

# SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción

*Perspectivas y reflexiones desde la salud pública,  
las ciencias sociales y el activismo*

*En Anexo: Catálogo de Investigaciones sobre HSH y VIH/sida  
en América Latina*

**Carlos E. Cáceres, Mario Pecheny y Veriano Terto Júnior (Editores)**  
Gabriel Guajardo/José Toro/Hernán Manzelli/Tim Frasca/Alejandro Brito



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA



red de investigación  
en sexualidades y vih / sida  
en américa latina



ONUSIDA  
UNION INTERNACIONAL PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

**Primera Edición:** Junio de 2002

**SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción - Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.**

Cáceres, Carlos F.; Pecheny, Mario; Terto Júnior, Veriano (Editores)  
Brito, Alejandro; Frasca, Tim; Guajardo, Gabriel; Manzelli, Hernán, Toro-Alfonso, José (otros autores)

**SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción - Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ONUSIDA, 2002. xxx páginas.**

**HOMOSEXUALIDAD/BISEXUALIDAD/HSH/VIH/SIDA/HOMOFOBIA/  
VULNERABILIDAD/ INVESTIGACIÓN/TEORIA/ACTIVISMO/AMERICA LATINA**

- © 2002 Universidad Peruana Cayetano Heredia. Todos los derechos reservados.  
© 2002 Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA. Todos los derechos reservados  
© 2002 Los autores. Todos los derechos reservados.

**Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina**  
**Facultad de Salud Pública y Administración de la**  
**Universidad Peruana Cayetano Heredia**

Av. Armendáriz 445, Miraflores  
Lima 18, Perú  
Teléfono: + 51 1 241 6929  
Tele-Fax: + 51 1 241 8334  
ccaceres@upch.edu.pe  
www.upch.edu.pe  
www.unaids.org

**Coordinación general del proyecto y de la edición:** Carlos F. Cáceres

**Asistencia en la coordinación y la edición:** Percy Fernández Dávila

**Corrección de Estilo y Edición Literaria:** Jesús Martínez

**Diseño de Carátula y Diagramación:** Magaly Paredes Alcalá

**Asesoría Comunicacional:** Gabriela Cáceres

**Ilustración de carátula:** Apunte de un Desnudo, Leonardo da Vinci

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, salvo autorización expresa de los autores.

Impreso en el Perú – Printed in Perú

*A Herbert Daniel, Francisco Galván, Henry Ardila y Luis Gauthier,  
por su contribución imprescindible a la lucha contra el sida  
y la exclusión social en América Latina.*



## Prólogo

Me complace mucho presentar el volumen *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*, compilado por la Red de Investigación en Sexualidades y VIH/sida en América Latina y editado con el apoyo de ONUSIDA.

Este volumen es el resultado de esfuerzos que llevan ya varios años. En 1998, ONUSIDA dio su apoyo a la iniciativa de recabar información sobre investigación en VIH/sida en HSH en la región, dando lugar a una primera reunión de investigadores y activistas que tuvo lugar en Lima en 1999. De este proyecto surgió un primer catálogo de investigaciones y un directorio de investigadores, que mostraron – quizá sorprendentemente – hasta qué punto durante la década de los noventa se había desarrollado un conjunto significativo de trabajos en distintos lugares del continente. El desafío era entonces, y sigue siéndolo ahora, la articulación de dichos trabajos, la difusión y aprovechamiento de sus resultados, así como el diálogo fructífero con las comunidades, los activistas de base y quienes toman decisiones. Apuntando en esa dirección, a fines del año 2000, ONUSIDA apoyó una nueva etapa de esta iniciativa, permitiendo la actualización del catálogo y la realización del presente libro.

Más de un millón ochocientos mil adultos y niños de América Latina y el Caribe se encuentran hoy viviendo con VIH. En la región, como se sabe, se registra importantes diferencias en cuanto a los niveles de la epidemia y a las tendencias de la transmisión del virus, tanto entre los distintos países como al interior de los mismos. Dicho esto, cabe destacar sin embargo que el sexo no protegido entre hombres es una vía de transmisión que está presente en todos los países latinoamericanos, llegando a constituir la vía de transmisión principal en México, la Región Andina y otras áreas y países. Asimismo, todo indica que la prevalencia del VIH entre los HSH es muy alta: las cifras registradas en varios de los distintos centros urbanos de la región son en general mayores al 5 %. Por ejemplo, como señala el *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA (ONUSIDA, diciembre de 2001)*, recientes estudios de seroprevalencia llevados a cabo en México pusieron en evidencia que algo más del 14 % de ellos son VIH-positivos.

En suma, los datos muestran que la transmisión sexual del VIH entre hombres sigue siendo un factor central de la expansión de la epidemia, sobre todo teniendo en cuenta la joven edad de los nuevos infectados por el virus.

El documento de *Actualización técnica: El SIDA y las relaciones sexuales entre varones*, publicado por ONUSIDA en mayo de 2000, recuerda que “*las relaciones sexuales entre varones existen en la mayoría de las sociedades. Frecuentemente esas relaciones entrañan la penetración anal. Cuando se practica sin preservativo, este tipo de contacto sexual conlleva un riesgo elevado de transmisión del VIH, especialmente para el miembro receptor de la pareja*”. Sin embargo, añade el documento, los programas de prevención destinados a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres tropiezan con varios obstáculos. Por ejemplo: negación de que existen contactos sexuales entre hombres; estigmatización o criminalización de los HSH; información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en las relaciones sexuales entre varones; dificultad para llegar a muchos de los hombres que mantienen este tipo de relaciones; establecimientos sanitarios insuficientes o inadecuados, incluyendo los dispensarios de infecciones de transmisión sexual; falta de interés entre los organismos donantes para apoyar y sostener los programas de prevención dirigidos a los HSH y falta de programas destinados particularmente a los trabajadores sexuales masculinos; falta de atención en los programas nacionales sobre el SIDA a la cuestión de los HSH.

Los obstáculos mencionados son muchos y de diferente orden. Ahora bien, para enfrentar tales obstáculos, entre otras cosas, es menester contar con información completa y fiable, y con análisis adecuados y comprometidos. Un esfuerzo en tal dirección se encuentra en las páginas que siguen. En ellas se sintetiza investigaciones que, con innumerables dificultades, tratan de hacer un aporte para una comprensión más acabada y realista de por dónde pasa la epidemia.

La estigmatización de la sexualidad, especialmente de la homosexualidad, se nutre de la invisibilidad social en la que se la ha ubicado históricamente, y a su vez contribuye a perpetuarla. En este sentido, Awa Coll-Seck, Ex-Directora del Departamento de Apoyo a Países de ONUSIDA, y actual Ministra de Salud de Senegal, afirma que “*los hombres que tienen sexo con hombres son un grupo vulnerable, y los factores culturales, socio-políticos y religiosos que llevan a la negación de los HSH, incrementan su vulnerabilidad*” (*Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA con Hombres que tiene Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe, ONUSIDA, 1999*).

La salida de la invisibilidad social, factor de vulnerabilidad, es un proceso individual y social, personal y político. En el marco de dicho proceso, un modo más de promover que se hable de temas considerados tabú, es incorporarlos a la agenda legítima de la

investigación, la producción y la socialización de los conocimientos. En particular, el hecho de que las universidades, los centros de estudios y las organizaciones internacionales, en conjunto con las propias comunidades, alienten investigaciones sobre gays y otros HSH, constituye un paso importante contra la invisibilidad, y por lo tanto contra la vulnerabilidad, de esta parte de la población.

La epidemia sigue avanzando y las repuestas a ella deben ser cada vez más fuertes e integradas. Desde ONUSIDA, se está intentando respaldar las iniciativas que asumen esos compromisos, como la recientemente constituida *Task Force en HSH-VIH/sida en América Latina y el Caribe*.

Han pasado ya más de veinte años de epidemia, y algo hemos aprendido. La única manera de actuar eficazmente contra la propagación del virus y a favor de la mejor calidad de vida de las personas viviendo con el VIH/sida, es obrando de manera realista, dirigiendo nuestras acciones hacia las categorías de población y comunidades en las cuales efectivamente reside la epidemia, y todo ello en el marco del absoluto respeto de los derechos de cada uno de los grupos y personas. Esperemos que el presente libro pueda aportar lo suyo a esta empresa común.

**Dr. Pedro Chequer**  
Consultor Inter-País de ONUSIDA en el Cono Sur





# Agradecimientos

Este volumen materializa el producto de un esfuerzo que lleva ya varios años en curso en América Latina, y que, felizmente, continúa. Tal esfuerzo se orienta, primero, a acercar la investigación y la teoría (en salud pública y ciencias sociales) a la reflexión sobre la experiencia y el activismo en el terreno de la epidemia de VIH/sida que afecta a los hombres gay y otros 'hombres que tienen sexo con hombres' (HSH). En segundo lugar, busca poner este contrapunto de miradas y lecciones aprendidas al alcance de funcionarios y autoridades que toman decisiones en materia de programas y políticas de salud y financiamiento del gasto en salud en gobiernos y agencias cooperantes, además, naturalmente, de las audiencias más clásicas de este tipo de debates: investigadores, activistas y agentes de salud.

Entre los actores de este esfuerzo que, para facilitar la referencia pública, han sido llamados, en conjunto, *Red de Investigación en Sexualidades y VIH/sida en América Latina*, se cuentan investigadores de las ciencias sociales y la salud pública que han trabajado los temas de sexualidad, salud sexual y VIH/sida en permanente contacto con instancias comunitarias, así como activistas que, habiendo trabajado en organizaciones gay o en organizaciones de servicios en sida, han establecido vínculos con la investigación, ya sea colaborando en ella, comentándola, difundiéndola o utilizándola. El grupo muestra dos compromisos fundamentales para esta tarea: uno establecido con la lucha contra la epidemia en la región (particularmente entre los hombres gay y otros HSH), a partir de la experiencia y el dolor compartidos; otro, con la promoción de una investigación más derivada de los problemas de las personas, y más al alcance de éstas, para optimizar su utilización.

En una región en la que los HSH han sido tan seriamente afectados por la epidemia, debe resaltarse y aplaudirse (porque no estaba libre de riesgos políticos) la decisión de ONUSIDA de apoyar, desde 1998, un conjunto de iniciativas para promover tanto la participación de actores regionales de la sociedad civil involucrados en el trabajo en sida en esta población (académicos, activistas y agentes de salud), como un mayor compromiso de los responsables de las políticas y los programas de salud en el desarrollo de acciones para el control de la epidemia en la misma. En el caso particular de

esta red, agradecemos la invitación inicial de Werasingh Sittitrai para que se diesen los primeros pasos (1998-1999), seguida por el valioso impulso de Calle Almedal y Luiz Loures para que se concretase esta segunda fase (2001-2002), la cual ha sido apoyada en las partes posteriores de su ejecución por Pedro Chequer y Mario Pecheny, éste último también miembro de la Red, coautor de este volumen y novísimo consultor de ONUSIDA para la *Task Force* en HSH y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, de la cual esta Red también forma parte. A todos ellos, nuestra mayor gratitud.

Otras personas muy importantes para la culminación de este esfuerzo, y a quienes agradecemos muy sinceramente, son: Percy Fernández, quien colaboró en la organización y la comunicación, y tradujo al español la versión original del catálogo de investigación; Julio Cuadros, quien diseñó el programa que permite un acceso facilitado al catálogo de investigaciones regionales, a través de un CD; Jesús Martínez, quien ayudó en la corrección de estilo y la edición; Gaby Cáceres, quien contribuyó en el tratamiento comunicacional y la diagramación; Simon Walter, quien tradujo la actualización del catálogo al inglés, y la homologó con la versión anterior; y Ana María Rosasco, Pablo Anamaría, Rubén Mayorga, Manuel Zozaya, Antonio de Moya, Rodrigo Vargas y Henry Ardila, quienes colaboraron con la preparación de la primera versión del catálogo, además de Equidad (Ecuador), SIGLA (Argentina), LCLCS (Colombia) y Letra S (México), ONGs miembros de ASICAL que, juntamente con los mismos contactos señalados, contribuyeron a la actualización de dicho catálogo. Las gentiles palabras de Peter Aggleton y Richard Parker merecen también nuestra profunda gratitud.

Finalmente, es importante aquí rendir homenaje a Henry Ardila, un reconocido médico y activista, fundador de la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, que en Colombia fue líder del trabajo comunitario en sida y la interlocución de la sociedad civil con el Estado por muchos años, y que a nivel regional participó de las actividades de la primera etapa del proyecto de la Red de Investigación con ONUSIDA, teniendo luego muy destacada actuación en la constitución y las actividades iniciales de ASICAL. Es nuestro deber contribuir a la difusión, entre los posibles usuarios de este volumen, de aportes que, como los de Henry, y también los de otros luchadores que ya no están con nosotros, como Herbert Daniel, en Brasil, Francisco Galván, en México, o Luis Gauthier, en Chile, han resultado tan valiosos en la articulación de una respuesta mejor organizada a la epidemia de sida entre los hombres gay y otros HSH (y, de manera más general, a la lucha por los derechos sexuales y contra la exclusión de los diferentes) en América Latina y el Caribe. El recuerdo de su legado nos debe reafirmar en una tradición que se escribió con tesón, generosidad y compromiso.

Lima, mayo de 2002

**Carlos F. Cáceres**

Red de Investigación en Sexualidades y VIH/sida en América Latina

# Índice

	<b>Prólogo</b>	5
	<b>Agradecimientos</b>	9
	<b>Índice</b>	11
	I. Introducción Confrontando la epidemia de VIH/sida entre los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe <b>Carlos F. Cáceres y Mario Pecheny</b>	15
II.	Epidemiología de la infección por VIH entre los hombre que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe: Situación Actual y Recomendaciones para la Vigilancia Epidemiológica <b>Carlos F. Cáceres</b>	25
	III. Contexto Sociocultural del Sexo entre Varones <b>Gabriel Guajardo S.</b>	57
IV.	Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/sida en América Latina: La otra historia de la masculinidad <b>José Toro-Alfonso</b>	81
	V. Prevención del VIH/sida en “hombres que tienen sexo con hombres” <b>Hernán Manzelli y Mario Pecheny</b>	103
VI.	Lecciones aprendidas de las actividades y programas para la prevención del SIDA entre hombres con prácticas homosexuales <b>Tim Frasca</b>	139

	VII. Conclusiones	
La salud de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: Desafíos para la tercera década de la epidemia de VIH/sida		
	<b>Veriano Tertó Júnior</b>	167
	<b>Anexos</b>	179
	I. Resumen Ejecutivo	181
	II. Catálogo Regional de Investigaciones	191
	III. Glosario	219
	<b>Sobre los autores</b>	223





# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### CONFRONTANDO LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA ENTRE LOS HOMBRES GAY Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Carlos F. Cáceres y Mario Pecheny

En momentos en que la epidemia de VIH/sida en América Latina culmina su segunda década, una mirada simple a la información epidemiológica revela una realidad que, pese a su magnitud, en pocas ocasiones ha constituido ‘noticia’: Más de un tercio de los casos de SIDA notificados a los organismos pertinentes con información sobre probable vía de transmisión son explicados por probable transmisión sexual de un varón a otro (*OPS, 2000*), pese a que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) representan, en teoría, una fracción pequeña de la población. Asimismo, la prevalencia de la infección por VIH en las poblaciones de HSH en la mayor parte de ciudades grandes de América Latina varía entre 5 y 20%, prevalencias por lo general muy superiores a las observadas en la población general adulta, mayormente por debajo de 1%, lo que define a la mayor parte de epidemias regionales como *concentradas en poblaciones de HSH* (ver Capítulo II).

Una combinación de asimilación pasiva de la noción de esta epidemia como “natural” entre los HSH (por cuestiones de historia reciente y por la visión del SIDA como consecuencia de la ‘promiscuidad’), y de desconocimiento de las características y

culturas de las poblaciones de HSH, aunado esto a que, en la práctica, no se les concibe como sujetos de derecho (incluyendo el derecho a la salud), determinaron probablemente una cierta indiferencia frente a las cifras señaladas. Pese al tiempo que lleva la epidemia en curso en este grupo, y a su indicada magnitud, no puede decirse en absoluto que esté en camino a ser controlada (*OPS, 2001*).

El presente volumen, producto del esfuerzo de un conjunto de investigadores y activistas de América Latina y el Caribe, intenta contribuir a impulsar - o a fortalecer - una respuesta regional a esta preocupación central. Contemplando la experiencia de más de veinte años de lucha contra el SIDA, este grupo puede afirmar con certeza que las políticas exitosas de salud pública son indesligables del respeto de los derechos, y que unas y otro se alimentan recíprocamente.

## ¿Por qué un volumen como éste?

Este volumen se produce en respuesta a la brecha arriba descrita entre la magnitud de la epidemia en las poblaciones de hombres gay y otros HSH en la región y la respuesta social (particularmente la de los Estados) a ésta. Paradójicamente, esta situación resulta en parte de un movimiento global impulsado desde fines de los años ochenta para “deshomosexualizar” la epidemia, tanto para evitar la estigmatización de los HSH como para convencer a los demás sobre los riesgos a los que cualquier persona sexualmente activa estaba expuesta, y confrontar el mismo estigma que afectaba al SIDA como enfermedad “de otros”. No se ha reconocido, sin embargo, que algunas de las presunciones que guiaron esta medida estratégica asumían que (1) ya se había invertido suficientemente en la prevención entre los HSH; y (2) la epidemia en estos grupos ya estaba adecuadamente controlada. No existe, sin embargo, evidencia de ninguna de estas dos afirmaciones: aunque muchos programas orientados a HSH fueron visibles en los inicios de la respuesta regional a la epidemia, éstos fueron en su gran mayoría programas de bajo presupuesto implementados por organizaciones comunitarias y diseñados sin el soporte técnico adecuado para garantizar impacto. Como analizaremos a continuación, la participación de los programas e iniciativas gubernamentales fue baja y, en todo caso, tardía e insuficiente.

Las explicaciones a este inadecuado involucramiento de programas gubernamentales pueden ser explicadas de varias maneras, y principalmente, como se dijo, porque se habría asumido que estos grupos ya estaban siendo cubiertos por iniciativas comunitarias y/o que ya habían disminuido sus riesgos. Además, sin embargo, citaríamos: (1) el inadecuado entendimiento por parte de muchos funcionarios de



programas de control de SIDA en la región, de las culturas sexuales de los HSH, en el marco de un inadecuado entendimiento de la sexualidad humana en general, lo que llevaba a limitaciones para concebir la necesidad de estos programas, así como para diseñarlos apropiadamente, llegado el caso; (2) la presunción de que el Estado debía ocuparse sólo de la prevención en la población general; (3) la dificultad para concebir a las poblaciones de HSH (y, por extensión, de otros grupos excluidos, como las y los trabajadores sexuales) como sujetos de derechos, incluyendo el derecho a la salud.

En respuesta a ello, el fin principal de los textos que siguen es proveer de instrumentos a aquéllos que diseñan, implementan o financian programas y proyectos en materia de salud pública y VIH/Sida (aunque también a los investigadores y a otras personas interesadas) (1) para que puedan comprender mejor las culturas sexuales de los distintos grupos de HSH en la región (incluidos los hombres con identidades gay o travesti), (2) para analizar mejor la magnitud dinámica de la epidemia de VIH entre ellos, comprendiendo las raíces de ésta en la estructura social, y (3) para implementar mejores réplicas frente a ella.

## Una Mirada al Punto de Partida

Como afirmamos, la respuesta a la epidemia que afecta a la población de HSH en la región ha sido insuficiente para controlarla. Ello no significa, sin embargo, que esta respuesta no se haya producido. Por el contrario, parte de este volumen, y en particular el capítulo 6, la analizará. Aquí nos limitaremos a plantear algunas ideas generales que nos permitan tomar conciencia del valor del punto de partida, y avanzar en la consolidación de los logros, así como en la reversión de las falencias y fracasos.

En la mayor parte de la región, y particularmente en las ciudades capitales, se ha implementado actividades orientadas a la prevención de la infección por VIH o a la reducción de su impacto social, desde organizaciones gay, ONGs no gay y, en algunos casos, programas gubernamentales (*Aggleton y cols., 1998; UNAIDS/LCLCS, 1999*). Comparando entre países, los factores determinantes en la magnitud de la respuesta social a la epidemia que afectaba a los hombres gay y otros HSH han incluido: la incidencia relativa de SIDA entre los HSH, la visión del SIDA como problema de salud pública, y, especialmente, el nivel de involucramiento de la sociedad civil en cuestiones de acceso a la salud, y del estatus de los derechos

sexuales (Parker, Barbosa y Aggleton, 2000). Claramente, el caso brasileño constituye una 'práctica óptima', pues su enérgica respuesta multisectorial resulta de la percepción del sida como un serio problema de salud pública además de la decisión política de dedicar un presupuesto importante a la prevención y a la atención en los niveles federal, estatal y local. Cabe destacar finalmente la presencia en Brasil de una rica tradición de activismo cívico, y del mayor nivel de integración dentro de la región, de las comunidades gay en la sociedad más amplia (*The Lancet*, 2000).

La calidad, la sostenibilidad y la cobertura de estas diversas actividades distan de ser comparables en el tiempo y entre países y actores. Aunque existe información anecdótica sobre muchas de ellas, muy pocas han sido documentadas o publicadas, y un número aún menor de éstas han sido formalmente evaluadas, lo que resulta en parte de que tales intervenciones han resultado en su mayoría del entusiasmo y el compromiso heroicos de la comunidad, y han sido realizadas con presupuestos exiguos (Aggleton y cols., 1998). Se han diseñado tales programas a varios niveles, desde los orientados a la simple provisión de información, o al desarrollo de habilidades interpersonales, hasta los que buscaban la promoción del cambio en las normas sociales o, especialmente, la promoción de la organización comunitaria para la consolidación de una ciudadanía sexual (UNAIDS/LCLCS 1999). Se ha llegado a la comunidad con enfoques que abarcaban desde la promoción de la consejería y el examen VIH voluntarios hasta la movilización comunitaria, pasando por las dinámicas de grupo, el *outreach* en calles o locales comerciales con distribución de materiales educativos, el teatro pedagógico, y la promoción del liderazgo de pares. Resulta alentador el creciente abandono de los modelos tradicionales basados solamente en la entrega de información o la construcción de habilidades, y su reemplazo progresivo por intervenciones estructurales que buscan reducir la vulnerabilidad a través del desarrollo comunitario y la promoción de los derechos sexuales (Parker, 1996).

Fuera de los pocos casos de gobiernos que se han involucrado en actividades orientadas a los HSH (particularmente Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana), ya sea a través de la implementación directa o mediante el financiamiento de organizaciones comunitarias, la mayoría de los programas en cuestión han sido financiados por la cooperación internacional (por ejemplo, UNAIDS, USAID, el Gobierno Holandés), donantes privados (como HIVOS, NOVIB, la Alianza Internacional para el VIH/sida, la Fundación Ford) y organizaciones de apoyo humanitario. Como se ha visto con frecuencia, esto ha dado como resultado la baja sostenibilidad de muchos de tales programas. A su vez, el tipo de institución ejecutora ha jugado cierto papel en la cobertura y la calidad programáticas, y la mayor parte de los programas exitosos han sido implementados por instituciones que combinan niveles razonables de capacidad técnica con una

base comunitaria clara. Un factor limitante clave en esta respuesta ha sido, sin duda, la inexistencia de estrategias innovadoras y efectivas para llegar a las variadas subpoblaciones de HSH que no se identifican como gay, y ejercer una influencia sobre los determinantes estructurales de su propia vulnerabilidad y sobre la de sus parejas, tanto masculinas como femeninas (*Aggleton, 1996; Parker, 1995*).

Debe mencionarse de forma especial las iniciativas regionales en torno a los HSH y el VIH. En 1997, una Consulta Especial sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA para HSH en la región, convocada por ONUSIDA (*UNAIDS 1999*), resultó en dos productos: (1) El compromiso para el desarrollo de un Manual de Planificación Estratégica de Programas de Prevención y Atención de VIH/sida para HSH en la región, que fue publicado en español con fondos de ONUSIDA (*UNAIDS/LCLCS 1999*); y (2) un gran esfuerzo de planificación estratégica de actividades en VIH/sida orientadas a HSH, conducido por ASICAL y financiado por ONUSIDA y el Gobierno del Brasil, que involucró a comisiones multisectoriales de 13 países en América Central y América del Sur (*Meléndez y col., 2000*).

La *Red de Investigación en VIH/sida en HSH en América Latina*, responsable por la publicación del presente volumen, tiene una historia parecida: En 1998 ONUSIDA otorgó fondos para la comunicación inicial entre investigadores e investigadores/activistas vinculados al tema de VIH y diversidad sexual en la región, que resultó en un Encuentro Regional en Lima (febrero de 1999) y en la preparación de un Catálogo de Investigaciones realizadas en VIH/sida y HSH-diversidad sexual-derechos sexuales entre 1990 y 1999. A fines del 2000 un nuevo apoyo de este Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA ha permitido actualizar dicho directorio y publicarlo en el contexto del presente volumen, dirigido a tomadores de decisiones de la región y orientado a facilitar la implementación de programas en VIH/sida en las poblaciones de HSH,. Un nuevo proyecto, apoyado por la Fundación Ford en el área de Sexualidades, Salud y Derechos Humanos, permitirá la continuación de nuestro esfuerzo de construir en la región un espacio de articulación de investigadores y activistas en estos temas, que no dejará de lado la crucial atención a la epidemia de VIH, pero la verá en el contexto de exclusión social de los sexualmente diferentes, la cual finalmente es uno de los principales factores de su propagación.

## Una mirada a los contenidos del volumen

El presente volumen reúne un conjunto de contribuciones desde distintas perspectivas de análisis disciplinario, que intentan cubrir varias dimensiones relevantes de la epidemia de manera complementaria. Aunque reflejan fundamental-

mente las perspectivas de sus autores, responden a un plan de publicación acordado conjuntamente, y contribuyen, cada uno de forma diferente, a lograr una comprensión más profunda de este problema en el marco de la salud pública y de los derechos humanos en América Latina y el Caribe.

En el capítulo II se presenta el contexto epidemiológico. Carlos Cáceres, médico y epidemiólogo social de Perú, resume la situación y tendencias de la epidemia de VIH/sida en la región, mostrando en qué medida el sexo no-protegido entre hombres constituye una vía importante de transmisión del VIH en prácticamente todos los países. A su vez, el autor discute críticamente ciertas categorías y cálculos, que han dificultado un análisis adecuado de la magnitud de la epidemia entre los HSH, y revisa un conjunto de opciones para organizar (o mejorar, en donde ya existe una base) un sistema moderno (i.e. de *segunda generación*) de vigilancia epidemiológica del VIH en poblaciones de HSH, sin dejar de lado las consideraciones éticas que, dado el contexto, es imprescindible tener en cuenta.

En el capítulo III, Gabriel Guajardo, antropólogo de Chile, describe y ejemplifica la extrema variedad de situaciones y experiencias que engloban una categoría abstracta como la de “hombres que tienen sexo con hombres”. Si algo caracteriza a las prácticas, experiencias y sentidos atribuidos al sexo y a los lazos afectivos entre hombres es la diversidad. Cualquier política preventiva que pretenda alcanzar efectividad debe reconocer tal diversidad y dar cuenta de los distintos mundos simbólicos definidos según la geografía, la edad, la clase social y las historias culturales. En este sentido, la diversidad cultural implica a su vez una diversidad en términos de capacidades, recursos y vulnerabilidades estructurales y simbólicas, dentro de un contexto macro en general hostil hacia la homosexualidad.

En el capítulo IV, José Toro-Alfonso, psicólogo de Puerto Rico, desarrolla el tema de la vulnerabilidad y la capacidad, partiendo desde la perspectiva del individuo socializado en un contexto de homofobia, es decir en un contexto en el que los vínculos sexuales y afectivos entre personas del mismo sexo son considerados de un modo desvalorizador y estigmatizante. En particular, Toro analiza este fenómeno en relación con la construcción social de la masculinidad y la exclusión de lo diferente. Este contexto determina ciertas experiencias relacionadas con la conformación de la subjetividad que es necesario reconocer para asegurar comportamientos preventivos sostenidos en el tiempo.

En el capítulo V, el sociólogo Hernan Manzelli y el politólogo Mario Pecheny, de Argentina, abordan el tema de los modelos de prevención del VIH/sida, focalizados en la población de hombres gay y otros HSH. Describen en primer término tres grandes modelos teóricos de prevención, para ir precisando las modalidades concretas que éstos adquieren para dar cuenta de la diversidad de prácticas y situacio-

nes descritas en capítulos anteriores. En este sentido, los autores muestran las potencialidades y límites encontrados al aplicar tales modelos.

En el capítulo VI, el comunicador y activista chileno-norteamericano Tim Frasca resume veinte años de experiencias de prevención en hombres gay y otros HSH en la región, en términos de “lecciones aprendidas”. El trabajo concreto y cotidiano de tantos militantes y voluntarios en la región deja un saldo de enseñanzas sobre qué ha servido, qué no fue útil, e incluso qué ha resultado dañino, enseñanzas que constituyen un insumo imprescindible para la buena toma de decisiones a futuro.

Finalmente, en el capítulo VII, a modo de conclusión, el especialista en salud comunitaria y activista Veriano Terto, de Brasil, reflexiona acerca del sida y del tema más amplio de la salud de los gays y otros HSH, en los albores de esta tercera década de la epidemia.

Como Anexo I se incluye una presentación del Inventario de las Investigaciones sobre HSH y VIH/sida realizadas entre 1990 y 2001 en América Latina y el Caribe, cuya versión completa se adjunta a este volumen en el formato de disco compacto interactivo, en español e inglés. La primera parte de este inventario, correspondiente al período 1990-1999, fue el producto principal del primer proyecto de la Red de Investigación con ONUSIDA (1998-1999); mientras la segunda, una actualización hasta el año 2001, fue compilada por el comunicador y activista mexicano Alejandro Brito. Percy Fernández, psicólogo peruano, integró las dos versiones.

Finalmente, como Anexo II, se incluye un Resumen Ejecutivo de este volumen, preparado con ayuda del editor, el escritor peruano Jesús Martínez.

## Remontando la exclusión y accediendo a la salud como derecho

Queremos cerrar esta breve presentación recalcando algunas ideas centrales de este volumen: el desproporcionado impacto de la epidemia en las poblaciones de hombres gay y otros HSH no debe ser visto como ‘natural’, y trasunta una vulnerabilidad enorme de esta población frente a este problema de salud pública; la reducción de dicha vulnerabilidad no puede ocurrir sólo a través de cambios de conducta individuales, sino que depende en una medida importante de la modificación de condiciones de exclusión social que afectan la calidad y cantidad de vida

de los HSH, entre otros grupos socialmente excluidos; los HSH, como las demás personas, tienen derecho a acceder a servicios de prevención y atención de salud, en el marco de un pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos; y finalmente creemos necesario insistir en el hecho de que los Estados y la sociedad en su conjunto tienen el deber de actuar frente a la severa epidemia de infección por VIH en las poblaciones de HSH en la región de tal manera que respondan tanto a prácticas efectivas de salud pública como a estándares adecuados de atención de sus derechos humanos.

## Referencias bibliográficas

- Aggleton, P. (Ed). (1996). ***Bisexualities and AIDS: International Perspectives***. London: Taylor and Francis.
- Aggleton P, Khan S, Parker R (1998). ***Interventions for men who have sex with men in developing countries***. En: Gibney L, DiClemente R, Vermund S (Eds.): Preventing HIV infection in developing countries. New York: Plenum.
- Meléndez G, Stanton J, Díaz A y col. (2000). ***HIV/AIDS strategic planning with gay men***. Abstracts Book, XIII International Conference on AIDS, Durban, Julio 9-14 [MoPpD1120].
- OPS (2000). AIDS ***Surveillance in the Americas. Biannual Report***, Mayo 2000. Washington D.C., PAHO.
- OPS (2001). ***HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces***. Washington DC, PAHO/UNAIDS/MAP.
- Parker R (1995). ***Behavior in Latin American Men: Implications for HIV/AIDS Interventions***. International Journal of STD and AIDS, 7 (suppl 2): 62-65.
- Parker R (1996). ***Empowerment, Community Mobilization, and Social Change in the Face of HIV/AIDS***. AIDS 10 (suppl 3): S27-S31.
- Parker R, Barbosa R, Aggleton P (Eds.). (2000). ***Framing the sexual subject. The politics of gender, sexuality and power***. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- The Lancet (Editorial) (2000). ***HIV in Latin America and the Caribbean***. The Lancet 355 (9221): 2087.
- UNAIDS/LCLCS (1999). ***Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH***. Ginebra y Bogotá: UNAIDS and Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA.
- UNAIDS (1999). ***Consulta regional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe***. Ginebra: UNAIDS Best Practices Collection.





## CAPÍTULO II

# EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: Situación Actual y Recomendaciones para la Vigilancia Epidemiológica

Carlos F. Cáceres

### Introducción

Hasta Diciembre del 2001, se estimaba que 1.82 millones de adultos y niños vivían con el VIH en América Latina y el Caribe, incluyendo a 190,000 personas que probablemente se habían infectado durante los doce meses previos (*UNAIDS, 2001*). En América Latina y el Caribe 378,413 casos de sida, así como 156,228 defunciones por sida, habían sido notificadas (*OPS, 2001a*).

La transmisión sexual del VIH explica aproximadamente el 78% de todos los casos notificados de SIDA en América Latina y el Caribe para los que se informó una categoría probable de transmisión (*OPS, 2001a*). En el contexto de la transmisión sexual, la transmisión homosexual masculina ha sido y continúa siendo crucial en la región (*OPS, 2001b*), pues aunque el número de casos notificados como probablemente debidos a transmisión entre varones es similar al número de casos noti-

ficados como de probable transmisión heterosexual, el primero resulta elevadísimo si se considera que la población de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) constituye una fracción pequeña de la población general de adultos. De manera coincidente, los estudios de seroprevalencia en HSH muestran niveles bastante mayores a los de poblaciones índice de la situación entre heterosexuales (*U.S. Bureau of the Census, 2001*). Tempranamente en la epidemia, se decía que América Latina mostraba una combinación de los viejos patrones I y II, que describían la importancia de los casos entre los HSH y los usuarios de drogas inyectables (UDI), así como un componente heterosexual (*Cáceres y Hearst,*



Figura 1: América Latina y el Caribe, dividido en 7 sub-regiones sobre la base de proximidad geográfica.

1996). Actualmente, ONUSIDA considera que la mayor parte de los países de América Latina muestran epidemias concentradas en poblaciones de HSH, y, en algunos casos, en usuarios de drogas inyectables (UNAIDS, 2000). América Latina contribuye con el mayor número de casos de VIH/SIDA en HSH fuera de los Estados Unidos (McFarland y Cáceres, 2001).

Lejos de ser un concepto operacionalizado, el de “homosexualidad” alude a una serie de constructos y categorías tales como orientación del deseo sexual, conducta sexual, identidad sexual y socialización sexual (Stein, 1992; Herdt, 1997; Aggleton, 1996), ninguno de los cuales es binario. Por ejemplo, mientras que el sexo entre hombres es bastante frecuente en la región, la conducta homosexual masculina usualmente no implica identidades homosexuales o bisexuales (Parker, 1991; Cáceres y Rosasco, 1999; Carrier, 1995; Lancaster, 1995). Sin perder de vista la diversidad, ni tampoco una interacción tan compleja como la existente entre identidad, deseo, conducta y papeles de género, así como las implicancias políticas de las identidades sexuales en una región en la cual la homosexualidad es aún causa de estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos (McKenna, 1996), una cate-

«Actualmente, ONUSIDA considera que la mayor parte de los países de América Latina muestran epidemias concentradas en poblaciones de HSH, y, en algunos casos, en usuarios de drogas inyectables (UNAIDS, 2000)».

goría comportamental como la de “HSH” es usada de manera arbitraria en la epidemiología del VIH en la medida en que incluye, en teoría, todas las situaciones de interacción sexual entre dos varones. Dicha asunción sería más válida si se parte del supuesto de que todos ellos comparten niveles similares de riesgo, supuesto negado según los datos de investigación: en tanto la única práctica claramente asociada a la transmisión del VIH entre varones es la penetración anal receptiva o insertiva sin protección (Cáceres y van Griensven, 1994)<sup>1</sup>, y en tanto no todos los HSH la realizan, o lo hacen selectivamente, entonces tales niveles de riesgo son diversos. Desde otro punto de vista, sin embargo, es crucial reconocer

<sup>1</sup> Los estudios realizados hasta ahora no han encontrado evidencia sistemática de transmisión a través del sexo oral, ofellatio, incluso con deglución de semen (Page-Shafer y col., 2001). La penetración anal con uso consistente y adecuado de condones es considerada de bajo riesgo (Cáceres y van Griensven, 1994).

que las intervenciones preventivas y la organización comunitaria deben tomar en cuenta la cultura, la identidad y la política (Dowsett, 1996), y requieren, por lo tanto, diferenciar entre HSH de distintas identidades, contextos y experiencias.

En la primera parte de este capítulo daremos una mirada a la información epidemiológica disponible sobre este problema de salud pública en América Latina y el Caribe. En la segunda parte presentaremos algunas observaciones y recomendaciones para mejorar la calidad y profundidad de la información sobre VIH en esta población en la región, particularmente a través de la organización o el perfeccionamiento de acciones de vigilancia epidemiológica.

«América Latina contribuye con el mayor número de casos de VIH/SIDA en HSH fuera de los Estados Unidos (McFarland y Cáceres, 2001)».

## Situación Epidemiológica, según la información disponible

Esta sección fue preparada con las siguientes fuentes de información:

- Estadísticas de incidencia acumulada de casos de SIDA en la región, notificadas a OPS/OMS por cada país y publicadas periódicamente por OPS/ONUSIDA (OPS, 2001a).
- Estudios epidemiológicos en población HSH registrados en tres fuentes: (1) la base de datos de seroprevalencia de VIH/SIDA del U.S Bureau of the Census (U.S. Bureau of the Census, 2001); (2) publicaciones y resúmenes de los estudios realizados en varios países de Sudamérica con participación del Destacamento del Centro de Investigación Médico Naval de los Estados Unidos en Lima (Russell y col, 2000a,b); y (3) información proporcionada por la Coordinación Nacional de ETS/SIDA del Ministerio de Salud del Brasil.

Las limitaciones de información disponible para realizar esta tarea son numerosas:

- La vigilancia epidemiológica en la región no guarda una calidad homogénea, y en muchos países una proporción sustancial de casos de SIDA puede no ser diagnosticada, o su notificación puede demorar o no ocurrir por algún motivo.
- Del mismo modo, las categorías de transmisión son problemáticas, particularmente aquellas vinculadas a conductas estigmatizadas: la etiqueta de “transmisión homosexual” (como la de UDI) no es asignada en forma consistente. En muchas situaciones los proveedores de salud pueden, para evitarse una incomodidad y evitarla al interesado, preferir no hacer una historia sexual, y asumir que el caso se debe a transmisión heterosexual. Para muchos, la falta de consistencia entre un patrón heterosexual supuestamente predominante de infección en América Central, y una *razón hombre:mujer* aún cercana a 2 en tales áreas (OPS, 2001a) sugiere que una alta proporción de transmisión homosexual es notificada como heterosexual.
- Ciertos dilemas aluden específicamente a situaciones donde múltiples factores de riesgo están presentes, dado que muchos sistemas de vigilancia no dejan un margen para el registro de múltiples condiciones de riesgo y utilizan clasificaciones jerárquicas, lo cual implica decisiones arbitrarias sobre la forma más probable de infección por caso, creando una fuente de error por mala clasificación. El Programa Brasileño de Control de SIDA/ETS analizó el impacto de las políticas de clasificación en los reportes de casos, que muestra el potencial de variabilidad de cifras según los criterios a utilizarse para priorizar, en las estadísticas, mecanismos de transmisión presentes en cada caso (ver Tabla 1), cuando hay más de un mecanismo presente (Ministério da Saúde do Brasil, 1999).
- Asimismo, escasos estudios de seroprevalencia en muestras representativas de individuos han sido realizados (y la situación es mucho más grave en relación con los estudios de seroincidencia), probablemente como resultado de restricciones en el financiamiento y en el apoyo institucional (académico y gubernamental) hacia estudios epidemiológicos en esta población, así como debido a la significativa complejidad de los enfoques apropiados de investigación con esta población vulnerable (McFarland y Cáceres, 2001).

**Tabla 1:**

Comparación de las cifras de notificación de casos de SIDA según dos clasificaciones diferentes de vías de transmisión ( i.e. jerárquica vs. concurrente) para los casos de SIDA registrados por la Coordinación Nacional de ETS/SIDA del Brasil para el período entre 1980 y 1999.

CLASIFICACIÓN JERÁRQUICA		CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍAS CONCURRENTES	
CATEGORÍA	NÚMERO DE CASOS	CATEGORÍA	NÚMERO DE CASOS
Homosexual	31,669	Homosexual	28,410
		Homosexual/UDI	2,805
		Homosexual/hemofílico	37
		Homosexual/transfusión	335
		Homosexual/UDI/hemofílico	19
		Homosexual/UDI/transfusión	61
Bisexual	17,221	Bisexual	13,751
		Bisexual/UDI	3,054
		Bisexual/hemofílico	37
		Bisexual/transfusión	327
		Bisexual/UDI/hemofílico	10
		Bisexual/UDI/transfusión	42
Heterosexual	40,115	Heterosexual	40,115
		Heterosexual/UDI	16,224
		Heterosexual/hemofílico	121
		Heterosexual/transfusión	923
		Heterosexual/UDI/hemofílico	40
		Heterosexual/UDI/transfusión	224
Usuario de Drogas Inyectables (UDI)	32,819	UDI	16,067
		UDI/hemofílico	46
		UDI/transfusión	218
Hemofilia Transfusión Perinatal Desconocido	1,109	Hemofilia	988
	3,070	Transfusión	2,147
	4,630	Perinatal	4,630
	39,442	Desconocido	39,442

Fuente: Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico da Coordenação Nacional de DST/AIDS, Agosto 1999.

## Notificación de casos de VIH/SIDA a PAHO/WHO/UNAIDS<sup>2</sup>

***Incidencia Acumulada Relativa.*** La Tabla 2 muestra la proporción del total de casos acumulativamente reportados en cada estrato geográfico que fueron clasificados como resultantes de transmisión homosexual. La columna del centro incluye casos clasificados como de ruta probable de transmisión no informada<sup>3</sup>, mientras que la columna de la derecha los excluye<sup>4</sup>. Como podemos observar, el Área Andina y México se mantienen como las áreas con la más alta proporción de casos atribuidos a transmisión sexual hombre-hombre con alrededor del 50% de casos con una categoría de transmisión asignada. Comparativamente el Brasil y el Cono Sur están por debajo de ellos, con aproximadamente una tercera parte de ese total. Finalmente, América Central y el Caribe listan sólo alrededor del 13% de sus casos en esta categoría.

Tabla 2:

Proporción de casos notificados como correspondientes a HSH en América Latina y el Caribe (número total de casos notificado a la fecha). Fuente: OPS, 2001a.

SUB-REGIÓN	% DEL TOTAL DE CASOS QUE SON HSH	% DEL TOTAL DE CASOS CON VÍA DE TRANSMISIÓN CONOCIDA QUE SON HSH
América Central	12.3	13.6
Área Andina	42.6	48.3
Brasil	26.7	35.0
Caribe no Latino	10.3	12.4
Caribe Latino	9.0	13.8
Cono Sur	31.5	32.9
México	(S.I.)	54.5
TOTAL		35.2

<sup>2</sup> Las estadísticas para América Latina son provistas por OPS/OMS en seis o incluso siete estratos o áreas geográficas, que son: el Área Andina (incluyendo Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela); Brasil; el Cono Sur (incluyendo Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay); América Central (esto es, Belice, Guatemala, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Costa Rica y Panamá); el Caribe Latino (incluyendo Cuba, la República Dominicana y Haití); el Caribe de habla inglesa y holandesa (el cual incluye a 19 islas); y México (Ver Figura 1).

<sup>3</sup> Excepto para México, porque el dato no está disponible en la fuente, lo que impide estimar el total regional.

<sup>4</sup> Excluye también casos por riesgos conocidos infrecuentes, es decir, aquéllos distintos de: homo/bisexual, heterosexual, por uso de drogas inyectables, por hemoderivados, por transfusión, y perinatal.

Cuando observamos más detalles en cada estrato geográfico, encontramos tres patrones. Siguiendo el primer patrón, el Área Andina muestra una epidemia donde el 48.3% de los casos notificados son clasificados como HSH (Figura 2a), aunque la transmisión heterosexual explica 47.5% de los casos, una cifra equivalente. El uso de drogas inyectables es casi inexistente, y los casos de transmisión perinatal y otros por vía sanguínea son raros. De forma similar, México (Figura 2b) muestra un cuadro donde el 54.5% de los casos son clasificados como HSH, contrariamente a un 38.9% en la categoría heterosexual. Aquí se debe observar que, aunque en el Informe de Notificación de Diciembre de 2001 no se consigna para México la proporción de casos sin información sobre vía de transmisión probable, en el informe de mayo del 2000 esta cifra bordeaba el tercio del total de casos (OPS, 2000). Para el Area Andina y México, la razón hombre:mujer revela la alta frecuencia de casos en HSH.

Figuras 2a-h: Casos de SIDA distribuidos por categoría de transmisión en 7 sub-regiones de América Latina y El Caribe (2a-g) y en la región en su conjunto (2h). Se excluye los casos atribuidos a transmisión por “otros factores de riesgo” y los casos sin atribución de causa probable. Fuente: OPS, 2001a.

Figura 2a

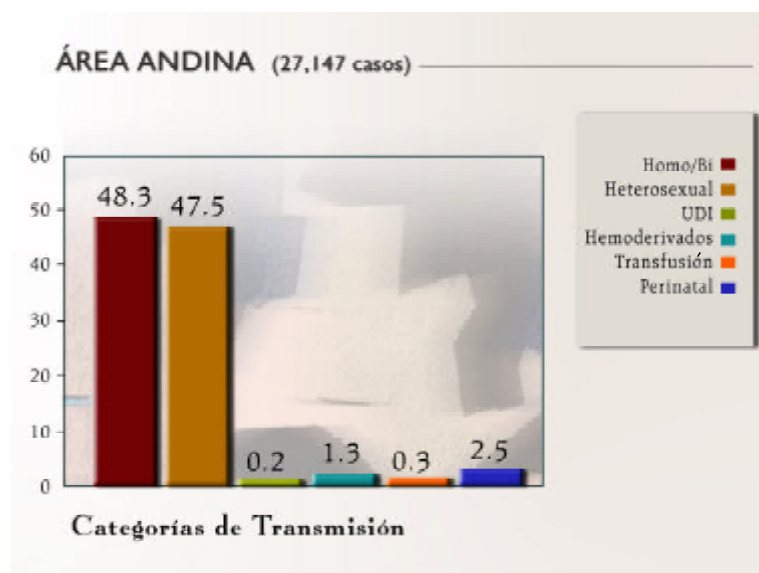
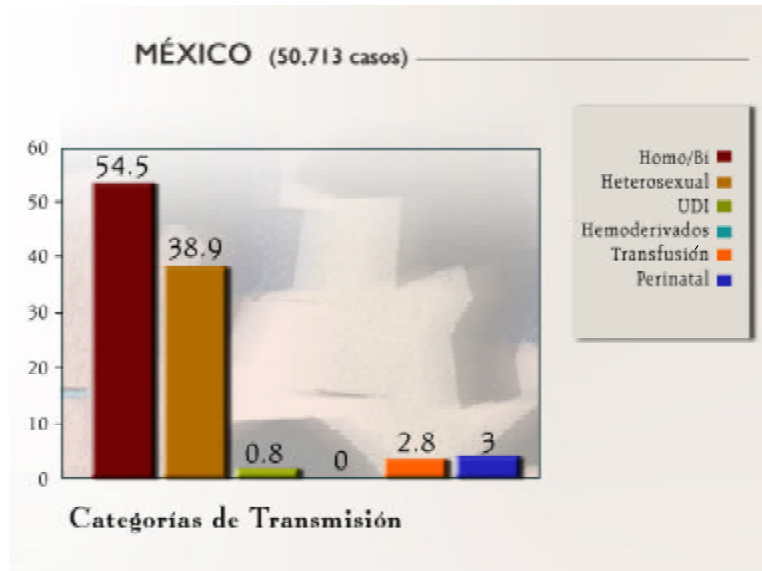




Figura 2b



Un segundo patrón es observado en el Cono Sur y Brasil. En el Cono Sur (Figura 2c), aproximadamente 58% de los casos notificados son debidos a transmisión sexual, de los cuales casi 3 de cada 5 son clasificados como casos HSH. Sin embargo, el nuevo elemento aquí es el uso de drogas inyectables, el cual da cuenta de un tercio de los casos notificados. Los casos perinatales representan el 6% del total de casos.

