

Universidad Abierta Interamericana



FACULTAD DE PSICOLOGÍA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

*Estudio de la Incidencia de las practicas sexuales del grupo
HSH sobre la prevalencia de la transmisión de HIV en la
ciudad de Rosario*

*Alumno: Carlos Martin Clausen
Tutor: Ps. Raúl Gómez Alonso*

Mayo 2010

TITULO

Estudio de la Incidencia de las practicas sexuales del grupo HSH sobre la prevalencia de la transmisión de HIV en la ciudad de Rosario

RESUMEN

El “Estudio de la Incidencia de las practicas sexuales del grupo HSH sobre la prevalencia de la transmisión de HIV” fue realizado en la ciudad de Rosario durante el período de Enero - Mayo de 2010 sobre una muestra de 53 sujetos mayores de 18 años de edad entre los que se encuentran miembros de la población HSH, profesionales de la salud e integrantes de ONG’s con el objetivo describir las principales tendencias en las conductas sexuales de los integrantes del Grupo HSH que se encuentran vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV registrado en los últimos datos estadísticos oficiales.-

El trabajo consistió en caracterizar los factores socios demográficos, tipo de información y creencias vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV, como así también, los patrones de conducta, actitudes y prácticas sexuales de la población y las barreras que dificultan los procesos de adopción de prácticas sexuales seguras.-

Intentamos por medio del presente realizar un aporte para la confección de modelos de prevención en grupos de HSH en donde sea tenido en cuenta el papel del estigma que históricamente ha “marcado” a esta población, la discriminación, la falta de información y los prejuicios que influyen significativamente en la configuración de la vulnerabilidad a la transmisión por HIV en las prácticas de sexo no seguro.

PROLOGO

Los aspectos sociales del SIDA han desempeñado un papel protagónico en el desarrollo de la epidemia, ya que se trata de un síndrome que ha surgido en la escena contemporánea, en la que la circulación de información a través de los medios masivos configura uno de los modos de construcción social de la enfermedad.

Hacia fines de la década del 80 numerosas voces críticas pusieron de manifiesto la insuficiencia de los primeros estudios sobre estos temas, basados en la pretendida ilusión de que una mejor información, actitudes no discriminatorias que aceptaran que todos podemos padecer la infección y creencias positivas con respecto al uso del preservativo redundarían en una mayor adopción de conductas preventivas del VIH por parte de la población.

La nueva perspectiva que surgió desde las ciencias sociales, ante el escaso aporte de las variables estudiadas para la predicción de las conductas protectoras, se basó especialmente en la importancia atribuida a la “construcción” del riesgo por parte de la población, vale decir, a los significados asignados por ella a la enfermedad. Esta perspectiva se complementa con una mirada sobre las desigualdades existentes entre los distintos países y dentro de cada uno de ellos, que operan en detrimento de las poblaciones más vulnerables frente al riesgo, especialmente en el acceso a la prevención.

La realización del presente trabajo tiene el propósito de caracterizar los factores socio demográficos, tipo de información y creencias vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV, Identificar patrones de conducta, actitudes y

prácticas sexuales de la población HSH, Identificar factores claves y tipos de influencia en la población HSH con prácticas sexuales seguras e Identificar las barreras que dificultan los procesos de adopción de prácticas sexuales seguras.

Se analizan desde la perspectiva de los integrantes del colectivo HSH, los profesionales de la salud y ONG's partícipes necesarios para el diseño, desarrollo e implementación de Políticas Sociales que tiendan a abordar la problemática de VIH/SIDA.-

Carlos M. Clausen

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer muy especialmente al Ps. Raúl Gómez Alonso tutor de mi tesina por su invaluable dedicación, sugerencias y orientación en todo el proceso de realización del presente trabajo, por su contención, apoyo y respaldo.-

Agradecer al Ps. Ignacio Saenz Director de la Carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana por su colaboración en el diseño del Pre Proyecto de investigación, como así también, a la Ps. Laura Hanono Secretaria Académica de la Universidad Abierta Interamericana por su continua colaboración y apoyo durante el trabajo de campo.-

A mis compañeros Maite, Gisela, Sofía, María Jose y Pia por el acompañamiento y la contención que me han brindado.-

A Mariano, Renata y Baltazar por el tiempo restado.-

INDICE

Introducción	9
Fundamentación	13
Planteamiento del Problema	15
Antecedentes	16
Objetivos	19
Justificación	20
Hipótesis	23
Metodología	24
Marco Teórico	27
Trabajo de Campo	40
Capítulo I: Descripción, Análisis e Interpretación Subgrupo I HSH	41
Introducción	42
Características Socio Demográficas	44
Información Y Creencias	49
Sexualidad	59
Conclusiones Cap. 01	65
Capítulo II: Descripción, Análisis e Interpretación Subgrupo II.- P. Salud.....	69
Introducción	70
Descripción y Características de la muestra	71

Información sobre etiología de la homosexualidad.....	72
Percepciones HSH en relación al HIV/SIDA	73
Datos Epidemiológicos actuales	74
Atención en Efectores Públicos	77
Situaciones de Discriminación.....	80
Conclusiones Cap. 02.....	81
Capítulo III: Descripción, Análisis e Interpretación Subgrupo III.- ONG´S.	84
Introducción	85
Descripción y Características de la muestra.....	86
Información sobre etiología de la homosexualidad.....	87
Percepciones de HSH en relación al VIH/SIDA	88
Datos Epidemiológicos actuales	90
Atención en Efectores Públicos.....	93
Situaciones de Discriminación.....	95
Conclusiones Cap. 03	99
Conclusiones Finales.....	104
Anexo: Datos Epidemiológicos 2008 Ciudad de Rosario	111
Bibliografía.....	116

INTRODUCCIÓN

Se estima que la epidemia en el año 2007 concentraba en el mundo 33,2 millones de personas viviendo con VIH, llegando ese mismo año a 2,1 millones de personas fallecidas y 2,7 millones de nuevos casos.-

La región de África Subsahariana muestra un peso de la epidemia sustancialmente fuerte en comparación al resto del mundo y Latinoamérica como la Argentina se ubican dentro de los valores internacionales con una prevalencia de VIH de 0,6 % de su población entre 15 y 49 años. ONUSIDA estima que en el mundo la prevalencia se encuentra estable desde el año 1990, aunque hay una casuística creciente y una reducción de las defunciones.

A nivel mundial aumenta el número de personas viviendo con VIH. Esto podría deberse al crecimiento de la población mundial, y al acceso a terapias antirretrovirales que aumentan la esperanza de vida de las personas con VIH. También se analizan prevalencias relativamente estables; salvo en los casos en que baja dado que se modifica la manera en que se estiman esos datos.

En América Latina el número de personas que viven con VIH asciende aproximadamente a 1,6 millones, y en el año 2005 se estimaron 140.000 nuevos casos, mientras que en el año 2004 las personas fallecidas ascendieron a 65.000.

El número de defunciones en América latina muestra una evolución en baja debido a que en varios países se mejora la accesibilidad a los tratamientos antirretrovirales. Con respecto a esto, Argentina junto con Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela muestran una cobertura mayor de su población VIH positiva que

el resto de los países de la región (las mayores deficiencias las tienen Belice y Honduras).

En la República Argentina los casos de personas con SIDA notificados hasta el año 2007 eran de 32123 pero se considera que existe siempre un atraso en la notificación, por lo que la estimación ascendería a un número mayor. Considerando que el 60 % de las personas desconocería su situación serológica, las autoridades sanitarias nacionales estiman aproximadamente 134.000 personas que viven con VIH/SIDA. Los datos nacionales del año 2005 marcaban que entre los registrados, 2961 correspondían a menores de 12 años. La edad mediana era de 37,5 para los hombres y de 34,5 para las mujeres. El número de varones correspondía a 2,4 por cada mujeres.- Han fallecido en el año 2004 unas 1452 personas.

A nivel local, en la Secretaría de Salud Pública (SSP), el Registro de infecciones por VIH comenzó a realizarse conjuntamente con el registro de casos de SIDA en el marco de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA desde el año 1988. Se producen datos y se utilizan múltiples fuentes primarias de recolección de información y una sistematización propia. En los efectores municipales se notificaron 3748 casos de VIH y SIDA hasta diciembre de 2007.

En la red de salud municipal de Rosario, el número de casos VIH acumulado desde 1988 hasta el 2007 llega a 2584, al 2006 eran 2542 casos, de ellos 2461 corresponden a mayores de 13 años, con una edad mediana de 28 años. Los casos pediátricos fueron 81. Aunque se estima que la mayoría de ellos tuvieron madres portadoras, solo 17 casos fueron notificados efectivamente como de transmisión vertical hasta el año 2007. En el año 2007 se notificaron 42 casos.

Los estudios epidemiológicos y sociales, tanto en América Latina como en otras regiones, muestran que no todas las personas que tienen deseos y prácticas sexuales con personas del mismo sexo se consideran a sí mismas como homosexuales.-

Quienes consideran que su homosexualidad determina en forma importante la identidad personal, son los llamados homosexuales identitarios. Tal rasgo implica en principio un reconocimiento ante sí mismo, el cual puede darse a conocer públicamente según los espacios y los interlocutores.-

Para poder dar cuenta de la diversidad de identidades, los epidemiólogos han propuesto utilizar la categoría de “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH), puesto que es el sexo sin protección – en este caso entre hombres – el que puede transmitir el VIH, y no el hecho de adscribir o no a una identidad determinada.

En algunas culturas, por ejemplo, aquél que lleva el rol activo no es considerado socialmente como homosexual – o algún término equivalente; algo similar sucede con aquél que mantiene relaciones homosexuales por dinero. En este sentido, la disociación entre las prácticas y las identidades contribuye a crear lo que se llaman las “protecciones imaginarias” contra el VIH.-

Las “protecciones imaginarias” se refieren al hecho de que muchas personas se sienten poco o nada vulnerables al VIH porque no se reconocen o no reconocen a sus parejas sexuales como pertenecientes a un grupo de riesgo (en este caso, “homosexuales”).

Por ello, la expresión HSH pretende definir una categoría de personas según una opción de comportamiento y no la identidad cultural de un grupo social o de un individuo. Al mismo tiempo, la expresión pretende reconocer la heterogeneidad e incluye diversas identidades, características socio-demográficas, roles sociales y experiencias sexuales con mujeres.

Los estudios en todas las regiones del continente muestran que, en lo que respecta a los hombres que tienen sexo con hombres – práctica susceptible de transmitir el VIH – las situaciones son extremadamente variadas: el homosexual de clase media urbana que viene adoptando el modelo identitario gay a partir de la reivindicación de vivir libremente y felizmente su homosexualidad; aquél que oculta sus preferencias

homosexuales; el bisexual que, casado o no, busca igualmente relaciones homosexuales; los travestis que se visten de mujer, ya sea para responder a sus deseos personales o para responder a la demanda del mercado de prostitución; los gigolós de apariencia viril que comparten el mundo de la prostitución masculina con los travestis, sin reconocerse necesariamente como homosexuales, etc.

FUNDAMENTACIÓN

La transmisión sexual del VIH entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres HSH tiene características particulares, ligadas a las propias prácticas sexuales – como el coito anal y el sexo oral – y ligadas a la gran diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas que determinan las condiciones de dichas prácticas. En pocas palabras: los riesgos específicos de las poblaciones de HSH requieren políticas de prevención específicas.

Por lo tanto es necesario abordar la problemática a partir de la movilización comunitaria, apuntando a reducir la vulnerabilidad social más que la individual y considerando que la desigualdad estructural según clivajes de clase, de género, de subcultura, de estilos de vida, está en la base de la epidemia.

Las intervenciones preventivas deben estar dirigidas hacia el activismo de base comunitaria movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas. Esta nueva conceptualización también implica cambios en las respuestas hacia la epidemia, hasta ahora más tecnocráticas, por una respuesta fundamentalmente política.-

Consideramos que los sujetos se conducen no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales con los que cuentan. Estos recursos estructurales – materiales y simbólicos – están distribuidos de manera desigual según diferentes clivajes sociales.

Los modelos de prevención en grupos de HSH constituyen un pilar fundamental dado que el trabajo con estos grupos torna evidente la necesidad de tener en cuenta el papel

del estigma y de la discriminación en la configuración de la vulnerabilidad al contagio por HIV en las prácticas de sexo no seguro.

El principal objetivo de las intervenciones estructurales es cambiar las condiciones que influyen en los cambios de conductas tanto de los individuos como de los grupos para reducir el aumento de la prevalencia de transmisión de HIV en esa población.-.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La modificación de las conductas sexuales de los HSH se vincula con el aumento de la prevalencia de VIH en la ciudad de Rosario durante el período 2008 - 2009

ANTECEDENTES

A continuación proponemos un breve recorrido sobre las diferentes investigaciones realizadas en Latinoamérica tendientes a plantear los factores individuales y estructurales y su íntima relación entre ellos, que llevan a los miembros del grupo HSH a modificar sus conductas sexuales generando una mayor vulnerabilidad y exposición al contagio del VIH.-

En numerosas investigaciones se han identificado diversos factores individuales como los niveles de autoestima, la homofobia internalizada, las dificultades para establecer intimidad, entre otras, que llevan a los sujetos a establecer encuentros sexuales sin protección (Schifter, 1998).

Sin hacer abstracción de los factores estructurales que provocan estas vulnerabilidades, no podemos dejar de considerar que existen factores individuales que pueden contribuir al aumento en la conducta arriesgada entre hombres que tienen sexo con hombres. Varias investigaciones han señalado la dimensión del abuso sexual en la infancia como elemento que puede contribuir a la dificultad para establecer fronteras e intimidad apropiada en las relaciones y una clara articulación entre lo público y lo privado (Carballo- Diéguez, 1996).

En Estados Unidos, algunas investigaciones han establecido que principalmente los hombres hispanos que testimoniaban una actividad sexual no deseada durante la infancia mostraban una mayor frecuencia de conducta sexual arriesgada en la adultez, mayor número de parejas sexuales, mayor incursión en la industria del sexo y problemas con el alcohol y el abuso de drogas.-

Asimismo, el establecimiento de relaciones de poder y de control con indicadores de co-dependencia también ha sido identificado como factor individual de vulnerabilidad en algunos sectores de HSH (Schifter, 1998; Toro-Alfonso, 2000).

Otro aspecto importante en el proceso personal de los HSH es el impacto que tiene la percepción de su sexualidad por ellos mismos. Algunos autores indican que la homofobia puede ser un obstáculo enorme en el proceso de desarrollo de una conducta sexual no arriesgada (Toro-Alfonso, 1997). Los niveles de homofobia internalizada pueden estar relacionados con la comodidad con que la persona maneje su sexualidad y establezca relaciones adecuadas.-

Según los autores, los sujetos que poseen internalizado un alto nivel de homofobia manifiestan mantener relaciones sexuales con sujetos sin protección, en donde prevalecen sentimientos de violencia, descalificación y agresividad (Pharr, 1997; Schifter, 1998).

Otros estudios han identificado factores como la baja percepción del riesgo individual, las creencias relacionadas a la salud y las destrezas para manejar situaciones de negociación como elementos importantes en la vulnerabilidad individual de los HSH ante el VIH.

Herek y sus colaboradores (1999; 1997) han realizado múltiples investigaciones relacionando el estigma asociado a la enfermedad y la vulnerabilización de los homosexuales ante la epidemia. Los temas de discriminación y estigmatización de HSH nos llevan entonces a otras dimensiones de la vulnerabilidad, no ya la fragilidad individual sino las implicancias sociales que tiene la práctica sexual entre hombres y su impacto en la vida individual de las personas.

Desde el punto de vista de la vulnerabilidad estructural se advierte que una de las dimensiones más importante es la pobreza (González-Block & Liguori, 1992). En muchos países en donde la epidemia ha impactado desproporcionadamente a la

comunidad de HSH, se observa una clara relación del Incremento de la epidemia con variables como los mayores niveles de pobreza, el limitado acceso a información y servicios de salud, y la prevalencia de comercio sexual (ONUSIDA, 2000).

No podemos excluir la construcción social de la sexualidad que sostiene una norma heterosexual que somete a las demás sexualidades. La discriminación fomentada en una visión unívoca de la masculinidad y de cómo los hombres deben relacionarse entre sí obliga a los hombres que tienen sexo con hombres a la exclusión individual y social. La fuerza de la masculinidad hegemónica se convierte en la fuente principal de la vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con otros hombres.-

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Describir tendencias en las conductas sexuales de los integrantes del Grupo HSH vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV.-

Objetivos Específicos

- Caracterizar factores socio demográficos, tipo de información y creencias vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV.-
- Identificar patrones de conducta, actitudes y prácticas sexuales de la población HSH.
- Identificar factores claves y tipos de influencia en la población HSH con prácticas sexuales seguras.
- Identificar las barreras que dificultan los procesos de adopción de prácticas sexuales seguras.

JUSTIFICACIÓN

La epidemia del VIH/SIDA continúa incrementándose de manera alarmante constituyéndose en un problema de Salud Pública que tiene su origen e implicaciones en ámbitos relacionados con las libertades individuales, los derechos humanos, género, pobreza, desarrollo, cultura, educación y justicia social entre otros.-

La diseminación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha generado un gran impacto individual y en las diversas estructuras de la sociedad, ocasionando severas consecuencias y reacciones sociales negativas producto del desconocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH, la estigmatización de ciertos grupos específicos a quienes se les consideran los causantes de la epidemia y actitudes discriminatorias que violan los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

En el contexto de la vulnerabilidad individual se incluyen aquellas determinantes internas del comportamiento que condicionan la aparición de una conducta de riesgo o de prevención, tales como: conocimientos, actitudes, prácticas, normas sociales y consecuencias percibidas, mientras que la estructura social y las políticas gubernamentales, la estigmatización, la discriminación, la marginación, la pobreza, las relaciones desiguales de género son determinantes externas de la conducta de las personas que condicionan la vulnerabilidad social.

Los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) no constituyen un grupo homogéneo sino que representan una amplia gama de hombres con estilos de vida, identidad sexual (gay, homosexual, bisexual o heterosexual), variedad de comportamiento sexual masculino y necesidades de salud distintas.

Las actitudes de estigmatización y discriminación surgidas en el contexto del VIH/SIDA han alcanzado su mayor expresión y ataque hacia la población de hombres

que tiene sexo con hombres, teniendo como base sentimientos homofóbicos surgidos en el seno de la familia y la sociedad en su conjunto, resultante de una mezcla de valores religiosos, morales, culturales y psicológicos, que ven a otras prácticas u opciones sexuales como antinaturales, malignas y repudiables, y por consiguiente merecedoras de un castigo divino.

En el círculo vicioso del estigma y la discriminación, el estigma facilita o promueve las actitudes discriminatorias y estas actitudes a menudo se reflejan en comportamientos que dan lugar a actos de discriminación que acentúan o favorecen el estigma.

La suma de estos sentimientos y actitudes de la sociedad han originado el rechazo y marginación de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres identificándolos como un grupo ligado a una enfermedad mortal.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que el término HSH no implica identidad sino práctica y que es necesario para la comprensión adecuada de la vulnerabilidad y la dinámica de transmisión del VIH entre HSH; determinar el conocimiento que manejan, sus actitudes y prácticas sexuales en relación al VIH/SIDA, además de identificar los elementos que influyen de manera positiva o negativa, su comportamiento.

Para ello es necesario identificar los cambios que se fueron dando en las conductas sexuales del grupo HSH, originadas por la vulnerabilidad individual y estructural que el sujeto siente frente al medio, que han aumentado considerablemente la prevalencia de transmisión del HIV para la coordinación de políticas de Salud Pública tendientes a generar mecanismos de prevención sobre las mismas.-

Resultados Esperados

Se espera obtener del siguiente trabajo una descripción detallada de los aspectos socio – demográficos y creencias que aumentan la vulnerabilidad frente al HIV.-

Así mismo, poder elaborar un informe que contenga los patrones de conductas, actitudes y tipos de prácticas sexuales realizadas con mayor frecuencia en la población HSH.-

A partir de estos conocimientos, se intenta proponer estrategias para lograr efectos de prevención en la población de HSH que posibiliten la incorporación de estrategias previsibles e individuales.-

HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo

El aumento de la prevalencia por VIH en Rosario en los últimos dos años se encuentra asociada a modificaciones en las conductas sexuales que exponen a riesgo a las personas integrantes del Grupo HSH (gays, homosexuales, bisexuales)

METODOLOGÍA

Área de Estudio

El Área de estudio es la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.- La población de la ciudad estrictamente dicha es de 908.163 personas, según datos del Censo 2001 (INDEC). Esto representa el 29% del total de los habitantes de la provincia de Santa Fe, configurando la tercera ciudad más poblada de la Argentina, detrás del Gran Buenos Aires y del Gran Córdoba.

