

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

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN UNESCO/ONUSIDA

**LOS ENFOQUES CULTURALES QUE GUIAN  
LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA  
EN EL GRAN BUENOS AIRES**

**UN ESTUDIO DE SITUACIÓN**

*Mabel Bianco – Laura Pagani  
Maria Ines Re – Cecilia Correa*

**Estudios e Informes Serie especial, No. 18  
División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural**

**UNESCO, 2003**

*Las opiniones expuestas en este documento son las de los autores, y no reflejan necesariamente las de la UNESCO.*

*( CLT – 2003 / WS / 04 )*

# ***Índice***

<b>Siglas</b>	<b>iii</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b><i>Primera Parte</i></b>	<b>3</b>
<b>1. Características generales del Gran Buenos Aires</b>	<b>3</b>
1.1 La situación sociodemográfica	3
1.2 Las cifras del VIH/SIDA en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires	5
<b>2. Las dimensiones culturales de la epidemia</b>	<b>16</b>
2.1 Enfoques culturales que guían las estrategias de prevención de VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires	18
2.2 La sexualidad como construcción social	19
2.3 La religión	25
2.4 El trabajo sexual en situación de pobreza	29
2.5 Hombres que tienen sexo con hombres	31
2.6 Los aspectos de género y reproducción en las mujeres	34
2.7 Los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA	38
2.8 Migrantes y VIH/SIDA	42
<b><i>Segunda Parte</i></b>	<b>45</b>
<b>3. La respuesta gubernamental</b>	<b>45</b>
3.1 Primera etapa (1982 – 1989)	45
3.2 Segunda etapa (1990 – 1999)	45
3.3 Tercera etapa (2000 – 2001)	47
3.4 Cuarta etapa (2000 - )	48
<b>4. El papel de las organizaciones no gubernamentales</b>	<b>50</b>
<b>5. Comentarios finales</b>	<b>54</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>57</b>

<b>Anexos</b>		<b>61</b>
<b>Anexo 1</b>	Metodología	<b>63</b>
<b>Anexo 2</b>	Personas entrevistadas	<b>67</b>
<b>Anexo 3</b>	Biografía de las investigadoras	<b>69</b>

## **Siglas**

<b>ANM</b>	Academia Nacional de Medicina
<b>ETS</b>	Enfermedades Transmitidas Sexualmente
<b>FEIM</b>	Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer
<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con Hombres
<b>INDEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censo
<b>LUSIDA</b>	Proyecto de Lucha contra el SIDA
<b>MARV</b>	Medicamentos Antiretrovirales
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PVVS</b>	Personas Viviendo con el Virus del SIDA
<b>SEDRONAR</b>	Secretaría de Drogas de la Nación
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SIEMPRO</b>	Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (Ministerio de desarrollo Social y Medio Ambiente)
<b>UDI</b>	Uso de Droga Intravenosa
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## Introducción

La experiencia acumulada a lo largo de las dos últimas décadas ha puesto claramente en evidencia que la epidemia del VIH/SIDA no concierne únicamente al sector médico, pues constituye un complejo problema en el que convergen la cultura y los problemas sociales y económicos de las poblaciones afectadas. Con este convencimiento, y gracias a una iniciativa de la UNESCO, en mayo de 1998 surgió el programa conjunto UNESCO/ONUSIDA « *Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención del VIH/SIDA* », orientado específicamente a *estimular la reflexión y las acciones para comprender y movilizar los factores culturales capaces de ayudar en la lucha contra la epidemia.*

El presente documento se inscribe plenamente en el marco conceptual de esa iniciativa, y da a conocer los hallazgos de la investigación “*Estrategias y Programas de Prevención del VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires*” desarrollada por la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), como parte del mencionado programa conjunto UNESCO/ONUSIDA. La investigación estuvo especialmente orientada a estudiar los factores culturales y su influencia e impacto en la epidemia así como en las estrategias y programas de prevención y a la respuesta social y gubernamental. Se identificaron aspectos sociales y culturales de la población de un gran conglomerado urbano como el Gran Buenos Aires, como determinantes de la epidemia y su evolución, así como recursos para la prevención y el cuidado/atención de las personas que viven con el VIH/SIDA y los afectados por la epidemia.

En términos relativos, los países de América Latina no presentan una incidencia tan elevada como otros países pobres de África y Asia. Las tasas de incidencia y prevalencia han aumentado y continúan haciéndolo en todos los países de la región, generando una situación de alta vulnerabilidad, que, sumada a los problemas económicos y sociales existentes, puede empezar a impactar negativamente en los niveles de desarrollo, como se observó en África. Ante esta situación, es necesario atender y monitorear el comportamiento de la epidemia en la Región a fin de desarrollar respuestas más eficaces. Para ello es indispensable una clara vocación política para que la ventaja comparativa de América Latina no se convierta en un obstáculo, sino en un estímulo para desarrollar políticas de prevención y atención adecuadas.

En ese contexto, Argentina es actualmente un país con una epidemia del VIH/SIDA importante que continúa creciendo. Hasta principios del 2000 existía por parte del gobierno una tendencia a minimizarla. Tendencia que también se observa en muchos gobiernos del mundo, que creen que reconocer la importancia y magnitud de la epidemia en sus países, los afecta políticamente. El grado de estigmatización que aún persiste alrededor de las personas afectadas y viviendo con VIH/SIDA es muy alto y contribuye a aumentar la vulnerabilidad.

El estudio y la investigación de los factores determinantes, las estrategias y los programas de prevención del VIH/SIDA en cada país de la región es una contribución para aportar líneas de acción tendientes a superar antiguos y comunes problemas y obstáculos y a maximizar las ventajas en la lucha por controlar la epidemia. El VIH/SIDA es aún una epidemia principalmente urbana. La investigación en el Gran Buenos Aires, una metrópolis, permitió identificar especificidades de la determinación de la epidemia y su respuesta que pueden extrapolarse a otras grandes ciudades de Argentina y de América Latina.

Es esa preocupación la que guió esta investigación y la que nos compromete aún más a lograr la comprensión de todos los actores involucrados: gobiernos, decisores políticos, funcionarios, organizaciones de la sociedad civil, grupos de personas que viven con VIH/SIDA y/o afectadas por la epidemia, quienes trabajan con ellas, y la sociedad en su conjunto.

## **Primera Parte**

### **1. Características sociopolíticas del Gran Buenos Aires**

La República Argentina está situada en el extremo sur de América del Sur. Limita al Norte con Bolivia y Paraguay; el Oeste con Chile y al Este con Uruguay y Brasil. Es un país federal, consta de 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cada provincia tiene su propia constitución y gobierno, cuenta con recaudación económica propia, pero también recibe partidas presupuestarias del Gobierno Nacional y cuotas de coparticipación federal. La atención de la salud es responsabilidad de las provincias no delegada al Gobierno Nacional.

Es un país esencialmente productor de materias primas, con un desarrollo industrial que se vio fuertemente afectado en las últimas décadas por las políticas de globalización y liberalización del comercio internacional implementadas.

#### **1.1 La situación sociodemográfica**

Según el último Censo Nacional realizado en el 2001<sup>1</sup> la población total del país es de 36.223.947 millones de habitantes, con una distribución por sexo de 48.7% varones y 51.2% mujeres. El área metropolitana, llamada Gran Buenos Aires, compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, concentra más de un tercio de la población total del país: 11.453.725 millones de personas, de estos 2.768.772 habitantes corresponden a la Ciudad de Buenos Aires. La provincia más poblada es la de Buenos Aires con el 38.1% de la población total del país y luego en bastante menor escala siguen las provincias de Santa Fe, Córdoba y Mendoza. El área metropolitana o Gran Buenos Aires concentra el desarrollo industrial del país. A fines del siglo XIX y principios del XX recibió contingentes de migrantes, especialmente de Europa. Desde mediados del siglo XX la principal inmigración fue de los países limítrofes y del interior del país, creciendo rápidamente y constituyendo una megalópolis. Desde mediados del siglo XX crece el desarrollo industrial del país que se concentra en el Gran Buenos Aires. Esto produjo un crecimiento de la clase media y con altos niveles de escolaridad de su población, incluso de una alta proporción de profesionales.

El proceso de globalización iniciado en los 1970, se acelera y profundiza desde 1990 cuando se adoptan medidas de Ajuste Estructural y liberalización irrestricta de los mercados con el consiguiente deterioro de la industria. A partir de 1995 se evidencia una profunda recesión económica, que se reagudizó en 1999 y más marcadamente desde fines del 2001.

El Gran Buenos Aires se caracterizó por la asimilación de diferentes pautas culturales desde fines del siglo XIX debido a los grandes contingentes migratorios, primero de Europa y luego de los países limítrofes y del interior del país. Los principios sociopolíticos característicos de igualdad de acceso gratuito a la educación incluida la terciaria y universitaria, así como a los servicios públicos de atención de la salud y la seguridad social,

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina. Resultados Provisionales Censo 2001.



bruscamente a partir de 1990 se cambian por un rápido proceso de privatización y de polarización de la distribución de la riqueza, que acentúa y agrava un proceso iniciado desde los 70. Se empobrecen los sectores medios y bajos y se concentra la riqueza en el 20% más rico de la población.

Según datos de la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) en mayo y octubre de cada año en las principales ciudades del país, en mayo del 2001 el 35.9% de la población (equivalente a 12.9 millones de personas) era pobre. En mayo 2002 esta población ascendió al 53% (19 millones de personas). Nunca antes en tan corto tiempo se registró un aumento de la pobreza tan acelerado como en el último año. La distribución de la pobreza no es uniforme en todo el país, mientras que en la región noreste: la ciudad de Formosa (Provincia de Formosa) es la con mayor nivel de pobreza ( 78.3 %), le siguen Concordia (Provincia De Entre Ríos) con el 71,7% y Posadas (Provincia de Misiones) con el 69,1%. En el conurbano bonaerense en la Provincia de Buenos Aires en los partidos de Florencio Varela, Moreno, Merlo, Tigre y La Matanza la pobreza alcanza al 69,9%, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires solo el 19,8% de su población vive en situación de pobreza, éste es el distrito con el menor nivel de pobreza de todo el país.

La fuerte caída del PBI – 10.7% en el cuarto trimestre de 2001 y el 16.3% en el primer trimestre de 2002 – tuvo importantes secuelas sobre el empleo y el ingreso de la población. En el Gran Buenos Aires, la incidencia de la pobreza y de la indigencia continúa aumentando. Actualmente la mitad de la población se encuentra en situación de pobreza y el 23% vive en la indigencia<sup>2</sup>.

Según el SIEMPRO: Sistema de Información Monitoreo y Evaluación de Programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, en todo el país viven 12.5 millones de personas menores de 18 años. El 69.2% (8.6 millones de chicos) son pobres y viven en 3.3 millones de hogares pobres. En el Gran Buenos Aires el 56,6% de las personas menores de 18 años viven en hogares pobres, de los cuales casi la mitad, el 26% viven en la indigencia. Los hogares con niños y adolescentes son los más castigados por el incremento de la pobreza y la indigencia. La situación es mucho más crítica en las áreas más periféricas del conurbano, donde el 73,7% de los hogares con personas menores de 18 años son pobres y el 37,2% indigentes. En el cordón más pobre del conurbano ocho niños de cada diez son pobres y casi cinco viven en la extrema pobreza o indigencia. En ciertas zonas del Gran Buenos Aires y en el norte del país (Salta, Jujuy, Chaco y Misiones) la proporción se eleva a 8 de cada 10 personas menores de 18 años y los indigentes trepan a casi cinco<sup>3</sup>. Cuatro millones de los 5.7 millones de niños/as no pueden acceder a la canasta básica de alimentos y servicios, mientras que los/as subalimentados y sumidos en la indigencia suman 2.1 millones. Según SIEMPRO, en agosto del 2002, más del 15% (6.748.641) de los/as jóvenes de 15 a 24 años no estudiaba ni trabajaba. Casi el 75% de los/as jóvenes de hogares pobres transitaban o está transitando la educación secundaria. No obstante las expectativas sobre su futuro laboral son inciertas. La tasa de escolarización aún es alta en el Gran Buenos Aires, incluso en los sectores pobres. La

---

2 SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales), Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Situación social, setiembre 2002.

3 SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales), Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Situación social, agosto 2002.

entrada a la pobreza de los sectores medios influye en las altas tasas de escolarización de la población pobre. Sólo una cuarta parte de los jefes de hogares pobres no han completado la educación primaria, mientras que el 33% de los jefes pobres han cursado algún tramo de la educación secundaria.

La falta de ingresos básicos se complementa con otros datos tanto o más impactantes porque "la inserción laboral de los miembros de los hogares pobres es sumamente precaria"<sup>4</sup> En el 20% de los hogares pobres ninguno de sus integrantes trabaja ni cuentan con protección laboral. Tres de cada cuatro hogares pobres no tiene ningún trabajador con cobertura social o sea cobertura de la seguridad social. A esto se agrega que los planes sociales están focalizados en los jefes de hogar con lo que los niños y jóvenes no reciben ningún tipo de asistencia, mientras que la que reciben sus padres no alcanza para combatir la indigencia.

La violencia doméstica, incluida la sexual, también aumentó y es hoy un grave problema social y de salud, si bien no se cuenta con cifras oficiales, impacta de manera diferencial en las niñas, adolescentes y mujeres pobres, ya que en la mayoría de los casos el agresor está vinculado al hogar y muchas veces es el principal soporte económico.

La profunda crisis económica y social afectó a las familias que en muchos casos se desestabilizaron por la pérdida de la vivienda; la separación de cónyuges y/o de sus hijos/as; el aumento del trabajo sexual principalmente de mujeres jóvenes, adolescentes y niñas y niños; la delincuencia y el consumo de alcohol y drogas asociado al trabajo sexual y la delincuencia. Todo esto tiene un impacto en la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA especialmente de jóvenes y adolescentes de ambos sexos. Por otra parte el sistema de atención de la salud y educación público se ve afectado por la crisis y por tanto sus respuestas son más inadecuadas e insuficientes, agravando la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

Actualmente es fundamental incorporar un enfoque integral frente al VIH/SIDA, ya que la mera limitación al enfoque médico-asistencial es totalmente ineficiente. En el acceso al cuidado y atención hoy es tan importante el acceso a la alimentación y a la vivienda, como a los medicamentos. También en términos de prevención el acceso a ingresos económicos mínimos que superen la indigencia y la pobreza, junto a la información y provisión de métodos de prevención como el preservativo y los programas de reducción de daños para usuarios/as de drogas endovenosas son imprescindibles e inseparables.

## **1.2 Las cifras del VIH/SIDA en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires**

Las primeras personas enfermas de SIDA en Argentina fueron diagnosticadas en la Ciudad de Buenos Aires en 1982. En el comienzo el crecimiento de la epidemia fue lento, pero ya en los primeros años de la década de los 90 se produce un rápido y sostenido incremento en la incidencia y prevalencia en todo el país. El número total de enfermos/as notificados en el país desde el comienzo de la epidemia hasta el 31 de diciembre del 2001 ascendía a 21.251, de los cuales 15.572 eran varones, 4.057 mujeres y 1.487 niños menores de

---

4 Cf. Diario *Clarín*, 7 de agosto 2002.

13 años<sup>5</sup>. Por el retraso de la notificación debido a demoras en el envío de las mismas a esa fecha se estimaba el número de enfermos en 23.700. Datos provisorios a mayo 2001 refieren 21.865 enfermos notificados y estiman por el retraso ascienden a 25.411.

<b>Tendencia anual de los enfermos de SIDA según año de diagnóstico. Argentina 1982-2002</b>			
<b>Año</b>	<b>Casos Notificados</b>	<b>Casos Estimados **</b>	<b>Tasa de Incidencia por millón de habitantes ***</b>
1982	3	3	0.10
1983	4	4	0.13
1984	8	7	0.23
1985	28	28	0.92
1986	39	39	1.22
1987	93	93	2.95
1988	204	204	6.37
1989	300	306	9.36
1990	504	509	15.46
1991	745	750	22.60
1992	1137	1149	34.07
1993	1493	1513	44.20
1994	2227	2271	65.15
1995	2248	2313	64.66
1996	2771	2876	78.68
1997	2520	2677	70.64
1998	2187	2417	60.54
1999	1918	2296	52.44
2000 *	1883	2252	50.85
2001 *	1358	1984	37.49
2002 *	195	1720	
<b>TOTAL</b>	<b>21.865</b>	<b>25.411</b>	

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH/SIDA – Ministerio de Salud de la Nación. Anuario Estadístico de la República Argentina 2001. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo. Ministerio de Economía de la Nación).

\* Datos provisorios al 31 de mayo de 2002.

\*\* Son el resultado de la estimación realizada mediante el cálculo del retraso en la notificación por el Programa Informático Moucho 1.0.

\*\*\* Las Tasas de incidencia se calcularon con los casos notificados y los datos de población según del Anuario Estadístico de la República Argentina 2001. INDEC. Buenos Aires, Argentina. Año 2001 y los resultados del Censo 2001 del INDEC.

5 Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año IX, Nro. 21, Marzo 2002.

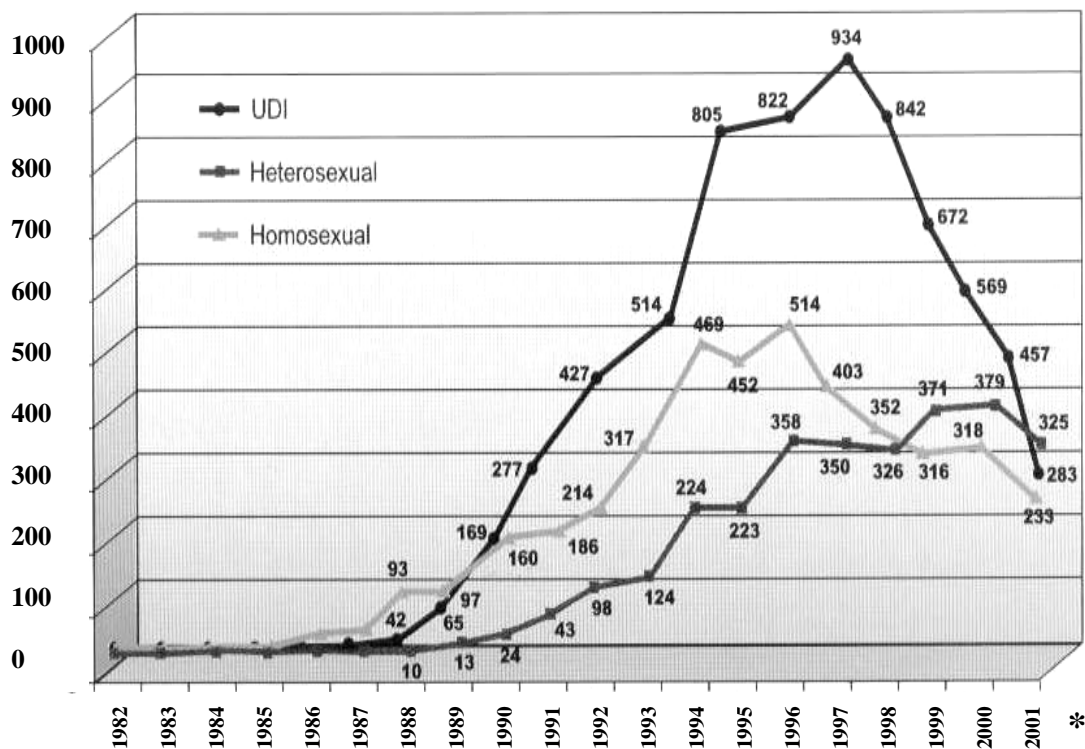
Si bien todas las provincias – la Argentina se divide en 23 provincias y un distrito autónomo: la Ciudad de Buenos Aires que es la capital del país – han informado la existencia de personas viviendo con SIDA, **las áreas de mayor concentración de personas enfermas de SIDA son: la Ciudad de Buenos Aires**, y las Provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza. La epidemia en Argentina es fundamentalmente urbana, aunque se observa que se extiende progresivamente a localidades rurales.

Si se considera la **distribución por sexos** en todo el país, el 76,8% de las personas enfermas eran varones y el 22,6% mujeres. En el 2002 esto varió al 73% de los enfermos correspondían a varones y el 27% a mujeres. La razón hombre/mujer en Diciembre 2001 era 2,8:1 este es el menor valor desde el comienzo de la epidemia, indicando el mayor crecimiento de enfermos en el sexo femenino. Los niños menores de 13 años corresponden al 7% del total de enfermos, de ellos más del 90% corresponde a transmisión madre/hijo.

En cuanto a la distribución de personas enfermas **por grupos de edad**, las más afectadas corresponden al grupo de 25 a 34 años. La mediana de edad según sexo fue de 28 años en las mujeres y 31 años en los varones a Diciembre 2001. El 56,8% de las mujeres enfermas tenían menos de 30 años de edad, mientras que este porcentaje fue del 40,3% entre los varones. Las mujeres se enferman a edades menores que los varones, indicando esto la precocidad en la edad de infección entre ellas. Estudios recientes indican que en los últimos años se observa un aumento de personas enfermas en los mayores de 50 años, con una especial tendencia al incremento en las mujeres.

Respecto a las **vías de transmisión** en las personas mayores de 12 años, la predominante es la sexual (53,4% del total). La transmisión heterosexual ha aumentado en ambos sexos, predominando en las mujeres, en las cuales, el 64,2% corresponde a esta vía de transmisión. De los hombres el 17,9% se infectó por relaciones heterosexuales y el 32,9% por relaciones con otros hombres (lo que se denomina técnicamente HSH: hombres que tienen sexo con hombres). La transmisión por uso de droga endovenosa (UDI) es elevada en Argentina, el 40,5% de los mayores de 12 años se infectó por esta vía. Entre los varones asciende al 43,4% y en las mujeres corresponde al 29,0%, con una franca tendencia a disminuir entre estas últimas, especialmente en los últimos años.