Figura 2c

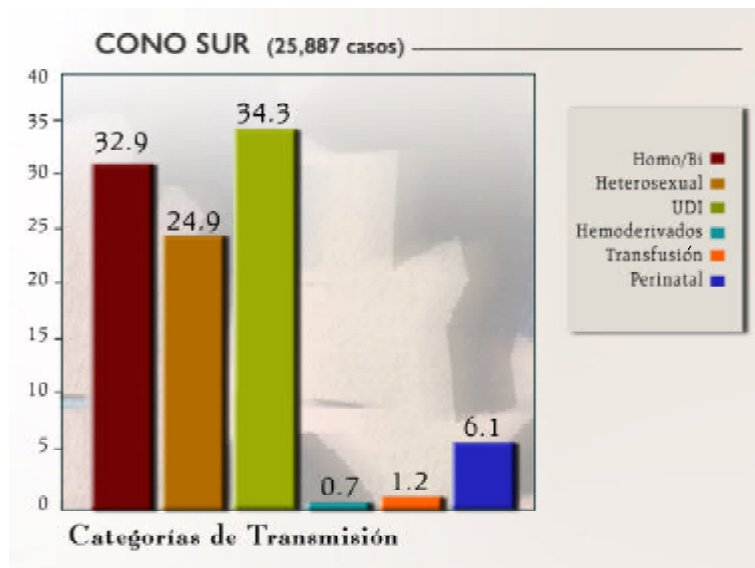
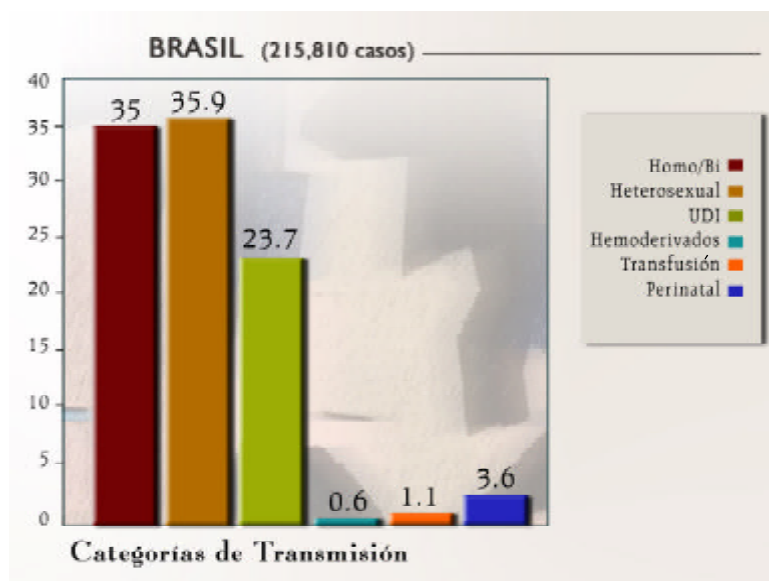


Figura 2d



Un tercer patrón es claro en América Central y el Caribe. En América Central (ver Figura 2e), la proporcionalidad con respecto a la probable vía de transmisión sexual notificada es invertida, y los casos heterosexuales, que dan cuenta del 79% del total, son notificados como 6 veces más frecuentes con relación a los casos homosexuales. Los casos perinatales son más frecuentes también. Similarmente, en el Caribe anglo-holandés (ver Figura 2f) los casos heterosexuales son 6.5 veces más frecuentes que los casos homosexuales y dan cuenta del 79.5% de los casos con información sobre categoría de probable de exposición. Aquí, sin embargo, la proporción de casos cuya categoría de transmisión es considerada desconocida llega a 17%. En la misma dirección, en el Caribe Latino (Figura 2g) los casos heterosexuales son también 5.5 veces más frecuentes que los casos homosexuales, y dan cuenta del 76% de los casos con información sobre vía de transmisión. En esta región, nuevamente, la proporción de casos listados como de vía de transmisión desconocida es muy alta: 35%. En cualquiera de las últimas tres áreas, la proporción de casos atribuidos a usuarios de drogas inyectables es muy baja.

Figura 2e

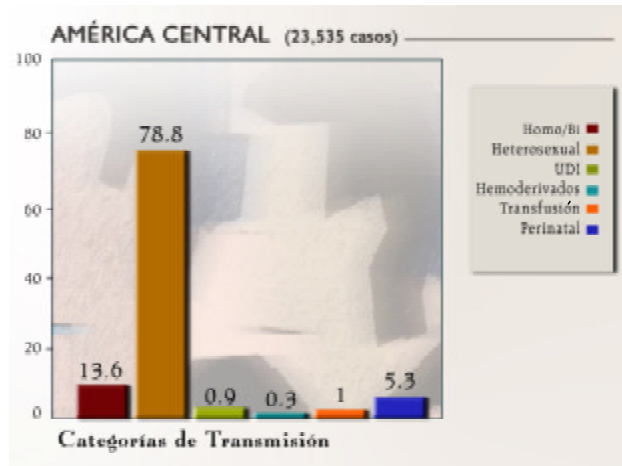


Figura 2f

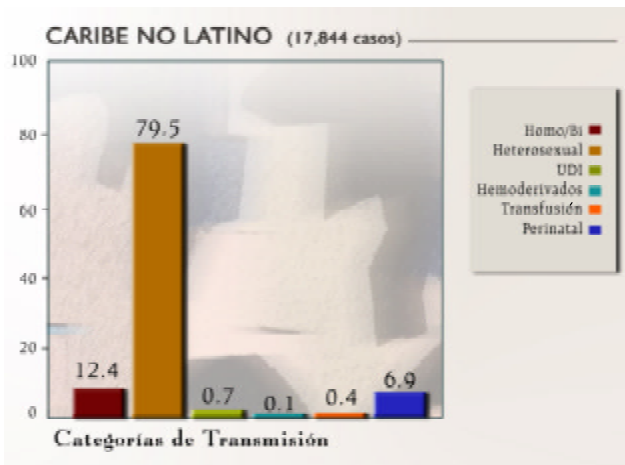
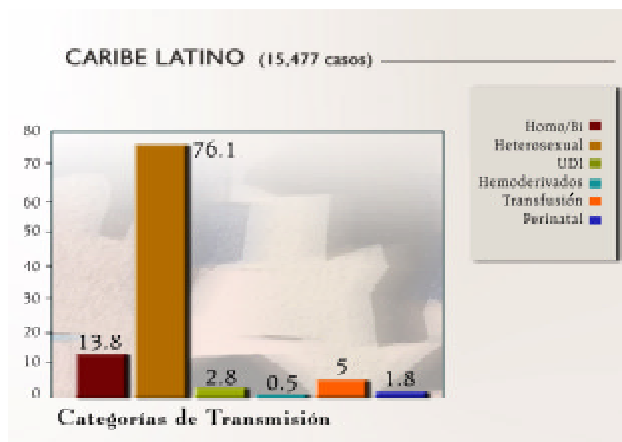
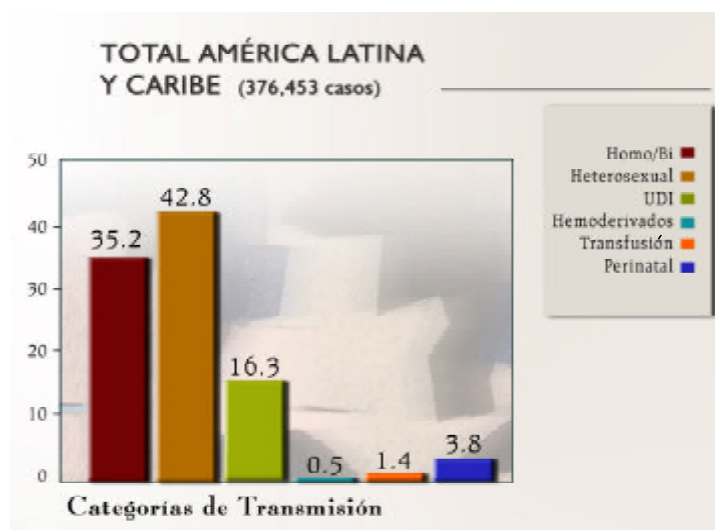


Figura 2g



A partir de esta diversidad de situaciones en la región, cuando observamos el panorama regional (Figura 2h), encontramos que la transmisión sexual da cuenta del 78% de casos con información sobre vía probable de transmisión, y que los casos heterosexuales y homosexuales representan el 55% y el 45%, respectivamente, de este 78%. El uso de inyección de drogas representa el 16% de casos regionales, y los perinatales y otros casos por vía sanguínea dan cuenta del 6%<sup>5</sup>. Históricamente, a lo largo de la década de los noventa, la proporción de casos de SIDA tipificados como HSH ha disminuido debido a un incremento en el número de casos femeninos, pero el número total de casos de HSH ha permanecido estable (es decir, su peso relativo puede haber disminuido, pero su peso absoluto no).

Figura 2h



El más importante incremento ha ocurrido entre usuarios de drogas inyectables en Brasil y, especialmente, en el Cono Sur. Esta escalada de la epidemia en usuarios de drogas inyectables está tendiendo puentes hacia la población heterosexual de una manera más efectiva que la epidemia entre HSH. Por consi-

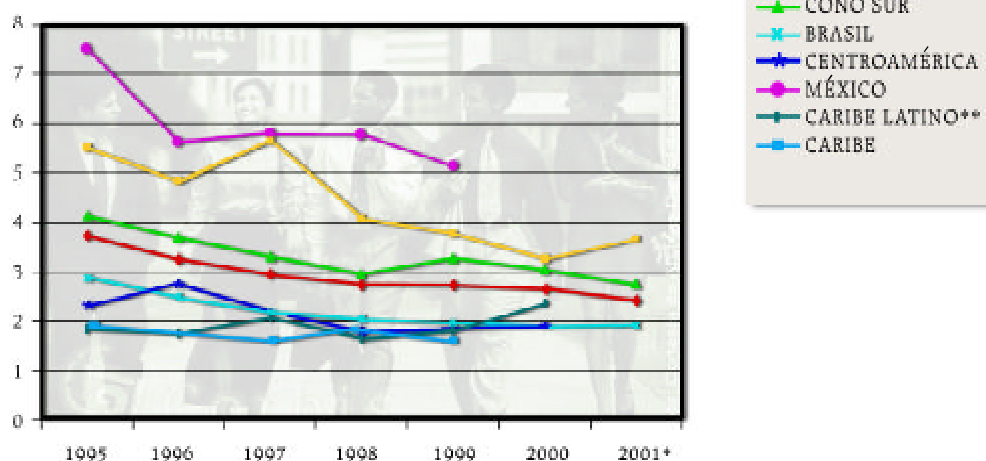
<sup>5</sup> Por no disponerse, para México, de datos sobre proporción de casos sin información de vía probable de infección, la proporción regional de casos explicables por probable transmisión homosexual (sobre el total de casos con información sobre vía de transmisión) no puede obtenerse de una ponderación que considere totales absolutos de casos homo-bisexuales por sub-región, calculados a partir del producto del total de casos por sub-región y la proporción de éstos reportados como homo-bisexuales. Por ello, aquí optamos por estimarla asumiendo una proporción homogénea de casos sin información de vía probable de infección a través de las distintas sub-regiones.

guiente, un incremento de leve a moderado en la proporción de casos perinatales ha sido apreciable. Inversamente, una reducción de la proporción de los casos por vía sanguínea es consistente con mucho mejores estrategias de prevención en los establecimientos de salud.

**Razón de Masculinidad de Incidencias Acumuladas.** La Figura 3 muestra las razones de números de casos notificados en varones a números de casos notificados en mujeres para cada subregión y para América Latina, por año entre 1995 y 2001 (según OPS, 2001a). Dicho cuadro evidencia las diferencias entre, de un lado, México y el Area Andina, con razones que aunque en descenso aún se mantienen por encima de 3; y, de otro, América Central y el Caribe, con razones alrededor de 2.

Figura 3

**RAZÓN HOMBRE: MUJER DE INCIDENCIA ACUMULADA DE CASOS DE SIDA AMÉRICA LATINA Y CARIBE, 1995 - 2001**



\* La información está incompleta debido al retraso en la notificación en los últimos años.

\*\* La Tasa acumulada para Caribe Latino no incluye Puerto Rico.

Pese a estas diferencias, y tal vez exceptuando a Honduras, Belice y República Dominicana, vale la pena resaltar que los países de América Central, además de Cuba (en el Caribe Latino), muestran razones de masculinidad más cercanas a 3, la cual no es congruente con patrones epidemiológicos tan marcadamente heterosexuales como los que la notificación plantearía. Esta inconsistencia sugiere, una vez más, que muchos casos que probablemente han resultado de transmisión homosexual en estos países han sido notificados como casos heterosexuales.

**Riesgo de los jóvenes HSH.** No se dispone de un análisis demográfico de los casos entre los HSH de la región. Sin embargo, en países como el Perú se evidencia que los diagnósticos de SIDA entre HSH ocurren entre la adolescencia y la tercera edad, aunque se concentran entre los 25 y los 34 años. Muchos de tales casos, entonces, resultan de infecciones ocurridas probablemente desde finales de la adolescencia, lo que nos lleva a recalcar dos ideas: (1) existen HSH de todas las edades, y todos pueden estar en riesgo (de hecho, muchos HSH de la región adquieren la infección antes de hacerse mayores de edad); (2) aunque al hablarse de “jóvenes” se suele asumir que éstos tienen sólo relaciones heterosexuales, es importante recordar que muchos de ellos tienen también relaciones homosexuales, e incluso algunos de ellos también se identifican como homosexuales.

## Datos de seroprevalencia de infección por VIH

Si bien el análisis de los casos notificados permite una evaluación rápida del impacto histórico de la epidemia sobre una población y sus servicios de salud, son los estudios de seroprevalencia los que proporcionan datos que permiten estimar el impacto actual y futuro de la epidemia en un grupo dado y en el sistema de salud. Los datos disponibles sobre seroprevalencia entre HSH en la región son mostrados en la Tabla 3. Es difícil establecer la comparabilidad de los datos, en tanto la información sobre las condiciones en que muchos estudios fueron realizados es limitada, particularmente desde el punto de vista de la selección muestral. Dicho esto, la información disponible sugiere prevalencias que varían entre 5 y 20% para los HSH en la mayoría de las ciudades capitales en la región, lo que grafica una *epidemia concentrada en HSH*.

Tabla 3: Seroprevalencia de Infección por VIH entre los HSH en América Latina y el Caribe

SUB-REGIÓN	PAÍS	LOCACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	PREVALENCIA INE. VIH	TAMAÑO MUESTRAL	AÑO(S)	REFERENCIA	COMENTARIOS
ÁREA ANDINA	Bolivia	La Paz	«HSH»	14.6	48	99/00	Russell, 2000b	Edad media: 29 Enero-abril 1988
	Colombia	Bogotá	«HSH»	20.4	643	99/00	Russell, 2000b	
	Colombia	Bogotá	«Bisexuales»	15.8	N.E.	1994	García y col., 1996	
	Ecuador	Quito	«HSH»	10.7	244	99/00	Russell, 2000b	
	Ecuador	Guayaquil	«HSH»	28.4	102	99/00	Russell, 2000b	
	Perú	Lima	«Homos./bisex.»	11.2	98	1985	Rojas y col., 1986	
	Perú	Lima	«Homos./bisex.»	6.5	124	1988	Cáceres y col., 1991	
	Perú	Lima	«HSH»	13.3	2158	2000	Russell, 2000b	
	Perú	Lima	«HSH»	14.2	4883	1999	Russell, 2000b	
	Perú	Provincias	«HSH»	5.5	3101	2000	Russell, 2000b	
Perú	Provincias	«HSH»	4.9	1413	1999	Russell, 2000b		
Venezuela	Isla Margarita	«Hombres gay»	25.0	N.E.	1994	Castro de Batánjer 1996	Echevarría 1992	
Venezuela	No especific.	«Homosexuales»	30.8	315	1992 (2)			
BRASIL	Brasil	B. Horizonte	«Homos./bisex.»	6.6	167	1994	Viana 1996	18-50 a. Oct. 1994 Preval. Basal en Est. Cohorte 18-50 años 18-50 años. Hasta junio Preval. basal en Est. Cohorte Enero 87 - Nov. 90 Agosto 94 - Mayo 96 Preval. basal en Est. Cohorte
	Brasil	B. Horizonte	«Homos./bisex.»	9.0	570	1994	Carneiro 2000	
	Brasil	R. de Janeiro	«Homos./bisex.»	9.2	98	1994	Lago 1996	
	Brasil	R. de Janeiro	«Homosexuales»	8.9	313	1986(?)	Surratt 1996	
	Brasil	R. de Janeiro	«Homos. IDU»	32.2	59	1996	Surratt 1996	
	Brasil	R. de Janeiro	«Homos./bisex.»	11.0	753	1995-1997	Ramos 199	
	Brasil	Salvador	«Homos./bisex.»	10.0	550	1989-90	Ribeiro 1993	
	Brasil	São Paulo	«Homosexuales»	13.9	453	1990-94	Luna 1996	
	Brasil	São Paulo	«Homos./bisex.»	10.8	1082	1994	Carvalho 98	
	CARIBE <sup>1</sup>	Cuba	Nacional	Contactos de HIV+	5.2	710	1986-88	
Dominicana		Sto. Domingo	«Bisexuales.»	7.7	234	1994	Tabet 1996	
Dominicana		Sto. Domingo	«Homosexuales»	11.7	77	1994	Tabet 1996	
Jamaica		No. especific.	«Homos./bisex.»	15.0	100	1986	Gayle 1993	
Jamaica		Kingston	«Homos./bisex.»	9.6	125	1985-86	Murphy 1988	
Martinique		No especific.	«Homos./bisex.»	39.1	23	1988	Chout 1989	
Tr. & Tobago		No especific.	«Homos./bisex.»	40.0	100	1983-84	Bartholomew 1987	

«SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción.»

Tabla 3: (continuación)

SUB-REGIÓN	PAÍS	LOCACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	PREVALENCIA INF. VIH	TAMAÑO MUESTRAL	AÑO(S)	REFERENCIA	COMENTARIOS
AMÉRICA CENTRAL <sup>1</sup>	Costa Rica	San José	«Homos./bisex.»	4.9	143	1994	Bonifati 1994	18-50 años. Ene - Mar 1994
	El Salvador	San Salvador	«HSH»	17.8	286	2001	[Nuñez <sup>4</sup> ]	Comunicac. personal
	Guatemala	C. Guatemala	«HSH»	11.5	165	2001	[Nuñez <sup>4</sup> ]	Comunicac. personal
	Honduras	Tegucigalpa	«HSH»	8.2	110	2001	[Nuñez <sup>4</sup> ]	Comunicac. personal
	Honduras	S. Pedro Sula	«HSH»	16.1	174	2001	[Nuñez <sup>4</sup> ]	Comunicac. personal
	Panamá	C. de Panamá	«HSH»	11.3	257	2001	[Nuñez <sup>4</sup> ]	Comunicac. personal
MÉXICO	México	Nacional	«Homos./bisex.»	15.5	973	1991-96	Magis 1997	Vigilancia Epidemiológica
	México	C. de México	«Bisexuales»	2.6	884	1993-95	Terán 1996	Centro Pruebas CONASIDA
	México	C. de México	«Homosexuales»	31.6	1,444	1993/95	Terán 1996	Centro Pruebas CONASIDA
	México	Guadalajara	«Homosexuales»	29.2	267	1990	Preciado 1991	
	México	Nacional	«TSM» <sup>3</sup>	13.6	712	1991-96	Magis 1997	Vigilancia Epidemiológica
CONO SUR <sup>1</sup>	Argentina	Bs. Aires	«HSH»	13.3	724	99/00	Russell, 2000b	
	Argentina	Rosario	«Homos./bisex.»	11.2	659	1987-89	Rubio y col, 1989	
	Argentina	Not specified	«Homos./bisex.»	12.8	1,020	1991	Fay y col, 1991	
	Paraguay	Asunción	«Homosexuales»	8.8	182	1987-90	Cabello y col, 1991	
	Uruguay	Montevideo	«Bisexuales.»	3.2	252	1996	Berriolo 1996	18-65 años. Abril 1- Junio 30
	Uruguay	Montevideo	«Homosexuales»	2.6	154	1996	Berriolo 1996	18-65 años. Abril 1- Junio 30
	Uruguay	Montevideo	«TSM» <sup>3</sup>	13.4	187	2000	Russell, 2000b	
	Uruguay	Montevideo	«TSM»	17.8	241	1999	Russell, 2000b	

Fuentes: HIV/AIDS Surveillance Database, U.S. Bureau of the Census; publicaciones de NMRCDC – Lima; Coordenação Nacional de DST/AIDS, Brasil. No se dispuso de información sobre prevalencia de VIH para HSH de: Belice, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, en América Central; Chile en el Cono Sur; y Antilla, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Dominica, Antillas Holandesas, Guyana Francesa, Granada, Guadalupe, Guyana, Haití, Montserrat, St. Kitts y Nevis, Sta. Lucía, Surinam, San Vicente y Granadinas, y Turkos and Caicos en el Caribe.

<sup>2</sup> No especificado.

<sup>3</sup> Trabajadores sexuales masculinos.

<sup>4</sup> Nuñez, César, Comunicación personal, 2002. Datos preliminares de una serie de estudios llevados a cabo en un esfuerzo colaborativo de PASCA, los Ministerios de Salud de cada país, ONGs locales, y varias agencias cooperantes.



En el Area Andina, estudios en varias poblaciones, incluyendo HSH, han sido realizados recientemente en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú por el Destacamento del Centro de Investigación Médica de la Marina Estadounidense en Lima, en colaboración con instituciones locales (*Russell y col., 2000b*). Los estudios en HSH muestran mayormente prevalencias que varían entre 5% (en las provincias en el Perú) y 28% en Guayaquil, Ecuador. Fue de 15% en La Paz, Bolivia (n= 48), 20% en Bogotá, Colombia (n= 643), 11% en Quito, Ecuador (n= 244) y 14% en Lima, Perú (n= 4883).

En Brasil, las encuestas basales de tres estudios de cohorte ejecutados en Río de Janeiro, São Paulo y Belo Horizonte determinaron prevalencias de 9 a 11% entre 1994 y 1996 (*Ramos y col., 1999; Carneiro y col., 1998; Carneiro y col., 2000*). En el Caribe, los mejores datos provienen de la República Dominicana, y alcanzan 8 a 12% para 1994 (*Tabet y col., 1996*). En América Central, se dispone de manera preliminar de datos de seroprevalencia muy recientes para El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, proporcionados por un conjunto de estudios llevados a cabo a partir de la colaboración entre PASCA, los Ministerios de Salud, y ONGs locales, con el apoyo de cooperantes. En todos ellos las prevalencias varían entre 8 y 18%. La prevalencia en Costa Rica fue estimada en 5% en 1994 (*Bonifati, 1994*).

En México, los datos más significativos provienen de estudios centinela en el marco de la vigilancia epidemiológica a escala nacional. Se notifica prevalencias de 16% para hombres homo/bisexuales y de 14% para trabajadores sexuales masculinos para el período 1991-1996 (*Magis y col., 1997*). Finalmente, en el Cono sur, estudios facilitados también por el Destacamento del Centro de Investigación Médica de la Marina Estadounidense en Lima, han tenido lugar en Argentina (en 724 HSH de Buenos Aires; la prevalencia de VIH fue de 13%) y en Uruguay (en 241 trabajadores sexuales masculinos en Montevideo, estimando una prevalencia de 18% en 1999) (*Russell y col., 2000b*). No se dispone de datos relevantes para Chile o Paraguay.

**Comparando seroprevalencias en poblaciones de HSH con aquéllas observadas en poblaciones heterosexuales.** Los datos de seroprevalencia presentados en la Tabla 3 pueden ser comparados con datos disponibles para poblaciones heterosexuales o con los de alguna de las subpoblaciones que típicamente son utilizadas para indicar la situación de la población heterosexual: utilizando para este efecto resultados de estudios en gestantes en varios países de la región listados en la HIV/AIDS Surveillance Database (*U.S. Bureau of the Census, 2001*), se observa que para la mayor parte de países (exceptuando a Brasil, la República Dominicana, Jamaica y Honduras, entre otros pocos, con cifras que llegan a 2 ó 3%), en la mayor parte de países las cifras de seroprevalencia están por debajo

de 1%. Este hecho plantea que en la mayor parte de países la epidemia no se puede considerar *generalizada*, y se encuentra *concentrada en poblaciones de HSH* (y, en casos como Argentina, Brasil y Uruguay, también en UDI).

## Datos de seroincidencia de infección por VIH

Existe información de seroincidencia disponible sólo para Brasil y Perú (ver Tabla 4). En Brasil, se implementó tres estudios de cohorte en las ciudades de Río de Janeiro (Cohorte Praça Onze [Ramos y col., 1999]), São Paulo (Cohorte Bela Vista [Carvalho y col., 1998]) y Belo Horizonte (Cohorte Horizonte [Carneiro y col., 2000]) entre 1994 y 1999. Las densidades de incidencia calculadas fueron de 3.1 por 100 personas-año para el estudio en Río (en una cohorte de 753 hombres), 1.51 en São Paulo (en una cohorte de 1028 hombres), y de 1.99 en Belo Horizonte (en una cohorte de 470 hombres). En el Perú, 1140 hombres seguidos en la Cohorte Alaska entre 1998 y 2000 mostraron una densidad de seroincidencia de 3.3 por 100 personas-año de observación (basada en 5,166 personas-mes) (Sánchez y col., 2000). Los estimados de incidencia en los cuatro estudios sugieren velocidades de transmisión del VIH moderadamente altas entre los HSH en tales países, lo que plantea la necesidad de acción programática continua y más efectiva.

**Tabla 4:** Densidad de seroincidencia de VIH entre HSH de América Latina y el Caribe

SUB-REGIÓN	PAÍS	LOCACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	DENSIDAD INCIDENCIA <sup>a</sup>	TAMAÑO MUESTRAL	AÑO(S)	REFERENCIA	COMENTARIOS
AREA ANDINA	Perú	Lima	«HSH»	3,3	1140	98/00	Sánchez y col, 2000	Cohorte Alaska
	BRASIL	Río de Janeiro Sao Paulo Belo Horizonte	«HSH»	3.1	752	95/97	Ramos y col, 1999	C. Praca Onze
«HSH»			1.51	1028	94/99	Carvalho y col, 1998	C. Belavista	
«HSH»			1.99	470	94/99	Carneiro y col, 2000	C. Horizonte	

<sup>a</sup>Número de casos nuevos por 100 personas - año de observación

## Generando mejores datos: Estrategias para vigilancia de VIH entre HSH

Para monitorear la emergencia y evolución de la epidemia por VIH entre las poblaciones de HSH en América Latina, incluyendo una visión de los patrones de comportamiento que pueden incrementar la transmisión del virus de éstas a otras poblaciones, así como un registro del impacto de posibles intervenciones, es muy importante mejorar el acceso a información de buena calidad. A continuación, desde la lógica planteada por ONUSIDA para el desarrollo de *Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación*, se esboza pautas para la organización de vigilancia epidemiológica de VIH en poblaciones de HSH, particularmente para su consideración en los países de la región que no la realizan o que no obtienen de los sistemas actuales la información necesaria<sup>6</sup>:

### Investigación Formativa

No se puede iniciar un sistema de vigilancia estándar sin la realización de investigación formativa para caracterizar la variedad y diversidad de conductas, identificar puntos de acceso, y constituir alianzas con organizaciones e individuos en los cuales confían poblaciones importantes de HSH. Se debería, entonces, implementar aproximaciones etnográficas, las cuales permitirían una comprensión de la complejidad de las culturas sexuales de HSH. Estas investigaciones típicamente incluyen observación, grupos de discusión, y entrevistas en profundidad con informantes clave. Debe involucrarse a miembros de las comunidades de HSH en todas las fases.

«...es crucial construir alianzas clave con instituciones e individuos que pueden facilitar el acceso a poblaciones de HSH».

<sup>6</sup> Las ideas aquí incluidas se resumen y adaptan de una sección de: Mc Farland, W; Cáceres, C. (2001) **Surveillance among men who have sex with men**; AIDS, 15 (suppl 3): S23-S32.

Puesto que la investigación etnográfica clásica requiere tiempos prolongados, se ha popularizado el empleo de procedimientos de diagnóstico rápido (*rapid assessment procedures*, o *RAPs*) para generar información al ritmo que la acción en salud pública exige. Estos, bastante focalizados, combinan y adaptan técnicas antropológicas estándar (entrevistas, observación, grupos de discusión) con pequeñas encuestas y análisis secundario de datos cuantitativos. En preparación para la vigilancia de VIH entre HSH, los RAPs ayudan sobre todo a ingresar a la comunidad y contribuyen a facilitar el diseño de encuestas más representativas.

La investigación formativa permite también identificar un ‘universo’ de puntos de acceso a las poblaciones de HSH. Este universo de espacios sociales (v.g. bares, discotecas, saunas, librerías, video-clubes, zonas públicas de contacto, revistas orientadas a HSH, y páginas y salones de *chat* en el internet) puede ser usado para elaborar un marco muestral para estudios cuantitativos probabilísticos. También es crucial construir alianzas clave con instituciones e individuos que pueden facilitar el acceso a poblaciones de HSH (v.g. activistas, instituciones que promueven los derechos de gays y lesbianas, dueños de locales comerciales frecuentados por HSH, organizaciones de servicios en SIDA y otras organizaciones comunitarias, servicios de salud sexual, autoridades de salud y gobiernos locales).

## Notificación de casos de VIH/sida

Aunque la notificación de casos de SIDA es obligatoria en casi todos los países de la región, y la notificación de casos de infección por VIH que no cumplen los criterios diagnósticos de SIDA lo es también en buena parte de ésta, muchos de estos sistemas son, en la práctica, pasivos, por una combinación de baja priorización y recursos escasos. La detección de infecciones por VIH que no califican para un diagnóstico de SIDA ocurre en una proporción muy pequeña de casos, por lo que su notificación no tiene relevancia.

Como la condición de SIDA es diagnosticada mucho más frecuentemente, y como se le otorga mayor importancia, el valor de las estadísticas de notificación es mayor, pero de todos modos su valor se limita al de sugerir tendencias de muy larga data en la transmisión del VIH, y proporciona un numerador (casos de SIDA) sin denominador de referencia. Es recomendable mejorar la ficha de notificación en lo referente a la forma probable de transmisión de la infección, y entrenar a las personas que diagnostican o registran el caso para notificación a las autoridades sanitarias, de tal modo que se evite sesgos ya sea en la dirección de sub-diagnóstico o en la contraria.

## Vigilancia Centinela

Se llama ‘vigilancia centinela’ a la ejecución de seroencuestas transversales seriadas en poblaciones (en riesgo para VIH) reproducibles, generalmente en muestras por conveniencia (por ejemplo, usuarios de un consultorio de ETS). Con frecuencia son anónimos, es decir, prescinden de información identificatoria de los participantes, usando generalmente muestras obtenidas en otros estudios, para así reducir sesgos por la autoexclusión diferencial de algunas personas (por ejemplo, de quienes presumen un resultado positivo y no desean conocerlo). Sin embargo tal estrategia no es considerada ética por quienes sostienen que no se debe efectuar exámenes de exposición al VIH sin asegurar que los participantes reciban sus resultados, con consejería previa y posterior. Los estudios no anónimos, por otro lado, permiten la obtención de datos sobre conducta sexual. En general, se asume que las muestras incluidas en estudios centinela corresponden a poblaciones (en este caso HSH) en riesgo de infección, cuyo seguimiento puede alertar sobre tendencias en la población más amplia de HSH.

## Estudios de seroprevalencia

La dificultad de definir espacios institucionales apropiados para estudios centinela con HSH, así como las limitaciones existentes para establecer la condición de HSH con libertad y comodidad para entrevistados y entrevistadores, hacen importante la realización de estudios de seroprevalencia de VIH de base comunitaria, con muestras más amplias y/o más representativas, de modo que se valide estimaciones realizadas con técnicas menos costosas; aunque por su costo estos estudios sólo son posibles cada cierto tiempo. Las estrategias de muestreo pueden ser diversas: *muestreo por conveniencia* (en poblaciones disponibles y dispuestas a participar, aunque no necesariamente en el mayor nivel de riesgo); *muestreo bola de nieve* (o de personas referidas por participantes previos, particularmente cuando la conducta homosexual está muy estigmatizada o se quiere llegar a grupos muy marginales); *muestreo por cuotas* (cuando se divide a la población en subgrupos significativos y se incluye un número fijo o mínimo de cada uno); *muestreo en puntos específicos* (que implica un mapeo de lugares en los cuales se puede muestrear HSH de forma consecutiva o sistemática); o *muestreo aleatorio tiempo-lugar* (que combina el anterior con la variable tiempo, si la población ‘típica’ varía según día de la semana u hora del día). El *muestreo de base poblacional*, que contacta hogares personal o

telefónicamente, se ha descrito para barrios 'gay' de ciudades de América del Norte pero no es posible con HSH en la región pues aún no existen tales barrios con la densidad poblacional necesaria, o no existe en ellos un clima social que permita la generación de información suficientemente válida como para justificar la inversión.

## Estudios de seroincidencia

La interpretación de datos transversales seriados (es decir, los provenientes de sucesivas encuestas de prevalencia) asume que las tendencias de la prevalencia reflejan tendencias recientes en la transmisión, y que la prevalencia relativa de infección estima el riesgo relativo de adquisición de ésta. Con frecuencia estas asunciones no se cumplen en las poblaciones de HSH, lo que hace que sea necesario medir la incidencia de infección en el tiempo. El diseño clásico de investigación epidemiológica para la medición de la incidencia es el estudio de cohortes, que requiere el reclutamiento de números grandes de individuos en riesgo, con seguimiento serológico periódico para la detección de seroconversiones. Obviamente, por su alto costo y dificultad logística, estos estudios son poco comunes. Por fortuna, crecientemente se dispone de técnicas alternativas que permiten estimaciones aceptables de la incidencia, incluyendo el examen de muestras almacenadas en el tiempo provenientes de grupos de individuos (cohortes retrospectivas secundarias: por ejemplo, muestras colectadas para evaluación de reactividad sifilítica); el análisis conjunto de muestras colectadas de individuos específicos a lo largo del tiempo en centros de examen voluntario de VIH (individualizados de maneras no ambiguas, por ejemplo, con iniciales y fechas de nacimiento); y, sobre todo, la técnica de examen 'detuned' (*desafinado*), que combina dos ensayos de inmunosorbencia enzimática (EIAs o 'Elisa') de diferente sensibilidad, de modo que el menos sensible (usualmente un EIA de antigua generación) no detecta niveles más bajos de anticuerpos al VIH, típicos del inicio de la seroconversión, mientras el más sensible detecta infecciones antiguas y nuevas. El estimado del número de casos nuevos permite un cálculo de incidencia. Pese a sus limitaciones y al requerimiento de grandes tamaños muestrales, este ensayo permite estimaciones transversales de incidencia que han sido validadas en estudios de cohorte.

## Vigilancia de ITS y vigilancia comportamental

«...la vigilancia de tendencias de comportamiento sexual, particularmente las relativas a conductas de riesgo, patrones de reclutamiento de compañeros sexuales, y uso de condones, constituyen valiosa fuente de información que, aun en ausencia de datos de laboratorio, puede permitir evaluar con un buen nivel de aproximación los niveles de riesgo en una comunidad,...»

Las ITS constituyen un marcador 'objetivo' de riesgo sexual y también un factor facilitador de la adquisición y transmisión del VIH. Por ello, la medición de su incidencia cumple varios propósitos en el monitoreo de la epidemia. Aunque la vigilancia de ITS no ha sido adoptada de manera estándar por la mayor parte de países de la región, y a pesar de que cuando ésta se realiza no suele requerir el registro de la orientación sexual, un sistema de vigilancia de VIH entre HSH puede considerar incluir un registro del sexo de los compañeros de las personas que se acercan para atención por ITS, así como una mejor exploración de la posibilidad de ITS rectales, y la inclusión de ITS en estudios epidemiológicos realizados en HSH. Igualmente, dentro de la lógica de la vigilancia de segunda generación, la vigilancia de tendencias de comportamiento sexual, particularmente las relativas a conductas de riesgo, patrones de reclutamiento de compañeros sexuales, y uso de condones, constituyen valiosa fuente de información que, aun en ausencia de datos de laboratorio, puede permitir evaluar con un buen nivel de aproximación los niveles de riesgo en una comunidad, los contextos de mayor riesgo (usualmente en relación con las condiciones de mayor vulnerabilidad social), y el impacto comportamental de las intervenciones preventivas. La vigilancia de comportamientos puede acometerse con los diseños previamente sugeridos para estudios de seroprevalencia.

## Estimación del tamaño de la población de HSH

Cuando se desconoce el tamaño de la población de HSH en riesgo, o el de las subpoblaciones específicas, la interpretación de los datos de vigilancia se ve limitada en términos de validez y generalizabilidad (pues al desconocerse el denominador poblacional la importancia del fenómeno permanece incierta, e,

igualmente, al ignorarse los denominadores subpoblacionales, es difícil optar por una proporción adecuada de cada una de ellas en la “muestra” de manera que se obtenga un estimado realista). Lamentablemente, la exclusión social de la homosexualidad y la consiguiente autocensura de los HSH, la diversidad de identidades y prácticas, así como la migración, y la alta

mortalidad, dificultan enormemente la estimación del tamaño de esta población. Pese a ello, se ha utilizado algunas aproximaciones útiles, particularmente en Norteamérica y el norte de Europa: (1) la asunción de una proporción fija de la población masculina adulta como correspondiente a HSH, según datos de estudios poblacionales sobre conducta sexual que indaguen por experiencia homosexual; (2) el método de captura-recaptura, que para espacios específicos (por ejemplo, las calles de un área definida de la ciudad) utiliza dos muestras independientes (la proporción de coincidencias (sujetos contactados en ambos muestreos) depende, en parte, del tamaño de la población, por lo que permite estimar este último); (3) métodos que combinan varias fuentes de datos, como el modelo de componentes de Holmberg, que incluyó la enumeración censal de hogares habitados por parejas de varones solteros, datos de vigilancia epidemiológica sobre HSH viviendo con VIH/sida; HSH que requerían servicios de consejería y prueba de anticuerpos, número de servicios orientados a la población gay, encuestas epidemiológicas y opinión de expertos; (4) la inclusión de este objetivo en encuestas más amplias en muestras aleatorias de hogares.

«Lamentablemente, la exclusión social de la homosexualidad y la consiguiente autocensura de los HSH, la diversidad de identidades y prácticas, así como la migración, y la alta mortalidad, dificultan enormemente la estimación del tamaño de esta población».

## Preocupaciones éticas

Pese a su gran importancia, la generación de información relativa a la epidemia de VIH entre los HSH y otras poblaciones socialmente excluidas debe tener en cuenta su vulnerabilidad, y evitar que se produzcan consecuencias negativas en el ámbito personal (por ejemplo, físico, emocional o legal como resultado de la pérdida de confidencialidad), o comunitario (por ejemplo, represión policial resultante de la publicación de etnografías de sexo en espacios públicos, o reducción de recursos con el fin de ‘castigar’ a las poblaciones de HSH por su ‘promiscuidad’). Por razones éticas y técnicas, las autoridades de salud deberían consi-



derar siempre las potenciales repercusiones de su labor, particularmente su política de prensa. Si se hizo promesas para lograr el acceso a una población, por otro lado, honrarlas es crucial para la legitimidad y la sostenibilidad de la vigilancia en poblaciones HSH. Se debe ir más allá del interés académico de la investigación y asumir la propia responsabilidad social para la mejora de la situación epidemiológica que se está describiendo. Así, la información debe compartirse con todos aquéllos que la pueden usar para intervenciones positivas, comenzando por las comunidades directamente interesadas.

«Se requiere consideraciones éticas especiales con poblaciones de HSH particularmente vulnerables, tales como los menores, las minorías étnicas y migrantes, los prisioneros, los travestis y transexuales, los trabajadores sexuales, y los usuarios de drogas».

Se debe también realizar esfuerzos para ofrecer a los participantes individuales beneficios que compensen su servicio a la sociedad (por ejemplo, información, consejería, tratamiento de ITS o de la infección por VIH misma y sus cuadros asociados). Dado que en buena parte de la región no existe acceso universal al tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART), se debe llegar a consensos con las comunidades locales de HSH para establecer los estándares de atención que debería ofrecerse a aquéllos que vayan a resultar conociendo su situación de infectados a través de su participación en acciones de vigilancia. Se requiere consideraciones éticas especiales con poblaciones de HSH particularmente vulnerables, tales como los menores, las minorías étnicas y migrantes, los prisioneros, los travestis y transexuales, los trabajadores sexuales, y los usuarios de drogas. En lugares en los que el marco legal no proteja adecuadamente sus derechos humanos, debe evitarse acciones que los expongan a cualquier situación indeseable.

## Conclusiones

- Un análisis de la epidemia de VIH entre los HSH en América Latina y el Caribe sugiere un complejo cuadro en el cual el estigma y la exclusión social han alimentado una epidemia que, por la proporción de miembros de esta población que se han infectado, enfermado y muerto, puede calificarse de devastadora. Los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres han sido la población más afectada por esta pandemia en la región, y continúan siendo el grupo más vulnerable a la infección por VIH y a la enfermedad y muerte secundarias a ésta. Siendo una minoría poblacional, han aportado un número muy elevado de casos de SIDA, y existen sólidos indicios de que muchos casos notificados como de transmisión heterosexual probablemente resultaron de transmisión homosexual masculina.
- La epidemia de VIH, definida según los criterios de ONUSIDA como *concentrada* en poblaciones de HSH en la mayor parte de los centros urbanos, con prevalencias que varían entre 5 y 20%, y aún elevadas tasas de incidencia que fluctúan entre 1.5 y 3.3 infecciones por 100 personas-año de observación (en los países para los cuales estos datos están disponibles), exige una respuesta social clara, efectiva y bien establecida. Más aún, una ausencia de intervención oportuna en la epidemia en HSH puede resultar en su sinergia con epidemias de VIH coexistentes (particularmente, entre las parejas femeninas de algunos HSH).
- Existe una cantidad muy limitada de información confiable sobre prevalencia e incidencia de infección por VIH, ITS y, en general, sexualidad, riesgo y vulnerabilidad en esta población. Todo esto plantea la necesidad de generar de forma continua más y mejor información, sobre la base de una investigación rigurosa y culturalmente apropiada, y según las recientes recomendaciones de ONUSIDA acerca de la *Vigilancia de Segunda Generación*. Tal información permitirá no sólo monitorear tendencias en la epidemia, sino también definir mejor los contextos que favorecen su expansión y obtener evidencias del impacto que las intervenciones que sean implementadas vayan obteniendo.
- La vigilancia epidemiológica debe ser organizada a partir de adecuados estudios formativos y de una crucial inserción en la comunidad, y, reconociendo el limitado valor de la notificación de casos (la cual debe

ser, en todo caso, revisada y mejorada), debe utilizar estudios centinela y, cuando sea posible, estudios de seroprevalencia más representativos; debe explorar, asimismo, la opción de medir la incidencia de infección (sobre todo si hay posibilidad de utilizar técnicas nuevas que la estiman de forma transversal), e incorporar componentes de vigilancia de ITS y vigilancia de tendencias comportamentales.

- Cualquier acción de vigilancia debe, sin embargo, evitar producir daño individual o social relacionado al estigma de la homosexualidad o el VIH, y debe legitimarse a partir del empleo de la información para la acción con el concurso de las comunidades de HSH. Se debe, en lo posible, ofrecer beneficios individuales a los participantes, considerando un estándar de atención aceptable para las infecciones por VIH detectadas por el sistema (en países en los que no existe tratamiento universal), y se debe tener cuidado especial con los grupos de HSH en situación de mayor vulnerabilidad.

## Referencias bibliográficas

- Aggleton, P. (Ed). (1996). ***Bisexualities and AIDS: International Perspectives***. London, Taylor and Francis.
- Bartholomew C. (1987). ***Transmission of HTLV-1 and HIV among Homosexual Men in Trinidad***. JAMA 257(19):2604-2608.
- Berriolo R. (1996). ***PAHO/WHO HIV surveillance report, August 16***. Ministry of Health and PAHO.
- Bonifati L. (1994). ***Epidemiological surveillance report to PAHO/UNAIDS***. Ministry of Health.
- Cabello A. *et al.* (1991). ***"The risk of sexually-acquired HIV infection in Paraguay"***. VII International Conference on AIDS, Florence, Junio 16-21 [MC 3225].
- Cáceres C. *et al.* (1991). ***"Sexual behavior and frequency of antibodies to HIV-1 in a group of Peruvian Male Homosexuals"***. Bulletin of the Pan American Health Organization 25(4):306-319.
- Cáceres C, van Griensven, G (1994). ***"Male homosexual transmission of HIV-1: Editorial review"***. AIDS (8):1061-1071.
- Cáceres C, Hearst N. (1996). ***"HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: An update"***. AIDS 10 (suppl A): S43-S49.
- Cáceres C., Rosasco A. (1999). ***The margin has many sides: Diversity among gay and homosexually active men in Lima***. Culture, Health and Sexuality 1 (3): 261-275.
- Carrier J. (1995). ***De los otros: Intimacy and homosexuality among Mexican men***. New York, Columbia University Press.
- Carvalho J, Spink M, Figueiredo G *et al.* (1998). ***"Cohort Bela Vista: feasibility of efficacy trials on HIV vaccines"***. XII International Conference on AIDS, Geneva, Julio 1998 [abstract 43551].
- Carneiro M, Cardoso F, Greco M, Oliveira E, Andrade J, Greco D, Antunes C (2000). ***"Determinants of incidence of HIV infection in a cohort of homo/bisexual men in Belo Horizonte, Brazil: A nested case-control study"***. Abstracts Book, XIII International Conference on AIDS, Durban, Julio 9-14 [TuPeC3462].

- Castro de Batanjer E. *et al.* (1996). "**An epidemiological approach to HIV-1/2 infection among Female Sex Workers and Gay Men of Margarita Island**". XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14, session Mo.C.1438.
- Chout R. *et al.* (1989). "**Four-year follow-up study of the HIV infection in High Risk and Control Groups in Martinique**" (F.W.I.). V International Conference on AIDS, Montreal, Junio 4-9 [poster T.A.P. 12].
- Dowsett, G. (1996). **Practicing desire: Homosexual sex in the era of AIDS**. Stanford: Stanford University Press.
- Echevarría de Pérez G. *et al.* (1992). **Reappraisal of Human Retroviral Infection in Venezuela**. AIDS Research and Human Retroviruses 8(2):219-220.
- Fay O. *et al.* (1991). "**HIV seroprevalence among different communities in Argentina after four years of surveillance**". VII International Conference on AIDS, Florence, Junio 16-21 [poster MC 3263].
- Galbán E. *et al.* (1989). "**Cuba: Study of sexual contacts of HIV seropositive persons**". V International Conference on AIDS, Montreal, Junio 4-9 [poster W.A.P. 86].
- García R. *et al.* (1996). "**HIV and AIDS surveillance in Colombia**". Abstracts Book, XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14 [poster Mo.C.1559].
- Gayle C *et al.* (1993). "**Trends in patterns of transmission over 10 years of the AIDS epidemic in the English-Speaking Caribbean and Suriname**". IX International Conference on AIDS, Berlin, Junio 6-11 [poster PO-C06-2710].
- Harrison L. *et al.* (1996). "**High prevalence of STDs and high-risk behavior among men who have sex with men in an HIV seroincidence study in Brazil**". XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14 [poster Tu.C.2418].
- Herdt, G. (1997). **Same sex, different cultures. Exploring gay and lesbian lives**. Boulder and Oxford: Westview Press.
- Lago R, *et al.* (1996). "**Willingness of participants in an HIV seroincidence study in Rio de Janeiro, Brazil, to participate in future vaccine trials**". Abstracts Book, XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14 [Pub.C.1119].
- Lancaster R. (1995). «**That we should all turn queer? Homosexual stigma in the making of manhood and the breaking of a revolution in Nicaragua**». In R. Parker and J. Gagnon (Eds.), *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. New York: Routledge.

- Luna E. *et al.* (1996). "**Sexually Transmitted Diseases and HIV Infection Incidence among Men who have sex with Men: The Bela Vista Cohort.**" XI International Conference on AIDS, Vancouver, July 7-14 [poster Tu.C.2415].
- Magis C. *et al.* (1997). **Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA a través de encuestas ceninela 1991-1996**, CONASIDA. SIDA/ETS 3(2):60-62.
- McFarland W., Cáceres, C. (2001). «**HIV surveillance among men who have sex with men**». AIDS 15 (suppl 3): S23-S32.
- McKenna N. (1996). **On the Margins: Men who have sex with men and HIV in the developing world**. London: The Panos Institute.
- Ministerio da Saúde do Brasil (1999). **Boletim Epidemiológico da Coordenação Nacional de DST/AIDS**. Agosto.
- Murphy E. *et al.* (1988). "**Human Immunodeficiency Virus and Human T-Lymphotropic Virus Type I Infection among Homosexual Men in Kingston, Jamaica**". Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 1(2):143-149.
- Núñez C. *et al.* (1993). "**AIDS in Honduras: Modelling the Epidemic**". Abstracts Book, IX International Conference on AIDS", Berlin, Junio 6-11 [WS-C19-2].
- OPS (2000). "**AIDS Surveillance in the Americas**". Biannual Report, Mayo 2000. Washington D.C., PAHO.
- OPS (2001a). **HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces**. Washington DC, PAHO/UNAIDS/MAP.
- OPS (2001b). **AIDS Surveillance in the Americas**. Biannual Report, Diciembre 2001. Washington D.C., PAHO.
- Page-Shafer K, Shiboski C, Dilley J y col. (2001). "**Risk of oral acquisition of HIV infection and oral sexual behaviour among men who exclusively practice oral sex in San Francisco, CA**". Abstract presented at the Second CDC HIV Prevention Conference, Agosto 2001.
- Parker R. (1991). **Bodies, Pleasures and Passions: Sexual Culture in Contemporary Brazil**. Boston, MA: Beacon Press.
- Preciado-Negrete P. *et al.* (1991). "**Tendency of anti-HIV antibodies in homosexual men during the last seven years in Guadalajara, Mexico**". VII International Conference on AIDS, Florence, Junio 16-21 [poster W.C. 3018].

- Ramos A, Tanuri A, Schechter M (1999). **Dual and recombinant infections: An integral part of the HIV-1 Epidemic in Brazil**. Emerging infectious diseases 5(1): Enero - Marzo.
- Reeves W. *et al.* (1988). **“Human Immunodeficiency Virus Infection in the Republic of Panama”**. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 39(4):398-405.
- Ribeiro, T. *et al.* (1993). **“Serologic validation of HIV infection in a tropical area”**. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 6(3):319-322.
- Rojas G. *et al.* (1986). **“Acquired Immunodeficiency Syndrome in Peru”**. Annals of Internal Medicine 105(3):465.
- Rubio L. *et al.* (1989). **“Prevalencia de infectados por VIH en la población con conductas de riesgo en la ciudad de Rosario, Argentina”**. Second Pan American Congress on AIDS, Santo Domingo, Noviembre 12-17 [MSMA5].
- Russell K, Sánchez J, Cárcamo C *et al.* (2000a). **“Molecular epidemiology of HIV-1 in South America”**. XIII International AIDS Conference, Julio 9-14 [TuOrA410].
- Russell K, Carcamo C, Watts D *et al.* (2000b). **“Emerging genetic diversity of HIV-1 in South America”**. AIDS 14 (12): 1785-1791.
- Sánchez J, Ojeda J, García P *et al.* (2000). **“Incidence and risk factors for HIV acquisition among men who have sex with other men: The Alaska Cohort of Lima”**. XIII International AIDS Conference, Durban, 19-14 Julio [TuPeC3380].
- Stein, E. (1992). **Conclusion: The Essentials of constructionism and the construction of essentialism. In: Stein, E. (ed): Forms of Desire. Sexual orientation and the social constructionist controversy**. New York y London: Routledge.
- Surrat H. *et al.* (1996). **“HIV risks among transvestites and other men having sex with men in Rio de Janeiro: A comparative analysis”**. XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14 [poster Tu.C.2403].
- Tabet S. *et al.* (1996). **“Sexual behaviors and risk factors for HIV infection among men who have sex with men in the Dominican Republic”**. AIDS 10(2):201-206.
- Terán X. *et al.* (1996). **“Risk factors for HIV infection in Mexico City”**. XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14 [abstract Mo.C.453].
- UNAIDS (2000). **AIDS Epidemic Update**, December 2000. UNAIDS: Geneva.
- U.S. Bureau of the Census. (2001). **HIV/AIDS Surveillance Database. On-line version**. U.S. Bureau of the Census: Washington, D.C.
- Viana L. *et al.* (1996). **Laboratory status of homo/bisexual men from a cohort study in Belo Horizonte, Brazil. Libro de resúmenes**, XI International Conference on AIDS, Vancouver, Julio 7-14 [abstract Th.B.4294].