Tipo de Estudio

El estudio es de tipo descriptivo, transeccional, no experimental, en el que se utilizarán técnicas cuantitativas y cualitativas

Población Objetivo

El conjunto de HSH de la ciudad de Rosario.- Los profesionales del área de la salud y los integrantes de ONG'S de la ciudad de Rosario

Universo

El Universo esta compuesto por 200 (doscientos) HSH, 40 (cuarenta) profesionales de la salud y 15 (quince) Organizaciones No gubernamentales (ONG'S) de la ciudad de Rosario

Muestra

Se trata de una muestra integrada por 53 sujetos dividido en los siguientes subgrupos.-

1. Subgrupo: 40 Varones de entre 18 y 35 años de la ciudad de Rosario que reconozcan tener o haber tenido conductas homosexuales en el último año.- Se utiliza para la selección una muestra no aleatoria, en cadena.-

2. Subgrupo: 08 profesionales del Área de la Salud que trabajan en el Sistema de Salud Público y hayan atendido problemas de salud vinculadas a ITS (incluido el VIH) en hombres que tienen sexo con otros hombres en el último año.- Se utiliza muestreo aleatorio de conveniencia.-

Criterios de Inclusión:

- Ser profesionales del Área de la Salud
- Trabajar en el Sistema Público
- Tener más de 05 años de antigüedad en atención de HSH

3. Subgrupo: 05 personas de distintas profesiones que desarrollen actividades en Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) de la ciudad de Rosario y cuenten con experiencia de trabajo en la población HSH.- Se utiliza muestreo no aleatorio de conveniencia.-

Criterios de Inclusión:

- Ser personal profesionalizado
- Desempeñarse en una ONG'S en un período no inferior a los 05 años.-
- Contar con experiencia de trabajo en HSH

Técnicas de Recolección de Datos

Para la producción de los datos se utilizan como técnicas la observación natural no participante en el escenario de aplicación del estudio y entrevistas semi – estructurada a integrantes de los 3 subgrupos de la muestra (HSH, Profesionales de la Salud, ONG'S).- Las entrevistas se realizan en función de tópicos que representen las categorías centrales de análisis.-

Instrumentos

1º Guía de Observación: Tópicos a Observar:

- Modalidad y conductas sexuales
- Preferencias y hábitos sexuales

2º Guía de Entrevistas: Categorías actuales de análisis.-

- Autodenominación Sexual
- Información y Creencias sobre la transmisión del VIH
- Dinámica de los Encuentros Sexuales

MARCO TEÒRICO

EL VIH/SIDA Y SU HISTORIA

El Sida es una enfermedad infecciosa causada por el virus VIH. Este virus se transmite por contacto con sangre infectada o por vía sexual y su infección produce un deterioro progresivo de los mecanismos del sistema inmunitario del organismo, conocidos como inmunidad celular.

Esta afección está causada por la infección y destrucción selectivas de los linfocitos T4. A este deterioro del sistema inmunitario lo llamamos inmunodeficiencia, se denomina adquirida porque se adquiere a causa de la infección por el VIH, a diferencia de otras inmunodeficiencias congénitas, o sea, presentes desde el nacimiento.

Por una parte, las manifestaciones clínicas de la enfermedad se deben directamente a la infección vírica. Como en tantas otras infecciones causadas por virus, puede aparecer fiebre, adelgazamiento, malestar, crecimiento de los ganglios linfáticos, distintas alteraciones del sistema nervioso etc.

Por otra parte, el mal funcionamiento del sistema inmunitario causado por el virus predispone a la aparición de otras enfermedades infecciosas originadas por bacterias, virus, parásitos u hongos microscópicos y también ciertos tipos de tumores. A estas infecciones se les llama "oportunistas", debido a que sólo afectan a individuos con la inmunidad menoscabada, y a los pacientes que las sufren, se los denomina inmunodeprimidos. Así, gérmenes que en una mujer o en un hombre sano no producen ningún tipo de enfermedad y conviven con el individuo durante años, en el paciente

inmunodeprimido se convierten en sumamente agresivos y pueden causarle una enfermedad mortal.

Esto ocurre porque los mecanismos de la inmunidad celular afectados por el VIH, protegen de la infección por estos gérmenes, de modo que puede decirse, de manera gráfica, que los “mantiene a raya”.

La infección del virus, por una parte y, por otra la aparición de estas enfermedades oportunistas que en muchos casos se van sumando a lo largo del tiempo, van deteriorando la salud del enfermo y pueden desembocar su muerte.

A efectos prácticos, se suele distinguir entre portadores y enfermos de sida. Los portadores serían aquellas personas infectadas por el virus pero sin ninguna manifestación clínica que se puede atribuir a la infección y en donde los niveles de inmunidad se mantienen en valores normales, sin embargo, en ellas puede detectarse por métodos de laboratorio la presencia del virus, principalmente en la sangre y en los ganglios linfáticos.

Los enfermos serían aquellas personas en las que la infección ya ha evolucionado durante años. Padecen manifestaciones clínicas atribuibles a la de linfocitos T4 que poseen, disminuye notablemente y están expuestos a padecer enfermedades oportunistas y tumores raros.

Los primeros casos de Sida

La historia del Sida empieza en junio de 1981, mes en que el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos, recibieron en un período corto de tiempo, la notificación de cinco casos graves de neumonía (infección del pulmón) ocurridos en Los Ángeles.

Estas neumonías estaban causadas por un germen muy infrecuente, un parásito microscópico llamado *Pneumocytis carinii* y todas ellas se habían producido en varones adultos homosexuales. Hasta entonces, sólo se conocía que este parásito producía neumonías de manera excepcional, en niños prematuros o mal nutridos o con enfermedades crónicas debilitantes y también en adultos con alteraciones graves en su sistema de defensas.

Este hecho dejó de ser una curiosidad para convertirse en un problema, desconocido hasta entonces, cuando fueron multiplicándose los casos declarados y extendiéndose a otras zonas del país.

Fue entonces cuando un científico americano publicó un artículo en la prestigiosa revista médica *New England Journal of Medicine* en el que describía estos casos de neumonía y los relacionaba con una enfermedad, aparentemente nueva, del sistema inmunitario.

Al mismo tiempo también comenzaron a recogerse casos de un tipo de cáncer muy raro hasta entonces llamado Kaposi, también en varones homosexuales. Este cáncer que afecta a la piel y a las mucosas se daba de forma esporádica en hombres ancianos y en hombres de raza negra.

La circunstancia de que estas dos extrañas enfermedades afectaran a homosexuales hizo que la atención de los investigadores se centrara en este colectivo. Percibieron en este grupo un aumento significativo en la aparición de otras entidades patológicas muy poco frecuentes: los linfomas nohodninkianos y la linfadenopatía crónica (enfermedades de los ganglios linfáticos)

Así, en 1982 existieron suficientes evidencias para definir una nueva enfermedad: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o abreviado en siglas, SIDA.

Esta enfermedad se definió entonces como la asociación de uno de los procesos mencionados anteriormente con un estado muy marcado de deficiencia del sistema inmunitario, que por aquel entonces era de causa desconocida.

La propagación de la enfermedad fue espectacular. El primer año se detectaron 439 casos en Estados Unidos; en julio de 1983 ya se conocían alrededor de 1500 casos y se había constatado la enfermedad en 12 países europeos. La mayor parte de los casos ocurrían en varones homosexuales, en enfermos hemofílicos, en adictos a drogas por vía intravenosa y en receptores de transfusiones sanguíneas. Esto hizo pensar a los investigadores que se trataba de una enfermedad transmisible, probablemente vírica y de transmisión sanguínea o sexual.

Al estudiar a los pacientes que sufrían esta nueva enfermedad, se constató que todos ellos presentaban una disminución considerable en la cifra total de una variedad de glóbulos blancos sanguíneos, los linfocitos T4. Estas células desempeñan un papel primordial en los mecanismos de defensa del organismo conocidos como inmunidad celular y se encargan de protegerlo frente a determinadas infecciones.

Se creyó que esta disminución estaría en relación con alguna de las prácticas habituales de parte del colectivo homosexual americano. En especial se pensó en la inhalación del nitrito de anilo, un medicamento antiguo para la angina de pecho y que se utilizaba con el fin de aumentar la sensación de orgasmo. También se especuló con la posibilidad de que el descenso de la cantidad de linfocitos T4 tuviera como causa una infección por algún virus bien conocido, como el de la hepatitis B, el virus de la mononucleosis infecciosa u otros.

Algunos investigadores empezaron a pensar en otro virus, los parvovirus y retrovirus, de los que sabía que producían alteraciones de la inmunidad celular en los animales y que afectaban específicamente a los linfocitos T4.

Así, en febrero de 1982, Robert Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, emitió la hipótesis de que el Sida podía estar causado por un retrovirus, posiblemente relacionado con el grupo de virus llamado Virus humano de la leucemia de canas T.

Estos virus habían sido descubiertos en fecha reciente por el mismo y sus colaboradores y eran los primeros retrovirus que se conocían como responsables de una enfermedad humana. Además, otro retrovirus, el virus de la leucemia felina producía síntomas similares a los del sida en los gatos. Parecía lógico pues, investigar en este sentido.

En mayo de 1983, Luc Montaigner y su grupo, del Instituto Pasteur de Paris, publicó en la revista Science información sobre el aislamiento. Bautizaron este virus con el nombre de virus asociado a linfadenopatía (LAU) y era similar aunque no idéntico a los HTLV I y II. En el mismo número de la revista, R. Gallo describió un retrovirus HTLV aislado en un enfermo de sida, similar al HTLV-I.

Estos descubrimientos hicieron pensar que el HTLV-I o un virus similar debía ser la causa del sida, pero existían datos discordantes. No fue hasta 1984 cuando pudo asegurarse que el agente causal del Sida era el virus aislado por el Instituto Pasteur (el LAU) y que este virus, aunque muy similar era diferente de los HTLV-I y HTLV-II.

En mayo del mismo año, Gallo publicó una serie de trabajos en los que describía un virus que llamó HTLV-III, asociado al Sida. Poco después, ambos grupos de investigadores (el grupo francés de Luc Montagnier y el norteamericano Robert Gallo) publicaron un trabajo en que se aseguraba que ambos virus, el LAV y el HTLV-III eran el mismo, el cual era el causante del Sida. A partir de ahí, los trabajos que demostraban esta afirmación sucedieron.

En 1985 los dos grupos publicaron en la revista Nature los datos obtenidos del análisis molecular del material genético y de las proteínas de los dos virus, con lo cual quedó demostrada definitivamente su identidad.

Hoy día, para evitar confusiones, este virus ha pasado a denominarse VIH-I (virus de la inmunodeficiencia humana) nombre con el cual se le conoce en la actualidad.

El SIDA en la Argentina

Al 31 de diciembre de 2008, las personas enfermas de SIDA eran 316.259, si se considera la demora en la notificación el número estimado es de 388.966. Según los registros oficiales, en sólo un año el número de personas enfermas aumentó un 15 por ciento. En marzo de 1999 había 14.289 pacientes. Además, se estima que hay 550 mil personas infectadas y sólo 250.000 se atienden.

Otro dato que confirma el crecimiento del contagio heterosexual es el siguiente: Hoy, hay una mujer infectada por cada 2,8 varones cuando al comienzo de la epidemia la proporción era de una mujer por cada 14 hombres. Esto explica también que haya más casos de embarazadas seropositivas.

La epidemia de SIDA entre los hombres es más antigua que la de las mujeres. Los primeros casos de varones son de 1982 y los casos femeninos aparecen 5 años después. Sin embargo estas diferencias iniciales se han ido modificando hasta alcanzar una relación de 3:1, en el año 2007. Se observan también diferencias en la edad, en la distribución geográfica, en las vías de transmisión y en el nivel de instrucción.

La edad promedio entre los hombres infectados es de 31 años.- (4 de cada 10 tienen menos de 30 años). Entre las mujeres la edad media es de 26 años.- (6 de cada 10 casos tiene menos de 30 años).

En cuanto a la distribución geográfica, el 51% de las mujeres vive en la provincia de Buenos Aires (8 de cada 10 residen en el Conurbano). En el caso de los hombres, este porcentaje es de 42%. Un fenómeno inverso se observa en la Ciudad de Buenos Aires que concentra el 27% de las enfermas y el 33% de los enfermos.

En Santa Fe los porcentajes son similares para ambos sexos (hombres 7%, mujeres 6%), en la provincia de Córdoba, se encuentran el 3% de las mujeres con SIDA y el 5% de los hombres con SIDA.

En cuanto a las vías de transmisión se observan diferencias entre los hombres y las mujeres:

- Hombres vía sanguínea: 46%, vía sexual: 47%
- Mujeres vía sanguínea: 50%, vía sexual: 30%

Tendencia de la epidemia a través de los años.

Transmisión entre hombres que tienen sexo con otros hombres HSH sin protección

- 1991: 27% de los casos
- 1993: 29% de los casos
- 1995: 26% de los casos
- 1997: 25% de los casos
- 1999: los casos disminuyeron al 20%
- 2002: 18% de los casos
- 2005: 23% de los casos
- 2007: 24% de los casos

Existen diferencias en las vías de transmisión, de acuerdo a la edad de los pacientes.

Entre los usuarios de drogas inyectables que comparten material de inyección casi el

60% tiene menos de 30 años, y sólo un 1,5% tienen más de 44 años. Entre los hombres que tienen sexo con hombres sin protección el 75% de los enfermos se concentra en mayores de 30 años. Las personas que refieren haberse infectado a través de relaciones sexuales sin protección, el 42% son menores de 30 años, el 46% tiene entre 30 y 45 años y el 12% son mayores de 45 años.

El Nivel de Instrucción entre los usuarios de drogas intravenosas que comparte el material de inyección sólo el 18% había concluido el colegio secundario; un 15% no había terminado de cursar la escuela primaria.

En cambio entre los hombres que tienen sexo con otros hombres sin protección HSH, 61% había completado el colegio secundario y sólo el 4,5% no había finalizado la escuela primaria al momento del diagnóstico de SIDA. Con mayor frecuencia los enfermos de SIDA tienen un bajo nivel de instrucción. La escolaridad de nivel completo ha aumentado del 1.5% en 1990 al 18% en 2008, mientras que aquellos que habían finalizado el colegio secundario alcanzaban al 55% del total de los casos al comienzo de la década del 90, sólo el 24% habían alcanzado dicho nivel de instrucción en 2008.

Hay un punto sumamente importante a tener en cuenta. En la Argentina, las personas acuden al hospital cuando ya desarrollaron la enfermedad, y el tratamiento es más complejo.

El SIDA en la Ciudad de Rosario

A nivel local, en la Secretaría de Salud Pública (SSP), el Registro de infecciones por VIH comenzó a realizarse conjuntamente con el registro de casos de SIDA en el marco de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA desde el año 1988. Se producen datos y se utilizan múltiples fuentes primarias de recolección de información y una sistematización propia.

En los efectores municipales se notificaron 3748 casos de VIH y SIDA hasta diciembre de 2007. Los profesionales médicos que notifican utilizan la ficha epidemiológica

nacional, obligatoria por ley 23.798/91 como fuente oficial de recolección de datos. Se trabaja con la fecha de notificación y no con la fecha de diagnóstico debido a que la casuística no siempre registra los casos nuevos, y el uso de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia determina que un alto número de personas no se notifican como VIH sino que directamente como caso SIDA o se demora su registro.

Cabe aclarar que cuando un caso es notificado como VIH y luego pasa a ser registrado como caso SIDA, este deja de ser considerado VIH, además si un mismo caso es notificado varias veces los registros no se superponen ni se duplican porque se efectúa una depuración permanente de los datos.

Las cifras son construidas utilizando los datos provenientes de efectores municipales y quedan por fuera los del subsector Privado/Prepagas; Obras Sociales; y el sistema Público Provincial, aunque en rigor algunos casos privados llegan a notificarse al sistema municipal. Se desarrolla este punto en “Comparación y Evolución de la Epidemia VIH/SIDA en Rosario relacionado con Santa Fe, Argentina, y Latinoamérica”.-

La manera de notificación respeta el llamado “flujo de información” tradicional, según el cual cada nivel sanitario-administrativo envía información a los niveles de mayor agregación. Así desde el nivel municipal se brinda información hacia el nivel sanitario-administrativo superior: Programa Provincial de ETS y SIDA de la Provincia de Santa Fe y desde éste se envía al nivel central nacional: Programa Nacional de Lucha Contra los RH, SIDA y ETS. (Actualmente Dirección de Sida y ETS de Argentina).

El principal instrumento son las Fichas Epidemiológicas de VIH o SIDA y también semestralmente se envía información correspondiente a la Vigilancia en Poblaciones Centinela (Embarazadas, Banco de Sangre y Consejo y Detección).

En la red de salud municipal de Rosario, el número de casos VIH acumulado desde 1988 hasta el 2007 llega a 2584, al 2006 eran 2542 casos, de ellos 2461 corresponden a mayores de 13 años, con una edad mediana de 28 años. Los casos pediátricos fueron 81.

Aunque se estima que la mayoría de ellos tuvieron madres portadoras, solo 17 casos fueron notificados efectivamente como de transmisión vertical hasta el año 2007. En el año 2007 se notificaron 42 casos.

Desde que se comenzó a registrar los casos VIH/SIDA en todo el mundo se consigna el llamado índice de masculinidad. El mismo surge de analizar la llamada “Razón” entre sexos. Como casi siempre el número de varones en relación a esta temática resultó ser mayor que el de mujeres, se consideró el índice de masculinidad. En los últimos años aparecen cifras en donde el número de mujeres supera al de varones.

En la ciudad de Rosario esta situación se viene repitiendo, y en los años 2006 y 2007 se notificaron más mujeres VIH que varones. Por lo tanto en el caso de la Razón entre hombres y mujeres se corresponde un valor inferior a 1: en el año 2006 0,76 hombres por cada mujer, y en el año 2007 0,82:1. También puede construirse en sentido inverso, es decir utilizar el índice de femineidad que en este argumento sería de 1,32 :1, es decir 1,32 mujeres por cada hombre para el año 2006 y 1,21 para el año 2007, lo que confirma la disposición internacional del aumento de la población femenina y la importancia de analizar la problemática desde la perspectiva de género.

Los casos SIDA acumulados hasta el año 2007 ascienden a 1466 casos. Para el año 2006 había registrados 1424 (1373 mayores de 13 años). La edad mediana es de 35 años para ese año con una relación de 2,68 hombres por cada mujer. Ya en el año 2006 ocurrieron 41 casos nuevos, con una edad mediana de 35 años (36 para los hombres y 28 para las mujeres).

Vías de Transmisión en Secretaría de Salud Pública (casos VIH y SIDA)

El número de casos SIDA según vías de transmisión detectados en la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSP). Se aprecia la evolución de notificación de casos absolutos. Los casos SIDA según las vías de transmisión más determinantes, tomando como referencia únicamente los casos conocidos y dejando por fuera del análisis la casuística de la que no se conoce la vía de transmisión se continúa con la tendencia registrada desde hace varios años y compartida en el país, según la cual entre los nuevos casos registrados aumenta el número de transmisiones por vía heterosexual, disminuyendo los casos de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) población que representa el 54,47 % del total acumulado histórico mientras que para el año 2006 ese porcentaje disminuye ostensiblemente a 25,7 % de los casos notificados y en el año 2007 a 21,43 %.