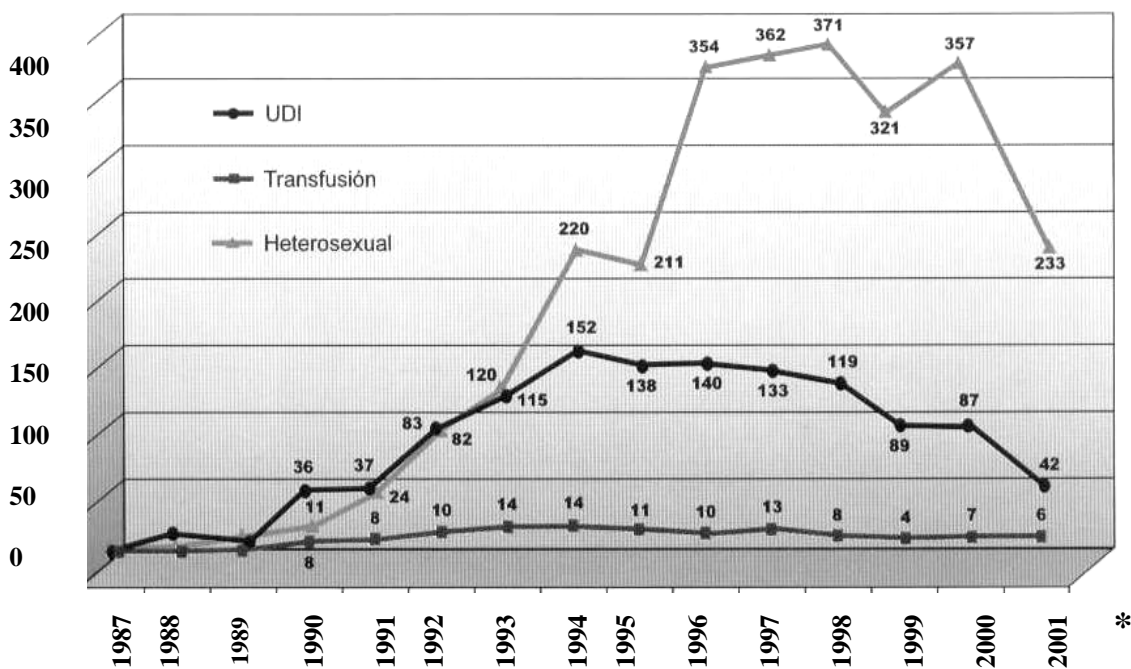
## Evolución de los enfermos de SIDA notificados masculinos mayores de 12 años según vía de transmisión Argentina 1982- 2001



Fuente : Programa Nacional de Lucha contra RH/Sida. Ministerio de Salud de la Nación.

\* Datos provisorios al 31 de mayo de 2002

## Evolución de las mujeres enfermas de SIDA notificadas mayores de 12 años según vía de transmisión Argentina 1982 - 2001

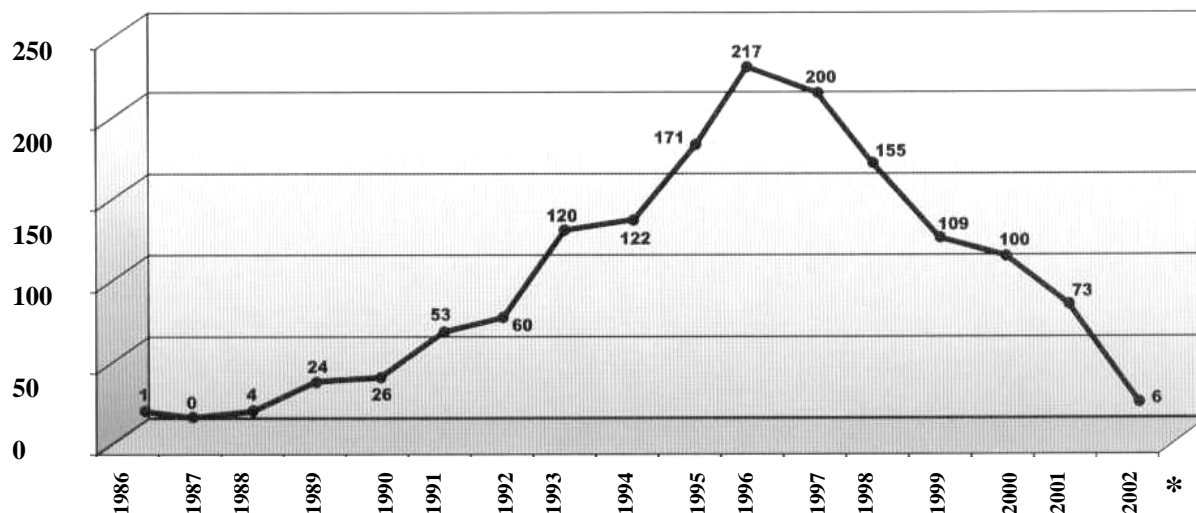


Fuente : Programa Nacional de Lucha contra RH/Sida. Ministerio de Salud de la Nación.

\* Datos provisorios al 31 de mayo de 2002

La transmisión madre/hijo es responsable de la infección del 96% de los niños menores de 13 años registrados. La curva de personas enfermas de SIDA menores de 13 años notificados evidencia su pico en 1996, iniciando un descenso en 1997, que puede atribuirse a que se iniciaron los tratamientos antirretrovirales combinados y a la aplicación de la norma nacional de prevención de transmisión perinatal sancionada en 1997. La caída más franca en el 2000-2001 se puede asociar a las nuevas políticas de prevención aplicadas a partir del 2000.

## Evolución de los enfermos de Sida notificados menores de 13 años por transmisión perinatal, Argentina 1986- 2002



Fuente : Programa Nacional de Lucha contra RH/Sida. Ministerio de Salud de la Nación.

\* Datos provisorios al 31 de mayo de 2002

Respecto al **nivel de educación**, las mujeres y los hombres enfermos por uso de droga endovenosa tienen menor escolaridad que los hombres infectados por otra vía de transmisión. El nivel de escolaridad es considerado un indicador del nivel socioeconómico, las mujeres y los hombres infectados por consumo de drogas endovenosas corresponden a los sectores más pobres y marginados de la sociedad.

En junio del 2001 se inició en el Ministerio de Salud de la Nación el Registro Nacional de Personas Infectadas por VIH, a nivel de todo el país. En base al mismo al 31 de diciembre del 2001 se notificaron solo 3.840 enfermos, en mayo 2002 aumentó a 4403 infectados. Sin embargo los estudios realizados permiten estimar a esa fecha existían 140.000 personas infectadas, la mayoría de las cuales desconocen su condición o aún no han sido incorporadas al Registro. Dichas estimaciones mejoraron sensiblemente desde 1999 a partir del establecimiento de sitios centinela en sectores de población especiales. Entre el 2000 y el 2001 estos sitios centinelas aumentaron en un 400%, lo que mejoró la capacidad de estimación así como la oferta de testeo voluntario y confidencial. La implementación de estos sitios centinela permite estudiar la evolución de la prevalencia del VIH en poblaciones especiales, como mujeres embarazadas, donantes de sangre, personas privadas de la libertad, usuarios/as de drogas endovenosas y otras. Si bien todavía en algunos grupos como los/as usuarios/as de drogas endovenosas las cifras de personas estudiadas aún son bajas, se observa una disminución en el 2001 en los donantes de sangre que decrecen ininterrumpidamente desde 1998.

## Evolución de la prevalencia de VIH en poblaciones seleccionadas. Argentina, 1998-2001

Tipo población	1998		1999		2000		2001	
	N	Prev	N	Prev.	N	Prev.	N	Prev.
Embarazadas	<b>44480</b>	0.63	<b>101967</b>	0.53	<b>167373</b>	0.61	<b>185423</b>	0.45
Consultantes ETS	<b>1663</b>	4.03	<b>3136</b>	5.71	<b>5327</b>	4.19	<b>9860</b>	4.13
Voluntarios	<b>20319</b>	6.86	<b>17509</b>	4.27	<b>53097</b>	3.12	<b>20127</b>	2.60
Cárceles	<b>4214</b>	17.56	<b>6457</b>	16.31	<b>4550</b>	19.49	<b>4467</b>	16.80
Ingresantes FFAA	<b>3343</b>	0.09	<b>9434</b>	0.03	<b>2113</b>	0.05	<b>11067</b>	0.09
Donantes sangre	<b>210400</b>	0.22	<b>265124</b>	0.19	<b>218805</b>	0.13	<b>227740</b>	0.12
Trabajo sexual	<b>487</b>	1.64	<b>57</b>	0	<b>594</b>	2.02	<b>620</b>	1.93
Adictos a drogas	<b>180</b>	18.89	<b>420</b>	2.86	<b>553</b>	19.17	<b>701</b>	7.70

Fuente : Programa Nacional de Lucha contra RH/Sida. Ministerio de Salud de la Nación.

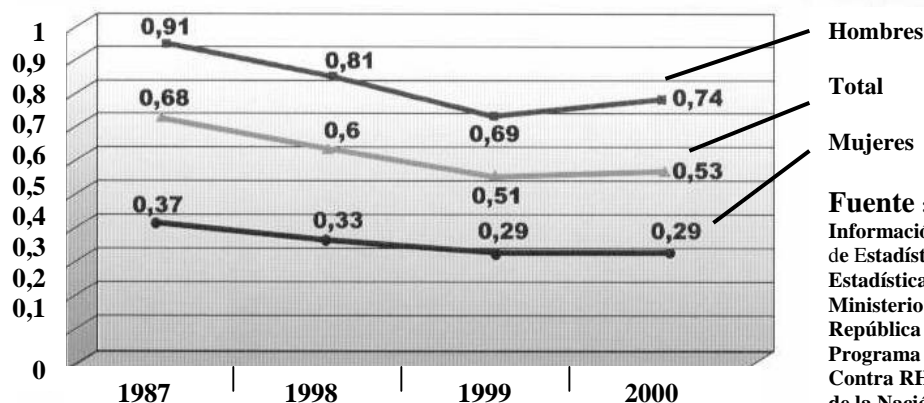
En cuanto a la **prevalencia del VIH en poblaciones especiales** en base a los sitios centinelas, en todo el país la mayor tasa en el 2001 corresponde a la población en cárceles 16,8%, consultantes a ETS 4,13; voluntarios 2,60; trabajadoras sexuales 1,93; mujeres embarazadas 0,45; donantes de sangre 0,12 e ingresantes a fuerzas armadas 0,09.

En la Ciudad de Buenos Aires se estudian la mayoría de estas poblaciones excepto la carcelaria. Los datos a fines del 2001 eran: población homosexual 12,98%; consultantes por ETS 4,17%; trabajadoras sexuales 2,92%; testeo voluntario 2,83%; embarazadas 1,06% y donantes de sangre 0,24%. **Cabe señalar que en todos los grupos de población estudiados, los valores en la Ciudad de Buenos Aires son más elevados que en el total del país, indicando la mayor vulnerabilidad de su población y la mayor incidencia del VIH/SIDA en la Ciudad.**

Con respecto a la **mortalidad por SIDA**, si bien por la Ley Nacional de SIDA (N° 23798) exige la obligatoriedad de notificar las muertes al Registro Nacional en 48 horas, esto no se cumple. Los datos de mortalidad disponibles provienen del Registro Nacional de defunciones del Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud. Entre 1990 y el 2000 ocurrieron 13675 muertes por SIDA. A partir de 1997 disminuye el número absoluto de estas muertes, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires, en las Provincias de Buenos Aires y de Santa Fe, hecho que debe atribuirse a la mayor cobertura con tratamiento antirretroviral. En el 2000 se registró un pequeño aumento respecto al 1999, principalmente en los varones, pero este no es estadísticamente significativo.



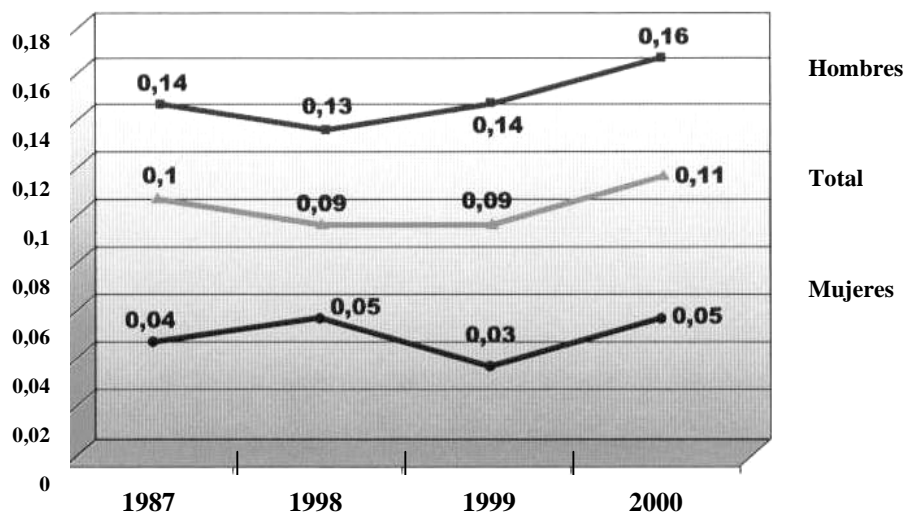
### Proporción de defunciones por VIH/SIDA en Argentina 1997-2000



Fuente : Estadísticas Vitales, Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Buenos Aires, República Argentina. Programa Nacional de Lucha Contra RH/Sida. Ministerio de Salud de la Nación.

Las defunciones por VIH/SIDA en personas mayores de 45 años a partir de 1997 evidencian un aumento en mujeres y varones.

### Proporción de defunciones por VIH/SIDA en mayores de 45 años. Argentina 1997-2000



Fuente : Estadísticas Vitales, Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud. Buenos Aires, República Argentina. Programa Nacional de Lucha Contra RH/Sida. Ministerio de Salud de la Nación.

Entre 1994 y 1996 se produjo un incremento de la mortalidad. A partir de 1997 empezó a disminuir bajando de 14 por 100.000 a 9 por 100.000, disminución que se registra en ambos sexos pero más en los varones que en las mujeres. **El SIDA es la principal causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad desde 1997 en hombres y mujeres en la Ciudad de Buenos Aires.**

**Las personas viviendo con SIDA notificadas a la Dirección General de SIDA del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de marzo de 2002 ascendía a 6.253<sup>6</sup>.** Debe considerarse que esta cifra surge de la acumulación de personas enfermas desde el comienzo de la epidemia, por lo tanto, muchas de estas personas ya han fallecido. Además se debe tener en cuenta que existe retraso en la notificación de nuevos enfermos/as de SIDA al Registro, así como un subregistro de casos, especialmente de personas atendidas en el sector privado y de la seguridad social, si bien este subregistro disminuyó desde mayo del 2000 cuando se estableció la obligación de las agencias de la seguridad social de notificar las personas atendidas para cobrar los subsidios que otorga el Ministerio de Salud a través de un fondo compensatorio. Por tanto el número de personas enfermas estimado es mayor al notificado.

**El curso de la epidemia en la Ciudad de Buenos Aires fue similar al del país.** Con una evolución relativamente lenta en la década de los 80, a partir de 1990 se observa un crecimiento rápido y sostenido con un pico en la incidencia en 1996. Esto se debió a la incorporación de la tuberculosis, la neumonía a repetición y el cáncer de cuello uterino como enfermedades marcadoras para el SIDA. A partir de 1997 se produce una disminución del número de personas enfermas, esto tal vez debido a que el Ministerio de Salud de la Nación universalizó la provisión gratuita del tratamiento antirretroviral combinado, por tanto las personas infectadas sin síntomas persisten sin enfermar.

La **distribución de personas enfermas según sexo** se fue modificando a través de los años. La primera enferma de SIDA en la Ciudad de Buenos Aires se registró en 1988, con una razón hombres/mujeres enfermas de 83:1 ese año, para descender en sólo 4 años a 5,2:1. En los últimos años esta razón en la Ciudad de Buenos Aires se mantiene entre 3 hombres por cada mujer, en marzo 2002 descendió a 2,7:1 entre los residentes. Así observamos que **en los primeros seis años de la década de los 90 el aumento de enfermos varones fue de 445%, mientras que entre las mujeres fue de 1208%.**

La mediana de edad de las personas enfermas (marzo 2002) es de 33 años para los hombres residentes, teniendo el 75% menos de 38 años. Entre las mujeres la mediana es de 29 años, teniendo el 75% menos de 35 años y el 25% menos de 26 años. **Entre los hombres el grupo de edad más afectado por la epidemia es el que tiene entre 30 y 34 años, y en las mujeres es el de 25 a 29 años.** Teniendo en cuenta que en general la infección por el VIH se produce 8 a 10 años antes de la aparición de la enfermedad, las mujeres se infectan y enferman a edades más tempranas que los hombres.

**En cuanto a las vías de transmisión predomina la sexual** con el 55% de las personas enfermas, compuesto por el 20,7% por vía heterosexual y el 34,30% por HSH. En los varones el 43,6% se infectó por HSH y el 16,0% por relaciones heterosexuales, mientras que en las mujeres el 59,5% se infectó por relaciones heterosexuales registrando una tendencia ascendente esta vía de transmisión. La vía heterosexual en los varones aumentó del 16% en 1997 al 30% en el 2001. El 37% de las personas enfermas se infectó por UDI,

---

<sup>6</sup> *Infosida* Nro. 1, Diciembre 2001; *Infosida* Nro. 2, Julio 2002. Publicación de la Dirección General de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

representando en los varones al 39,5% y en las mujeres el 34,6%. Al igual que en el resto del país, la transmisión por esta vía en las mujeres está en disminución.

**La transmisión madre/hijo corresponde al 4,4% de los enfermos, cifra inferior a la total del país.** Esto puede deberse a un mejor diagnóstico del VIH en las mujeres embarazadas y el tratamiento preventivo con la consiguiente disminución de la transmisión madre/hijo. Recordemos que desde Noviembre de 1997 se aprobó la norma de prevención de la transmisión madre/hijo en todo el país y la provisión de AZT a las mujeres embarazadas testeadas que resultan positivas. Norma que, ya con anterioridad, se aplicaba en algunos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires

Es importante destacar que los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires atienden a gran cantidad de población que vive en el conurbano bonaerense, es decir en la Provincia de Buenos Aires. Esto se debe a que los hospitales públicos de la Ciudad están mejor equipados, hay más especialistas, y tienen mayor cantidad de insumos para la asistencia. Otro factor importante es la discriminación y estigmatización que sufren las personas viviendo con VIH/SIDA en sus localidades, por lo que se trasladan para ser atendidas en la Ciudad de Buenos Aires para lograr mayor anonimato y privacidad. Estas situaciones constituyen algunos de los motivos de que **las personas asistidas en la Ciudad de Buenos Aires sean diferentes en sus características demográficas, sociales, económicas y culturales a las del resto del país**, marcando un grado de heterogeneidad que influye en la evolución de la epidemia en las zonas y subzonas de la Ciudad. Es por ello que, para obtener un perfil más preciso de la epidemia en la Ciudad, se hace necesario distinguir entre residentes y no residentes.

**De las 10.754 personas enfermas de SIDA registrados en la Ciudad de Buenos Aires, el 58,4% (6.253 personas) residen en la Ciudad, el resto proviene del conurbano bonaerense.** Analizando la evolución de la demanda de consultas en el tiempo, se observa que las personas que residen en el ámbito de la Ciudad fue disminuyendo, mientras que aumenta proporcionalmente el número de personas provenientes del Gran Buenos. Hasta 1990 el 65% de las personas enfermas de SIDA habitaban en la Ciudad, a partir de ese momento el porcentaje fue disminuyendo hasta que actualmente solo el 43% de las personas atendidas residen en la Ciudad. En los últimos dos años esto se ha intensificado por la precarización de la atención en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires a diferencia de la Ciudad de Buenos Aires, donde todavía es más satisfactoria la calidad de atención y la provisión de insumos.

Merece destacarse **el aumento de centros de salud que atienden a personas viviendo con VIH/SIDA:** mientras al comienzo de la epidemia la atención se concentraba en dos hospitales especializados, en el 2002 se distribuyen en 21 hospitales de los 33 existentes en la Ciudad de Buenos Aires. En cuanto al lugar de atención, del total de personas enfermas notificados, el 79% se atiende en hospitales públicos y el 21% lo hace en servicios de la Seguridad Social y/o privados.

Si se sectoriza la Ciudad, se observa que el 49% de los enfermos notificados provienen de los hospitales especializados y monovalentes, el 8,8% de hospitales pediátricos, el resto se distribuye 20,5% en zona norte, 10,3% zona centro y 12% zona sur.

La razón hombre/mujer en esta división es mayor en los especializados 5,6:1, ello debido al peso del Hospital Muñiz, hospital de enfermedades infecciosas que inició la atención al comienzo de la epidemia, cuando la misma era predominantemente masculina. Esta razón disminuye de la zona norte a la sur: 4,3, 3 y 2,4 respectivamente.

En cuanto a las vías de transmisión, las personas UDI predominan en los hospitales especializados 51%, en la zona sur 49%, mientras en la zona centro predominan los UDI y se registra la mayor proporción de transmisión heterosexual. En la zona norte predominan los HSH. La distribución de enfermos según escolaridad indica que la mayor proporción de los que completaron la secundaria o más, se registra en la zona norte correspondiendo con la mayor proporción de HSH, mientras que en los especializados y zona sur predominan los con primaria incompleta y/o completa, que en general corresponden a UDI y mujeres.

Respecto a las personas bajo tratamiento en la Ciudad de Buenos Aires, en marzo 2002, **se registraban 6.391 pacientes bajo tratamiento antirretroviral en los hospitales de la Ciudad**, el 45% de ellos se concentra en los Hospitales Muñiz y Fernández.

## 2. Dimensiones culturales del VIH/SIDA

La consideración como “enfermedad” del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida no solo implica cuestiones biomédicas, sino fundamentalmente construcciones socioculturales. Toda vez que una condición biológica o psíquica, o un padecimiento humano en general, es definido como “enfermedad”, desencadena la construcción de categorías de juicios que la definen como una desviación de lo normal, un castigo por los pecados o errores cometidos, una consecuencia de ciertas conductas o comportamientos, una fatalidad que no hubiera podido prevenirse de ninguna manera, la simple introducción de un agente patógeno al organismo, o parte de procesos sociales, económicos, políticos y culturales en que algunos sectores de población se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

Los diferentes de significados para construir y abordar el VIH/SIDA coexisten en la sociedad actual, marcando las pautas de las políticas implementadas frente a la epidemia y definiendo las idoneidades y responsabilidades institucionales y sociales para brindar una respuesta a la misma. En la medida en que son interrelacionados y considerados en una acepción amplia e integral, las respuestas serán más adecuadas y efectivas.

El SIDA es una enfermedad cuya diseminación está ligada a prácticas sociales, por tanto desde su origen la epidemia se moldea según los distintos contextos socio-culturales y es producto de ellos mucho más que el resultado de factores biológicos. Según Valentine<sup>7</sup> el concepto de cultura vuelve inteligibles múltiples pautas, presentándolas como sistemas colectivos creados y recreados de continuo por seres que viven una existencia colectiva organizada. Así, cada modo de vida resulta en una contribución humana singular, y a su vez el conjunto de modos de vida se constituye en un elemento de la clase total de los fenómenos culturales. Por lo tanto los factores o pautas culturales resultan de una construcción social que dependen de aspectos y comportamientos de los grupos humanos y las personas, hombres y mujeres así como las circunstancias históricas, políticas y sociales, que rigen las relaciones e interacciones entre las personas<sup>8</sup>.