# CAPÍTULO III

## CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL SEXO ENTRE VARONES

Gabriel Guajardo S.

### Introducción

El documento que se presenta a continuación busca proporcionar una descripción global acerca de la construcción sociocultural de las relaciones y prácticas homoeróticas masculinas y de los grupos de “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” (HSH) en América Latina, principalmente en contextos urbanos y con posterioridad al inicio de la epidemia del VIH/sida.

Si bien se propone referirse a un extenso territorio continental, es necesario advertir que la diversidad y desigual registro de las acciones de la sociedad civil y la parcial divulgación de publicaciones especializadas en este campo temático, dificultan las pretensiones de un estudio exhaustivo, por lo cual resulta altamente probable que existan antecedentes que no se han incorporado, y cuya integración sea requerida con posterioridad.

En cada uno de los países de la región existen estudios publicados e investigaciones en curso sobre los temas de las identidades de género y sexualidad, en particular desde fines de la década de los ochenta, que configuran un campo de indagación bibliográfica. La búsqueda de antecedentes diagnósticos sobre la situación de las relaciones y prácticas homoeróticas en diversas bases de datos, se enfrentó a la limitación de la ausencia de síntesis actualizadas de datos nacionales o regionales y, adicionalmente, a la dispersión metodológica y teórica en el tratamiento del tema. Lo anterior limita severamente la comparabilidad de aspectos de la vida privada y pública de las personas y grupos identificados en un amplio horizonte de las homosexualidades masculinas y femeninas.

En este capítulo, adicionalmente, no es posible agotar la temática por cuanto las relaciones y prácticas homoeróticas pueden ser examinadas considerando múltiples perspectivas, sobre todo teniendo presente que en América Latina la investigación en VIH/sida no ha cubierto algunos temas de relevancia en la investigación clínica o epidemiológica. En particular, los estudios socioculturales han tenido una posición periférica en la respuesta científica a la epidemia del SIDA, aún cuando este panorama comienza a experimentar un cambio con relación a la promoción de investigación sociocultural en sexualidad en la década del noventa reconfigurándose su posición anterior (Cáceres y Rosasco, 2000).

## La diversidad sexual en América Latina

Las sociedades occidentales han pretendido universalizar su hostilidad o antagonismo con las personas de orientación homosexual, bisexual o lésbica, ubicándolas, hasta fines del siglo recién pasado, en el campo de la patología médico - psiquiátrica (hasta su eliminación en 1973 del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)) o en el del delito legalmente definido. De hecho, cada uno de los términos de identificación que se aluden tiene una carga valorativa actualmente reconocida y no corresponden a meras descripciones técnicas del comportamiento, ni resultan pertinentes en todas las culturas y países.

Aún cuando en América existen estados que mantienen prohibiciones legales y no legales sobre las expresiones sexuales y emocionales diferentes de la heterosexual, crecientemente se modifican o se discuten públicamente las definiciones culturales y las normas en el campo de la sexualidad, la reproducción y las relaciones de género entre hombres y mujeres. En este marco, a fines del siglo XX se observó en los diferentes países de la región algunos indicadores de cambio en la situación de visibilidad social y académica de las relaciones y prácticas homoeróticas de la población, tales como: la derogatoria de normas legales que sancionaban o penalizaban relaciones sexuales entre personas del mismo sexo como ocurrió en Ecuador y Chile (*Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas, 2000*); el aumento de publicaciones en los estudios sobre sexualidad y relaciones de género (*Balderston y Guy, 1998*); la inclusión en la agenda pública, como temas de debate, de la diversidad sexual y epidemia del VIH/sida; la emergencia de organizaciones civiles que comenzaron a plantear públicamente la existencia de formas de vivir la sexualidad y afectividad homosexual y lésbica prescindiendo de la tradición, la cultura y de las restricciones legales, así como también, el desarrollo de la prevención comunitaria de la epidemia del sida y el apoyo a las personas afectadas (*Whitlock, 1992*).

Se ha analizado diversos factores que explican este cambio favorable hacia las homosexualidades, bisexualidades y lesbianismos en su expresión pública no sólo regionalmente sino a escala internacional (Castells, 1999). En este marco, las etiquetas identitarias locales y generalizantes tales como “gay”, “homosexual”, “bisexual” y “minorías sexuales” formarían parte de los fenómenos masivos de la población occidental al proponer una distinción en el campo de la sexualidad y los afectos de las personas y grupos “mayoritarios”.

Esa distinción plantea la imposibilidad de una autonomía de la

categoría “minorías sexuales”- o de aquéllas que suponen un sujeto incompleto - y la existencia de una “mayoría” en la sociedad, entendida esta última como totalidad que determina la conducta de los individuos y que se genera en la correspondencia entre los sistemas cultural, económico, social y político, todos ellos contenidos en fronteras territorial y jurídicamente concebidas. En esta perspectiva, lo social y lo político truncarían las oportunidades de visibilidad ciudadana de la diversidad sexual dadas sus pretensiones de alcance ‘nacional’ y sus referentes jurídicos.

«... a fines del siglo XX se observó en los diferentes países de la región algunos indicadores de cambio en la situación de visibilidad social y académica de las relaciones y prácticas homoeróticas de la población, tales como la derogatoria de normas legales que sancionaban o penalizaban relaciones sexuales entre personas del mismo sexo como ocurrió en Ecuador y Chile».

Sin embargo, cada vez más la idea de sociedad como espacio referencial en el establecimiento de identidades homogéneas, incomunicadas o fijas, es cuestionada en las ciencias sociales de la región, principalmente al confluir procesos de globalización que destruyen la idea de frontera con un centro endógeno de decisión y negociación. Este cambio se ha atribuido a dos escenarios vinculados a la globalización económica del continente que han significado transformaciones en el mapa cultural de América Latina: la apertura social y política del ámbito nacional y la integración regional con que los países buscan insertarse competitivamente en el nuevo mercado mundial, planteándose una articulación entre los fenómenos de mercado y los Estados nacionales, una de cuyas profundas transformaciones es el desplazamiento del peso poblacional del campo a las ciudades. Este proceso ha implicado una “trama cultural urbana heterogénea, formada por una densa multiculturalidad que es heterogeneidad de formas de vivir y pensar, de estructuras de sentir y de narrar, pero muy fuertemente comunicada. Se trata de una multiculturalidad que desafía los marcos de referencia y comprensión forjados sobre la base de identidades nítidas, de arraigos fuertes y deslindes claros” (Martín-Barbero, 2000).

En el campo de los estudios culturales se ha puesto de manifiesto que esa articulación entre Estado y mercado se sostiene en un crecimiento de la desigualdad en América Latina que ha atomizado la sociedad deteriorando los mecanismos de cohesión política y cultural, y desgastando las representaciones simbólicas y emblemáticas de la nación. Esos espacios de representación colectiva contenían fuertes marcas de género y de discriminación en la expresión pública de la diversidad sexual, y su disolución ha permitido la inclusión de imaginarios y sentidos innovadores, que no necesariamente pueden ser atribuidos a los propios países **sino a un proceso de integración y exclusión que genera la globalización** (García Canclini, 1995; Brunner, 1998).

La globalización de las comunicaciones, especialmente en cuanto a la relación entre los medios de comunicación social y tecnologías de información y las personas y grupos gay/lésbicos, demanda investigaciones en cada uno de los países de la región. Esto ha provocado recientemente un uso con fruición de las tecnologías de información desde estos colectivos, potenciando procesos de cambio en los imaginarios y espacios de representación sexuales, sociales, y políticos entre otros, como asimismo, generando *cybercomunidades gay* de múltiples intereses y opciones de comunicación cercanas en el tiempo aunque lejanas espacialmente. Precisamente, una de las características de los procesos de globalización cultural es la desterritorialización y la comprensión de la categoría tiempo (Ortiz, 1994). Esta situación establece una estrecha relación entre los fenómenos culturales globales, particularmente mediáticos, con los espacios locales o regionales. Así, en estos últimos, las tradiciones y marcos de referencia compartidos y unificadores, como por ejemplo, las ideologías sexuales y prescripciones religiosas, se ven confrontados, requeridos o interpelados, por la comunicación mediática, en la dirección de argumentar comparativamente sus fundamentos de valor y su validez, más allá de los contextos particulares de tiempo y lugar de gestación (Brunner, 1998).

Respecto a los medios de comunicación social tales como televisión, radio y prensa, las relaciones tienden a ser conflictivas con las organizaciones gay/lésbicas en la medida en que se cuestiona la presencia real del tema homosexualidad a nivel de su codificación y transgresión simbólica, pero el mismo se constituye en mercancía mediática de creciente rendimiento en los géneros de entretenimiento o ficción. En Perú, Angélica Motta indica que en los años noventa la construcción cultural del “ambiente”, como conjunto de redes de relaciones, espacios sociales, dinámicas y símbolos propios de personas homosexuales en Lima, “ha presentado procesos de crecimiento y transformación bastante dinámicos, y es muy poco lo que de ello se conoce desde las ciencias sociales. Han sido fundamentalmente los medios de comunicación los que se han encargado de develar, en alguna medida, parte de su dinámica a través de talk-shows o de noticieros y periódicos cada vez que se realizan intervenciones policiales o municipales en las discotecas de ambiente. Sin embargo, se trata de información parcial y sesgada por el prejuicio que existe fren-

te a una población de la que se manejan muchos estereotipos y muy poca información sería” (1999:429).

### Análisis de prensa

El estudio del periódico El Imparcial, uno de los más antiguos y de mayor lectura en la ciudad de Hermosillo, México, entre los años 1988 y 1991, permitió observar las opiniones vertidas respecto a temas como la sexualidad, pornografía, homosexualidad, matrimonio, liberación sexual, erotismo, prostitución y SIDA. Los hallazgos del análisis identifican la existencia de un discurso de fuertes tintes religioso y médico, que organiza una censura sobre el deseo, el placer y el cuerpo. Este medio, encarna las representaciones y discursos presentes en las familias, la iglesia, los medios de comunicación, organizaciones civiles, especialmente aquéllas ligadas a la iglesia católica y, materializados en códigos y reglamentos.

Las principales características de tal discurso incluyen una afirmación de la reproducción biológica como único fin válido del impulso sexual; una validación de la expresión sexual limitada al matrimonio; la negación del placer fuera del ligado al sexo reproductivo; y la asignación de gran importancia a la genitalidad como fundamento natural de la heterosexualidad como normalidad. Consecuentemente, toda práctica que escape a tales principios es censurada moral y médicamente; la moral que fundamenta tal posición está arraigada en los principios cristianos y se plantea por sobre la opinión de la mayoría, como un principio esencial; la homosexualidad es asociada a “dudosa naturaleza”, “problemas de personalidad”, prostitución y delictividad; y el enamoramiento es concebido sólo entre heterosexuales.

El medio resulta ser un portavoz del discurso hegemónico acerca de la sexualidad presente en la cultura local, y por lo tanto tan arraigado en el sentido común, que lo asume como natural e incuestionable. Las representaciones hegemónicas generan, de acuerdo a lo observado por el investigador, un efecto “panóptico”, puesto que están constantemente en observación, censurando y castigando cualquier “exceso”. Este dispositivo se activa cuando el periódico se refiere a la homosexualidad, elaborando representaciones centradas en la presencia pública o la invisibilidad privada. Así, denomina homosexuales discretos a aquéllos que (...) conservan una apariencia heterosexual y de los cuales se espera castidad, y homosexuales descarados a los que buscan ser evidentes u obvios, travestis o afeminados.

Fuente: Guillermo Núñez Noriega (2000). ***Sexo entre Varones. Poder y resistencia en el campo sexual***. México: Universidad Autónoma de México / Programa Universitario de Estudios de Género.

Este proceso ideológico contribuye a una postura particularmente crítica de los hombres homosexuales acerca de la información sobre sida y es el trasfondo desde el cual permanentemente se realiza cualquier evaluación sobre el virus y su transmisión (Torres, 1997:24). Actualmente, esta postura crítica se ha visto reforzada con la percepción que tienen sobre el tratamiento que se da a la información en los medios masivos, especialmente la televisión en su rol de constructora de realidad social; así, en el momento presente los homosexuales “*no existen*” como población afectada.

Esta percepción de los hombres gay acerca de la invisibilidad de la homosexualidad y negación que existiría en los medios hacia ésta, es congruente con la opinión sobre la inaceptabilidad que tendrían las apariciones de homosexuales según la visión de la población heterosexual. En una encuesta de FLACSO de 1998 se informa que un 60% de la población de hombres y mujeres mayores de 18 años de Santiago de Chile considera inaceptables las entrevistas a prostitutas y homosexuales en la televisión. Sin embargo, técnicamente, la presentación de los datos de esta encuesta dificulta saber con exactitud si ese porcentaje se refiere a los homosexuales, a las prostitutas o ambos, como también llama a preguntarse sobre los criterios que permiten reunirlos sin reproducir estereotipos o prejuicios sociales (FLACSO, 1998).

«Esta percepción de los hombres gay acerca de la invisibilidad de la homosexualidad y de la negación que existiría en los medios hacia ésta, es congruente con la opinión sobre la inaceptabilidad que tendrían las apariciones de homosexuales según la visión de la población heterosexual».

En términos globales, la enorme variedad de prácticas socioculturales y cruces intraregionales en América Latina plantea un panorama complejo que imposibilita el uso de un esquematismo cultural para abordar la vida cotidiana de hombres y mujeres en esta área. Por el contrario, la investigación de las ciencias sociales ha enfatizado la comprensión de la sexualidad humana, que ya no es más producto “...de nuestra naturaleza biológica sino de los sistemas culturales y sociales que modelan no solamente nuestra experiencia sexual, sino también los modos por los cuales interpretamos y comprendemos esta experiencia. Esta visión de la sexua-

*lidad y de la actividad sexual como construcciones sociales enfoca su atención sobre la naturaleza intersubjetiva de los significados sexuales, (así como de) sus calidades colectivas y compartidas, no como propiedad de individuos aislados, sino de personas sociales integradas dentro del contexto de distintas y diversas culturas sexuales. Desde esta perspectiva, la experiencia subjetiva de la vida sexual es entendida, literalmente, como un producto de los significados y símbolos intersubjetivos, asociados con la sexualidad en diferentes situaciones sociales y culturales” (Parker, 1996:15).*

## Identidades, comportamientos y culturas

La emergencia de la categoría sexual de la homosexualidad o de los estilos gay en los años ochenta y noventa en América Latina, no puede interpretarse como la inexistencia anterior de subculturas complejas en las zonas urbanas que, incluso como se ha indicado para Brasil, tienen una profundidad histórica desde principio del siglo XX (Parker, 1998). Hablamos de un “mundo gay” que se cruza, de un lado, con las relaciones y sistema sexo-género populares, y de otro, con discursos de identidad sexual racionalizada, incorporando los diversos espacios de la ciudad y, crecientemente, ambientes comerciales destinados a la población homosexual y que proporcionan un lugar de encuentro y de reconocimiento con una multiplicidad de connotaciones en el rito de consumo. En ciertas ciudades se ha ido configurando un mercado de entretenimiento y de espacios privados destinados a hombres y mujeres homosexuales, tales como bares, salas de baile, restaurantes y cines.

La constatación de la reciente expansión de formas de representación de identidad en el campo de la diversidad sexual y la riqueza multicultural en los distintos países de la región, ha permitido cuestionar el uso de grandes mandatos de identidad sexual en el escenario cultural latinoamericano - homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad - especialmente en el ámbito de las campañas de prevención de la epidemia del VIH/sida y las categorías de investigación epidemiológica. Estas categorías no son necesariamente significativas para dar cuenta de las identidades y prácticas homoeróticas en determinados contextos nacionales, económicos, socioculturales o lingüísticos, sino que pueden adquirir, en escenarios interpersonales, otras definiciones y vivencias (Rodríguez, 2000). La adscripción a estas categorías y otras que involucran una relación causal directa entre deseo sexual, comportamiento sexual e identidad ha sido puesta en duda a partir del estudio transcultural de las interacciones homosexuales masculinas, observándo-



Una recreación de las diversidades sexuales en el contexto mexicano tradicional.  
Archivo de Letra S.

se la diversidad, complejidad y discontinuidades entre el comportamiento y un sentido diferenciado de la identidad sexual (Parker, 1996). Igual cuestionamiento experimentan otras categorías, como es el caso del término “*lesbiana*” que aglutina una constelación de identidades y vivencias afectivas y sexuales de las mujeres que pueden ser ajenas a contextos culturales o lingüísticos determinados (Rosenbloom, 1997). Esto también tiene relación con aquellas generalizaciones culturales sobre el “*hombre latinoamericano*” o “*macho latino*”, soslayando las diferencias, complejidades y sutilezas de las masculinidades y de las experiencias cotidianas de los hombres (Ramírez, 1993; Gutmann, 1996).

En diversas investigaciones se destaca la compleja relación entre significados de papeles sexuales, papeles de género e identidad, en particular en el caso de los hombres travesti, donde se experimenta una “*disidencia de la identidad*”. Es decir, la identidad no sólo se genera a partir de elementos codificados unívocamente por la cultura masculina paterna, sino también por la subjetividad fluida y no codificada de lo femenino (Facuse, 1998). En un estudio en Costa Rica se observa hombres autoidentificados como heterosexuales que buscan a los travestis con la demanda de sostener relaciones sexuales con prácticas de sexo penetrativo, y que desean “un hombre 100% hombre” excluyendo otras manifestaciones de la masculinidad (Schifter, 1998).



Esta disidencia identitaria frente a los macrocódigos “binarios” - por ejemplo pasivo/activo - se encuentra en la prostitución masculina en su carácter débilmente institucionalizado, en comparación con la prostitución heterosexual femenina, “*ocupando un lugar difuso, intermediario entre la sujeción axiomática a las reglas del código y cierto nomadismo pseudolibertino que bulle en los meandros de las “ciudades de la noche”*” (Perlongher, 1999:221).

Sin embargo, la asociación entre papeles sexuales (“pasivo” y “activo”) e identidades sexuales y personales en algunos contextos es muy acusada. En Nicaragua una investigación cualitativa determinó que, en la visión de los hombres homosexuales, quienes desempeñaban un rol penetrativo en la relación sexual no eran homosexuales. Las normas sobre los roles y conductas sexuales tienden a ser estrictas, al punto de que el término “*rechivuelta*” – que alude a quienes asumen un papel pasivo y activo en la práctica sexual – es el insulto más ofensivo para un hombre homosexual (Aráuz, 1997). Por su parte, en México algunos estudios indican que un hombre en el papel sexual receptivo o pasivo “*no es mejor que una mujer*” y se le trata como tal (Carter, 1995). En cambio, en algunos países los trabajadores sexuales más jóvenes no consideran ciertas prácticas sexuales entre varones - como el sexo anal u oral - como un signo de homosexualidad (Vásquez y Ruiz, 1990).

Es precisamente el orden experiencial de lo homerótico lo que remite a contextos situacionales no sólo de carácter sociocultural o político, utilizando el concepto de lenguaje en la vida cotidiana desarrollado por Halliday (1986). Ello posibilitaría ordenamientos identitarios, relacionales y de comportamiento que, si bien pueden ser recurrentes en su actualización, se encuentran en permanente posibilidad de discontinuidades, incertidumbres y riesgos. Una situación específica de HSH se encuentra en los casos de instituciones donde los hombres se encuentran confinados sin posibilidades de entablar encuentros sexuales o afectivos con mujeres, como son las cárceles o ejércitos. En cada una de esas organizaciones se generan procesos culturales y psicosociales de significación y configuración de experiencias homoeróticas, en que las culturas sexuales de la población se cruzan entre resistencias y transformaciones complejas obstaculizándose la acción de prevención del VIH/sida por las barreras no sólo institucionales sino socioculturales (Schifter, 1997).

A partir de una revisión bibliográfica sobre la situación de la epidemia del VIH/sida entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en América Latina y El Caribe, Cáceres y Chequer (2000) señalan que los estudios concentrados en hombres identificados como gay, trataron de resumir explicaciones planteadas para los comportamientos “*inseguros*” que continuaban siendo notificados a pesar de los altos niveles de información técnica de los sujetos:

- Los mensajes de prevención del VIH/sida perdían de vista la complejidad de las motivaciones de las personas para tener relaciones sexuales, así como los sentidos emocionales que se asignan a éstas.
- Sería común suponer que plantear el sexo protegido resultaría ofensivo, o simplemente se encontraría muy difícil plantear el uso del condón por lo complejo de las interpretaciones que ello podría generar.
- El sexo no protegido sería visto como facilitador de una mayor cercanía, y por ello se pensaría que debe ser la práctica “normal” con la pareja estable (donde “*pareja estable*” era una categoría igualmente fluida y, para muchos, una semana de relación era suficiente para asignarle esta investidura).
- Se podría calcular el riesgo potencial de los compañeros a partir de su apariencia externa de “sano” o de “enfermo”, la cual coincidiría con categorías estéticas tradicionales, y sería utilizada por muchos para determinar con quién sería posible tener sexo sin protección.
- Se ha extendido visiones poco realistas respecto de una ausencia de riesgo del sexo anal insertivo por sobre el receptivo.
- Algunas personas habrían malentendido el papel de la prueba de anticuerpos al VIH como una medida preventiva casi alternativa al sexo protegido, más que como una fuente de información auxiliar.
- Una baja autoestima por conflictos de aceptación de la propia sexualidad, ligada a una forma clandestina de experiencia sexual, particularmente facilitada por el alcohol u otras drogas recreativas, podrían afectar la capacidad cognitiva y emocional del sujeto para adoptar conductas preventivas.
- Por la larga historia natural de la infección por VIH, el riesgo planteado por éste sería visto como más relevante para la persona en la medida en que ésta sienta que tiene más que proteger, y asigna a la salud un papel mayor en su vida en general.
- En todas las sociedades locales, en mayor o menor medida, muchos varones sentirían la obligación social de casarse, sin importar sus intereses sexuales, lo que alimentaría situaciones de bisexualidad forzada, experiencia sexual clandestina y baja autoestima.
- Muchos de los espacios en los cuales los hombres tienen relaciones homosexuales clandestinamente (i.e. calles, parques, automóviles, cines, saunas) harían muy difícil la incorporación del condón, en tanto otros riesgos estarían presentes; además, el actuar con rapidez sería visto como necesario, por lo cual el desarrollo de espacios alternativos, idealmente con información preventiva disponible, puede ser una necesidad.
- Las normas sociales percibidas acerca de la “obligatoriedad” de las medidas preventivas serían importantes para que los individuos se sientan cómodos o no con la asunción de las mismas.

- Las estrategias educativas deberían considerar la diversidad experiencial y sociocultural de los HSH, y particularmente el hecho de que algunos estén listos para mensajes directos, mientras otros requieren de aproximaciones elípticas.
- La constitución de comunidades gay y en general de espacios culturales que permitan el desarrollo de identidades homosexuales positivas desde temprano, contribuiría a que los HSH desarrollasen mejores percepciones sobre el valor de su vida y en tal sentido se esforzasen más por conservarla.



Material educativo  
 producido por el  
 proyecto  
 Homosexualidades  
 (Brasil).  
 Plantea el asunto de  
 la bisexualidad.  
 Archivo de ABIA.

Las dicotomías de género e identidad sexual en el caso de la bisexualidad en México, se explicarían por la importancia de una cultura centrada en la familia, y donde la posibilidad de no casarse y no tener hijos es inconcebible para la mayoría de los hombres debido a los modelos sociales rígidos (Carter, 1995). En República Dominicana, en una revisión bibliográfica del estado del arte en la investigación hasta 1996 (De Moya y García, 1996), se concluye que el bi-erotismo, la conducta bisexual y la bisexualidad parecen ser inherentes a la construcción social de la masculinidad y a los roles de género entre muchos varones dominicanos, aunque un fuerte estigma esté ligado al reconocimiento público de la pareja receptiva en las relaciones sexuales de tipo homosexual.

En el proceso de desarrollo de una identidad sexual, muchos hombres jóvenes presentan un conflicto de aproximación/rechazo que confunde la afiliación, competición y dominación de miembros de su propio sexo, y que tiende a sostener entre varones con conducta bisexual un nivel alto de comportamiento clandestino impulsivo, de engaño a sus parejas mujeres e infidelidad a las parejas masculinas, con lazos afectivos efímeros, culpa y autonegación. Estas ideologías locales sobre masculinidad y relaciones de género estereotipadas influirían en la prostitución masculina homosexual en Santo Domingo al afianzar relaciones de dominio en el intercambio de sexo por dinero (*De Moya y García, 1998*).

Esta discontinuidad entre identidades y prácticas homoeróticas ha sido registrada en las encuestas nacionales de comportamiento sexual en la constatación de la subdeclaración de prácticas homo-bisexuales masculinas si se toma como referencia la pregunta sobre autoidentificación homosexual, bisexual o heterosexual. Se observa una ausencia de correspondencia con los datos epidemiológicos de la transmisión del VIH en términos de la declaración de categoría de exposición sexual que por ejemplo, en 1999 en Chile, planteaba que un 71% de casos correspondía a hombres homo-bisexuales (*Gobierno de Chile-Ministerio de Salud, 2000*).

Un caso ilustrativo de la invisibilidad y variación de prácticas homoeróticas se encuentra en ciertas categorías ocupacionales estereotipadas como masculinas donde se han investigado la prevalencia de encuentros sexuales entre varones. En la población de camioneros en Centroamérica, por ejemplo, se ha detectado porcentajes de relaciones sexuales entre hombres con valores desde un 3.6% para Honduras hasta un 11% en El Salvador (*Madrigal, 1998*). El estudio de subregiones de América Latina no ha reportado con detalle los desplazamientos entre zonas rurales y urbanas como entre los países. No obstante, en República Dominicana se describe una alta incidencia de turismo sexual entre ciudades en una muestra de 188 hombres entre los 17 y 47 años de edad (*Ramah, 1992*).

Siendo las relaciones entre varones, centrales en la configuración de la epidemia a nivel regional y global, *“...las representaciones sociales dominantes del homoerotismo, así como la forma en que éstas interactúan con las prácticas sexuales específicas, son fundamentales. En un entorno machista, el estatus masculino debe ser constantemente confirmado, y lo que simbólicamente lo amenaza es estigmatizado con crudeza. La exclusión social de lo homosexual (tipificada por la homofobia), compartida por la sociedad en su conjunto, sólo recientemente ha experimentado una reversión, por la creciente difusión de valores acerca del respeto a la diferencia y la diversidad sexual, que cambian el discurso oficial, aunque no las actitudes más arraigadas, incluyendo las institucionales. El sistema de salud es un ejemplo clave de éstas últimas, pues convierte un estigma cultural en una clara barrera de acceso a los servicios.”* (*Cáceres, 2002*).

## La experiencia homoerótica y la sociabilidad homosexual

En la literatura especializada, las experiencias y prácticas homoeróticas en ciertos contextos han recibido una mayor atención que las modalidades de convivencia, como son la construcción de lazos de amistad, relaciones de pareja, familia homosexual, trabajo o ciudadanía.

Por ejemplo, en el debate político y académico respecto de la familia, la existencia de una familia homosexual se sitúa en la confluencia de la separación entre sexualidad y reproducción; del hecho de que la pareja conyugal haya dejado de basarse en una relación sujeta a condiciones económicas o de reproducción social; y del cuestionamiento de la creencia de que la procreación constituye el parentesco y de que los lazos “*no biológicos*” tienen que ser modelados según un modelo biológico. Uno de los significados de este tipo de familia es la construcción de identidades sexuales no procreativas y la imagen de la sangre como símbolo biogenético de la procreación a la cual se opone la idea de “*elección y creatividad*” (Bestard, 1998). Por otra parte, un conjunto de trabajos indica que el sexo entre HSH en sitios públicos en las ciudades latinoamericanas constituye una de las prácticas de mayor ocultamiento, represión y discriminación, y cuyo conocimiento desde las ciencias sociales es más escaso.

«...el sexo entre HSH en sitios públicos en las ciudades latinoamericanas constituye una de las prácticas de mayor ocultamiento, represión y discriminación, y cuyo conocimiento desde las ciencias sociales es más escaso».

Esta práctica condensa elementos de trasgresión a los códigos morales y discursos sexuales públicos (Mendoza, 1998), como también refleja jerarquías y relaciones de dominación propias de las construcciones de género hegemónicas (Schifter y Vargas, 1998). En estas prácticas, la asociación conflictiva entre identidades de género y conductas sexuales no se registra según indican algunas investigaciones; tal es el caso de un estudio exploratorio basado en observación participante y una encuesta a trabajadores sexuales en los baños de vapor en la ciudad de México D.F. que concluye que ninguno de los entrevistados informó conflictos entre su identidad y

conducta sexual, ni se identificó como homosexual o bisexual, siendo el lugar de “*iniciación*” en relaciones sexuales con varones los mismos baños de vapor, a veces bajo la influencia de sus propios amigos íntimos o parientes (*Hernández, 1997*).

La relación entre las prácticas sexuales en sitios públicos tales como calles, parques u otros y las conductas sexuales de riesgo de transmisión del VIH se relacionan de un modo consistente según una investigación en Perú (*Cáceres y Rosasco, 1997*), donde el reporte de prácticas sexuales en espacios públicos predijo de forma consistente la presencia de comportamiento de alto riesgo según los indicadores: el sexo anal receptivo sin protección y un índice de comportamiento de riesgo basado en el número de parejas sexuales en prácticas de niveles de riesgo variables.

FONOSIDA es un servicio gratuito y anónimo creado por el Ministerio de Salud de Chile para facilitar el acceso de la población a información, orientación y apoyo personalizado frente a las inquietudes respecto al SIDA y a la prevención de la transmisión del virus.

Un estudio de las llamadas del año 1999 ha determinado un total de 54.042 con un promedio mensual de 4.505 de llamadas completas. A partir de los datos entregados por los usuarios de la línea es posible caracterizar la orientación sexual, el 73,4% es heterosexual, dividida en un 67,9 % de los hombres y 91,2% de las mujeres; el 6,4 son bisexuales, 7,4% de los hombres y 3,1 % de las mujeres; el 20,2% son homosexuales, con un 24,6% de homosexualidad masculina y un 5,8% de femenina.

La información solicitada corresponde a formas de transmisión del virus VIH / sida y formas de prevención, examen de VIH, seguido del uso de preservativo y síntomas de la enfermedad. Los hombres llaman con mayor frecuencia por percibirse en riesgo y por ser VIH+. Mientras que las mujeres llaman con más frecuencia por el cumplimiento de obligaciones, desconfiar de su pareja y por estar cercanas a alguien con VIH+.

#### Prácticas de riesgo

Se encuentra una elevada frecuencia de condiciones y prácticas de los usuarios que constituyen riesgos reconocidos para la transmisión de la enfermedad, en especial sexo vaginal, oral y anal sin uso de preservativo, que dan cuenta del 68% de las prácticas informadas por los usuarios. Las relaciones sexuales con desconocidos son de alta frecuencia, 55% de los hombres y 21% de las mujeres relatan esta práctica.

Las prácticas de riesgo declaradas según la orientación sexual expresada son las siguientes:

PRÁCTICAS DE RIESGO	HETEROSEXUAL	BISEXUAL	HOMOSEXUAL	TOTAL
	TASA	TASA	TASA	TASA
Penetración vaginal sin condón	57,7	31,6	6,9	45,8
Sexo oral sin protección	15,8	34,3	28,1	19,5
Penetración anal sin condón	3,7	37,4	47,2	14,6
Otros	2,3	2,5	2,1	2,3
Uso de jeringa compartida	0,2	0,3	0,1	0,2
Uso compartido de simuladores	0,1	0,6	0,3	0,2
Receptor de transfusión	0,1	-	0,1	0,1
Sin información	0,2	1,4	-	0,2
Total	80,2	108,0	84,8	82,9

La práctica más importante en las personas reconocidas como homosexuales es la penetración anal, en el caso de bisexuales la tasa más alta de práctica sexual es la penetración anal, seguida de la vaginal. Las personas heterosexuales refieren como práctica más común la penetración vaginal. Así mismo el estudio plantea un índice que relaciona las prácticas de riesgo con prácticas sin riesgo, para todas aquellas en que el uso del preservativo disminuye el riesgo de adquirir el virus. Esta muestra que, en promedio, se producen 3,5 penetraciones vaginales sin preservativo por cada relación penetrativa con preservativo; 2,9 penetraciones anales sin preservativo por cada relación del mismo tipo en que se usa preservativo y 17,5 episodios de sexo oral sin protección por cada ocasión en que se usa preservativo.

Fuente: Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA (1999). Análisis del Funcionamiento y Resultados de FONOSIDA, Enero a Diciembre de 1999, Santiago: MINSA/CONASIDA.

## La experiencia minoritaria de la homosexualidad en América Latina

Si bien se registra importantes avances en materia de construcción de movimientos sociales y de una institucionalidad formada por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), organizaciones sociales y grupos de base gay en América Latina y que han significado una base de sociabilidad y de promoción de experiencias de reconocimiento y ciudadanía, continúa observándose importantes niveles de rechazo de la población a su presencia pública y en algunos países graves violaciones a los derechos humanos de lesbianas y gays según las denuncias de Amnistía Internacional (1994), en particular ejecuciones extrajudiciales y desapariciones forzadas de personas identificadas como homosexuales. Estas graves violaciones de derechos básicos se entrelazan con acciones policiales de control y represión en los espacios de recreación como discotecas o bares, que se reportan en diferentes países de la región de un modo frecuente y sin oportunidades claras de defensa (Montalvo, 1997).

En Chile, diversas encuestas de opinión y estudios cualitativos han mostrado que la mayoría de la población tiende a rechazar a los hombres homosexuales cuando participan en instituciones reproductoras de la cultura como son la escuela, las fuerzas armadas, la televisión y la política (Guajardo, 2000). En una medición de la intolerancia y discriminación en la población chilena mayor de 18 años de edad en el año 1997, la primera materia de intolerancia y discriminación fue la homosexualidad por sobre la discriminación étnica, la pena de muerte y otras materias (Fundación Ideas, 1997). En Argentina, un importante segmento de la población de la ciudad de Buenos Aires manifestó un rechazo a la homosexualidad, abarcando tanto sensaciones personales como consideraciones morales, sociopolíticas e incluso médico-psicológicas (Kornblit, Pecheny, Vujosevich, 1998).

Las experiencias de pertenencia a una minoría sexual y de discriminación o intolerancia social unen al sujeto con su propio cuerpo en una relación de auto-agresión y violencia consigo mismo. Así, en un contexto social adverso se puede legitimar la práctica del suicidio en la experiencia homosexual al ser representada no como instancia de vida sino como generadora de muerte. Un ejemplo se puede encontrar en la valoración positiva del suicidio en un 30% entre las mujeres lesbianas y bisexuales en Costa Rica, según un estudio de 1999 consignado por la Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC).

Ante la legitimidad cultural de la muerte de ciertas personas por su corporalización extrema, podemos señalar que el cuerpo siempre está inscrito en una experiencia



que forma parte de la identidad del sujeto y que puede alcanzar su articulación en la unificación reflexiva de la multiplicidad de aspectos de la vida de un individuo (Pérez Cortés, 1991). Un ejercicio no alienante de la corporalidad pasa por la accesibilidad de referentes que sitúen los cuerpos en un contexto, donde pueden encontrarse fórmulas de supervivencia, autonomía o subversión, a diferencia del uso de instancias o etiquetas generalizantes y reductoras de la pluralidad de la vida humana.

Pese a su gravitación regional, sin embargo, la homofobia ha resultado en prácticas poblacionales diferentes según clase social, debido a formas alternativas de entender lo homosexual (Parker, 2000a; Cáceres y Rosasco, 2000). *“Los entornos de clase media lo entienden desde el modelo médico- psiquiátrico tradicional, de modo que cualquier contacto sexual entre hombres implica homosexualidad; en tal contexto, muchos hombres de estos entornos con orientación homosexual han optado por formar matrimonios y mantener relaciones homosexuales esporádica o concomitantemente, y en conexión con la clandestinidad de esta actividad algunos han adquirido el VIH y lo han transmitido a sus compañeras. Contrariamente, los entornos urbanos de criollos pobres han tendido a mantener una visión tradicional de lo homosexual basada en papeles de género, según la clasificación de Herdt (1997): en ese marco, se leería que los homosexuales serían hombres que renuncian a su masculinidad y se comportan como mujeres, por lo que naturalmente buscarían la compañía sexual de los (verdaderos) hombres”*. (Cáceres, 2002).

En contextos de pobreza, el que éstos últimos tuviesen trato sexual con aquéllos, a cambio de compensaciones de varios tipos, no amenazaría su masculinidad (Motta, 1999; Parker, 2000a; Aggleton, 1999). “Este modelo resulta, entonces, en elevada prevalencia de conducta bisexual en hombres que no se identifican como bisexuales<sup>1</sup> ni se ven disminuidos como “varones”; la frecuencia con la que estos intercambios ocurren en presencia de alcohol, así como la baja aceptabilidad de los condones, determinan también un flujo de infecciones por VIH de hombres “homosexuales” a estos hombres de conducta bisexual y sus parejas mujeres. (Cáceres, 2002).

Según los antecedentes diagnósticos expuestos, existen tendencias en los países de la región hacia la visibilidad de las identidades, relaciones y prácticas homoeróticas y hacia una legalización universal de la homosexualidad masculina y, en menor medida, de la femenina.

Las normas legales no necesariamente han asegurado la convivencia pacífica y respetuosa de y con las personas y grupos homosexuales en los diferentes países,

<sup>1</sup> Lo que sin duda tiene un efecto en el lenguaje a utilizarse en las campañas preventivas.

careciéndose de estrategias educativas, comunicacionales y legales que permitan restituir su dignidad de personas y ciudadanos plenos. Por el contrario, se registran detenciones ilegales y amedrentamientos y la persistencia de estereotipos y restricciones sociales que obstaculizan la posibilidad de entablar acciones legales de defensa por actos de discriminación y difamación cometidos contra personas gay o lesbianas (*Ahumada y Sánchez, 2000*).

## Referencias bibliográficas

- Ahumada, E. y Sánchez C. (2000). **Homosexualidad y Derechos Humanos**. Santiago, Corporación CODEPU.
- Amnistía Internacional. (1994). **Rompamos el silencio. Violaciones de derechos humanos basadas en la orientación sexual**. Madrid.
- Aráuz, R. et.al. (1997). **Sexo inseguro. Investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al SIDA en Nicaragua**. Managua, Fundación Nimehuatzin.
- Ardila, H. y Staton J. (1998). **Encuesta sobre conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad y VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres**. Bogotá, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.
- Balderston, D. y Donna J. (1998). **Sexo y sexualidades en América Latina**. Buenos Aires, Paidós.
- Bestard, J. (1998). **Parentesco y modernidad**. Barcelona, Paidós.
- Brunner, J. (1998). **Globalización cultural y postmodernidad**. Santiago, FCE.
- Cáceres, C. y Rosasco A.. (1997). **The correlates of safe behaviour among homosexually active men in Lima**. AIDS, 11 (1):553-559.
- Cáceres, C., y Rosasco A. (2000). **Secreto a voces. Homoerotismo masculino en Lima: culturas, identidades y salud sexual**. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia/ REDESS Jóvenes.
- Cáceres, C. (2002). **“La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”**. Versión preliminar de la Revisión preparada para la Reunión Regional sobre SIDA realizada en Fortaleza, Brasil, patrocinada por el BID (8 de Marzo de 2002).
- Carter, W. (1995). **Hidden in the blood, a personal investigation of AIDS in The Yucatán**. New York, Columbia University Press.
- Castells, M. (1999). **La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura**. Madrid, Alianza Editorial, Vol.2.
- CEPAL. (1993). **Cambios en el perfil de la familia: la experiencia regional**. Santiago, Naciones Unidas.

- Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC). (2000). ***Ha pasado ya el tiempo de la tolerancia. Orientación sexual, mujeres y derechos humanos en América Latina y El Caribe, 1995-1999***. San Francisco, EEUU. Documento inédito.
- Consejo Regional para América Latina y El Caribe Asociación Internacional de Gays y Lesbianas -ILGA. (2000). ***“Los derechos humanos de gays, lesbianas, bisexuales y transgénero en la región de Americana”***. Iniciativa con ocasión de la III Cumbre de las Américas, Santiago de Chile, marzo 2000.
- De Moya, E. y García R. (1996). ***AIDS and the enigma of bisexuality in the Dominican Republic***. En Aggleton, P. (ed.). *Bisexualities and AIDS: international perspectives*. London: Taylor and Francis.
- De Moya E., García A. y García R. (1998). ***Three decades of male sex work in Santo Domingo***. En Aggleton, P. (ed). *Men who sell sex: international perspectives on male prostitution and HIV/AIDS*. London. UCL Press.
- Facuse, M. (1998). ***Travestismo en Concepción: una cartografía desde los márgenes urbanos***. Concepción, Universidad de Concepción Departamento de Sociología.
- FLACSO-Chile. (1998). ***Informe de Encuesta: Representaciones de la Sociedad Chilena***. Vol. 2, temas políticos. Santiago: FLACSO-Chile.
- Fundación Ideas. (1997). ***Primera encuesta intolerancia y discriminación***. Informe y análisis, Santiago: Fundación Ideas.
- García Canclini, N. (comp.). (1995). ***Cultura y pospolítica, el debate sobre la modernidad en América Latina***. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Garretón, M. A. (1996) ***“¿Crisis de la idea de sociedad?. Las implicaciones para la teoría sociológica en América Latina”***. *Revista de Sociología*, (10): 25-30.
- Gobierno de Chile-Ministerio de salud. (2000). ***Estudio Nacional de Comportamiento Sexual***. Santiago, Gobierno de Chile-Ministerio de Salud.
- Guajardo, G. (2000). ***«Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa»***. En Olavarría, José y Rodrigo Parrini (d.). *Masculinidades. Identidad, sexualidad y familias*. Santiago, FLACSO-Chile, p. 123-140.
- Gutmann, M. (1996). ***The meanings of macho. Being a man in Mexico City***. Berkeley, University of California Press.
- Halliday, M.A.K. (1986). ***El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado***. México, FCE.

- Hernández, J. (1997). **Lleno de vapor por delante: informe sobre prevención de VIH entre HSH en los baños de vapor en México, D.F.**, México, D.F., Colectivo Sol.
- Izazola-Licea et.al. (1995). “**Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México**”. Salud Pública, México, 37 (8):602-614, noviembre-diciembre 1995.
- Kornblit, A., Pecheny M. y Vujosevich J. (1998). **Gays y lesbianas. Formación de la identidad y derechos humanos**. Buenos Aires, Ed. La Colmena.
- Kottak, P. (1997). **Antropología Cultural. Espejo para la humanidad**. Madrid, McGraw-Hill.
- Llamas, R. (comp.). (1995). **Construyendo identidades. Estudios desde el corazón de una pandemia**. Madrid, Siglo Veintiuno editores.
- Madrigal, J. (1998). **Caminar en la oscuridad: encuesta de uso de condones entre hombres que tienen sexo con otros hombres en Centroamérica**. San José de Costa Rica, ILPES.
- Madrigal, J. (1998). **Al sonido de los auriculares: un estudio sobre camioneros en Centroamérica y su relación con el SIDA**. San José de Costa Rica, ILPES.
- Martín-Barbero, J. (2000). **Globalización y multiculturalidad: notas para una agenda de investigación**. En Mabel Moraña (ed) Nuevas perspectivas desde/sobre América Latina: El desafío de los estudios culturales. Santiago, Instituto Internacional de Literatura Iberoamericana - Ed. Cuarto Propio, p.17-30.
- Mendoza, O. F. (1998). **Desire in the shade: explorative study on dark rooms and the AIDS health-disease process in the gay community**. México, D.F., Universidad Autónoma Metropolitana.
- Montalvo, J. (1997). **¿A quién le importa?. Las batidas en las discotecas de “ambiente” del centro de Lima**. Lima, Instituto de Defensa Legal.
- Motta, A. (1999). **El “ambiente”: jóvenes homosexuales construyendo identidades en Lima**. Sociedad y Cultura. Lima, Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú.
- Nieto, J. A. (1993). **Sexualidad y deseo. Crítica antropológica de la cultura**. Madrid, Siglo Veintiuno editores.
- Ortiz, R. (1994). «**La mundialización de la cultura**». En García Canclini, Néstor et.al. De lo local a lo global, perspectivas desde la antropología. México, Universidad Autónoma Metropolitana.

- Parker, R. (1996). "**Estado de la investigación en sexualidad: avances y desafíos**". En Shepard, Bonnie, Valdés, Teresa e Isabel Hernández (coord). I Seminario-Taller Sudamericano Investigación Socio-cultural en Sexualidad: prioridades y desafíos. Actas. Santiago, Fundación Ford, FLACSO-Chile, Naciones Unidas, p.13-27.
- Parker, R. (1998). «**Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil**». En Valdés, Teresa y José Olavarría (ed.). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago, FLACSO-Chile, p.106-129.
- Pérez Cortés, S. (1991). **El individuo, su cuerpo y la comunidad**. Alteridades, (2):13-23.
- Power, B. y Alan E. (1999). **Acéptate, acéptalo. Construyendo puentes entre homosexuales y heterosexuales**. Barcelona, Paidós, p.254.
- Ramah, M, Pareja, R., Hasbun, J. (2002). **República Dominicana: estilos de vida y prácticas sexuales. Los resultados de un estudio KABP aplicado entre hombres homosexuales y bisexuales**. Santo Domingo, República Dominicana. Porter/novelli, Washington, DC; AIDSCOM/DR; COMPUMETODOS/DR; Amigos Siempre Amigos. Documento inédito.
- Ramírez, R. (1993). **Dime capitán: reflexiones sobre la masculinidad**. San Juan Puerto Rico, Ed. El Huracán.
- Rodríguez, J. (2000). "**La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/SIDA. El caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres**". En Mónica Gogna (comp.). Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires, CEDES, p. 303-366.
- Rosenbloom, R. (ed.). (1997). **Secreto a voces. Orientación sexual y derechos humanos de las mujeres**. New York, International Gays and Lesbians Human Rights Commission.
- Schifter, J. (1997). **Amor de machos. Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles**. San José de Costa Rica, ILPES.
- Schifter, J. (1998). **De Ranas a Princesas. Sufridas, atrevidas y travestidas**. San José de Costa Rica, ILPES.
- Schifter, J y Vargas R. (1998). **La Caperucita Roja y el Lobo Feroz: sexo público latino**. San José de Costa Rica, ILPES.
- Torres, R. (1997). **Percepción del SIDA y de las Campañas de Prevención en la Población Homosexual**. Estudio cualitativo exploratorio. Santiago CONASIDA/Ministerio de Salud de Chile. Documento inédito.

Vásquez, R.E. y Ruiz C. (1990). **Estudio sobre conocimiento, creencias, actitudes y prácticas relevantes para la prevención del SIDA y el uso de condones entre niños de la calle que son trabajadores sexuales, Santo Domingo, 1989-1990.** Programa de Control del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual (PROCETS), Secretaría Estatal de Ayuda Social y Salud Pública, República Dominicana. Documento inédito.

Whitlock, K. (1992). **Puentes de respeto. Creación de Apoyo para la Juventud Lesbiana y Homosexual.** Santiago, Comité de Servicio Chileno Cuáquero.area. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 6(3):319-322.





## CAPÍTULO IV

# VULNERABILIDAD DE HOMBRES GAYS Y HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) FRENTE A LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA: LA OTRA HISTORIA DE LA MASCULINIDAD

José Toro-Alfonso

### Introducción

La epidemia de la infección del VIH y el SIDA ha impactado de forma desproporcionada en las comunidades de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Los datos epidemiológicos en la mayoría de los países de América Latina señalan a estos grupos como los más afectados. A pesar de que países como Honduras, República Dominicana, Puerto Rico y Brasil informan un vertiginoso aumento de los casos de transmisión heterosexual, la población homosexual masculina sigue constituyendo una fracción muy significativa del grupo de personas infectadas con el virus (ONUSIDA, 2001a).

Si tomamos en cuenta que en muchos de nuestros países la homosexualidad es censurada, podemos imaginar que, aun en los países donde desde el inicio de la epidemia se informaba menos casos entre homosexuales, esto podría estar relacionado precisamente al alto costo del hacer pública una orientación sexual no heterosexual. La realidad ineludible continúa siendo que en el mundo entero la población homosexual, bisexual y transgénero ha sido desproporcionadamente impactada por esta epidemia.

Esta es una de las razones por lo que desde el inicio de la epidemia se estableció la asociación entre el SIDA y los estilos de vida particulares de los homosexuales. Era de esperarse que surgiera la idea de que los homosexuales no sólo poseen un estilo de vida particular, sino que además tienen sus propias y particulares enfermedades<sup>1</sup>.

Por otro lado, era innegable que la enfermedad estaba teniendo un fuerte impacto en la comunidad homosexual y era necesario responder efectivamente ante la situación. Se organizó diferentes grupos bajo el liderazgo homosexual para recaudar fondos para investigación, para desarrollar programas educativos y para ofrecer apoyo a las personas infectadas. Este hecho, sin duda, contribuyó a que se continuase asociando la enfermedad, exclusiva o prioritariamente, con la homosexualidad.

Irónicamente fue la misma epidemia lo que ayudó al mundo a reconocer la diversidad de la comunidad homosexual. Grandes celebridades y personas de gran visibilidad pública comunicaron ante los medios noticiosos estar enfermos de SIDA y haber sido homosexuales durante toda su vida.

Entrado el siglo XXI, la epidemia sigue siendo la causa principal de muerte en hombres homosexuales (incluyendo muchos jóvenes) a través de todo el hemisferio. A pesar de la enorme cantidad de investigaciones realizadas para entender la epidemia y entender los mecanismos de infección y transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), éste sigue presentándose en sectores significativos de nuestra sociedad (Izazola y col., 1999).