No solo en los comienzos de la epidemia el porcentual de UDI era muy elevado, sino que podría estimarse un impacto mayor todavía en esa población, porque en esos años

no se conocía la vía de transmisión en un número importante de casos y se suponía que un alto porcentual de ellos correspondía a usuarios de drogas intravenosas y también parejas e hijos de los mismos.

También ocurrió un proceso comparable con la población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y bisexual, que muestra un acumulado del 13.06 % pero con una estimación mayor ya que muchos hombres que tienen sexo con hombres también se consideran heterosexuales y así fueron notificados. En los últimos años, presenta un porcentual menor: en el año 2006 solo fue del 2,8 % de los casos notificados y en el 2007 9,53%.

Al mismo tiempo la población que fue notificada con vía de transmisión heterosexual no deja de aumentar respecto a las otras vías denunciadas. Así evidencia un acumulado de 19,64%, en el año 2006 llegó a representar el 71,42 % y en el año 2007 59,53%. Vale considerar para este análisis que cuando un mismo caso es notificados tanto con vía de transmisión por relaciones sexuales entre hombres y también heterosexuales, se utilizó la primer variable.

Cambio Perfil Subjetivo de los Usuarios

Los lineamientos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. MSAS (diciembre 2005) establecen: “Uno de los principales retos que afronta la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA es la detección de patrones de comportamiento...”. Continuando en este sentido se analizan tres estudios (año 1998/9 y año 2005) sobre el perfil subjetivo de los consultantes al servicio de Consejo y Detección del Programa de Sida (consultoría) para solicitar voluntariamente una prueba de serológica VIH/SIDA.

La comparación se realiza a partir de la percepción del personal a cargo de realizar las consultas, según la cual se habría modificado el perfil de los consultantes. En este sentido, en los comienzos de la epidemia, la percepción del riesgo de infección era elevada, y con el paso de los años, la mayoría de las personas que se presentaría voluntariamente a realizar una prueba de detección, lo realizarían buscando así la confirmación de no estar infectados.

De este modo en los comienzos del dispositivo las personas que resultaban con serología reactiva manifestaban, en su mayoría, que sospechaban del resultado, pero

luego de transcurridos varios años se aprecia mayor número de personas que se muestran sorprendidas ante un eventual resultado reactivo.

a) Primer Relevamiento de años 1998/9

A partir de los relatos de los consultantes, se analizaron los contenidos textuales*. Se consignaron diferentes grupos de personas, a saber:

- 1) Los derivados o inducidos por otro u otros.
- 2) Los que compartieron su vida sexual con alguien infectado o enfermo de VIH/SIDA.
- 3) Los que se consideraban expuestos por algún motivo
- 4) Los que manifestaban no usar siempre el preservativo.

En los cuatro grupos se encontraba presente la “vivencia subjetiva” de considerarse con posibilidad de estar infectados por el VIH. En ese estudio no se encontró un quinto grupo de personas que “no se consideraban en riesgo” es decir que subjetivamente concurren para confirmar que no saldría reactiva una prueba. El hecho que un quinto grupo no se lo haya detectado en este estudio permite consignar que no era la significación preponderante en ese momento.

A continuación se analizan dos nuevos estudios sobre el cambio de perfil subjetivo, ya que en el año 2005 puede pensarse que la mayoría de los pacientes corresponden a lo que en 1998 / 1999 hubiera sido ese quinto grupo “faltante” de consultantes. Aparecen, entre otros, individuos que nunca experimentaron relaciones sexuales, ni se sometieron a tratamientos médicos punzantes, tampoco consumieron drogas, personas que manifiestan haber utilizado preservativos siempre, o con exposiciones que hacen auto-suponer a los consultantes su “no” sero - positividad.

En conclusión al comparar el primer estudio con los dos restantes puede decirse que se ha modificado el perfil de consultantes. La prueba de detección se ha acercado a la población general, no necesariamente autoconsiderada “expuesta”.

La temática VIH/SIDA se ha impuesto en la agenda social, por lo que se ha multiplicado el número de personas que solicitan hacerse la prueba sin considerarse a si mismos en alto riesgo.

Si se tiene en cuenta que un alto número de personas podrían estar infectadas con VIH y

aún no lo saben, entonces la atracción de testearse en la población general muestra que la prevención llegó de alguna manera a penetrar en la misma. Se ha incrementado la necesidad del autocuidado al comparar el año 1999 y el 2005. Permitiendo analizar la eficacia de esta estrategia de facilitar el testeo poblacional.

La demostración se evidencia además porque han aumentado el número de pruebas (denominador de la ecuación) y también ha bajado la tasa de prevalencia.

La metodología de pruebas anónimas y voluntarias se impuso como estrategia, en el mundo, entre los años 2001 y 2005 cuando se cuadruplicó el número de consultantes (ONUSIDA 2007).

Ilustran esto como ejemplo las campañas de la Sociedad Argentina de Sida (SAS) que se han realizado en Rosario en los últimos años. Las mismas han sido ampliamente promocionadas y han concentrado un alto número de pruebas en pocos días y registran tasas no superiores al 0,5 %

Se muestra a continuación como en el país se registró una situación similar. En un comienzo la prevalencia era mucho más alta y comenzó a decrecer al igual que en la ciudad de Rosario

TRABAJO DE CAMPO

CAPITULO I

Descripción, Análisis e Interpretación

Subgrupo N° I

HSH (Hombres que tienen relaciones con Hombres) sobre la problemática HIV/SIDA

Introducción

Describir, Analizar e Interpretar desde las ciencias sociales con la categoría de HSH (“hombres que tienen sexo con hombres”) plantea una serie de potencialidades y desafíos teóricos, metodológicos y éticos.

La categoría enfatiza prácticas susceptibles de transmitir el VIH por sobre una multiplicidad de identidades y es esto lo que la convierte en una herramienta analítica provechosa, por cuanto es el sexo sin protección –en este caso entre hombres– lo que puede transmitir el VIH, y no el hecho de adscribir a una identidad determinada.

En este sentido, la categoría permite incluir en ella a quienes bajo “protecciones imaginarias” se sienten poco o nada vulnerables al VIH porque no se reconocen o no reconocen a sus parejas sexuales como pertenecientes a un “grupo de riesgo”, en este caso homosexuales.-

La prevalencia del VIH en la población HSH debe ser comprendida en el marco de una situación social de vulnerabilidad que nada tiene que ver con una propensión “natural” – por ejemplo, biológicamente determinada– de los homosexuales a contraer el VIH – como pregonaban algunos prejuicios al inicio de la epidemia en los años 80 o con un particular “estilo de vida” intrínsecamente arriesgado.

Por el contrario, considerar las condiciones culturales, sociales y económicas es fundamental para comprender la diseminación de la epidemia en esta población. La vulnerabilidad social se asocia con factores estructurales como la discriminación, estigmatización de la homosexualidad y el travestismo, los contextos de pobreza, el limitado acceso a la información y servicios de salud, y la exposición a situaciones de prostitución.

En este sentido, puede reconocerse una gran heterogeneidad en el universo HSH a partir de la articulación de esta categoría con distintos clivajes sociales como la clase, la etnia o el nivel educativo. A lo anterior se liga una vulnerabilidad personal –relacionada con la estructural–, en la cual diversos factores individuales (como los bajos niveles de autoestima, la homofobia internalizada y las dificultades para establecer intimidad) no son infrecuentes.-

De modo que HSH resulta una categoría compleja y heterogénea de vulnerabilidad, que involucra tanto a varones gays y bisexuales como a otros que no se identifican con una orientación homosexual y practican frecuente u ocasionalmente sexo con otros hombres.-

Asimismo, la categoría incluye a las personas trans (travestis, transgéneros y transexuales), pese a que muchas de las que integran esta población recusan dicha inclusión porque en ella se las considera “hombres”. Así, entre las deficiencias de la categoría, podemos mencionar la invisibilización y homogeneización de identidades diversas.

Características sociodemográficas de la muestra

Para la descripción de las características socio - demográficas de la muestra tomamos en cuenta las siguientes variables:

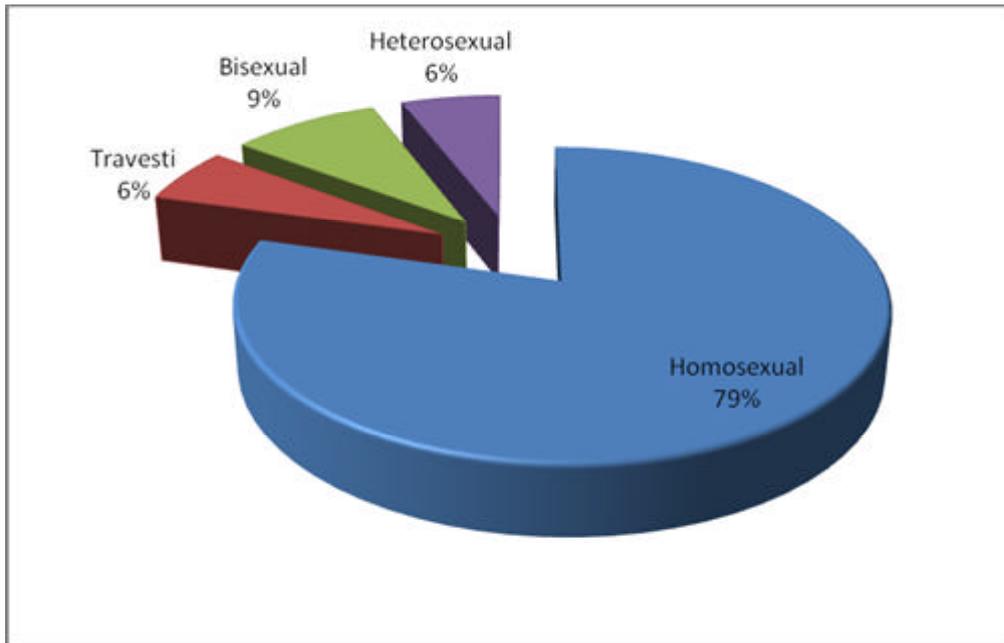
- Autodenominación sexual
- Edad
- Nivel de educación
- Nivel de ingresos
- Personas con las que convive

A partir de la definición de nuestra muestra, se entrevistó a hombres que fueran mayores de 18 años e indagamos acerca de su autodefinición sexual. Esto es, les preguntamos a los entrevistados cómo se definían sexualmente.

Indagar sobre la autodenominación sirvió para conocer cómo las personas se reconocen y desean ser reconocidas, ya que la categoría HSH hace referencia a un conjunto de prácticas (tener sexo con otro hombre) y no a la definición subjetiva de los entrevistados.

Asimismo, respecto de estas definiciones cabe señalar que algunas respuestas hacen referencia a la orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual), mientras que “travesti” indica una determinada identidad de género.- La muestra esta integrada en una proporción significativa por homosexuales (79%), seguido de bisexuales (9%) y heterosexuales y travestis (6%).-

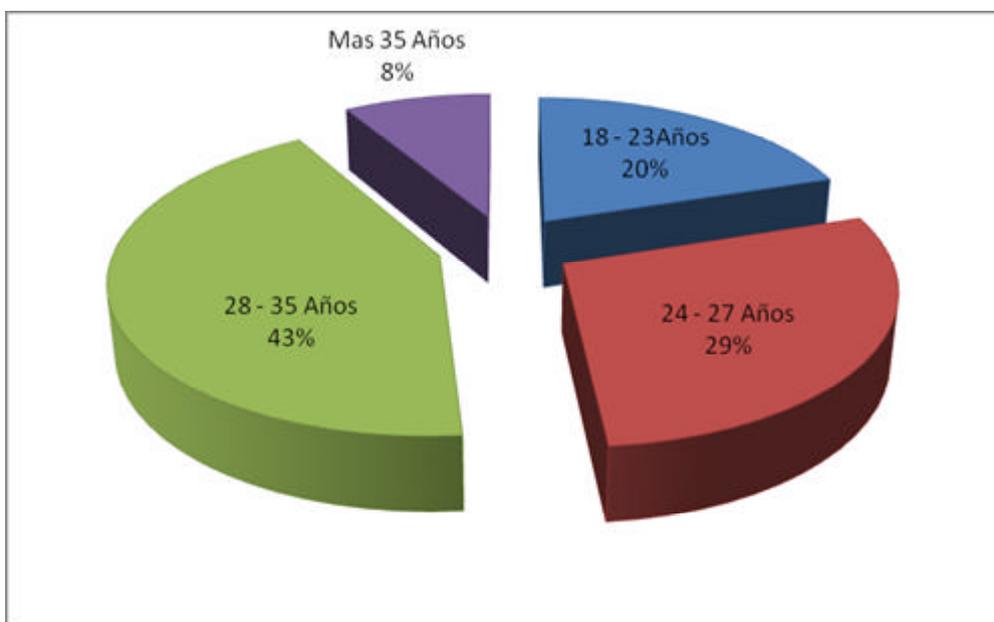
Gráfico N° 1. “¿Cómo se define usted sexualmente?”



Base: Total de entrevistados (m=40)

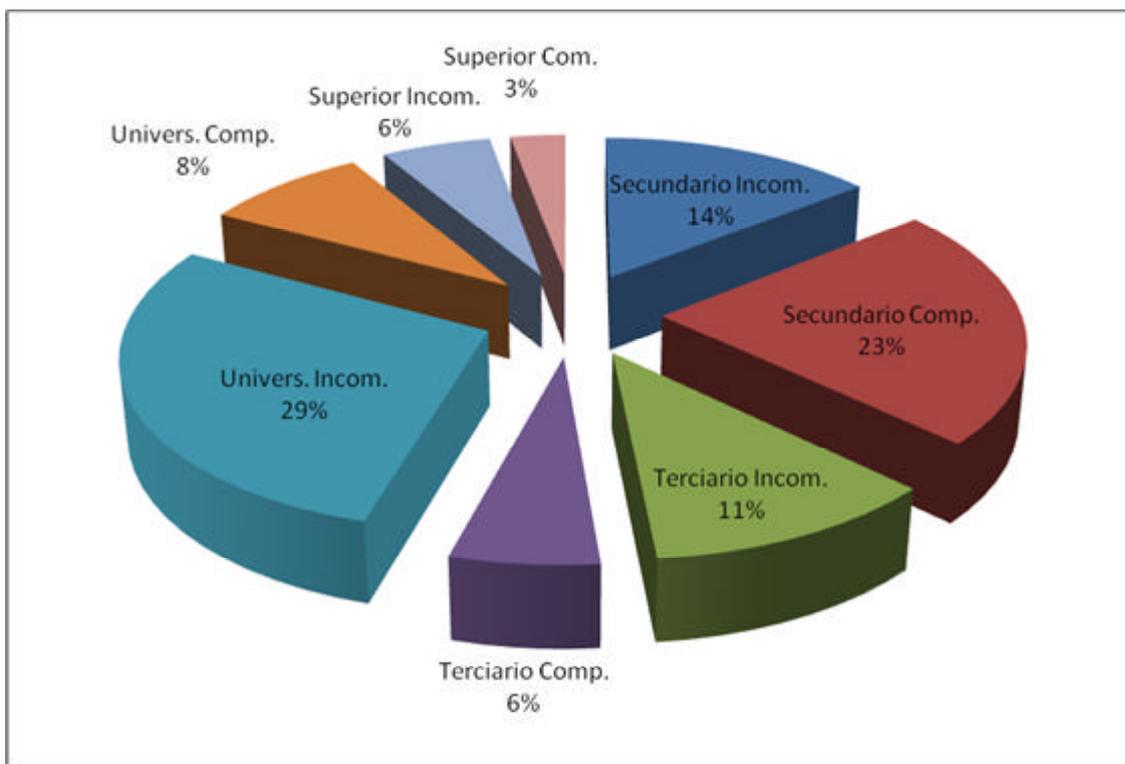
Como se observa en el gráfico 2, se trata de una muestra joven, en la que el promedio de edad apenas supera los 27 años.

Gráfico N° 2. Edad



Base: Total de entrevistados (m=40)

Gráfico N° 3. Máximo nivel de educación alcanzado

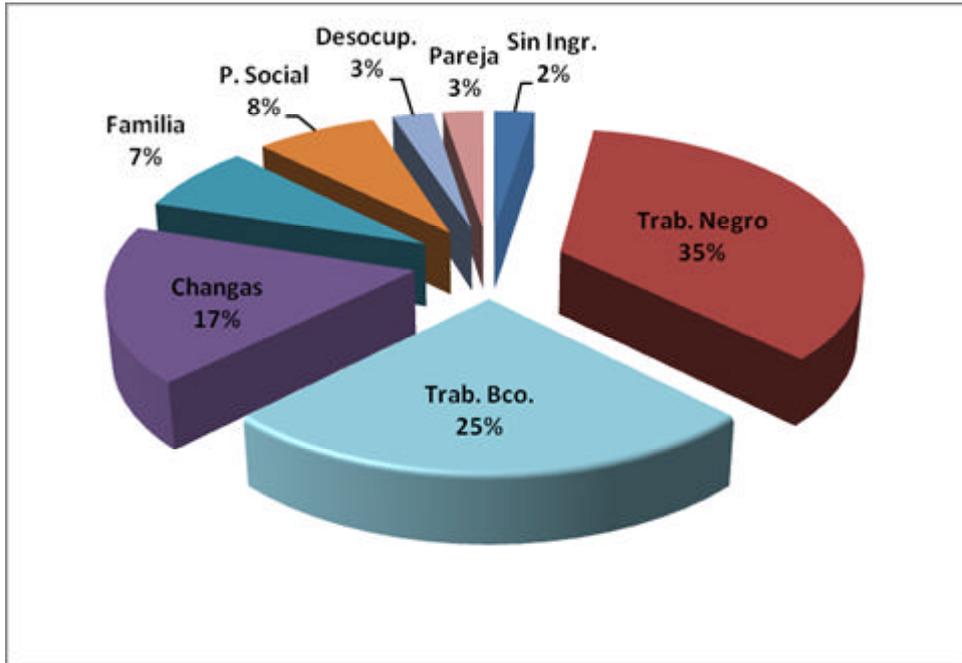


Los entrevistados fueron indagados acerca del máximo nivel educativo alcanzado hasta el momento de la entrevista. La muestra indica que el 23% no fue más allá del secundario completo, aunque también hay un 29% de la muestra con estudios universitarios o superiores.

Respecto de la continuidad de los estudios, pese a tratarse de una población joven, sólo el 30% manifestó estar estudiando en el momento de realización de la entrevista.

El 77% de los entrevistados se encontraban trabajando en el momento de la entrevista, aunque la mayoría (52%) lo hacía “en negro” o “changas, es decir, por fuera de los regímenes, obligaciones y beneficios del sistema de trabajo formal. En cambio, el 28% restante de la muestra percibe ingresos a través de su familia (7%), Seguridad Social (8%) y Pareja (3%).- El 5% restante de la muestra no posee ingresos.-

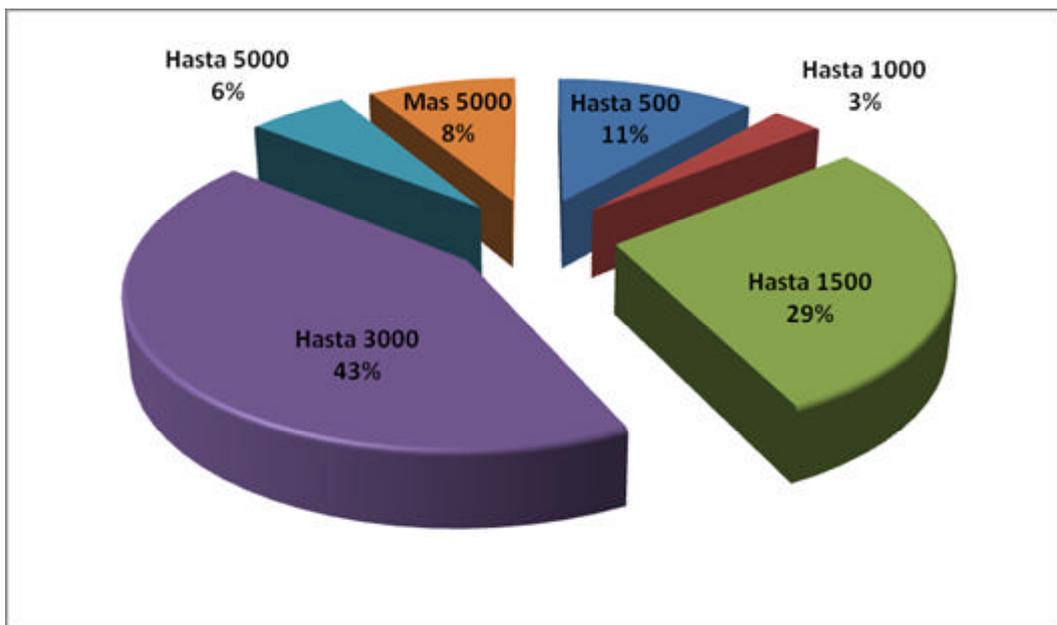
Gráfico N° 4. “¿Cuál es el origen de sus ingresos?”