Parker señala respecto a la epidemia en Brasil, que así como los contextos socio-culturales determinan las características de la epidemia, ellos también condicionan la respuesta que cada sociedad tiene frente a ella<sup>9</sup>. Por eso si bien existen abordajes comunes a todos los países, no se pueden plantear recetas únicas ni universales tanto para los determinantes de la epidemia como para las respuestas frente a ella.

Mundialmente la epidemia surge hacia fines de la década de los 70 y principios de los 1980. Estos son momentos de una relativa apertura frente a lo sexual con una incipiente mayor “visibilidad y aceptabilidad” de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, especialmente entre varones, así como un cambio en las relaciones sexuales entre personas de distinto sexo, principalmente por la separación de las relaciones sexuales de la reproducción.

---

7 Valentine, Ch. *La Cultura de la Pobreza*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970.

8 Mancusi M.I., Faccio C.A. *Antropología Social: Aportes y reflexiones desde América Latina*. Universidad Abierta y a distancia Hernandarias. Editorial Docencia. Módulo II, Unidad 2. Buenos Aires, Argentina. 1991.

9 Parker, R. *A constituição da Solidarida. AIDS, Sexualidade e política no Brasil*. Editorial ABIA-IMS-URI-Relume-Dumbara Editores, 2ª edición. Río de Janeiro, Brasil. 1994.

Esto último ocurrió principalmente como consecuencia de la divulgación del uso de métodos anticonceptivos modernos, fundamentalmente la “píldora”. Estos cambios, que en distinto grado ocurren en todos los países, producen en cada uno según sus características, profundas variaciones sociales y culturales.

Otro cambio social vinculado al comienzo de la epidemia es la diseminación del uso y consumo de drogas ilegales con sus efectos individuales, colectivos y socio-económicos. El aumento de la producción, comercialización y tráfico de drogas que ocurre en las últimas décadas es un fenómeno estrechamente vinculado al desarrollo y evolución de la epidemia de SIDA. También asociados a ella son los cambios en la producción y comercialización de la sangre y sus derivados. Esto que a diferencia de la droga, es mucho menos divulgado entre la población general, es un conocimiento más restringido a sectores específicos, sin embargo tuvo una importante influencia en la epidemia. Todos estos son elementos que actuaron en la aparición y el desarrollo de la epidemia en el mundo y en los distintos países.

Los cambios socio-políticos-culturales en la sexualidad; en la producción y comercialización de derivados de la sangre; el aumento de la producción y por tanto del comercio y consumo de drogas; y la evolución de la concepción de la salud – enfermedad producto del progreso en la investigación y los avances tecnológicos alcanzados por la medicina y la atención médica con la consiguiente medicalización, fueron claves en la determinación de los modos de la epidemia y también en la respuesta social frente a ella. Además de estos determinantes, las características socio-políticas como los sistemas de gobierno de los países: democracias versus autoritarismos; el mayor o menor grado de respeto por los derechos humanos; los niveles de aceptación social de las diferentes opciones y prácticas sexuales; las influencias y características de las distintas religiones en las pautas culturales y las normas sociales; así como sociedades con modelos patriarcales o con mayor equidad de género, también influyeron en la evolución de la epidemia en cada país y en la forma en que se dio respuesta a ella.

A todo esto se agregó el aumento y la promoción de la comunicación incluidos los medios de transporte, los medios masivos comunicación y el acceso a Internet, que, asociados a los intercambios comerciales por el aumento del comercio exterior y la reducción de las barreras producto de la liberalización por efecto de la globalización, produjo un aumento de los intercambios y las migraciones, superando las tradicionales de países vecinos y estimulando las de países distantes. Todo esto implicó un aumento de las posibilidades de intercambio de pautas y valores diferentes, y también de intercambio sexual, lo que a menudo implica un aumento de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

Como señala Altman, “en los primeros desarrollos en relación al VIH/SIDA era posible ver los contornos de una lucha por el control, en la cual los profesionales del área médica, autoridades gubernamentales, comunidades afectadas y fuentes tradicionales de autoridad moral, principalmente las iglesias, competían para ser vistos como los ‘especialistas’ sobre la nueva enfermedad”<sup>10</sup>. Sin embargo, inicialmente predominó el enfoque biológico-médico en el estudio y explicación de la epidemia del VIH/SIDA, por eso

---

10 Altman, D. *Poder e comunidade. Respostas organizacionais y culturais à AIDS*. ABIA/IMS – UERJ/Relume Dumará. Río de Janeiro, Brasil. 1995.

en esa época los factores socio-políticos-culturales no fueron totalmente reconocidos ni valorados en la descripción y evaluación de la epidemia. A medida que se avanzó en el conocimiento de la misma, se privilegiaron los contextos socio-culturales y esos determinantes se fueron afianzando, particularmente a partir de los 1990. Como señala Parker “la atención en la investigación de la epidemia debe ponerse no solo en la frecuencia conductual , sino en los sistemas culturales en los que la conducta adquiere significado”<sup>11</sup>. Estos sistemas dan origen a respuestas culturales frente a la epidemia, por medio de las cuales “la existencia del VIH/SIDA se convirtió en un importante símbolo cultural al final del siglo XX, ejerciendo impacto directo en la manera como imaginamos las interconexiones entre sexualidad, comunidad humana y muerte”<sup>12</sup>.

## **2.1 Enfoques culturales que guían las estrategias de prevención de VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires**

El análisis bibliográfico y el marco conceptual de esta investigación aportó elementos para ubicar los principales factores a considerar así como sus interacciones. Esto orientó a profundizar en las entrevistas semiestructuradas a cotejar los factores culturales que son reconocidos como influyentes en el crecimiento y persistencia de la epidemia del SIDA en el Gran Buenos Aires, así como en las respuestas implementadas. También se evidenciaron las modalidades en que estos factores inciden en la infección, se entrecruzan y atraviesan las distintas categorías, resultando muy difícil separar o aislar totalmente uno de otro.

**Existió una total coincidencia respecto al reconocimiento de que la pobreza constituye el factor de mayor incidencia actualmente en la progresión de la epidemia en el Gran Buenos Aires, a través del aumento de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.** Vulnerabilidad expresada por la mayor dependencia económica de mujeres y niños, así como el aumento del trabajo sexual, estrategia de supervivencia familiar o personal que registró un significativo aumento en Argentina en los últimos años. La pobreza también aumenta la dificultad para acceder a la educación básica de niños/as y adolescentes, a una vivienda digna, y a la atención adecuada de la salud. La accesibilidad a los servicios de salud es un factor muy importante en el VIH / SIDA por las implicancias que tiene a nivel individual y colectivo en la evolución de infectados y enfermos. El desempleo con su impacto en la pérdida de la cobertura de la seguridad social, así como el crecimiento del trabajo precario e inestable, afecta el acceso de las personas a los servicios de salud a través de la seguridad social. El consumo de drogas incluido el alcohol es otra consecuencia del aumento de la pobreza e indigencia, como se registra en el Gran Buenos Aires y que incide en la mayor vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Todos estos factores son más evidentes y caracterizan el impacto de la indigencia y la pobreza en las grandes ciudades como las del Gran Buenos Aires. En este contexto, las situaciones de pobreza y exclusión aparecen formando un binomio dialéctico, difícil de separar, en que una existe y se reproduce en función de la otra, a la manera de un círculo vicioso.

---

11 Parker, R. “Sexual cultures ,HIV transmission and AIDS prevention”, AIDS vol.8 (supl.1). 1994.

12 Altman, D. Op. cit.

La pobreza coloca especialmente a los/as usuarios/as de drogas endovenosas, a las/os y a las minorías sexuales en situaciones de mayor vulnerabilidad social, por ser los más pobres y excluidos, y los mas frecuentemente avasallados en sus derechos, y discriminados. Jonathan Mann<sup>13</sup> a comienzos de los 90 señaló que los marginados y discriminados en cada sociedad antes del SIDA, fueron los que luego a través del tiempo estuvieron más expuestos y se infectaron en mayor medida con el VIH.

Las situaciones de exclusión, pobreza y estigma aumentan las dificultades para el desarrollo personal, familiar y social. La supervivencia para satisfacer las necesidades básicas como comer, tener una vivienda, un trabajo y/o educarse constituye una lucha excluyente en muchos casos de otras necesidades, como por ejemplo la libertad incluida la de expresión y otras que aparecen como suntuarias frente a las más básicas. En ese contexto, el intercambio sexual es una estrategia de supervivencia que aumenta la exposición a situaciones de violencia social y familiar, y donde el sexo seguro es algo utópico. La vulnerabilidad psico-socio-económica-cultural es mucho más importante que la biológica, y constituye el mayor riesgo ante la infección con el VIH. No solo facilita la infección con el VIH de algunos grupos de población por sobre otros, sino que implica obstáculos evidentes para asegurar su calidad de vida una vez infectados y/o enfermos.

Cabe señalar que en el Gran Buenos Aires existen altos grados de discriminación respecto a las minorías sexuales, las/os trabajadoras/es sexuales y los/as usuarios/as de drogas endovenosas. Discriminación que se oculta en el silencio y la negación de la existencia de estas personas. Por ser un gran conglomerado urbano, el Gran Buenos Aires se caracteriza por su diversidad cultural, religiosa y social. Esto no impide el alto nivel de discriminación que padecen quienes “difieren” o se diferencian de lo tradicional. Los inmigrantes de otros países latinoamericanos padecen altos grados de discriminación y estigmatización que aumenta su vulnerabilidad frente al VIH y que potencia la discriminación en caso de infectarse o enfermarse de SIDA.

En este marco de debate del impacto de la pobreza y la exclusión en el aumento de la vulnerabilidad frente al VIH en el Gran Buenos Aires, analizamos los siguientes factores y/o aspectos:

## **2.2 La sexualidad como construcción social**

El reconocimiento de la naturaleza sexuada de las personas se enfrenta con valores sociales y culturales muy arraigados en la sociedad, como por ejemplo las reacciones sociales frente a la actividad sexual entre personas del mismo sexo, o entre personas de diferente sexo antes del matrimonio, o la constitución de una pareja estable, o el reconocimiento de las necesidades sexuales de las mujeres. A partir del siglo XVIII se van conformando valores que demonizan e histerizan el cuerpo de la mujer, rechazan el sexo en los niños, controlan las conductas reproductivas y medicalizan y psiquiatrizan el llamado “placer perverso”. Estas

---

13 Mann, J. “El siguiente paso: SIDA, Comunidad y Derechos Humanos”. *Desidamos*, Año III, nº3. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Diciembre 1995.



cuatro estrategias descritas por Foucault<sup>14</sup>, se perfeccionan en estos tres siglos y son hoy una constante en las sociedades capitalistas.

En este estudio, la sexualidad fue percibida por todos/as los/as entrevistados/as como el factor sociocultural más importante que atraviesa y se interrelaciona con otras categorías, especialmente las de género, religión, violencia, tipos de pareja, fidelidad y prácticas preventivas. El ejercicio de la sexualidad se nutre de aspectos de la vida en común, en las que las relaciones entre las personas sea entre hombres y mujeres o entre personas del mismo sexo, y las expectativas y normas que regulan y rigen sus comportamientos, costumbres y características, son fundamentales. La investigación epidemiológica permitió vincular tempranamente al VIH/SIDA como una enfermedad principalmente transmitida por vía sexual. Por ello se trata de un problema de salud entramado en una conducta humana muy compleja como la sexualidad, como señala Rodríguez Morales.<sup>15</sup> Las personas están expuestas al VIH por sus prácticas sexuales, por ello estas y sus identidades sexuales son factores claves en la infección, en las medidas de prevención y en la adopción de las mismas.

Geeta Rao Gupta<sup>16</sup> refiere que el comportamiento sexual de hombres y mujeres se entiende a través de considerar al género y la sexualidad como una interrelación compleja de fuerzas sociales, culturales y económicas que determinan la distribución de poder. Distribución de poder que generalmente se da en un plano de desigualdad. En las relaciones heterosexuales esta desigualdad de poder, favorece francamente a los varones, se traduce en un mayor control por parte de ellos sobre las prácticas sexuales y por tanto una mayor dificultad para la prevención del VIH por parte de las mujeres. La desigual distribución de poder también ocurre en relaciones sexuales entre hombres, y también en estas afectan las prácticas sexuales seguras y la adopción de medidas preventivas.

En la sociedad argentina, incluso en el Gran Buenos Aires, la sexualidad todavía hoy es un tema tabú. No se habla abiertamente entre las personas, sean compañeros/as sexuales, amigos/as, en la escuela, en la familia y menos aún en ámbitos comunitarios. La sexualidad es percibida en forma ambivalente entre lo placentero y lo prohibido. Ambivalencia que favorece conductas y prácticas sexuales de riesgo, no permite adoptar medidas de prevención y cuidado necesarias al no reconocer los verdaderos riesgos e impedir una adecuada interpretación de la información. Como refiere uno de los entrevistados “el problema no es el SIDA, el problema es la sexualidad, es decir qué decimos y hacemos respecto a la sexualidad”. El reconocimiento de que somos personas sexuadas con una “naturaleza destinada a la sexualidad” implicaría reconocer la natural búsqueda del placer por parte de hombres y mujeres. En este marco la abstinencia sexual no solo es muy difícil sino también algo antinatural. Sin embargo como el placer tiende a ser reprimido, prohibido y negado, especialmente en las mujeres, tanto la abstinencia sexual como la “frigidez” son conductas frecuentemente aceptadas y reconocidas como normales en ellas. En esta misma línea, las expectativas sociales con respecto a la práctica de las relaciones sexuales por parte de las mujeres, en general se vinculan a la

---

14 Foucault, M. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Editorial Siglo XXI. México, 1985.

15 Rodríguez Morales, J.: “La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/SIDA, el caso de los hombres que tiene sexo con hombres” en Gogna, M. *Feminidades y Masculinidades*, Editado por CEDES. Buenos Aires, Argentina. Julio 2000.

16 Rao Gupta, G. “Género, Sexualidad y VIH/SIDA: qué, por qué y cómo”. *Desidamos* Año VIII n°2. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Agosto 2000.

maternidad y no al placer. Maternidad que debe darse en el seno de familias tradicionales. Así, el trinomio “mujer-esposa-madre” forma parte de la construcción de la identidad femenina, junto con otras dimensiones como la obediencia, la sumisión y la pasividad social y sexual. Esto a pesar de que hoy las familias en el Gran Buenos Aires ya no son más en su mayoría la tradicional familia: esposo, esposa e hijos. El aumento de las familias monoparentales, en general con mujeres solas, jefas de hogar con hijos/as y otros familiares o amigos, e incluso el retorno a las familias ampliadas ahora por necesidad ante la pobreza y la imposibilidad de tener una vivienda propia, constituyen realidades que persisten con pautas y valores de otra época y que generan conflictos en las personas.

La virginidad en las adolescentes y mujeres es entonces un valor muypreciado y fuertemente promovido en la sociedad, al cual deben adherir y mantener hasta el matrimonio, bajo pena de ser consideradas ligeras y fáciles<sup>17</sup>. Es por ello que viven con culpa el iniciarse sexualmente fuera del contexto de una pareja que contrajo matrimonio o establecida, culpa que se expresa verbalmente por la “pérdida de la virginidad”. Esta sensación de culpa y pérdida puede verse atenuada si el inicio sexual ocurrió en el contexto de un acto de amor. En los/as adolescentes, generalmente, la sexualidad es negada socialmente generando problemas graves de disociación, ya que constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad frente al VIH y simultáneamente son los/as menos informados/as y/o atendidos/as respecto a la prevención y cuidado. En contextos de tanta pobreza con la frecuente adopción del trabajo sexual de mujeres jóvenes, niñas y niños como estrategia de supervivencia familiar se produce un choque cultural que implica mayor vulnerabilidad para el VIH/SIDA.

A través del proceso de socialización los/as niños/as y adolescentes incorporan pautas y hábitos básicos para su supervivencia, como los alimenticios. El proceso de socialización de su sexualidad les permite aprender e incorporar experiencias del deseo sexual, la percepción de sentimientos y de la atracción sexual que experimentan frente a algunas personas, cualquiera sea su sexo. Así también identifican prácticas que asumirán momentáneamente o de por vida, y alternativas sexuales propias de su grupo y compartidas culturalmente. Esto determina la existencia de prácticas sexuales que, fuera del contexto cultural compartido, no tienen el mismo significado ni valoración. Esta socialización ocurre siguiendo modelos dinámicos que signan las preferencias sexuales actuales y futuras. La identidad sexual es construida según las características y clasificaciones propias de su cultura. Por eso poco tienen que ver con lo biológico, que caracteriza el sexo pero no la identidad sexual, que es adquirida y propia de cada individuo, aunque elaborada en base a las pautas y valores culturales de su grupo de pertenencia socio-cultural. Así, esta identidad sexual adquiere distintas formas y manifestaciones según edad, sexo, orientación sexual, religión y/o valores culturales y morales, nivel de instrucción y sector socioeconómico. El rápido empobrecimiento registrado en el Gran Buenos Aires afectó la identidad sexual y las prácticas sexuales de muchos jóvenes de ambos sexos, niñas y niños como estrategia de supervivencia familiar, se produce un choque cultural que implica mayor vulnerabilidad para el VIH/SIDA.

La estabilidad de la pareja es un factor importante para caracterizar las prácticas sexuales y también para la adopción de medidas preventivas. Si bien las ideas y

---

17 Pagani L, Re MI, Madrigal P. “Adolescencia, Derechos Sexuales y Reproductivos y políticas públicas.” *Desidamos*. Año X, nº1. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Junio 2002.

consideraciones sobre la “estabilidad” tienen una variabilidad considerable, las parejas que se consideran estables en general se basan en un vínculo amoroso, en ellas la confianza es un elemento presente y determinante de la continuidad de la pareja. La cuestión se expresa en “creer el uno en el otro”<sup>18</sup>, como algo inherente a la relación y que además la sustenta. En este sentido, el depósito de confianza en el otro u otra actúa como un factor que habitualmente dificulta la adopción de medidas de prevención, e impide percibir el riesgo de infectarse con el VIH/SIDA, y otras enfermedades transmitidas sexualmente. La estabilidad de la pareja se asocia a la confianza en el/la otro/a y esto constituye un factor muy importante para limitar el uso de preservativo y el cuidarse en las relaciones sexuales.

Al igual que en la mayoría de los países, en Argentina **la prevención del VIH/SIDA en las relaciones sexuales heterosexuales es más difícil en las relaciones estables que en las ocasionales**. El amor asociado a la confianza es el principal obstáculo. Las relaciones ocasionales son aceptadas como relaciones de riesgo y por ende el uso del preservativo es más habitual. Asimismo, es común que las personas al comienzo de las relaciones sexuales con una nueva pareja usen preservativos, pero a medida que el vínculo se estabiliza se tiende a abandonar este uso. Si bien los hombres tienen en las relaciones heterosexuales un rol principal en la prevención, ya que son ellos los que en general promueven el uso del preservativo o lo aceptan, las mujeres experimentan más dificultades en solicitar o reclamar su uso, especialmente cuando existe amor y/o confianza en el otro. La mayoría de las mujeres refieren grandes obstáculos para plantear el uso del preservativo, lo consideran un reconocimiento de la falta de confianza en el otro, y que a su vez el compañero puede creer se deba a infidelidad por parte de ellas, o alguna experiencia previa que no le “confesó”. Tanto hombres y mujeres, mientras expresan como algo natural el uso del preservativo en relaciones sexuales ocasionales, lo rechazan y objetan en las parejas estabilizadas. Es interesante observar que los hombres en general tienen gran dificultad e incluso imposibilidad de reconocer que pueden exponer al riesgo de infección a sus compañeras estables por sus relaciones sexuales con otras personas, cualquiera sea su sexo.

Particularmente las mujeres entrevistadas incorporaron el tema del amor y la confianza en la relación de pareja, y señalaron cómo esto afecta especialmente sus decisiones, la manera de cuidarse y de poder plantear o exigir el uso del preservativo. Coincidieron en que las mujeres priorizan los sentimientos de afecto y amor, depositando en sus compañeros la confianza como un factor de protección que incluye el VIH, constituyendo esto la principal dificultad para hablar abierta y sinceramente en la pareja sobre la prevención, el cuidado y la adopción de medidas preventivas como el uso del preservativo.

Esto también les sucede a las trabajadoras sexuales. Mientras que cuando se informan y sensibilizan sobre el VIH/SIDA incorporan conductas preventivas con sus clientes, incluyendo el uso de preservativo, esto no lo hacen con sus parejas o compañeros estables. Ellos habitualmente se niegan a usarlo y además a ellas les resulta muy difícil plantear el uso del preservativo, entre otras causas por negarse a la posibilidad de que sus compañeros tengan otros contactos sexuales<sup>19</sup>. De hecho, entre las trabajadoras sexuales, la infección por el

---

18 Kornblit, A. L., Méndez Diz, A. M., Petracci, M., “Por qué se usa o no el preservativo en la Argentina”. *Desidamos* Año VII, nº2. Editada por FEIM. Julio 1999.

19 Teodori C, Fidalgo V, Santor C. “Trabajadoras sexuales y VIH/SIDA. Impacto de un abordaje integral”. *Desidamos* Año X, nº1. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Junio 2002.

VIH/SIDA tiende a deberse más a prácticas sexuales con sus parejas estables que con sus clientes. Esto les ocurre también a las mujeres no trabajadoras sexuales, especialmente las de sectores medios, que niegan y rechazan la posibilidad de que sus esposos tengan relaciones sexuales extramatrimoniales y por tanto no se consideran expuestas al riesgo de infección. La posibilidad de que sus compañeros mantengan contactos sexuales con otros hombres es un tema tabú. Muchas mujeres de sectores populares consienten que su compañero se relacione sexualmente con otras mujeres, mientras que la bisexualidad masculina es una cuestión en general negada por algunas y condenada por otras, pero invisibilizada.

Por otra parte entre las mujeres usuarias de drogas o compañeras sexuales de UDI se evidencia una ligazón muy fuerte con el otro – la pareja – que tiende a superar y/o negar, incluso el riesgo de infección... “ *quiero ser parte de tu sangre, unión eterna, sea al costo que sea, una demostración de amor, yo me juego y me puedo enfermar con vos, pero yo estoy allí, mirá cómo te quiero, cómo confío en vos*”, como refirió una de las entrevistadas sobre los dichos de las mujeres usuarias de drogas. En esta actitud la negación del riesgo por amor hacia el otro, impide la percepción de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, constituyéndose en una prueba de su amor hacia el otro. En muchos casos de parejas en donde ambos o solo el varón es usuario de drogas, las mujeres creen que, expresándoles su amor en estas circunstancias de riesgo podrán salvarlos o “sacarlos” de la droga. Si entre usuarios de drogas endovenosas sin vínculos ni relaciones de pareja el compartir jeringas y agujas es un acto de confianza muy valorado, en las parejas es aún más importante junto con las relaciones sexuales sin protección.