“Las relaciones sexuales entre varones existen en la mayoría de las sociedades. Sin embargo, su existencia, y su importancia para la prevención del SIDA, con frecuencia se niegan.”  
(ONUSIDA, 2001 p.2)

Existe todo un conglomerado de factores que colocan a la población homosexual como blanco continuo y casi preferente de esta epidemia. Entendiendo que biológicamente, en términos constitutivos, no existen condiciones que predispongan particularmente a los homosexuales a la infección por el VIH, debemos pensar

<sup>1</sup> Como sabemos, durante un tiempo al SIDA se le denominó “peste gay” o “peste rosa”.

que existen otros factores que vulnerabilizan a esta población. Entender y tomar en consideración estas vulnerabilidades podría ser la respuesta para el desarrollo de programas de intervención que desemboquen en un éxito que millones de dólares invertidos no han logrado hasta ahora.

## Vulnerabilidad individual

En numerosas investigaciones relacionadas con la vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres con respecto a la infección por VIH, se ha identificado diversos factores individuales como los niveles de autoestima, la homofobia internalizada, las dificultades para establecer intimidad, entre otras (*Schifter, 1998*).

Sin hacer abstracción de los factores estructurales que provocan estas vulnerabilidades, no podemos dejar de considerar que existen factores individuales que pueden contribuir al aumento en la conducta arriesgada entre los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres. Varias investigaciones han señalado la dimensión del abuso sexual en la infancia como elemento que puede contribuir a la dificultad para establecer fronteras e intimidad apropiada en las relaciones (*Carballo-Diéguez, 1996*). En los Estados Unidos de América, algunas investigaciones han establecido que principalmente los hombres hispanos que testimoniaban una actividad sexual no deseada durante la infancia mostraban una mayor frecuencia de conducta sexual arriesgada en la adultez, mayor número de parejas sexuales, mayor incursión en la industria del sexo y problemas con el alcohol y el abuso de drogas (*Dilorio, Hartwell y Hansen, 2002*).

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

Otro aspecto importante en el proceso personal de los HSH es el impacto que tiene la percepción de su sexualidad por ellos mismos. Algunos autores indican que la homofobia puede ser un obstáculo enorme en el proceso de desarrollo de una conducta sexual no arriesgada (*Toro-Alfonso, 1997*). Los niveles de homofobia internalizada pueden estar relacionados con la comodidad con que la persona maneja su sexualidad y establece relaciones adecuadas (*Pharr, 1997; Schifter, 1998*).

Las personas con baja estima tienden a tratar de buscar aceptación de formas indirectas. Es muy común que muchos hombres gay inviertan mucho tiempo en tratar

de agradar a otros, escuchar, fungir de consejeros, terapeutas, mediadores y defensores de su familia. Se ha encontrado que individuos que mantienen una conducta sexual más segura tienen mayor autoestima, muestran menor ansiedad o depresión y menos problemas de conducta, y consumen menor cantidad de alcohol que quienes tienen patrones de conducta insegura (*Rotheram-Borus, Rosario y Reid, 1992*). Otros estudios han identificado factores como la baja percepción del riesgo individual, las creencias relacionadas a la salud y las destrezas para manejar situaciones de negociación como elementos importantes en la vulnerabilidad individual de los HSH ante el VIH.

Mays y Cochrane (*2001*) identificaron un alto nivel de morbilidad psiquiátrica en una muestra de hombres homosexuales tomada de un estudio nacional representativo de adultos en los Estados Unidos. Los participantes homosexuales informaron mayor discriminación que sus contrapartes heterosexuales. El 42% de los homosexuales relacionó la discriminación a la orientación sexual. Los investigadores encontraron que la percepción de discriminación se asociaba con una baja calidad de vida y con altos niveles de morbilidad psiquiátrica.

## Vulnerabilidad estructural

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

Ya desde el inicio mismo de la epidemia muchos grupos organizados de hombres gay y HSH desarrollaron modelos de intervención para enfrentar el impacto de la epidemia en esa comunidad. Muchas de estas intervenciones tenían como objetivo la disminución de la vulnerabilidad individual. A pesar del resultado positivo que tuvieron estas intervenciones e investigaciones iniciales, pronto se comprobó que estas vulnerabilidades se insertaban en una dimensión estructural que no había sido tomada en cuenta (*Parker, 2000; Parker, Easton & Klein, 2000*). De hecho, en aquellas comunidades en donde se desarrolló intervenciones individuales desde comienzos de la epidemia, se encontró un nuevo aumento en la prevalencia de la infección.

Es entonces que cobra importancia el examen de los factores estructurales que producen, aumentan o inciden en la vulnerabilidad de estas comunidades. Se advierte que una de las dimensiones importantes es la pobreza (*González-Block & Liguori, 1992*). En muchos países en donde la epidemia ha impactado desproporcionadamente a la comunidad de HSH, se observa una clara relación del incremento de la epidemia con variables como los mayores niveles de pobreza, el limitado acceso a información y servicios de salud, y la prevalencia de comercio sexual (*ONUSIDA, 2000*).

«...estos desarrollos recientes ofrecen una introspección que nos ayuda a re-pensar la sobre simplificación que ha caracterizado tradicionalmente los análisis transculturales de la homosexualidad y la vida gay. En particular, esto nos ha movido a romper la visión monolítica de 'la comunidad gay' en el sentido del mundo anglo-europeo. Enfocando en interrogantes de las diferencias internas, el poder del género, raza, etnicidad, clase social y otras, estos acercamientos nos empujan en la dirección de un entendimiento más dialéctico de las relaciones entre los contextos locales y las culturas por un lado, y los amplios procesos históricos y sociales, por otro.» (Parker, 1999 p.9)

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

## Las masculinidades hegemónicas y el poder

No hay lugar a dudas que el género atraviesa una multiplicidad de relaciones sociales, tales como las de clase social, raza / etnia, y educación. El género como forma de ordenamiento de la práctica social, se sobrepone al destino de la biología precisamente porque la biología no determina lo social (Connell, 1987). La práctica social, por otro lado, es creativa pero no autónoma. Responde a situaciones particulares y se genera dentro de las estructuras definidas al interior de las relaciones sociales.

Estas relaciones están cimentadas bajo el eje principal de las relaciones de poder que consolidan la subordinación de la mujer y la dominación de los hombres. Esta estructura de relación permite el imaginario de una masculinidad hegemónica, masculinidad que ningún hombre vive realmente, pero de la cual todos obtenemos dividendos. La masculinidad hegemónica se puede definir:

« como aquella que en cualquier tiempo dado se resalta culturalmente sobre otras formas de masculinidad. Es la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de la mujer». (Connell, 1987, p.39) (traducción del autor)

El debate sobre la masculinidad hegemónica nos coloca ante el dilema de definir si en las relaciones sociales existen diferentes masculinidades o si son todas manifestaciones de lo mismo. Y si a pesar de que examinemos las supuestas diferencias de, por ejemplo, la masculinidad obrera con relación a la del capataz, la del blanco con relación a la del dominado, lo que encontraremos no es otra cosa que las mismas manifestaciones de la hegemonía del género masculino que se imponen por la fuerza a la mujer por su género y por su posición social atravesando todas las categorías sociales.

## La violencia como manifestación: La vulnerabilidad del poder

Y ¿cómo se imponen estas manifestaciones? Se imponen claramente por medio de la intimidación y la violencia. "Una jerarquía completamente legítima tendría menos necesidad de intimidar" (*Connell, 1987, p. 45*). La masculinidad delata su propia ilegitimidad cuando se impone individual y socialmente como se ha hecho por siglos.

La intimidación de las mujeres se logra desde el silbido de supuesta admiración en la calle, pasando por el acoso en la oficina, hasta la violación y el ataque doméstico. En cada instancia los hombres logran su propósito de imponer su voluntad de manera lenta pero segura e incluso en algunas ocasiones violenta y brutalmente. Después de todo la violencia es asunto de hombres... las guerras, los homicidios, la violencia urbana, las bandas juveniles entre otras instancias. Todo parece indicar que vivir de acuerdo con los requisitos de la masculinidad supone un comportamiento auto-destructivo de alto riesgo y de violencia (*Ramírez, 1999*).

Otros piensan que, como son pocos los hombres que pueden sugerir que viven una masculinidad hegemónica, el resultado es que se produce una gran angustia y sentido de impotencia. Además señalan que la fuerza de la masculinidad hegemónica como estereotipo masculino resulta en una visión parcializada de los hombres, ya que no permite evidenciar que ellos sufren y pueden sucumbir ante el peso de la impuesta masculinidad (*Rivera-Medina, 1991*). Lo cierto es que la posición privilegiada se instala en las relaciones de poder, y en esa balanza de recursos y beneficios los que sugieren que actúan desde esta posición resultan, en la mayoría de las ocasiones (si no en todas) recibiendo el beneficio de la duda. De este hecho muchas veces nos hacemos cómplices cuando mostramos que no tenemos intenciones de equilibrar la balanza de la relación de poder entre los géneros.

A partir del momento en que la masculinidad hegemónica excluye en su constitución todo rasgo de homosexualidad, hace socialmente aceptable que se agrede emocional y físicamente a los hombres gay y otros HSH. Como parte de los juegos del poder, se resguarda la hegemonía con la agresión y hasta la eliminación de aquéllos que la amenazan.

En los Estados Unidos se han realizado estudios que revelan datos de suma importancia para el buen desarrollo psicológico y social de la juventud con una orientación sexual diferente (*D'Augelli y Garnets, 1995*). Estos demuestran la vulnerabilidad de esta población ante la agresión y el escarnio social. Según D'Augelli y Garnets,

los hombres homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres informaron que el 75% de ellos habían sido hostigados verbalmente, el 25% habían sido amenazados con violencia física por lo menos en una ocasión, el 22% habían sido perseguidos, el 5% habían sido escupidos por lo menos en una ocasión, y el 17% habían sufrido daños en sus bienes. Los varones gay son objeto de insulto verbal con mayor frecuencia que las lesbianas; más de la mitad ha hecho algún ajuste en sus vidas diarias para evitar el hostigamiento; el 64% de los gays y lesbianas jóvenes temen por su vida, y la mayoría de los/as jóvenes entrevistados entiende como "normal" y "esperado" que se hostigue a los gays y lesbianas, y ello es algo que ni los sorprende ni les interesa rechazar.

## Las paradojas de la masculinidad: El deseo homoerótico

La masculinidad hegemónica también se inserta en las relaciones sexuales entre hombres. El tema de la homosexualidad y de la conducta homosexual en nuestras culturas, propuesto de un modo directo o como material de debate social, convoca al silencio o al rechazo, sobre todo cuando los locutores son hombres (Guajardo, 2000; Bohan, 1996). Resulta interesante que la necesidad de la prevención del VIH y el SIDA haya roto ese silencio y nos haya obligado a hablar abiertamente del tema a pesar del estigma. Véanse los discursos de los hombres costarricenses en la gavetas del imaginario social que nos presentan Schifter (1999) y Schifter y Madrigal (1998); en los trabajos de Kormblit, Pecheny & Vujosevich (1998) en Buenos Aires; de Cáceres (1996) en Lima; Parker (1999) en Brasil; Guajardo (2000) en Chile; y Carballo-Diéguez (1994) sobre hombres puertorriqueños en Nueva York.

Los contextos geográficos son diferentes pero la escuela social a la que han asistido los hombres es fundamentalmente la misma. La contradicción entre la identidad y la conducta nos propone un análisis distinto sobre el asunto de las homosexualidades. Castañeda (1999) nos indica que "el homosexual no siempre es homosexual; el heterosexual, sí". El heterosexual se ha formado como tal y es más consistentemente heterosexual. La autora asume que los homosexuales toman "conciencia" de su orientación sexual sobre la marcha de su vida y probablemente definan su orientación sexual desde la heterosexualidad. Sin embargo los límites entre la homosexualidad y la heterosexualidad se han vuelto menos claros (Broido, 2000; Madrigal, 1998), constituyendo identidades híbridas, como las llamará Carrillo (1999).

Se ha hablado mucho de la bisexualidad como característica innata planteando que la orientación sexual no está dada biológicamente sino que se construye a través



de la historia personal y social. Aunque esta idea pueda parecer atractiva, ha generado toda una serie de debates sobre el origen de la sexualidad. Igualmente, han proliferado las explicaciones simplistas sobre la homosexualidad. Se han multiplicado los esfuerzos por encontrar características hormonales o genéticas propias de la homosexualidad. Algunos investigadores han comprobado que si un hombre es homosexual y tiene un hermano gemelo idéntico, éste tenderá a ser también homosexual. De hecho Ardila (1998) señala que "*Hace 15 años enfatizábamos los factores de aprendizaje mientras que a finales de siglo enfatizamos los factores genéticos y hormonales*". Lo cierto es que las diferencias de tipo hormonal e incluso cerebral no son universales. Cuando algunos investigadores plantean que existen diferencias en el tamaño de ciertas estructuras cerebrales de los hombres homosexuales e indican que el tamaño es similar al de las mujeres, surge la sospecha de que tal lectura, más que responder a la esencia de las estructuras cerebrales, lo hace a la construcción social de la masculinidad heterosexual que, parece llevar implícita que el hombre lo tiene todo grande y eficiente (Hammer y Caplan, 1994).

No podemos negar que la tesis esencialista del origen biológico de la homosexualidad se ubica junto al poder en el discurso de las minorías. Y dentro de ese discurso se espera la frágil aceptación y el reconocimiento social por el que han luchado los movimientos homófilos desde principios del siglo pasado. El argumento aquí es que los gays deben ser aceptados no porque son libres de elegir su identidad sexual, sino porque no tienen otra opción que serlo.

Por otro lado consistentemente vemos que los estudios etnográficos realizados en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina describen el discurso de los entrevistados en el contexto de la confluencia de orientación sexual y género. Cáceres (1999) nos habla de los limeños, González y Liguori (1998) sobre México, Schifter (1998) sobre Costa Rica, De Moya (1998) sobre la República Dominicana, Parker (1997) sobre Brasil y Ramírez (1996) sobre Puerto Rico; en todos vemos los discursos de los hombres con respecto a la homosexualidad dentro del contexto del afeminamiento y la pasividad sexual. Llamémosles cacheros, bugarrones, fletes, bugas, los personajes así descritos son hombres que tienen sexo con hombres pero que mantienen su adscripción a la masculinidad hegemónica al limitarse a la penetración activa y al dominio.

La literatura sobre las homosexualidades en algunos países en desarrollo describe en detalle la polarización basada en los géneros que observamos en la conducta sexual entre hombres (Harding, 1998) aun en el contexto de la industria sexual (Perlongher, 1999). Murray (1995) describe detalladamente la conducta sexual entre los hombres latinoamericanos como cimentada en los roles sexuales tradicionales donde el "hombre" es el que penetra y la "mujer" es la penetrada. Igual tesis han planteado Carrier (1971; 1985) y Díaz (1997) sobre el impacto de la homofobia en el

desarrollo de las identidades. La literatura latinoamericana no ha estado exenta del análisis de los roles sexuales, clase social y homosexualidad, como observamos en los trabajos de Bejel (2001), Parker (1999), Navarro y Stimpson (1999), y Parker y Gagnon (1995). Entonces la esencia de la homosexualidad urbana y anglosajona se reproduce en el imaginario del ghetto globalizado, mientras que en el seno de nuestras sociedades observamos y describimos otras culturas sexuales que rigen la vida de los demás hombres que tienen sexo con hombres (Fernández-Alemay & Sciolla, 1999; Murray, 1998; Schifter, 1997; Schifter & Madrigal, 1996).

Parece que el conflicto entre la esencia y la identidad construida nos mantendrá ocupados todavía por mucho tiempo, porque la fuerza de la masculinidad hegemónica nos embarga socialmente y nos impide mirar la sexualidad desde la subjetividad de los interlocutores. Y por eso el secreto es un secreto a voces, como los rumores sobre el hijo de Doña Herlinda en la ya clásica película de Jorge Humberto Hermosillo. El modelo de la participación social, el deseo de pertenecer y ser iguales al resto del cuerpo social, ha llevado al movimiento a dejar a un lado la lucha contra la heterosexualidad compulsiva y la homofobia institucionalizada, para buscar legislaciones pro-equidad que protegerían el derecho de los homosexuales a una igual participación económica mediante el matrimonio o las relaciones domésticas, las adopciones legales y, en algunos países, el ingreso a instituciones militares.

## La vulnerabilidad de la transgresión del género

Dentro de esta constelación de identidades sexuales encontramos a personas que se resisten a aceptar la biología como destino. Por ejemplo, algunos hombres, que nacen con estructuras biológicas masculinas, se construyen como mujeres y optan por enfrentar a la sociedad como transgresores del género. Transgénero es el concepto sombrilla que se emplea para describir a toda persona que desafía los papeles sexuales tradicionales y que abarca la diversidad de expresiones de género incluyendo desde diversas manifestaciones de la moda hasta los drags, andróginos, travestis, transformistas, intersexuales y transexuales (Bocking, Robinson & Rosser, 1998).

En parte reafirmando la norma heterosexual y en parte recreando identidades, los hombres transexuales juegan con las normas de género de tal forma que resulta una extraña fuente de vulnerabilidad para ellos (Rodríguez Madera y Toro-Alfonso, *en prensa*).

Existe amplia evidencia de la particular vulnerabilidad de la población de hombres transgénero y transexuales para la infección con el VIH. Esta vulnerabilidad se hace más evidente dentro de las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres en América Latina o en poblaciones de inmigrantes en los Estados Unidos (*Bocking, et al, 1998; Parker, 1999; Schifter, 1999; Sykes, 1999; Toro-Alfonso, 1995*). La etnia se combina con el género en tal forma que los hombres que tienen sexo con hombres aumentan sus riesgos frente a la infección por VIH (*Díaz, Ayala, Bein, Henne y Marín, 2001*).



Lorena, miembro de la comunidad cristiana de travestis de la «Virgen de la Puerta», Lima / Perú. Fotógrafa: Annie Bungeroth / GAZE.

## La vulnerabilidad del margen social

El ser relegado a los márgenes sociales genera vulnerabilidad. La exclusión y la marginalidad en la que la sociedad coloca a los hombres que tienen sexo con hombres marcan el camino hacia la enfermedad y la carencia. Las investigaciones recientes han demostrado que, más allá de la fragilidad individual, son la percep-

ción de aislamiento social, la ausencia de apoyo social, y la fragilidad o inexistencia de organización política y empoderamiento social lo que genera la vulnerabilidad. "Si no hay espacio público, lo privado se devalúa" (*Corporación Chilena de Prevención del SIDA, 1997, p. 42*).

Nunca frente a una epidemia ha sido más urgente la necesidad de recuperar de los márgenes a las poblaciones vulnerables para que puedan tomar control sobre su salud y sus vidas. La organización comunitaria y el empoderamiento social constituyen una estrategia fundamental para acercarnos a la salud pública frente a la epidemia del VIH y el SIDA (*Altman, 1994; Bianco, 1999; Kalichman, Somalí y Sikkema, 2001; Vangorder, 1995*). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA ha reconocido que "las tasas de infección por el VIH entre HSH han disminuido principalmente gracias a las actividades de las propias organizaciones de varones homosexuales" (*ONUSIDA, 2000, p. 6*) haciendo evidente la ventaja del estar organizados para el enfrentamiento de la epidemia (*UNAIDS, 2001*).

Entonces, el reto de la prevención se da en el fortalecimiento de las redes y estructuras de apoyo para los hombres que tienen sexo con hombres. La exclusión social y la criminalización del deseo y de la conducta homoerótica sólo tienen consecuencias nefastas. Por el contrario, la inclusión de la diversidad y el reconocimiento social representan ambas la mejor de las intervenciones en salud pública (*Ugarte, 1999*).

En el margen social el sexo se convierte en mercancía. La necesidad de la supervivencia convierte en transacciones las relaciones de intimidad. Estas interacciones pueden ser por dinero o por favores particulares (*Aráuz, Ortells, Morales, Guevara & Shedlin, 1997*). Por otro lado, el alcohol y las drogas se transforman en compañeros de fiesta un poco para alegrar los encuentros y otro poco para amortiguar el remordimiento y la presión de la industria sexual. Es posible que el alcohol y las drogas sean necesarios para entrar en un estado alterado de la conciencia y poder así enfrentar las presiones de la cotidianidad y del intercambio sexual (*Shifter, 1997*).

La persecución policíaca así como la discriminación y el hostigamiento de las instituciones judiciales, unidos a la peligrosidad y al riesgo del ghetto comercial, coronan el destino de muchos hombres que tienen sexo con hombres. La cárcel, el juzgado y la represión policial son muy conocidas en estos ambientes. A pesar de que en muchos países latinoamericanos no existe ninguna penalidad oficial contra la conducta sexual entre hombres, la realidad es que los códigos de sodomía se mantienen en el imaginario social. "La falta de penalidad legal no quita, ni le hace, a la penalidad social que es la que aterra y neurotiza, deformando a las personas" (*Ugarte, 1999, p. 78*).

## De la exclusión a la plena ciudadanía

Es imposible desarrollar programas de promoción de la salud y reducción de riesgo para la epidemia del VIH dentro del contexto de la exclusión y la violación de los derechos humanos. Evidentemente dentro de este marco los derechos sexuales son derechos humanos.

La marginación, la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud, y la falta de reconocimiento de la variedad de identidades, (situaciones que llevan en ocasiones hasta el asesinato), son violaciones de los derechos a la plena ciudadanía de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (*Díaz, Ayala & Marín, 2000*). Las violaciones a la plena ciudadanía son constantes y generalizadas en nuestros países y la bruta realidad es que estas situaciones conmueven poco al resto de la comunidad. Aun en países en donde la protección a la diversidad sexual estaría garantizada por la constitución, la población de hombres que tienen sexo con hombres reconocen su propia vulnerabilidad y sus niveles de riesgo ante la agresión social.

“Cuando esos derechos no se respetan, los HSH tienen menos control sobre sus riesgos de comportamiento y por tanto son más vulnerables a la infección por el VIH.”  
(ONUSIDA, 2001 p 5)

La emigración representa en muchos casos una salida, no sólo a las profundas circunstancias de la pobreza, sino también frente a la búsqueda de una quimera en un espacio social de una supuesta mayor tolerancia y permisividad (*Carballo-Diéguez, 1998*). No hay dudas de que "la imagen cuasi delincuencia y marginal de los hombres que tienen sexo con hombres, debe ser revertida por la dignidad de personas que la sociedad reconoce como válidas en sus campos profesionales, laborales y creativos" (*Ugarte, 1999, p. 90*). La plena participación ciudadana y la plena libertad para la selección es un caldo de cultivo imprescindible para cualquier esfuerzo exitoso orientado a la prevención de la epidemia del VIH/sida.

## Conclusión: De la vulnerabilidad a la fortaleza

Sólo cuando se tome en cuenta la vulnerabilidad estructural que padece la población de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres podremos proceder a desarrollar intervenciones apropiadas para controlar de una vez y por todas la epidemia del VIH. Las intervenciones de salud pública deben dirigirse no sólo a enfrentar la vulnerabilidad individual, sino que deben asumir el reto de fortalecer los niveles organizativos de representantes de estas comunidades para garantizar el acceso a servicios de salud y la vigencia de sus derechos humanos.

Aun desde la marginalidad y la vulnerabilidad, la población homosexual posee una historia colectiva que se remonta a los inicios de la epidemia. Las comunidades gay conocen, por experiencia personal y organizativa, los significados de la lucha contra el SIDA. En muchos países como Brasil, Argentina y México, las organizaciones no gubernamentales desarrolladas por y para la población homosexual, recogen más de veinte años de experiencia en el desarrollo de esfuerzos de prevención y de atención a las personas que viven con el VIH (*Lumsden, 1991; Parker & Terto, 1998; Daniel & Parker, 1993; Ministerio de Salud del Brasil, 2000*). En América Latina las primeras movilizaciones en la lucha contra el SIDA se dieron desde las organizaciones no-gubernamentales desarrolladas por las poblaciones homo y bisexuales. Esta experiencia debe ser reconocida y apoyada en su sostenimiento, e incluso puede servir de ejemplo y ayudar en el trabajo con otros segmentos marginados y excluidos socialmente.

«Necesitamos unas mejores intervenciones preventivas entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, incluidos los que no se identifican a sí mismos como homosexuales o bisexuales. Una estrategia clave es fortalecer las comunidades gay emergentes, porque son las que pueden hacer la mejor labor de educación preventiva. Al mismo tiempo, debemos oponernos a la discriminación que hace vulnerables a las personas».

Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA, en el discurso inaugural de la Conferencia Panamericana sobre el SIDA, Lima (Perú), diciembre de 1997

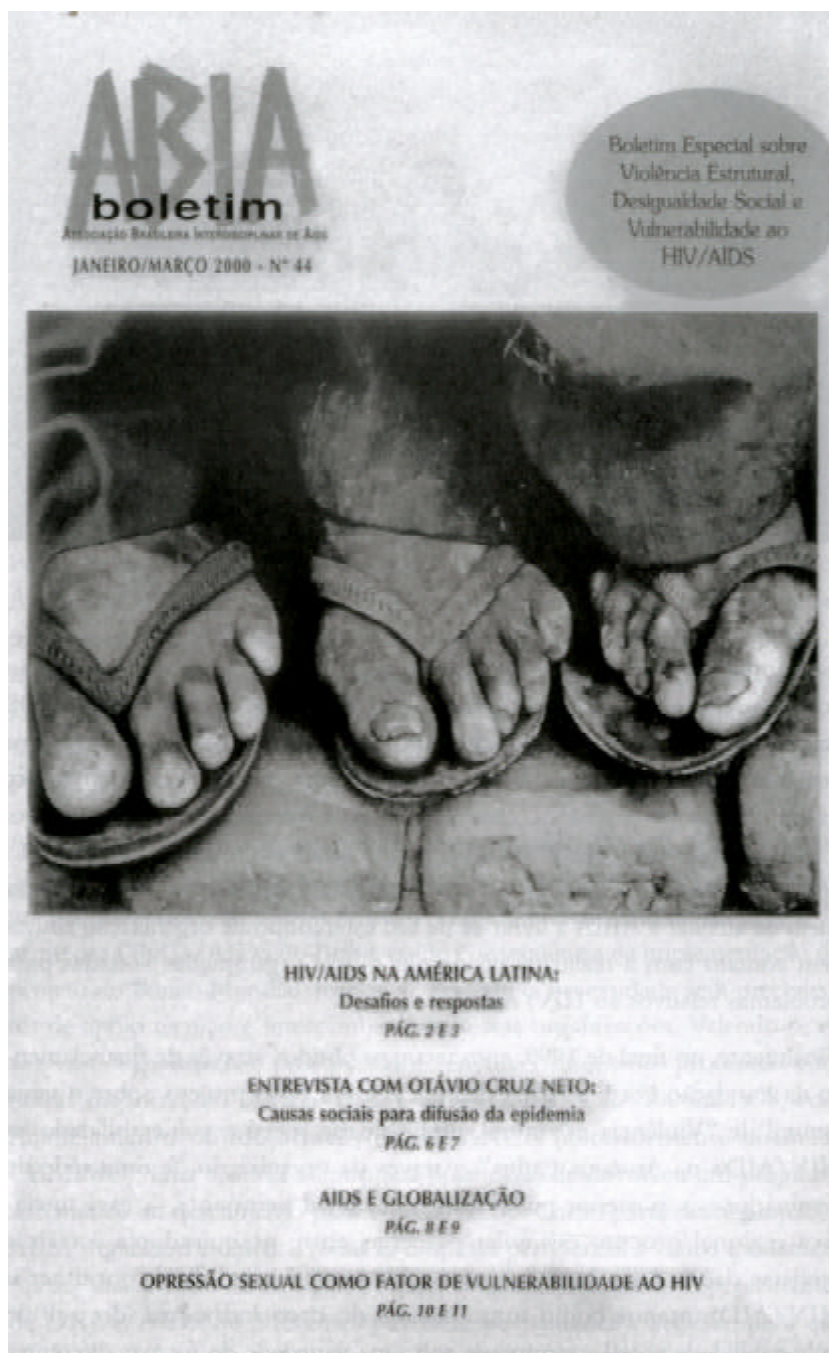
Todos los seres humanos tienen derecho a la vida plena, y la diversidad en orientaciones e identidades sexuales no debe representar un obstáculo para la felicidad. Se hace inaplazable que se establezcan límites a las intervenciones policíacas y a la actitud permisiva y tolerante que permite a las mayorías agredir y marginar a los HSH. Los gobiernos y sus instituciones hacen un débil servicio a la comunidad cuando no reconocen la responsabilidad que les corresponde. Es importante reconocer que *"los hombres que tienen sexo con hombres enfrentan discriminación social, cultural y a veces, legal y económica debido a su comportamiento sexual. Los programas de prevención, atención y apoyo en VIH/sida deben estar acompañados de actividades que promuevan la igualdad y no la discriminación"* (ONUSIDA, 1999, p. 9).

Fortalecer la salud pública significa permitir el acceso de las poblaciones vulnerables a escenarios laborales dignos, a servicios de salud preventiva y a la libre expresión de su sexualidad. Siguen vigentes las recomendaciones presentadas a ONUSIDA (1999) en la Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/sida con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe.

La realidad de los HSH en América Latina y el Caribe nos golpea en la cara. Las bases de la vulnerabilidad a la infección del VIH están cimentadas sobre la exclusión y el estigma. Se hace imperante que el gobierno y la sociedad civil establezcan planes de desarrollo y solidaridad para prestar atención a uno de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad.

Es imprescindible desarrollar espacios legales en donde se fortalezca la plena ciudadanía de los hombres gay y otros HSH. Es necesario educar a los profesionales de la salud para que se sensibilicen a la realidad y las necesidades particulares de este sector. Las organizaciones comunitarias deben tener el apoyo suficiente para continuar desarrollando programas por y para la comunidad de HSH. Fortalecer la organización comunitaria y las redes de apoyo social es un reto importante e ineludible para la salud pública.

«Hay que insistir en que los programas destinados a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres que han demostrado su eficacia deben mantenerse. Ha habido casos en que se han reducido los fondos a los programas, o en que éstos se han interrumpido, después de anunciarse que el proyecto había tenido 'éxito' o cuando se pensó que había disminuido el riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres».  
(ONUSIDA, 2001 p.6)



La opresión sexual como factor de la vulnerabilidad al VIH ha sido crecientemente tratada en simposios y publicaciones, como demuestra esta carátula del boletín de ABIA ( Enero - Marzo 2000). Archivo ABIA.



## Referencias bibliográficas

- Altman, D. (1994). **Power and community: Organizational and cultural responses to AIDS**. London: Taylor & Francis.
- Aráuz, R., Ortells, P., Morales, A., Guevara, M. & Shedlin, M. (1997). **Sexo inseguro: Investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al SIDA en Nicaragua**. Managua, Nicaragua: Fundación Nimehuatzin.
- Ardila, R. (1998). **Homosexualidad y psicología**. México, DF: Manual Moderno.
- Ayala, G. & Díaz, R. (2001). **“Racism, poverty and other truths about sex: Race, class and HIV risk among Latino gay men”**. Revista Interamericana de Psicología, 35, p. 59-78.
- Bejel, E. (2001). **Gay Cuban Nation**. Chicago, Ill: Chicago University Press.
- Bianco, M. (1999). **“La movilización comunitaria como pieza clave para la prevención sostenida a nivel comunitario”**. En J. A. Izazola (Ed.), El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria (p. 249-272). México, DF: Fundación Mexicana para la Salud.
- Bocking, W., Robinson, B. & Rosser, B. (1998). **“Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment”**. AIDS Care, 10, p. 505-526.
- Bohan, J.S. (1996). **Psychology and sexual orientation: Coming to terms**. New York, NY: Routledge.
- Broido, E.M. (2000). **“Constructing identities: The nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual identities”**. En R. Pérez, DeBord, K.A., & Bieschke, K.J. (Eds.) Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. (p.13-34) Washington, DC: American Psychological Association.
- Cáceres, C. (1996). **“Male bisexuality in Peru and the prevention of AIDS in Lima”**. En P. Aggleton, (Ed.). Bisexualities and AIDS: International perspective (p. 136-147). London: Taylor & Francis.
- Carballo-Diéguez, A. (1998). **“The challenge of staying HIV-negative for Latin American immigrants”**. Journal of Gay and Lesbian Social Services, 8, p. 61-82.
- Carballo-Diéguez, A. (1994). **“Contrasting types of Puerto Rican men who have sex with men”**. Journal of Psychology and Human Sexuality, 6, p. 41-67.

- Carballo, A. & Dolezal, C. (1996). "**HIV risk behavior and obstacles to condom use among Puerto Rican men in New York City who have sex with men**". American Journal of Public Health, 86, p.1619-1622.
- Carrier, J.M. (1971). "**Participants in urban Mexican male homosexual encounters**". Archives of Sexual Behavior, 1, p. 279-291.
- Carrier, J.M. (1985). "**Mexican male bisexuality**". Journal of Homosexuality, 11, p.75-85.
- Carrier, J.M. (1995). **De los otros: Intimacy and homosexuality among Mexican men**. New York, NY: Columbia University Press.
- Carrillo, H. (1999). "**Cultural change, hybridity and male homosexuality in Mexico**". Culture, Health & Sexuality, 1, p. 223-238.
- Castañeda, M. (2000). **La experiencia homosexual: Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera**. México, DF: Paidós.
- CDC (2001). **Consultation on recent trends in STD and HIV morbidity and risk behaviors among MSM**. Consultation Meeting, Octubre 30-31, 2000. Atlanta, GA: Autor.
- Connell, R.W. (1987). **Gender and power**. Cambridge, MA: Polity.
- Corporación chilena de lucha contra el SIDA (1997). **De amores y sombras: Poblaciones y culturas homo y bisexuales en hombres de Santiago**. Santiago, Chile: Autor.
- Daniel, H. & Parker, R. (1993). **AIDS: Sexuality, politics and AIDS in Brazil**. Washington, DC: The Falmer Press.
- D'Augelli, A. & Garnets, L. (1995). "**Lesbian, Gay, and Bisexual communities**". En A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, Gay, and Bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives (p. 293-320). New York, NY: Oxford University Press.
- De Moya, A. & García, R. (1996) "**AIDS and the enigma of bisexuality in Dominican Republic**". En P. Aggleton, (Ed.). *Bisexualities and AIDS: International perspective* (p.121-135). London: Taylor & Francis.
- Díaz, R. (1997). **Latino men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior**. New York, NY: Routledge.
- Díaz, R., Ayala, G. & Marín, B. (2000, June). "**Latino gay men and HIV: Risk behavior as a sign of oppression**". Focus: A guide to AIDS research and counseling, 15, p. 1-4.

- Díaz, R.; Ayala, G., Bein, E., Henne, J. & Marín, B. (2001). **“The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 U.S. cities”**. American Journal of Public Health, 91, 927-932.
- Dilorio, C., Hartwell, T. & Hansen, N. (2002). **“Childhood sexual abuse and risk behavior among men at high risk for HIV infection”**. American Journal of Public Health, 92, p. 214-219.
- Fernández-Alemany, M & Sciolla, A. (1999). **Mariquitas y marimachos: Guía completa de la homosexualidad**. Madrid, España: Nuer Ediciones.
- González-Block, M.A. & Liguori, A.L. (1992). **El SIDA en los estratos socioeconómicos de México**. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública, Serie Perspectivas en Salud Pública.
- Harding, J. (1998). **Sex Acts: Practices of femininity and masculinity**. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Herek, G. (1999). **“AIDS and stigma”**. American Behavioral Psychology, 42, p.1106-1116.
- Herek, G. & Capitano, J. (1997). **“AIDS stigma and contact with persons with AIDS: Effects of direct and vicarious contact”**. Journal of Applied Social Psychology, 27, p. 1-16.
- Herek, G. & Capitano, J. (1999). **AIDS stigma and sexual prejudice**. American Behavioral Scientist, 42, 1130-1147.
- Izazola, J.A., Astarloa, L., Beloqui, J. Brofman, M., Chequer, P., & Zacarías, F. (1999). **“Avances en la comprensión del VIH/SIDA: Una visión multidisciplinaria”**. En J. A. Izazola (Ed.), El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria (p. 21-46). México,DF, México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Kalichman, S.C., Somali, A., & Sikkema, K. (2001). **“Community involvement in HIV/AIDS prevention”**. In E. Schneiderman, M. A. Speers, J. Silva, H. Tomes, & J. H. Gentry (Eds.), Integrating behavioral and social sciences with public health (p. 159-176). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kitzinger, C. (1995). **“Social constructionism: Implications for Lesbian and Gay psychology”**. En A. D’Augelli & C. Patterson (Eds.), Lesbian, Gay, and Bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives (p. 136-164). New York, NY: Oxford University Press.
- Kornblit, A.L., Pecheny, M., & Vujosevich, J. (1998). **Gays y lesbianas: Formación de la identidad y derechos humanos**. Buenos Aires, Argentina: La Colmena.
- Lumsden, I. (1991). **Homosexualidad: Sociedad y Estado en México**. Toronto, Ontario: Solediciones Canadian Gay Archives.

- Madrigal, J. (1998). ***Al vaivén del cabezal: Un estudio sobre los trailers en América Central y su relación con el SIDA***. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.
- Mays, V. & Cochran, S. (2001). “***Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States***”. American Journal of Public Health, 91, p. 1869-1876.
- Ministerio de Salud del Brasil (2000). ***La respuesta brasileña al VIH/SIDA***. Brasilia, D.F.: Autor.
- Murray, S.O. (1995). ***Latin American male homosexualities***. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Murray, S.O. (1998). ***Homosexualities***. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Navarro, M. & Stimpson, C.R. (comp.) (1999). ***Sexualidad, género y roles sexuales***. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- ONUSIDA (2001a). ***Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA***. Programa de Naciones Unidas. Nueva York, NY: Autor.
- ONUSIDA (2001b). “***Enfoques innovadores en la prevención del VIH***”. Estudios de caso Seleccionados. Ginebra, Suiza: Autor.
- ONUSIDA (2000). “***El SIDA y las relaciones sexuales entre varones***”. Documento de actualización técnica. Colección Prácticas Óptimas ONUSIDA. Ginebra, Suiza: Autor.
- ONUSIDA (1999). ***Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe***. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra, Suiza: Autor.
- ONUSIDA (1998). “***El SIDA y las relaciones sexuales entre varones: Punto de vista del ONUSIDA***”. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra, Suiza: Autor.
- Pharr, S. (1997). ***Homophobia: A weapon of sexism***. Berkeley, CA: Chardon Press.
- Parker, R. (2001). “***Evolution in HIV/AIDS prevention, intervention and strategies***”. Revista Interamericana de Psicología, 35, p.155-166.
- Parker, R.G., Easton, D., & Klein, C. (2000). “***Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research***”. AIDS, 14, S22-S32.
- Parker, R. (1999). ***Beneath the Ecuator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil***. New York, NY: Routledge.
- Parker, R.G. & Gagnon, J.H. (1995). ***Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world***. New York, N.Y: Routledge.

- Perlongher, N. (1999). ***El negocio del deseo: La prostitución masculina en San Pablo***. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Ramírez, R. (1993). ***Dime Capitán: Reflexiones sobre la masculinidad***. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Huracán.
- Rivera-Medina, E. (1991). ***Poder, placer y penuria: Reflexiones en torno a la masculinidad***. Conferencia del Premio Interamericano dictada en el XXIII Congreso Interamericano de Psicología. San José, Costa Rica, 7-12 de julio.
- Guajardo, G. (2000). ***"Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa"***. En J. Olovarria & R. Padrini (Eds.) *Masculinidades: Identidad, sexualidad y familias*. (p.123-140) Santiago, Chile: FLACSO.
- Hamer, D. & Capland, D. (1994). ***The science of desire: The search for the gay gene and the biology of the brain***. New York, NY: Simon & Schuster.
- Rodríguez-Madera, S. & Toro-Alfonso, J. (en prensa). ***"Ser o no ser: La transgresión del género como objeto de estudio de la psicología"***. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Rotheram-Borus, M.J., Rosario, M. & Reid, H. (1992). ***«Reducing Sexual Risk Behavior among Gay/Bisexual Male Adolescents»***. Cartel presentado en la IX Conferencia Internacional sobre SIDA. Amsterdam, Holanda.
- Sandfort, T.(2000). ***"Homosexuality, psychology, and gay and lesbian studies"***. En T. Sandfort, J. Schuyf, J.W. Duyvendak, & J. Weeks (Eds.), *Lesbian and gay studies: An introductory, interdisciplinary approach*. (14-45). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Schifter, J. (1999). ***De ranas a princesas: Sufridas, atrevidas y travestidas***. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.
- Schifter, J. (1997). ***Amor de machos: Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles***. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.
- Schifter, J. & Madrigal, J. (1996). ***«Bisexual communities and cultures in Costa Rica»***. En P. Aggleton, (Ed.). *Bisexualities and AIDS: International perspective* (p. 99-120). London: Taylor & Francis.
- Shifter, J., & Madrigal, J.(1998). ***Hombres que aman hombres***. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.
- Shifter, J., & Madrigal, J.(1998). ***Las gavetas sexuales de los jóvenes costarricenses: Implicaciones para la prevención del SIDA***. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.

- Sykes, D.L. (1999). ***Transgendered people: An “invisible” population***. California HIV/AIDS Update; 12: p. 82-85.
- Toro-Alfonso, J. (2000). “***El desarrollo de una intervención para la prevención del VIH para hombres homosexuales en Puerto Rico: Un modelo para el Caribe***”. Revista Interamericana de Psicología, 34, p. 173-193.
- Toro-Alfonso, J. (1997). «***Identificando al opresor que llevamos adentro***». En J. Schifter & J. Madrigal (Eds.), Ojos que no ven. Psiquiatría y homofobia (p. 211-223). San José, Costa Rica: Editorial ILPES.
- Toro-Alfonso, J. (1995). «***Trabajo en la promoción de salud en una comunidad de trabajadores sexuales en San Juan (Puerto Rico) y la prevención del VIH***». Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 13, 55-70.
- Ugarte, O. (1999). “***Derechos sexuales y sociedad: Construyendo espacios para la diversidad en América Latina***”. En M. León (Ed.) Derechos sexuales y reproductivos: Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador (p. 69-90). Quito, Ecuador: Fundación Ecuatoriana de Acción y Educación para la Promoción de la Salud.
- UNAIDS (2001). ***HIV prevention needs and successes: A tale of three countries. UNAIDS Best Practices Collection***. Ginebra: Autor.
- Vangorder, D. (1995). “***Building community and culture are essential to successful HIV prevention for gay and bisexual men***”. AIDS & Public Policy Journal, 10, p. 65-74.

# CAPÍTULO **V**

## PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN “HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES”

Hernán Manzelli y Mario Pecheny

### Introducción

El objetivo del presente capítulo es describir y discutir algunos enfoques de prevención del VIH/sida en referencia a los HSH, con la mirada puesta en aclarar y precisar cuestiones que pueden interesar a funcionarios en el área de salud pública y de derechos humanos, así como también a activistas de organizaciones no gubernamentales, a profesionales de la salud, a personas que viven con VIH/sida, y a hombres gays y bisexuales.

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

El capítulo se estructura de la siguiente manera: En primer lugar, describimos los elementos principales de algunos de los enfoques preventivos, intentando ir de la mayor generalidad hacia la especificidad de la prevención del sida en HSH; en segundo lugar, abordamos tal especificidad, desagregando aún más los contextos para poder dar cuenta de situaciones diversas; en tercer lugar, nos detendremos a analizar en qué medida el acceso a tratamientos y medicamentos constituye un engranaje fundamental de la prevención de la epidemia; y en cuarto lugar, propo-

nemos algunas consideraciones acerca de la articulaci3n de las pol3ticas de salud p3blica y el respeto y promoci3n de los derechos humanos. Tambi3n resumimos lo dicho en una serie de recomendaciones adjuntas.

## Modelos de prevenci3n

Esquem3ticamente, podemos definir tres modelos te3ricos para encarar la prevenci3n de la transmisi3n del VIH (*Parker 2000; Kornblit 2001; C3ceres 2001*).

- 1) El **modelo epidemiol3gico-conductual**: centrado en las conductas de riesgo individuales, este modelo apunta a modificar tales conductas mediante la intervenci3n de corte cognitivo sobre la informaci3n, la percepci3n del riesgo, la percepci3n sobre el control del propio comportamiento, la confianza en s3 mismo y las actitudes de los distintos grupos de la poblaci3n ante la enfermedad.
- 2) El **modelo antropol3gico-cultural**: centrado en los significados que los sujetos otorgan a sus pr3cticas en determinados contextos, intenta modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, y alienta la promoci3n de aquellas normas y valores que hacen viable los comportamientos saludables.
- 3) El **modelo pol3tico-econ3mico**: a partir de la movilizaci3n comunitaria, este modelo apunta a reducir la vulnerabilidad social m3s que la individual, considerando que la desigualdad estructural seg3n clivajes de clase, de g3nero, de subcultura, de estilos de vida, etc., est3 a la base de la epidemia.



## Cuadro síntesis de los modelos

	<b>MODELO EPIDEMIOLÓGICO- CONDUCTAL</b>	<b>MODELO ANTROPOLÓGICO- CULTURAL</b>	<b>MODELO POLÍTICO- SOCIAL</b>
Concepción sobre los afectados	Grupos de riesgo	«Todos», según patrones culturales diferenciados	Grupos más vulnerables estructuralmente
Patogénesis	Conductas de riesgo	Normas subculturales	Vulnerabilidad estructural
Modelo de investigación	Cuantitativa	Cuantitativa	Investigación - acción
Acciones propuestas	Intervenciones sobre actitudes y conductas a nivel individual	Intervenciones educativas sobre grupos sociales	Inclusión ciudadana de los grupos subordinados
Relación con el campo de trabajo	Ajenidad, actitud objetivante	Solidaridad a nivel afectivo	Solidaridad a partir de la vivencia y/o empatía

Fuente: Cuadro adaptado de Kornblit 2001:16

Como señala Richard Parker (2000), estos tres modelos se han desarrollado de forma secuencial y representan cada uno un mayor nivel de inclusión de factores respecto del anterior, pero se siguen dando simultáneamente y responden a distintos ejes de la prevención.

**El primer modelo**, epidemiológico-conductual, parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales capaces de considerar los costos y los beneficios de las alternativas y de hacer uso de la información a su alcance. Las personas comparan los costos esperados con los beneficios o daños esperados, y toman aquellas supuestas decisiones que mejor contribuyen a su auto-interés y bienestar personal. En lo que se refiere a la adopción del sexo más seguro, este modelo considera que las personas miden los riesgos presentes en una determinada relación sexual, juzgan sobre la eficacia y costos de las medidas de protección y toman decisiones acordes sobre qué hacer en tal situación. El acento está puesto en las creencias y

expectativas de las personas sobre los costos y las consecuencias de realizar comportamientos preventivos, es decir en procesos mentales subyacentes a las tomas de decisiones. Las intervenciones estarán guiadas hacia la medición de estas actitudes, comportamientos y creencias y las propuestas de acción para la prevención se orientarán hacia los cambios individuales. En el “modelo de las creencias en salud” (Becker 1974; Rosentock 1975), por ejemplo, el énfasis está puesto en la percepción (o falta de percepción) de riesgo que tienen los individuos, la cual va actuar como disparador de un cambio hacia conductas saludables. Entre los modelos similares (seguimos a Kornblit y Mendes Diz 1995 y a Parker 2000) pueden mencionarse también la “teoría de la auto-eficacia” (Bandura 1986 y 1989), la “teoría de la acción planeada” (Ajzen y Madden 1986), el “modelo de etapas de cambio” (Prochaska y DiClemente 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross 1992), el “modelo del esfuerzo requerido por el cambio de conducta” (Bagozzi, Yi y Baumgartner 1990), el “modelo IMB” (Fisher y Fisher 1992), y la teoría de Van der Velde y Van der Pligt (1991).

**El segundo modelo**, antropológico-cultural, hace hincapié en los significados que los sujetos le dan a las prácticas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. Este modelo surge como una respuesta a la insuficiencia del modelo cognitivo-epidemiológico para aplicar con éxito el cambio de un comportamiento de riesgo hacia uno saludable. En este modelo se toman en cuenta las normas y valores sociales, y se analiza su configuración específica en las diferentes culturas o subculturas. Se incluirían aquí aquellas teorías que incorporan una serie de cuestiones sociales y culturales más amplias que funcionan como importantes condicionadores de los cambios de comportamiento. Por ejemplo, la “teoría del aprendizaje social” (Bandura 1977) y la aplicación específica de la “teoría de la acción social” (Ewart 1991). La mayoría de los autores colocan la “teoría de la acción razonada” (Ajzen y Fishbein 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Fishbein 1991) en este modelo, porque toma en cuenta las normas de los “otros significativos” y la motivación para actuar de acuerdo con estas normas. Sin embargo, autores como Perloff (2001) consideran que la teoría de la acción razonada está más emparentada con el primer modelo por el peso de su componente analítico de costo-beneficio.

**El tercer modelo**, político-social, parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están a la base de la epidemia, y sostiene que éstas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual. Las intervenciones preventivas van a estar dirigidas hacia el activismo de base comunitaria movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas. Se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente. Esta nueva conceptuali-

zación también implica cambios en las respuestas hacia la epidemia, hasta ahora más tecnocráticas, por una respuesta fundamentalmente política. En este modelo podríamos nuclear las “intervenciones estructurales” (*Aggleton 1996; Sweat y Dennison 1995*), la “movilización comunitaria” (*Kelly, Lawrance y Stevenson 1992; Parker 1996a*) y la “transformación social y el empoderamiento colectivo” (*Kegeles, Hays y Coates 1996; Parker 1996b*).

Mientras que el primer modelo apunta a la modificación o a la consolidación de los conocimientos, creencias y actitudes que influyen en los comportamientos individuales, el segundo modelo reconoce que los sujetos se guían por pautas, códigos y normas, por “juegos de lenguaje”, que están establecidos socialmente. Se rescata de este segundo modelo, el análisis cultural de los símbolos y los significados construidos intersubjetivamente en torno a la sexualidad, el uso de drogas o las relaciones de género, en diferentes contextos. El tercer modelo parte de la evidencia de que los sujetos se conducen no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales con los que cuentan. Estos recursos estructurales – materiales y simbólicos – están distribuidos de manera desigual según diferentes clivajes sociales.

En el caso específico de la homosexualidad, la combinación de elementos de estos tres modelos implica integrar las preguntas acerca de cómo la homosexualidad es vivida desde el punto de vista individual (en términos de prácticas, conductas, actitudes e incluso de relaciones), cómo la homosexualidad es señalada socialmente (en la sociedad general o en las subculturas gays u otras), y por último, cómo se reproduce institucional y socialmente el estatus de la homosexualidad subordinado al de la heterosexualidad, considerada ésta como la única expresión legítima de la sexualidad y de los vínculos amorosos.