Base: Total de entrevistados (m=40)

En cuanto a los montos de ingresos, la muestra es muy diversa (oscila entre ingresos menores a los 500 pesos y el más alto en los 5.000 pesos). El promedio general es de 2200 pesos.

Gráfico N° 5. “¿Cuál es su nivel de ingresos mensuales (promedio)?”



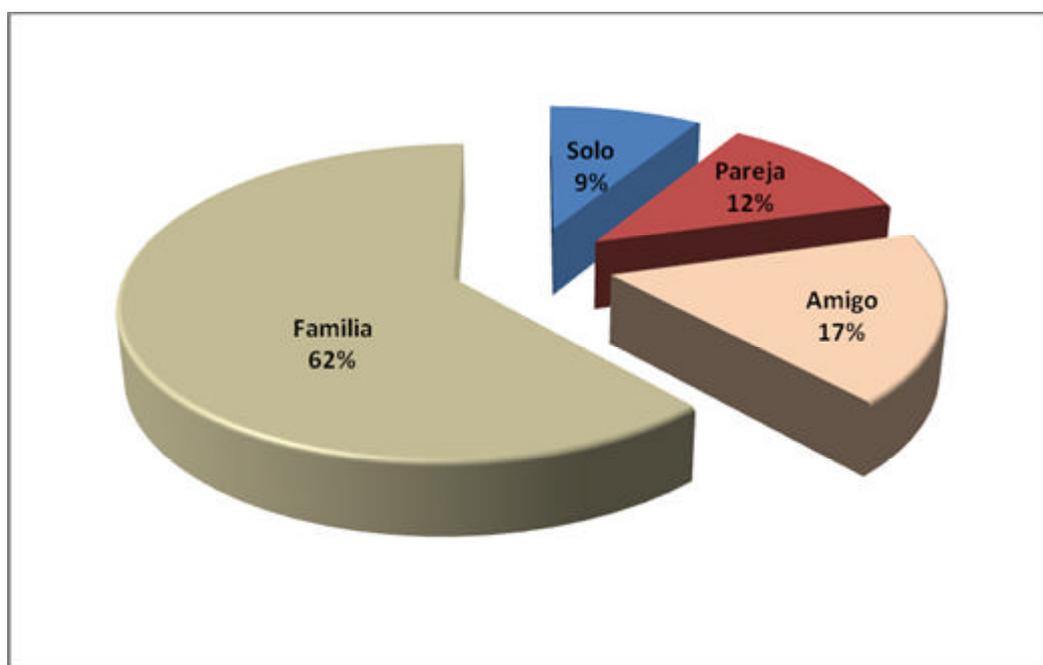
Base: Total de entrevistados (m=40)

En cuanto a la convivencia, en el Gráfico N° 6 se observa que un 62% de los entrevistados conviven con su familia, un 12% con la pareja, 17% con amigos y un 9% vive solo.

En síntesis, podemos decir que la muestra es en su mayoría homosexual, joven y laboralmente activa.

En cuanto a los niveles de ingreso, se trata de una muestra heterogénea, mientras que las situaciones de convivencia prevalece la convivencia familiar por sobre las otras.-

Gráfico N° 6. “¿Con quién vive?”



Base: Total de entrevistados (n=40)

Información y Creencias

A continuación analizamos las diversas opiniones que poseen los entrevistados en relación con el VIH/SIDA. Se abordan los resultados a partir de varios ejes:

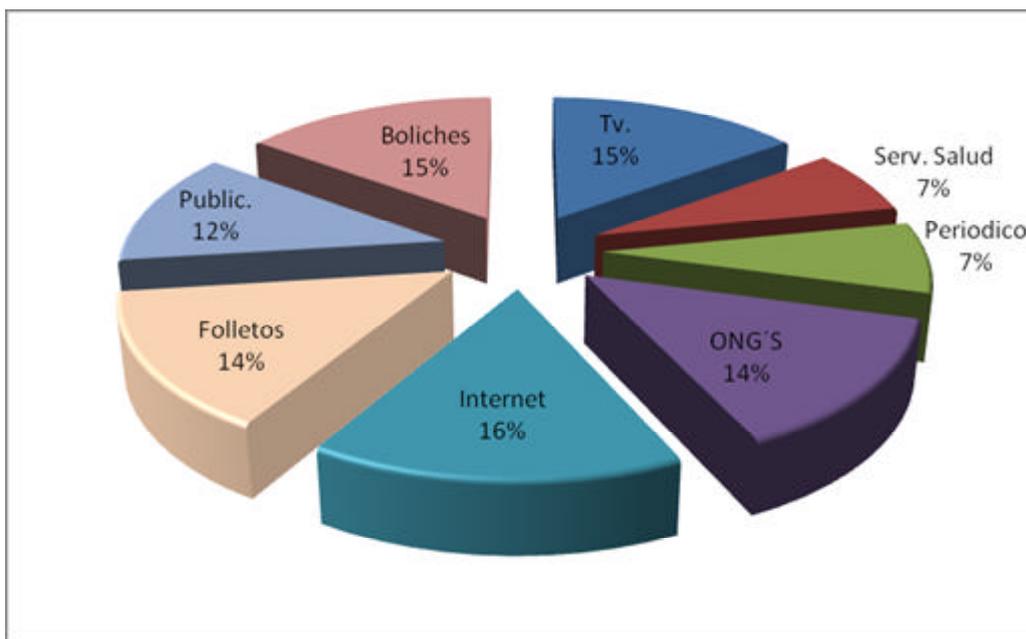
- Información y Creencias sobre medios de transmisión y protección del VIH/SIDA (que incluye, las fuentes de información recibida y las creencias respecto del riesgo de infección, transmisión y protección).-
- Percepciones en relación con las personas viviendo con VIH/SIDA
- Indicadores de visibilidad (respecto de las personas que viven con VIH/SIDA y en torno a la relación existente entre los nuevos tratamientos antirretrovirales y el cuidado).

Información y Creencias sobre medios de transmisión y protección del VIH/SIDA

A los entrevistados se les preguntó si habían recibido información acerca del VIH, y de qué fuentes la recibieron. Este relevamiento constató que la mayoría de las personas recordaba haber visto o escuchado información sobre el tema (98%), por lo cual se identificaron ciertas vías mayoritarias de información. En las respuestas, con notoria diferencia, las fuentes más mencionadas fueron internet (16%), Boliches (15%), Folletos (14%), mientras que los servicios profesionales de salud y periódicos poseen el (7%).-

Cabe destacar, asimismo, el significativo peso de las ONG'S y asociaciones que constituyen un medio importante de información ya que ocupan el tercer lugar (14%) entre el total de las menciones. Las respuestas no varían significativamente al diferenciarlas según los distintos grupos etarios.

Gráfico N° 7. Fuentes de información, respuesta múltiple



Base: Total de entrevistados (n=40)

En cuanto a los riesgos de infección de VIH por coitus interruptus los entrevistados manifiestan que la misma se reduce (68.57%), mientras que un (31.43%) manifiesta que desaparece.- Respeto al uso de preservativo para sexo anal, los entrevistados (74%) considera que el riesgo de infección se reduce, mientras que el (71.42%) de los entrevistados considera que el uso de preservativo para sexo oral reduce el riesgo de infección.-

El 65.71% de los entrevistados considera que el riesgo de infección se reduce si se evita el sexo anal mientras que el 31,42% considera que desaparece.-

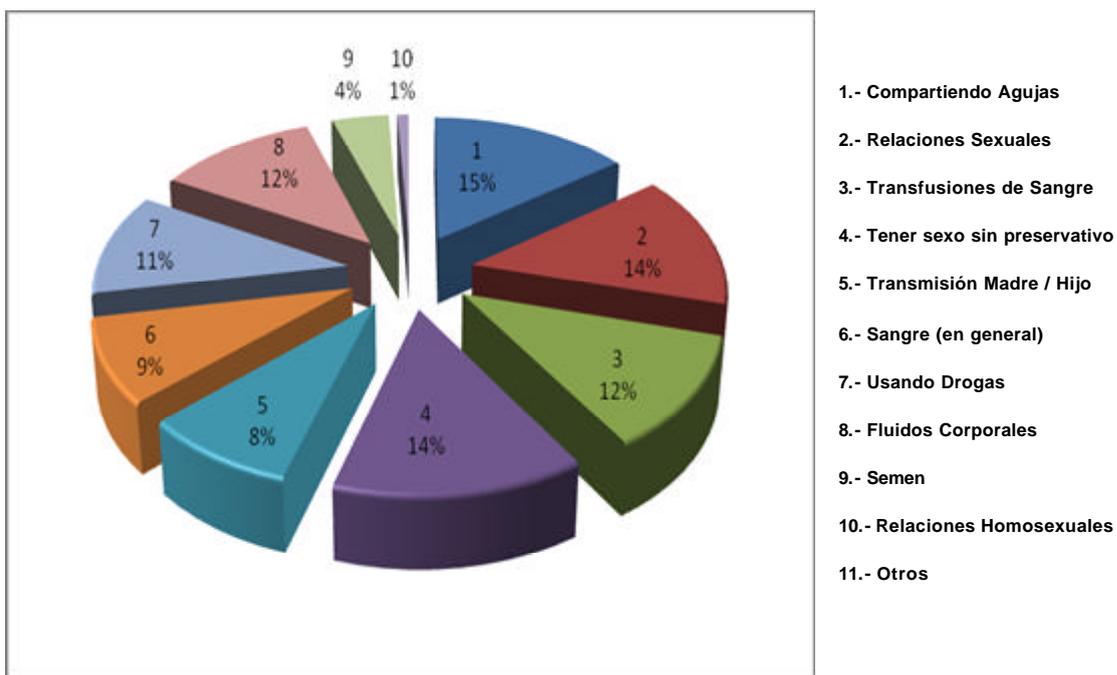
Los entrevistados tienden a considerar en mayor medida la condición de estar en pareja como una forma de protección o de ser alcanzada por un riesgo menor (68.57%), prevaleciendo una moción de cuidado relacionado con la fidelidad.-

Gráfico N° 8. Información acerca del grado en que varía el riesgo de infección del VIH/sida

Riesgo de Infeccion HIV/SIDA	Se Reduce	Desaparece	No se modifica	No sabe / No Contesta
¿En qué grado varía el riesgo de infección de HIV/SIDA si se usa preservativo para sexo anal?	74.28%	25.71%		
¿En qué grado varía el riesgo de infección de HIV/SIDA si se usa preservativo para sexo oral?	71.42%	28.57%		
¿En qué grado varía el riesgo de infección de HIV/SIDA si se esta en pareja monogámica?	68.57%	25.71%	5.71%	
¿En qué grado varía el riesgo de infección de HIV/SIDA si se evita la eyaculacion en la boca?	74.28%	22.85%		2.85%
¿En qué grado varía el riesgo de infección de HIV/SIDA si se evita el sexo anal?	65.71%	31.42%	2.85%	
¿En qué grado varía el riesgo de infección de HIV/SIDA si se practica el coitus interruptus?	68.57%	28.57%		2.85%

Base: Total de entrevistados (M=40)

Gráfico N° 9 ¿Cómo se transmite el HIV?



Base: Total de entrevistados (M=40)

Otra lectura interesante de estos mismos indicadores resulta de analizar las respuestas según las variables “autodenominación” y “nivel educativo”.

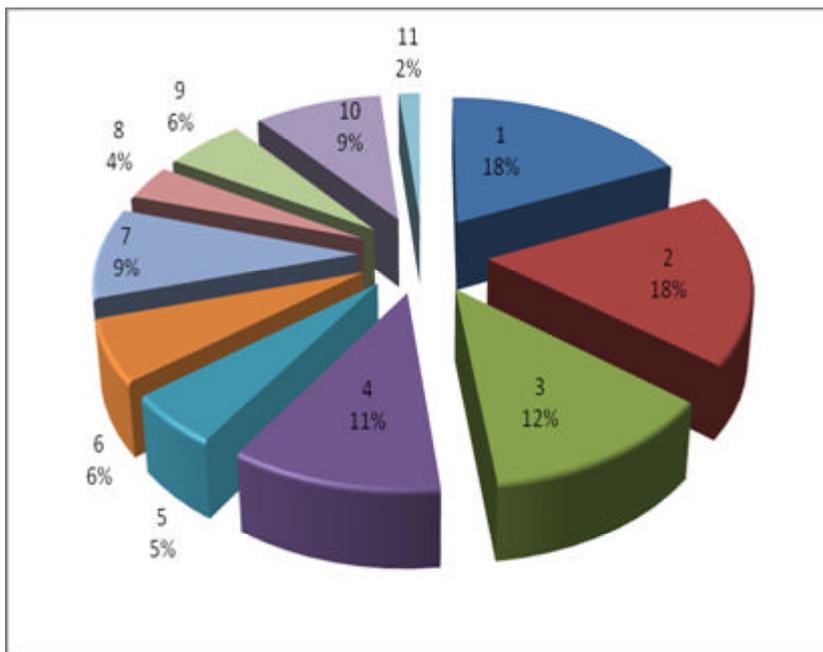
En quienes dijeron tener secundario incompleto se ve un alto porcentaje (52.32%) en la categoría “No Sabe / No Contesta” respecto a qué grado varía el riesgo de infección de VIH/SIDA si se practica el coitus interruptus, como así también, al riesgo de infección si se evita la eyaculación en la boca.- Estas cifras indican, entre otras cosas, que en b que a información se refiere, puede haber importantes focos de desconocimiento en ciertos colectivos específicos.

Desde esta perspectiva, es necesario potenciar los canales de información sobre este grupo tendiente a mejorar el acceso a una información adecuada con el objetivo de reducir las posibilidades de infección por estas causas.-

Ante la pregunta acerca de cómo se transmite el VIH, las vías más mencionadas fueron el compartir agujas (15%), las relaciones sexuales sin preservativo (14%) y

transfusiones de sangre (13%). Cabe consignar que esta pregunta era de respuesta espontánea, por lo que resulta difícil inferir si los datos reunidos corresponden a lo que la gente efectivamente sabe, a lo que recordaba en el momento o si mencionaron los asuntos sobre los cuales tenían plena seguridad.

Gráfico N° 9. “¿De qué modo pueden protegerse las personas de la transmisión del HIV?”



Base: Total de entrevistados (M=40)

1.- Usando Preservativos, 2.- Evitar inyecciones con agujas contaminadas, 3.- No tener relaciones sexuales, 4.- Que los miembros de las parejas no tengan relaciones sexuales con otras personas, 5.- No tener sexo con otra persona, 6.- Información, 7.- Evitar transfusiones de sangre, 8.- Tener menos parejas sexuales, 9.- Controles, 10.- Precaución, 11.- Cuidado

Percepciones en relación con las personas que viven con VIH/sida

Otro componente relevado refiere a las percepciones que expresan los entrevistados sobre las personas que viven con VIH/ SIDA. En los Gráficos N° 12 y N° 13 se observan las tendencias registradas.

Gráfico N° 12. Percepción acerca de las personas que viven con VIH

Percepción sobre personas que viven con HIV/SIDA	SI	NO	NS / NC
¿Compartiría una comida con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?	91.42%	8.57%	
¿Aceptaría trabajar o estudiar con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?	88.57%	11.42%	
¿Tomaría del mismo vaso que una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?	91.42%	2.85%	5.71%
Si un miembro de su familia contrae HIV ¿Aceptaría cuidarlo en su casa?	45.71%	28.57%	5.71%
Si un maestro vive con HIV ¿Piensa que debería seguir enseñando en la escuela?	100%		
Si se entera de alguien que vende frutas y verduras que vive con HIV ¿Le seguiría comprando?	100%		
¿Conoce a alguien que viva con HIV/SIDA?	51.42%	48.57%	
¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que no conoce su estatus serológico?	31.14%	40.00%	22.85%
¿Tendría sexo con una persona que le dice que es seropositiva?	11.40%	74.28%	14.28%
Si un miembro de su familia contrae HIV/SIDA ¿Querría que lo mantuviera en secreto?	68.57%	14.28%	17.14%
Si su pareja sexual conviviera con VIH/SIDA ¿Querría que lo mantuviera en secreto?	74.28%	14.28%	8.57%

Base: Total de entrevistados (M=40)

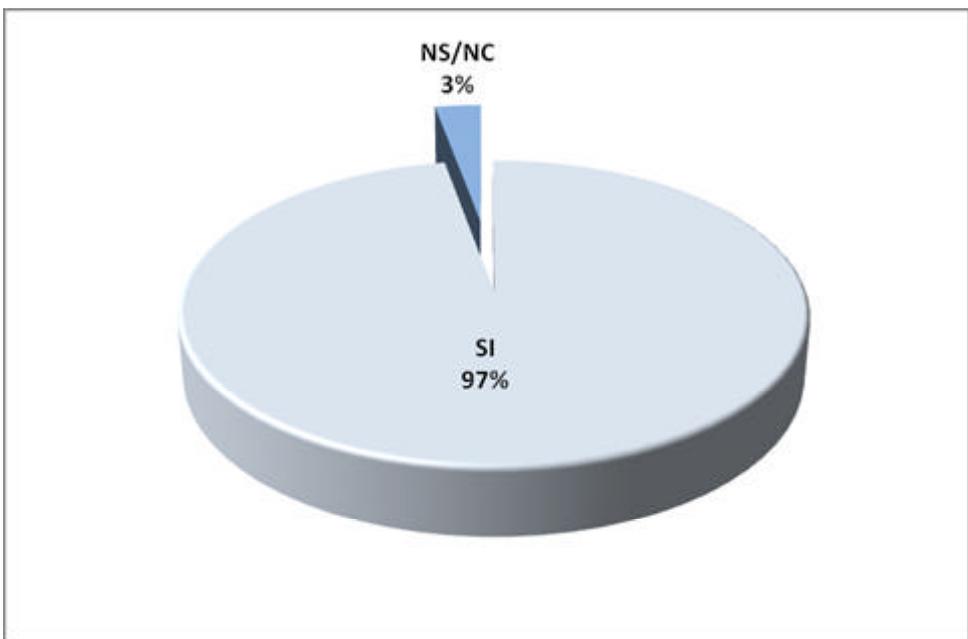
Los entrevistados manifiestan respuestas en su mayoría afirmativas frente a las preguntas *¿Tomaría del mismo vaso que una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (91.42%), *¿Compartiría una comida con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (91.42%) *¿Aceptaría trabajar o estudiar con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (88.57%).- A través de los resultados de los mismos podemos inferir la superación de barreras imaginarias en cuanto a las vías de transmisión por medio de las campañas publicitarias realizadas sobre estos tópicos.-

Es relevante señalar la significativa proporción de personas entrevistadas que conocen a alguien que vive con VIH o que haya fallecido a causa del sida (51.42%). Ante la pregunta *“¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que le dice que es seropositiva?*, las respuestas fueron en su mayoría negativas (74.28%), así mismo, cuando se les preguntó *“¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que no conoce su estatus serológico?*, el 40% respondió negativamente, mientras que el 31.14% respondió afirmativamente.- Esto constata los dilemas y estrategias de manejo de la información que las personas seropositivas llevan adelante en la cuestión de dar a conocer o no su estatus serológico

Ante la pregunta de si existe algún tratamiento para el VIH/SIDA, las tendencias son claras: la mayoría de las personas encuestadas conoce la existencia de tratamientos (97%), si bien un 3% cree erróneamente que tales tratamientos logran curar a las personas con el virus.