El tema de la **fidelidad** es vivida de forma diferente en los distintos grupos de población. Según uno de los entrevistados “*entre los hombres que tienen sexo con hombres, la fidelidad es menos importante*”, aludiendo al cambio frecuente de compañeros sexuales incluso en una misma noche en las discos “gay”. Entre la población gay el “sexo por recreación o diversión” está más difundido y es aceptado, e incluso Dowset considera que en ellos se desafía la noción de “privacidad” y “sentido”<sup>20</sup>. Por otra parte la asociación de potencia sexual y virilidad tradicional de los varones, en estas relaciones puede incrementarse actuando como un estímulo para la búsqueda y conquista de nuevos compañeros sexuales.

En la población heterosexual la infidelidad es más difícilmente aceptada, especialmente en las mujeres. En comparación con la infidelidad masculina, en ellas la infidelidad es aún más gravemente condenada y castigada y mucho menos aceptada. En general la infidelidad masculina es aceptada y en muchos casos disculpada y/o explicada socialmente por considerarla una tendencia irrefrenable, algo que asemeja la sexualidad del varón con la animal, porque se asocia a la reacción del macho ante la hembra en celo como una pulsión irrefrenable. Esto suele observarse más frecuentemente en sectores populares, donde en algunos grupos se cree que reprimir un deseo sexual en los hombres, los puede enloquecer o enfermar. Si bien esta creencia no tiene sustento científico, ya que en las personas el instinto sexual es permanente y no cíclico ni asociado exclusivamente a un aspecto biológico como en los animales, un mito muy frecuentemente observado en hombres y mujeres pobres en el Gran Buenos Aires. En estos sectores la impotencia sexual en los

---

20 Gary W. Dowsett, G. M. “I’ll show mine if you’ll show me yours”. *Reproductive Health Matters* n°7. London, UK. May 1996.

varones es muy descalificante y se vive con humillación y vergüenza, así como los problemas de esterilidad, que se asocian a falta de virilidad.

La permisividad social hacia los varones frente a la infidelidad, se basa en las desigualdades de género y en una cultura que jerarquiza “lo masculino”, incluida su dimensión sexual / genital, como un valor cultural muy positivo, asociado estrechamente al poder, así como a la capacidad para procrear, uno de los principales indicadores culturales de virilidad, especialmente en los sectores de clase baja. Este constituye uno de los principales motivos que a veces dificulta el uso de métodos anticonceptivos y preservativos entre ellos.

Este doble discurso respecto de la fidelidad, es característico de las sociedades patriarcales con grandes inequidades de género. Para algunas religiones – como el islamismo que reconoce y autoriza la poligamia en los hombres – la infidelidad de los varones tiene un valor muy diferente, sin embargo la de las mujeres es severamente castigada. La religión católica condena la infidelidad en hombres y mujeres, aunque en los primeros es menos exigente en su consideración y más aún en su condena, esto predomina en toda la población del Gran Buenos Aires.

Estas visiones e ideologías religiosas se traducen en normas legales en los distintos países. En Argentina hasta hace pocos años, legalmente el adulterio en las mujeres era considerado y condenado ante un único acto de infidelidad. Por el contrario en los hombres la ley recién consideraba adulterio y lo condenaba cuando se constataba la convivencia transitoria o permanente con otra mujer. Para uno de los entrevistados varones la fidelidad está estrechamente vinculada con la autonomía de las mujeres y con poder discutir en igualdad de condiciones con los hombres: *“En realidad tienen un discurso que parece de confianza, pero en el fondo es un discurso de no poder”*.

Es frecuente que las mujeres refieran una baja autoestima, que redonda en un ejercicio de su sexualidad subordinado a la necesidad del otro. La socialización de las mujeres y niñas está orientada a transmitir pautas sexuales orientadas a agrandar y complacer al varón, y acatar sus decisiones. Por lo tanto son enseñadas a reprimir la expresión de sus sensaciones y a evitar el planteo de sus necesidades y preferencias en las relaciones sexuales, incluida la negociación del sexo seguro.

Un aspecto muy importante es el peso relativo de la religión en la sexualidad y su ejercicio. En este tema las opiniones de los entrevistados fueron muy diversas. Algunos consideraron que la Iglesia, fundamentalmente la Católica, constituye un obstáculo para el ejercicio de la sexualidad, especialmente al dificultar el hablar libre y abiertamente del tema. Le atribuyen una gran responsabilidad en mantener el tema como tabú y en impedir que se efectúen campañas masivas de prevención del VIH/SIDA, con información clara y especialmente que promuevan el uso del preservativo. *“La iglesia acá influencia muchísimo, impide que haya buenas propagandas. Te condiciona de qué manera tienen que ser los cortos, no te permite hablar claro”*, mencionó una de las personas entrevistadas.

Con respecto a las relaciones sexuales con personas del mismo sexo, las entre mujeres son duramente condenadas desde el conservadorismo religioso y social en general. La subordinación sociocultural de las mujeres y las expectativas sobre ellas depositadas con

respecto a la maternidad, constituyen factores principales en la construcción del discurso y las prácticas discriminadoras hacia las mujeres lesbianas, junto al cuestionamiento frente a la ausencia del varón en su rol tradicional de procreador, proveedor económico y tomador de decisiones. En este contexto, la maternidad de las mujeres lesbianas está profundamente condenada desde las jerarquías políticas y religiosas.

En cambio los grupos de HSH, especialmente los gays no tienen muy en cuenta las opiniones de la iglesia católica sobre el ejercicio de la sexualidad. En general, ellos sienten que de cualquier manera los cuestionan y condenan, por lo tanto prescinden de sus opiniones.

Por el contrario, muchas trabajadoras sexuales valoran la opinión de la Iglesia. Muchas de ellas se reconocen católicas y por eso suelen vivir con culpa y ambivalencia el ejercicio de la prostitución, algo condenado y censurado desde el discurso de la jerarquía eclesiástica, aunque motivo de caridad y apoyo de muchas organizaciones católicas.

Mientras que en la sociedad argentina y especialmente en el Gran Buenos Aires, el modelo de mujer-madre es valorado y promovido socialmente, “generalmente se espera que las mujeres que viven con VIH no tengan relaciones sexuales y menos aún que tengan hijos. Estos mandatos sociales perjudican su salud, ya que las afecta psicológica y socialmente... En Argentina, algunas de estas mujeres debieron realizar acciones judiciales para poder ejercer el derecho a tener hijos”<sup>21</sup>. Respecto a las personas que viven con el VIH/SIDA, las diferencias de género son muy importantes. En general, la sociedad no pretende que los hombres ejerzan la abstinencia sexual, se limita a “exigirles” el uso de preservativos en sus relaciones sexuales, mientras que a las mujeres se les niega continuar su vida sexual y más aún reproducirse.

### 2.3 La religión

Si bien en Argentina hay libertad de culto, la religión mayoritaria entre la población es la Católica Apostólica Romana, lo que determina que en general la expresión “la Iglesia” refiera a ésta.

Más allá de la diversidad de prácticas sociales y sexuales, de quienes profesan el catolicismo, el discurso moral predominante es el de la jerarquía católica más conservadora y tradicionalista.

La jerarquía de la Iglesia Católica detenta un notorio poder político y económico, y desarrolla acciones basadas en paradigmas de caridad y asistencia, hasta 1950, en que algunos sectores importantes de la Iglesia fueron influenciados por las ideas de desarrollo<sup>22</sup>. En la

---

21 Bianco, M; Re, M. I.; Pagani, L; Correa, C. *Mujer y VIH/SIDA. Recomendaciones para el equipo de salud*. FEIM (Argentina) / Global Fund for Women (USA). 2002.

22 Biagini, G.; Sánchez, M: *Actores Sociales y SIDA. ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud? Las Organizaciones No Gubernamentales en Argentina y el Complejo VIH/SIDA*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1995.

década de los 60 “la Iglesia Católica latinoamericana comienza a presentar un discurso de mayor contenido social”<sup>23</sup>, que se mantiene en la actualidad en algunos sectores de la misma.

Como ha sucedido históricamente con las diferentes religiones, la católica ha jugado un papel de control sobre la sexualidad de las personas. Este control fue y es más estricto en las mujeres, ya que su autonomía se percibe como una amenaza para la humanidad y el orden social. La mayoría de las religiones y especialmente la Católica Apostólica Romana, jerarquizan el rol reproductivo de la mujer como madre y esposa. La obediencia, la fidelidad y la satisfacción del esposo es una norma cultural sostenida y promovida por la Iglesia. Esto limita las posibilidades de las mujeres al ejercicio libre y placentero de su sexualidad. También dificulta el cuidado de su salud especialmente la sexual y reproductiva, impidiendo además el acceso a la información y la atención adecuada. La dependencia de las mujeres de sus esposos o compañeros genera una gran vulnerabilidad frente al VIH, explicando el aumento de las infecciones en las mujeres.

La injerencia de la Iglesia Católica en la sexualidad de la humanidad es un fenómeno de larga data. En la Europa del siglo XVII comienza la represión del sexo, propia de la sociedad burguesa, que coincide con el desarrollo del capitalismo. Foucault señala que el sexo es reprimido muy fuertemente porque es incompatible con una intensa dedicación al trabajo: “en la época en que se explotaba sistemáticamente la fuerza de trabajo ¿se podía tolerar dispersarse en los placeres, salvo los mínimos para reproducirse?”<sup>24</sup>. A partir de ese momento la represión de lo sexual produce una clara dificultad para hablar de sexo, se convierte en algo prohibido, asociado a las conductas malas y con una valoración moral negativa, que persiste en los siglos ulteriores y en gran medida aún en nuestros días.

Un entrevistado expresó: *“El grave problema es cómo se estructuró el concepto de sexualidad en las iglesias que tiene muy poco que ver con la Biblia y mucho más con la filosofía neoplatónica. En la Biblia la sexualidad es algo positivo Dios puede usar sexualidades oficiales o clandestinas para anunciarse. El mejor ejemplo es el “Cantar de los Cantares” hay una pareja que tiene relaciones sexuales sin estar casados, entonces son clandestinas, ocultas. Dios a través de esta relación con amor, cuestiona la sexualidad oficial o Salomónica, que incluye muchas concubinas, con casamientos por interés: dinero, político u otro, pero sin amor aunque legal.”*

En Argentina, como en el resto de América Latina, la doctrina de la Iglesia Católica tiene gran influencia en la cultura. Los estereotipos sexuales caracterizados por la cultura del “machismo” son reforzados por la religión al estimular en las niñas y mujeres jóvenes el cuidar y agrandar al otro. La relación con su propio cuerpo es desalentada por considerarse algo pecaminoso, sucio y vergonzoso<sup>25</sup>. Esta favorece que las mujeres perciban la sexualidad y los temas relacionados con ella como algo de lo que no sólo no se habla, sino que además es tabú para ellas mismas.

---

23 RE, M. I. “La articulación entre el Programa Nacional de SIDA y las ONGs. Una visión no gubernamental de la década del '90. Proyecto de tesis. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. FLACSO/CEDES. 2000.

24 Foucault, M. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Editorial XXI. México. 1985.

25 Bianco, M., “Obstáculos Culturales y religiosos en América Latina para el uso del Microbicidas.”, presentado en la Conferencia Internacional Microbicidas 2002 (Antwerp, Bélgica). Síntesis publicada en Desidamos, año X, n°1, Junio 2002. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina.

En esta categoría se percibieron posturas discordantes y distinta aceptación de su influencia y su papel en la temática. Uno de los entrevistados refirió que la posición de la Iglesia Católica se fue modificando durante el curso de la evolución de la epidemia y reconoció que ha dejado de ser un factor principal de oposición activa como lo fue hace tres o más años. Incluso refiere que tuvo una actitud menos crítica en relación a la campaña de prevención del SIDA, promoviendo el uso del preservativo, que realiza el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Sin embargo la mayoría de los entrevistados reconocen que la “Iglesia” es un obstáculo para lograr el control de la epidemia al impedir y/o dificultar la prevención, mantener la sexualidad como algo tabú, que no se debe hablar ni expresar en forma abierta y clara, al oponerse al uso del preservativo e incluso desconocer su eficacia y efectividad para la prevención, así como obstaculizar la promulgación de las leyes de salud sexual y reproductiva y al rechazar y oponerse a la educación sexual integral en las escuelas.

Se mencionó específicamente la actitud adoptada en el 2000 en la Ciudad de Buenos Aires cuando se discutió la ley de salud reproductiva en la legislatura donde alumnos y docentes de escuelas religiosas asistían a las sesiones agraviando a los/las legisladores/as que la apoyaban e incluso agrediendo a los grupos que expresaban apoyo a la ley. Esto continuó, ya que a principios del 2002 tres padres representantes de organizaciones católicas ganaron en primera instancia en la Ciudad de Buenos Aires un juicio por el cual sus hijos no recibirán información ni servicios asistenciales de salud reproductiva en los hospitales públicos de la Ciudad, tal como lo expresa la ley, alegando que la ley atenta contra la patria potestad, exigiendo ser ellos – los padres – los únicos responsables de informar a sus hijos sobre estos temas. Igual planteo legal realizaron esos mismos padres en el municipio de Vicente López en el conurbano bonaerense (parte del Gran Buenos Aires), sin embargo la jueza no hizo lugar al reclamo por considerar que al no obligar la ley no sólo no atenta contra la patria potestad, sino que la refuerza y fortalece<sup>26</sup>.

El contrainforme presentado en agosto 2002 por siete ONGs al Comité de Expertas de Naciones Unidas de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, observa: “El Estado, con una persistente tradición pronatalista es muy sensible a las presiones de sectores conservadores dentro y fuera de la iglesia católica, no logra establecer políticas públicas suficientemente abarcadoras y persistentes para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los/as ciudadanos. La educación sexual, si bien incluida formalmente en los contenidos curriculares oficiales, no se implementa en la mayoría de las instituciones educativas oficiales y privadas. Las y los docentes manifiestan temor a recibir sanciones por parte de sus superiores jerárquicos, y también a posibles reacciones adversas de familias con orientación religiosa ortodoxa.”<sup>27</sup>

Uno de los entrevistados efectuó el siguiente comentario en relación a la actitud de la Iglesia frente a la prevención del VIH/SIDA: “...recuerdo que las primeras propagandas de preservativos aparecieron recién en la década de los 90 y efectuadas por ONGs. El Estado no

---

26 CELS / CLADEM / FEIM / ISPM. “Derechos Humanos de las Mujeres: Asignaturas pendientes del Estado Argentino”. Contrainforme de ONGs a la CEDAW. Agosto 2002.

27 CELS / CLADEM / FEIM / ISPM. Op. cit.



*hablaba de esto y uno de los motivos era la oposición de la Iglesia. Siempre el gris estuvo en el medio. El tema religioso pesa mucho en Argentina y en las decisiones del gobierno".* Durante la campaña oficial de prevención del SIDA realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Proyecto LUSIDA en el 2001, la promoción del uso del preservativo para evitar las infecciones por transmisión sexual incluida el VIH/SIDA tuvo un papel fundamental. En una evaluación anterior al inicio de la campaña que estudió una muestra de 900 personas, se observó que la abstinencia sexual como forma de prevención del VIH no era una opción considerada por la mayoría de las personas entrevistadas ya que sólo un 9% hizo referencia a ella, a pesar de que alrededor del 80% de los entrevistados dijo ser católico apostólico romano. Esto evidencia que la religión influye, poco en las relaciones sexuales<sup>28</sup>. Entre las personas que nunca o raramente usan el preservativo se observó en ese mismo estudio, que la religión era importante y tenía influencia en sus decisiones, no así entre aquellos que referían usar el preservativo siempre, aunque se definieran como católicos.

Todos/as los/as entrevistados/as coinciden en reconocer que la Iglesia Católica tiene mucho poder, que utiliza para promover solo aquellos discursos que coinciden con su ideología, como la abstinencia y la fidelidad como únicos métodos preventivos o para atentar contra el uso de preservativos. Reconocen que esta influencia no es igual en todo el país, siendo mayor en determinadas provincias, especialmente en el norte y noroeste del país. Esto se inscribe en las diferencias que existen dentro de la misma Iglesia, especialmente en las jerarquías eclesiásticas, *"...hay diferencias entre las iglesias y los grupos religiosos porque una cosa es ser cristiano y otra musulmán, pero también la división se establece dentro de cada iglesia, yo no puedo decir la posición de los luteranos es una, porque es múltiple. La posición de la Iglesia Católica es también múltiple."* Y depende de la autoridad de cada diócesis así como de otros valores y pautas culturales. Las provincias del Sur del país que fueron desarrolladas en etapas posteriores a las del Noroeste y Noreste, son comunidades que todo el país e incluso de Chile, que migraron a la Patagonia. Allí se mezclaron y se abrieron a otras costumbres y por tanto la transculturación los hizo menos rígidos, menos tradicionales y menos conservadores. Tanto es así que, en algunas localidades de la Patagonia, el trabajo sexual se practica más abiertamente y existe una aceptación mayor de la homosexualidad y otras prácticas sexuales no tradicionales.

*"La Iglesia Católica es la que tiene el poder, las otras iglesias son conservadoras pero no tienen poder. Por ejemplo tengo una compañera del Chaco (provincia del Noroeste argentino) y el cura de allí no permite nada de prevención del VIH/SIDA. En este caso el cura es el que tiene poder"*, según lo referido por una de las mujeres entrevistadas.

Otro entrevistado menciona que la población gay en general no se siente afectada por las opiniones o mandatos religiosos, y admite que sus prácticas sexuales no son aceptadas por ninguna religión, por lo tanto la ignoran como grupo. *"En la población gay la religión no influye, el estar cuestionado por las distintas religiones es algo que hace que las opiniones o preconcepciones religiosas no se consideren. Pero sí en la población general, sobre todo en algunas regiones del país como en el norte, por ejemplo Tucumán"*, agrega.

---

28 Bianco M, Rodríguez C, Ballido I. "Is it possible to develop a mass media campaign based on the use of condoms in a Catholic conservative country?" Póster presentado oralmente en la XIV Conferencia Internacional de SIDA, Barcelona, España. 7-10 de julio 2002.

Algunos entrevistados expresaron que en la Ciudad de Buenos Aires se percibe una mayor apertura de la Iglesia Católica, existen grupos católicos con acción en prevención de VIH que promueven y distribuyen preservativos. Algunas parroquias e iglesias que trabajan en la zona sur de la ciudad entregando alimentos o dando de comer a gente carenciada en comedores, también están entregando ropa usada y medicamentos, incluso anticonceptivos y preservativos. En general los sacerdotes de iglesias de zonas carenciadas del Gran Buenos Aires son menos dogmáticos y permiten hablar de sexualidad y prevención, no presentan una oposición a la promoción del uso del preservativo y están muy atentos y concientes a como el VIH afecta a estas comunidades.

*“... Me parece que hay vastos sectores dentro de la Iglesia en que ya hay un grado de heterogeneidad que ha diluido bastante el discurso de la Iglesia de hace 10 años, que hay mayor permeabilidad. De hecho hay varios organismos religiosos, incluso católicos, que trabajan con pacientes con VIH, y que distribuyen preservativos”,* dijo uno de los entrevistados. Otro planteó que el rol fundamental que le cabe a todas las religiones es el respeto de la dignidad humana, la individualidad y la identidad sexual de las personas, aceptando las diferencias culturales, étnicas, religiosas, filosóficas y políticas que existen en las sociedades. *“El gran aporte que pueden hacer los grupos religiosos es el profundo respeto a la identidad y dignidad de las personas.”*

## **2.4 El trabajo sexual en situación de pobreza**

La mayoría de las personas que se inician en el trabajo sexual lo hacen como una salida laboral, ya sea por falta o pérdida de un empleo, o por la necesidad de mantener a su familia y/o alimentar a sus hijos como consecuencia de una separación marital u otros problemas económicos. La percepción que las propias trabajadoras sexuales tienen sobre sí mismas y su actividad, impacta de diferente forma en la prevención del VIH. Quienes se reconocen y defienden sus derechos como trabajadoras/es tienen mayor capacidad para adoptar conductas preventivas con sus clientes que quienes se visualizan como “prostitutas/os” y por tanto niegan su condición y la ocultan viviendo una doble vida. Esto afecta por igual a mujeres y hombres que practican el trabajo sexual.

En una investigación realizada en Chile en la que se entrevistaron alrededor de 70 hombres que tienen sexo con hombres, se destaca “el trabajo sexual como la actividad preponderante entre los bisexuales y los travestis y que mientras en los bisexuales es frecuente la coexistencia del trabajo sexual con otra actividad, los travestis se desempeñan exclusivamente como trabajadores sexuales<sup>29</sup>”. Esto coincide con hallazgos de investigaciones realizadas en Argentina como las de Kornblit, A. y otros (2000).

Si bien algunas personas, mujeres especialmente, consideran “la prostitución” como una ocupación más y luchan por sus derechos laborales a través de la agremiación, otras muchas sólo la visualizan como una actividad transitoria<sup>30</sup>. Esto en parte se debe a la desvalorización y discriminación asociada al trabajo sexual, lo que las hace sentirse

---

29 Rodríguez Morales, J. Op. cit.

30 Cilia, NA. “El fenómeno psicosocial de la prostitución en Mar del Plata”, *Desidamos* año VII, n°2. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Julio 1999.

avergonzadas, culpables y humilladas, exponiéndolas a ser con más frecuencia víctimas de violencia por parte de sus clientes y también de sus parejas, y/o sometidas a la voluntad del otro: *“...es necesario que nos saquemos la gran culpa que tenemos por ser trabajadoras sexuales... que la sociedad te haya expulsado, discriminado, que uno se haya creído el cuento de que por ser trabajadora sexual una no sabía nada, o no era nadie, es mentira. Esa mentira nos mantuvo sometidas durante mucho tiempo”*, como refirió una entrevistada que trabaja en una asociación gremial de trabajadoras sexuales.

El aumento de pobres desde fines del 2001 produjo un aumento de la prostitución que se inicia a edades muy tempranas. Según un informe de UNICEF, además la situación de las mujeres en prostitución se deterioró significativamente<sup>31</sup>.