Ahora bien, cabe señalar que como los hombres gays y bisexuales fueron uno de los primeros grupos afectados por la epidemia, prácticamente todos los modelos de prevención fueron aplicados o probados a través de proyectos dirigidos a ellos (*Parker 2000: 93*). Por otro lado, muchos de los aprendizajes que se obtuvieron a partir de la aplicación de estos programas de prevención específicos fueron tomados para estrategias de prevención para otras categorías y para la población en general<sup>1</sup>.

La aplicación de programas de prevención en comunidades gays en los países industrializados demostró las ventajas y las limitaciones de los abordajes que seguían el modelo epidemiológico-conductual. Varios estudios guiados por este modelo demostraron que el riesgo percibido influía en la respuesta de los homosexua-

<sup>1</sup> Para una revisión de las intervenciones pioneras y programas preventivos consúltese el trabajo de Parker, Ríos y Terto, 2001.

les a la aparición en la escena sexual del VIH; pero cuando se analizaron los comportamientos de los heterosexuales y de muchos HSH se observó que los niveles de riesgo percibido en relación con el VIH no influían en sus intenciones de implicarse en conductas preventivas. La búsqueda de una explicación de estas diferencias fundamentó la hipótesis de que es la identidad de grupo por parte de los gays lo que permitió un mayor éxito relativo en las intervenciones realizadas.

Dentro de este primer modelo, al hecho de lograr un cambio individual en los comportamientos de riesgo, se le sumó la no desdeñable problemática de mantener en el tiempo estos comportamientos saludables. Por otro lado, también aparecían obstáculos para la intervención en grupos de HSH que no se identifican a sí mismos como gays u homosexuales. En respuesta a esto, comenzó a dársele mayor relevancia al modelo antropológico-cultural que, al adentrarse en los diversos contextos sociales y culturales en los que se desarrollan las prácticas de riesgo, apuntaba a realizar intervenciones educativas sobre grupos sociales.

Los modelos de prevención en grupos de HSH constituyeron un importante pilar en la concepción del modelo político-social, dado que el trabajo con estos grupos tornó evidente la necesidad de tener en cuenta el papel del estigma y de la discriminación en la configuración de la vulnerabilidad al sida, así como también el tema de las “recaídas” (*relapses*) en las prácticas de sexo no seguro.

En el marco del Modelo 3, las “intervenciones estructurales”, la “movilización comunitaria” y “el empoderamiento colectivo” tienen en común su enfoque crítico sobre las causas económicas, políticas, culturales y sociales que determinan la dinámica de la epidemia de VIH/sida. El riesgo individual se encuentra inserto en una estructura que hace que algunos grupos sean más vulnerables a infectarse que otros. Esta vulnerabilidad diferencial ante la epidemia refleja la vulnerabilidad estructural de los grupos oprimidos, estigmatizados, marginados y/o explotados. Por lo tanto, las acciones propuestas desde este enfoque son necesariamente de largo alcance y más amplias que aquéllas que apuntan a cambios en el comportamiento individual, y van a estar dirigidas a cambiar incluso políticamente las condiciones de desigualdad e injusticia.

El principal objetivo de las intervenciones estructurales es cambiar las condiciones que influyen en los cambios de conductas, tanto de los individuos como de los grupos. Un ejemplo de aplicación concreta de este abordaje son las intervenciones destinadas a ofrecer alternativas de trabajo a trabajadoras y trabajadores sexuales, aquellos programas que apuntan a mejorar la logística de distribución de preservativos y lubricantes, y el conjunto de actividades de reducción de riesgos y daños asociados al uso de drogas.

Las estrategias de movilización comunitaria buscan quebrar el aislamiento de los individuos pertenecientes a grupos vulnerables y reforzar el activismo, bajo la comprensión de que las estructuras comunitarias son importantes fuentes de apoyo para la reducción de los comportamientos individuales de riesgo y para mejorar las reacciones sociales frente al VIH/sida. En el caso específico de la prevención en HSH, la consolidación de comunidades gays constituyó un objetivo importante de muchas intervenciones. Como señala Pollak (1993a: 77) la densidad de las redes comunitarias y su continuidad organizativa, y la coordinación de redes de los grupos más expuestos con las autoridades públicas de salud responsables de las campañas públicas, son elementos claves a la hora de analizar los modelos preventivos de éxito y los que fracasaron. Por otro lado, muchos de los cambios en los comportamientos individuales fueron, de hecho, resultado de procesos de movilización comunitaria más que de intervenciones de salud pública o de programas formales de prevención (Parker 2000: 94-95; Pecheny 2001).



Movilización comunitaria en torno al VIH/sida en Santiago de Chile. Archivo de la C.Ch. P.S.

Finalmente, aparecen aquí también las llamadas políticas de “*empowerment*” o “empoderamiento”. Apuntando al reconocimiento de la autonomía corporal y psíquica de los sujetos, el concepto de empoderamiento surge principalmente de los trabajos sobre género y se refiere a un proceso de acción social que promueve la participación de los individuos, grupos y comunidades para ganar control en lo que concierne a sus vidas dentro de éstas y en el conjunto de la sociedad. Los trabajos

del brasileño Paulo Freire (1994) sobre la pedagogía de la opresión y las formas sociales de superarlas, fueron la base para el desarrollo de este concepto. Esta perspectiva intenta alentar la capacidad de las personas y grupos para actuar sobre sus propias circunstancias, a través de técnicas de aprendizaje participativo, y para explorar y cuestionar sus vidas y realidades correspondientes. Este cuestionamiento crítico los lleva a experimentar una capacitación y una transformación colectiva que los ayudan a identificar las elecciones que pueden hacer frente a su posición de oprimidos. En el caso particular de la epidemia de VIH/sida, los grupos de apoyo, los programas de consejería y asesoramiento legal, y otros tipos de intervenciones, tienen el objetivo de que los grupos vulnerables registren las posibilidades que tienen para enfrentar las fuerzas que los amenazan y oprimen.

El modelo político-económico de prevención, al desplazar el riesgo individual hacia el de vulnerabilidad social, lleva a una reacción frente a la epidemia de VIH/sida más amplia y de más largo plazo, incentivando un cambio social capaz de hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad. Desde este abordaje, las acciones propuestas no se limitan a las campañas de información, educación y comunicación (si bien las contempla), sino que incorpora estrategias dirigidas a la transformación social necesaria para que las mismas comunidades más vulnerables luchen frente a las condiciones estructurales de su vulnerabilidad. Por lo tanto, según esta perspectiva, la reacción social frente a esta epidemia debe apuntar a transformar relaciones sociales de género que hace a las mujeres más vulnerables frente a la infección de VIH/sida, a reformar una estructura económica que liga cada vez más al sida con la pobreza y a los grupos marginales, a revertir la exclusión de la que son víctimas los usuarios de drogas y a superar la estigmatización de la homosexualidad que hace que los HSH continúen siendo víctimas preferenciales de la epidemia.

En lo que sigue, describiremos algunos elementos que muestran la especificidad de la prevención del sida en los HSH, en términos de su población objetivo, sus modalidades e implementación.

## La prevención específica: Los “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH)

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

sexuales – o gays, o lesbianas, o bisexuales, etc. Quienes consideran que su homosexualidad determina en forma importante la identidad personal, son los llamados homosexuales identitarios. Tal rasgo implica en principio un reconocimiento ante sí mismo, el cual puede darse a conocer públicamente (el “*coming out*”) según los espacios y los interlocutores (*Kornblit et al 1998*).

Para poder dar cuenta de la diversidad de identidades, los epidemiólogos han propuesto utilizar la categoría de “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH), puesto que es el sexo sin protección – en este caso entre hombres – el que puede transmitir el VIH, y no el hecho de adscribir o no a una identidad determinada. En algunas culturas, por ejemplo, aquél que lleva el rol activo no es considerado socialmente como homosexual – o algún término equivalente; algo similar sucede con aquél que mantiene relaciones homosexuales por dinero. En este sentido, la disociación entre las prácticas y las identidades contribuye a crear lo que se llaman las “protecciones imaginarias” contra el VIH (*Mendes Leite 1995*). Las “protecciones imaginarias” se refieren al hecho de que muchas personas se sienten poco o nada vulnerables al VIH porque no se reconocen o no reconocen a sus parejas sexuales como pertenecientes a un grupo de riesgo (en este caso, “homosexuales”). Por ello, la expresión HSH pretende definir una categoría de personas según una opción de comportamiento y no la identidad cultural de un grupo social o de un individuo. Al mismo tiempo, la expresión pretende reconocer la heterogeneidad e incluye diversas identidades, características socio-demográficas, roles sociales y experiencias sexuales con mujeres.

Muchos militantes gays cuestionan la categoría HSH, ya que la heteronomía en el modo de “nombrarse” es una forma de dominación<sup>2</sup>. Sin embargo, suponer que la identidad gay u otra es un destino, que se elige o al que se aspira, para todos aquéllos que no se conforman a la heterosexualidad, olvida que en muchos casos la identidad no pasa por la sexualidad, así como también el hecho de que bajo una misma identidad pueden designarse prácticas muy diversas. Y la categoría analítica HSH no tiene por qué interferir en la asunción social o política de identidades sexuales o genéricas definidas en relación con aspectos más ligados a las subjetividades.

<sup>2</sup> Por ejemplo, según R. Duranti et al. (2001:1-2), del Grupo Nexo de Buenos Aires, “reducir las posibilidades de vinculación erótica que un hombre pueda tener tomando como objeto erótico a otro hombre en dicha expresión (HSH) no es más que una simplificación de la rica diversidad de las sexualidades, supuestamente homosexuales en este caso, donde una riquísima forma de vinculación queda reducida a una mera práctica dejando afuera toda la gama de posibilidades afectivas que implica la relación entre dos personas, del mismo o diferente sexo o género”. Y esto apunta a señalar que “una de las mejores herramientas de prevención que existe para todo grupo focalizado, las llamadas minorías sexuales en el caso que nos ocupa, es el lograr una identidad de pertenencia que les permita integrarse en grupos donde se identifiquen positivamente tanto consigo mismos como con su sexualidad y con las prácticas que de ella se derivan [...] Toda persona que no puede denominarse de una manera positiva quedará ubicada siempre como objeto del deseo ajeno, con lo cual mal podría plantear en un encuentro sexual la condición de tener sexo protegido. Su primera protección es saber quién es y desde dónde se vincula ya que toda práctica necesita de un sujeto para realizarse”.

Los estudios en todas las regiones del continente muestran que, en lo que respecta a los hombres que tienen sexo con hombres – práctica susceptible de transmitir el VIH – las situaciones son extremadamente variadas: el homosexual de clase media urbana que viene adoptando el modelo identitario gay a partir de la reivindicación de vivir libremente y felizmente su homosexualidad; aquél que oculta sus preferencias homosexuales; el bisexual que, casado o no, busca igualmente relaciones homosexuales; los travestis que se visten de mujer, ya sea para responder a sus deseos personales o para responder a la demanda del mercado de prostitución; los gigolós de apariencia viril que comparten el mundo de la prostitución masculina con los travestis, sin reconocerse necesariamente como homosexuales, etc. En síntesis, no todos los hombres que se reconocen como homosexuales o gays corren el riesgo de contraer el VIH, ni todos aquéllos que corren el riesgo de contraer el VIH (o ya lo han hecho) a través del sexo con otros hombres se reconocen como homosexuales o gays.

«En síntesis, no todos los hombres que se reconocen como homosexuales o gays corren el riesgo de contraer el VIH, ni todos aquéllos que corren el riesgo de contraer el VIH (o ya lo han hecho) a través del sexo con otros hombres se reconocen como homosexuales o gays».

La prevención del sida en HSH tiene varios aspectos:

Por un lado, el componente informativo sobre los riesgos, daños, y consecuencias físicas y sociales de contraer la enfermedad puede ser dirigido a estas personas del mismo modo que al resto de la población. Sobre este aspecto generalista de la prevención no nos extenderemos aquí. Simplemente, vale la pena recordar que los HSH, en la medida en que no son un grupo aparte de la sociedad, también son receptores de las políticas de prevención generalistas. Estas deben incluirlos, ya que de hecho no existe separación – social o epidemiológica<sup>3</sup> – entre los HSH y el resto de la población.

Por otro lado, existen numerosos aspectos que hacen de esta prevención un tipo de prevención específica. Y estos aspectos tienen que ver tanto con las prácticas susceptibles de transmitir o impedir la transmisión del VIH, como con las condiciones sociales, culturales y psicológicas de dichas prácticas.

<sup>3</sup> Muchos HSH tienen relaciones sexuales y/o de pareja con mujeres. Por ejemplo, en una investigación realizada en 1995 en Fortaleza, Brasil, sobre 400 HSH interrogados, el 40.5% había tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos doce meses. La muestra incluye varones casados o convivientes con mujeres y varones que reciben dinero por sexo (Kerr-Pontes et al. 1998: 75).



Como dijimos, la especificidad de la prevención pasa en primer lugar por las vías de transmisión sexual del VIH en poblaciones de HSH: sexo anal receptivo sin protección, sexo anal penetrativo sin protección, y la cuestión aún discutida del sexo oral sin protección. En este sentido, no hace falta insistir en que los modos de prevención se refieren al uso sistemático de preservativos, y de lubricantes a base de agua para el sexo penetrativo.

En muchas partes del continente, y en eso sí vale la pena insistir, no sólo no está garantizado y facilitado el acceso a preservativos y lubricantes, sino que está expresamente dificultado o impedido, por razones legales, morales o incluso comerciales (“no es negocio”). Por ello, como en otros aspectos de la salud pública, *el papel del Estado – cuya acción debe articularse en redes de intervención con actores no gubernamentales y del ámbito de la sociedad civil – es ineludible* (en lugares como bares, discotecas y farmacias abiertas las 24 horas, clínicas de ETS, grupos gays, ONGs, servicios médicos). La experiencia muestra que el Estado no puede estar ausente de las políticas preventivas, ya sea para garantizar recursos de una manera sostenida en el tiempo como para permitir la integración de la prevención con la eventual asistencia; y que los actores no-estatales (ONGs, servicios, incluso establecimientos comerciales) constituyen una vía necesaria para acceder a poblaciones poco visibles y poco articuladas más allá de sus espacios específicos.

Un tema particular, que ya mencionaremos, tiene que ver con los lugares de riesgo, relativos a las extendidas prácticas de sexo anónimo y sexo público o semi-público. En varios países se intentó con éxito la prevención en bares, saunas y espacios de levante, mediante intervenciones con personas que frecuentan tales lugares, quienes facilitan la distribución de información (mediante volantes con mensajes preventivos y con direcciones a las que pueden recurrir los interesados) y de preservativos y lubricantes.



Material educativo producido por el Proyecto Homosexualidades. Brasil. Archivo de ABIA.

A tales medidas, se suma la política de promoción de la realización voluntaria de los tests de detección del VIH. Esto implica una política global que incluye: realización gratuita y de fácil acceso a los tests, garantizando confidencialidad y apoyo informativo, psicológico y material tanto para el momento de realización de la extracción de sangre, como para la espera, la entrega de resultados, el momento inmediato posterior y la oferta de pasos concretos a seguir con los eventuales tratamientos y toma de medicamentos. En efecto, como lo muestra la experiencia, la percepción de una posibilidad cierta de acceder a tratamientos y medicamentos alienta la realización de los tests de detección, lo cual mejora la calidad y extensión de vida de las personas seropositivas, disminuyendo enfermedades oportunistas y hospitalizaciones muy costosas para las personas y para los sistemas de salud.

Lo específico en la cuestión del test tiene que ver con la situación particular de muchos HSH: por un lado, la estigmatización de la que es objeto la homosexualidad implica varias cuestiones específicas relativas al anonimato y confidencialidad no sólo del VIH/sida, sino de la orientación sexual, en el sentido de que la infección puede ser temida como un revelador de prácticas vividas en la discreción y/o clandestinidad.

Si, a pesar de la buena información, el sexo riesgoso entre hombres sigue siendo una práctica extendida, ello puede explicarse entre otras cosas porque el “sexo salvaje” viene a satisfacer necesidades psicológicas de muchos homosexuales. Como reseña *Perloff (2001: 46)*, algunas de estas necesidades tienen que ver con la “validación sexual”, la “intimidad emocional”, la “compensación de sentimientos de inferioridad” y el “escape del estrés”. La “validación sexual” se refiere a aquellos gays que otorgan gran importancia a su aspecto físico y a sus performances sexuales, para los que el número de conquistas sexuales y las condiciones variadas de las mismas brindan excitación, aventura y novedad; en el sentido de que la “aventura sexual es lo que les permite seguir” viviendo (47). En cuanto a la “intimidad emocional”, exactamente como para las personas heterosexuales, el hecho de practicar sexo seguro parece impedir la total intimidad en una pareja. El “sentimiento de inferioridad”, producto de una socialización homofóbica, hace que muchos otorguen la prioridad a la unión sexual y afectiva antes que a cualquier otra consideración; en el sentido de que no se puede anteponer el uso de preservativo si tal proposición pudiera eventualmente poner en riesgo la propia unión. Finalmente, el “escape del estrés” apunta a que el sexo no-seguro, en este caso un comportamiento explícitamente no-normativo, sirve de vía de escape a las tensiones producidas por el tener que vivir ajustados a normas. Según nuestra perspectiva, estas necesidades psicológicas de las que habla este autor no residen ni se explican en lo inconsciente o lo biológico; al contrario, ellas resultan de condiciones sociales actuales y pasadas en las que se genera la subjetividad de personas que deben gestionar, de modo nunca desprovisto de tensiones, su relación con la sexualidad y los

lazos afectivos. Por estas razones, la superación de tales “obstáculos psicológicos” excede la psicología e incluye transformaciones sociales y políticas de las que pretenden dar cuenta el Modelo 2 (que toma a los otros significativos) y el Modelo 3 (que toma el contexto social más amplio).

Una de las especificidades de algunos HSH es la práctica del sexo en lugares públicos o semi-públicos, tales como parques, estaciones, bares, discotecas, cuartos oscuros (*dark rooms*), saunas, baños o cines. Según las investigaciones realizadas (*Schifter 2000*), a estos lugares asisten tanto gays (varones homosexuales que se identifican públicamente como tales), y homosexuales y bisexuales “discretos”, como delincuentes y trabajadores sexuales – cuyos papeles, dice Schifter, a veces se superponen. A ellos se suman policías. Como lo muestra el trabajo mencionado, realizado en Costa Rica, las razones que llevan al sexo en público no sólo tienen que ver con la imposibilidad o dificultad de tener sexo en lugares más confortables, sino con la fantasía y el goce ligados al riesgo, la novedad y el anonimato (al tener sexo “con extraños”). Tal cuestión parece estar ligada con la percepción positiva del hecho de disociar las prácticas sexuales de los lazos afectivos, con la eficacia y rapidez en llegar a la concreción del acto sexual y con la compulsión de conocer siempre nueva gente. Las prácticas más comunes de este tipo de encuentros son el sexo oral y las masturbaciones recíprocas.

Otra cuestión se refiere a los riesgos de violencia ligados a la estigmatización, exclusión y autoexclusión en materia de homosexualidad. Riesgos que se derivan del hecho de ir a la casa de extraños o de recibirlos, de no presentar las parejas sexuales al entorno social, del ya mencionado sexo anónimo, situaciones que potencian todas ellas los riesgos de VIH/sida, de violencia, extorsiones, robos, etc.

En este capítulo no discutimos las explicaciones sociológicas o psicosociales que los distintos autores experimentan para dar cuenta de los fenómenos que estamos describiendo (*Pollak 1993b*). Simplemente nos interesa señalar aquí que el sexo en lugares públicos plantea obstáculos específicos a la adopción de comportamientos preventivos, dado el carácter mayormente anónimo y fugaz de los encuentros sexuales, que por ende implican desafíos específicos para las actividades de prevención. A pesar de ello, tales actividades vienen llevándose a cabo en la región, gracias a la articulación de redes formales e informales con organizaciones y militantes gays. En particular merece destacarse la alianza con los empresarios propietarios de establecimientos donde tienen lugar, oficial u oficiosamente, estas relaciones sexuales, para que distribuyan preservativos y lubricantes y coloquen carteles con mensajes preventivos; en saunas de algunos países – por ejemplo en Francia – disponen incluso de un cuarto que, en determinados horarios fijos, sirve de consultorio anónimo en materia de VIH/sida y otras ETS.

Otro aspecto fundamental es la discusión política más amplia acerca de la abolición de las barreras legales y sociales a la adopción de comportamientos sexuales más seguros. En particular, nos referimos a la prohibición explícita o implícita de tener acceso a preservativos en instituciones cerradas, al tema de los más jóvenes – cuya sexualidad activa no se quiere reconocer – y a la falta de protección ante actitudes discriminatorias debidas a la orientación sexual y/o al VIH/sida, en los ámbitos laborales, en los espacios habitacionales y, lo que no es infrecuente, en el propio ámbito de los profesionales de la salud<sup>4</sup>.

Finalmente, no está de más insistir en que la adopción propiamente dicha de comportamientos preventivos en los homosexuales masculinos se debió a la construcción y movilización socio-comunitaria gay. En algunos casos, durante los ochenta, fueron las incipientes organizaciones gays las que se hicieron cargo de las primeras acciones frente al sida, y en otros casos fue la propia lucha contra este virus la que incentivó la organización sociopolítica en torno a la orientación sexual (*Pollak 1993a; Roberts 1995; Pecheny 2001*). Las actividades de lucha contra el sida en HSH de estas organizaciones tienen un triple objetivo: reducir la incidencia del VIH, acompañar a aquéllos que viven con el virus, y promover la aceptación y el reconocimiento de la diversidad sexual al interior de las subculturas de minorías sexuales y en la sociedad en su conjunto. Para ello llevan a cabo actividades de investigación – integrando actores académicos, políticos y comunitarios –, de prevención, de asistencia, y de organización y presión políticas, poniendo así de relieve la estrecha vinculación que existe entre salud pública y ciudadanía.

## Los jóvenes HSH

La adolescencia es un período vital de cambio, en el que los individuos profundizan sus actuaciones sobre los patrones sociales de género. En este transcurso de la niñez hacia la adultez, se van incorporando pautas de conductas cuyos efectos se extienden a lo largo de la vida. Muchos investigadores sostienen que por ser ésta una época de cambio, en la adolescencia resulta más fácil modificar actitudes, comportamientos y hábitos que cuando ya se ha entrado en la vida adulta. Por este motivo, se considera que las políticas preventivas deben priorizar este sector de la población, ya que el impacto de las mismas sería mucho mayor que aquél de las políticas dirigidas hacia el de más edad. Mucho se ha escrito en América Latina sobre la adolescencia y otro tanto se ha escrito sobre la sexualidad en la adolescen-

<sup>4</sup> Los datos de una muestra de personal de salud (n= 377) en la ciudad de Buenos Aires muestran una actitud negativa hacia la homosexualidad en 46.9% de los entrevistados y una positiva en 5.7 % de los mismos (*Kornblit y Mendes Diz 1995: 132*).

cia, particularmente en lo que se refiere a embarazo adolescente, salud reproductiva, comportamientos sexuales y uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes. Sin embargo, la investigación sobre sexualidad y salud reproductiva de las y los adolescentes, prácticamente ha ignorado a la población no heterosexual (*Pantelides y Manzelli, 2001*)<sup>5</sup>.

«Cualquier estrategia de prevención dirigida hacia los adolescentes y jóvenes HSH debe apuntar hacia una transformación social de las instituciones educativas, que incorpore contenidos transversales en todas las áreas sobre las diferentes posibilidades de la sexualidad.».

Al estigma imperante en la región latinoamericana sobre la homosexualidad, los adolescentes HSH presentan, como valor agregado, comportamientos, actitudes y sentimientos que la mayoría de estas sociedades ha legitimado parcialmente pero para la edad adulta. Las partes más conocidas de la cultura gay y lesbiana están centrados en los adultos, y hay barreras legales, sociales, financieras y políticas que previenen cualquier participación de adolescentes en ellas. Para los adolescentes HSH pero que no se autoidentifican como gays u homosexuales el panorama parece ser mucho más oscuro. Los adolescentes con conductas sexuales alternativas a la heterosexualidad son completamente invisibilizados. A pesar de la escasa información que tenemos sobre esta población, podemos plantear algunos tópicos importantes a tener en cuenta al momento de trabajar en prevención.

La mayoría de las instituciones en las cuales los adolescentes desarrollan su vida, son instituciones que denigran cualquier forma de comportamiento o identidad que no sea heterosexual. Como es típico de toda la juventud, su expresión política, económica y social está restringida por su edad. Sin embargo, en el caso específico de los adolescentes HSH se suma que las escuelas, la familia, la iglesia y los grupos de pares, niegan y estigmatizan los comportamientos, sentimientos, ideas y deseos ligados a la homosexualidad. Las instituciones educativas han tenido una trayectoria hostil hacia las minorías sexuales, que censuran en el currículum escolar y en los libros de lectura cualquier conducta alternativa a la heterosexualidad. En muchas

<sup>5</sup> El trabajo de Cáceres (2000) es uno de los pioneros en la región en incorporar a estos grupos. Entre los objetivos de este estudio se encuentra el de describir la conducta sexual de los adolescentes y jóvenes de Lima en los años noventa e identificar riesgos especiales para la salud sexual y reproductiva de este grupo. En una muestra de jóvenes adultos HSH se observa un patrón de inicio sexual con compañeros algo mayores que ellos, relaciones distantes (por ejemplo, conocidos o simplemente personas desconocidas), principalmente en lugares públicos, y reflejando patrones de conducta relacionadas con la prostitución masculina. Los adolescentes HSH, por su parte, si bien presentan patrones de iniciación sexual menos tradicionales, relacionándose sobre todo con personas cercanas (amigos, compañeros, primos) y de la misma edad, muestran un uso de condón alarmantemente bajo en su inicio sexual.

instituciones la educación sexual es uno de los tantos temas que se dan en las escuelas secundarias; periodo en el que los adolescentes usualmente tienen sus primeros encuentros sexuales. Una campaña de prevención del VIH/sida que promueva la utilización del condón pero sin un reconocimiento explícito de la existencia de relaciones sexuales entre varones (o entre mujeres), queda orientada exclusivamente a la población heterosexual. Cualquier estrategia de prevención dirigida hacia los adolescentes y jóvenes HSH debe apuntar hacia una transformación social de las instituciones educativas, que incorpore contenidos transversales en todas las áreas sobre las diferentes posibilidades de la sexualidad.

Por otro lado, varias investigaciones señalan que los jóvenes más que cualquier otro grupo de edad, son proclives a producir violencia homofóbica (*Masters, Johnson y Kolodny 1992; Greer 1986; en Unks 1995: 6*). Por lo tanto, tiene que considerarse que otro de los factores que contribuyen a la marginación y consecuente adopción de conductas de riesgo de los adolescentes HSH es su falta de sentimiento de pertenencia a un grupo. Es necesario diseñar estrategias que busquen quebrar el aislamiento de estos sujetos, bajo el postulado de las teorías de la “acción comunitaria” que señalan que las estructuras comunitarias más fuertes son importantes fuentes de apoyo para la reducción de los comportamientos individuales de riesgo. Los programas de consejería y los grupos de apoyo son herramientas útiles y necesarias para que estos jóvenes registren las posibilidades que tienen para enfrentarse a condiciones sociales de discriminación.

## Los trabajadores sexuales

Las prácticas con las que conviven cotidianamente los trabajadores sexuales los colocan en una situación de mayor exposición al contagio de VIH/sida que la del resto de la población. Estos niveles de riesgo varían de acuerdo a su patrón de conducta sexual. Hablar de un grupo definido y unificado para los trabajadores sexuales masculinos se torna complicado debido a la heterogeneidad de su conformación y a los diferentes grados de auto-percepción como trabajadores del sexo. Caen dentro de esta categoría identidades tan distintas como la de los travestis, los prostitutos viriles, gigolós, personas que ejercen prácticas de prostitución ocasionalmente y toda una serie dispersa de denominaciones que expresa “peculiaridades intransferibles, que varían de lugar en lugar” (*Perlongher 1993*). Sin embargo, cuando se plantean estrategias de intervención para la prevención de la infección de VIH/sida es imprescindible trabajar con y para estos grupos y subgrupos de per-

sonas por los mayores niveles de riesgo a los que se enfrentan. Con fines expositivos, consideramos útil adoptar la diferenciación que hace Néstor Perlongher entre prostitución viril, prostitución travesti y otras formas de prostitución homosexual<sup>6</sup>.

Hablar sobre trabajo sexual masculino involucra severos tabúes porque alude a una serie de transgresiones con respecto a las concepciones sociales sobre el género, la sexualidad y el deseo (Córdova Plaza 2001). Los escasos estudios académicos realizados en América Latina sobre la prostitución masculina coinciden en señalar que la marginación y discriminación parecen estar relacionados con la adopción de prácticas inseguras. A partir de estos estudios es posible delinear algunas características a tener en cuenta para el diseño de estrategias de intervención para la prevención de VIH/sida.

Aunque en teoría los servicios de prostitución viril estarían dirigidos a ambos sexos, la mayoría de estos servicios sexuales están dirigidos a hombres. Como señala Perlongher (1993) en su investigación sobre prostitución viril en San Paulo, Brasil, “*en el área de prostitución callejera, la incidencia de la clientela femenina es insignificante. Pero la heterosexualidad parece ser mucho más invocada que efectivamente practicada*”. También Rosío Córdova Plaza (2001), cuando analiza la prostitución viril en la ciudad de Xalapa, México, encuentra que el grueso de la clientela está conformado por varones.

Por otro lado, los sujetos que ejercen la prostitución viril generalmente no se consideran a sí mismos como homosexuales, descargando “*sobre sus partenaires homosexuales el peso social del estigma. El hecho de no abandonar la cadena discursiva y gestual de la masculinidad les facilita esos recursos*” (Perlongher 1993: 12).

Los espacios geográficos en los que se desarrollan estas actividades confluyen, en gran parte, con los de la escena gay: bares, discotecas, saunas y cines pornográficos. También incluye escenarios callejeros, en donde predomina el deambuleo (plazas, esquinas, calles, baños, estaciones, etc.). Los departamentos privados, servicios a domicilio y casas o clínicas de masaje aparecen como otros espacios en los que se desarrollan estas actividades. Estos servicios son promocionados en los avisos clasificados de periódicos y en sitios web y desplazan al ámbito de la calle y los lugares públicos como zona de encuentro.

A diferencia de las personas travestis que realizan trabajo sexual, las redes de organización entre los sujetos que ejercen la prostitución viril parecen ser menos comunes y bastante débiles.

<sup>6</sup> En esa investigación se acuña la noción de prostitución viril para diferenciar la prestación de servicios sexuales realizados por el prostituto “que hace gala, en su presentación al cliente, de una exacerbada masculinidad”, de la prostitución travesti “que cobra al macho por su artificiosa representación de la feminidad” y otras formas de prostitución homosexual, como el homosexual afeminado que vende su cuerpo o el prostituto gay (Perlongher 1993: 10).

Las investigaciones también muestran un número indeterminado de jóvenes varones que mantienen relaciones sexuales con otros hombres ocasionalmente, a cambio de algún tipo de pago en especie, que puede adoptar la forma de regalos, o bien la invitación a ingerir alcohol o drogas. Córdova Plaza señala que «ésta es una población difícil de abordar y cuantificar precisamente porque no asume que está ejerciendo algún tipo de sexo comercial y, al no ser conscientes de las prácticas en las que están involucrados, tampoco lo son de los riesgos que pueden correr en la adquisición del sida o de otra clase de infecciones de transmisión sexual» (Córdova Plaza 2001: 8).

Un apartado especial merecería la situación de las personas travestis, una de las minorías sexuales más vulnerables desde todo punto de vista. Expuestas al maltrato físico, con pocas o nulas posibilidades de progreso socioeconómico y de poder ejercer sus derechos, gran parte de las personas travestis de la región se dedican al trabajo sexual (Villa-Real 2001). La experiencia en algunas ciudades de Brasil y Argentina muestra que la organización sociopolítica de travestis y transexuales es posible, así como la de las mujeres en situación de prostitución. La situación de las personas travestis de menores recursos es de extrema vulnerabilidad ante la violencia policial y otros, y en la que el sida no constituye sino un riesgo más al que se enfrentan, y que a veces es percibido como menos perentorio que otros. Una investigación desarrollada con travestis que realizan trabajo sexual en Buenos Aires, señala que “*existe una fuerte exposición al contagio, sobre todo porque dejan entrever que el cliente es quién determina la práctica sexual. Lejos de alguna forma de empoderamiento, son los clientes quienes controlan su situación*” (Vujosevich et al. 2001: 15).

En el momento de diseñar estrategias de intervención para la prevención de VIH/sida, debe tenerse en cuenta la heterogeneidad de este grupo y los diferentes grados de autopercepción que tienen los sujetos ante el hecho de estar ejerciendo trabajo sexual o no. Córdova Plaza es concluyente al afirmar que “*en la medida en que se asumen como trabajadores sexuales, parecen observar una mayor constancia en el uso del condón y un mayor rechazo a aceptar relaciones de alto riesgo*” (Córdova Plaza 2001: 11). Por lo tanto, tiene que considerarse que la adopción de prácticas de riesgo está dando cuenta de la marginación y de la situación de clandestinidad de los trabajadores sexuales. Es necesario entonces, diseñar intervenciones específicas para este grupo que busquen la concientización sobre la exposición a situaciones de riesgo y formas de prevenir el contagio.



## Los HSH viviendo con VIH/sida

Una de las tareas de la lucha contra el sida es la prevención primaria, es decir la destinada a la población no-infectada por el virus. La prevención concierne dos aspectos íntimamente relacionados: el aspecto sanitario (los comportamientos de riesgo y los modos de evitar la transmisión del VIH) y el aspecto humanitario (ya que la buena información está a la base de una actitud solidaria y no-discriminatoria frente a las personas que viven con el virus).

Ahora bien, a veinte años de haberse desencadenado la epidemia, podemos decir que la prevención destinada a las personas seropositivas o enfermas de sida (prevención secundaria y terciaria) constituye el aspecto sin duda más descuidado de la prevención. Este tipo de prevención es importante tanto para preservar la calidad de vida de las personas afectadas – evitando reinfecciones, enfermedades oportunistas, depresiones anímicas y bajas inmunitarias – como para incentivar actitudes responsables de parte de éstos frente a terceros.

«...la prevención destinada a las personas seropositivas o enfermas de sida (prevención secundaria y terciaria) constituye el aspecto sin duda más descuidado de la prevención».

También la prevención secundaria incluye aspectos sanitarios y humanitarios, ya que los comportamientos cuidadosos tanto para sí mismos como para los demás dependen de la buena información, la autoestima, el apoyo entre pares y el reconocimiento de derechos. Los estudios realizados con personas viviendo con el VIH/sida (*Green y Sobo 2000, Pecheny y Manzelli 2001*), muestran que el pasaje de la bronca y el miedo – característicos de la primera fase posterior al resultado positivo al VIH – a la “lucha contra la enfermedad” implica una suerte de decisión de hacerse cargo de la propia vida. En particular, ello implica un cambio en las pertenencias a redes sociales, es decir tanto el alejamiento de aquéllos que pueden adoptar actitudes de rechazo o indiferencia como el acercamiento a otros en los cuales se encuentra apoyo, incluyendo a otras personas viviendo con el virus. En los homosexuales, esto es específicamente significativo en dos sentidos: primero, el dar a conocer a otros la infección por el VIH/sida puede contribuir a revelar una homosexualidad vivida más o menos discretamente – revelación que implicaría la redefinición

de los vínculos con los otros significativos no-homosexuales; tal redefinición puede ir en la dirección de reafirmar lazos familiares y amistosos como en la dirección contraria; segundo, en muchos homosexuales el hecho de conocer su estatus seropositivo contribuye a terminar de definir su identidad homosexual y/o gay, lo que los lleva a cerrar lazos con sus pares gays y/o viviendo con el VIH. Todos estos aspectos deben ser tomados en cuenta a la hora de diseñar campañas de prevención y apoyo.

En estos aspectos, las ONGs cumplen un papel muy importante pues ofrecen políticas para las personas afectadas: proveen información, asistencia médica, farmacológica, psicológica y legal. Hay una clara conciencia de que los aspectos biomédicos, psicológicos y jurídicos son indisolubles: la propia evolución de la vida con la enfermedad está determinada por las reacciones emocionales – que se traducen en reacciones inmunitarias – ante el rechazo real o potencial, por un lado, o ante la solidaridad y la contención afectiva, por el otro. Las ONGs dan a conocer a la opinión pública los avances científicos en los tratamientos y medicamentos, y reclaman al Estado la garantía del acceso a los mismos. En tanto actores políticos, su rol es crucial para que el Estado reconozca la prioridad de la lucha contra el sida y la existencia misma de personas viviendo con la enfermedad.

Como es el caso de otros pacientes crónicos, la integración a redes informales de personas viviendo con la misma patología – en particular gays, pero no solamente – contribuye en gran medida a mejorar la calidad de vida. Esto se revela en los procesos de expertización que desarrollan tales personas, en materia de lectura de síntomas, conocimiento sobre medicamentos y tratamientos, información sobre direcciones y lugares a donde recurrir, nombres de médicos “que te entienden”, y sobre todo en cuanto al modo de “darse maña” para vencer las trabas burocráticas e informativas que impiden el acceso a buenos servicios y medicamentos (*Pecheny y Manzelli 2001*). También estas redes – a veces preexistentes – de gays viviendo con el VIH pueden servir para ayudar a superar el frecuente estrés psicológico posterior a un resultado positivo. A ello se suma el rol de multiplicadores formales o informales que pueden tener los gays viviendo con el VIH en la promoción del sexo más seguro y de la realización precoz de análisis de detección, en relación con sus pares del medio en que se mueven.

La prevención en personas que ya viven con el VIH/sida es fundamental, tanto en lo que se refiere a la promoción del autocuidado y buen seguimiento de los tratamientos como al cuidado de los demás. Según muestran las investigaciones, la mayoría de las personas seropositivas manifiestan su preocupación ante el eventual contagio de sus parejas sexuales, pero muchas veces no saben qué es lo que deben evitar, y sobre todo no saben qué es lo que sí pueden hacer con riesgo mínimo o sin riesgo. En este sentido, las campañas entre pares y/o las desarrolla-

das por ONGs gays son cruciales, ya que a este nivel es necesario hacer explícitos muchos detalles sobre “lo que no” y “lo que sí” se puede hacer sexualmente, tomando en cuenta las diferentes prácticas y los diferentes contextos de las prácticas, por ejemplo el sexo en lugares públicos.

Como se sabe, las personas que viven con VIH/sida enfrentan cotidianamente la cuestión de dar o no a conocer su estatus serológico a otras personas que cuentan afectivamente o socialmente para ellas (los “otros significativos” en el sentido de G. H. Mead). En particular, queremos mencionar aquí el tema de confiar esta información o secreto a las parejas sexuales y/o afectivas, lo cual plantea diversos dilemas y disyuntivas. Según las diversas investigaciones realizadas con personas viviendo con VIH/sida (*Green y Sobo 2000*), la naturaleza de la relación es crucial para definir la situación, ante la posibilidad de confiar esta información. Paradójicamente, a veces la distancia social disminuye la presión ante la confesión, del mismo modo que sucede con quienes se instaura una relación justamente a partir del vivir con VIH (por ejemplo el personal de salud).

Las reacciones efectivas y/o esperadas de parejas y/o amantes de los HSH viviendo con VIH/sida determinan no sólo la calidad de la vida y el estado de ánimo de dichas personas, sino también la propensión a adoptar comportamientos de riesgo o saludables. Es por ello que las políticas de prevención cada vez más apuntan a tomar a “las parejas” en conjunto, apuntando a diversas cuestiones: por ejemplo, a conocer el estatus serológico de ambos miembros de la pareja, a preservar la no-infección de los no-infectados y la no-reinfección de los que ya tienen el virus, y a apoyar psicológica y prácticamente a mantener una relación de pareja en el caso de las serodiscordantes o en las que ambos son seropositivos. Esto cuando hay parejas estables. En el caso de las personas que prosiguen su vida sexual activa sin pareja estable, también se hace necesario abordar la cuestión de si, cómo y en qué momento confiar el hecho de vivir con el VIH. En particular, un mensaje dirigido a individuos seropositivos, que les permite a ellos protegerse de la incertidumbre y a las eventuales parejas les permite protegerse del VIH, es que ellos planteen simplemente a sus parejas que el sexo seguro es por ellos, que de esa manera se sienten más tranquilos, sin mayores explicaciones; y que llegado el momento de mayor confianza, si llega, ahí plantear el tema del VIH. Muchos entrevistados a lo largo de nuestras investigaciones (*Pecheny y Manzelli 2001*) cuentan que esto les ha dado buen resultado, y que incluso pasa que, llegado el momento de confianza, cada uno se entera de que el otro también es seropositivo; aunque otros testimonios nos han dicho que ellos plantean el “trato” y que si el otro no quiere cuidarse, ya es problema de él y por ende el sexo seguro deja de ser una prioridad. Para estos últimos casos, aunque parecen ser excepcionales, habría que pensar de qué modo el sexo seguro puede ser incorporado como práctica sistemática, por ejemplo integrando a los mensajes preventivos las informaciones sobre el riesgo de reinfección

y de las enfermedades oportunistas transmisibles, así como consideraciones éticas no moralizantes. Por último, tal como señalan Green y Sobo (2001: 139), «*mientras que el riesgo para la salud física de la pareja y, en algunos casos, para sí mismo (v.g. a través de la infección cruzada) es considerado, raramente son reconocidos los riesgos sociales de no participar en sexo sin protección*». Esto remite a los diagnósticos y propuestas de los modelos 2 y 3 mencionados.

## El acceso a los tratamientos y medicamentos

Más allá de los aspectos éticos relativos al reconocimiento del derecho universal a la salud, es necesario recordar aquí que el acceso a los tratamientos y a los medicamentos constituye por sí mismo una política preventiva (primaria, secundaria y terciaria). En términos puramente económicos, aunque los tratamientos son caros, los ahorros en hospitalizaciones y asistencia médica, así como en costos indirectos, justifican la decisión de afrontar los medicamentos que retrasan la progresión de la infección por el VIH (Beloqui 1998).

Inversamente, la inaccesibilidad a los tratamientos y/o la expulsión explícita o implícita de los HSH por parte de los servicios de salud (como sucede en gran medida con los usuarios de droga) alientan la despreocupación por conocer el propio estatus serológico, afrontar la enfermedad, protegerse a sí mismo y a los demás.

## Salud pública y derechos humanos

Históricamente, los debates políticos sobre la prevención de epidemias se han establecido en torno a la oposición entre la defensa de la salud de la comunidad y la garantía de las libertades individuales. Sin embargo, por primera vez en la historia, la política epidemiológica que predomina actualmente pone el acento en la noción de manejo personal del riesgo, reconciliando así las ideas de prevención colectiva y de derechos individuales. En este sentido, la novedad de la epidemia reside en el hecho de que los imperativos de salud pública parecen requerir el respeto de los derechos humanos (Herzlich y Adam 1997: 9). Según Peter Piot, de Onusida, «*la salud pública aparece cada vez más como una nueva razón imperativa de proteger los derechos humanos, incluso si la naturaleza de tales derechos ya justifica de*

*por sí su respeto, protección y realización. En el contexto del VIH/sida, un medio en el cual los derechos humanos son tomados en cuenta reduce la vulnerabilidad a la pandemia, permite vivir dignamente a las personas afectadas por la infección o por el SIDA, sin sufrir discriminación, y atenúa las consecuencias de la infección por el virus en los individuos y la sociedad” (Nations-Unies 1998:v)*

La lucha contra el sida dio origen a distintos debates sobre la mejor manera de llevarla a cabo. Un primer debate opone los enfoques “curativo” y “preventivo”. La perspectiva “curativa” encara la epidemia tratando de responder a la infección y la enfermedad en términos individuales, mientras que la perspectiva “preventiva” intenta influir sobre los comportamientos (individuales y sociales) que permiten la propagación del virus. En muchos casos, los gobiernos han privilegiado un solo enfoque, lo que trae graves consecuencias: por ejemplo, el gobierno argentino, durante muchos años privilegió el tratamiento de las personas infectadas, alegando que la población estaba suficientemente informada sobre los modos de transmisión del VIH y que, en un contexto de recursos escasos, éstos debían destinarse a atender a las personas ya afectadas; otros gobiernos de la región desconocieron durante años la realidad de la epidemia y acordaron la prioridad a las campañas generalistas de prevención, suponiendo muchas veces que el sida era una enfermedad de “los otros”. Sin embargo, gracias a una evolución de las conciencias y a las presiones internas y externas, los gobiernos de la región comprendieron que los aspectos curativos y preventivos son inseparables.

Durante los años ochenta, las personas con VIH/sida se encontraban desprotegidas, desde un punto de vista legal, frente a los actos de discriminación. El Estado se mantenía al margen, y fue el incipiente movimiento asociativo de lucha contra el sida, junto al movimiento gay y algunos profesionales de la salud, quienes tomaron las primeras iniciativas. Las asociaciones de lucha contra esta enfermedad no sólo fueron pioneras en la asistencia de las personas afectadas y en el lanzamiento de campañas de prevención, sino que fueron también las primeras en denunciar las actitudes discriminatorias (incluyendo a algunos gobiernos y Ministerios de Salud) y en impulsar campañas antidiscriminatorias.

Como resultado, en los años noventa, se forma en la región un verdadero movimiento no gubernamental de lucha contra el sida, integrado por dos tipos de ONGs. Por un lado, las ONGs o fundaciones vinculadas a instituciones de salud, centralizadas en el aspecto asistencial y preventivo. Por otro lado, las ONGs pequeñas, los grupos de solidaridad y autoayuda, más abocadas a la prevención localizada, el acompañamiento de pacientes y la lucha antidiscriminatoria. Todas estas organizaciones han formado redes, que en muchas oportunidades han cuestionado severamente las políticas gubernamentales.

En particular, estas asociaciones vienen contribuyendo a redefinir el contexto social, político y jurídico en materia de sida: ayudan a las personas afectadas en sus trámites y quehaceres sanitarios, administrativos y judiciales; mejoran la asistencia médica y la infraestructura hospitalaria; controlan al Estado, las instituciones sanitarias y los médicos; crean espacios que ayudan a los seropositivos y enfermos a evitar el aislamiento y la soledad; dan visibilidad social a personas cuya situación la sociedad había dramatizado, al mismo tiempo, que había negado su tragedia; y, por último, favorecen la adopción de actitudes menos negativas hacia la enfermedad<sup>7</sup>.

Los gobiernos tuvieron en general una respuesta más tardía y ambigua. Ante la presión nacional e internacional, en muchos países se aprobaron leyes destinadas a garantizar el respeto de los derechos de las personas viviendo con el virus, por encima de las supuestas consideraciones hechas en nombre de la salud pública.

La prioridad acordada a los derechos individuales pone el acento de la prevención en la responsabilidad de los individuos infectados y de cada uno de los miembros de la comunidad, basándose en principios como:

- El respeto de la autonomía de la voluntad, es decir, que cada individuo tiene el derecho de tomar sus decisiones vitales, garantizando el consentimiento informado para la realización de los tests y los tratamientos.
- La confidencialidad, que se traduce en el secreto médico y en la codificación de los resultados de los tests.  
La no-discriminación del portador.
- La información y la educación sobre todos los aspectos concernientes a la enfermedad y a su transmisión.

Desde fines de los noventa, algunos ministerios en la región financian campañas de prevención de sida a través de ONGs. Entre dichas organizaciones figuran algunas organizaciones gays. En algunos países, además, el Ministerio de Salud se hace cargo de los medicamentos de aquéllos que demuestren no poder afrontarlos, aunque la continuidad de la distribución y la calidad de los medicamentos distribuidos sean cada tanto puestas en tela de juicio.

Ahora bien, hasta mediados de los años noventa, los gobiernos de la región mostraron fuertes reticencias a implementar programas de prevención del VIH, destinados a HSH (y a los usuarios de drogas inyectables-UDI), por varias razones: la

<sup>7</sup> Señalados estos esforzados logros, podemos no obstante agregar que a veinte años de epidemia ya es tiempo de evaluar críticamente no sólo los obstáculos externos que encontró este movimiento, sino también algunos elementos cuestionables de su propio desarrollo interno en cuanto a burocratización, mercantilización y responsabilidad política (accountability).

negación o indiferencia ante la existencia de prácticas sexuales entre hombres (o el consumo inyectable de drogas); la estigmatización y/o criminalización de tales prácticas; las dificultades por determinar información epidemiológica confiable; la presunta dificultad de acceder a los HSH (y UDI); las carencias de infraestructura en los servicios de salud y la falta de conciencia de los profesionales sobre las particularidades de tales categorías vulnerables; la ausencia de incentivos económicos para solventar programas de prevención focalizados; y la prioridad acordada a la prevención en población general.



Una marcha demandando mejores políticas frente al sida en Chile, así como el respeto de los derechos de las personas viviendo con VIH/sida, incluyendo el acceso a medicamentos. Archivo de la C.Ch.P.S.

A partir de un esfuerzo combinado, tanto en el frente interno – impulsado por el movimiento de lucha contra el SIDA, a veces ligado al movimiento gay– como externo, los gobiernos comienzan a tomar en serio los datos epidemiológicos provistos por los propios ministerios de salud en cada país. En consecuencia, comienzan a proyectarse políticas de prevención focalizadas en HSH (y UDI), apuntando, además, a disminuir la discriminación y la estigmatización (Rossi 2001).

El reconocimiento de la necesidad de la prevención, como modo principal de lucha contra la epidemia, plantea el debate sobre las modalidades y contenidos de las campañas: generalistas o focalizadas, y abstencionistas o apuntando a la reducción de los riesgos. Durante los primeros años, dos factores llevan a los gobiernos a preferir las campañas generalistas. Por un lado, el temor de que la epidemia se desarrolle muy rápidamente en la población general, a través de la vía heterosexual

y de la transmisión perinatal. Por el otro, el objetivo de responder no sólo al riesgo de transmisión del VIH, sino al pánico social, y de mostrar a la opinión pública que “el gobierno hace algo” al respecto. A poco de andar, se comprueba que las campañas generalistas no alcanzan para modificar los comportamientos de riesgo, ya que presuponen un público social y culturalmente homogéneo. Por el contrario, las campañas focalizadas y de proximidad se justifican por argumentos sanitarios y éticos: son más eficaces y reconocen mejor la diversidad de la vulnerabilidad frente al riesgo de contraer el VIH. La proximidad y la focalización permiten tomar en cuenta los riesgos específicos y ocuparse al mismo tiempo de la prevención secundaria y terciaria, así como también estimular la inclusión social de individuos marginados del sistema de salud.

