujer.

Coinfección. Presencia simultánea de dos infecciones en una misma persona; por ejemplo, VIH y sífilis, o VIH y hepatitis C. Es relevante porque una infección puede facilitar o complicar a la otra.

Condón (preservativo). Método de barrera que reduce de manera importante la probabilidad de adquirir o transmitir muchas ITS, incluido el VIH. Existen versiones externas (para el pene) e internas (para la vagina o el ano).

Discriminación. Trato desigual, exclusión o restricción de los derechos de una persona o grupo debido a características reales o percibidas, como su estado de salud, orientación sexual, identidad o expresión de género.

Emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Máximo nivel de alerta de la Organización Mundial de la Salud. Es un mecanismo para coordinar la respuesta entre países; no equivale, por sí mismo, a una pandemia ni anticipa la gravedad de un brote. *(En inglés, PHEIC.)*

Endemia, epidemia y pandemia. Tres escalas distintas: una enfermedad endémica circula de forma habitual y estable en una zona; una epidemia es un

aumento inusual de casos en un territorio; una pandemia es una epidemia extendida a varios países o continentes. No son intercambiables.

Estigma. Conjunto de ideas y valoraciones negativas asociadas a ciertas características de una persona, por ejemplo, su estado de salud, su orientación sexual, o su identidad o expresión de género.

Expresión de género. Forma en que una persona manifiesta su género hacia afuera: vestimenta, apariencia, gestos o voz. No determina ni la identidad de género ni la orientación sexual.

Gay. Persona que siente atracción emocional, afectiva o sexual hacia personas de su mismo género.

Hombre trans. Hombre a quien al nacer se le asignó el sexo femenino, pero cuya identidad de género es masculina. Se refiere a su identidad de género y no determina su orientación sexual.

Homofobia (y LGBTfobia). Rechazo, prejuicio o discriminación hacia las personas por su orientación sexual o su identidad de género. Es uno de los factores sociales que alejan a las personas de los servicios de salud.



Identidad de género. Vivencia interna e individual que una persona tiene de su propio género. Puede coincidir o no con el sexo que le fue asignado al nacer y es independiente de la orientación sexual.

Incidencia. Número de casos nuevos de una infección en una población durante un periodo determinado. Responde a “cuántos casos nuevos se contabilizaron”, a diferencia de la prevalencia.

Indetectable. Persona que vive con VIH cuya cantidad de virus en la sangre (carga viral) se ha reducido, gracias al tratamiento, hasta niveles que las pruebas habituales no pueden detectar.

Indetectable=Intransmisible (I=I). Principio respaldado por evidencia científica según el cual una persona que vive con VIH, toma tratamiento antirretroviral y mantiene una carga viral indetectable no transmite el VIH por vía sexual. Se refiere específicamente a la transmisión sexual y no implica protección frente a otras ITS.

Infección de transmisión sexual (ITS). Infección que se transmite principalmente mediante prácticas sexuales (vaginales, anales u orales). Algunas también pueden transmitirse por la sangre o durante el embarazo, el parto o la lactancia. Se prefiere “ITS” a “enfermedad de transmisión sexual” (ETS), porque una persona puede tener la infección sin presentar signos, síntomas o enfermedad.

Intersexualidad. Término que engloba diversas variaciones innatas de las características sexuales

—cromosomas, anatomía reproductiva, genitales u hormonas— que no corresponden a las definiciones típicas de cuerpos masculinos o femeninos.

Mujer trans. Mujer a quien al nacer se le asignó el sexo masculino, pero cuya identidad de género es femenina. Se refiere a su identidad de género y no determina su orientación sexual.

Orientación sexual.

Capacidad de una persona de sentir atracción afectiva, romántica o sexual hacia personas de un género, de más de un género o de ninguno. Puede expresarse con términos como heterosexual, homosexual, bisexual o asexual, entre otros.

PEP (profilaxis postexposición).

Medida de emergencia para prevenir el VIH después de una posible exposición. Consiste en tomar antirretrovirales durante un periodo determinado y debe iniciarse lo antes posible, dentro de las primeras 72 horas.

Periodo de ventana.

Tiempo entre una posible exposición a una infección y el momento en que una prueba puede detectarla de forma confiable. Explica por qué a veces se recomienda repetir una prueba.

Persona no binaria. Persona cuya identidad de género no se reconoce exclusivamente dentro de las categorías de hombre o mujer. Engloba diversas experiencias e identidades y no implica una determinada apariencia, expresión de género u orientación sexual.

Persona que vive con VIH. Expresión recomendada para referirse a alguien que tiene VIH, ya que coloca a la persona antes que su condición de salud y evita definirla exclusivamente por un diagnóstico.

Persona trans. Persona cuya identidad de género no coincide con el sexo que le fue asignado al nacer. “Trans” es un término amplio que puede incluir distintas identidades y experiencias de género. Ser trans se refiere a la vivencia interna y no determina las características corporales ni los procedimientos médicos que la persona haya decidido realizar.

Persona trans femenina. Término amplio para referirse a personas cuya identidad de género es femenina o se ubica hacia lo femenino, y a quienes al nacer se les asignó el sexo masculino. Incluye a las mujeres trans y también a personas transfemeninas que no se nombran del todo dentro de la categoría “mujer”.

Persona trans masculina.

Término amplio para referirse a personas cuya identidad de género es masculina o se ubica hacia lo masculino, y a quienes al nacer se les asignó el sexo femenino. Incluye a los hombres trans y también a personas transmasculinas que no se nombran del todo dentro de la categoría “hombre”.

Poblaciones clave.