Frecuentemente el intercambio de relaciones sexuales por productos, bienes o mercaderías no es percibido por la población ni por las protagonistas, como trabajo sexual. Esto es importante porque su impacto es diferente si se lo considera como una transacción comercial o como una forma de subsistencia. Al ser estigmatizada y discriminada la persona que trabaja con su cuerpo, tiende a tener actitudes que determinan la negación de tales prácticas y por ende no buscar la información necesaria para protegerse ni visualizar sus riesgos, lo que la lleva a no adoptar medidas de prevención adecuadas.

Esto sucede habitualmente entre mujeres y hombres usuarios de drogas las/los que no se reconocen como “prostitutas/os” ni “trabajadoras sexuales” aunque intercambian sexo por droga o dinero para conseguirla. Pueden tener sexo con su “proveedor” o con un usuario/a que tenga droga en ese momento, pero no lo reconocen como una transacción económica o comercial, sino que es parte de la postura, de la fiesta, como refirió una persona entrevistada. También en grupos de población de sectores pobres y marginados este intercambio puede percibirse como una transacción ocasional para obtener algo que se necesita en forma inmediata, como ser comida, dinero, ropa o drogas, o una combinación de distintos bienes. En tiempos de tanta pobreza como la actual situación del Gran Buenos Aires esto es muy frecuente y es una forma de iniciarse en el trabajo sexual, profesión que luego es difícil de abandonar porque no existen otras fuentes de ingresos rápidos, ni de tal magnitud. En estos casos la percepción de riesgo se centra en satisfacer la necesidad urgente: comida, dinero, droga y no en el VIH/SIDA, algo futuro y potencial en lo que ni se piensa.

*“Los chicos y las chicas decían: las mujeres tienen algo a mano que siempre las salva, y es lo que tienen entre las piernas. Es la principal arma y con eso podés conseguir cualquier cosa. Una mujer hace uso de su condición de mujer, lo intercambia por droga y eso evidentemente hace que se exponga mucho más porque no tiene prácticas sexuales seguras. Todavía no hay un uso difundido del preservativo”*, según lo referido por una entrevistada y expresa claramente la mayor exposición a la infección del VIH/SIDA.

El otro factor es la actitud de este grupo de población frente a los servicios de salud. Generalmente tienen poco contactos con éstos, las mujeres habitualmente concurren por

---

31 UNICEF. “La niñez prostituida. Estudio sobre la explotación sexual comercial infantil en Argentina”. Buenos Aires. Octubre 2001.

cuestiones ligadas a la maternidad<sup>32</sup>, y ambos – hombres y mujeres – trabajadoras sexuales por problemas de enfermedades transmitidas sexualmente. La experiencia general es que registran maltrato y discriminación por parte del equipo de salud, reconociendo también que el maltrato lo reciben además por ser pobres y marginales, y además por ser mujeres. El rechazo de los servicios de salud refuerza y potencia la marginación de este grupo y es un factor que actúa negativamente impidiendo la atención y cuidado de la salud, ya sea tanto para la prevención como para la asistencia de enfermedades. *“La discriminación en el hospital es terrible. No hace falta ser trabajadora sexual para que te discriminen, por ser pobre te discriminan desde que te dan el número hasta que la doctora o el doctor te atiende. Te ves obligada a sensibilizar a los médicos para que te traten como un ser humano, no como una cosa”*, refirió una de las entrevistadas. Otro dijo: *“Cuando alguien es diferente se lo excluye. Por ejemplo en el Hospital si la persona se contagió el VIH/SIDA por vía sexual o droga, los médicos y enfermeras tienen problemas para atender a esa persona. En realidad le tenemos miedo a las personas que son distintas de nosotras, no al virus.”*

Una consideración especial merece la prostitución de mujeres migrantes: dominicanas y de otros países de América Latina, que existe en la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores. En la década de los 90 se registró una importante inmigración de mujeres jóvenes de países de América Latina, especialmente de República Dominicana. Muchas de ellas fueron traídas a Buenos Aires engañadas con la promesa de trabajo pago en dólares (durante la década de los 90 se mantuvo la paridad del peso argentino con el dólar), situación doblemente atractiva, ya que no sólo les brindaba la posibilidad de enviar dinero a sus familias residentes en los países de origen, sino también la de migrar a Estados Unidos sin visa, dado el acuerdo bilateral entre ese país y Argentina que establecía la no obligatoriedad de la visa. Esto motivó la inmigración de importantes contingentes de mujeres jóvenes y algunas adolescentes que llegaban a Buenos Aires, se les retiraba el pasaporte y vivían como esclavas y eran prostituidas. Según Lipsyc *“pueden ser consideradas verdaderas esclavas sexuales”*<sup>33</sup>.

Recientemente se denunció que se habían descubierto las ramificaciones de esta red de traficantes<sup>34</sup>. Estas jóvenes mujeres viven confinadas y padecen violaciones, castigos físicos y son introducidas en el uso de drogas y terminan atrapadas en círculo vicioso de abuso de drogas, prostitución e infección con el VIH/SIDA.

Las redes de prostitución y tráfico de niños y niñas están operando en Argentina y especialmente en el Gran Buenos Aires y sus alrededores así como en algunas provincias: Chaco, Santa Cruz y Santa Fe.

## **2.5 Hombres que tienen sexo con hombres**

El tema de las prácticas sexuales con personas del mismo sexo y las diferentes orientaciones sexuales sigue siendo un tema tabú y que genera controversias en nuestra

---

32 Teodori C, Fidalgo V, Santor C. “Trabajadoras sexuales y VIH/SIDA: impacto de un abordaje integral”. *Desidamos* año X n°1. Editada por FEIM. Junio 2002.

33 Lipsyc, C. “Xenofobia contra las mujeres”. *Revista María-María*, UNIFEM. Junio, 2001.

34 Página 12, 19 de marzo 2002.

sociedad. Aún hoy quienes tienen sexo con personas del mismo sexo sufren una gran discriminación en todos los ámbitos: públicos y privados, ya sea en forma abierta o solapada. Esto indudablemente impacta en el modo en que esta población ejerce su sexualidad, así como la percepción de vulnerabilidad y adopción de conductas sexuales más o menos protectoras.

El grupo de hombres que tienen sexo con hombres es muy amplio y no puede considerarse como uno solo ni homogéneo. Rodríguez Morales en su estudio diferencia básicamente tres categorías: los que principalmente tienen relaciones sexuales con hombres o gays; los que tienen relaciones sexuales indistintamente con hombres y mujeres o bisexuales; y los que adoptan la condición de mujer independientemente de con quienes tienen relaciones sexuales, o travestis<sup>35</sup>. Es claro que estas prácticas sexuales no son nítidas ni rígidas, que varían durante la vida de cada persona. De hecho, el sentido de pertenencia a un grupo u otro también son muy variables. Pertenecer o no a la “comunidad gay” no solo involucra la práctica de relaciones sexuales con personas del mismo sexo, sino que abarca cuestiones muchos más amplias, como factores culturales, afectivos, económicos y políticos.

Es necesario visualizar esta característica de la construcción de la identidad social para reconocer las diferentes percepciones de los hombres frente a clasificaciones que no los representa y les impide reconocerse a sí mismos. Habitualmente la sociedad expresa valores y creencias de sectores preponderantes que se identifican con el reconocimiento exclusivo y excluyente de la “heterosexualidad” como la única norma aceptada. Todo lo que se aparte de esta norma es considerado anormal y por tanto rechazado, negado y ocultado. Esto genera la discriminación y marginación de quienes expresan identidades diferentes, motivo por el cual se las niega y oculta, o se las ataca abiertamente.

Sin embargo en los distintos grupos sociales la identidad sexual enfrenta valoraciones y códigos culturales diferentes. En sectores populares y de clase baja las prácticas sexuales entre hombres no necesariamente se asimilan con la homosexualidad. Por el contrario, a menudo la bisexualidad se practica sin reconocer el componente homosexual.

Las dificultades para el reconocimiento de la homosexualidad y de la bisexualidad, así como la invisibilización social de las travestis, es una característica de la sociedad argentina muy presente incluso en el Gran Buenos Aires. Si bien las relaciones sexuales con personas del mismo sexo están presentes en hombres y mujeres, en éstas últimas se ocultan y niegan mucho más que entre los hombres, ya que son mucho más censuradas socialmente. Según una de las entrevistadas “*la homosexualidad en el hombre es más aceptada*”. El lesbianismo está más condenado socialmente. Periódicamente en Argentina suceden despidos laborales de mujeres, al trascender su condición de lesbianas. Esta mayor carga de discriminación y estigma hace que muchas mujeres oculten su orientación sexual, a veces disimulándola tras su matrimonio con un varón.

También existen algunos grupos de hombres que ocultan sus prácticas homosexuales y/o bisexuales. En una de las entrevistas se expresó que en los barrios marginales y muy carenciadas del Gran Buenos Aires este tema se habla muy poco. Por otro lado, se reconoce

---

35 Rodríguez Morales, J. Op. cit.

que en las cárceles los hombres tienen relaciones sexuales entre hombres y de hecho en algunos estudios de población carcelaria los internos VIH+ afirman que se infectaron durante su estadía en prisión, ya sea por compartir jeringas al usar drogas endovenosas o por prácticas sexuales con otros hombres. Vale aclarar que estas prácticas no tienen la misma carga cultural, siendo más difícil la alusión al sexo entre hombres que al consumo de drogas endovenosas. Estos hombres ocasionalmente tienen relaciones sexuales con otros hombres, aunque en realidad buscan relacionarse con mujeres, se sienten seguros y confiados alejándose del tema del SIDA y su prevención<sup>36</sup>. En los barrios pobres de Buenos Aires ser “puto” – como se dice peyorativamente a los HSH en un claro paralelismo con la prostitución: a las trabajadoras sexuales se las llama vulgarmente “putas” – es muy mal visto y se los desprecia. Por ello, el hombre que tuvo alguna experiencia sexual con otro varón, sea en la cárcel, no lo reconoce, lo oculta y niega. No asumir estas prácticas constituye un obstáculo muy importante para percibir la propia vulnerabilidad, y por lo tanto para protegerse e incorporar la información necesaria para evitar contraer el VIH/SIDA.

En Argentina y especialmente en el Gran Buenos Aires existe la creencia generalizada de que la “comunidad homosexual” reconoce su vulnerabilidad frente a la transmisión del VIH, y a partir de la epidemia cambió sus prácticas adquiriendo hábitos de prevención y cuidado. Los grupos y ONGs que defienden los derechos de las personas homosexuales han tenido una activa participación en la lucha contra el SIDA desde el comienzo de la epidemia. Estos grupos han desarrollado y promovido diferentes estrategias, actividades y proyectos para que el tema del SIDA y su prevención se difundiera y permeara a esta población. Sin embargo todavía se observa que muchos hombres que tienen sexo con hombres están desprotegidos y pueden no adoptar conductas preventivas como el uso del preservativo, especialmente los más jóvenes y más pobres, incluidos los niños.

Esto se debe a que muchas veces no se referencian ni identifican como “homosexuales”. La creencia difundida de que este grupo reconoce sus riesgos frente al VIH, se aplica principalmente a los “grupos gay” que constituyen un subgrupo de este universo de HSH y que no es el mayoritario, sino por el contrario el más pequeño y reducido. Este grupo además coincide con tener mayor nivel educacional y socioeconómico, lo que les permite un mejor acceso a información sobre la prevención del VIH/SIDA y además cuentan con mayores posibilidades de exigir el uso del preservativo, ya que no dependen económicamente de sus parejas sexuales y tampoco lo hacen como trabajadores sexuales. Por tanto los bisexuales y las travestis, que constituyen la mayoría de los HSH, están más desprotegidos frente a la epidemia, especialmente porque son los más pobres y excluidos, y que en general viven solo del trabajo sexual.

En el caso de las travestis, se agrega una mayor condena social, lo que constituye además un obstáculo evidente para su asistencia en el sistema de salud y su acceso a la educación formal, como así también para su interacción con la mayoría de las instituciones de la sociedad. La importante discriminación las obliga a excluirse de la interacción social y comunitaria con el consiguiente perjuicio para todo su desarrollo personal.

---

36 Barbosa, S. “El sida detrás de las rejas: el descuido de la ciudadanía”. *Desidamos*, año VIII, n°3/4, Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Diciembre 2000.

Las poblaciones más jóvenes de hombres que tienen sexo con hombres, especialmente las de sectores más pobres, que en ellos se asocia principalmente con el trabajo sexual no se consideran ni perciben como homosexuales. En ellos el uso del preservativo en todas sus relaciones sexuales es muy poco frecuente. Los que viven en relación de pareja con una mujer o que tienen relaciones frecuentes con mujeres, consideran que con ellas no es necesario el uso del preservativo. Esta actitud fue referida por algunos de los entrevistados como más común en las provincias: *“En el interior del país viven en pareja con mujeres más que en Buenos Aires donde es más raro, por lo tanto el uso del preservativo en las provincias es muy bajo. Muchos tienen como pareja masculina a hombres casados, como sus compañeros tienen una mujer estable tampoco exigen ni se preocupan por el uso del preservativo. Esto es casi una constante en todo el país.”*

Según una de las personas entrevistadas, en la cultura de la población gay en general, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires existe la concepción de que se debe estar siempre *“bien, joven, dinámicos y en forma”* para sentirse un ganador o triunfador, se muestran alegres y sin problemas. Esto les impide evidenciar sus problemas de salud, por eso frecuentemente niegan su condición de personas viviendo con VIH/SIDA, por ejemplo ocultan el consumo de medicamentos. La negación de la infección o enfermedad es muy importante para una persona gay, tanto por temor a la discriminación y al abandono, como por la necesidad de aparentar un bienestar. *“Para una persona gay la enfermedad es muy importante. Es un tema tabú jamás nadie habla de su condición seropositivo. Incluso en algún boliche si a alguno le falta un medicamento, lo mantiene como un super secreto”*, refiere una de las personas entrevistadas. Ignorar o desconocer estos aspectos de las subculturas del grupo denominado HSH puede implicar dejar por fuera en los mensajes preventivos al subgrupo de bisexuales y travestis que es muy extendido o al grupo de jóvenes pobres que se incorporan a este grupo sea por una elección de la opción sexual muy negada y escondida o por trabajo sexual. Por otra parte en los que viven con el VIH/SIDA es necesario considerar los distintos subgrupos culturales para trabajar con ellos las formas para la prevención de reinfecciones, los cuidados generales y de uso de la medicación en base a las diferencias señaladas. Todos en común se resisten a reconocer la infección o enfermedad por distintos motivos, pero tienen formas y hábitos de vida que les generan riesgos y vulnerabilidades específicas, así como dificultades para el control del tratamiento tanto infectados como enfermos.

## **2.6 Los aspectos de género y reproducción en las mujeres**

La variable género tiene una importante incidencia en la infección y la enfermedad. Como señalamos respecto a la identidad sexual, el género es una construcción social. Como tal esta íntimamente vinculada a la socialización de las personas desde que nacen. Si bien la biología determina que se es hombre o mujer desde que se nace, el género se estructura según las pautas, normas y códigos adquiridos. Ser varón o mujer entendido en el sentido de género implica las formas de interacción, producción y reproducción social que identifica a cada grupo como tal. Por ello, el género está muy ligado a la identidad sexual.

Como ya se dijo, existen diferencias y desigualdades entre géneros, desigualdades que afectan todos los planos de la vida de las personas y que se inician en la infancia cuando

según las culturas se valora diferente a los niños de las niñas. En China y otros países de Medio Oriente los varones son jerarquizados, tanto que se promueve el aborto cuando se detectan fetos femeninos. Esta mayor valorización de lo masculino opera en casi todas las culturas aunque se expresa en distintas formas. En Argentina estudios de la mortalidad en niños menores de 5 años, evidenció una mayor mortalidad en las niñas así como una mayor tasa de desnutrición en ellas que en los varones<sup>37</sup>.

La subordinación social, económica y sexual de las mujeres es un dato de la realidad que en los 1970 originó el comienzo de estudios más sistemáticos, a partir de los cuales surge la teoría feminista. Esto produjo una asimilación de estudios de género con estudios de mujeres, algo que desde los 1990 empieza a diferenciarse. A partir de la adolescencia las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres son más evidentes así como la subordinación de ellas a los varones. Los modelos sociales patriarcales descritos por Max Weber se basan en la autoridad del padre sobre los hijos, autoridad que en base a la ley romana es sobre “vida y muerte”. Esta autoridad se extiende por siglos a las mujeres que son consideradas iguales a los niños, dependientes de la autoridad masculina. Esto llevó a la apropiación por parte de los hombres del trabajo femenino y la reproducción implicando un mayor poder masculino en las distintas esferas de la vida de las mujeres.

Foucault señala como en el siglo XVIII surge “como problema económico y político la población”, como una novedad de las técnicas del poder<sup>38</sup>. A partir de este momento el Estado se interesa y apropia del comportamiento sexual de las parejas, pero especialmente del cuerpo de las mujeres por su capacidad reproductora. Se organizan así las leyes y normas para regular lo lícito e ilícito respecto a la reproducción y surgen las políticas públicas de población que legislan sobre cuantos hijos tener y otros aspectos referidos a la evolución de ese bien económico, político y social que es la población.

Según Zurutuza, a partir de la gran depresión internacional de 1930, en Argentina se buscó fomentar el crecimiento poblacional interno. Hacia 1940 “se cristalizan las ideas de fomento de la fecundidad...” a través de una serie de políticas públicas, enfatizando en el rol de la mujer como “agente creador” de la familia. Recién en 1969 se señaló la necesidad de integrar las metas de desarrollo a las políticas de población, aunque los dos gobiernos subsiguientes y especialmente la última dictadura militar implementaron políticas públicas basadas en el aumento de la natalidad como forma de paliar el bajo crecimiento demográfico<sup>39</sup>. Si bien a partir de la apertura democrática de 1983 se implementaron leyes y políticas públicas que reivindican los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, aun persisten en el país amplios grupos de poder que plantean la necesidad de aumentar la población a través del crecimiento interno, en un contexto de vacío de políticas públicas que garanticen formas equitativas de distribución de la riqueza, y disponiendo del cuerpo de las mujeres como meras reproductoras.

---

37 Bianco, M. Salud, *Fecundidad y Pobreza. El caso argentino*, Editado por FEIM/UNFPA, Buenos Aires, Argentina. 1996.

38 Foucault, M. Op. cit.

39 Zurutuza, C. “El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos” en Bianco, M; Durand, T; Gutiérrez, M. A.; Zurutuza, C. *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder de decidir)*. FEIM / Foro por los Derechos Reproductivos / CLADEM / FNUAP. 1998.



A partir de estos paradigmas en el siglo XIX se estudia y medicaliza la sexualidad de las mujeres. La maternidad es jerarquizada y pasa a ser el centro de la identidad de las mujeres. Se desarrollan normas y códigos que refuerzan y sostienen la jerarquización de la maternidad en las mujeres. La vida sexual de ellas se permite como mecanismo de asegurar la reproducción. El placer desaparece como algo que distrae y perturba, reprimiéndoselo desde niñas y limitándolo a las mujeres “públicas” que son desvalorizadas y discriminadas.

Se afianzan normas y pautas culturales que insisten en la obediencia de la mujer al esposo o padre, el compromiso de servirlo o atenderlo y el promover su satisfacción y placer. Estos valores indican que no debe tener o expresar deseos sexuales ni buscar placer so pena de ser considerada una “mala mujer”. Expresar el deseo de tener una relación sexual solo se permite en el marco de la búsqueda de la maternidad.

En estudios realizados en Argentina y especialmente en el Gran Buenos Aires desde 1990, adolescentes y mujeres jóvenes entrevistadas que completaron encuestas anónimas o participaron en grupos focales, refieren sus dificultades para hablar de sexo, entre ellas y mucho más con sus compañeros. Se inician a edad más temprana pero en general con amigos o novios, “amigovios” a los que las liga una relación amorosa y en general la iniciación es producto de la insistencia del compañero<sup>40</sup>. Incluso en las parejas establecidas, raramente las mujeres refieren que ellas piden tener relaciones sexuales, eso es algo que les corresponde a los varones. La desigualdad produce una baja autoestima que caracteriza a las mujeres, como señalaron algunas entrevistadas que dijeron: *“es muy difícil que una mujer de los barrios pobres del Gran Buenos Aires en que trabajamos pueda decirle a su pareja que use preservativo”, “es necesario levantarles la autoestima a las mujeres para que puedan decir no, para que tengan derecho a decir no”*.

También algunos de los varones entrevistados refieren que las mujeres se preocupan más por el embarazo que por el VIH, esto es muy difundido entre las adolescentes. Un estudio realizado por FEIM en la Ciudad de Buenos Aires en el 2001 con adolescentes mujeres de sectores populares y medios escolarizados mostró que el principal temor de ellas cuando mantienen relaciones sexuales es el embarazo<sup>41</sup> y no la infección con el VIH/SIDA. Mientras el embarazo se percibe como algo próximo y que las afectará en breve, el VIH/SIDA es percibido como un riesgo a largo plazo y con baja posibilidad de ocurrir porque la asocian principalmente como una enfermedad de hombres: HSH y usuarios de drogas.

La valorización de la maternidad en las mujeres frente al VIH/SIDA se asocia a la transmisión madre/hijo. La investigación previa a la campaña masiva de prevención del VIH/SIDA que realizó el Ministerio de Salud de la Nación y el Proyecto LUSIDA en el 2001, evidenció un alto desconocimiento acerca de la prevención de este tipo de transmisión, pocas mujeres y hombres sabían que, si el testeo durante el embarazo da positivo y se hace un tratamiento adecuado, se evita significativamente la transmisión del VIH de la madre al bebé<sup>42</sup>. Los estudios posteriores a la segunda etapa de la campaña gubernamental que se

---

40 Bianco, M. “Mujeres, niñas y VIH/SIDA”, Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe – RSMLAC – 1/2001.

41 Pagani L; Re M. I.; Madrigal, P. Op. cit.

42 Informe LUSIDA. Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS. Buenos Aires, Septiembre 2001.

dedicó a esta forma de transmisión, evidenciaron un aumento del conocimiento sobre esta forma de prevención, así como de un elevado grado de retención en la memoria del mensaje difundido por la campaña tanto en mujeres como en hombres debido a la claridad del mensaje y a ser muy directo.

Si bien la maternidad es jerarquizada por las mujeres, todos los problemas de salud vinculados a ella también son de gran interés por parte de ellas. En este sentido la prohibición de la lactancia materna a las madres VIH positivas es un elemento de difícil aceptación porque implica delatar en su medio su condición de seropositiva. Muchas mujeres que viven con el VIH/SIDA en barrios populares del Gran Buenos Aires se atienden en hospitales alejados de sus áreas de residencia para poder mantener oculta su condición de seropositivas, debido a la alta discriminación que padecen cuando descubren su positividad<sup>43</sup>.