«El sida representa, aún hoy, un poderoso estigma social que se monta sobre el rechazo social, de mucha más larga data, ligado a la homofobia».

La estigmatización (*Goffman 1989*) es una forma particular de discriminación social. El estigma es un determinado rasgo físico, comportamental y/o identitario de un individuo, que lo marca y lo desvaloriza socialmente. A partir del estigma, la sociedad y el entorno de un individuo lo consideran de algún modo inferior, despreciable, deshonesto o peligroso. Ahora bien, es la propia sociedad la que crea el estigma, la que otorga a un rasgo determinado el carácter de marca desvalorizante. La estigmatización conduce al cuestionamiento de la dignidad de la persona estigmatizada y a la pérdida parcial o total de sus derechos. El sida representa, aún hoy, un poderoso estigma social que se monta sobre el rechazo social, de mucha más larga data, ligado a la homofobia. Dada la confusión entre el registro sanitario y el registro socio-legal, el sida constituye a la vez un problema de salud pública y una cuestión de derechos humanos.

Los estudios han mostrado hasta qué punto las personas que viven con el virus pierden sus derechos o la posibilidad de ejercerlos a raíz de su estatus seropositivo. Por esas razones, las personas que viven con el VIH/sida reivindican derechos que tienen que ver al menos con tres aspectos:

- El derecho a la salud y a la vida, que implica el acceso a tratamientos y medicamentos, así como una reformulación de los derechos de los pacientes en general y de la relación paciente-médico-institución de salud.



- Ligado al tema de la privacidad, que influye en la casi totalidad de aspectos de la vida de las personas afectadas, se encuentra el derecho a la confidencialidad de los resultados de los tests y de los tratamientos, así como al respeto del consentimiento informado para la realización de los mismos.
- Ligado al tema de la igualdad, el estatus serológico positivo parece determinar que el individuo pierde su “derecho a tener derechos”, dado que muchas veces los individuos seropositivos o enfermos pierden sus derechos fundamentales, desde el derecho al trabajo, a la dignidad, o a la vivienda.

En materia de sida, el problema principal no reside en la discriminación legal de las personas seropositivas, ya que las medidas formalmente coercitivas son excepcionales en la región. El tema pasa sobre todo por las condiciones sociales y los recursos para el ejercicio de los derechos que sí son formalmente reconocidos; dichas condiciones se agravan en contextos de homofobia. Cuando un joven seropositivo es víctima de un acto de discriminación, por ejemplo un despido arbitrario, la ley lo protege, pero las condiciones de aplicación y de uso de la ley se tornan imposibles debido a la discriminación social y familiar del sida. Esta discriminación puede ser real, o percibida como tal (lo que se llama discriminación anticipada o temida). En cualquier caso, la percepción de la discriminación, el temor del rechazo por parte de la familia o del entorno afectivo, operan como un factor eficiente de auto-exclusión. La situación se vuelve doblemente difícil cuando la revelación de la seropositividad lleva consigo la revelación de prácticas realizadas de manera no pública, particularmente la homosexualidad o el consumo de drogas.

En síntesis, estas páginas pretenden argumentar a favor de una integración sinérgica entre eficacia de las políticas de salud pública y el respeto de los derechos humanos:

- Por un lado, la discriminación y la exclusión contribuyen a la expansión de la epidemia y ésta a su vez contribuye al deterioro de la calidad de vida y al ejercicio de los derechos de muchas personas y grupos
- Por el otro, el reconocimiento de los derechos humanos – incluyendo los derechos a la salud y a la libre expresión de la sexualidad – permite encarar mejor la prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH/sida y tal prevención, acompañada de un acceso universal a medicamentos y tratamientos, no hace sino respetar el carácter universal e indivisible de los derechos humanos.



Dos vistas de una marcha por los derechos homosexuales en Santiago de Chile, en la que se planteó claramente la agenda sobre SIDA. Archivo de la C.Ch.P.S.



## Conclusión

A lo largo de este capítulo hemos analizado los principales enfoques de prevención, su aplicación a la epidemia de VIH/sida y hemos señalado algunas de sus limitaciones y sus potencialidades cuando se trabaja en políticas de prevención con hombres que tienen sexo con hombres.

Los tres modelos teóricos que describimos parten de diferentes supuestos ontológicos y, en consecuencia, responden a distintos ejes de la prevención. Sin embargo, a pesar de sus diferencias, una campaña de prevención efectiva debería considerar ineludiblemente la combinación de elementos de estos modelos. Las intervenciones que apuntaban a la modificación de las creencias, conocimientos y actitudes que influyen en los comportamientos individuales demostraron ser poco exitosas al no considerar los significados que los sujetos le dan a las prácticas preventivas y de riesgo. Por otro lado, además de los comportamientos individuales y los valores sociales sobre los que los sujetos construyen significados, las desigualdades económicas y sociales determinan en gran medida las posibilidades de acción de los sujetos. Las estrategias de prevención de VIH/sida que contemplen la combinación de elementos de estos tres modelos, necesariamente estarán orientadas hacia una transformación social para cambiar las estructuras que hacen a algunos grupos más vulnerables a la infección del VIH que otros.

Rescatamos en este capítulo la importancia que tiene la prevención destinada a personas seropositivas o enfermas de sida (prevención secundaria y terciaria) y la escasa atención que se le ha dado hasta ahora a este aspecto. En este marco, el acceso a los tratamientos y a los medicamentos constituye un eje central de cualquier campaña de prevención, sea ésta primaria, secundaria o terciaria.

A modo de conclusión, queremos señalar simplemente que la invitación a la responsabilidad individual como base fundamental de la prevención de la transmisión del VIH, y por ende de la lucha contra el sida, presupone individuos autónomos. De acuerdo con el principio clásico de la ciudadanía, si el Estado exige de parte de los individuos que asuman responsabilidades y obligaciones hacia la comunidad, esto se hace en contrapartida de la garantía de los derechos y de las libertades de cada uno. En este sentido, la no-discriminación y el reconocimiento de derechos son una condición necesaria de la política sanitaria.

## Recomendaciones sobre prevención específica para hombres gay y otros HSH:

- Incluir mensajes para HSH y para HSH viviendo con VIH/sida en las campañas generales.
- Integrar la prevención primaria con la prevención secundaria y terciaria.
- Realizar campañas específicas:
  - Reconociendo la heterogeneidad de situaciones de los HSH.
  - Garantizando el acceso a los recursos necesarios para adoptar comportamientos no riesgosos (preservativos, lubricantes), incluyendo ámbitos propios del levante gay y de sexo semi-público.
  - Contando con personas de la comunidad gay que permitan llegar a tales ámbitos e incorporando activamente a la prevención, mediante convocatorias voluntarias y mediante reglamentaciones, a los establecimientos comerciales donde concurren gays y otros HSH.
  - Promoviendo actividades comunitarias y oficiales de autoayuda y consejería, mediante líneas telefónicas y talleres, respecto del análisis del VIH, el conocimiento del resultado y los pasos a seguir, por ejemplo en cuanto al manejo de la información acerca de la seropositividad, y de la homosexualidad cuando ésta no es vivida públicamente.

### Todo ello

- Integrando las intervenciones con investigación epidemiológica y en ciencias sociales, para tener mejores diagnósticos de las situaciones y evaluar impactos.
  - Entrenando al personal de salud y a multiplicadores/pares en el reconocimiento de las especificidades socio-culturales de los gays y otros HSH.
  - Consolidando las redes de intervención formadas por personal gubernamental, de salud, de ONGs, militantes gays y de las organizaciones de personas viviendo con VIH/sida.
- Concebir de manera integrada la prevención del sida junto a otros problemas de salud, por ejemplo, las ITS, la hepatitis y la salud mental.

■ Garantizar los derechos y la no-discriminación:

- Asegurando la protección legal contra la discriminación por VIH/sida, orientación sexual e identidad sexual.
- Reconociendo los derechos asociativos y expresivos de las minorías sexuales, cuyas organizaciones son actores fundamentales de la prevención y la asistencia en materia de VIH/sida.
- Promoviendo la educación sexual en los distintos niveles educativos, apuntando a desalentar la homofobia y la intolerancia.
- Reconociendo los derechos sexuales y amorosos de quienes no se ajustan a la heterosexualidad, respetando los principios de libertad e igualdad para todos los ciudadanos sin distinción de orientación sexual.
- Reconociendo los derechos de las personas que viven con VIH/sida, incluyendo el derecho universal y el acceso efectivo a la salud, a los tratamientos y medicamentos.

■ Reconocer la heterogeneidad de situaciones se traduce por ejemplo en:

- Proponer actividades de prevención para adolescentes gays y para los HSH más jóvenes, dado que es en el período de inicio de la vida sexual donde muchos contraen el VIH.
- Proponer campañas específicas para varones bisexuales en pareja con mujeres, los cuales temen haber contraído el VIH, o ya lo han hecho, para que sean capaces de abordar este tema con sus parejas y eventualmente asumir la lucha contra la enfermedad.
- Encarar la prevención de la transmisión sexual del VIH/sida y mejorar las condiciones de vida de las personas detenidas en cárceles e institutos de menores, incluyendo el acceso a los análisis, medicamentos y tratamientos.
- Encarar la prevención del sida y mejorar las condiciones de vida de travestis y transexuales.
- Intervenir, mediante personas del medio gay, en los lugares de sexo público y semi-público.
- Apoyar eventos artísticos y deportivos generales, específicos de minorías sexuales y/o de personas viviendo con el VIH/sida, donde figuras reconocidas refuercen los mensajes de prevención.
- Registrar la memoria, a modo de historia oral y testimonios, de aquéllos que fallecieron a consecuencia de la enfermedad.

## Bibliografía consultada

- Beloqui, J. A., (1998). **Acceso a tratamiento para HIV/AIDS: questões políticas e econômicas**. Río de Janeiro, Brasil: ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS et GIV, Série Idéias et Ações.
- Boyles, S. et al., (1998). “**Sex practices of gay men directly related to HBV risk**”, Disease Weekly Plus, 16/2/98-23/2/98, p.2-4.
- Cáceres, C., (2000). **La (re)configuración del universo sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de milenio**. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, REDESS Jóvenes.
- Cáceres, C., (2001). “**La pandemia del sida en un mundo globalizado: vulnerabilidad, subjetividad y los diálogos entre la salud pública y los nuevos movimientos sociales**”. Ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Lima, Perú, 10 al 13 de junio de 2001.
- Córdova Plaza, R., (2001). “**Entre chichifos, mayates y chacales. Trabajo sexual masculino en Xalapa, Veracruz, México**”, ponencia presentada en el XXIII Congreso Internacional de la Latin American Studies Association, Washington, D.C., Estados Unidos, 6-8 de septiembre de 2001.
- Duranti, R. et al., (2001). “**Estudios de prácticas sexuales y conciencia de riesgo de infección de VIH-sida en un grupo de varones gays y bisexuales**”, ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, IIGG, Buenos Aires, Argentina, 8-10 de agosto de 2001.
- Green, G. y Sobo, E., (2000). **The endangered self. Managing the social risk of HIV**. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Goffman, E., (1989) [1963]. **Estigma. La identidad deteriorada**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Henderson, C., (2000). “**Study of HIV positive homosexual men finds higher rate of associated virus**”, AIDS Weekly, 21/2/2000, p. 16-18.
- Herzlich, C. y Adam, P., (1997). “**Urgence sanitaire et liens sociaux: L'exceptionnalité du sida ?**”, Cahiers internationaux de Sociologie, 102: 5-28.
- Kerr-Pontes L. et al., (1998). “**Conhecimento, atitudes, crenças sobre AIDS e comportamento sexual entre homossexuais e bissexuais masculinos no município de Fortaleza**”, en Parker R. y Terto, Jr. V., Entre homens. Homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil: ABIA, p. 63-88.

- Kornblit, A., (2001). “**Algunos aspectos de la reacción social frente al sida en Argentina**”. Ponencia presentada en el Encuentro Latinoamericano sobre Política y Sexualidad, Rio de Janeiro, Brasil, julio del 2001.
- Kornblit, A. y Mendes Diz, A.M., (1995). **Los trabajadores de la salud en los tiempos del SIDA**, Buenos Aires, Argentina: Oficina de Publicaciones del CBC.
- Kornblit, A.; Pecheny, M. y Vujosevich, J., (1998). **Gays y lesbianas: formación de la identidad y derechos humanos**. Buenos Aires, Argentina: La Colmena.
- Mendes-Leite, R., (1995). “**Le sida et la (re)construction de l’imaginaire social des sexualités. Approche qualitative auprès de la population masculine à pratiques homosexuelles: une recherche comparée France-Brésil**”, en ANRS ed. Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales, p. 293-298.
- Nations-Unies, (1998). “**Le VIH/SIDA et les droits de l’homme. Directives internationales**”, declaración en la Deuxième Consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l’homme, Ginebra, Suiza, 23-25 septembre 1996.
- Pantelides, E. y Manzelli, H., (2001). “**Investigación reciente sobre sexualidad y salud reproductiva de las/los adolescentes en América latina: qué hemos alcanzado, qué falta hacer, cuáles son nuestras falencias**” ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Lima, Perú, 10 al 13 de junio de 2001.
- Parker, R.; Ríos, L. y Terto, V., (2001). “**Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina**”, en Izazola Licea, J. (editor), Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, México, D.F., México: Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC y ONUSIDA.
- Parker, R., (2000). **Na contramano da AIDS**. San Pablo, Brasil: Editora 34.
- Pecheny, M., (2001). **La construction de l’avortement et du sida en tant que questions politiques: le cas de l’Argentine**. Lille, Francia: Presses Universitaires du Septentrion.
- Pecheny, M. y Manzelli, H., (2001). “**Vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C: un estudio exploratorio en adultos heterosexuales de la ciudad de Buenos Aires**”. Ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, IIGG, Buenos Aires, Argentina, 8-10 de agosto de 2001.
- Perloff, R., (2001). **Persuading people to have safer sex: applications of social science to the AIDS crisis**. Mahwah NJ, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Perlongher, N., (1993). **La prostitución masculina**, Buenos Aires, Argentina: Ediciones de La Urraca.
- Pollak, M., (1993<sup>a</sup>). **The second plague of Europe: AIDS prevention and sexual transmission among men in Western Europe**. Nueva York, Estados Unidos: Harrington Park Press.
- Pollak, M., (1993<sup>b</sup>). **Une identité blessée. Etudes de sociologie et d’histoire**. Paris, Francia: Métailié.

- Roberts, M., (1995). "**Emergence of gay identity and gay social movements in developing countries: the AIDS crisis as catalyst**", *Alternatives*, N° 20, abril-junio de 1995, p. 243-264.
- Rossi, D., comp., (2001). **Sida y drogas. Reducción de daños en el Cono Sur**. Buenos Aires: Intercambios, Onusida y Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS.
- Schifter, J., 2000. **Public sex in a Latin society**. Binghamton, NY, Estados Unidos: The Haworth/Latino Press.
- Unks, G. (ed.), (1995). **The gay teen. Educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents**. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Villa-Real, R., (2001). "**GRAB: Ciudadanía, dignidade e respeito**", *Encarte*, N° 46, Rio de Janeiro, ABIA, enero-marzo.
- Vujosevich, J.; Giménez, L.; Moreira, S.; Rodríguez Godoy, C. y Rodríguez Justo, E., (2001). "**Trabajadores sexuales masculinos**". Ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, IIGG, Buenos Aires, Argentina, 8-10 de agosto de 2001.



## Bibliografía de referencia

- Aggleton, P., (1996). “**Global priorities for HIV/AIDS intervention research**”, International Journal of STD & AIDS, Vol. 7 (2), p. 13-16.
- Ajzen, I. y Fishbein, M., (1980). **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall.
- Ajzen, I. y Maden, T., (1986). “**Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control**”, Journal of Experimental Social Psychology, 20, p. 45-49.
- Bagozzi, R.; Yi, I. y Baumgartner, J., (1990). “**The level of effort required for behavior as a moderator of the attitude-behavior relation**”, European Journal of Social Psychology, 20, p. 45-49.
- Bandura, A., (1977). **Social Learning Theory**. Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall..
- Bandura, A., (1986). **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall..
- Bandura, A., (1989). “**Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection**”, en Mays, V.M.; Albee, G.; Schneider, S. (eds.), Primary prevention of AIDS: Psychological approaches. Newbury Park, Estados Unidos: Sage.
- Becker, M., (1974). “**The health belief model and personal health behaviour**”, Health Educational Monographs, 2, p. 324-508
- Ewart, C., (1991). “**Social action theory for a public health psychology**”, American Psychologist, 46, p. 931-946.
- Fishbein, M. y Ajzen, I., (1975). **Beliefs, attitudes, intentions and behaviors: an introduction to theory and research**. Boston, Estados Unidos: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., (1991). “**AIDS and behavior change: an analysis based on the theory of reasoned action**”, Interamerican Journal of Psychology, 24, p. 37-56.
- Fisher, J. y Fisher, W., (1992). “**Changing AIDS-risk behavior**”, Psychological Bulletin, 3, p. 455-474.
- Freire, P., (1994). **The pedagogy of the oppressed**, New York, Estados Unidos: Continuum.
- Kegeles, S.; Hays, R. y Coates, T., (1996). “**The M-Powerment project: a community-level HIV prevention program for young gay men**”, American Journal of Public Health, 86, p. 1129-1136.

- Kelly, J.; Lawrance, J.; Stevenson, L., (1992). "**Community HIV/AIDS risk reduction: the results of endorsements by popular people in three cities**", American Journal of Public Health, 82, p. 1483-1489.
- Parker, R., (1996<sup>a</sup>). "**Behavior in Latin American men: implications for HIV/AIDS interventions**", International Journal of STD & AIDS, Vol. 7 (2), p. 62-65.
- Parker, R., (1996b). "**Empowerment, community mobilization, and social change in the face of HIV/AIDS**", AIDS, Vol. 10 (3), p. S27-S31.
- Prochaska, J. y DiClemente, C., (1983). "**Stages and Processes of self change on smoking toward an integrative model of change**", Journal of Consulting and Clinical Psychologist, 51, p. 390-395.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J., (1992). "**In research of how people change**", American Psychologist, 47, (9), p. 1102-1114.
- Rosentock, M., (1975). "**The health belief model and preventive health behaviour**", Health Educational Monographs, 2, p. 354-386.
- Sweat M. y Dennison, J., (1995). "**Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions**", AIDS, Vol. 9 (A), p. S251-S257.
- Van der Velde, E. y Van der Pligt, J., (1991). "**AIDS-related behavior: coping, protection motivation and previous behavior**", Journal of Behavioral Medicine, 14, p. 429-451.

# CAPÍTULO VI

## LECCIONES APRENDIDAS DE LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA ENTRE HOMBRES CON PRÁCTICAS HOMOSEXUALES

Tim Frasca

### Introducción

La epidemia del VIH/sida fue marcada desde su inicio por una fuerte identificación con la homosexualidad masculina. Desde las primeras señales de alerta del gobierno estadounidense sobre la nueva patología, ésta fue etiquetada como “GRID”, o “Gay-Related Immune Disorder” (Desorden Inmunológico Relacionado con los Gays). Por razones culturales y políticas, las autoridades sanitarias de los países desarrollados y particularmente las de la región latinoamericana, no tenían una respuesta adecuada para la nueva enfermedad que parecía transmitirse fácilmente por relaciones homosexuales (*McKenna, 1997; CChPS, 1997*).

Al mismo tiempo, en toda la región se manifestó una tendencia permanente que minimizó la importancia de la transmisión homosexual en las epidemias nacionales: a veces por el temor de los responsables de perder el apoyo político que necesitan para sus otras labores o porque simplemente no había mayor preocupación por la salud y el bienestar de los hombres que tienen tales prácticas.

Según un observador de la primera década de la epidemia norteamericana, la histórica patologización de la homosexualidad por la profesión médica y la consecuente desconfianza de los homosexuales hacia los médicos y la salud pública, entorpecieron la reacción preventiva durante los primeros años claves de la epidemia y esti-

mularon su rápida diseminación (Rosser et al, 1993). Al mismo tiempo, señala este autor, los mismos factores negativos estimularon un sentido de clan entre los afectados, que más tarde facilitaría el desarrollo de las actividades educativas. Esta descripción podría aplicarse en muchos aspectos a la América Latina de hoy, pues, en algunos países, como Colombia y Ecuador, los mismos grupos gays tuvieron que estudiar la seroprevalencia por VIH en esas poblaciones, para llenar los vacíos oficiales.

En general, las primeras reacciones al SIDA emergían desde los grupos afectados directamente. Estos actuaban a veces aisladamente, pero poco a poco se fue dando un nivel creciente de cooperación y apoyo de otros sectores, incluyendo gobiernos. Sin embargo, muchos de los primeros intentos preventivos carecían de rigor o consistencia, y pocos fueron evaluados sistemáticamente. Lo rescatable fue que la temprana participación de comunidades gays en sus propias iniciativas de prevención, dio a este proceso un sello especial. Lo que hoy en día se celebra como “educación entre pares”, no fue concebido originalmente como tal, sino que simplemente fue una reacción de personas afectadas, a veces sin preparación especializada, a una emergencia que se les venía encima. Con los aportes de las ciencias sociales o educacionales que en su mayor parte llegaron después, el campo de la prevención para hombres gays y otros hombres con conductas homosexuales se convirtió en una rica veta no sólo de métodos y experiencias, sino también de procesos sociales complejos.

«Lo que hoy en día se celebra como “educación entre pares”, no fue concebido originalmente como tal, sino que simplemente fue una reacción de personas afectadas, a veces sin preparación especializada, a una emergencia que se les venía encima».

En el transcurso de las casi dos décadas de intentos de frenar el avance del VIH en este sector de la población, se ha experimentado una amplia variedad de intervenciones, metodologías y enfoques. Se ha comprobado que este abanico de experiencias funciona mejor en una estrategia global de prevención en la que se combinan distintas actividades.

Asimismo, se han reconocido los distintos tipos de obstáculos a la prevención que se presentan en el ámbito individual, grupal y social y que implican la necesidad de estrategias igualmente complejas y multifacéticas.

El desarrollo de estos conocimientos, revela el paulatino descubrimiento de las insuficiencias de cada enfoque o estrategia, junto con el de los nuevos factores influyentes que habían sido ignorados en las acciones anteriores y que llevaron a algunos grupos a cambiar de rumbo. Por lo tanto, la discusión de las lecciones aprendidas no puede quedar sólo en la presentación de un listado de metodologías, sino que también requiere tocar los procesos vividos.

El presente capítulo resume el estado de prácticas de prevención entre hombres gays y otros hombres con conductas homosexuales, reconociendo a la vez los debates y discrepancias que aún existen sobre ellas, de modo tal que se contribuya a orientar y fortalecer la acción de personas o grupos interesados en emprender trabajos similares.

Obviamente, no hay una sola acción correcta para toda circunstancia y cada organización elaborará sus planes basándose en las condiciones, capacidades e intereses de sus integrantes. Lo que sigue a continuación sólo pretende ofrecer orientaciones generales basadas en los relatos de otros sobre sus éxitos y errores.

## Términos descriptivos de la población

El término “gay” ha entrado en muchos idiomas del mundo, para describir a los hombres homosexuales que se identifican como tales, muchas veces integrados en comunidades o círculos sociales que comparten la identificación. Sin embargo, en el desarrollo del trabajo preventivo, se descubrió tempranamente que muchos hombres tienen prácticas homosexuales u homoeróticas sin considerarse “gays”, ni de hecho asociar estas prácticas con cualquier otro aspecto de su identidad individual. En informes epidemiológicos sobre VIH/sida, se empezó a precisar la categoría estadística con la frase “*hombres que tienen sexo con hombres*” o variaciones similares, abreviada como “HSH”, o “MSM” en inglés. Este término es más incluyente y por lo tanto útil para los cálculos epidemiológicos y para las intervenciones que abordan a esta población.

Sin embargo, no describe adecuadamente a la comunidad de hombres gays, que han asumido pública o privadamente su sexualidad como una expresión cultural que incide en sus hábitos de vida, la organización de sus hogares o sus pensamientos. Dada la importancia para el éxito de ciertos programas de prevención del VIH, de la identidad compartida entre hombres gays, este capítulo utilizará ambos términos con precisión, sin absorber ninguna de las dos categorías en la otra. Por ejemplo, al describir acciones que apuntan a fortalecer normas comunitarias en el am-

biente homosexual, se hablará de hombres gays. En cambio, si la acción pretende alcanzar hombres en sitios de sexo público, el término *HSH* puede ser más descriptivo. Se evitará incoherencias semánticas, como “*comunidades de HSH*” por ser contradictorias y confusas.



Marcha por el «orgullo gay» en ciudad de México. Archivo de Letra S.

## Niveles de intervención preventiva

Desde los primeros años de trabajo con poblaciones de hombres gays y HSH, se ha observado que las intervenciones educativas operan a distintos niveles, según sus propias metodologías y bajo circunstancias específicas. Se puede agrupar estas intervenciones en cuatro categorías, cada una con sus respectivas ventajas y limitaciones (Aggleton, et al., 1991).

- (A) **provisión de información** sobre VIH/sida, sus formas de transmisión y métodos para evitarlo;
- (B) **facilitación de la adquisición de destrezas y habilidades individuales**, como el manejo del condón, la negociación del sexo seguro y su erotización, incluyendo servicios cara-a-cara como la consejería previa al examen VIH;
- (C) **intervenciones socioculturales**, como la promoción de normas grupales o comunitarias; y
- (D) **transformación social**, incluyendo el mismo proceso de movilización social para combatir la epidemia, el activismo, la presión política, la promoción de cambios legales o administrativos, o la formación de alianzas en el ámbito local, nacional o regional.

### A. Provisión de Información

En primer lugar, hay acciones cuyo propósito es informar a la población objetivo sobre el VIH/sida y entregarle los conocimientos básicos para evitar la infección. Este enfoque fue favorecido especialmente al principio de la epidemia, cuando se sentía la urgencia de anunciar la llegada de la nueva enfermedad y confirmar que se transmitía por relaciones sexuales. En ámbitos gays, se puso énfasis en que el sida había aparecido primero entre hombres homosexuales, lo cual implicaba riesgos especiales vinculados a sus prácticas sexuales o hábitos de vida.

Hasta el día de hoy, probablemente la mayoría de los trabajos de educación preventiva tomen como punto de partida la provisión de este tipo de información. Idealmente, este ejercicio es sólo el primer acercamiento al tema con el grupo objetivo y viene acompañado por estrategias para conectar a los receptores con otros servicios o actividades relacionadas.

Para los primeros hombres abordados con esta información en ambientes gays, el hecho de que esta información proviniera de sus pares de la misma comunidad fue de particular importancia y fortalecía su credibilidad, ya que previamente casi todos habían visto referencias al tema sólo en los medios de comunicación. Estos estaban por lo general desinformados y utilizaban frecuentemente un tono alarmista que a menudo era además homofóbico. El tono de estos primeros informes prácticamente garantizaba entonces su rechazo por parte de cualquier hombre gay y fortalecía los deseos naturales de negar la existencia de un peligro que prometía complicar aún más una vivencia homosexual de por sí difícil.

Folletos repartidos en bares, saunas o parques; reuniones realizadas en los circuitos gays; charlas o videos informativos, avisos en publicaciones gay previamente existentes; todos estos medios han sido utilizados para dar la señal de alerta a hombres gays y otros HSH, sobre el riesgo de su salud y bienestar. Al principio, cuando no existía claridad sobre los mecanismos de transmisión, esta información no podía ofrecer demasiadas pautas de auto-cuidado. Más adelante, los mensajes precisaron las prácticas de mayor y menor riesgo, incentivando a tomar las precauciones indicadas, normalmente dentro de un contexto de reflexión individual y de decisión conciente.

### · La “emergencia”

Sin embargo, estos primeros esfuerzos educativos tendían a desconocer el significado e importancia de la sexualidad en la vida de las personas, especialmente entre hombres gays, (con todo lo que esto significa como carga anterior de clandestinidad, discriminación y conflictos familiares o psicológicos); información que además les sugería con suspicacia “reprimir” lo que les había costado tanto asumir y vivir (*Shernoff & Bloom, 1991*). Asimismo, muchos de los materiales evitaban tratar los actos sexuales con suficiente franqueza. Un folleto publicado por un departamento estatal de salud en los Estados Unidos, “*Lo que los hombres gays y bisexuales deberían saber sobre SIDA*” (*Virginia State Health Department, 1984*), se limitó a advertirles sobre los riesgos del “*contacto sexual*”, sin indicar cómo se transmitía el VIH. Utilizando dibujos extremadamente discretos y con una sugerencia final para “*tomar medidas que puedan ayudar a prevenir su diseminación*”, el folleto planteaba un tema de sumo interés para su población objetivo pero sin incluir información concreta.

Otros materiales informativos recurrían al temor frente a la enfermedad y sus implicancias mortales para enfatizar la seriedad de la situación. Estos mensajes fueron recurrentes en las campañas oficiales de la primera época de la epidemia,



para comunicar la gravedad de la epidemia a la población en general. A veces, grupos gays imitaban estas campañas en sus materiales, con imágenes de muerte o fotos de personas enfermas. Hoy se sabe que el estimular el miedo no contribuye a incentivar cambios conductuales.

En contraste, otros grupos utilizaron palabras comunes e incluso jerga cruda, mencionando las partes del cuerpo sin rodeos en un intento por establecer una comunicación franca y directa entre hombres gays, sugiriendo el intercambio entre entendidos. Un lenguaje que habría sido ofensivo en otros contextos, fue empleado para producir una sensación de colusión, apelando al espíritu de hermandad del grupo amenazado. “*Todos están haciéndolo*”, insistía un folleto australiano de 1987, en referencia al uso del condón, que concluía afirmando que «*es un cambio importante para toda la comunidad*».

El uso de este lenguaje indica una toma de conciencia temprana frente a la necesidad de conectar la información sobre VIH/sida y las medidas de autocuidado con ideas de solidaridad comunitaria y el concepto de la auto-protección como una norma de grupo. (Shernoff & Bloom, 1991) (Parker, 2000).

- De la información a la educación

Luego del período de “emergencia”, los materiales apuntaban más a educar a las personas, en vez de sólo entregarles información. Algunas voces se levantaban para exigir mayor atención al contenido, tanto escrito como gráfico, de estas publicaciones. Cuestionaban el uso de un lenguaje carente de todo erotismo para incentivar cambios en las prácticas sexuales de los hombres. «*El mercadeo sexual se usa para vender muchos productos en la cultura occidental*», escribió un equipo de investigadores en 1993, “*pero rara vez se lo ve en las tradicionales campañas educativas sobre el VIH*”. (Rosser et al, 1993).

Con la creciente preocupación por la epidemia a escala gubernamental, se aumentó la atención a la información, educación y comunicación (IEC) sobre el tema en forma masiva. Aunque rara vez estas campañas abordaban las prácticas homosexuales, las técnicas comunicacionales – incluyendo la investigación previa para precisar los mensajes centrales y la validación de materiales para asegurar que logran sus objetivos – se filtraban a grupos que dirigían sus esfuerzos a poblaciones más específicas.

Por su parte, después de los primeros intentos de comunicar la existencia del sida, los grupos gays empezaban a producir una enorme variedad de materiales didácticos, a veces con notable creatividad y altos valores estéticos. Aparecieron

cómics, revistas, postales eróticas, tarjetas informativas, calendarios, llaveros, paquetes de fósforos, posavasos, servilletas – es decir, todo objeto que pudiera servir como vehículo informativo, como en cualquier campaña publicitaria.



Los talleres educativos para grupos han sido una estrategia fundamental en la respuesta al SIDA. Archivo de la C.Ch. P.S.

## · Líneas telefónicas

Otra innovación para responder a la necesidad de informar, fue el establecimiento de líneas telefónicas de consultas sobre sida en muchas de las capitales de la región. Modelado en parte en las experiencias de “hotlines” instaladas para atender a víctimas de violación, deprimidos u otros consultantes para quienes el anonimato juega un papel importante, estos servicios inevitablemente combinaban una función informativa con otras. Las líneas podían derivar a sus usuarios a otros servicios y/o proveer intervención en crisis, consejería sobre problemas de sexualidad, familia, relaciones de pareja y otros temas. Los primeros grupos gays organizados, a veces veían sus teléfonos convertidos en “hotlines” sin proponérselo, dadas las ansias de información en la población. Para mantener un servicio óptimo de atención en estas líneas, fue necesario establecer y mantener un horario de atención, entrenar a los operadores en

información básica y técnicas de consejería y mantener una red de contactos con otras organizaciones y servicios. Muchos eventualmente agregaron un registro de las llamadas, para anotar las características de los consultantes y sus motivos. Estos registros pasaron a ser fuentes importantes de estadísticas y observaciones sobre la evolución de la epidemia y las reacciones sociales.

No siempre fue fácil publicitar estos servicios telefónicos. La mejor fuente es la guía de teléfonos de la ciudad, además de guías especializadas, conexiones con otras líneas, especialmente las del gobierno local o nacional, derivaciones de otras instituciones, publicidad de la línea a través de los medios o en revistas especializadas. Asimismo, las campañas televisivas favorecen un fuerte incremento en el número de consultas. Con el tiempo, algunas líneas se concentraban en ciertos tipos de llamadas y empezaban a derivar otras a entidades más capacitadas en información sobre tratamientos, uso de drogas, problemas de identidad sexual, duelo, servicios médicos u otros problemas.

Los grupos que mantenían estas líneas rápidamente llegaron a entender que la información proveída, por sí sola, difícilmente iba a producir el cambio de conducta deseado, es decir, la reducción de los riesgos de infección por VIH en el individuo. De ahí la importancia de que las líneas se vieran como servicios de consejería anónimos, que atendían en primera instancia al consultante y luego lo conectaban con otros servicios e intervenciones y que además podían reforzar su proceso personal.

En general, los servicios de estas líneas, son más demandados cuando los medios de comunicación dedican espacio o tiempo al tema, como durante campañas masivas de los gobiernos o después de incidentes de particular notoriedad. Es importante que estas campañas incluyan en sus avisos los números telefónicos disponibles para atender las llamadas que el lanzamiento generará, además de particularizar las líneas más capacitadas para atender llamadas de hombres gays o HSH.

- Vínculos con los dueños de locales comerciales

Para alcanzar el máximo número de hombres gays, el lugar predilecto en la mayoría de las ciudades es el bar o discoteca con clientela parcial o exclusivamente gay. Los dueños de estos establecimientos, aunque al principio se sientan reacios a permitir acciones educativas sobre el SIDA en sus sitios por temor a perder clientela, eventualmente pueden convertirse en aliados. Se requiere un trabajo consistente y responsable, con materiales y mensajes que en vez de ser amenazantes o aterradores podrían hasta incluso ser eróticos y festivos.

Algunas organizaciones tratan de premiar a los dueños más colaboradores por su compromiso, con reconocimientos públicos periódicos. Otras consiguen la cooperación de un dueño y utilizan el ejemplo para convencer a los demás de que participen, para así no aparecer como poco solidarios con la comunidad que sostiene sus negocios.

- Visitas a sitios de sexo público

Otro tipo de intervención utilizada con frecuencia para poblaciones gay-HSH son las visitas a sitios de sexo público, lugares de encuentro semi-clandestinos donde los hombres acuden a conocer potenciales parejas sexuales o a tener relaciones *in situ*. Esta estrategia a veces combina la entrega de información básica o condones, con un intento de establecer una relación de confianza e identificación con la organización de prevención, para alcanzar a hombres más aislados socialmente, distantes de los círculos informales gay y/o más ocultos en sus prácticas homosexuales.

Estos lugares requieren considerable habilidad en el manejo, tanto para establecer los vínculos con los usuarios, como para evitar asaltos o represión policiaca. Un trabajo de relaciones públicas con las autoridades policiales y de salud puede reducir los peligros para los educadores.

Los usuarios de estos sitios generalmente reaccionan favorablemente a la preocupación sistemática mostrada por su salud y bienestar. Tarjetas intercambiables por condones u otros bienes en la sede de la organización pueden ser utilizadas para atraer a nuevos usuarios a los otros servicios individuales o actividades de concientización. Los educadores pueden agregar otros temas de interés en sus conversaciones con los usuarios así como en sus materiales, como por ejemplo las ETS, los eventuales problemas con la policía, o los métodos para usar los lugares de encuentro sin correr riesgos personales.

Los códigos de estos lugares tienden a ser no-verbales, dado que los hombres de cualquier orientación, como dice un manual, "*generalmente no conversan sobre sexo con sus parejas sexuales*" (Beckstein, 1990). Los educadores más hábiles en este tipo de comunicación suelen ser los mismos hombres que conocen y utilizan los lugares visitados, por lo cual puede ser difícil separar sus labores educativas de su actividad sexual. Los programas de esta índole deberían establecer procedimientos y normas éticas para evitar confusiones y eventuales pérdidas de confianza entre los beneficiarios.

- "Outreach"

Para establecer y mantener vínculos con los hombres gays o HSH, muchos grupos ponen énfasis en la necesidad de ir en búsqueda de los beneficiarios potenciales, en vez de esperar que ellos lleguen a las organizaciones. "Outreach", en el término inglés, implica una presencia permanente en lugares de encuentro gay, tanto comerciales como informales: parques, saunas y sitios de sexo público. Estas labores implican relaciones de cooperación con los dueños de locales, revistas, agrupaciones formales e informales, hospitales con programas de VIH/sida y todo tipo de círculos que reúnen a los hombres gays-HSH.

- Limitantes de la labor informativa

Después de muchos esfuerzos para informar a la comunidad sobre el riesgo del VIH/sida, algunos investigadores empezaron a alertar sobre la aparente ineficacia de estas acciones. Descubrieron no sólo que las tasas de infección no habían bajado en determinados grupos, sino que los mismos receptores de la información no habían cambiado sus prácticas más riesgosas. Muchos estudios indicaban la persistencia de conductas de riesgo en hombres plenamente conscientes del riesgo que corrían (*Parker, 1995; Myers, 1993; Díaz, 1998*).

Estos investigadores y algunos observadores dentro de las mismas instituciones, sugerían que los factores que llevaban a los hombres gays y HSH a exponerse al riesgo de VIH, eran mucho más complejos de lo que se había considerado previamente. Insistían en la profundización de las intervenciones, basándose en nuevos conocimientos y reflexiones sobre vivencias y significados de la sexualidad.

## BARRERAS PARA SEXO MAS SEGURO EN HOMBRES GAY LATINOS

### 1. Machismo

- Un foco casi exclusivo en prácticas sexuales penetrativas, en la medida de que el sexo sin penetración no es considerado sexo.
- Percepción de bajo control sexual, donde el alto estado de excitación, "estar caliente", es usado como justificación social para el sexo desprotegido y la rendición del control reflexivo regulatorio.
- Una percepción de la sexualidad como un lugar favorable para probar la masculinidad, donde la posibilidad de perder la erección debe ser evitada a toda costa.

### 2. Homofobia

- Un fuerte sentimiento de vergüenza personal relacionado con el deseo sexual del mismo sexo, tanto así, que el temor al rechazo en los encuentros sexuales se antepone a la preocupación por la salud.
- Problemas serios de autoidentificación como miembro de un grupo en riesgo, con la consecuente negación de la vulnerabilidad personal ante el VIH, que conlleva al uso desmedido del alcohol, drogas y otros tóxicos, como preparación de la actividad sexual.

### 3. Cohesión familiar y familia homofóbica

- Vidas encerradas con un bajo nivel de identificación y apoyo social de la comunidad homosexual.
- Mínima influencia de los cambios normativos de la comunidad homosexual, respecto al comportamiento sexual, porque las familias son vistas como el principal grupo de referencia social.
- Una separación forzada entre sexualidad y vida o relaciones social/afectivas, que promueven los encuentros anónimos y ocultos en lugares públicos.

### 4. Silencio sexual

- Problemas para hablar abiertamente sobre sexualidad, dando como resultado dificultades en la comunicación sexual o negociación por sexo más seguro.
- Aumento de la disconformidad sexual en todos los aspectos pertinentes a ella.
- Disociación psicológica entre pensamientos y sentimientos sexuales, lo que entorpece la auto-observación en el área de lo sexual.

### 5. Pobreza

- Sentido empobrecido de control personal sobre la propia vida, llevando a concepciones fatalistas sobre salud y bienestar personal.
- Desempleo elevado, abuso de drogas y violencia, que restan importancia a la infección de VIH como preocupación central.
- Situaciones de dependencia económica tales como vivir con la familia, relaciones explotadoras con hombres mayores y/o prostitución, donde el poder personal de auto-identificación y regulación se ven fuertemente mermadas.
- Valores clasistas predominantes en la sociedad, relacionados con la apariencia personal, el poder económico y los logros educacionales, que minan el sentimiento de pertenencia y el reconocimiento social de hombres de menores recursos.

Rafael M. Díaz y G. Ayala (2001) «*Discriminación Social y Salud: El Caso de los Hombres Latinos Homosexuales y el Riesgo de Infección por HIV*». Washington: National Gay and Lesbian Task Force.

## B. Facilitación de la adquisición de destrezas y habilidades individuales

La sensación de urgencia para informar masivamente al público sobre SIDA rápidamente entró en crisis. Los activistas vieron que la información y la advertencia acerca del peligro, no tenían mayor impacto en los hábitos sexuales de las personas. Los hombres gays y HSH, no fueron la excepción. Empezaron a buscar métodos más sofisticados, pero primero tuvieron que entender algo de las dinámicas psicológicas y grupales que estaban operando dentro de sus comunidades.

- Percepción de riesgo

Por una parte, aunque se aceptaba la existencia de un riesgo teórico para el *grupo*, este reconocimiento no se traducían necesariamente en una conciencia *individual* de riesgo. Otros estudios indicaban que muchas personas se guiaban por criterios subjetivos, aunque ciertamente sugestivos, para determinar si una pareja sexual potencial tendría o no el virus, como por ejemplo, su aspecto físico, el grado de conocimiento previo, su clase social, su supuesta historia sexual anterior, o el nivel de intimidad del lugar de encuentro, (CChPS, 1997; Shifter & Madrigal, 1997).

Por otra parte, las relaciones de pareja, aún de reciente formación, influían fuertemente en la decisión de algunos hombres gays de dejar de lado la prevención, *en pro* de un compromiso de confianza y fidelidad entre los dos.

De las exploraciones de estas situaciones surgían metodologías que pretendían estimular entre los participantes nuevos niveles de conciencia de sus propias reacciones y procesos de raciocinio, además de permitirles adquirir ciertas destrezas, como el correcto uso del condón o la negociación de prácticas preventivas. Utilizaban *role-playing* y otros ejercicios para explorar las reacciones sentimentales y sexuales propias.

El ejemplo clásico de este tipo de técnica es el taller de sexo seguro, que en una variedad de formas se ha popularizado en todo el mundo. Estos talleres son reuniones de entre 10 y 20 participantes, quienes comparten sus vivencias y preocupaciones a través de juegos, ejercicios dirigidos y conversaciones, donde el facilitador introduce información básica sobre el SIDA y promueve la autoobservación y la reflexión individual y colectiva. Muchos grupos latinoamericanos llevaron adelante actividades de esta índole con variaciones de temáticas, formatos y periodicidad, considerándolas como elementos claves de su estrategia de prevención (Cáceres y Rosasco, 1993; Shifter y Madrigal, 1997; Almeida, 1997; Parker y Terto, 1998).

Talleres de este tipo son eficaces para abrir la conversación sobre la sexualidad y desarrollar normas grupales entre hombres gays y eventualmente otros hombres. Al exterior los participantes pueden tener pocas oportunidades de discutir de manera seria los temas de sexualidad que les preocupan. Según Díaz (2000), es importante permitir que los participantes comenten sus experiencias de sexo no-protégido sin censura ni tabúes, ya que estas experiencias no sólo son comunes, sino que forman parte del proceso de aprendizaje y cambio.

Sin pretender ser la panacea, talleres de este tipo superaron algunas de las limitantes de la entrega de información, logrando una experiencia didáctica colectiva que tuvo impacto inmediato, de modo que cada participante veía el proceso simultáneamente en sí mismo y en los demás. En las evaluaciones, los participantes de estas reuniones comentan a veces que han sido las primeras oportunidades que han tenido de hablar francamente sobre su sexualidad, aún incluso después de años de participar en circuitos sociales gay.

El uso de talleres destinados no sólo a la enseñanza de prácticas sexuales preventivas, sino también aquellos destinados a tratar los conflictos de orientación sexual (*“coming out”*), las relaciones de pareja, las problemáticas familiares, el abuso sexual, el racismo u otros temas, marcó un avance en las estrategias preventivas para hombres gays. Estas experiencias incorporaron aspectos psicosociales y utilizaron el proceso grupal como parte íntegra de su método. Implícitamente, los organizadores de estos talleres reconocieron que la información e incluso las buenas intenciones de protegerse, no eran suficientes para garantizar hábitos de auto-cuidado y que la prevención implicaba procesos no sólo individuales sino grupales y sociales.

Asimismo, los materiales producidos para hombres gays, empezaban a incorporar mensajes reflejando estas percepciones de influencias múltiples y las formas sutiles de auto-engaño. *“No supongas nada”*, anunciaba un folleto del Terrence Higgins Trust de Inglaterra (1997), en referencia a la tendencia de creer que la pareja sexual estaba libre del virus sobre la base de su silencio, su aparente buena salud o su preferencia por ciertas prácticas sexuales.

Una tarjeta postal del grupo francés AIDES producida en 1998, es un ejemplo del tipo de mensaje que denuncia las interpretaciones riesgosas del silencio que por ende influye en las prácticas sexuales. Dos hombres aparecen en medio de un encuentro sexual, uno pensando, *“No me pidió condón... debe ser seronegativo como yo”*, mientras el otro se dice, *“No se puso condón... debe ser seropositivo como yo”*.



Los materiales comenzaron a tomar en cuenta la importancia del sexo para la población: se erotizó los mensajes, defendiendo los beneficios de una vida sexual satisfactoria. Se utilizó imágenes de distintos grupos gays con gustos variados, desde los románticos hasta los *leather* (aficionados al cuero), pasando por los grupos *drags* (transformismo festivo), o *S/M* (sadomasoquismo) y empleando lenguajes variados para incluir a hombres de distintos niveles educacionales. Como explica un autor pionero en la construcción de talleres de sexo seguro, “mensajes con algún atisbo de rigidez moral suelen tener el efecto negativo de invitar a esta población a desafiarlos, precisamente porque les recuerdan de las prohibiciones morales o religiosas que vivieron en su niñez” (Shernoff & Bloom, 1991).

Otros folletos utilizaban frases típicas, tomadas de entrevistas o investigaciones, para graficar las distintas situaciones que complican la prevención, como por ejemplo el uso de drogas y alcohol, el temor al rechazo o los compromisos sentimentales.

Sin embargo, aún con estas mejoras, no todos quedaron convencidos de que la percepción del riesgo era el factor clave en la prevención. Un estudio canadiense encontró que esta percepción “no fue una variable significativa”, comparada con aspectos como la auto-percepción de control o la facilidad de asumir prácticas preventivas (Canadian AIDS Society, 1993).

- Examen de VIH voluntario y Consejería

Otra innovación para la promoción de la prevención entre hombres gays, fue el reconocimiento de la importancia de un servicio integral que diera la oportunidad al consultante de hablar francamente de su sexualidad y que enfocara su vida globalmente en el momento de examinarse para el VIH.

Muchos hombres gays sufrieron experiencias de discriminación e insensibilidad cuando acudieron a recibir el resultado de su examen, especialmente cuando éste era positivo. En los primeros años de la epidemia, el personal médico a cargo de estas tareas, tradicionalmente acostumbrado a detectar casos de sífilis y gonorrea o a “controlar” a trabajadoras sexuales, no tenía las herramientas para acoger a los hombres gays, preocupados por la posibilidad de haber adquirido el VIH. En vez de utilizar el examen como una oportunidad educativa y una instancia de solidaridad, muchos de los primeros hombres gays que fueron diagnosticados con VIH, recuerdan haber recibido la noticia como sentencia de muerte, acompañada por advertencias y consejos sobre como llevar sus vidas sexuales.

Es ampliamente reconocido hoy en día, que el examen puede abrir un proceso de reducción de riesgos en un porcentaje significativo de las personas que se presentan para practicarlo. Crawford y col. (1996) constataron que los hombres gays que se habían hecho el examen, apoyaban estrategias de sexo seguro en un porcentaje mayor que otros hombres que no lo habían hecho, independientemente del resultado del examen.

Para hombres con prácticas homosexuales, una atención cálida y comprensiva de su vida íntima y afectiva durante el proceso del examen por VIH y al momento de conocer su resultado, puede ser determinante en su actitud futura frente a la prevención y frente a su propia salud. El deseo de hacerse el examen refleja un reconocimiento de los riesgos ya corridos. Se abre una puerta hacia la reflexión sobre la vida sexual y por ende, puede ser un momento decisivo para incentivar un cambio hacia menores riesgos.

En cambio, si el servicio de atención no es adecuado, la oportunidad se puede perder e incluso hay evidencia de que un resultado negativo puede incentivar conductas de riesgo adicionales en ciertas personas (*HIV Counselor Perspectives*, 1997).

La consejería para el examen VIH (normalmente a través de la técnica ELISA), usualmente consiste en una conversación confidencial y privada entre el consultante y un orientador profesional o voluntario. Se entrega información básica tanto sobre el VIH como sobre los procedimientos del examen mismo y se intenta averiguar la motivación del consultante para el examen, incluyendo las prácticas de riesgo. Muchas instituciones incluyen una pregunta planteando la posibilidad de un resultado positivo en el examen y el eventual significado de éste en la vida del consultante...un tema que algunos no han podido enfrentar previamente.

«Para hombres con prácticas homosexuales, una atención cálida y comprensiva de su vida íntima y afectiva durante el proceso del examen por VIH y al momento de conocer su resultado, puede ser determinante en su actitud futura frente a la prevención y frente a su propia salud».

Otros servicios tratan de llevar al consultante a formular un plan personal de reducción del riesgo, que puede ser puesto en marcha inmediatamente y examinado en la siguiente reunión con el consejero al momento de la entrega del resultado. Un estudio estadounidense (*Kamb, 1998*), que comprobó la eficacia de la consejería en reducir nuevas infecciones de transmisión sexual incluyó este elemento en el procedimiento de consejería.