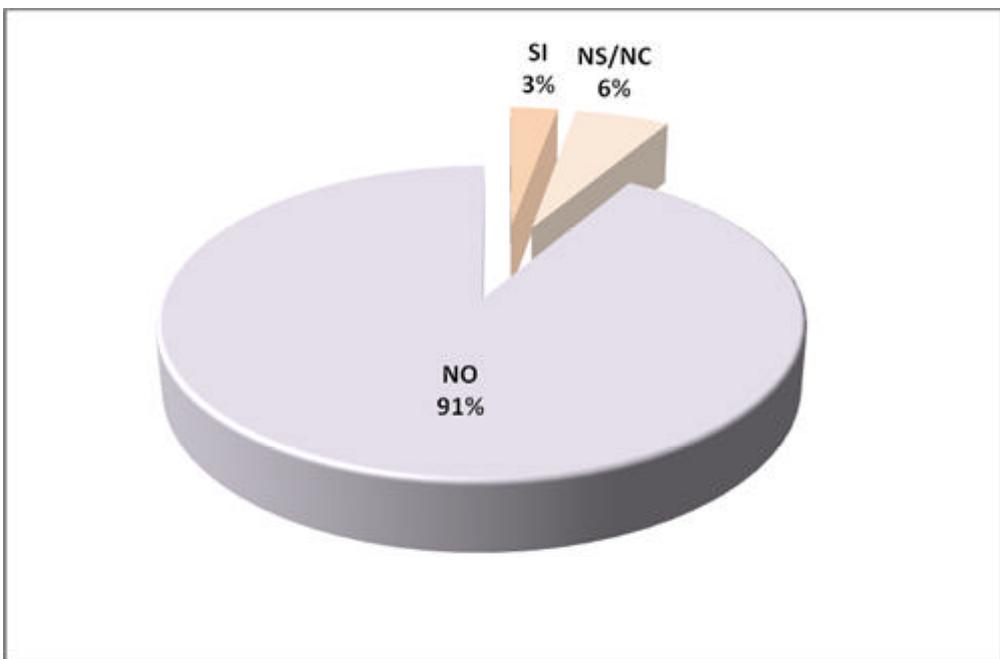
Conocimiento sobre tratamientos para el VIH/sida

Gráfico N° 14 *¿Existe algún tratamiento para el HIV/SIDA?*



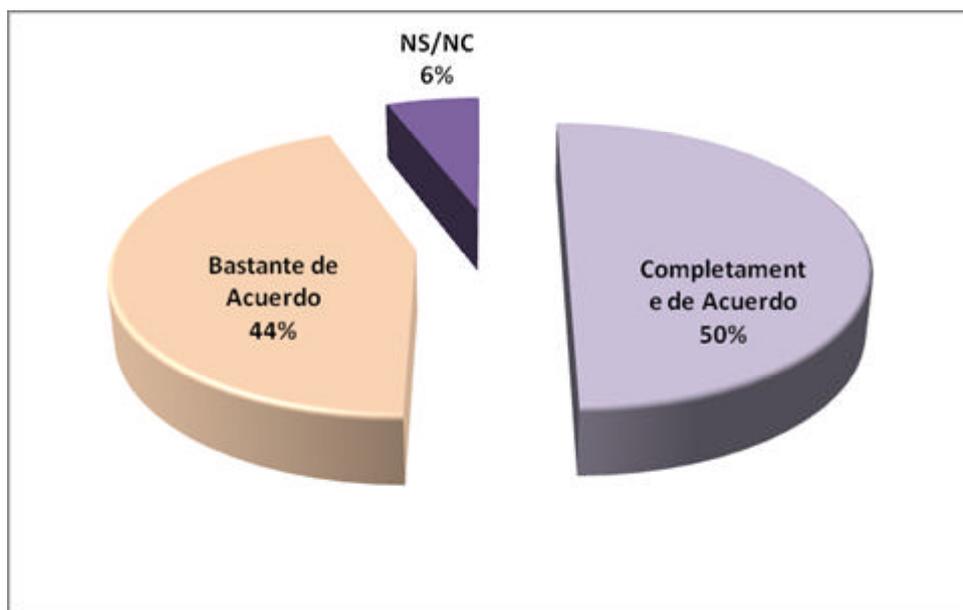
Base: Total de entrevistados (M=40)

Gráfico N° 15.- *Con ese tratamiento ¿Se logra la cura?*



Base: Total de entrevistados (M=40)

Gráfico N° 16. Grado de acuerdo/desacuerdo con la frase “con los nuevos tratamientos (antirretrovirales, cóctel) la gente se cuida menos que antes”



Base: Total de entrevistados (M=40)

En cuanto al grado de acuerdo / desacuerdo con la frase “con los nuevos tratamientos la gente se cuida menos que antes” el 94% se encuentra de Acuerdo.-

Indicadores de visibilidad

Finalmente, a todos los entrevistados se les preguntó si consideraban que existen indicadores, rasgos o características que dan cuenta de alguien que vive con VIH/SIDA. El 58% manifestó que sí existen indicadores o rasgos frente a un 39% que contestó negativamente.- Podemos considerar una fuerte estigmatización ligada a indicadores, rasgos o características que continúan incidiendo en los imaginarios sociales relacionados a la visibilidad del HIV y a la falta de consideración del riesgo de infección ante la falta de esta visibilidad.-.

En el Gráfico N° 17 se observan las diversas respuestas que dieron los entrevistados respecto de cuáles son tales indicadores, rasgos o características.

Gráfico N°17. “¿Considera que existen indicadores, rasgos o características que sirven para darse cuenta de si alguien vive con VIH o sida?”

Patologías	Porcentaje
Manchas / Llagas	67.31%
Adelgazamiento / Delgadez	100%
Enfermedades Oportunistas	67.31%
Aspecto Físico	77.14%
Lipodistrofia	5.71%
Estado Anímico	37.14%
Otros	11.42%

Base: Total de entrevistados (M=40)

Sexualidad

A continuación nos referimos a las experiencias de sexualidad mencionadas por los entrevistados. Se abordan los resultados a partir de varios ejes:

- La actividad sexual de la persona entrevistada (incluye, entre otros descriptores, la edad de iniciación, la elección de parejas sexuales, etc.);
- Las prácticas de cuidado (uso de preservativo en diferentes contextos de pareja);
- Los medios utilizados por los entrevistados para conocer sus parejas sexuales.

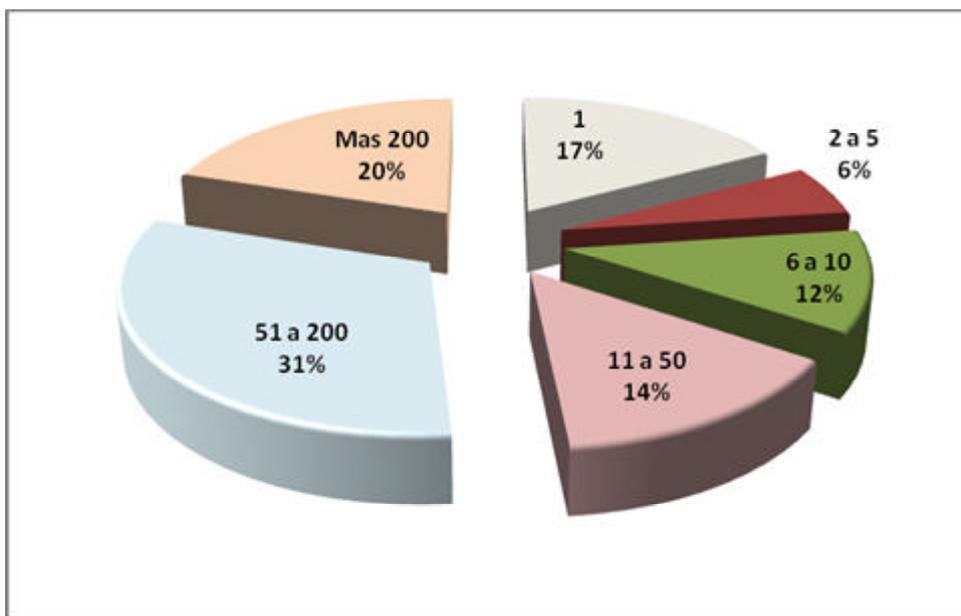
Actividad sexual

En términos generales, partimos de una muestra que es sexualmente activa: el 97% manifestó haber tenido al menos una relación sexual en los últimos seis meses. No se observan diferencias si se discrimina por edad y autodenominación sexual.

Al indagar cuándo tuvieron su primera relación sexual el 31% de los entrevistados lo hicieron por primera vez entre los 16 y los 17 años con mujeres, mientras que el 23% respondió que su iniciación con varones fue a partir de los 21 años o más.

En cualquier caso, independientemente de las experiencias de iniciación registradas, se observa que la mayoría de los entrevistados tiene sexo principalmente con varones.-

Gráfico N° 18: En los últimos 6 meses ¿Con cuantos hombres ha tenido relaciones sexuales?



Base: Total de entrevistados (M=40)

1.- 1 encuentros, 2.- De 2 – 5 encuentros diferentes, 3.- De 6 a 10 encuentros diferentes, 4.- De 11 a 50 encuentros diferentes, 5.- de 51 a 200 encuentros diferentes, 6.- Mas de 200 encuentros diferentes.-

De la muestra se observa que el 51% de los entrevistados mantienen una actividad sexual fuertemente activa, el 31% ha tenido entre 51 a 200 encuentros sexuales diferentes en los últimos 6 meses y el 20% mas de 200 encuentros sexuales diferentes.- El 49% restante ha tenido entre 1 y 50 relaciones sexuales diferentes, destacándose con el 17% las parejas estables monogámicas.-

Prácticas de cuidado

A los entrevistados se les hizo una serie de preguntas para explorar sus situaciones de cuidado en relación con el uso –o no– de preservativo en sus prácticas sexuales. La entrevista diferenciaba estas respuestas entre diferentes contextos de pareja (estables y casuales).

Gráfico N° 19.- Utilización de preservativos: Pareja Estable – Pareja Casual

Pareja Estable		Pareja Casual	
¿La última vez que tuvo sexo anal usó preservativo?	¿La última vez que tuvo sexo oral usó preservativo?	¿La última vez que tuvo sexo anal usó preservativo?	¿La última vez que tuvo sexo oral usó preservativo?
28.57%	7.14%	88.57%	8.12%

Base: Total de entrevistados (M=40)

Parejas Estables:

El 28.57% de los entrevistados manifestó que usó preservativo en su última relación sexual anal, entre los principales motivos de los entrevistados que no usó preservativo para sexual anal se encuentran: “Era mi pareja estable” (31.14%), “Mi pareja no quiere” (17.14%), “Es incómodo” (31.42%).- En las prácticas de sexo oral en parejas estables solo el 7.14% utiliza preservativos.- Los principales motivos para la no utilización de preservativos son: “No era necesario para esa práctica” (14.28%), “Gozo Menos / Pierdo sensibilidad” (37.14%).-

Pareja Casuales.-

El 88.57% de los entrevistados manifestó que usó preservativo en su última relación sexual anal, entre los principales motivos de los entrevistados que no usó preservativo para sexual anal se encuentran: “No lo pensé / Se dio así / Se me olvidó” (62.85%), “No se dio en el momento” (42.85%), ambos motivos están intrínsecamente relacionados con la ingesta de alcohol o drogas, exposición a situaciones de riesgo físico y actos de impulsividad.- En las prácticas de sexo oral en encuentros casuales solo el 8.12% utiliza preservativos.- Los principales motivos para la no utilización de preservativos son: “No

era necesario para esa práctica” (14.28%), “Gozo Menos / Pierdo sensibilidad” (37.14%), “Molesta” (22.85%)

En relación a la utilización de preservativo en sexo oral, no existe marcadas diferencias si son encuentros casuales o no, en ambos casos el promedio es del 7%, implicando un importante medio de transmisión.- En cambio, existe una marcada polaridad en relación a la utilización de preservativos para sexo anal según sean encuentros casuales (88.57%) o parejas estables (28.57%).-

Gráfico N° 20 Motivos para lo no utilización de preservativo

Motivos	Porcentaje
<i>Es Incómodo</i>	31.42%
<i>No era necesario para esa práctica</i>	14.28%
<i>Mi pareja no quiere</i>	17.14%
<i>No lo pensé / Se dio así / Se me olvidó</i>	62.85%
<i>Era mi pareja estable</i>	37.14%
<i>No se dio en el momento</i>	42.85%
<i>Gozo Menos / Pierdo Sensibilidad</i>	37.14%
<i>Por Rebeldía / Inconsciencia</i>	8.57%
<i>Se pierde la erección</i>	8.57%

<i>Corta o interrumpe</i>	11.42%
<i>Aprieta</i>	20%
<i>Molesta</i>	22.85%

Base: Total de entrevistados (M=40)

Prácticas de sociabilidad y canales utilizados para encontrar pareja sexual

Otro aspecto relacionado con la práctica sexual analizada hace referencia a los diferentes ámbitos de sociabilidad y a los canales empleados para concretar un encuentro con una posible pareja. La diversidad de medios empleados por los entrevistados en los últimos doce meses queda evidenciada en el gráfico siguiente.

El desarrollo tecnológico ha posibilitado nuevas formas de encuentros como es el caso de la utilización de internet través de páginas de encuentros, chat, en donde el 61.00% de entrevistados manifiesta utilizar esta vía para sus encuentros sexuales.- Los lugares más frecuentados son los bares o discos (58.28%).-

Los porcentajes descienden notoriamente en las respuestas sobre lugares públicos de “levante”, (9.28%) y más aun respecto de los saunas (7.14%), cines (6.12%), y de los avisos en diarios y revistas (2.12%).

Es posible pensar que en esta pregunta esté operando una respuesta normativa que infravalore la incidencia real del uso de estas vías, debido a que se trata de espacios que cuentan con menor legitimidad social entre la opinión pública.

Gráfico N° 21. “En los últimos doce meses, para encontrar una pareja sexual, ¿utilizó alguno de los siguientes canales?”

Canales para conseguir Pareja Sexual	Porcentaje
Bares / Disco	54.28%
Internet / Chat	61.00%
Línea Telefónica	45.71%
Lugares Públicos (Plazas, Parques, Calles)	9.28%
Encuentros con Amigos / Compañeros de Trabajo	2.85%
Llamadas a ex Parejas	12.85%
Saunas	7.14%
Cines	6.12%
Avisos en Diarios / Revistas	2.12%
Pareja Estable	28.57%

Base: Total de entrevistados (M=40)

Conclusiones Capítulo I

Este estudio ilustra los conocimientos, prejuicios, prácticas sexuales y de cuidado en relación con el VIH/SIDA de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la ciudad de Rosario, atendiendo a la diversidad etaria, su autodenominación sexual y otras diversidades que el conjunto engloba. Se indagó asimismo acerca de la situación socioeconómica de los entrevistados, lo que permitió acceder a un mundo heterogéneo, con condiciones particulares.

Presentamos aquí un resumen de los hallazgos del estudio. La muestra a la que se accedió es mayoritariamente homosexual, joven (promedio edad: 27 años) y laboralmente activa.

La mayoría de los entrevistados recuerda haber accedido a alguna información en el último mes. Entre las fuentes principales, predomina internet y televisión, seguida por ONG'S y folletos.

En quienes dijeron tener estudios secundario incompleto se ve un alto porcentaje en la categoría "No Sabe / No Contesta" respecto a qué grado varía el riesgo de infección de VIH/SIDA si se practica el coitus interruptus, como así también, al riesgo de infección si se evita la eyaculación en la boca.- Estas cifras indican, entre otras cosas, que en lo que a información se refiere, puede haber importantes focos de desconocimiento en ciertos colectivos específicos.

Los entrevistados tienden a considerar en mayor medida la condición de estar en pareja como una forma de protección o de ser alcanzada por un riesgo menor (68.57%), prevaleciendo una moción de cuidado relacionado con la fidelidad.-

Las vías de transmisión del VIH más mencionadas fueron compartir agujas, las relaciones sexuales, las transfusiones de sangre y las relaciones sexuales sin preservativo. Cabe consignar que esta pregunta era de respuesta espontánea, por lo que resulta difícil inferir si los datos reunidos corresponden a lo que las personas

efectivamente saben, a lo que recordaban en el momento o si mencionaron sólo aquellos asuntos sobre los cuales tenían plena seguridad. Algo similar sucede respecto de los modos para protegerse del VIH/SIDA: exceptuando el uso del preservativo, otras prácticas de cuidado tuvieron escasas menciones. Sin embargo, cabe señalar la casi total referencia (96%) al uso del preservativo como modo de prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

Los entrevistados manifiestan respuestas en su mayoría afirmativas frente a las preguntas *¿Tomaría del mismo vaso que una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (91.42%), *¿Compartiría una comida con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (91.42%) *¿Aceptaría trabajar o estudiar con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (88.57%).- A través de los resultados de los mismos podemos inferir la superación de barreras imaginarias en cuanto a las vías de transmisión por medio de las campañas publicitarias realizadas sobre estos tópicos.-

Es relevante señalar la significativa proporción de personas entrevistadas que conocen a alguien que vive con VIH o que haya fallecido a causa del sida (51.42%). Ante la pregunta *“¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que le dice que es seropositiva?*, las respuestas fueron en su mayoría negativas (74.28%), así mismo, cuando se les preguntó *“¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que no conoce su estatus serológico?*, el 40% respondió negativamente, mientras que el 31.14% respondió afirmativamente.- Esto constata los dilemas y estrategias de manejo de la información que las personas seropositivas llevan adelante en la cuestión de dar a conocer o no su estatus serológico.-

El 58% manifestó que sí existen indicadores o rasgos frente a un 39% que contestó negativamente.- Podemos considerar una fuerte estigmatización ligada a indicadores, rasgos o características que continúan incidiendo en los imaginarios sociales

relacionados a la visibilidad del HIV y a la falta de consideración del riesgo de infección ante la falta de esta visibilidad.-.

Se trata de una muestra sexualmente activa, en la que prevalecen las relaciones sexuales con hombres, en promedio 50 relaciones con distintas parejas en los últimos 6 meses.

Un 36% de los casos que componen la muestra se encontraba en pareja en el momento de la entrevista, y más de la mitad de estas relaciones tenían más de un año de duración, mayoritariamente constituidas entre varones.-

La mayoría de los entrevistados que están en pareja practican sexo anal, y cuando lo hacen no usan preservativo (71.43%) puede estar indicando la falta de prevención en prácticas, que aunque son conocidas como vías de transmisión del VIH, no son encaradas con igual cuidado que otras por la condición de “estar en pareja” como barrera imaginaria de protección ligada a la fidelidad.

Al ser consultados por la última vez que practicaron sexo oral, el 93.86% afirmó no haber utilizado preservativo (pese a que el 90% había afirmado que el uso de preservativo disminuía o hacía desaparecer por completo el riesgo de contraer VIH). Se observa así una discordancia entre los saberes y las prácticas concretas de los sujetos relaciones con la práctica de sexo oral.-

Al profundizar en el tema de las relaciones con parejas ocasionales el uso de preservativo para sexo anal es mucho más frecuente que con las parejas estables. El 88.57% afirmó usarlo “siempre” en relaciones sexuales con penetración anal entre hombres.-

En las prácticas de sexo oral en encuentros casuales solo el 8.12% utiliza preservativos.-

Los principales motivos para la no utilización de preservativos son: “No era necesario para esa práctica” (14.28%), “Gozo Menos / Pierdo sensibilidad” (37.14%), “Molesta” (22.85%)

En relación a la utilización de preservativo en sexo oral, no existe marcadas diferencias si son encuentros casuales o no, en ambos casos el promedio es del 7%, implicando un importante medio de contagio.- En cambio, existe una marcada polaridad en relación a la utilización de preservativos para sexo anal según sean encuentros casuales (88.57%) o parejas estables (28.57%).-

En cuanto a los canales de encuentro de parejas sexuales, en primer lugar se encuentra la utilización de internet (61.00%), bares o discos (58.28%).-

Los porcentajes descienden notoriamente en las respuestas sobre lugares públicos de “levante”, (9.28%) y más aun respecto de los saunas (7.14%), cines (6.12%), y de los avisos en diarios y revistas (2.12%).