Grupos que, por una combinación de factores epidemiológicos, sociales, legales y estructurales, pueden presentar una mayor vulnerabilidad frente al VIH y enfrentar barreras específicas para acceder a

prevención, diagnóstico y atención.

Poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Grupos de personas que, debido a determinadas condiciones sociales, económicas, culturales, legales, geográficas o de acceso a la salud, enfrentan mayores barreras para ejercer sus derechos, acceder a servicios o proteger su salud.

PrEP (profilaxis preexposición). Estrategia dirigida a personas que no viven con VIH y quieren



reducir la posibilidad de adquirirlo. Consiste en tomar antirretrovirales antes de una posible exposición. Es altamente efectiva frente al VIH, pero no protege frente a otras ITS.

Prevalencia. Número total de personas que viven con una infección en un momento o periodo dado, incluyendo casos nuevos y previos. Responde a “cuántas hay”, a diferencia de la incidencia.

Prevención combinada. Enfoque que integra distintas herramientas —preservativos, pruebas, PrEP, PEP, vacunación, tratamiento oportuno y educación— partiendo de que ninguna medida única sirve para todas las personas o situaciones.

Serodiscordancia (pareja serodiferente). Pareja en la que una persona vive con VIH y la otra no. Con tratamiento y carga viral indetectable, la transmisión sexual del virus no ocurre.

Serofobia. Rechazo o discriminación específicamente hacia las personas que viven con VIH. Puede manifestarse en el trabajo, los servicios de salud o las relaciones personales.

Sexo asignado al nacer. Clasificación que se hace al momento del nacimiento, generalmente como femenino o masculino, a partir de características físicas observables.

Sida. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: la etapa más avanzada de la infección por VIH, cuando el sistema inmunitario está muy debilitado. No es sinónimo de VIH: una persona puede vivir con VIH durante años sin desarrollar sida, sobre todo con tratamiento. Se escribe en minúscula.

Sífilis. ITS causada por una bacteria, curable con tratamiento adecuado. Su aumento sostenido es una de las tendencias epidemiológicas más relevantes en la región.

Trabajo sexual (persona trabajadora sexual). Intercambio consensuado de servicios sexuales entre personas adultas. Se prefiere este término a “prostitución” o “prostituta”, con carga estigmatizante. No debe confundirse con la trata de personas, que implica coerción.

Transexual. Término que algunas personas trans usan para nombrarse, con frecuencia asociado a quienes han hecho o desean hacer una transición médica (hormonal o quirúrgica). No todas las personas trans se identifican como transexuales, y muchas prefieren simplemente

“trans”. Conviene usarlo solo si la persona se nombra así; no es un sinónimo automático de “persona trans”.

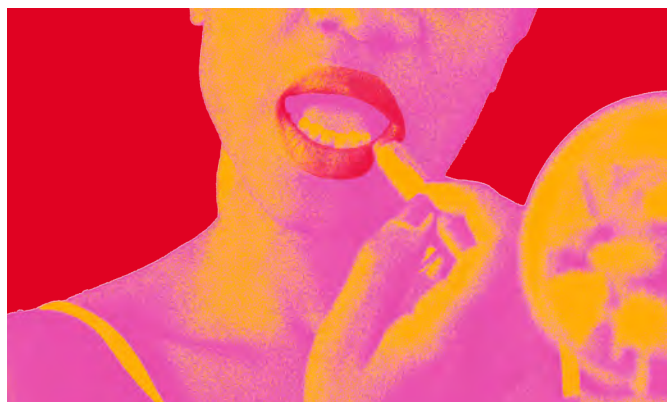
Transición. Proceso mediante el cual una persona realiza cambios para vivir y expresarse de acuerdo con su identidad de género. Puede incluir cambios sociales (nombre, pronombres, forma de vestir) y, en algunos casos, médicos (tratamiento hormonal o procedimientos quirúrgicos).

Travesti. Término de significado variable según el país y el contexto. En buena parte de América Latina —de manera notable en Argentina y Brasil— muchas personas lo reivindican como una identidad propia, latinoamericana y con historia política, distinta de “mujer trans”. Por eso, cuando alguien se nombra a sí misma travesti, corresponde respetar ese uso. Lo que el periodismo debe evitar es emplearlo como una etiqueta genérica e intercambiable: “travesti” no es sinónimo de gay, de transexual, de persona no binaria ni de “vestida”, y usarlo como espectáculo o como insulto reproduce estigma. En resumen: se usa el término con el que la persona se identifica, y no se impone “travesti” como cajón para meter realidades distintas.

VIH (virus de la inmunodeficiencia humana): el virus que ataca el sistema inmunitario. Con tratamiento se controla y la persona mantiene buena calidad de vida. Es el virus; no debe confundirse con el sida, que es una etapa de la infección. Se escribe en mayúsculas.

Vigilancia epidemiológica. Sistema con que las autoridades recopilan y analizan datos de salud para detectar tendencias y brotes. Cambios en la vigilancia (nuevas pruebas, más centros de registro) pueden alterar las cifras sin que cambie la realidad de fondo.

VPH (virus del papiloma humano). Virus muy frecuente que se transmite por contacto sexual. La mayoría de las infecciones se resuelven solas, pero algunos tipos pueden causar verrugas o ciertos tipos de cáncer. Existe vacuna.





AMÉRICA LATINA
& CARIBE

ahflatamycaribe.org

IV CONCURSO REGIONAL DE PERIODISMO
EN SALUD SEXUAL Y VIH
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

HISTORIAS QUE ROMPEN SILENCIOS



ahflatamycaribe.org/concurso-periodismo/

AHF AIDS HEALTHCARE
FOUNDATION

AHF INSTITUTO DE SALUD
PÚBLICA GLOBAL
PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

AHF AMÉRICA LATINA
& CARIBE