Un examen con servicio de consejería ofrece una serie de ventajas para el trabajo de prevención entre hombres gays y HSH. Es un servicio que un número importante de individuos busca; cuando son bien atendidos, se establece un ambiente favorable para la recepción de los mensajes preventivos. Asimismo, el servicio puede ser el momento oportuno para derivar al consultante a otras actividades o servicios, tales como talleres, atención psicológica individual, orientación social o servicios clínicos. En el caso de un resultado positivo, la referencia es aun más importante ya que puede lograr que el consultante establezca un vínculo con todos los servicios y formas de apoyo disponibles en esa comunidad.

La consejería para el examen VIH surgió ante el reconocimiento de los peligros y oportunidades inherentes a lo que antes se consideraba un mero procedimiento de diagnóstico. Incluso muchas veces las organizaciones privadas, fueran gays o de otro carácter, se adelantaron y dieron la pauta antes que los mismos centros de diagnóstico.

Cuando este servicio emergió desde dentro de la comunidad, subrayó un nuevo grado de compromiso y preocupación de sus propios miembros para con sus pares. Este factor se percibió como un nuevo elemento clave en la promoción de la salud sexual gay: la idea de normas compartidas de auto-cuidado y solidaridad, de preocupación por uno mismo y por los demás como parte de un tejido comunitario.

Pese a la atención puesta en la consejería vinculada al examen VIH, está claro que no ofrece garantías de prácticas preventivas a futuro. En 1997 en la ciudad de Los Angeles, EEUU, casi dos



La consejería para el examen VIH constituye un elemento central entre los enfoques que buscan desarrollar la percepción del riesgo en las personas.

Imagen: [www.uanl.mx/publicaciones](http://www.uanl.mx/publicaciones)

tercios (66%) de los hombres gays que recibieron un resultado positivo, ya se habían examinado previamente – con un resultado negativo. (*HIV Counselor Perspectives*, 1997).

### C. Intervenciones socio-culturales

Al reconocer los aspectos sociales que influyen en la construcción de la sexualidad individual, algunas intervenciones también aprovechan el peso de ciertas normas comunitarias o la influencia de los otros miembros del grupo de referencia, -como pueden ser amigos, voceros, o líderes naturales- para establecer modas o hábitos que luego son emulados. Algunos experimentos han buscado identificar a los líderes de la comunidad - a veces informales- para promover a través de ellos los patrones de conducta de auto-cuidado. Un estudio temprano en ciudades pequeñas en EE.UU. (*Kelly, et al 1990*), constató una reducción de 30 por ciento en las prácticas de riesgo cuando los clientes más reconocidos de los bares fueron entrenados en técnicas de prevención de VIH e incentivados a promoverlas con sus allegados.

Para muchos, el mero hecho de que un semejante tenga un genuino interés en su salud y su bienestar, tiene un impacto especial. En América Latina, era común que la epidemia del VIH/sida estimulara la formación de las primeras organizaciones gay y sus esfuerzos en beneficio de la salud de sus pares. Esto fue clave tanto para fortalecer la idea de un grupo de pares solidarios como para incentivar mayor atención a los mensajes de prevención.

Como cualquier grupo de personas, los hombres gays o HSH son fuertemente influenciados por sus círculos inmediatos de amigos y conocidos. Los enfoques preventivos pueden multiplicar su impacto si buscan conscientemente incorporar a los beneficiarios como agentes de cambio entre sus pares como un acto de cariño y preocupación. Parker, et al (1995) encontraron una “estrecha asociación” entre riesgo por VIH y el “aislamiento social y conflictos psicológicos causados por el prejuicio y la discriminación”. Por lo tanto, aseveraron los autores, una respuesta consiste en tratar de incorporar a los hombres en redes de apoyo para crear ambientes sociales permanentes, incluyendo un sentido de *comunidad* (Parker, Ríos y Terto, 2000). Por su parte, Ekstrand y Coates (1990) encontraron que los jóvenes con redes sociales menos desarrolladas y que no tenían conocidos viviendo con VIH eran más proclives a prácticas de riesgo.

Sin embargo, esta estrategia plantea un problema: el de saber quién puede participar en actividades para la “comunidad”, ya que muchas personas no se sienten parte de ella o simplemente no tienen los contactos necesarios. Si los vínculos comunitarios (*gay community attachment*, Crawford, et al., 1990) son esenciales en la promoción de la prevención, ¿qué significa ello para los hombres sin tales conexiones? Quedan fuera hombres con pareja heterosexual, otros HSH u hombres que viven sus prácticas homosexuales en una clandestinidad más extrema. Algunas minorías étnicas, hombres de escasos recursos, trabajadores sexuales, menores de edad o adultos mayores o personas que no se sienten cómodas con las características del ambiente comercial gay, también pueden verse al margen de actividades de prevención diseñadas para la “comunidad”.

«Los enfoques preventivos pueden multiplicar su impacto si buscan conscientemente incorporar a los beneficiarios como agentes de cambio entre sus pares como un acto de cariño y preocupación».

No hay respuestas fáciles para esta problemática, aunque en los últimos años se ha desarrollado más proyectos e intervenciones para alcanzar a los hombres en estas circunstancias. Hay iniciativas que apuntan a estos sectores de la población, que han desarrollado sus propios métodos de abordaje. Otros proyectos apuntan a intervenir en sitios populares para encuentros sexuales fugaces, con materiales donde las referencias a la identidad gay son minimizadas o están ausentes.

## D. Transformación social

Las intervenciones arriba descritas reflejan años de experiencia en las distintas maneras de abordaje de las diversas poblaciones gay-HSH. Aun así y a pesar de la gran cantidad de talleres de auto-estima o ejercicios para la negociación sexual, ciertos investigadores sugieren la existencia de estructuras discriminatorias tan fuertemente arraigadas en la sociedad, que se convierten en barreras casi insuperables para la prevención.

Carballo-Diéguez (1998) describe cómo el papel de la represión policíaca, el catolicismo, la homofobia y los roles rígidos de género en comunidades latinas, han dificultado la prevención y la salud. Díaz & Ayala (2001) abogan de igual manera

por una mirada más allá de la vulnerabilidad individual o la falta de capacidad negociadora, que por las mismas razones sabotean las intenciones de cuidarse del VIH.

Para encarar tales factores, las organizaciones no tienen otra alternativa que la de acentuar sus críticas sociales sobre el sexismo y la homofobia. Sin embargo, no es siempre fácil salir del ámbito teórico y utilizar estos conceptos en el diseño de intervenciones como elementos para la formulación de una estrategia de prevención.

Una excepción sería el trabajo para la reivindicación en los medios de comunicación y la opinión pública, de los derechos básicos de los hombres gays y HSH en términos legales y sociales. Estas labores coinciden naturalmente con las intervenciones más directamente relacionadas con la salud, ya que se puede describir cómo las formas de discriminación y abuso inciden directamente en las prácticas riesgosas y obstruyen las prácticas de cuidado y auto-cuidado.

En este ámbito de acción política para cambiar las condiciones sociales de los hombres gays y HSH, el trabajo alrededor del sida ha abierto una puerta importante para la discusión. Muchos países de la región ven las organizaciones gays como una respuesta a la epidemia. Estas van ganando reconocimiento y credibilidad con su trabajo preventivo y asistencial y eventualmente planteando y ganando demandas legales. En Ecuador y Chile, la prohibición legal de las prácticas homosexuales ha sido eliminada y en algunas ciudades de Brasil, México y Argentina, hay leyes en contra de la discriminación por orientación sexual.

Aparte de la acción netamente político-jurídica, hay una variedad de campos en los que se cruzan aspectos reivindicativos con las exigencias de la salud pública para la prevención del VIH entre poblaciones gay-HSH. En un proceso lleno de contradicciones, la presencia de grupos de orientación gay en el trabajo relacionado con VIH/sida, ha producido una cierta validación de ellos y de sus demandas más políticas, lo que Altman (1988) llama "*legitimación a través del desastre*".

En algunos países ha habido intentos de coordinar esfuerzos entre grupos gays vinculados al sida y otras entidades dedicadas a temas paralelos tales como la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, los derechos humanos, la salud comunitaria o el comercio sexual. A escala regional, ha habido iniciativas para insistir en que los gobiernos dirijan esfuerzos hacia estas poblaciones tradicionalmente marginadas, cuestionando la tendencia a ignorarlas en las campañas oficiales.

Otra táctica usada por organizaciones gay para enfrentar las condiciones sociales negativas, fue relacionarse con los servicios médicos más frecuentados por ellos. Muchos grupos gays que empezaron a abordar el tema de VIH/sida, rápidamente vieron la necesidad de tomar contacto con el hospital o clínica donde se iban a atender los hombres afectados por el VIH o sida. La Comunidad Homosexual Argentina, por ejemplo, decidió pagar ciertas mejoras en el Hospital Muñiz de Buenos Aires, cuando empezó a atender casos de sida. Estos vínculos no sólo sirvieron para sensibilizar al personal sobre las necesidades de las poblaciones gay y HSH, sino que también señalaron a estas instituciones que los pacientes gay estaban apoyados por grupos organizados y que podían eventualmente reclamar ante situaciones de discriminación.

- Des-homosexualización del VIH-SIDA y focalización de acciones

Un fenómeno muy común en toda la región es la tendencia a minimizar la envergadura de la epidemia entre los homosexuales, enfatizándose al mismo tiempo la vulnerabilidad de otros grupos que suscitan mayor simpatía en la opinión pública tales como los de mujeres gestantes o los de niños infectados. McKenna (1997) constató que en los países en desarrollo se respondió tardíamente a la epidemia de transmisión homosexual pese a su importancia epidemiológica (también ver Parker, Aggleton & Khan, 1998). La acción política para corregir este sesgo ha sido una labor permanente de los grupos que trabajan con poblaciones gays-HSH.

Asimismo, hay otras formas en que las intervenciones preventivas para hombres gays y HSH, pueden incorporar estos análisis estructurales: Díaz; Ayala y otros (2001) sugieren que las organizaciones deben mantener abierto un espacio dentro de sus discursos oficiales para que las personas que no logran protegerse sistemáticamente puedan reconocer y hablar de tales experiencias, sean o no “fracasos” en términos de la prevención. Al cerrar filas frente al VIH y castigar a los que no se protegen por “no cumplir” con el grupo, se elimina cualquier posibilidad de discutir francamente lo que realmente esté ocurriendo en sus vidas reales. No todos los hombres comprometidos con la prevención, ni siquiera los más militantes, la practican siempre. Al reconocer el verdadero peso de los factores socio-culturales en las experiencias de su población objetivo, los activistas serán más comprensivos y capaces para proveer oportunidades de discusión sin juicios acerca de estas experiencias.

En este sentido, algunos autores insisten en la importancia de integrar la promoción de salud en todos sus aspectos con trabajos específicos de prevención para el VIH. La importancia de toda una variedad de temas psicológicos - soledad, sentido de culpa, vejez, el impacto de las pérdidas de amigos fallecidos por SIDA, el aislamiento social, el refugio en la pareja “estable” y sus riesgos - contribuyen al panorama individual y colectivo de los hombres gays y HSH y por lo tanto impactan en sus conductas sexuales, (*Canadian AIDS Society, 1994*).

## Resumen de intervenciones

En resumen, podemos detallar una serie de acciones o intervenciones, que operan en uno o más de los cuatro niveles descritos más arriba.

Entrecruzando estos distintos niveles, se pueden apreciar una serie de acciones e intervenciones cuya utilidad y eficacia son de relativo consenso global (*Terto et al, 1998*): (1) investigación, especialmente de tipo diagnóstico al iniciar una intervención; (2) información, educación y comunicación (IEC), diseñadas para la población y sensibles a sus códigos, lenguajes, normas grupales y reafirmando la satisfacción sexual; (3) *outreach* o salidas al terreno para abordar a los hombres gays-HSH; (4) trabajo permanente con dueños del ambiente comercial gay; (5) vínculos con servicios de salud, particularmente los que tienen clientela gay; (6) talleres; (7) consejería;

Los gobiernos locales o nacionales deben reconocer las ventajas de un trabajo con hombres gays-HSH y su apoyo explícito puede ser una señal contundente de preocupación social para con esta población.

(8) distribución de condones; (9) líneas telefónicas de consultas; (10) apoyo a grupos de personas viviendo con VIH y SIDA, que probablemente tendrán una presencia gay significativa; (11) presión política o administrativa en defensa de derechos individuales, incluyendo denuncias públicas, para cambiar políticas gubernamentales e influir en el debate social; (12) alianzas con otros grupos y movimientos. Los autores agregan la evaluación como una actividad adicional relevante a todas las intervenciones mencionadas.



Estas actividades pueden ser gestionadas por distintos actores. Aunque los protagonistas iniciales fueron organizaciones gays o con fuerte presencia gay, gradualmente ha habido mayor interés académico para estudiar o evaluar estos trabajos.

Obviamente, un programa ubicado en uno de los cuatro niveles de intervención, continuamente incluirá otros. Por ejemplo, una línea telefónica que pretende atender consultas meramente informativas, inevitablemente captará al mismo tiempo llamadas de personas en crisis de salud o de sus familiares, implicando salidas a terreno, intervenciones con hospitales o servicios de salud, abogacía, intervención comunitaria, defensa legal, activismo para el acceso a medicamentos y muchas otras acciones.

## Conclusiones

- Pocas de las organizaciones dedicadas al trabajo preventivo con hombres gays y HSH en América Latina, tenían bases institucionales sólidas antes de iniciar estas labores. Buscando por un lado su consolidación institucional mientras se mantenían cercanas a sus variadas poblaciones de origen, han tenido que navegar un tortuoso camino de aprendizaje e incluso han tenido que adquirir destrezas sobre la marcha e incorporar un proceso permanente de evaluación y análisis frente a la evolución de la epidemia, en un ambiente de discriminación y exclusión social.
- De la entrega de información al reconocimiento de la influencia de complejos factores psicológicos y luego socioculturales en las conductas sexuales, el proceso de buscar intervenciones eficaces para frenar la epidemia, ha sido un desafío técnico considerable, si se tiene en cuenta la necesidad de comprender y reaccionar adecuadamente a los múltiples factores que guían las vidas sexuales y afectivas de estas poblaciones objetivo. Como toda publicidad, los mensajes preventivos requieren repetición constante, pero también tienen que buscar novedad e innovación; actividades modestas pero permanentes y una variedad de materiales simples, pueden a la larga ser más útiles que actividades espectaculares o materiales lujosamente producidos. Por la presencia casi universal de algún grado de clandestinidad en la vida de los hombres gay y otros HSH latinoamericanos, los lugares de encuentro gay – legales, permitidos o clandestinos – son claves para el contacto con estas poblaciones.

- Aunque el trabajo en prevención con poblaciones gay y HSH se ha profesionalizado con los años, la contribución de personas que sin mucho entrenamiento especializado brindan la información básica sobre vías de transmisión y métodos de prevención es invaluable. Asimismo, alguna participación permanente en servicios o ayuda a personas viviendo con VIH/sida, potencia el mensaje preventivo, aun cuando no sea un objetivo prioritario del grupo. Lamentablemente, el valor de estas diversas experiencias en prevención y asistencia puede haber pasado al olvido en muchos casos, debido a la inexistencia de registros escritos sobre ellas; y sobre todo por no disponerse, en casi ningún caso, de evaluaciones de las mismas.
- Es importante recordar las necesidades del mismo equipo de trabajo y de los voluntarios participantes. El sida es un tema particularmente inquietante para los hombres gays y HSH, quienes pueden combinar el activismo con una variedad de situaciones estresantes a nivel personal, incluyendo parejas o amistades viviendo con VIH o fallecidas, su propia seropositividad, o ansiedades sobre sus prácticas sexuales.
- La incorporación de alianzas con grupos afines no sólo potencia el trabajo, sino que frecuentemente sirve para educar a cada grupo sobre la experiencia y propuestas de los demás. Algunas veces estas alianzas se constituyen en redes formales, aunque éstas suelen ser instancias complejas, que requieren de mucha claridad sobre las metas.
- Las diferentes organizaciones gays han tenido que determinar el énfasis adecuado entre el combate a la discriminación y tareas de índole política, versus concentración en prevención, servicios educativos o atención a personas viviendo con VIH. En muchos casos, se ha producido una tendencia a la especialización, para aprovechar del «*expertise*» de cada cual, y así evitar conflictos de terreno o representatividad y poder abrir el campo a nuevos actores. La permanencia de la obra, aunque reducida, es una meta importante, ya que el mensaje preventivo no debe desaparecer del medio ambiente.

## Referencias bibliográficas

- Almeida, V. (1997). ***Cabaret Prevencao***. Rio de Janeiro: ABIA.
- Altman, (1988). ***Fox and Fee: AIDS: The Burden of History***. University of California.
- Altman. (1994) ***Power and Community: Organizational and Cultural Responses***. Binghamton NY: Taylor & Francis.
- Aggleton, Jordan, Stoakes & Wilton (1991). “***Outreach Work with MSM***.” Bristol: Health Education Authority/Southmead Health Authority.
- Arauz, Ortells, Morales, Guevara & Shedlin (1997). ***Sexo Inseguro: investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al Sida en Nicaragua***. Managua: Fundación Nimehuatzin.
- Ardila, Stanton & Gauthier (1999). “***Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA***.” Bogotá: ONUSIDA/Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/GAPA-Rio de Janeiro (1988) «***Entre Homens – Sexo sem riscos***». Materiales de campaña. Rio de Janeiro: ABIA.
- Bechstein, D. (1990). «***AIDS Prevention in Public Sex Environments, Outreach and Training***» Santa Cruz, CA: AIDS Project Santa Cruz.
- Cáceres & Rosasco (1993) “***An HIV/AIDS prevention program for homosexually-active men who do not necessarily identify themselves as gay in Lima***”. Paper presented at the 9th International Conference on AIDS, Berlin.
- Cáceres & Rosasco (1997). “***The correlates of safer behavior among homosexually active men in Lima***.” AIDS 11 (supp 1) S53-S59.
- Canadian AIDS Society (1993) ***The Men ´s Survey: A Study of Gay and Bisexual Men and HIV Infection***. Ottawa: Canadian AIDS Society.
- Canadian AIDS Society (1994) ***Gaily Forward: Implications of the Men ´s Survey: A Study of Gay and Bisexual Men and HIV Infection***. Ottawa: Canadian AIDS Society.
- Carballo-Diéguez, A. (1998) “***The Challenge of Staying HIV-Negative for Latin American Immigrants***.” Journal of Gay and Lesbian Studies 8:1 61-82.
- Comunidad Homosexual Argentina (1989). “***Campaña STOPSIDA: Experiencia y evaluación***”. Mimeógrafo. Buenos Aires: CHA.

- Corporación Chilena de Prevención del SIDA (1997) **De Amores y Sombras: Poblaciones y Culturas Homo y Bisexuales en Hombres de Santiago**. Santiago: CChPS.
- Crawford, Kippaz, Rodden, Donohoe & Vande Ven. (1990) "**Male Call 96: National Telephone Survey of MSM.**" Sydney: National Centre in HIV Social Research, Macquarie University.
- D'Eramo (1988) **Document on the 4<sup>th</sup> International Conference on AIDS**. Stockholm.
- Diaz, R.M. (1998) **Latino Gay Men and HIV: Culture, Sexuality and Risk Behavior**. New York: Routledge.
- Díaz, R.M. & Ayala, G. (2001) "**Discriminación Social y la Salud: El Caso de los Hombres Latinos Homosexuales y el Riesgo de Infección por HIV**". Washington: National Gay and Lesbian Task Force.
- Ekstrand & Coates (1990). "**Maintenance of Safer Sexual Behaviors and Predictors of Risky Sex: The San Francisco Men's Health Study.**" AmJPubHealth, 80: 973-7.
- Family Health International (1998). **Final Report for the AIDSCAP Program in Brazil, Sep 1992-Aug 1997**. Research Triangle Park, NC: FHI.
- Friedman (1998) "**The Impact of Homophobia on Male Sexual Development**" En SIECUS Report "**Healthy Adolescent Sexual Development,**" May-July 1989. New York: Sex Information and Education Council of the U.S. (SIECUS).
- Health Education Authority (1994). "**The Mesmac Guide: A Practical Resource for Community-Based HIV Prevention with Gay and Bisexual Men and other Men Who have Sex with Men.**" London.
- HIV Counselor Perspectives** (1997). (6)2.
- Juran, S. (1989). "**Sexual behavior changes as a result of concern about AIDS: gays, straights, female and males**". Journal of Psychology and Human Sexuality 2:61-77.
- Kamb, M., et al. (1998) "**Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency virus and Sexually Transmitted Diseases.**" JAMA 280:1161-1167.
- Kelly, J., et al. (1990). "**Producing Population-wide Reductions in HIV Risk behavior among small-city gay men,**" En Bond, ed., A Portfolio of AIDS/STD Behavioral Interventions and Research. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Longo, P.H. (1999) "**Explorando as Estratégias de Prevencao na Prática**", en Desafios de Prevencao, Seminario do Banco de Horas. Rio de Janeiro: IDAC.

- McKenna, N. (1997) ***On the Margins: Men Who Have Sex with Men and HIV in the Developing World***. Concord, MA: Panos Institute/Paul & Company.
- Miranda, L. (sin fecha) “***O visível e o representável – políticas de prevenção ao HIV/AIDS entre homossexuais.***” Rio de Janeiro: ABIA Centro de Documentación.
- Parker, Aggleton & Khan (1998) “***Conspicuous by their absence? Men Who Have Sex with Men (MSM) in developing countries: implications for HIV prevention.***” *Critical Public Health* 8(4): 329-346.
- Parker, Quemmel, Guimaraes, Mota & Terto (1995) “***AIDS Prevention and Gay Community Mobilization.***” Development. Cambridge.
- Parker, Rios & Terto (2000) “***Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina***”, En Izazola, ed. Políticas Públicas y Prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Cd México: SIDALAC.
- Parker & Terto, Jr. (1998) ***Entre Homens. AIDS e homossexualidade no Brasil***. Rio de Janeiro: ABIA.
- Rosser, Coleman & Ohmans (1993). “***Safer sex maintenance and reduction of unsafe sex among homosexually active men: a new therapeutic approach.***” *Health Educational Research* 8:1, 19-34. Oxford: Oxford University Press.
- Shernoff & Bloom (1991). “***Designing Effective AIDS Prevention Workshops for Gay and Bisexual Men***”, *AIDS Education and Prevention*, 3(1).
- Shifter y Madrigal (1997) ***Ojos que no ven...psiquiatría y homofobia***. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.
- Terrence Higgins Trust (1997). “***Assume Nothing***” *Campaign Materials*. London: THT.
- Terto, Parker, Quemmel, Guimaraes & Sant´Ana (1998), ***AIDS Prevention for MSM in Rio de Janeiro and Sao Paulo***. Rio de Janeiro: ABIA.
- Virginia State Health Department STD Control Department (1984). “***What Gay and Bisexual Men Should Know about AIDS***” (folleto). Richmond, Virginia.



# CAPÍTULO VII

## LA SALUD DE LOS HOMBRES GAY Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES: DESAFÍOS PARA LA TERCERA DÉCADA DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA<sup>1</sup>

Veriano Terto Júnior

### Conclusión

El presente artículo busca señalar algunos desafíos que la epidemia de sida viene planteando para quienes están involucrados en la promoción de la salud de los hombres que tienen prácticas homosexuales, así como para la investigación social en homosexualidad masculina. Los temas discutidos abordan tanto la formulación de políticas públicas de salud para esta población (especialmente en la confrontación del sida) como la reflexión sobre salud, homosexualidad y sida.

Las relaciones entre homosexualidad y salud en este último siglo han sido motivo de debate y controversia, tanto en el ámbito de las ciencias médicas como en el de los movimientos sociales. Durante este período, la homosexualidad misma fue considerada una “enfermedad”, y los individuos con prácticas homosexuales, tratados como portadores de alguna patología o disturbo, que sería diagnosticado como de origen biológico o genético, o relacionado a un desarrollo psíquico inadecuado del individuo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Versión original en portugués. Traducción de Carlos Cáceres.

<sup>2</sup> En 1985, por presión de grupos gay organizados de la época, Brasil excluyó del ámbito nacional el ítem 302.0 del Código Internacional de Enfermedades de la OMS, que clasificaba la homosexualidad como enfermedad psiquiátrica. En el ámbito internacional, este ítem continuó vigente hasta inicios de los años noventa, cuando la misma OMS lo eliminó.

La llegada del sida, a inicios de los años ochenta, complejizó estas relaciones y sirvió de motivo para el recrudecimiento de los prejuicios contra los homosexuales, y la propia homosexualidad masculina se transformó en un sinónimo de sida. En un inicio, la asociación llegó a tal punto que la enfermedad recién descubierta llegó a ser llamada GRID (Gay-related immune deficiency) en los medios científicos, y “cáncer gay”, “peste gay” o “peste rosa” por la prensa y la opinión pública (Daniel y Parker, 1991).

Pasados veinte años, el sida continúa constituyendo un problema grave en la cotidianidad de los hombres gay. Las representaciones sociales que identificaban a estos últimos ora como villanos, ora como víctimas del sida, permanecen vigentes y hacen que éstos continúen, a nivel individual, sufriendo los estigmas y prejuicios implícitos en la asociación sida-homosexualidad, y permanezcan en riesgo de infectarse con el VIH, en caso de no adoptar prácticas sexuales seguras. Colectivamente, la epidemia todavía se impone como un problema que exige respuestas de diferentes sectores gubernamentales, y demanda movilización para que se garantice recursos y se les aplique en la prevención y la asistencia, de modo que la discriminación y el prejuicio sean denunciados y castigados, y los derechos humanos sean respetados. Las complejas relaciones entre homosexualidad y políticas de salud pueden ser ilustradas por el siguiente ejemplo: en el Brasil, los homosexuales (si así se autoidentifican al acudir a donar sangre) están impedidos de donar en los Bancos de Sangre por disposición del Ministerio de Salud, que los considera un potencial “grupo de riesgo” para el sida y otras infecciones sexualmente transmisibles. Tal medida viene siendo cuestionada por el movimiento homosexual y las ONGs de sida por su carácter discriminatorio y estigmatizante, que puede estar produciendo más daño a la población que contribuyendo al control de la epidemia y las ITS.

El impacto del sida en los homosexuales adquirió dimensiones catastróficas en los países occidentales. Tempranamente en los años ochenta y fuese desde liderazgos particulares o desde organizaciones gay, los homosexuales, estuvieron primero, y entre quienes más directamente, se movilizaron para enfrentar los desafíos impuestos por la epidemia, no sólo a la población homosexual, sino también a otras poblaciones específicas y a la población como un todo<sup>3</sup>. Esta movilización generó respuestas como la de la creación de diversas organizaciones no gubernamentales de servicios en sida, la producción de los primeros manuales sobre las formas de transmisión y sobre *sexo más seguro*, y la promoción de los derechos humanos y de la solidaridad como principios básicos del trabajo de prevención, entre otras (Terto Jr., 1997).

<sup>3</sup> Ver, para un análisis de las lecciones aprendidas a partir de estos esfuerzos, el capítulo VI.



Aunque estas respuestas puedan haber contribuido a una tendencia hacia la estabilización en el número de casos nuevos en algunos países, como ocurrió en el Brasil, la asociación entre sida y homosexualidad continúa siendo motivo de debate y de análisis, por parte tanto de los investigadores en sexualidad y salud, como de los activistas y *experts* involucrados en el enfrentamiento de la epidemia. En el inicio de la tercera década de convivencia con esta última, los viejos desafíos se suman a otros nuevos<sup>4</sup>. Entre los más recientes, puede señalarse la siguiente tendencia: cuando se aborda la salud de los hombres gay, la primera e inmediata referencia es el sida, como si fuese el único problema de salud posible en esta población, o como si el estatus serológico para el VIH fuese el único indicador de su estado de salud (Tuller, 2001).

Tal tendencia demuestra la dimensión de impacto del sida sobre la vida de los homosexuales, y cómo la representación “sida-homosexualidad” todavía se resiste a desaparecer y puede inclusive estar imponiendo una barrera a las iniciativas de prevención y asistencia en esta población. Así también puede estar dificultando la comprensión de cómo el VIH/sida y otros problemas de salud están afectando a las diferentes poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. La tendencia a reducir los problemas de salud de los homosexuales al sida puede dificultar una evaluación de las verdaderas necesidades de salud de esta población y de los caminos posibles para adecuar los servicios de salud de modo que sean capaces de resolver tales necesidades.

A continuación discutiremos algunos de estos desafíos, que deben ser enfrentados en el ámbito de las relaciones entre homosexualidad, salud y sida en los próximos años. Divido estos desafíos en tres campos: epidemiología, prevención y asistencia. Espero, al delinear estos desafíos y preguntas, contribuir al debate y la investigación, tanto en el contexto académico (y más específicamente en el de la investigación social) como en el de los servicios públicos y del activismo gay.

## Epidemiología

En el campo de la epidemiología<sup>5</sup> son escasos o poco difundidos estudios que, cualitativamente, aborden en mayor profundidad la cuestión de la homosexualidad y puedan aportar en la comprensión de cómo la epidemia viene afectando

<sup>4</sup> Un ejemplo de cómo los viejos prejuicios que relacionan el sida con la homosexualidad masculina permanecen es la declaración del articulista de la *Folha de Sao Paulo*, en la crónica del 3 de marzo de 2000, que dice que “para contraer el sida de todas maneras basta frecuentar a homosexuales” (Fuente: *Folha de Sao Paulo*, 3/3/2000, citado por Mott y Cerqueira, 2001).

<sup>5</sup> Para un análisis detallado de la epidemiología del sida entre los HSH en la región, véase el capítulo II.

a distintas poblaciones de HSH, e identificar otros problemas de salud que estas poblaciones enfrentan. La realización de más estudios podría, inclusive, mejorar nuestra comprensión del cambio en la frecuencia relativa de casos de sida, a expensas de un incremento relativo de casos heterosexuales y una concomitante reducción relativa de casos homosexuales.

En los últimos años, la homosexualidad como categoría social ha sido objeto de investigaciones y debates que vienen aclarando diferentes procesos acerca de cómo las identidades sociales y políticas son conformadas a partir de la vivencia de deseos sexuales por personas del mismo sexo (*Heilborn, 1996; Parker, 1992; McRae, 1990*). En el campo de la epidemiología, la definición de la homosexualidad como categoría epidemiológica ha sido problemática, y su enfoque se presenta complejo y difícil. Tampoco la transmisión homo-bisexual ocurre siempre en personas con una identidad social y sexual definida como homosexual, pudiendo incluso definirse como heterosexuales. En el Brasil, 18% de los casos de sida entre hombres aún son notificados como de “transmisión por causa ignorada”; y la dificultad de comprender quienes son y qué acontece con ellos puede ser resultado de las limitaciones de los instrumentos epidemiológicos y de la complejidad del definir epidemiológicamente el universo homosexual<sup>6</sup>. Puede ser que en este 18% estén incluidos hombres con prácticas homosexuales esporádicas o constantes, y con identidades sociales heterosexuales (*Brasil, 2001*).

Si hubo una disminución en el número de casos de transmisión homo-bisexual, o si existe una tendencia a la estabilización en el número de casos nuevos, sería interesante explicarla, y también conocer si tales cambios se distribuyen en distintos segmentos de la población homosexual, tomando en cuenta factores tales como la edad, la raza, la clase social, y el área geográfica, entre otros. Existen versiones que señalan una juvenilización y pauperización en la incidencia de VIH/sida en el Brasil y otros países (*Pimenta y col., 2001*). Los jóvenes con prácticas homosexuales han sido señalados como una población especialmente vulnerable al VIH y pueden contribuir nuevamente a un aumento en la incidencia del sida en la población homosexual masculina. Antes de que observemos la creación de nuevos estigmas o el refuerzo de otros antiguos, es importante realizar estudios que permitan analizar estas tendencias y sus correlatos, de modo que orienten acciones de prevención y contribuir en la definición de las necesidades en el ámbito de la salud que los hombres con prácticas homosexuales puedan estar expresando, y que no solamente incluyen aquéllas relacionadas al VIH/sida, sino también las vinculadas a otros problemas de salud y factores de vulnerabilidad.

<sup>6</sup> Véase, para profundizar esta discusión, los capítulos III y V.

## Prevención

Se calcula que menos del 5% de los recursos totales empleados en prevención en América Latina han sido destinados a la prevención del VIH/sida en la población homosexual. Aunque en Brasil y otros países esta proporción puede ser algo mayor, ciertamente no corresponde a la importancia que la transmisión homosexual tiene en el perfil de la epidemia en la región. Entretanto, algunos estudios han venido demostrando que la población de HSH está entre las que practican más consistentemente *sexo más seguro*, y las que mejor informadas están sobre ITS/sida, lo que ciertamente viene colaborando para que, de forma general, se haya visto una disminución de la incidencia en esta población en algunos países, aunque probablemente de maneras no uniformes (*Brasil, 2001*). Como ya mencioné, segmentos de la población más joven, en situación de pobreza o bajo los efectos de factores de vulnerabilidad tales como la opresión sexual y la violencia familiar y policial, entre otros, presentan niveles preocupantes de infección por VIH y merecen cada vez mayor atención de las iniciativas de prevención (*Pimenta y col., 2001*)<sup>7</sup>.

Las dificultades para la prevención en estas poblaciones están relacionadas con la vergüenza y la culpa que todavía rodean el abordaje de la homosexualidad en las iniciativas de prevención e incluso de *asistencia* (*Warner, 1999*). La culpa y la vergüenza pueden estar justificando las representaciones según las cuales todo homosexual es potencialmente un enfermo de sida y responsable por la diseminación del virus en otros segmentos poblacionales, así como las imágenes de la homosexualidad en los medios y las campañas de prevención, el miedo de los hombres gay a someterse al examen y la crisis que suelen experimentar tras la recepción de un resultado positivo, al considerarse o ser considerados culpables de haberse infectado.

La culpa y la vergüenza pueden inclusive marchar implícitas en los mensajes de prevención, cuando recomiendan el *sexo más seguro* (*safer sex*) como un mandamiento a ser cumplido sin contemplaciones, sin derecho a equivocarse, de modo que cuando éste no es cumplido la situación es interpretada como resultado de irresponsabilidad o negligencia, o vista simplemente como un fracaso del individuo en la negociación o práctica del *sexo más seguro*. Las iniciativas de prevención deben prever que la negociación del *sexo más seguro* está sujeta a una serie de factores y circunstancias que varían a lo largo de la historia del individuo. Tal vez no sea posible practicar sexo seguro siempre, en todas las relaciones sexuales, du-

<sup>7</sup> El riesgo y la vulnerabilidad son el tema central de discusión en el capítulo IV de este volumen.

rante toda la vida. Por el momento es importante procurar entender estas variaciones y circunstancias a lo largo del proyecto de vida de los individuos, en vez de reforzar los aspectos normativos y de control que los mensajes preventivos puedan contener, los cuales pueden, a su vez, alimentar sentimientos de culpa y vergüenza cada vez que ocurriesen, si así fuera, prácticas sexuales 'de riesgo'.

Otro desafío para la prevención del VIH entre HSH ha estado constituido por la selección de abordajes metodológicos apropiados. Hasta la segunda mitad de los años noventa, los modelos y las teorías comportamentales fueron los más utilizados en las iniciativas de prevención (Parker, 2000)<sup>8</sup>. En los últimos años, estos modelos vienen siendo criticados y reformulados, ya que priorizan cambios de conducta, como si el riesgo de VIH pudiese ser evitado a partir de normas técnicas (que justamente *normarían* la práctica consistente del *sexo más seguro*) recomendadas y adoptadas. Tales modelos comportamentales de corte tradicional, al concentrarse en la alteración y medición de un aspecto del individuo –el cambio de conducta–, terminan dejando de lado otros aspectos más en la esfera de lo social y cultural, que también se han revelado como importantes en las iniciativas exitosas en el campo de la prevención. En este sentido, otros modelos han venido orientando las intervenciones, dirigiendo el énfasis hacia cuestiones estructurales tales como la situación socioeconómica y el respeto de los derechos civiles, y hacia factores tales como la opresión sexual, la violencia familiar y policial, el racismo, y el nivel de escolaridad, entre otros, que vienen también, de forma aislada o sinérgica, determinando la vulnerabilidad al VIH/sida y también frente a otros problemas de salud.

Los modelos comportamentales fueron importantes para, en un momento de emergencia, ampliar los niveles de información sobre los riesgos y sobre las formas de prevención individual, y llamar la atención sobre la urgencia del cambio de ciertas conductas. Mostraron cómo era posible, evitando ciertas prácticas y adoptando otras, mantener una vida sexual activa, inclusive en presencia del VIH. Sin embargo, tal vez debido a estas condiciones de emergencia, se enfatizó en exceso la importancia del VIH/sida, al punto de que éste terminó constituyéndose en el único indicador de salud concebible al hablarse de los homosexuales. De la misma forma, se privilegió aspectos técnicos y normativos, que se centran en la eficacia del individuo en el manejo de técnicas de prevención y terminan por presentar el sexo más seguro como una nueva regulación en el marco del dispositivo de control social de la sexualidad, sin tomar en cuenta otros aspectos de su vida, tales como la calidad de su experiencia sexual, el placer y la felicidad.

<sup>8</sup> Para una discusión más profunda de este punto, se sugiere revisar el capítulo V.

Al intentar llevar estos modelos comportamentales a otros segmentos sociales, su aplicación también mostró limitaciones, pues para muchos la adopción y sostenimiento de prácticas más seguras está íntimamente relacionada a cambios en factores de vulnerabilidad como los ya mencionados. En este caso podemos mencionar grupos étnicos oprimidos o poblaciones empobrecidas, de modo tal que la defensa de sus derechos humanos (además de las recomendaciones para el cambio comportamental) resulta fundamental para la prevención del VIH/sida y la promoción de la salud.

En las próximas décadas se tornará necesaria la elaboración y el empleo de modelos con perspectivas más integradoras y holísticas para la salud, en un sentido más amplio. No es suficiente la consideración del VIH; por el contrario, es imprescindible identificar otras necesidades, prevenir otros problemas de salud, defender los derechos humanos, enfrentar las condiciones de opresión sexual y social, y principalmente promover la felicidad como un objetivo a ser alcanzado en la búsqueda de una salud colectiva e individual plena (Ayres, 2002).

## Asistencia

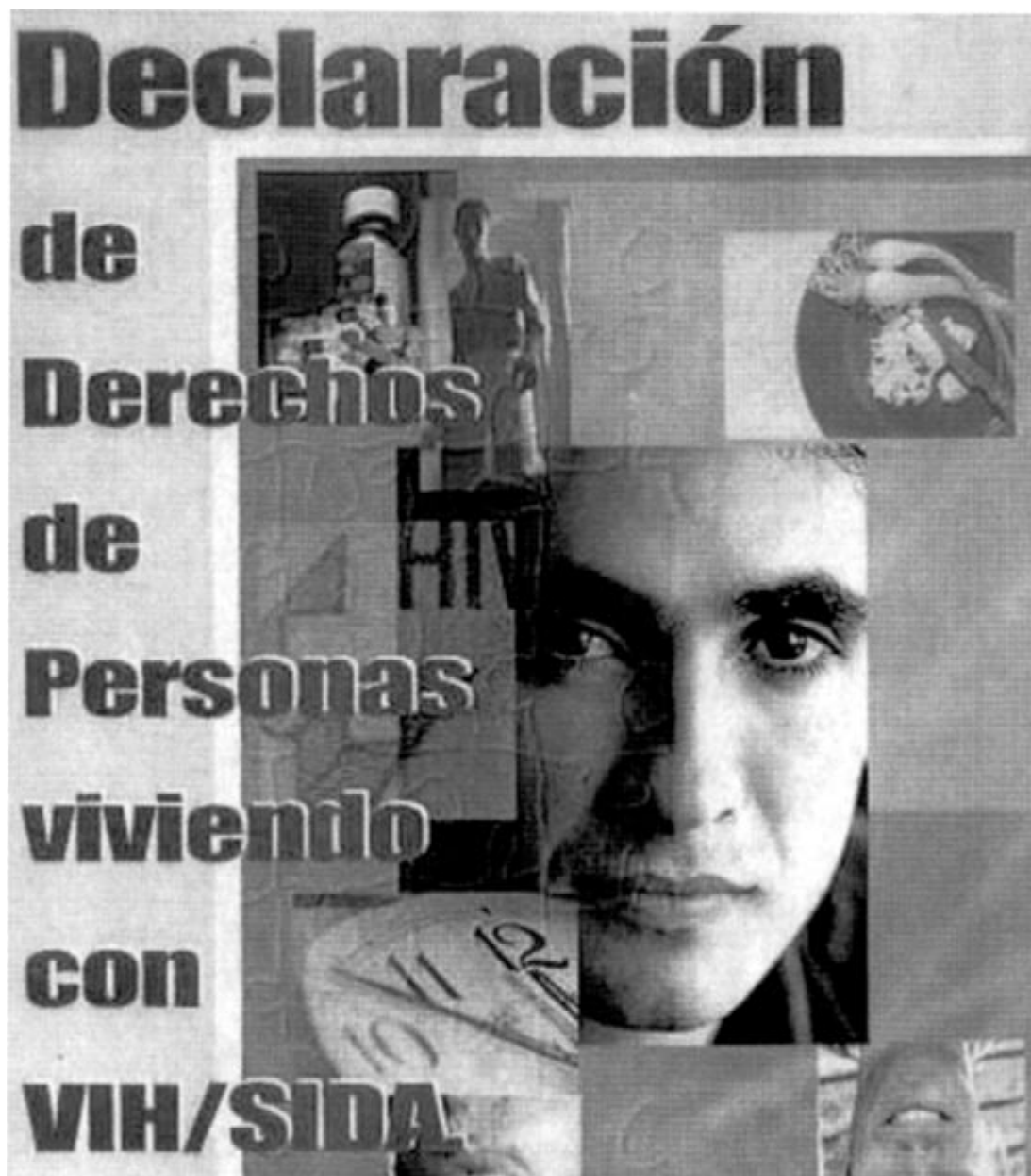
La categoría *orientación sexual* en general no es considerada en las investigaciones de la epidemiología clínica sobre factores de riesgo para distintos problemas que pueden afectar a los hombres (o a las mujeres). De esta manera, los problemas y necesidades de salud de las poblaciones con distintas orientaciones sexuales terminan no siendo reconocidas por la profesión médica (Tuller, 2001). Este ha sido uno de los mayores obstáculos para la atención de las necesidades de salud de los hombres con prácticas homosexuales. Los problemas de salud mental, incluyendo el abuso de sustancias y la violencia, u otros problemas tales como las demás ITS, han sido escasamente estudiados desde el punto de vista de la relación entre su ocurrencia y la orientación sexual, lo que revela un vacío en los programas de investigación en salud. Sería interesante, además de la relación con la incidencia del VIH, conocer también cómo la diversidad sexual (y la experiencia de vivir sexualidades minoritarias) se relaciona con la vulnerabilidad frente a dolencias como la hepatitis C ó el HPV (papiloma virus humano, que puede producir cáncer cervical en las mujeres y cáncer anal en los hombres), entre otras infecciones virales transmitidas sexualmente, así como frente al cáncer de próstata.

Con relación a la salud mental, los efectos del estrés sobre la salud física y psíquica de los hombres gay debido al hecho de vivir en una sociedad homofóbica no han sido mayormente explorados. En este sentido, debe estudiarse en qué medida problemas como la depresión, las actitudes autodestructivas y el uso de drogas, entre otros, aparecen como relacionados con las dificultades de vivir una orientación sexual diferente de la dominante.

La homofobia, que todavía se halla presente en los servicios de salud, es otro obstáculo para el acceso a éstos últimos y para el desarrollo de tratamientos adecuados. En contraposición a la experiencia de los Estados Unidos o parte de Europa Occidental, donde se dispone de servicios dirigidos por profesionales de salud asumidos como homosexuales, en América Latina ésta es una realidad distante, como lo son también los programas de salud orientados a la población homosexual, los cuales sí existen, en cambio, orientados a otras poblaciones específicas (por ejemplo, jóvenes, mujeres, migrantes).

Sin dejar de lado los esfuerzos en prevención y tratamiento de la infección por VIH, la intención de este artículo consiste en llamar la atención hacia estrategias que puedan reforzarlos y contribuir a que lleguen a un número cada vez mayor de HSH. En lo que se refiere a asistencia, posiblemente la inclusión de la orientación sexual en los estudios clínicos sobre varias enfermedades podría ampliar las posibilidades de atención para una salud más integral, incluyendo el VIH. Conocer las distintas condiciones y necesidades de salud de las poblaciones homosexuales, valorizando sus variadas identidades, expresiones y proyectos políticos, es una forma de reconocerlas socialmente, y romper con la imagen de enfermedad que ha prevalecido hasta la actualidad en gran parte del pensamiento sobre homosexualidad y salud. Esto ciertamente permitirá una atención menos masificada, estigmatizante e irrespetuosa de las diferencias.

Una de las lecciones aprendidas en la atención de la salud de los grupos sociales marginalizados se refiere a la importancia de incluir, en la noción de 'tratamiento', la idea de 'cuidado', que según Ayres (2002) ampliaría el enfoque de modo que, más allá de tratar síntomas, considere también la trayectoria y los proyectos de vida del individuo. El tratamiento sería así una forma de contribuir no sólo a la supresión de los síntomas clínicos, sino también al desarrollo de tales proyectos de vida, estimulando la inserción social y la realización personal.



Material promocional desarrollado en el marco de una campaña de *advocacy* por los derechos de las personas viviendo con VIH/sida en Chile. Archivo de la C.Ch.P.S.

## Conclusión

Los desafíos aquí analizados aluden a la importancia de la interdisciplinariedad entre los diferentes saberes, de la solidaridad entre investigadores y activistas, y de la necesaria integralidad de las acciones de prevención y asistencia, en la prevención y tratamiento del VIH/sida y de otros problemas de salud de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres. Los estudios epidemiológicos deben guardar sintonía con la investigación sobre homosexualidad, incluyendo la comprensión de factores de vulnerabilidad social al VIH, de forma que el análisis sobre el impacto de la epidemia sea más explicativo, y la definición de políticas de prevención resulte consiguientemente mejor orientada. Los estudios clínicos podrían también considerar la cuestión de la orientación sexual para una mejor comprensión de la epidemiología de otros problemas de salud que afectan a los HSH, así como de los contextos de vulnerabilidad que se encuentran en la base de tales asociaciones.

La prevención y la asistencia deben estar integradas para garantizar una atención más completa que tenga como meta la felicidad individual y colectiva. En todo grupo poblacional, y particularmente en los grupos socialmente excluidos, la prevención debe orientarse no hacia la imposición de normas disciplinarias sobre lo que es correcto y lo que no lo es, sino hacia la promoción de acciones que busquen la emancipación y la felicidad. En este sentido, la promoción de los derechos humanos debe ser parte fundamental de este conjunto de acciones e intervenciones en el campo de la salud.

Las relaciones entre homosexualidad y salud, tanto en las ciencias médicas como en la opinión pública, como puede demostrar el caso del sida, han originado representaciones sociales de los homosexuales cuyo enfrentamiento está aún pendiente, tanto a nivel individual como colectivo. Tales prejuicios y prácticas discriminatorias han sido un obstáculo para la construcción de identidades más positivas y de proyectos de vida que lleven hacia una existencia menos traumática, y han dificultado también la implementación de políticas de salud que realmente respondan a las necesidades de los individuos. Al inicio de la tercera década de convivencia con la epidemia, las lecciones aprendidas y los desafíos a ser enfrentados, demuestran que es hora de que estas relaciones cambien radicalmente, de modo que dejen de definirse solamente a partir del prejuicio o la noción de 'enfermedad', y comiencen a verse cada vez más a partir de la solidaridad y la promoción de la felicidad.



## Referencias bibliográficas

- Ayres, J. (2002). **Repensando conceitos y práticas em saúde pública. Anais do Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década.** Rio de Janeiro: ABIA.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. **Pesquisa com homossexuais.** Junio, disponible en el site [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), visitado el 16/12/01.
- Cáceres, C y Chequer, P (2000). **The HIV Epidemic among Men who have Sex with Men in Latin America and the Caribbean.** Abstracts volume, XIII International Conference on AIDS, Durban, 9-14 julio.
- Daniel, H y Parker, R (1991). **AIDS: A terceira epidemia.** Sao Paulo: Iglu Editora.
- Mott, L y Cerqueira, M. (2001). **Causa mortis: homofobia.** Salvador: Editora do Grupo Gay da Bahia.
- Parker, R. (2000). **«Teorias de mudança comportamental e intervenção frente ao HIV/AIDS».** En: Parker, R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: AIBA e Editora 34.
- Pimenta, M.C., Rios, F, Brito, I, Terto Jr, V y Parker R (2001). **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: ABIA.
- Terto Jr, V. (1997). **Reinventando a vida: histórias sobre homossexualidade e AIDS no Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Mimeo.
- Tuller, D. (2001). **For gay men, health care concerns move beyond the threat of AIDS.** The New York Times, new York, 14/08.
- Warner, M (1999). **The trouble with normal: Sex, politics and the ethics of queer life.** New York: The Free Press.



# ANEXOS



# I. Resumen Ejecutivo

Este libro es una compilación multidisciplinaria del conocimiento acerca de la epidemia de sida en las poblaciones de *hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)* en América Latina. Un conjunto de especialistas de varios puntos del continente encaran la situación desde diversos ángulos, de modo que las perspectivas socioculturales se complementan con los enfoques de la salud pública y viceversa. La obra consta de siete capítulos –además de este resumen ejecutivo– y de un anexo singular en términos de su extensión y variedad: un catálogo que abarca sin duda gran parte de las investigaciones realizadas en el continente alrededor del tema. Primeramente la introducción a cargo de Carlos Cáceres y Mario Pecheny realiza la presentación de la publicación en el contexto de la epidemia en América Latina y la respuesta social a ésta. El segundo capítulo a cargo también del epidemiólogo peruano Carlos Cáceres, analiza comparativamente desde las cifras y las estadísticas la situación actual del problema en toda la región, y plantea, de paso, recomendaciones para mejorar la calidad de la información disponible. En el tercer capítulo el antropólogo chileno Gabriel Guajardo describe la construcción sociocultural de las relaciones y prácticas homoeróticas masculinas. El puertorriqueño José Toro aborda en el cuarto capítulo la problemática de la vulnerabilidad social de los HSH y el riesgo que ésta implica para ellos de infectarse y enfermar por VIH. Desde Argentina Mario Pecheny y Hernán Manzelli examinan en el quinto capítulo las teorías y modelos utilizados para generar programas de prevención, particularmente en HSH. A estas investigaciones se añade la del periodista norteamericano Tim Frasca que en el sexto capítulo analiza las más importantes “lecciones aprendidas” de los programas de prevención y de cambio social. Finalmente y a manera de conclusión, el psicólogo y activista brasileño Veriano Terto amplía su análisis y concluye hablando sobre la salud integral de los HSH y sobre otros problemas que no deben ser perdidos de vista. El Catálogo de Investigación anexo fue realizado en su primera parte (investigaciones llevadas a cabo entre 1989 y 1998) por un grupo de investigadores peruanos coordinado por Carlos Cáceres, y en su segunda parte (estudios realizados entre 1999 y 2001) por el mexicano Alejandro Brito. En ambos casos se contó con la colaboración de puntos focales en toda la región.