Es posible pensar que en esta pregunta esté operando una respuesta normativa que infravalore la incidencia real del uso de estas vías, debido a que se trata de espacios que cuentan con menor legitimidad social entre la opinión pública.

CAPITULO II

Descripción, Análisis e Interpretación

Subgrupo N° II

Profesionales de la Salud de Efectores

Públicos relacionados con la problemática

HIV/SIDA

Introducción

En la ciudad de Rosario se ejecutan 2 (dos) Programas de Prevención y Tratamiento del VIH/SIDA.- El Programa Provincial de SIDA perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y el Programa Municipal de SIDA perteneciente a la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.- Ambos programas se implementan en los diferentes efectores públicos de salud dependiendo de la jurisdicción que posee cada efector de salud.-

Tanto el Programa Provincial de SIDA como el Programa Municipal de Sida planifican acciones y desarrollan estrategias de comunicación para quebrar los mitos, el temor, el rechazo y la indiferencia en forma articulada con organizaciones de la sociedad civil que abordan la temática del VIH/SIDA.-

Entre los objetivos generales se encuentran prevenir nuevas infecciones por VIH en la comunidad, brindar la mejor calidad de vida a las personas afectadas y mejorar la gestión y articulación de acciones entre instituciones públicas y privadas.-

Entre los objetivos específicos se encuentran favorecer condiciones de accesibilidad geográfica, económica, cultural, para la realización del análisis de detección del VIH en forma confidencial, anónima y gratuita a toda la población, propiciar entrevistas individuales a los fines de acompañar, y contener la experiencia subjetiva de realización del análisis de detección del VIH, compartir y socializar información acerca de la problemática del VIH/SIDA y el asesoramiento relativo a las prácticas de cuidados necesarios para promover salud.-

Descripción y Características de la muestra

El subgrupo II esta compuesto por una muestra de 08 profesionales del Área de la Salud (05 médicos infectólogos y 03 médicos clínicos) que trabajan en el Sistema de Salud Público tanto provincial como municipal de la ciudad de Rosario y hayan atendido problemas de salud vinculadas a ITS (incluido el VIH) en hombres que tienen sexo con otros hombres en el último año.- Se utilizó muestreo aleatorio de conveniencia.-

Criterios de Inclusión:

- Ser profesionales del Área de la Salud
- Trabajar en el Sistema Público
- Tener más de 05 años de antigüedad en atención de HSH

Información y Creencias

A continuación analizamos las diversas opiniones que poseen los entrevistados en relación a los HSH. Se abordan los resultados a partir de varios ejes:

- Información sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad incluyendo un análisis de la posición subjetiva que el entrevistado tiene sobre la misma.-
- Percepciones sobre los HSH en relación a la transmisión del VIH/SIDA
- Conocimientos sobre los datos epidemiológicos actuales correspondientes a la situación del VIH/SIDA de la ciudad de Rosario.-
- Información y creencias sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública de la ciudad de Rosario.-

Información sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad

A los entrevistados se les preguntó si conocían las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad y a cuál o cuáles adherían.- Este relevamiento constató que la mayoría de las personas entrevistadas no conocían ni habían leído sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad considerándolas innecesarias para el desarrollo de la práctica médica.- Si bien destacan desconocer las teóricas existentes opinan que la etiología de la homosexualidad se encuentra relacionada con la confluencia de factores genéticos con ambientales, enfatizando en la determinación de los factores genéticos por sobre los ambientales en el desarrollo de la conducta.-

Si bien desde 1973 la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad predominan en los entrevistados adherencias a teorías biologicistas tendientes a vincular a la homosexualidad con causas genéticas.- Tal vez la existencia de un posicionamiento biologicista no encierra en si mismo un prejuicio, si la creencia subyacente que un determinado GEN modificado en situaciones de laboratorio modificaría la conducta homosexual.- Evaluándola desde una perspectiva patológica.-

Conocer sobre la etiología de la homosexualidad les permitiría a los profesionales de la salud poder contrastar diferentes posiciones teóricas para comprender más profundamente sobre la constitución subjetiva de este colectivo y articular medidas tendientes a abordar las necesidades particulares de estos sujetos evitando generalizaciones.-

Se trata de reconocer las diferencias subjetivas entre HSH y heterosexuales incorporando múltiples variables al modelo médico hegemónico predominante para atender a las particularidades de sus hábitos, costumbres, modalidades sexuales,

reconociendo los propios prejuicios para evitar “mirar” las problemáticas homosexuales desde una perspectiva heterosexual dominante.-

Percepciones sobre los HSH en relación a la transmisión del VIH/SIDA

A los entrevistados se los indagó sobre si los HSH se exponen más al riesgo de transmisión de VIH/SIDA que los heterosexuales.- Las respuestas en su totalidad son afirmativas y se identifican una multiplicidad de factores.-

Se hace mención que los varones HSH “por su condición sexual” poseen mayor deseo y frecuencia sexual que los varones heterosexuales.- Esta respuesta encierra en si misma una afirmación falsa y una afirmación verdadera.-

La afirmación falsa es que por la condición misma de la homosexualidad, el sujeto posee mayor deseo sexual, ya que el deseo en si mismo no varía por la condición sexual, no existe una particularidad específica en la estructuración psíquica del varón homosexual referida a la intensidad del deseo que lo diferencie de otros colectivos.-

La afirmación verdadera podría estar referenciada en que algunos HSH por condiciones específicas de estigmatización, discriminación, mantienen mayores prácticas sexuales que los varones heterosexuales.-

Concluyendo, podríamos decir que no es la condición sexual en si misma la que hace que los HSH mantengan mayores relaciones sexuales con parejas casuales sino, las condiciones sociales subyacentes que condicionan estas prácticas.-

Afirmar que los HSH se exponen más al riesgo de transmisión del VIH/SIDA por mantener mayor frecuencia de relaciones sexuales encierra también un prejuicio ya que no es un riesgo la práctica sexual en si misma (ya sea oral, anal o vaginal) sino la adopción de las medidas de prevención relacionadas con el uso de preservativo.-

Los entrevistados mencionan que la práctica de sexo anal sin preservativo posee mayor riesgo de transmisión de VIH/SIDA que el coito vaginal dado que en ella pueden existir micro fisuras que faciliten el ingreso del virus en el organismo.- Esto explicaría, según ellos, una prevalencia entre 10 y 15 veces superior a la comunidad heterosexual.-

Consideran además, que un amplio sector de HSH mantienen relaciones sexuales en situaciones de vulnerabilidad por la ingesta de alcohol o drogas en donde no adoptan las medidas de prevención necesarias para evitar la transmisión del VIH/SIDA.-

Conocimientos sobre los datos epidemiológicos actuales correspondientes a la situación del VIH/SIDA de la ciudad de Rosario.-

Los entrevistados desconocen los datos epidemiológicos actuales en relación del VIH/SIDA en la ciudad de Rosario por motivos relacionados a la falta de datos oficiales del Programa Municipal de SIDA de la Municipalidad de Rosario y los datos correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.- La última publicación corresponde al año 2008.-

Reconocen recibir información constante sobre la situación mundial de VIH/SIDA por los informes que reciben de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y otras ONG's de carácter internacional, donde se excluyen los datos de la ciudad de Rosario.-

Perciben un aumento significativo en la prevalencia (10 - 15 >) en los casos de HIV/SIDA en HSH especialmente en los jóvenes homosexuales (16 a 24 años) y en travestis ya que han aumentado los diagnósticos en efectores públicos y privados entre un 25 – 30% de Enero a Marzo de 2010 en comparación a los diagnósticos realizados en el mismo período del año pasado.-

La población más numerosa en términos absolutos que se diagnostican es la población heterosexual, esto no quita que en la población de HSH se encuentren más casos y constituyan la prevalencia más grande como grupo.-

La falta de datos oficiales tiene serias implicancias en el desarrollo de políticas públicas que tiendan a:

- Prevenir la transmisión de HIV/SIDA
- Reducir el impacto personal y social de la transmisión por HIV/SIDA
- Reducir el temor y el estigma relacionados con la transmisión de HIV/SIDA
- Participar activamente en la producción y difusión de conocimientos vinculados con la problemática del VIH/SIDA desde el enfoque de la salud mental.-
- Difundir información rigurosa y argumentada tendiente a consolidar una opinión pública reflexiva y responsable.-

En cuanto a la actividad específica de los profesionales de la salud, la falta de datos oficiales incide significativamente para:

- Aportar a la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con el VIH/SIDA y la Salud Mental.-
- Diseñar, ejecutar, asesorar y evaluar planes y programas preventivos articuladamente con los diversos ámbitos institucionales y comunitarios que se vinculan con el problema.-
- Promover la asistencia integral de las personas afectadas por los problemas relacionados con el VIH/SIDA, atendiendo al resguardo de los derechos humanos.-

- Impulsar el intercambio permanente, la colaboración y cooperación recíproca entre instituciones, investigadores y otros factores sociales, tendiente a la integración de redes y grupos de trabajo.-

Información y creencias sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública de la ciudad de Rosario.-

A continuación analizamos la información y creencias existentes sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública desde 3 ejes temáticos:

- Condiciones de acceso de los HSH a los servicios de salud.- Similitudes y diferencias en relación a los heterosexuales.-
- Identificar situaciones de discriminación en efectores públicos hacia los HSH.-
- Consideraciones particulares son la relación médico – paciente.-

Condiciones de acceso de los HSH a los servicios de salud.- Similitudes y diferencias en relación a los heterosexuales.-

A los entrevistados se los indagó si considera que las personas HSH tienen el mismo acceso a los servicios de salud que las personas heterosexuales.-

Los especialistas destacan que las condiciones de acceso, entendiéndose ésta como “*la posibilidad de llegada, ingreso y atención*” del colectivo de HSH a los efectores públicos no varía en relación a los heterosexuales ya que la “condición sexual” no es un impedimento para su atención, dado que la Constitución Nacional garantiza el derecho a la salud, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que está incorporado a ella.

El artículo 12 del PIDESC define el derecho a la salud como “*el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”. Así, el Estado argentino tiene la obligación de adoptar las siguientes medidas a fin de asegurar la efectividad de este derecho:

- Disponibilidad: debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, programas y servicios públicos de salud.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben contar con condiciones sanitarias adecuadas, como agua potable, personal médico y profesional capacitado, y medicamentos esenciales.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna. Esto significa, que no pueden ser discriminados: grupos socialmente desfavorecidos, minorías étnicas, poblaciones indígenas, mujeres, niños, personas mayores, personas con discapacidades, personas con VIH/SIDA, inmigrantes regulares y/o irregulares.

Desde esta perspectiva, si bien la accesibilidad se encuentra garantizada por Derecho Constitucional al colectivo de HSH, existen severas deficiencias entorno a la calidad y disponibilidad de los servicios.- Entre los aspectos más destacados podemos mencionar:

- Aumento notable de la demanda, producto del incremento de los índices de pobreza e indigencia, que no fue correspondida con la adopción de las medidas necesarias para hacerle frente.-
- La reducción o suspensión de ciertas prácticas básicas como el uso de radiografías, las prácticas de laboratorio, tomografías computadas, estudios radiológicos contrastados, etc.
- Falta de disponibilidad de insumos básicos, como jeringas, guantes, gasas, etc.
- Falta de disponibilidad de drogas básicas. En el caso de algunas drogas, su falta es absoluta (antituberculosas, antirretrovirales, etc.).

- Retrasos o suspensión de cirugías de mediana o alta complejidad que en algunos casos ha provocado la muerte de pacientes.
- Cierre de áreas por falta de insumos, como neonatología, sector de quirófanos o terapia intensiva.
- Derivación de pacientes que usualmente se hubiera tratado en la institución por carencia de insumos o imposibilidad de realizar prácticas de diagnóstico o cirugías que antes llevaban a cabo.
- Disminución de la alimentación brindada a los pacientes internados en cantidad o calidad. Las deficiencias han provenido de la interrupción de la cadena financiera o por problemas de provisión con el servicio terciarizado. Se citan casos en los que los familiares han debido proveer los alimentos a sus familiares internados a su exclusiva costa.
- Condiciones de higiene y salubridad inadecuadas
- Falta de mantenimiento de las instalaciones hospitalarias.
- Falta de reparación y/o renovación de insumos de equipamiento que en consecuencia ha quedado en desuso.-
- Precarización de las condiciones laborales del personal. En la mayoría de los hospitales, no se abonan regularmente los sueldos del personal y los recursos humanos son insuficientes para hacer frente a la demanda.

En resumen: La Constitución Nacional asegura la disponibilidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud para toda la población pero las dificultades mas destacadas las encontramos en los puntos referidos a la disponibilidad y la calidad por lo mencionado

precedentemente que establece una clara diferencia entre los servicios de salud públicos y privados.-

Identificar situaciones de discriminación en efectores públicos hacia los HSH.-

A los entrevistados se los indagó sobre si presenciaron alguna situación de discriminación hacia los HSH en efectores públicos en los últimos 2 años.- Los especialistas destacan que las situaciones de discriminación son esporádicas y aisladas.-

Estas se encuentran relacionadas fundamentalmente con la atención del colectivo TRANS en donde surgen conflictos en relación a la denominación del sujeto por su nombre masculino y el nombre femenino con el cual se identifica, siendo ésta una deficiencia por parte de la Institución en no considerar en el historial clínico del sujeto la particularidad de este aspecto tan significativo para el mismo.-

Las implicancias de esta situación estarían relacionadas con la generación de situaciones de violencia que repercuten en el caso de los pacientes HIV+ TRANS en dificultades en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales por las dificultades que se establecen en la relación Médico – Paciente.-

Consideraciones particulares son la relación Médico – Paciente.-

Los especialistas destacan que la relación médico – paciente no posee particularidades especiales que las puedan diferenciar de las establecidas con los heterosexuales.- Consideran en la mayoría a los casos una relación de respeto, contención y compromiso ya que encuentran un apoyo importante para afrontar su problemática.-

Conclusiones Cap. 02

El estudio analiza en 2 módulos de 3 ejes cada uno la información sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad incluyendo un análisis de la posición subjetiva que el entrevistado tiene sobre la misma, las percepciones sobre los HSH en relación a la transmisión del VIH/SIDA, los conocimientos sobre los datos epidemiológicos actuales correspondientes a la situación del VIH/SIDA de la ciudad de Rosario y las informaciones y creencias sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública de la ciudad de Rosario.- Presentamos aquí un resumen de los principales datos hallados.-

Este relevamiento constató que la mayoría de las personas entrevistadas no conocían ni habían leído sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad considerándolas innecesarias para el desarrollo de la práctica médica.- Si bien destacan desconocer la teóricas existentes opinan que la etiología de la homosexualidad se encuentra relacionada con la confluencia de factores genéticos con ambientales, enfatizando en la determinación de los factores genéticos por sobre los ambientales en el desarrollo de la conducta.-

Tal vez la existencia de un posicionamiento biologicista no encierra en si mismo un prejuicio, si, la creencia subyacente que un determinando GEN modificado en situaciones de laboratorio modificaría la conducta homosexual.- Evaluándola desde una perspectiva patológica.-

Se hace mención que los varones HSH “por su condición sexual” poseen mayor deseo y frecuencia sexual que los varones heterosexuales.- Esta respuesta encierra en si misma una afirmación falsa y una afirmación verdadera.-

La afirmación falsa es que por la condición misma de la homosexualidad, el sujeto posee mayor deseo sexual, ya que el deseo en si mismo no varía por la condición sexual, no existe una particularidad específica en la estructuración psíquica del varón homosexual referida a la intensidad del deseo que lo diferencie de otros colectivos.-

La afirmación verdadera podría estar referenciada en que algunos HSH por condiciones específicas de estigmatización, discriminación, mantienen mayores prácticas sexuales que los varones heterosexuales.-

Afirmar que los HSH se exponen más al riesgo de transmisión del VIH/SIDA por mantener mayor frecuencia de relaciones sexuales encierra también un prejuicio ya que no es un riesgo la práctica sexual en si misma (ya sea oral, anal o vaginal) sino la adopción de las medidas de prevención relacionadas con el uso de preservativo.-

Consideran además, que un amplio sector de HSH mantienen relaciones sexuales en situaciones de vulnerabilidad por la ingesta de alcohol o drogas en donde no adoptan las medidas de prevención necesarias para evitar la transmisión del VIH/SIDA.-

Los entrevistados desconocen los datos epidemiológicos actuales en relación del VIH/SIDA en la ciudad de Rosario por motivos relacionados a la falta de datos oficiales del Programa Municipal de SIDA de la Municipalidad de Rosario y los datos correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.- La última publicación corresponde al año 2008.-

Perciben un aumento significativo en la prevalencia (10 - 15 >) en los casos de HIV/SIDA en HSH especialmente en los jóvenes homosexuales (16 a 24 años) y en travestis ya que han aumentado los diagnósticos en efectores públicos y privados entre un 25 – 30% de Enero a Marzo de 2010 en comparación a los diagnósticos realizados en el mismo período del año pasado.-

Los especialistas destacan que las condiciones de acceso del colectivo de HSH a los efectores públicos no varía en relación a los heterosexuales ya que la “condición sexual” no es un impedimento para su atención, dado que la Constitución Nacional garantiza el derecho a la salud de todos los individuos pero las dificultades más destacadas las encontramos en los puntos referidos a la disponibilidad y la calidad de la prestación de los servicios estableciéndose una clara diferencia entre los servicios de salud públicos y privados.-

Las situaciones de discriminación se encuentran relacionadas fundamentalmente con la atención del colectivo TRANS en donde surgen conflictos en relación a la denominación del sujeto por su nombre masculino y el nombre femenino con el cual se identifica, siendo ésta una deficiencia por parte de la Institución en no considerar en el historial clínico del sujeto la particularidad de este aspecto tan significativo para el mismo.-

Las implicancias de esta situación estarían relacionadas con la generación de situaciones de violencia que repercuten en el caso de los pacientes HIV+ TRANS en dificultades en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales por las dificultades que se establecen en la relación Médico – Paciente.-

Los especialistas destacan que la relación médico – paciente no posee particularidades especiales que las puedan diferenciar de las establecidas con los heterosexuales.- Consideran en la mayoría a los casos una relación de respeto, contención y compromiso ya que encuentran un apoyo importante para afrontar su problemática.-

CAPITULO III

Descripción, Análisis e Interpretación

Subgrupo N° III

Integrantes de ONG´S (Organizaciones no

Gubernamentales) relacionadas con la

problemática HIV/SIDA

Introducción

En la ciudad de Rosario se encuentran 11(once) Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) que trabajan en la problemática VIH/SIDA.-

Entre los principales objetivos se encuentran la realización de campañas de prevención del VIH/SIDA, tratamiento psicológico y apoyo psicosocial a personas que viven con VIH/SIDA y sus familiares, formación de replicadores de prevención, formación de profesionales de salud sobre la problemática VIH/SIDA, investigación y divulgación científica para reducir el impacto social referido al VIH/SIDA, entre otras.-

El Trabajo es realizado mediante una labor conjunta con los diferentes organismos oficiales, locales (Programa Municipal de SIDA – Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario), provinciales (Programa Provincial de SIDA- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe) y Nacionales (Programa Nacional de VIH/SIDA - Ministerio de Salud y Acción Social)

- ACAAD - Asociación Científica Argentina de Ayuda al Drogadependiente.-
- ARDA - Asociación de Reducción de Daños de la Argentina
- CEADS - Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y Sida
- CREATS - Centro Rosario de Estudios y Asesoramiento Técnico para la Sociedad
- OFES - Organización Familiares Enfrentando al Sida
- Grupo Prevenir es Cuidar
- RED AR + Red Argentina de Personas que Viven con VIH - Sida
- REDARD - Red Argentina de Reducción de Daños
- VCS - Voluntarios Contra el Sida
- VOX - Asociación Civil
- CINSIDA

Descripción y Características de la muestra

El subgrupo III esta compuesto por una muestra de 05 personas de distintas profesiones que desarrollan actividades en Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) de la ciudad de Rosario y cuentan con experiencia de trabajo en la población HSH.- Se utilizó muestreo no aleatorio de conveniencia.-

Criterios de Inclusión:

- Ser personal profesionalizado
- Desempeñarse en una ONG'S en un período no inferior a los 05 años.-
- Contar con experiencia de trabajo en HSH

Información y Creencias

A continuación analizamos las diversas opiniones que poseen los entrevistados en relación a los HSH. Se abordan los resultados a partir de varios ejes:

- Información sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad incluyendo un análisis de la posición subjetiva que el entrevistado tiene sobre la misma.-
- Percepciones sobre los HSH en relación a la transmisión del VIH/SIDA
- Conocimientos sobre los datos epidemiológicos actuales correspondientes a la situación del VIH/SIDA de la ciudad de Rosario.-
- Información y creencias sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública de la ciudad de Rosario.-

Información sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad

A los entrevistados se les preguntó si conocían las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad y a cuál o cuáles adherían.- Este relevamiento constató que, esencialmente, los integrantes de ONG'S, consideran que la orientación sexual y la identidad sexual o de género de las personas son el resultado de una construcción social y que, por lo tanto, no existen papeles sexuales esenciales o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, sino formas socialmente variables de desempeñar uno o varios papeles sexuales.