Los derechos reproductivos que permiten ejercer el derecho a ser madre en forma libre y sin ningún tipo de coerción ni violencia, cuando y con quien se elija, son poco respetados en Argentina, debido a la falta de políticas públicas que los garanticen. La carencia de programas de salud reproductiva en los hospitales públicos y la no provisión gratuita de métodos anticonceptivos para poder ejercer sus decisiones sobre tener o no hijos, son características del país, donde la influencia de la Iglesia Católica y de sectores conservadores, así como resabios de políticas del siglo pasado: “gobernar es poblar”, impiden la existencia de estos programas. En octubre del 2002 se aprobó la Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el Congreso, después de siete años de lucha para lograrla. Con esta Ley se crea el Programa Nacional en el Ministerio de Salud y se garantiza la existencia de fondos para compra y distribución gratuita de métodos anticonceptivos en los hospitales públicos de todo el país. En la Ciudad de Buenos Aires existe la Ley desde el año 2000, pero no en los municipios del conurbano bonaerense que integran el Gran Buenos Aires.

El aborto inseguro – en Argentina el aborto es ilegal – continúa siendo la estrategia de los sectores pobres para interrumpir los embarazos que no pudieron evitar. Un tercio de las muertes maternas en el 2000 se debieron a muertes por abortos sépticos<sup>44</sup>.

Las mujeres que viven con el VIH/SIDA se ven doblemente afectadas por la falta de servicios de salud reproductiva incluidos los de Planificación Familiar. Para una mujer infectada con el VIH, los riesgos frente a un aborto inseguro son mucho mayores que para las demás mujeres y en general es el único método al que puede recurrir porque carece de dinero para obtener anticonceptivos, atenderse en el sector privado, y menos aún pagar un aborto séptico que, por ser ilegal, es muy caro. En general, los equipos de salud no cuentan con la capacitación adecuada para atender las necesidades ginecológicas y obstétricas de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, y a menudo éstas no reciben una atención integral de su salud, incluida la mental.

El maltrato y la discriminación que las mujeres viviendo con VIH/SIDA sufren en los servicios de salud fueron descritos por algunas de las entrevistadas. “*La discriminación en el*

---

43 Bianco, M.; Pagani, L. *Análisis situacional de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles para mujeres de bajo ingreso en Argentina*. FEIM/ONUSIDA. Mimeo. Buenos Aires, Argentina. 1999.

44 Dirección de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la Nación “Indicadores básicos. Argentina 2001”, Diciembre 2001.

*hospital es muy grande, simplemente por ser pobre te discriminan. Si además sos trabajadora sexual y vivís con el VIH, la discriminación es mucho mayor*". Esto se debe a prejuicios presentes en los equipos de salud, que se corresponden con los preconceptos vigentes en la sociedad en general. La misma entrevistada señaló que cuando una trabajadora sexual consulta por una ETS, muchas veces le dicen: "*¿qué habrás estado haciendo?*", y agregó "*la discriminación empieza desde que retirás el número para el turno en el hospital...*"

La doble discriminación que padecen las mujeres viviendo con VIH no solo se expresa en el maltrato en los servicios de salud. Incluso en el Gran Buenos Aires, donde existe una mayor prevalencia del VIH en general y especialmente en las mujeres, todavía la percepción de la población general es que las mujeres viviendo con VIH son trabajadoras sexuales o prostitutas, estigmatizándolas y discriminándolas particularmente en los grupos pobres. Es por ello que las mujeres en el Gran Buenos Aires tratan de ocultar su condición serológica. La difusión del test en las mujeres embarazadas detectó a muchas mujeres casadas o en uniones estables con hijos/as sin otros compañeros sexuales que el esposo o compañero que resultaron positivas. Cuando se les informaba, no lo podían creer, y al comunicárselo a sus esposos o compañeros muchas fueron acusadas por ellos de infidelidad y promiscuidad. Frecuentemente fueron y son víctimas de violencia doméstica cuando informan su posibilidad e incluso en muchos casos son abandonadas por sus compañeros o esposos y denostadas por la familia<sup>45</sup>. Esto debe ser tenido en cuenta tanto en los mensajes preventivos para desestigmatizar el VIH/SIDA en las mujeres como para manejar la información sobre la posibilidad de las testeadas y de las infectadas o enfermas. Los prejuicios aún existentes frente al VIH/SIDA en las mujeres es un aspecto clave a enfrentar por los programas gubernamentales y no gubernamentales de VIH/SIDA tanto de prevención como de atención y cuidado.

Las características epidemiológicas del VIH/SIDA en cada país o contexto orientan hacia los grupos de población que deben priorizarse, tanto por el crecimiento de la epidemia en algunos sectores, como por la mayor vulnerabilidad. El crecimiento sostenido de la epidemia entre las mujeres y las jóvenes, motivó a algunos programas provinciales o locales a centrar sus acciones en ellas. Las mujeres en los barrios y/o en las localidades del Gran Buenos Aires, especialmente en los sectores más pobres y carenciados, desarrollan una importante tarea en la prevención y además tienen una mayor tradición de trabajo en red. En algunos casos se logra llegar a través de ellas a grupos considerados inalcanzables, por eso su rol es fundamental aunque la mayoría de las veces no es valorado económicamente. El deterioro de los servicios sociales públicos o gubernamentales genera una mayor demanda de atención de las personas enfermas por parte de las mujeres y también el cuidado de los/as huérfanos/as del SIDA que quedan a cargo de abuelas, tías y/o hermanas, las que asumen la crianza y cuidado en condiciones de pobreza, por tanto sin poder buscar apoyos especiales.

## **2.7 Los Derechos Humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA**

Como señalamos anteriormente Argentina, al igual que muchos países de América Latina, no ha tenido una tradición histórica de respeto a los Derechos Humanos, que se expresó políticamente en las frecuentes dictaduras militares que la gobernaron. A partir de

---

45 Bianco, M; Pagani, L. Op. cit.

1983 se revitalizaron y resurgieron ONGs y movimientos de defensa de los derechos humanos incluidos los sociales.

Considerando las diversas formas de discriminación que sufren algunos sectores de la población, como las minorías sexuales y las trabajadoras sexuales, así como los/as usuarios/as de drogas y los migrantes, resulta muy importante el énfasis y la promoción del respeto por los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Sin embargo esto no fue ni es fácil en Argentina. “La salud como derecho humano básico no constituye en Argentina un concepto incorporado culturalmente en la población. Cuando en Argentina se habla de derechos humanos, principalmente se los refiere a los derechos civiles y políticos. El derecho a la salud si bien es visualizado socialmente como un derecho, que debe cubrir el Estado, no se lo defiende como un derecho humano básico. Esto ha determinado en parte la escasa participación de la sociedad civil en la lucha por las reivindicaciones relacionadas con el derecho a la salud.”<sup>46</sup>. La Constitución Nacional de la República Argentina, sancionada en 1853 y reformada por última vez en 1994, no señala en forma explícita el Derecho a la Salud, realizando referencias implícitas al mismo en sus artículos 33, 42 y 43. Después de la reforma de 1994 la Constitución expresa indirectamente el reconocimiento y obligaciones del Estado Nacional del derecho a la salud y a la seguridad social médica en su artículo 75 inciso 22, en donde otorga jerarquía constitucional a Declaraciones, Convenciones y Pactos Internacionales, señalando que deben entenderse como complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Estos instrumentos internacionales incorporan el Derecho a la Salud.

“Con respecto a la legislación específica sobre VIH/SIDA, en 1990 se sancionó la Ley 23.798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. A diferencia de la política de descentralización de la atención de la salud, expresada en la Constitución Nacional, la Ley 23.798 declara de interés nacional la lucha contra el SIDA y establece que la autoridad de aplicación de la misma es el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación”<sup>47</sup>.

La ley nacional de SIDA establece la obligación de las actividades de prevención y tratamiento corresponden al Ministerio de Salud de la Nación, esto se tradujo fundamentalmente en la compra por parte del Ministerio de los reactivos para el testeo así como los medicamentos y la distribución a las provincias, además de la elaboración de normas de diagnóstico y tratamiento sobre VIH/SIDA. Sin embargo si bien la ley hace expresa mención a garantizar los derechos humanos de las personas infectadas y/o enfermas, las resoluciones y normas ulteriores en general no refieren esto específicamente.

A su vez tanto la ley de SIDA como el decreto reglamentario específicamente reservan la confidencialidad del testeo, así como que el mismo solo se realizará con el consentimiento voluntario de la persona. Sin embargo en el artículo 9 la ley establece la obligación de la realización del test en los migrantes de otros países que solicitan su radicación. Si bien esto no

---

46 Bianco, M; Re, M. I.; Pagani, L; Barone, E. “Derechos Humanos y Acceso a tratamiento para VIH/SIDA”,. Estudio de Caso de Argentina en serie Derechos Humanos y VIH/SIDA, editado por el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA y ONUSIDA. Buenos Aires, Argentina, 1999.

47 Bianco, M; Re. M. I.; Pagani, L; Barone, E. Op. cit.

se cumple, constituye un elemento de discriminación ya que se supone que los que resulten positivos no se les concederá el permiso de residencia en el país. Esto es un elemento legal que avala la discriminación de los migrantes, algo que si bien no es reconocido sí es ampliamente difundido en todo el país, incluido el Gran Buenos Aires. Paradójicamente, tanto la Ciudad de Buenos Aires como los partidos del conurbano bonaerense que integran el Gran Buenos Aires, concentran población inmigrante desde mediados del siglo XX, especialmente de países limítrofes y del interior del país. La población migrante que definimos es en general de tez oscura, cabello y ojos pardos o negros, características físicas que generaron el apodo de “cabecita negra” al migrante del interior del país con un claro sentido discriminatorio y estigmatizante que se extiende a los bolivianos, paraguayos y de otros países limítrofes o de América Latina.

En 1991 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación sancionó una resolución sobre la política en relación a la infección del VIH en las cárceles federales, dependientes del gobierno nacional. Dicha Resolución establece que los estudios de VIH solo pueden realizarse si son consentidos por los/las internos/as y que estos tienen derecho al tratamiento que debe ser provisto por el Estado. Este es un punto crítico, ya que existieron y existen, intentos reiterados de efectuar estudios obligatorios de los internos por parte de las autoridades de los Servicios Penitenciarios, en base a dicha resolución muchos de estos intentos se frenaron.

En el año 2000 se concreta por parte de la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA del Ministerio Nacional con los programas provinciales el primer Plan Nacional de VIH/SIDA 2000/2003<sup>48</sup> en el cual se incorporan las actividades: de prevención y atención señalando especialmente el respeto de los derechos humanos de los infectados/enfermos y/o sus familiares. Esto es además importante porque en varias provincias y municipios se sancionaron leyes y/o normas que atentan contra los derechos humanos, como las de testeo obligatorio pre-matrimonial y/o pre-ocupacional, algunas de las cuales continúan en vigencia hasta nuestros días.

Respecto a las actividades de prevención, en Argentina estas fueron casi nulas por parte del gobierno nacional y la mayoría de los gobiernos provinciales y/o municipales. Las escasas actividades iniciadas a finales de los 1980 como la línea telefónica a nivel nacional y otras acciones de divulgación de las formas de transmisión y su prevención – como una campaña televisiva del gobierno de la provincia de Buenos Aires en 1988/89 – fueron interrumpidas en 1989 y 1990. La decisión política del gobierno nacional de no promover el uso del preservativo ni las actividades preventivas sobre la transmisión sexual y por uso de drogas endovenosas se sostuvo en toda la década de los 90. Incluso esto produjo un retraso de más de un año en la firma del proyecto de Lucha contra el SIDA (LUSIDA) con el Banco Mundial, el que finalmente se firma en noviembre de 1997. Esto debido a que el Banco Mundial solicitaba la mención de la promoción del preservativo como método de prevención y el gobierno nacional no lo aceptaba. Esta actitud del Gobierno Nacional, de no promoción del uso del preservativo se debió a un acuerdo tácito con los sectores más conservadores de las distintas iglesias, los partidos políticos y la sociedad. Como refirió una de las personas entrevistadas *“los derechos sexuales al igual que los reproductivos fueron negados y*

---

48 Este plan estableció tres ejes prioritarios: prevención, atención y fortalecimiento institucional. Fue elaborado con la cooperación de ONUSIDA. “Plan Estratégico en VIH/SIDA y ETS 2002-2003. Argentina”. Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación y ONUSIDA. Buenos Aires, Argentina. Diciembre, 2000.

*resistidos con gran insistencia, sin atender a los problemas de salud pública como las muertes maternas y el VIH/SIDA”.*

El VIH/SIDA agregó otro elemento de estigma a grupos que previamente ya sufrían una importante discriminación social, especialmente los HSH, las trabajadoras/es sexuales y los/as usuarios/as de drogas. Entonces el SIDA plantea un desafío que implica incluir a las minorías o grupos excluidos y marginados de la sociedad. El desafío como señaló un entrevistado es *“sacar de la clandestinidad a los grupos vulnerables, que son vulnerables no por sí mismos sino por la condición de clandestinidad en que los puso la sociedad”*. Este es el verdadero desafío de la prevención, por eso sus grandes y complejas dificultades de poder concretarla.

La prevención en el marco de derechos humanos implica que mujeres y niñas/os tengan derecho a la información y a elegir cómo prevenirse sin ser coercionadas ni obligadas a tener relaciones sexuales, abusados y/o explotados sexualmente. Pero también implica que quienes consumen drogas endovenosas puedan hacerlo sin infectarse con el VIH/SIDA y esto implica no juzgarlos ni pretender incorporarlos a la mayoría no usuaria, sino ayudarlos a prevenirse desde su práctica de consumo. También significa que las/os trabajadoras/es sexuales sean incluidas/os en programas eficaces de prevención, y que los HSH, en toda la diversidad que abarca este grupo, puedan ejercer sus derechos sexuales de manera saludable, segura y placentera. Como dijo Peter Piot en 1996 *“hacer que los derechos humanos sean una realidad en la vida de la gente”*<sup>49</sup>.

La creciente medicalización del VIH/SIDA en la medida en que surgen cada día tratamientos paliativos cada día más eficaces, está orientando la lucha de las ONGs y grupos de la sociedad civil demanda social al acceso a los tratamientos de las personas viviendo con VIH/SIDA. Si bien el acceso universal al tratamiento adecuado es un derecho humano esencial de las personas que viven con el VIH/SIDA, el mismo no es suficiente mientras no se creen las condiciones sociales para que estas personas dejen de sufrir la violación sistemática de sus derechos humanos al acceso a la salud, la educación, la información, a formar una familia, a circular libremente entre los países, entre otros. Como dijo una de las personas entrevistadas: *“Si bien aún cuando todos tuvieran acceso a los medicamentos, los prejuicios están presentes y siguen afectándolos a todos”*. En la misma línea, otro entrevistado señaló *“lo que está herido no es solo el cuerpo, es la dignidad de las personas”*. Por eso la lucha no acaba en promover el uso del preservativo ni en que todas las personas tengan acceso al tratamiento, sino que debe extenderse al logro de cambios socio-culturales más integrales que terminen con la exclusión y marginación, sea por motivos económicos, sociales, de edad, raza o etnia, religión u orientación sexual.

---

49 Piot, P. “VIH/SIDA, Derechos Humanos y responsabilidades humanas”, presentación en el 2º Congreso Internacional de Salud y Derechos Humanos organizado por el Instituto François Bagnard de la Universidad de Harvard y publicado en *Desidamos*, año 4, Vol.3/4. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Julio 1996.

## 2.8 Migrantes y VIH/SIDA

En el Gran Buenos Aires, durante la última década hubo una modificación del patrón de inmigración. Por un lado, persistió la llegada de jóvenes de ambos sexos del interior del país en busca de mejores posibilidades laborales en los grandes centros urbanos. Por otro lado a la histórica y tradicional migración de personas provenientes de los países limítrofes, especialmente de Paraguay y de Bolivia, se agregó la inmigración proveniente de otros países de América Latina, como Perú, República Dominicana, Ecuador y Brasil, y en menor medida personas provenientes de Europa del Este y Asia, con diferencias culturales y de idioma más importantes.

La mayoría de estas personas vinieron atraídas por las posibilidades laborales, con capacidad de trabajar sobre todo en el área de servicios y/o la construcción, y la paridad del peso argentino con el dólar, que les permitía enviar dólares a sus familias en los países de origen.

Si bien aquellas personas que provienen de otros países de América Latina comparten el idioma y algunos aspectos culturales, las diferencias son muchas y además encuentran una sociedad prejuiciosa que los discrimina y estigmatiza. Cuando las diferencias influyen el lenguaje, se agregan barreras de comunicación.

Los servicios de salud pública en Argentina asisten a todas las personas que allí concurren independientemente de su raza, etnia, religión, condición socioeconómica o país de origen, pero aún así para obtener algunos beneficios y en especial para el tratamiento gratuito del VIH/SIDA se necesita documentación de residencia, que no todos los inmigrantes de otros países poseen, y cuya tramitación no es sencilla. Esto dificulta el acceso a una atención adecuada, ya que la obtención de estos documentos requiere múltiples trámites burocráticos que demandan mucho tiempo y dinero. Específicamente en el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, si bien el Estado lo cubre gratuitamente, no ocurre lo mismo en el caso de inmigrantes indocumentados. A fines del 2001 existieron dos medidas legales en la Ciudad de Buenos Aires respecto a la atención de dos mujeres inmigrantes, que fueron paradigmáticas<sup>50</sup>.

La migración interna conlleva otro tipo de dificultades, especialmente la adaptación a los tiempos y costumbres en una gran ciudad como es la de Buenos Aires. Los jóvenes que vienen de otras provincias buscando oportunidades laborales se encuentran con una ciudad con otros códigos más impersonales, con un ritmo de vida muy acelerado, y con hábitos más libres, especialmente en lo relativo a la sexualidad. Esto les produce la percepción de una mayor libertad y posibilidades junto a un desconocimiento de las pautas de conducta que los deja más desprotegidos y vulnerables frente al consumo de drogas, el VIH/SIDA y el trabajo sexual.

Estos/as jóvenes carecen muchas veces de información certera sobre el VIH/SIDA y en especial de sus formas de prevención. Uno de los entrevistados hizo alusión a esta falta de información y a cómo ello favorece prácticas riesgosas, especialmente entre los jóvenes

---

50 CELS / CLADEM / FEIM / ISPM. Op. cit.

varones que tienen sexo con otros varones. No solo tienen poca información sino que carecen de posibilidades de acceder a ella lo que aumenta su vulnerabilidad.

En el caso de las mujeres jóvenes migrantes solas o con sus hijos/as es frecuente su incorporación al servicio doméstico en condiciones muy desfavorables más próximas a la explotación que al trabajo. Por eso muchas se incorporan al trabajo sexual pero mediado a través de organizaciones comerciales que las explotan y abusan. Como se señaló anteriormente, estas organizaciones ilegales las tratan como “esclavas” y es muy difícil salir de ellas, porque usan la violencia para retenerlas. Por otra parte, como necesitan dinero para enviar a sus familiares sea en el interior del país o en otros países y no pueden declarar como lo obtienen, la mayoría se somete y persiste en el alto riesgo que esto implica para su salud física y mental.



## Segunda Parte

### **3. La repuesta gubernamental frente al VIH/SIDA**

Si consideramos la respuesta gubernamental nacional en VIH/SIDA podemos diferenciar distintos periodos o etapas, que a los fines de este estudio se separan en cuatro: la primera de 1982 a 1989, la segunda de 1990 a 1999, la tercera del 2000 al 2001 y la cuarta del 2002 en adelante.

**Primera Etapa:** Al comienzo de la epidemia entre los años 1982 y 1983 prácticamente no existió respuesta gubernamental a nivel del Ministerio de Salud. Ante las primeras personas enfermas de SIDA la respuesta surgió de algunos grupos de investigación, como la Academia Nacional de Medicina (ANM). Fundamentalmente la participación en ese momento era asegurar el diagnóstico de los posibles enfermos. Es así como algunos centros como la ANM se constituyeron en centros de referencia para certificar el diagnóstico. En esos años, los últimos de la dictadura militar, se vivía una gran represión, por tanto el VIH/SIDA surgía con gran estigmatización asociada a la que padecían los grupos gay y de hombres que tienen sexo con hombres.

Desde la apertura democrática en diciembre del 1983 hasta fines de esa década, a través del Ministerio de Salud inició algunas actividades, como el Registro Nacional de Enfermos de SIDA, en 1987 la línea telefónica de asesoramiento a través de un convenio con la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y el envío en 1980 del proyecto de Ley Nacional de SIDA al Congreso de la Nación. En 1990 se sanciona la ley que establece la responsabilidad del Ministerio de Salud de la Nación respecto al Registro Nacional de Enfermos, facilitar su atención, controlar y evitar su discriminación, y promover la prevención. Sancionada la ley, se discute su reglamentación la que se aprueba en 1990.

**Segunda Etapa:** A partir de ese año las organizaciones no gubernamentales con trabajo en VIH/SIDA existentes la mayoría de ellas en la Ciudad de Buenos Aires, que ya habían empezado a nuclearse, insistieron en presentar propuestas al Ministerio de Salud particularmente orientadas a desarrollar actividades de prevención. El reclamo del desarrollo de actividades de prevención constituyó la principal bandera de lucha de la mayoría de las ONGs con trabajo en VIH/SIDA hasta mediados de la década de los 90, tanto por la falta de actividades de prevención realizadas por el gobierno, así como la escasa existencia de tratamientos efectivos. En 1990 un Ministro de Salud de la Nación cuya gestión duró muy poco, planteó la compra de preservativos para distribución gratuita. Esto nunca se concretó ya que las presiones de los sectores conservadores y de la Iglesia Católica lo impidieron. La partida presupuestaria que en un principio se asignó para este fin, se destinó a la producción de un video educativo para jóvenes muy poco claro en sus mensajes explícitos y subliminales respecto a la protección, ya que no solo no promovía el uso de preservativos, sino que transcurría en una discoteca con consumo de alcohol. Este video fue ampliamente distribuido y promovido por el Jefe del Programa de VIH/SIDA del Ministerio durante los dos años que estuvo a cargo del Programa.

En Argentina la discusión de la efectividad del preservativo para la prevención del VIH/SIDA fue muy importante, se extendió por muchos años y afectó la credibilidad de la población en este método de prevención, especialmente los/as jóvenes. El tema continuaba siendo una discusión todavía muy limitada al Gran Buenos Aires, en el resto del país el tema no era de interés ni existía. Mientras tanto crecía la epidemia y aumentaba notoriamente la cantidad de personas infectadas, especialmente mujeres en el Gran Buenos Aires. A pesar de eso el gobierno nacional negaba la importancia de la epidemia.