De acuerdo con ello, rechazan la clasificación de los individuos en categorías universales como "homosexual", "heterosexual", "hombre" o "mujer", sosteniendo que éstas esconden un número enorme de variaciones culturales, ninguna de las cuales sería más fundamental o natural que las otras. Contra el concepto clásico de género, que distinguía lo "heterosexual" socialmente aceptado de lo "anómalo".-

Otros integrantes de ONG'S, principalmente psicólogos consideran que en el ser humano no existe la sexualidad dissociada de la persona como un todo. Esto significa que la sexualidad en el ser humano no es algo instintivo, considerando la definición de instinto de la biología, como algo heredado, rígido y fijo dentro de una misma especie. Es un componente de nuestras vidas. La identidad sexual es una de las identidades que desarrollamos, al igual que la identidad profesional, del adulto, de la madurez, de hijo, padre, madre, etc. La sexualidad es algo inherente al placer.-

Específicamente, cuando existe una conducta homosexual, debe entenderse como el modo posible de relacionarse que tiene una persona, una disposición interna a comunicarse de esta forma, un modo de relacionarse consigo mismo, con los otros, con la vida. En cierta forma puede decirse que es la manera en que la persona puede expresarse, relacionarse, exponerse como persona.-

Las identidades se forman a lo largo de la vida y sus bases más fuertes están calcadas en los primeros 6 (seis) años de vida. Es difícil creer que alguien pueda haber "elegido" qué ser, principalmente en términos de identidad sexual. Debido a la complejidad de la formación de nuestra personalidad, se dice que uno es lo que pudo y no lo que quiso ser. La condición de la aceptación de esto, o sea, de aquello que se pudo ser, también determinará un mayor o menor contenido de conflictos emocionales.-

Percepciones sobre los HSH en relación a la transmisión del VIH/SIDA

A los entrevistados se los indagó sobre si los HSH se exponen más al riesgo de transmisión de VIH/SIDA que los heterosexuales.- Las respuestas en su totalidad son afirmativas y se identifican una multiplicidad de factores.-

Entre los factores que ejercen mayor impacto en el colectivo homosexual se destacan la condición de "aceptación" de la propia sexualidad, el estigma asociado al VIH/SIDA, la pobreza y la discriminación.-

La "aceptación" de la condición sexual se encuentra condicionada, en muchos casos, por sentimientos de rechazo, ira o culpabilidad que inciden significativamente en la utilización de barreras de protección (preservativos) ya que, es practicada de manera oculta en baños, plazas, cines.- Es vivida como una situación "irreal" y por esta falta de existencia no es concebido el riesgo que conlleva la no utilización de preservativos.-

De la misma manera la discriminación incide negativamente ya que por una multiplicidad de factores se crean situaciones en donde el sujeto se encuentra más expuesto al riesgo de transmisión del VIH/SIDA.-

La pobreza es considerada actualmente el factor social de mayor impacto en el colectivo de HSH ya que implica una fuerte limitación al acceso de información sobre medidas de prevención del VIH/SIDA.- En condiciones de pobreza, fundamentalmente de pobreza

extrema se modifica el “valor de cuidado” de los sujetos ya que priman cuestiones esenciales como el acceso a la alimentación como “valor primario”.-

El estigma asociado al VIH/SIDA se apunala en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación, la imposibilidad de curar el VIH/SIDA, y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas.

El estigma puede conducir a discriminación y otras violaciones de los derechos humanos que afectan fundamentalmente al bienestar de las personas que viven con el VIH/SIDA. En países de todo el mundo hay casos bien documentados de personas con el VIH/SIDA a las que se niegan, entre otros, los derechos a recibir atención de salud, al trabajo, la educación y la libertad de movimiento.

El consenso mundial sobre la importancia de afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA queda patente en la Declaración de compromiso, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001.- Se señala que la lucha contra el estigma y la discriminación es un requisito previo para una prevención y asistencia eficaz, y reafirma que la discriminación de una persona por razón de su estado serológico del VIH/SIDA es una violación de los derechos humanos.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA socavan los esfuerzos de prevención, porque las personas temen averiguar si están o no infectadas, pedir información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro por miedo de levantar sospechas sobre su estado relativo al VIH/SIDA.

Por tanto, el estigma y la discriminación debilitan la capacidad de los individuos y comunidades para autoprotgerse. El miedo al estigma y discriminación también desalientan a las personas que viven con el VIH/SIDA de revelar su infección por el VIH/SIDA, en muchos casos incluso a familiares y parejas sexuales. El secreto que rodea la infección por el VIH y las consecuencias del miedo al estigma y discriminación llevan las personas a imaginar que no corren ningún riesgo de infección por el VIH/SIDA.

En Resumen: Los factores sociales inciden negativamente y exponen a los sujetos a un mayor riesgo de transmisión del VIH/SIDA entre ellos podemos mencionar la falta de “aceptación” de la condición sexual, el estigma, la discriminación y la pobreza en donde existen sentimientos de rechazo, ira y culpabilidad.-

Conocimientos sobre los datos epidemiológicos actuales correspondientes a la situación del VIH/SIDA de la ciudad de Rosario.-

Los entrevistados desconocen los datos epidemiológicos actuales en relación del VIH/SIDA en la ciudad de Rosario por motivos relacionados a la falta de datos oficiales del Programa Municipal de SIDA de la Municipalidad de Rosario y los datos correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.- La última publicación corresponde al año 2008.-

Consideran un aumento significativo en la prevalencia (10 - 15 >) en los casos de HIV/SIDA en HSH especialmente en los jóvenes homosexuales (10 – 12 >), en travestis (10 – 14 >) y en “Heterosexuales flexibles” (10 – 15 >) ya que han aumentado los diagnósticos en efectores públicos y privados entre un 25 – 30% en 2009 en comparación a los diagnósticos realizados en el período 2008.-

Debido a la falta de datos oficiales por parte de los diferentes organismos gubernamentales tanto nacionales, provinciales y nacionales se dificulta la posibilidad de diseñar, planificar y ejecutar políticas de salud públicas para reducir el impacto del VIH/SIDA en la población.-

El diseño, planificación y ejecución de las políticas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA debe considerar la conexión íntima existente entre estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos, y teniendo en cuenta que las personas que viven con el VIH/SIDA sufren estigmatización y discriminación en contextos muy distintos, en donde se requieren de iniciativas simultáneas, polifacéticas y sostenibles a lo largo del tiempo.-

Con miras a crear un entorno en el que dejen de tolerarse o practicarse el estigma, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, es necesario emprender las siguientes acciones:

- Ejecutar programas que aborden el estigma a nivel colectivo y comunitario. Dichos programas deben ser proactivos al abordar el estigma antes de que se manifieste o aparezca en los diversos tipos de actos discriminatorios, en vez de responder simplemente a ellos después de que hayan sucedido.-
- Elaborar y aplicar leyes y políticas que protejan contra la discriminación y salvaguarden los derechos de las personas que conviven con el VIH/SIDA.-

Los integrantes de ONG'S destacan que adoptar políticas públicas teniendo en cuenta los aspectos relacionados al estigma, la discriminación y los derechos humanos, tendría un significativo impacto a nivel social, destacándose:

- Mayor predisposición de los familiares y miembros de la comunidad a cuidar a personas VIH+.-

- Mejor atención que se traduzca en una mejor calidad de vida para las personas que viven con el VIH/SIDA.-
- Mayor predisposición de los miembros de la comunidad a servir como voluntarios en programas de prevención del VIH/SIDA.-
- Mayor revelación del estado seropositivo por parte de las personas que viven con el VIH, y mayor implicación y liderazgo en los esfuerzos de prevención, atención y sensibilización.
- Expresión más abierta de actitudes comunitarias positivas frente a las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA.

Información y creencias sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública de la ciudad de Rosario.-

A continuación analizamos la información y creencias existentes sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública desde 3 ejes temáticos:

- Condiciones de acceso de los HSH a los servicios de salud.- Similitudes y diferencias en relación a los heterosexuales.-
- Identificar situaciones de discriminación en efectores públicos hacia los HSH.-
- Consideraciones particulares son la relación médico – paciente.-

Condiciones de acceso de los HSH a los servicios de salud.- Similitudes y diferencias en relación a los heterosexuales.-

A los entrevistados se los indagó si considera que las personas HSH tienen el mismo acceso a los servicios de salud que las personas heterosexuales.-

Las respuestas fueron en su mayoría negativas dada la existencia de un entorno social estigmatizador que crea situaciones desfavorables entorno a la prevención del VIH/SIDA, la identificación del estado serológico del sujeto, la atención, el apoyo, la adherencia y continuidad en el tratamiento.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA y la homosexualidad socavan los esfuerzos de prevención, porque las personas temen averiguar si están o no infectadas, pedir información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro por miedo de levantar sospechas sobre su estado relativo al VIH/SIDA y por el prejuicio social que lo relaciona con la homosexualidad.-

Por tanto, el estigma y la discriminación debilitan la capacidad de los HSH para autoprotegerse. El miedo, el estigma y discriminación también desalientan a las personas que viven con el VIH/SIDA de revelar su infección por el VIH, en muchos casos incluso a familiares y parejas sexuales. El secreto que rodea la infección por el VIH/SIDA y las consecuencias del miedo al estigma y discriminación llevan a las personas a imaginar que no corren ningún riesgo de infección por el VIH/SIDA.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA también hacen que las personas que viven con el VIH/SIDA tengan muchas menos probabilidades de recibir atención y apoyo. Incluso las personas que no están realmente infectadas pero están vinculadas con una persona infectada, como es el caso de familiares, parejas o cuidadores, son víctimas del estigma y discriminación. Este estigma y discriminación aumentan innecesariamente el sufrimiento personal asociado a la enfermedad.-

La vergüenza asociada al VIH/SIDA y a la homosexualidad también puede impedir que las personas que viven con el VIH/SIDA soliciten tratamiento, atención y apoyo y ejerzan otros derechos.- Esta vergüenza puede tener una poderosa influencia psicológica sobre cómo se ven a sí mismas las personas con el VIH/SIDA y cómo se adaptan a su estado, haciéndolas vulnerables a la vergüenza, depresión y aislamiento autoimpuesto.

Los estereotipos y el miedo se perpetúan cuando las comunidades a menudo sólo reconocen a las personas que viven con el VIH cuando se encuentran en las etapas finales, sintomáticas y debilitantes del SIDA, y la negación y el silencio refuerzan la estigmatización de las personas ya vulnerables.-

En Resumen: Las situaciones de vulnerabilidad social relacionadas con el estigma, el miedo, la discriminación relacionadas con la homosexualidad y el VIH/SIDA influyen negativamente en el acceso a los servicios de salud por parte de los HSH y su incidencia se ve reflejada en la falta de prevención, apoyo, y adherencia a los tratamientos.- Si bien

estos factores también inciden en los heterosexuales la diferencia estaría fundamentada en la asociación del VIH/SIDA con la homosexualidad.-

Identificar situaciones de discriminación en efectores públicos hacia los HSH.-

A los entrevistados se los indagó sobre si presencié alguna situación de discriminación hacia los HSH en efectores públicos en los últimos 2 años.- Los entrevistados destacan que las situaciones de discriminación existen aunque son esporádicas y aisladas.-

Estas se encuentran relacionadas fundamentalmente con la atención del colectivo TRANS en donde surgen conflictos en relación a la denominación del sujeto por su nombre masculino y el nombre femenino con el cual se identifica, siendo ésta una deficiencia por parte de la Institución en no considerar en el historial clínico del sujeto la particularidad de este aspecto tan significativo para el mismo.-

La discriminación a las personas que viven con el VIH/SIDA se fundamente en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación en efectores de salud tanto públicos como privados.-

Los entrevistados consideran que los servicios sanitarios poseen menor nivel de calidad de la atención a los integrantes del colectivo HSH; denegación del acceso a asistencia y tratamiento; pruebas del VIH sin consentimiento; fisuras en la confidencialidad, incluido el hecho de revelar el estado seropositivo a familiares u organismos externos, y actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los profesionales sanitarios.

Destacan la existencia de una discriminación institucionalizada en los efectores de salud que condicionan las prácticas sobre los HSH.-

La discriminación no es exclusiva de los efectores de salud, también se manifiestan en otros órdenes de la vida social como por ejemplo:

- Lugar de trabajo: Denegación de empleo a causa del estado seropositivo; pruebas obligatorias del VIH, y exclusión de las personas VIH+ de los planes sociales o prestaciones médicas.
- Escuelas: Prohibición de matricular a niños afectados por el VIH/SIDA, o despido de maestros VIH+.-
- Prisiones: Segregación obligatoria de los reclusos VIH+ y exclusión de las actividades colectivas.

A nivel nacional, la discriminación puede reflejar el estigma que se ha aprobado o legitimado oficialmente por medio de las leyes y políticas existentes, y que se ha plasmado en prácticas y procedimientos. Esto puede dar lugar a una ulterior estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA y, en consecuencia, a una discriminación legitimada.-

En el caso de los historiales clínicos se continua solicitando a los pacientes que revelen su condición sexual existiendo diferencias entre las recomendaciones de testeo hacia los HSH y los heterosexuales.- Recomendación de testeo de VIH por método ELISA (heterosexuales cada 12 meses HSH cada 6 meses).- Se sigue considerando que la condición sexual del sujeto es un factor de riesgo de la transmisión del VIH/SIDA.-

La discriminación también puede producirse por omisión, como en el caso de la ausencia —o la falta de aplicación— de leyes, políticas y procedimientos que ofrezcan reparación y protejan los derechos de las personas que viven con el VIH.-

Existen múltiples vínculos directos e indirectos entre la epidemia de VIH/SIDA, la discriminación y la falta de protección de los derechos humanos en los HSH.- Se describen a continuación algunas formas en que las violaciones de los derechos pueden

agravar el impacto del VIH, aumentar la vulnerabilidad y obstaculizar respuestas positivas a la epidemia.-

- Impacto. Violación de los derechos humanos inherente a la discriminación aumenta el impacto de la epidemia sobre las personas que viven con el VIH especialmente en los HSH y las que presuntamente están infectadas, así como sobre sus familias y allegados. Por ejemplo, una persona que sea despedida del trabajo porque es VIH+ se enfrenta a muchos otros problemas aparte de la enfermedad, como la falta de recursos económicos para asistencia sanitaria, el aislamiento y soledad.

- Vulnerabilidad. Las personas son más vulnerables a la infección cuando no se respetan sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales o culturales. La vulnerabilidad de las HSH a la infección por el VIH/SIDA aumenta cuando carecen de poder legal para tomar decisiones sobre su vida fundamentalmente en la pérdida de autonomía y libertad.- Asimismo, la falta de acceso a servicios apropiados de prevención del VIH y atención del SIDA incrementa la vulnerabilidad de otros grupos marginados de HSH, como consumidores de drogas intravenosas, refugiados, migrantes y reclusos.

- Respuesta. Cuando no se respetan los derechos humanos –por ejemplo, cuando se coarta la libertad de expresión o asociación–, resulta difícil o imposible que la sociedad civil se movilice para responder eficazmente a la epidemia.-

Consideraciones particulares son la relación Médico – Paciente.-

Los entrevistados destacan que la relación médico – paciente posee ciertas características que en muchos aspectos las diferencian de los pacientes heterosexuales.- Es descripta, en muchos casos, por una relación distante, poco empática, particularmente técnica que carece de comprensión y contención frente a la problemática de los sujetos HSH.-

Se destaca además la falta de análisis personal de la relación transferencial y contra-transferencial por parte de los profesionales de la salud sobre sus propios prejuicios en relación a los pacientes portadores del VIH.-

Estas características inciden significativamente en la adherencia y continuidad de los pacientes HIV+ en sus tratamientos.-

Conclusiones Cap.03

El estudio analiza en 2 módulos de 3 ejes cada uno la información sobre las distintas teorías sobre la etiología de la homosexualidad incluyendo un análisis de la posición subjetiva que el entrevistado tiene sobre la misma, las percepciones sobre los HSH en relación a la transmisión del VIH/SIDA, los conocimientos sobre los datos epidemiológicos actuales correspondientes a la situación del VIH/SIDA de la ciudad de Rosario y las informaciones y creencias sobre la atención de los HSH en los distintos efectores de salud pública de la ciudad de Rosario.- Presentamos aquí un resumen de los principales datos hallados.-

Este relevamiento constató que consideran la orientación sexual y la identidad sexual o de género de las personas como el resultado de una construcción social y que, por lo tanto, no existen papeles sexuales esenciales o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, sino formas socialmente variables de desempeñar uno o varios papeles sexuales.

Consideran que en el ser humano no existe la sexualidad disociada de la persona, sino que es vista y analizada como un todo. Esto significa que la sexualidad en el ser humano no es algo instintivo, como algo heredado, rígido y fijo dentro de una misma especie. Es un componente de nuestras vidas.

La conducta homosexual es entendida como el modo posible de relacionarse que tiene una persona, una disposición interna a comunicarse de esta forma, un modo de relacionarse consigo mismo, con los otros, con la vida. En cierta forma puede decirse que es la manera en que la persona puede expresarse, relacionarse, exponerse como persona.-

Las identidades se forman a lo largo de la vida y sus bases más fuertes están calcadas en los primeros 6 (seis) años de vida. Es difícil creer que alguien pueda haber "elegido" qué ser, principalmente en términos de identidad sexual. Debido a la complejidad de la formación de nuestra personalidad, se dice que uno es lo que pudo y no lo que quiso ser. La condición de la aceptación de esto, o sea, de aquello que se pudo ser, también determinará un mayor o menor contenido de conflictos emocionales.-

Entre los factores que ejercen mayor impacto en el colectivo homosexual se destacan la condición de "aceptación" de la propia sexualidad, el estigma asociado al VIH/SIDA, la pobreza y la discriminación.-

La "aceptación" de la condición sexual se encuentra condicionada, en muchos casos, por sentimientos de rechazo, ira o culpabilidad que inciden significativamente en la utilización de barreras de protección (preservativos) ya que, es practicada de manera oculta en baños, plazas, cines.- Es vivida como una situación "irreal" y por esta falta de existencia no es concebido el riesgo que conlleva la no utilización de preservativos.-

La pobreza es considerada actualmente el factor social de mayor impacto en el colectivo de HSH ya que implica una fuerte limitación al acceso de información sobre medidas de prevención del VIH/SIDA.- En condiciones de pobreza, fundamentalmente de pobreza extrema se modifica el "valor de cuidado" de los sujetos ya que priman cuestiones esenciales como el acceso a la alimentación como "valor primario".-

El estigma asociado al VIH/SIDA se apunala en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación, la imposibilidad de curar el VIH/SIDA, y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA socavan los esfuerzos de prevención, porque las personas temen averiguar si están o no infectadas, pedir información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro por miedo de levantar sospechas sobre su estado relativo al VIH/SIDA.

Los entrevistados desconocen los datos epidemiológicos actuales en relación del VIH/SIDA en la ciudad de Rosario por motivos relacionados a la falta de datos oficiales del Programa Municipal de SIDA de la Municipalidad de Rosario y los datos correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.- La última publicación corresponde al año 2008.-

Consideran un aumento significativo en la prevalencia (10 - 15 >) en los casos de HIV/SIDA en HSH especialmente en los jóvenes homosexuales (10 – 12 >), en travestis (10 – 14 >) y en “Heterosexuales flexibles” (10 – 15 >) ya que han aumentado los diagnósticos en efectores públicos y privados entre un 25 – 30% en 2009 en comparación a los diagnósticos realizados en el período 2008.-

Los entrevistados no consideran que las personas HSH tienen el mismo acceso a los servicios de salud que las personas heterosexuales dada la existencia de un entorno social estigmatizador que crea situaciones desfavorables entorno a la prevención del VIH/SIDA, la identificación del estado serológico del sujeto, la atención, el apoyo, la adherencia y continuidad en el tratamiento.-

Los integrantes de ONG´S manifiestan haber presenciado situaciones de discriminación hacia los HSH en efectores públicos de salud.-

Estas se encuentran relacionadas fundamentalmente con la atención del colectivo TRANS en donde surgen conflictos en relación a la denominación del sujeto por su

nombre masculino y el nombre femenino con el cual se identifica, siendo ésta una deficiencia por parte de la Institución en no considerar en el historial clínico del sujeto la particularidad de este aspecto tan significativo para el mismo.-

Los entrevistados consideran que los servicios sanitarios poseen menor nivel de calidad de la atención a los integrantes del colectivo HSH; denegación del acceso a asistencia y tratamiento; pruebas del VIH sin consentimiento; fisuras en la confidencialidad, incluido el hecho de revelar el estado seropositivo a familiares u organismos externos, y actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los profesionales sanitarios.

Destacan la existencia de una discriminación institucionalizada en los efectores de salud que condicionan las prácticas sobre los HSH.-

En el caso de los historiales clínicos se continúa solicitando a los pacientes que revelen su condición sexual existiendo diferencias entre las recomendaciones de testeo hacia los HSH y los heterosexuales.- Recomendación de testeo de VIH por método ELISA (heterosexuales cada 12 meses HSH cada 6 meses).- Se sigue considerando que la condición sexual del sujeto es un factor de riesgo de la transmisión del VIH/SIDA.-

Los entrevistados destacan que la relación médico – paciente posee ciertas características que en muchos aspectos las diferencian de los pacientes heterosexuales.- Es descripta, en muchos casos, por una relación distante, poco empática, particularmente técnica que carece de comprensión y contención frente a la problemática de los sujetos HSH.-

Se destaca además la falta de análisis personal de la relación transferencial y contra-transferencial por parte de los profesionales de la salud sobre sus propios prejuicios en relación a los pacientes portadores del VIH.-

Estas características inciden significativamente en la adherencia y continuidad de los pacientes HIV+ en sus tratamientos.-

CONCLUSIONES

El “Estudio de la Incidencia de las practicas sexuales del grupo HSH sobre la prevalencia de la transmisión de HIV en la ciudad de Rosario” tuvo como objetivo describir tendencias en las conductas sexuales de los integrantes del Grupo HSH vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV.-

Este objetivo se logró caracterizando los factores socio demográficos, tipo de información y creencias vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV, identificando los patrones de conducta, actitudes y prácticas sexuales de la población HSH, identificando los factores claves y tipos de influencia en la población HSH con prácticas sexuales seguras, como así también, identificando las barreras que dificultan los procesos de adopción de prácticas sexuales seguras.-

La muestra estuvo compuesta por 53 sujetos compuesta por 40 sujetos HSH “Hombres que tienen sexo con Hombres”, 08 profesionales de la salud y 05 integrantes de ONG’S en donde se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas.- A continuación destacamos los datos mas relevantes:

Factores socio demográficos, tipo de información y creencias vinculadas con el aumento de la prevalencia de la transmisión de HIV.-

La muestra a la que se accedió es mayoritariamente homosexual, joven (promedio edad: 27 años) y laboralmente activa. La mayoría de los entrevistados recuerda haber

accedido a alguna información en el último mes. Entre las fuentes principales, predomina internet y televisión, seguida por ONG'S y folletos.

En quienes dijeron tener estudios secundario incompleto se ve un alto porcentaje en la categoría "No Sabe / No Contesta" respecto a qué grado varía el riesgo de infección de VIH/SIDA si se practica el coitus interruptus, como así también, al riesgo de infección si se evita la eyaculación en la boca.- Estas cifras indican, entre otras cosas, que en lo que a información se refiere, puede haber importantes focos de desconocimiento en ciertos colectivos específicos.

Los entrevistados tienden a considerar en mayor medida la condición de estar en pareja como una forma de protección o de ser alcanzada por un riesgo menor (68.57%), prevaleciendo una moción de cuidado relacionado con la fidelidad.-

Las vías de transmisión del VIH más mencionadas fueron compartir agujas, las relaciones sexuales, las transfusiones de sangre y las relaciones sexuales sin preservativo. Cabe consignar que esta pregunta era de respuesta espontánea, por lo que resulta difícil inferir si los datos reunidos corresponden a lo que las personas efectivamente saben, a lo que recordaban en el momento o si mencionaron sólo aquellos asuntos sobre los cuales tenían plena seguridad. Algo similar sucede respecto de los modos para protegerse del VIH/SIDA: exceptuando el uso del preservativo, otras prácticas de cuidado tuvieron escasas menciones. Sin embargo, cabe señalar la casi total referencia (96%) al uso del preservativo como modo de prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

Los entrevistados manifiestan respuestas en su mayoría afirmativas frente a las preguntas *¿Tomaría del mismo vaso que una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (91.42%), *¿Compartiría una comida con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (91.42%) *¿Aceptaría trabajar o estudiar con una persona que sabe o sospecha que vive con HIV/SIDA?* (88.57%).- A través de los resultados de los

mismos podemos inferir la superación de barreras imaginarias en cuanto a las vías de transmisión por medio de las campañas publicitarias realizadas sobre estos tópicos.-

Es relevante señalar la significativa proporción de personas entrevistadas que conocen a alguien que vive con VIH o que haya fallecido a causa del sida (51.42%). Ante la pregunta “¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que le dice que es seropositiva?”, las respuestas fueron en su mayoría negativas (74.28%), así mismo, cuando se les preguntó “¿Tendría o continuaría teniendo sexo con una persona que no conoce su estatus serológico?”, el 40% respondió negativamente, mientras que el 31.14% respondió afirmativamente.- Esto constata los dilemas y estrategias de manejo de la información que las personas seropositivas llevan adelante en la cuestión de dar a conocer o no su estatus serológico.-

El 58% manifestó que sí existen indicadores o rasgos frente a un 39% que contestó negativamente.- Podemos considerar una fuerte estigmatización ligada a indicadores, rasgos o características que continúan incidiendo en los imaginarios sociales relacionados a la visibilidad del HIV y a la falta de consideración del riesgo de infección ante la falta de esta visibilidad.-.

Patrones de conducta, actitudes y prácticas sexuales de la población HSH.

Se trata de una muestra sexualmente activa, en la que prevalecen las relaciones sexuales con hombres, en promedio 50 relaciones con distintas parejas en los últimos 6 meses.

Un 36% de los casos que componen la muestra se encontraba en pareja en el momento de la entrevista, y más de la mitad de estas relaciones tenían más de un año de duración, mayoritariamente constituidas entre varones.-

La mayoría de los entrevistados que están en pareja practican sexo anal, y cuando lo hacen no usan preservativo (71.43%) puede estar indicando la falta de prevención en prácticas, que aunque son conocidas como vías de transmisión del VIH, no son

encaradas con igual cuidado que otras por la condición de “estar en pareja” como barrera imaginaria de protección ligada a la fidelidad.

Al ser consultados por la última vez que practicaron sexo oral, el 93.86% afirmó no haber utilizado preservativo (pese a que el 90% había afirmado que el uso de preservativo disminuía o hacía desaparecer por completo el riesgo de contraer VIH). Se observa así una discordancia entre los saberes y las prácticas concretas de los sujetos relaciones con la práctica de sexo oral.-

Al profundizar en el tema de las relaciones con parejas ocasionales el uso de preservativo para sexo anal es mucho más frecuente que con las parejas estables. El 88.57% afirmó usarlo “siempre” en relaciones sexuales con penetración anal entre hombres.-

En las prácticas de sexo oral en encuentros casuales solo el 8.12% utiliza preservativos.- Los principales motivos para la no utilización de preservativos son: “No era necesario para esa práctica” (14.28%), “Gozo Menos / Pierdo sensibilidad” (37.14%), “Molesta” (22.85%)

En relación a la utilización de preservativo en sexo oral, no existe marcadas diferencias si son encuentros casuales o no, en ambos casos el promedio es del 7%, implicando un importante medio de contagio.- En cambio, existe una marcada polaridad en relación a la utilización de preservativos para sexo anal según sean encuentros casuales (88.57%) o parejas estables (28.57%).-

En cuanto a los canales de encuentro de parejas sexuales, en primer lugar se encuentra la utilización de internet (61.00%), bares o discos (58.28%).-

Los porcentajes descienden notoriamente en las respuestas sobre lugares públicos de “levante”, (9.28%) y más aun respecto de los saunas (7.14%), cines (6.12%), y de los avisos en diarios y revistas (2.12%).

Es posible pensar que en esta pregunta esté operando una respuesta normativa que infravalore la incidencia real del uso de estas vías, debido a que se trata de espacios que cuentan con menor legitimidad social entre la opinión pública.

Factores claves y tipos de influencia en la población HSH con prácticas sexuales seguras.

Entre los factores claves y tipos de influencias en la población HSH con prácticas sexuales seguras podemos mencionar la situación de “aceptación” de la sexualidad, el papel del estigma y la discriminación y la pobreza entre otros, que actúan como condicionantes para la adopción de prácticas sexuales seguras.-

La “aceptación” de la condición sexual se encuentra condicionada, en muchos casos, por sentimientos de rechazo, ira o culpabilidad que inciden significativamente en la utilización de barreras de protección (preservativos) ya que, es practicada de manera oculta en baños, plazas, cines.- Es vivida como una situación “irreal” y por esta falta de existencia no es concebido el riesgo que conlleva la no utilización de preservativos.-

La pobreza es considerada actualmente el factor social de mayor impacto en el colectivo de HSH ya que implica una fuerte limitación al acceso de información sobre medidas de prevención del VIH/SIDA.- En condiciones de pobreza, fundamentalmente de pobreza extrema se modifica el “valor de cuidado” de los sujetos ya que priman cuestiones esenciales como el acceso a la alimentación como “valor primario”.-

El estigma asociado al VIH/SIDA se apunala en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación, la imposibilidad de curar el VIH/SIDA, y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA socavan los esfuerzos de prevención, porque las personas temen averiguar si están o no infectadas, pedir información sobre cómo pueden reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro por miedo de levantar sospechas sobre su estado relativo al VIH/SIDA.

Estas se encuentran relacionadas fundamentalmente con la atención del colectivo TRANS en donde surgen conflictos en relación a la denominación del sujeto por su nombre masculino y el nombre femenino con el cual se identifica, siendo ésta una deficiencia por parte de la Institución en no considerar en el historial clínico del sujeto la particularidad de este aspecto tan significativo para el mismo.-

En el caso de los historiales clínicos se continua solicitando a los pacientes que revelen su condición sexual existiendo diferencias entre las recomendaciones de testeo hacia los HSH y los heterosexuales.- Recomendación de testeo de VIH por método ELISA (heterosexuales cada 12 meses HSH cada 6 meses).- Se sigue considerando que la condición sexual del sujeto es un factor de riesgo de la transmisión del VIH/SIDA.-

Datos epidemiológicos Actuales

Se desconocen los datos epidemiológicos actuales en relación del VIH/SIDA en la ciudad de Rosario por motivos relacionados a la falta de datos oficiales del Programa Municipal de SIDA de la Municipalidad de Rosario y los datos correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.- La última publicación corresponde al año 2008.-

Existe un aumento significativo en la prevalencia (10 - 15 >) en los casos de HIV/SIDA en HSH especialmente en los jóvenes homosexuales (10 – 12 >), en travestis (10 – 14 >) y en “Heterosexuales flexibles” (10 – 15 >) ya que han aumentado los diagnósticos

en efectores públicos y privados entre un 25 – 30% en 2009 en comparación a los diagnósticos realizados en el período 2008.-

De acuerdo a lo expuesto, se comprueba la viabilidad de la hipótesis:

“El aumento de la prevalencia por VIH en Rosario en los últimos dos años se encuentra asociada a modificaciones en las conductas sexuales que exponen a riesgo a las personas integrantes del Grupo HSH (gays, homosexuales, bisexuales)”

Se resalta como futuras investigaciones: “Impacto de la homofobia internalizada de los profesionales de la salud en la adherencia a los tratamientos”, “Los estados de privación de la libertad y el aumento de infecciones de VIH/SIDA en las cárceles”.-

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

HIV/SIDA ROSARIO

(2008)

Casos VIH/SIDA acumulados en 2006 y 2007 SSP Rosario 2007

	Acumulado	Año 2006	Año 2007
<i>Casos Totales acumulados al 31.12.2007</i>	2584
<i>Casos Totales acumulados (<13 años)</i>	2461	58	42
<i>Edad Mediana de los casos (años) 2006</i>	28	33.5 H: 39 M: 38	
<i>Relación Hombre / Mujeres 2006 *</i>	H: 1467 M:1061 1.38	H: 35 M:36 0.76	H: 19 M: 23 0.82
<i>Casos por vía vertical</i>	17	1	1

*Se consideran para la Razón, solo los casos en que se conoce el sexo. Acumulado Hombre 667 y Mujeres 636, y en el Año 2006, Hombres 25 y Mujeres 35.- **En cuanto a la transmisión vertical se consideran tantos casos de HIV como SIDA

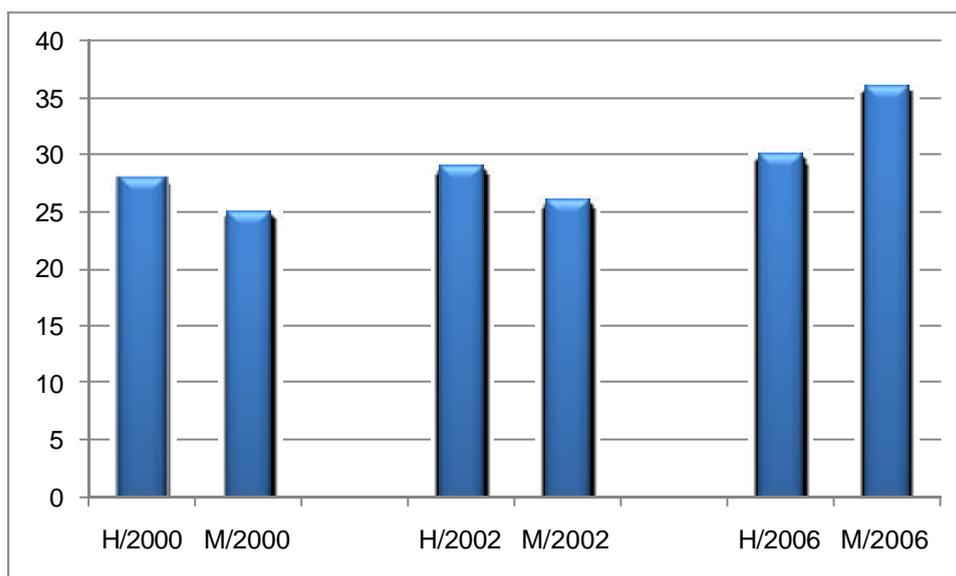
Casos SIDA. Comparación de las vías de transmisión acumuladas y por años 1988 al 2006.- Valores absolutos.- Todos los casos

	1988 - 2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>UDI</i>	634	9	4	4	42	8	9	9
<i>HSH</i>	152	2	3	0	21	5	1	4
<i>Heterosexual</i>	345	15	19	16	315	5	25	31
<i>Otros *3</i>	3	1	...	1	2	5

<i>S/ Información</i>		26	25	21	28	39	6	...
<i>Total de los conocidos</i>	1228	27	26	21	39	103	35	42
<i>Total de Casos</i>	2724	53	51	42	67	142**	41	42

*Por recepción de sangre y derivados, transfusiones y otros.- No se incluyen casos por transmisión Madre/Hijo.-
 **En el año 2005 se recibió un importante registro de notificaciones retrasadas lo que elevó los casos de registros de ese año.-

Mediana de casos SIDA año 2006 ciudad de Rosario



Enfermedades marcadoras de SIDA SSP periodo 1998 – 2007 y 2007

Enfermedades Marcadoras	1998 - 2007	2007
P. Jiroveci	330	3
TBC Pulmonar	282	4
Síndrome de desgaste	212	3

Toxoplasmosis Pulmonar	<i>166</i>	<i>4</i>
TBC Diseminada o Extrapulmonar	<i>154</i>	<i>3</i>
Infecciones Bacterias Múltiples o Recurrentes	<i>124</i>	<i>2</i>
Criptococosis Extrapulmonar	<i>116</i>	<i>1</i>
Candidiasis Esofágica	<i>106</i>	<i>0</i>
Neumonía Bacteriana	<i>91</i>	
Histoplasmosis	<i>88</i>	<i>3</i>
Sarcoma de Kaposi	<i>54</i>	<i>1</i>
Otras y Sin Información	<i>277</i>	<i>7</i>
Total	2000	32

Casos de infección por HIV según efector, acumulados (1998 – 2007) y años 2006 y 2007 SSP, Rosario.-

<i>Efectores</i>	<i>Acumulados</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
<i>Carrasco</i>	1612	15	8
<i>Alberdi</i>	766	8	11
<i>HECA</i>	420	2	6
<i>HSRP</i>	350	9	3

<i>San Martin</i>	158	3	5
<i>Vilela</i>	151	1	...
<i>Las Flores</i>	51	1	...
<i>San Martin</i>	39	3	...
<i>CEMAR</i>	56	12	...
<i>C. Casas</i>	11	...	5
<i>Pasteur</i>	14	1	...
<i>J. Azurduy</i>	14	1
<i>Sur</i>	18	2	...
<i>Mangrullo</i>	7

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Torrones Castillo, Ricardo (2008) “Elementos teóricos para el análisis de la respuesta social al VHI/SIDA en unidades domésticas de hombres que tienen prácticas sexuales con hombres”.- UAM-X.- Maestría en Medicina Social.- Madrid 2008.- España
- 2.- Meccia, Ernesto (2008) “El es esos”.- Tres presuposiciones para un análisis sociológico de la homosexualidad masculina.- EUDEBA.- Buenos Aires.-
- 3.- Cassaya, Isabel (2007).- “Identificación de Conductas y Prácticas en Relación al VHI/SIDA en la población HSH en Ocho departamentos de Nicaragua” Nicaragua.-
- 4.- López, Sara Barón (2008).- “Estudio Social en Hombres que tienen relaciones con Hombres HSH” Relevamiento 2007.- Buenos Aires.- Argentina
- 5.- Boletín Epidemiológico Municipalidad de Rosario.- Año 10.- 2008.-
- 6.- Boletín Epidemiológico sobre HIV/SIDA en la Argentina.- Ministerio de Salud de la Nación.- Año IV.- Agosto de 2008.-
- 7.- Garcia Areche, Andres (2008).- “Estudio Nacional sobre la situación social de la situación de la personas viviendo con HIV en la República Argentina” UBATEC S.A. Buenos Aires.- Argentina
- 8.- Pecheny, Mario (2008).- “Estudio Argentino sobre la transmisión del VIH en Argentina” UBATEC S.A. Buenos Aires.- Argentina.-
- 9.- De Braz, Camilo (2008).- “Men only: miradas antropológicas sobre clubes de sexo para hombres en Sao Pablo/Brasil”.- Estudios de Género (PAGU) Universidad Nacional de Campinas.- Brasil.-

10.- Cáceres, Carlos F (2008).- “SIDA y sexo entre hombres en América Latina”
Universidad Peruana Cayetano Heredia.- ONUSIDA.- (2008)