A mitad de los 1990 una fundación norteamericana de lucha contra el SIDA eligió a Argentina como país para promover actividades de prevención con ONGs, especialmente debido al crecimiento real y potencial de la epidemia dada la proximidad e intercambio con Brasil y el importante desarrollo de la epidemia en ese país. Esto generó una fuerte reacción del gobierno nacional, que se opuso a esta opinión y discutió la pertinencia de esa decisión.

Como producto en parte de la globalización y de la crisis económica de fines de los ochenta, en la Argentina durante la década de los 90 se inició un proceso de reestructuración del Estado, con una revisión y redefinición de su rol en la sociedad, basada en las políticas de ajuste estructural que se aplicaron. A partir de la implementación de esas políticas de ajuste estructural, se produjo una importante disminución del gasto público social, las áreas de salud y educación fueron fuertemente afectadas, así como también las de asistencia social. Esta reducción presupuestaria se acompañó de un achicamiento general de los servicios públicos, que en salud afectó en gran medida las actividades de prevención, así como la calidad de la atención. Ante el vacío del Gobierno Nacional y los gobiernos provinciales surgieron instituciones que, en el intento de suplir las acciones que el Estado no realizaba, tomaron protagonismo en la lucha y prevención del VIH/SIDA<sup>51</sup>. Además del alejamiento del Estado de la función asistencial y de prevención, se observó el debilitamiento de su rol de articulador y promotor de las relaciones sociales<sup>52</sup>, en parte por una creciente falta de credibilidad, lo que derivó en un cuestionamiento del rol del Estado y su escasa convocatoria y en el crecimiento de las instituciones asistenciales privadas y no gubernamentales.

En 1996, ante el descubrimiento de los tratamientos combinados y su efectividad, las personas viviendo con VIH y las ONGs orientaron su lucha al reclamo para el acceso universal a dichos tratamientos. La respuesta inicial del gobierno nacional fue escasa, ya que se confeccionaron listas para dar tratamiento a un reducido grupo de población, creando esto presión y competencia entre las personas infectadas y/o enfermas para estar incluidas en esas listas. El mecanismo elegido implicó un privilegio para las personas viviendo con VIH/SIDA residentes en el Gran Buenos Aires y dentro de ellas las que estaban más informadas y comunicadas como fueron los grupos gays y otros no tan carenciados. Por otra parte 1996 y 1997 son años en los cuales el escaso presupuesto nacional asignado al Programa de lucha contra el VIH/SIDA se reduce por quitas o podas adoptadas por el Ministerio de Economía. Esto produjo una grave crisis en la provisión de medicamentos antirretrovirales, que culminó en un amparo judicial que ocho organizaciones no gubernamentales hacen el 30 de noviembre de 1997 al Ministerio de Salud y que la jueza rápidamente concede intimando al Ministerio a

---

51 Kornblit A, Petracci M. "Las ONGs que trabajan en el campo del VIH/SIDA: una tipología". *Desidamos*, año VIII, n°1. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 2000.

52 Touzé G. "Articulación entre movimiento comunitario y gobierno". *Desidamos*, año VIII, n°3/4. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 2000.

proveer la medicación a quienes la requieran en 48 horas. Este amparo que aún está vigente, culminó en un proceso judicial al año de iniciada la demanda, que demostró la falta o incumplimiento por parte del Ministerio de Salud de la Nación en dicha provisión<sup>53</sup>.

En 1998 y más claramente en 1999 no solo mejoró el presupuesto para el Programa Nacional, principalmente asignado para la compra de medicamentos antirretrovirales como consecuencia del amparo legal antes mencionado, sino que se elaboraron normas de distribución y almacenaje, tendientes a mejorar el proceso de compra centralizada con provisión descentralizada en los hospitales públicos provinciales y/o municipales. En estos años se firmaron acuerdos del Programa Nacional con las provincias y se trató de mejorar la responsabilidad de cada actor gubernamental.

**Tercera Etapa:** Con el cambio de gobierno se produjo un cambio en la conducción del programa. Se creó la Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS que integró el Programa Nacional y el Proyecto LUSIDA, antes separados con conducciones autónomas e incluso dependientes de distintas Secretarías de Estado dentro del Ministerio de Salud. El periodo 2000/2001 se caracterizó por una gran actividad en prevención, se concretó la realización de la primera campaña masiva de prevención del VIH/SIDA en el 2001 y la de las campañas de prevención focalizada en ambos años con la participación de ONGs. En el 2000 se concretó la elaboración del Plan Estratégico Nacional en VIH/SIDA y ETS 2000-2003 con el apoyo de ONUSIDA. Este plan se elaboró en base a una tarea participativa de los responsables de programas provinciales y municipales así como ONGs y personas viviendo con VIH/SIDA. Este plan estableció tres ejes centrales: prevención, atención y fortalecimiento institucional del Programa Nacional y los provinciales.<sup>54</sup>

Este periodo incluyó el trabajo coordinado con la Secretaria de Drogas de la Nación (SEDRONAR) que se tradujo primero en la Resolución 351 del 2000, sancionada en julio de ese año que reconoció y sentó las bases para los programas de reducción de daños, asignándole al Ministerio de Salud de la Nación esa responsabilidad<sup>55</sup>. Cabe señalar que en Argentina por una ley de comienzos de los 1990 la tenencia de drogas incluso para consumo personal, está penalizada, por tanto no se podían realizar programas como los de reducción de daños por el riesgo de ser denunciados los usuarios y ser privados de su libertad. La Resolución 351 fue una respuesta para prevenir los daños a la salud como el VIH/SIDA asociados al uso de drogas endovenosas sin violar la legislación. Esto generó el desarrollo de proyectos del Ministerio de Salud con ONGs y con gobiernos provinciales para iniciar estas actividades, las que crecieron considerablemente a partir del segundo semestre del 2000. La Provincia de Santa Fe, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Provincia de Mendoza y del Municipio de Rosario fueron los más activos en esta línea de acción. Esto era clave en Argentina por la magnitud de la infección entre los UDI, cuatro de cada 10 enfermos de SIDA se infectaron por esta vía de transmisión. También porque la ley argentina castiga y penaliza toda forma de tenencia de droga, incluso para uso personal. Por tanto los prestadores de salud rechazaban acciones preventivas con estos grupos de población para evitar conflictos legales.

---

53 Bianco, M; Re, M. I.; Pagani, L.; Barone, E. Op. cit.

54 Plan Nacional Estratégico en VIH/SIDA y ETS 2000-2003. Ministerio de Salud de la Nación, Proyecto LUSIDA y ONUSIDA, Buenos Aires, año 2000.

55 UCE de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación / Intercambios / ONUSIDA "SIDA y Drogas. Reducción de Daños en el Cono Sur". Buenos Aires, Argentina. Julio 2001.

La resolución 351/00 de SEDRONAR, así como proyectos de modificación de la legislación permitieron avanzar en este campo. Lamentablemente los proyectos de cambio de la legislación no prosperaron.

En agosto 2000 se habilitó la línea telefónica gratuita 0800 del Ministerio de Salud orientada principalmente a la prevención. Otra estrategia de este periodo fue la descentralización de efectores para estudios de Carga Viral a través de convenios con centros provinciales, municipales y/o universitarios del interior del país. Desde 1998 se habían concentrado estos exámenes en la Universidad de Buenos Aires y en la de Rosario, lo que implicaba demoras en tiempo y aumento de costos así como complejidad administrativa por el desplazamiento de las muestras de sangre y/o las personas.

También se modificó el sistema de compra de los medicamentos ARV por parte del Ministerio de Salud, pasando de compras bimensuales, a compras semestrales y anuales. Esto no solo redujo los precios, que bajaron también por la aparición en el mercado de similares producidos por otros laboratorios diferentes a los de patente, sino que además mejoró la provisión, evitando o disminuyendo los periodos de falta entre compras que eran una constante.

**Cuarta Etapa:** A partir del 2002 con el nuevo cambio de gobierno se producen cambios importantes debidos a la grave crisis económica del país y a la devaluación de la moneda local. Esto afectó los precios de los reactivos y de los medicamentos, concentrándose todos los recursos en esos rubros, lo que implicó una caída de las actividades de prevención ya sea directamente ejecutadas por el Ministerio de Salud de la Nación, como a través del apoyo a ONGs y grupos de personas que viven con el VIH/SIDA. Se suspendieron estos fondos lo que atentó contra la continuidad de las acciones preventivas.

En agosto del 2002 se aprueba la ley de genéricos que tendrá impacto en la producción y costos de los ARV. También en abril Argentina presentó un proyecto al Fondo Global para SIDA, Malaria y Tuberculosis, que resultó aprobado, el que se espera permita retomar las actividades de prevención.

En síntesis podemos señalar que la respuesta gubernamental aún no es integral en Argentina y que no está garantizada la capacidad del gobierno nacional y los gobiernos provinciales y locales para asumir estrategias de prevención con una perspectiva de derechos humanos que implique la inclusión social de los grupos más vulnerables, como trabajadores/as sexuales, HSH y usuarios/as de droga endovenosa, considerando los factores culturales mencionados para lograr ser más efectivos. A principios de esta década se desarrollaron actividades y programas de prevención con estos grupos, y ahora es necesario sostener y profundizar estos avances, así como continuar la investigación de las mejores estrategias y modalidades de prevención y atención en cada contexto.

En la respuesta gubernamental el papel de los servicios de salud es fundamental. La articulación con los servicios de salud fue un tema abordado por varios entrevistados. El Hospital Público es percibido y considerado por muchas personas como expulsor, su personal profesional, técnico y de otro tipo expresa actitudes discriminatorias muy variadas, pero sistemáticas y reiteradas especialmente frente a las minorías sexuales, los usuarios de drogas,

las/los trabajadoras/es sexuales y los/as migrantes. Parece necesario sensibilizarlo en cuestiones básicas como el género, los derechos humanos de las personas, las necesidades diversas, basadas en factores culturales que tienen los distintos grupos de personas que consultan, ya sean por sexo, edad, características de hábitos u otras. Esto también lo expresan algunos de los responsables gubernamentales entrevistados, por ejemplo: *“Es necesario lograr el protagonismo de las personas que consultan a servicios públicos de salud, pero también de quienes trabajan en esos servicios. Estos deben repensar el concepto de salud/enfermedad en base al cual actúan.”* Si la concepción de salud-enfermedad solo se considera como un problema médico-biológico y no social, difícilmente se les permitirá a quienes consultan asumir un rol activo en las decisiones atinentes a su salud. Es fundamental que el equipo de salud informe a quienes consultan los riesgos según las decisiones terapéuticas que adopten y también que promuevan que estas decisiones sean adoptadas por las personas, libres de toda forma de coerción y/o coacción, acordes a sus pautas y valores culturales.

Una de las personas entrevistadas dijo: “Queremos mostrar que se pueden hacer las cosas distintas, que se puede ser sujeto activo y que hay formas distintas de responder a los problemas de salud. Queremos reiterarles e imbuirlos a todos con los que trabajamos: ONGs, profesionales, u otros, de que se incorporen activamente.”

Muchos de los/as entrevistados/as insistieron en la necesidad de hablar claro y en forma sencilla para que se entiendan mejor los mensajes. Otro de los entrevistados señaló: “el aporte de los que ya tuvieron experiencia en los servicios de salud podrían ser de ‘acompañantes’ de los que concurren por primera vez al hospital, construyéndose así la transferencia de aprendizajes básicos para evitar la expulsión que los servicios públicos de salud tienden a producir y que sean más efectivos”.

#### 4. El papel de las organizaciones no gubernamentales

En Argentina, al igual que en América Latina, existe un vacío conceptual para definir a las ONGs con trabajo en VIH/SIDA. Esto sucede, en parte, por la heterogeneidad de definiciones de las organizaciones no gubernamentales en general, y por la dificultad de clasificación, debido a la diversidad de modelos de trabajo.

Las dimensiones por las cuales las ONGs con trabajo en VIH/SIDA van construyendo su identidad en Argentina, son: su rol y actividades; sus paradigmas de abordaje; su relación con el gobierno; su inserción en las comunidades con las cuales trabajan; la comparación con otras ONGs que trabajan en el campo de la salud<sup>56</sup>. Estas dimensiones se resignifican, según Vignau, ante la implementación del Proyecto Lusida, que englobó a las ya heterogéneas ONGs con otras entidades como cooperativas, sindicatos, clubes, iglesias y universidades, todas incluidas bajo el término Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs)<sup>57</sup>.

Los objetivos y motivos por los que surgieron las organizaciones no gubernamentales que trabajan en VIH/SIDA en Argentina fueron y son muy diversos. Incluso algunas empezaron a trabajar la temática del SIDA por una necesidad surgida en el curso de su trabajo con determinados grupos vulnerables, como es el caso de las trabajadoras sexuales y los/as usuarios/as de drogas: “...*los pibes que venían a hacer el tratamiento de consumo venían en estados muy avanzados de infección por VIH. Los chicos que venían a internarse nos pedían que fuéramos a los barrios porque los chicos no querían dejar la droga, o estaban teniendo mucho problema con el VIH, o con la hepatitis B y C y en ese momento no había mucha información*”, expresó una de las personas entrevistadas.

En general muchas de estas instituciones orientan sus acciones hacia las poblaciones más desprotegidas del Gran Buenos Aires. Al trabajar con estos sectores con elevados niveles de pobreza y marginalidad se evidencia la baja escolaridad, lo que conlleva dificultades para la comprensión de mensajes y para analizar críticamente la información. Esto no es un dato menor a la hora de decidir sobre las acciones a desarrollar ya que esta situación impacta en la relación de las personas con estructuras que le son desconocidas, y que viven como hostiles, como ocurre con los servicios de salud o con quienes asocian con ellos. También se enfrentaron a las dificultades de los inmigrantes de país y de otros países que encontraron en la gran ciudad barreras e impedimentos culturales muchas veces insalvables.

Una de las informantes refirió “*cada vez los niveles de alfabetización son más bajos, son personas con competencias discursivas cada vez más limitadas y menores competencias para entender los mensajes. No es sólo saber leer y escribir, algunos lo saben pero no interpretan, o no pueden articular y conectar la información. Por ejemplo en el hospital pueden tener problemas de orientación porque no pueden entender los carteles de señalización para ubicar los distintos servicios y consultorios.*” Esto se agravó con el recrudecimiento de la pobreza que afecta al país y especialmente al Gran Buenos Aires.

---

56 Re, M. I. Op. Cit. 2000.

57 Vignau, L y otros. “La experiencia del Fondo de Asistencia para OSCs”, presentado en el V Congreso Argentino de SIDA. Mendoza. Noviembre 2001.

A la hora de decidir las acciones se toma en cuenta el grupo al que va dirigido la misma y sus necesidades. La necesidad de que se hable de forma clara y sencilla fue algo expresado por varios informantes, en concordancia con lo registrado en la mayoría de la bibliografía existente. La difusión “boca en boca” fue muy valorada por todos ya que el lenguaje y los códigos compartidos por los pares resultan beneficiosos para la expresión y aceptación del mensaje preventivo, como ocurre con los temas de sexualidad según se comprobó en la población adolescente<sup>58</sup>. Según lo expresado por muchas de las personas entrevistadas, la comunicación por medio de códigos y formas de expresión compartidos, permite una identificación con el discurso y por ende con el mensaje que pretende difundirse. A su vez, la identificación con pares que ejercen una función de liderazgo positivo en la multiplicación de mensajes preventivos y/o de respeto de los derechos humanos, facilita una adopción de pautas de comportamiento que disminuyen la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. *“Que una persona que es tu par te diga por qué te tenés que cuidar, cómo tenés que cuidarte, es más importante que si viene de una persona ajena, o a que veas un aviso en la tele o en un cartel por ahí. Eso no te llega, porque no dicen que te tenés que cuidar porque trabajás con los genitales y entonces estás más expuesta por el mero hecho de ser mujer y por ser trabajadora sexual. Eso no lo podés decir así en los medios de comunicación”*, dijo otra persona entrevistada. Este es un ejemplo claro del valor de los mensajes cuando se tienen en cuenta sus pautas y valores culturales.

El crecimiento de la epidemia entre mujeres así como la percepción de que el uso de drogas y la prostitución es diferente en su presentación e impacto en las mujeres que en los hombres, motivó a que una institución que trabaja con usuarios/as de drogas decidiera orientar parte de sus acciones hacia las mujeres. Las mujeres cumplen un rol importante en los barrios humildes y a través de ellas se pueden alcanzar a otros actores del barrio. *“La mujer como actor es un punto estratégico, entrando por ella entramos en muchos otros lugares, sobre todo si es madre. Una mujer que es madre en esos barrios tiene otra legitimidad, otro respeto, sobre todo aquellas que son cabeza de familia.”*

Vignau<sup>59</sup> considera la evolución de la sociedad civil en la década de los 90, distinguiendo tres momentos. El primero en 1991 en el Foro Nacional de ONGs realizado en Argentina con asistencia de ONGs y grupos de todo el país, en el que la preocupación se centró en la pobreza. En ese Foro el VIH/SIDA no fue ni siquiera mencionado. Si bien se destacaba la heterogeneidad de las organizaciones, se visualizaba la relación con el Estado al que se acercaban ya sea por contactos personales o políticos. Sin embargo en el Documento final dicen: “El Estado es un espacio que debe fortalecerse. No es el OTRO.”

El segundo momento, se ubica a mediados de la década de los 90 dos investigadoras de la Universidad de Buenos Aires publican un trabajo de investigación: “Actores Sociales y SIDA”<sup>60</sup>, en el que describen y clasifican a las ONGs que trabajan en esta temática. Las autoras llaman la atención sobre la heterogeneidad de estas organizaciones en relación a las

---

58 Bianco M, Re MI, Pagani L. “Género y sexualidad adolescente, problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA” en Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad, AEPA, CEDES, CENEP. Buenos Aires, Argentina. 1998

59 Vignau, L. y otros: Op cit.

60 Biagini, G y Sánchez, M. Op. cit.

metodologías de trabajo y su encuadre, así como su composición. Sin embargo señalan a las ONGs como las principales ejecutoras de las respuestas más activas frente al SIDA provinieron de ONGs que lograron ubicar al SIDA como tema de la agenda pública, sacándolo de la esfera privada y despojándolo de la discriminación y exclusión.

La implementación del Proyecto LUSIDA del Ministerio de Salud de la Nación en 1997, puede reconocerse como el tercer momento. En el marco del mismo, se realiza un relevamiento de estas organizaciones inscribiéndose 448 ONGs entre 1997/99. En una actualización del Registro en el 2000/1, las que se inscribieron solo fueron 157, lo que se debió en parte a que el nuevo concurso de proyectos se centró en actividades de prevención dirigidas a grupos más específicos por su vulnerabilidad. La experiencia de trabajo entre el gobierno y OSCs con motivo del Proyecto LUSIDA fue la más importante desarrollada en el país por el número de organizaciones: 131 OSCs con las que se realizaron proyectos, cada uno con una duración entre 8 y 24 meses. El sistema de informes e interacción entre las organizaciones y el personal del Proyecto permitió establecer nexos, que a partir del 2000 con la integración en la UCE del Programa Nacional y LUSIDA trascendieron al componente específico del Proyecto LUSIDA y se extendió a los otros componentes y al Programa Nacional.

A partir del 2000, debido a la estrategia de vinculación de ONGs con los programas provinciales y locales del Programa Nacional se desarrollaron instancias de articulación y coordinación entre las ONGs y los programas provinciales y los servicios de salud, vínculos que trascendieron los propios proyectos y se ampliaron a la planificación estratégica a través del trabajo de elaboración y seguimiento del Plan Nacional de VIH/SIDA y ETS 2000/2003. Las ONGs se fortalecieron, lograron desarrollar equipos técnicos y ampliaron el espectro de las actividades de prevención que realizan. También se vincularon al Estado a través de los programas nacional, provinciales y municipales, desarrollándose relaciones más estables que aún hoy perduran. Relaciones que permitieron pasar de la denuncia y crítica al trabajo conjunto, enriqueciendo la incorporación de los factores culturales en los programas gubernamentales.

La participación de ONGs y personas viviendo con VIH/SIDA como parte de la Delegación Oficial en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en junio 2001, así como el trabajo previo de debate y formulación de estrategias con los representantes de ONGs, significó un avance considerable en esta línea de trabajo conjunto en el marco del disenso.

Con respecto a los esfuerzos de las ONGs para un trabajo más articulado entre sí, las redes que operaban en la década de los 90 eran: la Primera Red de ONGs Argentinas que trabajan en SIDA; la Coalición de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA en Argentina; el Encuentro de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA de Argentina (que se encuentra en funciones actualmente); y la Federación Argentina de SIDA y Salud (FASS). A partir del 2001 y en el 2002 se han realizado esfuerzos para consolidar un Foro de ONGs con trabajo en VIH/SIDA, uno de cuyos objetivos es la construcción de un interlocutor representativo de las ONGs frente al gobierno, las empresas y otros actores. El Foro cuenta con una estructura de delegados regionales que está funcionando y ha elegido representantes a los distintos ámbitos



de intercambio con el Gobierno, como el Grupo Temático de ONUSIDA, el Comité de Manejo de Programas del Fondo Global para SIDA, Malaria y Tuberculosis, y otros.

Si bien el sistema de participación y decisión es todavía precario y poco estructurado, es un avance que permitirá perfeccionarlo con el tiempo y con la experiencia de este tipo de estructura entre ONGs y de intercambio con el Gobierno Nacional y los Gobiernos provinciales y locales. Sin duda una mejor interacción entre gobiernos y organizaciones de la Sociedad Civil mejorará la respuesta frente a la epidemia así como las estrategias y programas. El riesgo actual es que se privilegien las estrategias y programas de atención y provisión de medicamentos en detrimento de la prevención. Esto es algo que se planteo con mayor énfasis a partir de la creación del Fondo Global. Solo la insistencia y la centralización de la pandemia como un problema social y no meramente médico permitirá evitar este riesgo. Para ello, el refuerzo e insistencia en las estrategias y programas de prevención basados en enfoques integrales y holísticos, es clave. Las agencias de cooperación multi y bilateral deberán insistir en esta línea y señalar los riesgos de desvíos hacia una medicalización del VIH/SIDA. Esto significaría adoptar un enfoque inmedatista, que no dará una solución al complejo problema que el SIDA desnudó en nuestras sociedades.

## 5. Comentarios finales

En Argentina, no existen mecanismos para evaluar, castigar o premiar las acciones de gobierno. La reformulación de políticas se realiza la mayoría de las veces por problemas de presupuesto, de competencias entre jurisdicciones, o de construcción de poderes y liderazgos. Este es un obstáculo fundamental para implementar una respuesta articulada frente al VIH/SIDA, sobre la base de la evaluación y el monitoreo constante de las acciones desarrolladas, dada la variabilidad del perfil epidemiológico y los consiguientes desafíos para la prevención. El desarrollo de las ONGs en general y las específicas de lucha contra el VIH/SIDA es todavía incipiente y refleja no solo la diversidad de actores y problemáticas implicadas, sino también las diferencias de intereses y/o capacidades. Esto dificulta la articulación entre ellas y con los gobiernos. Por otra parte, la crisis económica genera una mayor dependencia de las ONGs de fondos gubernamentales, que atenta contra la capacidad de disenso por temor a represalias y no apoyo a sus actividades. Esto no es exclusivo de algunas ONGs o grupos sino que es hoy una realidad en todo el país y preferentemente en el Gran Buenos Aires donde se concentran estas organizaciones.

El aporte para ampliar la perspectiva de la respuesta gubernamental incorporando los factores culturales, que deben hacer las ONGs puede verse afectado por la dependencia económica y es un factor de especial atención por parte de las agencias multilaterales y del Fondo Global.

El VIH/SIDA es, sin dudas, el problema sanitario que ha generado la mayor cantidad de respuestas teóricas y operativas en Argentina. Sin embargo, en general las mismas han sido desarticuladas, discontinuas y poco efectivas.

Por otro lado, el VIH/SIDA se ha convertido en una herramienta política que va tomando diferentes identidades, especialmente en el actual contexto de crisis política y económica y de emergencia sanitaria que está viviendo la Argentina, y particularmente en Gran Buenos Aires.

Un camino para promover una mayor coordinación de los esfuerzos y recursos alrededor de la epidemia, es la comprensión de las construcciones culturales que guían las estrategias implementadas frente a la misma. La complejidad de estas construcciones exige de quienes trabajamos en el campo del VIH/SIDA un debate permanente acerca de los factores políticos, culturales y económicos que van configurando la vulnerabilidad de algunos grupos de población por sobre otros. La conciencia de la vulnerabilidad como una construcción dinámica y variable es indispensable para definir las líneas de acción y los actores necesarios para llevarla a cabo.

En este sentido es fundamental profundizar la investigación del impacto de estas construcciones y de los factores como la migración, la evolución de la pobreza y de las posibilidades laborales y de evolución de los distintos grupos vulnerables en su impacto sobre la epidemia y su respuesta.

La Ciudad de Buenos Aires es un área privilegiada por las relaciones de interacción entre la Dirección General de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y las ONGs, así como los grupos y organizaciones de profesionales. El conurbano bonaerense es más difícil por las diferencias que existen entre los municipios y al interior de los mismos, por coexistir muchos municipios con recursos físicos, humanos y económicos muy diversos y con distintas modalidades administrativas. En ese sentido es importante que se promueva un trabajo más integrado entre la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense que abarque desde el estudio y caracterización de la epidemia hasta las estrategias y modalidades de respuesta a la misma.

En un contexto de pobreza e indigencia como el actual es fundamental que las respuestas frente al VIH/SIDA no se limiten a lo médico. La atención de las necesidades alimenticias, de ingresos económicos y de vivienda de las personas infectadas o enfermas y las afectadas es hoy clave.

La Dirección General de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha iniciado acciones en ese sentido priorizando a las personas y/o familias con personas viviendo con VIH/SIDA para recibir planes de apoyo económico como jefes/jefas de hogar. En el 2001 la UCE de VIH/SIDA con el Ministerio de Trabajo desarrolló algunos proyectos de apoyo y capacitación laboral con la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/SIDA, que implicó la capacitación de personas viviendo con VIH/SIDA como agentes de prevención y apoyo a personas vulnerables, infectadas y/o afectadas por el VIH/SIDA. Esto se hizo también en un municipio del Gran Buenos Aires, pero no se institucionalizó ni incorporó al funcionamiento de los servicios y programas municipales y/o provinciales.

El tema de intersección migración-VIH/SIDA es un aspecto que requiere una mayor investigación. También los programas comunitarios de reducción de daños de usuarios de drogas, desarrollados por ONGs y su articulación con los servicios públicos de salud es motivo de continuidad de investigación y análisis.

Los programas de prevención y atención de HSH plantean desafíos respecto a llegar y cubrir a los bisexuales y travestis, así como los jóvenes y adolescentes pobres de ambos sexos, que son los más vulnerables. Para ello será interesante promover programas con ONGs y grupos comunitarios articulados con los servicios de salud.

En el sector de trabajadoras/es sexuales el trabajo y las estrategias para las mujeres migrantes que desarrollan su actividad en bares, casas y/o saunas es un grupo de poco desarrollo y muy necesario de enfrentar.

## Bibliografía

- Altman, D. *Poder e comunidade. Respostas organizacionais y culturais à AIDS*. ABIA/IMS – UERJ/Relume Dumará. Río de Janerio, Brasil. 1995.
- Barbosa, S. “El sida detrás de las rejas: el descuido de la ciudadanía”. *Desidamos*, año VIII, n°3/4. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. Diciembre 2000.
- Biagini, G.; Sánchez, M: *Actores Sociales y SIDA. ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud? Las Organizaciones No Gubernamentales en Argentina y el Complejo VIH/SIDA*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- Bianco, M.; Pagani, L. *Análisis situacional de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles para mujeres de bajo ingreso en Argentina*. FEIM/ONUSIDA. Mimeo. Buenos Aires, Argentina. 1999.
- Bianco, M; Re M. I.; Pagani, L. “Género y sexualidad adolescente, problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA” en *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*, AEPA, CEDES, CENEP. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- Bianco, M; Re, M. I.; Pagani, L; Barone, E. *Derechos Humanos y Acceso a tratamiento para VIH/SIDA. Estudio de Caso de Argentina* en serie Derechos Humanos y VIH/SIDA de y ONUSIDA, Buenos Aires, Argentina, 1999.
- Bianco, M; Rodríguez, C; Ballido, I. “Is it possible to develop a mass media campaign based on the use of condoms in a Catholic conservative country?” Póster presentado oralmente en la XIV Conferencia Internacional de SIDA, Barcelona, España. 7-10 de julio 2002.
- Bianco, M. *Salud, Fecundidad y Pobreza. El caso argentino*, Editado por FEIM/UNFPA, Buenos Aires, Argentina. 1996.
- Bianco, M. “Mujeres, niñas y VIH/SIDA”, *Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* (RSMMLAC), 1/2001.
- Bianco, M. “Obstáculos Culturales y religiosos en América Latina para el uso del Microbicidas.”, Presentado en la Conferencia Internacional Microbicidas 2002 (Antwerp, Bélgica), síntesis publicada en *Desidamos*, año X, n°1. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 2002.
- Bianco, M; RE, M. I.; Pagani, L; Correa, C. *Mujer y VIH/SIDA. Recomendaciones para el equipo de salud*. FEIM (Argentina)/Global Fund for Women (USA). Buenos Aires, Argentina. 2002.

- CELS / CLADEM / FEIM / ISPM. “Derechos Humanos de las Mujeres: Asignaturas pendientes del Estado Argentino”. Contrainforme de ONGs a la CEDAW. Agosto 2002.
- Cilia, NA., “El fenómeno psicosocial de la prostitución en Mar del Plata”. *Desidamos*, año VII, n°2. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 1999.
- Constitución Nacional Argentina.
- *Diario Clarín*, 7 de agosto 2002.
- *Diario Clarín*, 22 de agosto 2002.
- Dowsett, G. W. “I’ll show mine if you’ll show me yours”. *Reproductive Health Matters* n°7. London, UK. May 1996.
- Dirección de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. *Indicadores básicos. Argentina 2001*, Diciembre 2001.
- Foucault, M. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Editorial XXI. México. 1985.
- *Informe LUSIDA*. Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS. Buenos Aires, Septiembre 2001.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina. Resultados Provisionales Censo 2001.
- Kornblit, A; Petracci, M. “Las ONGs que trabajan en el campo del VIH/SIDA: una tipología”. *Desidamos*, año VIII, n°1. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 2000.
- Kornblit, AL; Méndez Diaz, A. M; Petracci M, “Por qué se usa o no el preservativo en la Argentina”. *Desidamos* Año VII, n°2 Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 1999.
- Lipsyc, C. “Xenofobia contra las mujeres”. *Revista María-María*, UNIFEM. Junio, 2001.
- Mancusi, M. I.; Faccio, C. A. *Antropología Social: Aportes y reflexiones desde América Latina*. Universidad Abierta y a distancia Hernandarias. Editorial Docencia. Módulo II, Unidad 2. Buenos Aires, Argentina. 1991.
- Mann, J. “El siguiente paso: SIDA, Comunidad y Derechos Humanos”. *Desidamos*, Año III, n°3. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 1995.
- Pagani L, Re MI, Madrigal P. “Adolescencia, Derechos Sexuales y Reproductivos y políticas públicas”. *Desidamos*. Año X, n°1. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 2002.

- Parker, R. "Sexual cultures, HIV transmission and AIDS prevention", *AIDS* vol.8 (supl.1), 1994.
- Parker, R. *A constituição da Solidarida. AIDS, Sexualidade e política no Brasil*. Editorial ABIA-IMS-URI-Relume-Dumbara Editores, 2º edición. Río de Janeiro, Brasil. 1994.
- Piot, P. "VIH/SIDA, Derechos Humanos y responsabilidades humanas", presentación en el 2º Congreso Internacional de Salud y Derechos Humanos en organizado por el Instituto François Bagnard de la Universidad de Harvard y publicado en *Desidamos*, año 4, Vol. 3/4. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- *Plan Nacional Estratégico en VIH/SIDA y ETS 2000-2003*. Ministerio de Salud de la Nación, Proyecto LUSIDA y ONUSIDA, Buenos Aires, año 2000.
- Rao Gupta, G. "Género, Sexualidad y VIH/SIDA: qué, por qué y cómo". *Desidamos* Año VIII nº2. Editada por FEIM. Buenos Aires, Argentina. 2000.
- Re, M. I. "La historia del sistema de salud en Argentina: una mirada de género" en Varias autoras *Hecho en Red por la Salud de la Mujer*. Editorial Dunken. 2002.
- Re, M. I. "La articulación entre el Programa Nacional de SIDA y las ONGs. Una visión no gubernamental de la década de los 90". Proyecto de tesis. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. FLACSO/CEDES. Buenos Aires, Argentina. 2000.
- *Resultados Provisionales Censo 2001*. Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina, 2001.
- Rodríguez Morales, J. "La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/SIDA, el caso de los hombres que tiene sexo con hombres" en Gogna, M. *Feminidades y Masculinidades*, Editado por CEDES. Buenos Aires, Argentina. Julio 2000.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, 2002.
- Teodori, C; Fidalgo, V; Santor, C. "Trabajadoras sexuales y VIH/SIDA: impacto de un abordaje integral". *Desidamos* año X nº1. Editada por FEIM. 2002.
- Touzé, G. "Articulación entre movimiento comunitario y gobierno". *Desidamos*, año VIII, nº3/4. Editada por FEIM, Diciembre 2000.
- UCE de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación / Intercambios / ONUSIDA *SIDA y Drogas. Reducción de Daños en el Cono Sur*. Buenos Aires, Argentina. Julio 2001.
- Valentine, Ch. *La Cultura de la Pobreza*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970.

- Vignau, L. y otros: “La experiencia del Fondo de Asistencia para OSCs”, presentado en la nueva Articulación Estado-Sociedad Civil, V Congreso Nacional de SIDA, Mendoza. Noviembre 2001.
- Zurutuza, C. “El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos” en Bianco, M; Durand, T; Gutiérrez, M. A.; Zurutuza, C. *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder de decidir)*. FEIM / Foro por los Derechos Reproductivos / CLADEM / FNUAP. 1998.

# **ANEXOS**



## **Anexo 1: Metodología**

Esta investigación se desarrolló entre enero y diciembre de 2002, a través de revisión y consulta bibliográfica y entrevistas semiestructuradas a informantes claves: referentes de organizaciones no gubernamentales con trabajo en VIH-SIDA y de los programas de VIH-SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y del Ministerio de Salud de la Nación.

El estudio se desarrolló a través de cinco etapas.

### **Primera etapa**

Se realizó un relevamiento bibliográfico, principalmente en el Centro de Documentación de FEIM, la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, y en la Biblioteca Especializada en Salud de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO-CEDES). Este relevamiento se completó con material bibliográfico consultado de diferentes sitios web.

A través de un debate del equipo de FEIM, se focalizó en la definición de "cultura" y "factores culturales" que guiarían la investigación, y se realizó una jerarquización de los factores culturales que impactan de manera más visible en la evolución de la epidemia de VIH/SIDA en Argentina y en el Gran Buenos Aires.

Se actualizaron los datos epidemiológicos del país y de la Ciudad de Buenos Aires, a través de los boletines epidemiológicos editados por el Ministerio de Salud de la Nación y la Dirección de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Estos datos se confrontaron con los factores culturales jerarquizados y se realizó un nuevo análisis, con el que se terminaron de definir los factores culturales que constituirían los ejes temáticos del estudio. En base a ello, se ajustó el diseño metodológico de la investigación.

### **Segunda Etapa**

Se consideraron principalmente las siguientes dimensiones culturales:

*Hombres que tienen sexo con hombres*, por su situación de discriminación y marginación social, y porque, como en la mayoría de los países, fue el primer grupo más afectado en la Argentina y también el primero en incorporar comportamientos preventivos. También resulta interesante para este estudio, la historia de movilización social del movimiento gay en Argentina para la reivindicación de sus derechos humanos, incluidos los relativos al VIH/SIDA, que influyó en la respuesta a la epidemia.

*Aspectos de género*, por la diferente situación de vulnerabilidad económica, cultural, social y fisiológica de las mujeres debidas a las diferencias de género, y por el marcado y sostenido crecimiento de la epidemia en este grupo desde el comienzo de la misma en

Argentina. Este crecimiento se debe principalmente a la vía sexual como primera forma de transmisión, y tiene un impacto visible en la transmisión del VIH de madre a hijo, cuyo índice es el más alto de las Américas desde hace años.

***El trabajo sexual en situación de pobreza***, porque conlleva un riesgo adicional para la transmisión del VIH y por la situación de exclusión social que sufren los/as trabajadores/as sexuales, especialmente las mujeres. En Argentina, la articulación y coordinación de las trabajadoras sexuales a nivel nacional es reciente pero con gran desarrollo institucional, especialmente porque este movimiento se organiza como grupo de trabajadores/as en un sindicato y forma parte de la Central de Trabajadores de Argentina.

***La religión***. La población es mayoritariamente católica en Argentina y tiene una gran influencia en las pautas y valores culturales. Actitudes conservadoras y fundamentalistas son obstáculos evidentes, aunque no exclusivos, para la prevención del VIH/SIDA en el país. La voz de sectores de otras religiones y de la misma Iglesia Católica involucrados en la prevención del VIH/SIDA fue históricamente silenciada, y por eso fueron incluidas en este estudio.

***El uso de drogas***. Esta vía de transmisión del VIH ha crecido de manera exponencial y es muy importante en Argentina. Los/as usuarios/as de drogas endovenosas, grupo altamente discriminado y marginado presenta una subcultura con particularidades que deben ser analizadas especialmente al analizar su impacto en la vulnerabilidad así como para formular programas de prevención de la epidemia, para ser efectivos.

### **Tercera Etapa**

Se confeccionaron las guías para el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas, tomando en cuenta los aspectos diferenciales de los factores culturales que serían indagados. Se seleccionaron y entrevistaron los/as informantes claves.

Con algunos/as de los/as informantes, debió realizarse dos entrevistas, debido a las dificultades para recabar la información de índole estrictamente cualitativa que requiere este estudio y a la necesidad de revisar la información una vez cotejada con la de otros informantes.

### **Cuarta etapa**

Se desgrabaron las entrevistas, se sistematizaron y analizaron los contenidos surgidos, se relacionaron con la bibliografía de consulta y se confeccionó el informe ***“Enfoque cultural en la prevención del VIH/SIDA. Estrategias y Programas de Prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires, Argentina”***, en el marco del Proyecto UNESCO/ONUSIDA ya mencionado.

En el mismo se detallan las características generales de la Argentina, la epidemiología del VIH/SIDA en el país y la Ciudad de Buenos Aires y se analiza la respuesta gubernamental

y no gubernamental. Se brinda información teórica sobre las dimensiones culturales de la epidemia y se analizan los aspectos culturales surgidos de las entrevistas.

### **Quinta etapa**

**Se realizó** un taller técnico de consulta con un grupo calificado para revisar y discutir el material en profundidad, así como los aspectos que requieran ulterior estudio e investigación.

## **Anexo 2 : Personas entrevistadas**

**Claudio Bloch.** Médico epidemiólogo y Director General de la Dirección de SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta Dirección se creó en el 2000 y ha desarrollado diferentes acciones de difusión y concientización para la prevención del VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Con anterioridad el Dr. Bloch se desempeñaba en la Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación, en el área de epidemiología.

**Daniela Bruno.** Licenciada en Comunicación Social. Coordina el Programa de Capacitación de ACCRAD/El Retoño, una ONG pionera en el trabajo en reducción de daños en Argentina. La organización funciona en un barrio con población viviendo en situación de pobreza e indigencia en la localidad de Lanús, en el conurbano bonaerense, y trabaja en la capacitación y organización de usuarios/as de drogas como agentes de reducción de daños.

**Lisandro Orlov.** Pastor de la Iglesia Evangélica Luterana Unida. Coordinador de la Pastoral EcuMénica en VIH/SIDA. Integrante de la Mesa Coordinadora del Encuentro de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA de Argentina, Punto Focal Nacional del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA. El Pastor Orlov tiene una larga trayectoria en la defensa de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA.

**Alberto Quast.** Ex integrante de la Comisión Directiva de la Sociedad de Integración Gay/Lésbica Argentina. En la actualidad se desempeña como voluntario en la Asociación Benghalensis (cuyo principal objetivo es la prevención del VIH/SIDA) y es operador de la Línea SIDA, línea telefónica gratuita de información y orientación en VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación.

**Elena Reynaga.** Presidenta de la Asociación de Meretrices de la Argentina y miembro de la Mesa Directiva del Congreso de los Trabajadores de la Argentina.

**Carlota Rodríguez Etcharne.** Comisionada General de Prevención y Asistencia en SEDRONAR, Secretaría Nacional sobre la Drogadependencia y Abuso de Sustancias. Entre marzo 2000 y diciembre 2001 se desempeñó como responsable del componente de comunicación del Proyecto Lusida, responsable de las actividades de comunicación social, en el Ministerio de Salud de la Nación.

**Liliana Vignau.** Responsable del componente de articulación con las organizaciones de la sociedad civil en el Proyecto Lusida del Ministerio de Salud de la Nación desde 1998. Realizó la coordinación temática y logística del proceso de convocatoria y selección de proyectos de organizaciones de la sociedad civil en el marco del convenio de cooperación entre el Banco Mundial y la Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación.

## **Anexo 3 : Biografías de las autoras**

### **Mabel Bianco**

Médica, Máster en Salud Pública y Especialista en Estadística Médica y Epidemiología. En 1984 crea y coordina el Programa Mujer, Salud y Desarrollo del Ministerio de Salud de la Nación y en 2000-2001 se desempeña como Jefa de la Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. En 1989 crea la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, que preside hasta la actualidad. En 1991 se incorpora al Consejo Directivo de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. En 1993 participa de las reuniones preparatorias de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo. En 1994 con un grupo de mujeres de distintos países del mundo crea HERA: Health, Empowerment, Reproduction, Accountability, grupo internacional de defensa y abogacía por los derechos sexuales y reproductivos. En 1994-95 integra el grupo de ONGs de América Latina y el Caribe que coordina las actividades preparatorias de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing 1995. En 1994/5 integra el equipo del proyecto de investigación del impacto de las políticas de ajuste estructural en la salud de las mujeres, particularmente la sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Desde 1992 coordina el Grupo Mujer y SIDA de la Sociedad Internacional de SIDA. Es Asesora Ad Honorem de la Comisión de Niñez, Adolescencia, Familia y Mujer de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, desde enero 2002. Desde abril 2002 es miembro del Comité Directivo de IPAS, organización internacional que trabaja en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y de la Coalición Internacional de Salud de las Mujeres (IWHC).

### **Laura Pagani**

Médica Tocoginecóloga y Obstetra. Desde 1987 se desempeña en el Hospital Nacional “Bernardino Rivadavia” de la Ciudad de Buenos Aires. En 1987 se desempeñó como Asesora Médica del Programa “Mujer, Salud y Desarrollo” del Ministerio de Salud de la Nación. Desde 1992 es miembro del equipo profesional de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, coordinando diversos proyectos de capacitación en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes. En 1998 fue designada como becaria para una pasantía de corto plazo en el Programa “Mujer, Salud y Desarrollo” en la Organización Panamericana de la Salud en Washington (USA), en el marco del Convenio entre la Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

## **María Inés Re**

Licenciada en Trabajo Social, Maestría en Ciencias Sociales y Salud (tesis en elaboración). Miembro del equipo profesional de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer y Asesora del Programa de Educación Sexual de la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, Argentina. Entre 1997 y 1999 se desempeñó como Asistente Regional del Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA. En 1999-2000 fue Integrante del Comité Comunitario del I Foro y II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en VIH/SIDA que se realizó en Río de Janeiro, Brasil en 2000. En el 2001 fue Miembro de la Delegación Oficial Argentina ante la Sesión de Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA que se realizó en Nueva York, USA. En el 2002 fue Coordinadora para América Latina y el Caribe del Proyecto “Investigación de los obstáculos de infraestructura para el acceso a tratamiento para VIH/SIDA en 14 países”, ejecutado por el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en VIH/SIDA, con la cooperación de la Japanese AIDS Foundation, y presentado en la XIV Conferencia Internacional de SIDA, en Barcelona, España.

## **Cecilia Correa**

Psicóloga. Especialista en Psicopatología Clínica de Niños/as y Adolescentes. Miembro del Equipo Profesional de FEIM (Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer) y desde el 2000 Coordinadora del Área Jóvenes de la Fundación. Coordinadora de la Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva, integrada por 17 grupos de jóvenes de Argentina. Desde 2000 Miembro de la Red Latinoamericana y del Caribe de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos y actualmente a cargo de la Oficina Regional Facilitadora de la misma. Miembro del Grupo Internacional Por los Derechos Sexuales y Reproductivos, creado en la Segunda Reunión Preparatoria de Naciones Unidas a Favor de la Infancia, 2001. Miembro del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Participó en varias Conferencias de las Naciones Unidas: Conferencia Internacional de la Mujer (New York 2000), Sesión Especial sobre VIH/SIDA (New York 2001), Reuniones Preparatorias y Sesión Especial a Favor de la Infancia (New York 2001-2002).