Este volumen se produce en respuesta a la notable brecha entre la magnitud de la epidemia en las poblaciones de hombres gay y otros HSH en la región y la respuesta social (particularmente la de los Estados) a ésta. Paradójicamente, esta situación resulta en parte de un movimiento global impulsado desde fines de los años ochenta para “deshomosexualizar” la epidemia, tanto para evitar la estigmatización de los HSH como para convencer a los demás sobre los riesgos a los que cualquier persona sexualmente activa estaba expuesta, y confrontar el mismo estigma que afectaba al SIDA como enfermedad “de otros”. No se ha reconocido, sin embargo, que algunas de las presunciones que guiaron esta medida estratégica asumían que (1) ya se había invertido suficientemente en la prevención entre los HSH; y (2) la epidemia en estos grupos ya estaba adecuadamente controlada. No existe, sin embargo, evidencia de ninguna de estas dos afirmaciones: aunque muchos programas orientados a HSH fueron visibles en los inicios de la respuesta regional a la epidemia, éstos fueron en su gran mayoría programas de bajo presupuesto implementados por organizaciones comunitarias y diseñados sin el soporte técnico adecuado para garantizar impacto. La participación de los programas e iniciativas gubernamentales fue baja y, en todo caso, tardía e insuficiente.

En respuesta a ello, el fin principal de los textos que siguen es proveer de instrumentos a aquéllos que diseñan, implementan o financian programas y proyectos en materia de salud pública y VIH/Sida (aunque también a los investigadores y a otras personas interesadas) (1) para que puedan comprender mejor las culturas sexuales de los distintos grupos de HSH en la región (incluidos los hombres con identidades gay o travesti), (2) para analizar mejor la magnitud dinámica de la epidemia de VIH entre ellos, comprendiendo las raíces de ésta en la estructura social, y (3) para implementar mejores réplicas frente a ella.

## • Epidemiología

El artículo de Cáceres resume la situación y tendencias de la epidemia de VIH/sida en la región, mostrando en qué medida el sexo no-protegido entre hombres constituye una vía importante de transmisión del VIH en prácticamente todos los países. A su vez, el autor discute críticamente ciertas categorías y cálculos, que han dificultado un análisis adecuado de la magnitud de la epidemia entre los HSH, y revisa un conjunto de opciones para organizar (o mejorar, en donde ya existe una base) un sistema moderno (i.e. de *segunda generación*) de vigilancia epidemiológica del VIH en poblaciones de HSH, sin dejar de lado las consideraciones éticas que, dado el contexto, es imprescindible tener en cuenta.

**Situación de la Epidemia.** Se estimaba hacia diciembre del 2001, que por lo menos habían 1.820.000 adultos y niños viviendo con el VIH en América Latina y el Caribe, incluyendo 190.000 que probablemente se infectaron durante los doce meses previos. La transmisión sexual explica el 78% de todos los casos para los que se informó una categoría probable de transmisión. De este total la transmisión sexual del VIH entre hombres explicaría el 35.2% del total de casos de sida notificados con vía de transmisión conocida. Además, los estudios de prevalencia del VIH en HSH sugieren cifras superiores al 5% en todos los centros urbanos de la región. En el conjunto de casos masculinos adultos, se estima que la transmisión sexual entre varones explica más de la mitad de los casos, lo cual resulta elevadísimo, considerando que la población de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres constituye una fracción pequeña de la población general de adultos.

Sin embargo no en todos los países ésta es la figura. La epidemia de infección por el VIH/sida en América Latina se caracteriza por una gran heterogeneidad, manifestándose diferencias claras entre los países y dentro de ellos. Encontramos tres patrones definidos en América Latina:

- (1) El Área Andina y México son las áreas con la más alta proporción de casos atribuidos a transmisión sexual hombre-hombre con alrededor del 50% de casos con una categoría de transmisión asignada;
- (2) En el Cono Sur y Brasil aproximadamente 36% de los casos notificados son debidos a probable transmisión sexual entre varones, aunque aquí un nuevo y crucial factor es la transmisión entre usuarios de drogas inyectables: entre 25% (Brasil) y 33% (Cono Sur) de casos totales se explicarían por transmisión asociada al uso de drogas inyectables.
- (3) Un tercer patrón es claro en América Central y el Caribe, en el cual los casos supuestamente heterosexuales (de ambos sexos) constituyen entre un 5.5 y un 6.5% de los casos de supuesta transmisión homosexual entre varones (los que alcanzan entre 10 y 12% del total de casos).

**Recomendaciones para la vigilancia epidemiológica.** Existe una cantidad muy limitada de información confiable sobre prevalencia e incidencia de infección por VIH, ITS y, en general, sexualidad, riesgo y vulnerabilidad en esta población. Todo esto plantea la necesidad de generar de forma continua más y mejor información, sobre la base de una investigación rigurosa y culturalmente apropiada, y según las recientes recomendaciones de ONUSIDA acerca de la *Vigilancia de Segunda Generación*. Tal información permitirá no sólo monitorear tendencias en la epidemia, sino también definir mejor los contextos que favore-

cen su expansión y obtener evidencias del impacto que las intervenciones implementadas vayan obteniendo. La vigilancia epidemiológica debe ser organizada a partir de adecuados estudios formativos y de una crucial inserción en la comunidad, y, reconociendo el limitado valor de la notificación de casos (la cual debe ser, en todo caso, revisada y mejorada), debe utilizar estudios centinela y, cuando sea posible, estudios de seroprevalencia más representativos; debe explorar, asimismo, la opción de medir la incidencia de infección (sobre todo si hay posibilidad de utilizar técnicas nuevas que la estiman de forma transversal), e incorporar componentes de vigilancia de ITS y vigilancia de tendencias comportamentales. Cualquier acción de vigilancia debe, sin embargo, evitar producir daño individual o social relacionado al estigma de la homosexualidad o el VIH, y debe legitimarse a partir del empleo de la información para la acción con el concurso de las comunidades de HSH. Se debe, en lo posible, ofrecer beneficios individuales a los participantes, considerando un estándar de atención aceptable para las infecciones por VIH detectadas por el sistema (en países en los que no existe tratamiento universal), y se debe tener cuidado especial con los grupos de HSH en situación de mayor vulnerabilidad.

- Contexto Sociocultural

Para poder analizar o simplemente hablar de la epidemia de sida es imperativo tener presente en el espíritu el papel y la importancia de las diferentes nociones de comunidad, y las formas en que éstas funcionan. La gran pluralidad de situaciones y experiencias que abarca una categoría tan abstracta y vasta como la de “hombres que tienen sexo con hombres” necesita respuestas flexibles a tal diversidad. Si algo distingue efectivamente a los comportamientos, conductas, y percepciones del sexo y de los lazos afectivos entre hombres es justamente su multiplicidad de manifestaciones. Sería imposible no explorar tal diversidad geográfica, cultural y social y pretender llevar a cabo alguna política efectiva de prevención. El artículo de Guajardo proporciona una descripción global acerca de la construcción sociocultural de las relaciones y prácticas homoeróticas masculinas y de los grupos de “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” (HSH) en América Latina, principalmente en contextos urbanos y con posterioridad al inicio de la epidemia del VIH/sida. El autor nos advierte al mismo tiempo que la diversidad y el disparate accionar de la sociedad civil, así como la escasa divulgación de publicaciones especializadas en lo que a la epidemia entre HSH se refiere, restringen severamente la comparabilidad de aspectos de la vida privada y pública de las personas y grupos identificados en un amplio horizonte de las homosexualidades masculinas y femeninas. Este amplio espec-



tro geográfico implica necesariamente una diversidad de metodologías y una consecuente falta de homogeneización de éstas. A esto se debe añadir el clima hostil en que se desenvuelve cotidianamente la vida de los homosexuales y otros HSH. Se observa importantes niveles de rechazo de la población a la presencia pública de los homosexuales e incluso en algunos países se han dado graves violaciones a los derechos humanos de lesbianas y gays según las denuncias de Amnistía Internacional (1994), en particular ejecuciones extrajudiciales y desapariciones forzadas de personas identificadas como homosexuales. Guajardo ilustra estas observaciones con ejemplos en Chile o en Argentina en donde muchas veces la primera materia de intolerancia y discriminación es la homosexualidad. Sin embargo, la homofobia debe enfocarse según diversos criterios como por ejemplo la clase social o el grado de cultura, debido a formas alternativas de entender lo homosexual. Entran a tallar diferentes percepciones: los significados asignados a la homosexualidad son claramente distintos entre sectores populares y sectores medios. Pero por más interés y estudios que existen y a pesar de una tendencia en los países de la región hacia la visibilidad de las identidades, relaciones y prácticas homoeróticas y hacia una legalización universal de la homosexualidad, las normas legales no necesariamente fortalecen la convivencia pacífica y respetuosa de y con las personas y grupos homosexuales. Por el contrario, se registran detenciones ilegales y amedrentamientos y la persistencia de estereotipos y restricciones sociales que obstaculizan la posibilidad de entablar acciones legales de defensa por actos de discriminación y difamación cometidos contra hombres gay o lesbianas.

- **Riesgo y Vulnerabilidad**

De manera general, la vulnerabilidad estructural es la falta de protección en la que se puede encontrar un grupo de personas (minorías sexuales o étnicas, migrantes, mujeres, etc.) frente a posibles amenazas o perjuicios en lo que a sus necesidades básicas y respetos elementales se refiere (en los campos de la salud, de la educación o del trabajo por ejemplo). Esta situación precaria se traduce en una mayor vulnerabilidad de estas poblaciones marginales frente a epidemias como la del sida. Estos grupos vulnerables que por lo general viven sumidos en la pobreza, suelen verse envueltos en dinámicas sociales de compensación en las cuales el sexo actúa como moneda de cambio, o en las cuales tienen menor control sobre su propia actividad sexual. En un marco como éste no es difícil comprender la mayor vulnerabilidad que la marginalidad y la pobreza plantean para la infección por VIH y para la propagación de la enfermedad. Para explicar mejor este punto José Toro-Alfonso, acota que sólo cuando se tome en cuenta la

vulnerabilidad estructural que padece la población de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres podremos proceder a desarrollar intervenciones apropiadas para controlar de una vez y por todas la epidemia del VIH. Añade que para tal logro será necesario fortalecer los niveles organizativos de estas comunidades para garantizar el acceso a servicios de salud y la vigencia de sus derechos humanos. Pero no sólo se trata de fortalecer la salud pública sino que sobretodo se hace imperativo que el gobierno y la sociedad civil establezcan planes de desarrollo y solidaridad para prestar atención a uno de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad. Para resumir este tema Toro concluye recomendando que es necesario permitir el acceso de las poblaciones vulnerables a escenarios laborales dignos, a servicios de salud preventiva y a la libre expresión de su sexualidad. Sólo así la realidad de los HSH en América Latina y el Caribe, cimentada sobre la exclusión y el estigma, podrá asumir los desafíos que la epidemia le plantea.

- Teorías y Modelos de Prevención

A lo largo del tiempo se ha incrementado el conocimiento acerca de las estrategias preventivas más efectivas, la selección de las poblaciones objetivo de intervenciones de prevención y el uso de los esquemas de tratamiento más eficaces y potentes. Sin embargo, existen brechas enormes entre este saber y las acciones de los gobiernos. Mario Pecheny y Hernán Manzelli describen tres modelos teóricos que parten de diferentes supuestos ontológicos y que, en consecuencia, responden a distintos ejes de la prevención: 1) El **modelo epidemiológico-conductual**, centrado en las conductas de riesgo individuales; 2) El **modelo antropológico-cultural**, centrado en los significados que los sujetos otorgan a sus prácticas en determinados contextos; y 3) El **modelo político-económico**, que a partir de la movilización comunitaria, apunta a reducir la vulnerabilidad social más que la individual. La recomendación que se desprende es que para lograr una campaña de prevención efectiva se debería considerar ineludiblemente la combinación de elementos de estos modelos; de esta manera se podrá lograr la transformación social necesaria para cambiar las estructuras que hacen a algunos grupos más vulnerables a la infección del VIH que otros. Evidentemente en un marco legal que reconozca los derechos sexuales y amorosos de quienes no se ajustan a la heterosexualidad, y que respete los principios de libertad e igualdad para todos los ciudadanos sin distinción de orientación sexual. En este capítulo se describe y discute algunos enfoques de prevención del VIH/sida en referencia a los HSH a partir de diferentes estrategias destinadas a realizar intervenciones centradas en los grupos cuyas prácticas de riesgo sean mayores, como

por ejemplo algunos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, especialmente los más jóvenes; para implementar la prevención destinada a personas seropositivas o enfermas de sida; para planificar estrategias específicamente diseñadas para las y los trabajadores sexuales y sus clientes o para los usuarios de drogas intravenosas y sus parejas; o para promover la salud en medios masivos de comunicación, dirigiéndose particularmente a los jóvenes sin o casi sin prácticas de riesgo. Los autores plantean estas estrategias especificando que lo hacen con la mirada puesta en aclarar y precisar cuestiones que pueden interesar a funcionarios en el área de salud pública y de derechos humanos, así como también a activistas de organizaciones no gubernamentales, a profesionales de la salud, a personas que viven con VIH/sida, y a hombres gays y bisexuales, añadiendo en pocas palabras que los riesgos específicos de las poblaciones de HSH requieren políticas de prevención específicas. Se debe también resaltar la importancia que en este capítulo se otorga a la prevención destinada a personas seropositivas o enfermas de sida (prevención secundaria y terciaria), la cual hasta el momento ha recibido escasa atención. En este marco, se plantea el acceso al tratamiento como un eje central de toda estrategia adecuada de control de la epidemia.

## • Lecciones Aprendidas

¿Cómo lograr acrecentar o comenzar una importante movilización comunitaria para reducir la epidemia en América Latina y el Caribe? ¿Cómo despertar y sostener el interés de la comunidad en la lucha frente al VIH/sida entre los sectores de la población más pobres de este continente? ¿Las habilidades desarrolladas por los diferentes responsables de programas nacionales, directivos de ONGs y otros son perdurables y sostenibles en el tiempo? ¿Cuáles son las enseñanzas concretas del trabajo cotidiano de tantos militantes y voluntarios en la región? ¿Ha habido factores negativos que han obstaculizado el desarrollo de las actividades educativas? En resumen, Tim Frasca se pregunta ¿Qué ha servido?, ¿qué no fue útil?, e incluso ¿qué ha resultado dañino? Para llegar a formularse estas preguntas él constata primero que se quitó importancia a la transmisión homosexual en las epidemias nacionales. Alega muchas razones para ello como por ejemplo el temor de las autoridades (sanitarias y políticas) de perder el apoyo político que necesitan para sus otras labores o, peor aún, la despreocupación por la salud y bienestar de aquéllos que practican una sexualidad marginal. Estos obstáculos así como otros en el ámbito individual, grupal y social implican la necesidad de estrategias complejas y multifacéticas. Se presenta a las intervenciones agrupadas en cuatro categorías: (a) **provisión de información** sobre VIH-SIDA,

sus formas de transmisión y métodos para evitarlo; (b) **facilitación de la adquisición de destrezas y habilidades individuales**, como el manejo del condón, la negociación del sexo seguro y su erotización, incluyendo servicios cara-a-cara como la consejería previa al examen por VIH; (c) **intervenciones socioculturales**, como la promoción de normas grupales o comunitarias; y (d) **transformación social**, incluyendo el mismo proceso de movilización social para combatir la epidemia, el activismo, la presión política, la promoción de cambios legales o administrativos, o la formación de alianzas en el ámbito local, nacional o regional. Además, lista una serie de acciones o intervenciones, que operan en uno o más de tales niveles: (1) investigación, especialmente de tipo diagnóstico al iniciar una intervención; (2) información, educación y comunicación (IEC), diseñadas para la población y sensibles a sus códigos, lenguajes, normas grupales y reafirmando la satisfacción sexual; (3) *outreach* o salidas al terreno para abordar a los hombres gays-HSH; (4) trabajo permanente con dueños del ambiente comercial gay; (5) vínculos con servicios de salud, particularmente los que tienen clientela gay; (6) talleres; (7) consejería; (8) distribución de condones; (9) líneas telefónicas de consultas; (10) apoyo a grupos de personas viviendo con VIH y SIDA, que probablemente tendrán una presencia gay significativa; (11) presión política o administrativa en defensa de individuales, incluyendo denuncias públicas, para cambiar políticas gubernamentales e influir en el debate social; (12) alianzas con otros grupos y movimientos. Se agrega la evaluación como una actividad adicional relevante a todas las intervenciones mencionadas. Sin embargo, la discusión de las lecciones aprendidas no puede quedar sólo en la presentación de un listado de metodologías, sino que también requiere tocar los procesos vividos. Así Frasca resume «*el estado de prácticas de prevención entre hombres gays y otros hombres con conductas homosexuales, reconociendo a la vez los debates y discrepancias que aún existen sobre ellas*». Y eso le permite llegar a constatar que pocas de las organizaciones dedicadas al trabajo preventivo con hombres gays y HSH en América Latina, tenían bases institucionales sólidas antes de iniciar sus labores; y por lo tanto el camino de aprendizaje ha sido difícil y en un ambiente de discriminación y exclusión social. Además de hacer frente a un desafío técnico considerable para frenar la epidemia, estas organizaciones han tenido que buscar novedad e innovación así como dinamismo para lograr que el mensaje preventivo no desaparezca del medio ambiente. Todo esto teniendo en cuenta la importancia de aprovechar la especialización de cada cual, para «*poder abrir el campo a nuevos actores*» y poder así conservar la meta más importante, que es la permanencia de los logros.

- Conclusión

A manera de colofón en un artículo sobre la salud de los Hombres Gay y otros HSH, Veriano Terto Jr. busca señalar algunos desafíos que la epidemia de sida plantea. El afirma que *“la epidemia todavía se impone como un problema que exige respuestas de diferentes sectores gubernamentales, y demanda movilización para que se garantice recursos y se les aplique en la prevención y la asistencia”*. De esta manera podemos comprobar que a pesar de todo el trabajo realizado por los especialistas, activistas, gobiernos, instituciones, organizaciones y particulares, la situación no termina ahí. Como lo demuestra el autor, existe una interacción entre las infecciones de transmisión sexual y la transmisión del VIH. Sin embargo, no se ha prestado suficiente atención ni se ha dedicado suficientes recursos a la prevención de estas enfermedades en América Latina y el Caribe, como también son escasos o poco difundidos *“los estudios que aborden en mayor profundidad la cuestión de la homosexualidad y puedan aportar en la comprensión de cómo la epidemia viene afectando a distintas poblaciones de HSH, e identificar otros problemas de salud que estas poblaciones enfrentan”*. Así Terto recomienda la realización de más estudios epidemiológicos para así mejorar *“nuestra comprensión del cambio en la frecuencia relativa de casos de sida, a expensas de un incremento relativo de casos heterosexuales y una concomitante reducción relativa de casos homosexuales”*. Se detiene también a analizar la prevención y la asistencia que según él deben ser combinadas en estrategias que así se refuerzan y contribuyen a que las campañas lleguen a un número cada vez mayor de HSH. Recalca finalmente la *“importancia de la interdisciplinariedad entre los diferentes saberes”* así como la necesidad de crear lazos solidarios entre investigadores y activistas cuyo fin último debe ser fomentar cada vez más a partir de la solidaridad y la promoción de la felicidad *“la búsqueda de una salud colectiva e individual plena”* de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres.

- Anexo: Presentando un Catálogo Regional de Investigaciones sobre VIH/sida y HSH

Aunque la investigación ha jugado un papel en la facilitación de acciones para la prevención en las poblaciones de HSH en la región, éste ha sido tal vez menor al que le habría podido, y debido, corresponder. Ello se debe, en primer lugar, a problemas generales de la inserción de la investigación en la práctica social en la región; y en segundo lugar, a problemas específicos del investigar lo concerniente a la homosexualidad, dentro o fuera del contexto del sida: tanto la homosexualidad como el sida son temas estigmatizados, y el investigar sobre ellos puede no gozar automáticamente de legitimidad académica. Pese a ello, el catálogo que este volumen introduce muestra que un conjunto variado de iniciativas de varios actores ha logrado plasmarse en la región en el curso de los últimos quince años (1987-2001). La amplitud de sus enfoques y aportes, pese a las limitaciones mencionadas, es una demostración de la importancia del compromiso individual y colectivo en la lucha contra la epidemia.

El catálogo, que se presenta *en español e inglés, en formato de disco compacto con opciones para búsqueda bibliográfica*, se basa en un primer inventario de las investigaciones realizadas en América Latina, entre 1987 y 1998, sobre distintos aspectos relativos al VIH en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, levantado a inicios de 1999 por un equipo de investigación integrado por Carlos Fernando Cáceres, Ana María Rosasco, Pablo Anamaría (de Perú) y Veriano Terto Júnior (de Brasil). Un inventario complementario de las investigaciones realizadas entre 1999 y 2001 fue aportado por Alejandro Brito (de México) a inicios de 2002. La muestra está compuesta de trabajos de 13 países: Argentina (12 trabajos), Brasil (27), Chile (9), Colombia (7), Costa Rica (8), República Dominicana (12), Ecuador (1), El Salvador (1), Guatemala (2), México (37), Nicaragua (1), Perú (18) y Puerto Rico (6); es decir, 21 trabajos del Cono Sur, 27 de Brasil, 26 de la región andina, 12 de América Central, 18 del Caribe y 37 de México. El catálogo está integrado por 141 registros, que consignan los nombres de los autores y su afiliación institucional, descriptor temático, etapa en la que la investigación se encontraba al ser registrada, disponibilidad y referencia de la publicación, sumario y comentario crítico. Para las reuniones de Lima (en 1999 y 2001) y la elaboración del catálogo en sus dos partes se contó con apoyo de ONUSIDA (Programa de Políticas, Estrategia e Investigación), en el marco de sendas donaciones para la Constitución de una Red de Investigación en VIH/SIDA y HSH en América Latina y el Caribe (1998-1999), y para el desarrollo del proyecto "Información para la Toma de Decisiones sobre VIH y HSH en América Latina y el Caribe".

## II. Catálogo de Investigaciones en VIH/sida en poblaciones de HSH en América Latina (1987.2001)

### PRESENTACIÓN

Mario Pecheny y Carlos Cáceres

Como el presente volumen ha mostrado, el sexo sin protección entre hombres ha sido y continúa siendo una causa importante de transmisión del VIH en todas las subregiones del continente. Hasta mediados de los años noventa, los gobiernos de la región habían mostrado reticencia a implementar programas de prevención del VIH destinados a HSH, por varias razones (*UNAIDS 1997*): la negación de la existencia de prácticas sexuales entre hombres; la estigmatización e incluso la criminalización de las mismas; la limitada información epidemiológica acerca de la transmisión homosexual del VIH; la dificultad de acceder a muchos HSH; las carencias de infraestructura en los servicios de salud – en particular de ITS; la falta de conciencia de los profesionales sobre las particularidades de las ITS entre hombres; la ausencia de incentivos económicos para solventar programas de prevención destinados a HSH y a trabajadores sexuales; y la priorización de la población general por parte de la gran mayoría de los Programas Nacionales de Lucha contra el Sida.

En este contexto, aunque la investigación ha jugado un papel en la facilitación de acciones para la prevención en esta población, éste ha sido tal vez menor al que le habría podido, y debido, corresponder. Ello se debe, en primer lugar, a proble-

mas generales de la inserción de la investigación en la práctica social en la región (por ejemplo, la escasez de recursos para la investigación; la ausencia de una planificación estratégica de la actividad investigativa, de modo que se asegure su factibilidad, su vinculación con problemas sentidos por otros, y su utilización; la limitada difusión de las investigaciones realizadas; y la ausencia de una práctica sistemática de uso de la investigación para el diseño de programas). En segundo lugar, se debe a problemas específicos de la investigación concerniente a la homosexualidad, dentro o fuera del contexto del sida: tanto la homosexualidad como el sida son temas estigmatizados, y el investigar sobre ellos puede no gozar automáticamente de legitimidad académica; asimismo, los fondos para investigar esta población pueden ser más difíciles de asegurar; y la factibilidad de estos estudios requiere, en razón de la exclusión social de esta población, de “puertas de entrada” que aseguren un contacto razonablemente sostenible con ella; finalmente, cuando las iniciativas de investigación provienen de grupos comunitarios, las barreras técnicas pueden limitar la aceptabilidad de sus productos en contextos académicos o burocráticos.

Pese a ello, el catálogo que presentamos a continuación muestra que un conjunto variado de iniciativas de numerosos actores ha logrado plasmarse en la región en el curso de los últimos quince años (1987-2001). La amplitud de sus enfoques y aportes, pese a las limitaciones mencionadas, es una demostración de la importancia del compromiso individual y colectivo en la lucha contra la epidemia, y justifica nuestra confianza en el futuro de la contribución de la investigación (académica y/o comunitaria) a la lucha contra la epidemia y por la salud y los derechos sexuales de las minorías sexuales en América Latina y el Caribe.

## Sobre el Catálogo

El catálogo adjunto, que se presenta en formato de *disco compacto*, se basa en un primer inventario de las investigaciones realizadas en América Latina, entre 1987 y 1998, sobre distintos aspectos relativos al VIH en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, levantado a inicios de 1999 por un equipo de investigación integrado por Carlos Fernando Cáceres, Ana María Rosasco y Pablo Anamaría (de Perú) y Veriano Terto Júnior (de Brasil). Un inventario complementario de las investigaciones realizadas entre 1999 y 2001 fue aportado por Alejandro Brito (de México) a inicios de 2002.

La información para la preparación de la primera parte del inventario fue provista por puntos focales situados en diez países de la región: Argentina (Mario Pecheny), Brasil (Veriano Terto), Chile (Tim Frasca), Colombia (Henry Ardila),



Costa Rica (Rodrigo Vargas), República Dominicana (Antonio de Moya), Guatemala (Rubén Mayorga), México (Manuel Zozaya), Perú (Carlos Cáceres, Ana María Rosasco y Pablo Anamaría) y Puerto Rico (José Toro). En febrero de 1999, se realizó en Lima una reunión entre los mencionados, a los que se sumaron Fernando Seffner (Brasil) y Jeff Stanton (ASICAL-Colombia). La segunda parte del inventario fue completada con información proporcionada por los mismos puntos focales arriba listados para Argentina, Brasil, Chile, Perú, Guatemala, México y Puerto Rico, y por las siguientes organizaciones miembros de ASICAL: Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida (Colombia), SIGLA (Argentina), OASIS (Guatemala), EQUIDAD (Ecuador), y Letra S (México). A partir de la información recolectada, se contactó a gran parte de las y los autores incluidos, y se consultó los resúmenes de los trabajos presentados en conferencias internacionales sobre sida.

El catálogo está integrado de 141 registros, que consignan los datos siguientes: los nombres de los autores y su afiliación institucional, descriptor temático, etapa en la que la investigación se encontraba al ser registrada, disponibilidad y referencia de la publicación, sumario y comentario crítico. Para las reuniones de Lima (en 1999 y 2001) y la elaboración del catálogo en sus dos partes se contó con apoyo de ONUSIDA (Programa de Políticas, Estrategia e Investigación), en el marco de sendas donaciones para la Constitución de una Red de Investigación en VIH/SIDA y HSH en América Latina y el Caribe (1998-1999), y para el desarrollo del proyecto “Información para la Toma de Decisiones sobre VIH y HSH en América Latina y el Caribe”.

Con base en la información incluida en el catálogo, presentamos aquí un resumen sistemático, que nos permite adelantar una evaluación preliminar sobre el estado de la cuestión (*Pecheny, 2000*).

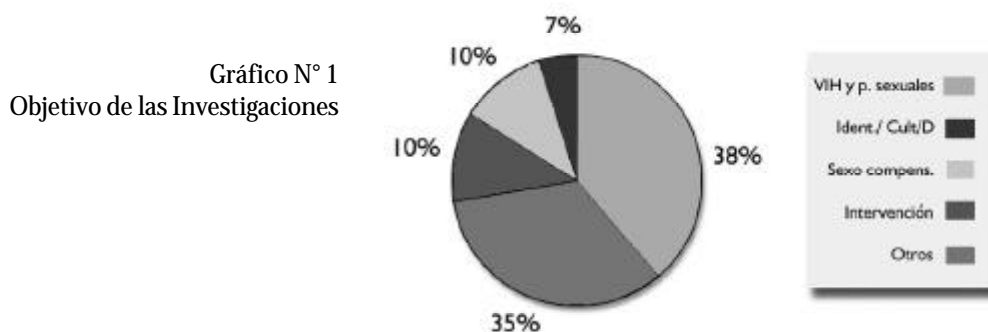
La muestra está compuesta de trabajos de 13 países: Argentina (12 trabajos), Brasil (27), Chile (9), Colombia (7), Costa Rica (8), República Dominicana (12), Ecuador (1), El Salvador (1), Guatemala (2), México (37), Nicaragua (1), Perú (18) y Puerto Rico (6); es decir, 21 trabajos del Cono Sur, 27 de Brasil, 26 de la región andina, 12 de América Central, 18 del Caribe y 37 de México.

Con el fin de exponer los rasgos principales del conjunto de trabajos consignados, de manera simplificada, hemos establecido las siguientes categorías analíticas: (1) objetivos; (2) disciplina; (3) metodología y (4) institución (sede de la investigación).

**Objetivos.** Establecimos cuatro grandes categorías de objetivos principales de investigación:

1. **VIH/SIDA Y PRACTICAS SEXUALES:** Las encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) respecto del VIH/sida; prácticas sexuales, incluyendo comportamientos de riesgo y preventivos; estudios biomédicos y de seroprevalencia del VIH.
2. **IDENTIDAD, CULTURA Y DERECHOS:** Los trabajos sobre la vida cotidiana de gays y otras minorías sexuales, incluyendo el tema de la política y los derechos humanos, cultura gay, construcción de las imágenes de género, identidades, vida con el VIH/sida, etc.
3. **SEXO COMPENSADO:** Los trabajos sobre personas en situación de prostitución u otras formas de sexo compensado, incluyendo travestismo y trabajo sexual.
4. **INTERVENCION:** Los trabajos directamente ligados a la intervención, a la prevención, a la asistencia psicológica, etc. (incluyendo educación entre pares, evaluación de programas y de impacto de campañas, etc.).

En el gráfico siguiente se ve la distribución de los trabajos de investigación que integran la muestra, según el objetivo principal que persigue cada uno de ellos. Esta categorización implica una gran simplificación de los temas investigados, así como una compartimentación que muchas veces deja de lado el hecho de que los temas y enfoques son cruzados. Sin embargo, nos parece que la clasificación siguiente permite dar una idea global de los centros de interés de la investigación sobre HSH y VIH/sida en la región. En el rubro “Otros” se incluyen por ejemplo trabajos sobre religión y homosexualidad, homofobia y prejuicios.

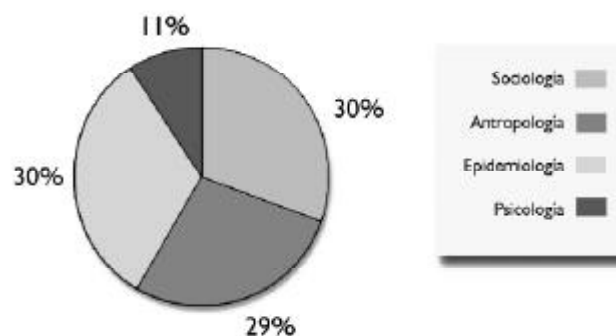


En parte por la propia definición del objeto de estudio “homosexualidad” (o “sexualidad”) y en parte porque la actividad sexual (no protegida) constituye una vía de transmisión del VIH, el conocimiento de las prácticas sexuales constituye uno de los objetos privilegiados por las investigaciones en cuestión, siendo abordado en más de un tercio de los estudios. Dicho objeto puede ser encarado en relación con el VIH/sida, en el marco de los conocimientos sobre los modos de transmisión del VIH y sobre los modos de prevención, de las actitudes y creencias, y de los comportamientos relativos al VIH/sida. Este tipo de enfoque fue el preponderante en las encuestas CAP, en su mayoría descriptivas, y algunas de ellas explicativas de la brecha existente entre la buena información y las prácticas riesgosas, así como en estudios de seroprevalencia. También en algo más de un tercio de trabajos, la sexualidad es analizada en el marco más general de la identidad y la cultura, incluyéndose algunos estudios con enfoque de derechos. Un capítulo particular corresponde al trabajo sexual y otras formas de sexo compensado, considerado un camino posible de transmisión del VIH entre categorías sociodemográficas con diferentes tipos y grados de vulnerabilidad, abordado en 10% de trabajos. Otro 10% se refiere a estudios de intervención para el cambio de comportamientos, orientados a la prevención de la infección.

**Disciplinas.** El gráfico N° 2 expresa, de modo simplificado, las distintas disciplinas que tratan los temas del sexo entre hombres y el VIH/sida, reagrupadas en cuatro grandes conjuntos disciplinarios: sociología, antropología, epidemiología y psicología.

1. SOCIOLOGÍA: Incluyendo sociología, ciencias políticas e historia.
2. ANTROPOLOGÍA: Incluyendo antropología, etnografía y crítica literaria.
3. EPIDEMIOLOGÍA: Incluyendo epidemiología, sexología, trabajos clínicos, e intervenciones.
4. PSICOLOGÍA: Incluyendo psicología y psicología social.

Gráfico N° 2  
Disciplinas

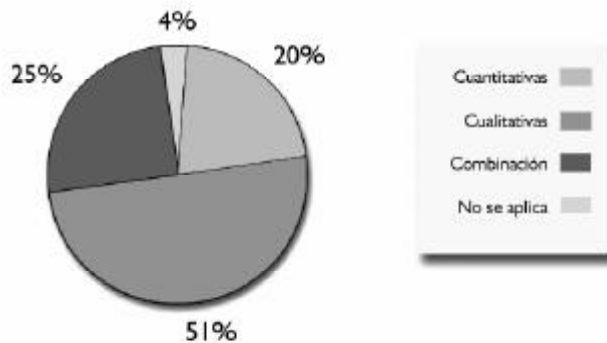


Tanto a nivel de las disciplinas como de las metodologías empleadas, es fácil constatar que la regla es el trabajo transdisciplinario y multi-metodológico. Esto se aplica tanto a las perspectivas teóricas como al trabajo práctico y de campo. Por ejemplo, los estudios epidemiológicos demostraron ser “vacíos” si no incorporaban las dimensiones provistas por la sociología cualitativa y el trabajo etnográfico; asimismo, los estudios sociodemográficos sobre comportamientos sexuales debieron incorporar las dimensiones de subjetividad que proveen las perspectivas psicológicas o psico-sociales. Desde un punto de vista más general, además, la mayor parte de los estudios, incluso los universitarios y académicos, están vinculados directa o indirectamente con la intervención preventiva y asistencial, en lo que se refiere a la elaboración de programas, su implementación y evaluación. En esta clasificación, sin embargo, los grupos de trabajos clasificados como de enfoque predominantemente sociológico, antropológico o epidemiológico fueron registrados en frecuencias equivalentes en torno al 30%. Los trabajos psicológicos constituyeron el restante 10%.

**Metodología.** Se analizó si se utilizó perspectivas cuantitativas, cualitativas o una combinación de éstas:

1. CUANTITATIVAS: Encuestas según variables sociodemográficas, estudios de seroprevalencia, modelos epidemiológicos, confección de escalas, etc.
2. CUALITATIVAS: Observación participante, historias de vida, entrevistas en profundidad, testimonios de testigos privilegiados, grupos focales, análisis literario, etc.
3. COMBINACIÓN: Combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas.
4. [No se aplica]: Categoría utilizada en el caso de estudios históricos, análisis políticos u otros que escapan a las 3 categorías previas.

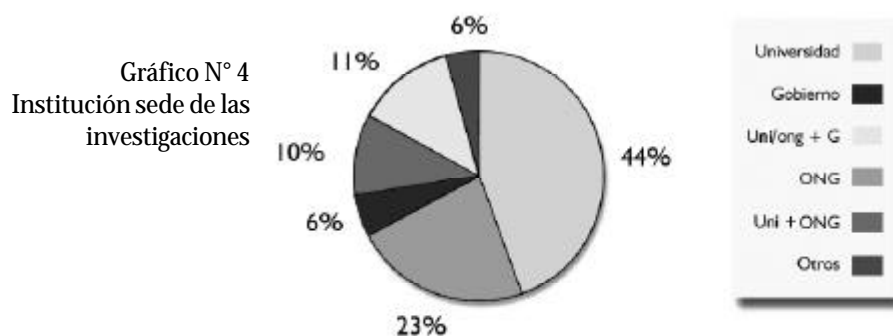
Gráfico N° 3  
Metodologías



Para investigar sobre temas “sensibles”, como la sexualidad, las técnicas cualitativas aparecen como las más eficientes para sobrepasar la estigmatización y ganar la confianza de los participantes (Lee 1993). Por otra parte, la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas apunta a la vez a dar cuenta de la diversidad cultural de prácticas e identidades que existen detrás de las categorías y definiciones, y a intentar determinar el grado de representatividad social (y geográfica) de los rasgos que se busca conocer. No es extraño, entonces, que más de la mitad de los trabajos utilizara el enfoque cualitativo, y una cuarta parte una combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos. Los cuantitativos puros constituyeron un 20%.

**Institución sede de la investigación.** Si se toma en cuenta la institución que sirve de sede para la investigación, comprobamos que en materia de VIH/sida y HSH la colaboración entre actores parece ser la regla: universidades y otros centros académicos, organizaciones no-gubernamentales y actores gubernamentales han conformado – luego de más de una década de cooperación y conflictos – redes de intervención e investigación. Quizá la deuda pendiente sea la de integrar estas redes a un nivel regional latinoamericano, como lo han hecho por ejemplo los estudios sobre mujeres y de género, sobre derechos sexuales y reproductivos, y sobre salud reproductiva.

1. UNIVERSIDAD: Universidades públicas o privadas, centros académicos y de investigación.
2. ONGs: ONGs, asociaciones de lucha contra el sida, grupos de personas que viven con el VIH/sida, asociaciones gays, fundaciones.
3. GOBIERNO: Programas de lucha contra el sida, secretarías de salud, ministerios.
4. UNIVERSIDAD más ONG.
5. UNIVERSIDAD y/u ONG más GOBIERNO.
6. OTROS: Hospitales o centros de salud; independientes.



La colaboración entre actores gubernamentales y no-gubernamentales, académicos y comunitarios, a menudo tuvo su origen en la necesidad de complementación de saberes y recursos (por ejemplo, la necesidad de los investigadores y de los programas gubernamentales de llegar a poblaciones más o menos ocultas, mediante la técnica de la “bola de nieve”, los llevó a contactarse y requerir el apoyo de las organizaciones gays y de personas viviendo con VIH/sida; inversamente, la necesidad de contar con recursos financieros y técnicos llevó a estas últimas a vincularse con universitarios y funcionarios). Como resultado, no sin recelos, desconfianzas o conflictos, diferentes modelos de investigación-acción y/o de intervención-evaluación fueron ensayados por redes institucionales mixtas. El análisis de la distribución de afiliaciones institucionales muestra que (1) la universidad es la sede predominante de estos estudios, pese a su legitimidad en construcción en el seno de la academia; (2) las ongs alojan también a casi una cuarta parte de las investigaciones, planteándose como un importante espacio alternativo; (3) se evidencia la importancia creciente de las colaboraciones entre universidad y ongs; (4) los programas gubernamentales han emergido como sede para estas investigaciones, ya sea en exclusividad (6%) o en colaboración con universidades o ongs (11%).

## El estatus epistemológico de la investigación en VIH y HSH en América Latina

La lucha contra el sida está en el origen de la mayoría de las investigaciones sobre homosexualidad realizadas en el período 1987-1999. La muestra que analizamos aquí no es representativa de todos los estudios sobre homoerotismo en la región, ya que el objetivo del catálogo era fundamentalmente reunir aquellos trabajos que traten la vinculación entre *VIH/sida* y *HSH*. Sin embargo, es interesante señalar que 76 trabajos (sobre un total de 102)<sup>1</sup> corresponden a estudios que ligan de forma directa sexo entre hombres y VIH/sida, mientras que 7 lo hacen de forma indirecta; sólo 19 se ocupan de temas ligados a la homosexualidad independientemente de la epidemia. También es interesante señalar que por lo menos el 50 % de la investigaciones han recibido fondos extranjeros, ya sea de agencias internacionales o de universidades norteamericanas o europeas (esta cifra es conservadora, ya que en el otro 50% no aparecen expresamente las fuentes de financiamiento).

Tanto en materia de sida como de homosexualidad, un camino epistemológico y político que es recurrente, es la vinculación de las prácticas sexuales a las identidades sexuales individuales y a sus contextos socio-culturales y políticos, y de ahí al análisis de la homofobia, la discriminación y la reivindicación de derechos.

<sup>1</sup>Análisis basado en los 102 trabajos de la primera parte del catálogo.

La necesidad de enfrentar la epidemia del sida puso al descubierto numerosas cuestiones relativas al estatus epistemológico de la homosexualidad en América Latina:

- En primer lugar, la voluntad de intervenir preventivamente respecto de los HSH y de interactuar con las incipientes organizaciones gays mostró el desconocimiento – o el mal conocimiento – sobre las prácticas sexuales, identidades, construcciones de género, historia y subculturas de las minorías sexuales de la región.
- En segundo lugar, los imperativos epidemiológicos de la prevención y de la asistencia del VIH/sida impulsaron la realización de investigaciones del tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), destinadas a conocer las prácticas sexuales de los HSH: sus riesgos, sus comportamientos más seguros, la transmisión del VIH y otras ETS entre hombres y también a mujeres. Asimismo, la epidemia llevó también a estudiar – y actuar – en materia de salud mental, auto-estima, confianza en sí mismo y salud sexual de los HSH y las otras minorías sexuales. La cuestión de la identidad se torna así ineludible, como un elemento decisivo para la adopción de conductas de prevención, de cuidado y auto-cuidado, o de riesgo. Por último, el estudio de la vida cotidiana de HSH y/o de las personas que viven con el VIH/sida puso al desnudo la estigmatización, discriminación, homofobia y otros mecanismos de exclusión social, que constituyen tanto violaciones de los derechos humanos más elementales como contextos favorables a la propagación de la epidemia.
- En tercer lugar, las investigaciones gubernamentales, académicas y comunitarias, a poco de andar, pusieron de manifiesto la gran diversidad de prácticas e identidades sexuales. Los trabajos mostraron la complejidad de las relaciones entre riesgo y afecto (según los contextos de interacción, por ejemplo, a veces el afecto favorece el riesgo – ya que el uso del preservativo puede aparecer como una muestra de desconfianza – o por el contrario incentiva los comportamientos seguros – ya que el cuidado de la pareja puede apreciarse como una prueba de amor); entre riesgo y placer; entre riesgo e identidad. La enseñanza a partir de la lectura de los estudios considerados es que es imposible establecer correlaciones universales entre prácticas sexuales, identidades sexuales y de género, y comportamientos seguros o riesgosos. Además, las prácticas e identidades demostraron ser, en todas las subregiones del continente, poco cerradas y fijas.

- En cuarto lugar, si bien el sida sirvió como catalizador y como argumento legítimo para justificar el financiamiento e institucionalización de los estudios sobre gays y otras minorías sexuales, la conciencia de la mayor parte de los investigadores apunta a acentuar la especificidad de la problemática sexual del deseo y las prácticas amorosas entre personas del mismo sexo, de la construcción de las identidades sexuales (gays, lesbianas, etc.), del orden sexual patriarcal (que incluye dimensiones de heterosexismo y homofobia), *independientemente* de la problemática del VIH/sida. En este sentido, las investigaciones concernientes a la vida cotidiana, los derechos y la constitución de movimientos sociales profundizan esta dirección.

## Un balance provisorio: Conclusiones del Encuentro de Lima (1999)<sup>2</sup>

Según lo resume el Informe Final del Encuentro de Lima, el estado de la investigación sobre VIH/sida y poblaciones de HSH en la región se caracteriza por los siguientes aspectos (*Cáceres 1999:12*):

- La investigación sobre poblaciones de HSH ha sido muy limitada en la región. Durante los años ochenta, parece haber ocurrido una suerte de “pacto de silencio”, en el sentido de que se generó escasa información sobre la categoría demográfica más afectada por el VIH/sida. Dicho fenómeno tiene dos motivos opuestos: por un lado, el estigma de la homosexualidad, que influyó en muchos de los tomadores de decisiones; por el otro, la tentativa de muchos profesionales y activistas por desestigmatizar a los hombres gays a través de la “deshomosexualización” de la epidemia.
- Durante muchos años, los temas privilegiados en la investigación sobre VIH y HSH han sido aquéllos que interesaban a los Programas Nacionales de Lucha contra el Sida, desde una perspectiva fundamentalmente epidemiológica (i.e. número de parejas sexuales; frecuencias de prácticas específicas; etc.), consolidando el concepto de grupo de riesgo, el cual fue tomado desde la epidemiología y usado progresivamente en espacios no especializados con una connotación negativa (es decir, ‘grupo de riesgo’ equivalente a ‘grupo riesgoso’). Los principales actores de las investigaciones eran los Programas Nacionales, junto con las agencias internacionales y las facultades médicas. En algunos casos participaban ONGs, aunque en general las organizaciones gay



no eran tomadas en cuenta, salvo para el reclutamiento de los participantes. No todos los grupos al interior de la población de hombres que realizan prácticas homosexuales eran considerados, ya que las cuestiones relativas a la diversidad de tal población no siempre estaban claras entre los propios investigadores.

- Probablemente recién después de 1992 se comenzó a observar cambios en el sentido de que un mayor número de organizaciones comunitarias, incluyendo aquéllas formadas por HSH, comenzaron a lanzar iniciativas de investigación, al tiempo de que la investigación biomédica disminuía. Los temas variaron, en dirección hacia temas relativos al sentido y la subjetividad, la identidad y la vulnerabilidad; y los métodos privilegiados fueron crecientemente los cualitativos. Además, se fue adoptando perspectivas más sofisticadas para describir las diferentes realidades que rodean la existencia de las poblaciones de HSH.
- La producción investigativa ha sido poco utilizada, en parte debido al “pacto de silencio”, y también a causa de la falta de recursos, a la falta de legitimidad de la investigación como un recurso necesario para la planificación de programas y a la falta de publicaciones regulares sobre salud pública accesibles a los investigadores en ciencias sociales.
- Por parte de los actores comunitarios, la utilización de la información ha sido limitada debido a la percepción de la urgencia de la acción, relegando la sistematización de la investigación y la experiencia. Asimismo, dichos actores fueron perdiendo interés en la investigación en la medida en que sus informaciones no eran tenidas en cuenta por los tomadores de decisiones. La deshomosexualización del sida (que fue justificada en parte por la necesidad de relevar la vulnerabilidad de las mujeres) también contribuyó a un interés decreciente en la investigación de la epidemia entre los HSH, y a una reducción aún más acentuada de los recursos económicos disponibles para estudiar cuestiones de VIH/sida en esta población. Incluso en el área emergente de estudios sobre hombres y masculinidad las cuestiones relativas a la homosexualidad son frecuentemente dejadas de lado.
- En consecuencia, la información generada en las investigaciones no ha sido usada significativamente por los programas o intervenciones.

Según los participantes del Encuentro de Lima, las *Prioridades de Investigación sobre VIH/sida y poblaciones de HSH en América Latina* son las siguientes (Cáceres 1999:13):

1. Papel de la investigación en el desarrollo de programas de prevención del sida y de salud/ciudadanía sexual entre HSH de la región.

La epidemia de VIH/sida, y la investigación generada como resultado de la misma, contribuyeron a:

- Una mejor comprensión de las homosexualidades;
- Una legitimación de la investigación sobre diversidad sexual, lo que implica la adquisición de un estatus epistemológico;
- Una aproximación a cuestiones de derechos humanos y ciudadanía, incluyendo el acceso a la salud.

En este punto, los actores sociales interesados en las poblaciones de HSH deberían encarar investigaciones que apunten a:

- Identificar, describir y analizar los determinantes de la vulnerabilidad y objetivos de la intervención social;
- Controlar las políticas públicas y evaluar las iniciativas;
- Analizar las cuestiones de acceso a la salud, la exposición a la violencia y las situaciones familiares, más allá de los riesgos de infección;
- Influir en áreas académicas vecinas, como la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y los estudios sobre género/masculinidad, para que incorporen las cuestiones relativas a la diversidad sexual;
- Interactuar y proveer asistencia técnica a los Programas Nacionales.

2. Temas y subpoblaciones que deberían ser priorizados.

- Investigaciones operativas orientadas al desarrollo y a la evaluación de las intervenciones;
- Diversidad comportamental y cultural de las poblaciones de HSH (incluyendo interacciones sexuales entre hombres de clases populares y marginales);
- Jóvenes HSH y la construcción de la identidad, del deseo y del género;

- Identificación de los determinantes de la vulnerabilidad a la infección por el VIH, calidad de la asistencia sanitaria, y discriminación;
  - La vida cotidiana con el VIH/sida en la región;
  - Cuestiones relativas a la vida íntima entre HSH (incluyendo las parejas gays, la vida familiar, el trabajo, el mercado y el consumo);
  - Homofobia y prejuicio en la población general y en los proveedores de servicios;
  - Uso de alcohol y drogas entre HSH;
  - Estudios de seroprevalencia;
  - Patrones sexuales y epidemiológicos en centros urbanos, puertos y zonas rurales;
  - Incidencia de ETS y otras enfermedades;
  - Derechos humanos y sexuales.
3. Modalidades de planificación e implementación de investigaciones que deberían ser priorizadas.
- Análisis de la situación de la investigación regional sobre HSH y VIH/sida, que permita determinar las necesidades;
  - Talleres transdisciplinarios e intersectoriales que determinen las estrategias de investigación prioritarias;
  - Estudios multicéntricos;
  - Investigación participativa que promueva el desarrollo y la organización de comunidades de HSH;
  - Perspectivas eclécticas que dejen de lado las preocupaciones exclusivamente focalizadas en aspectos biomédicos y estadísticos e incluyan indagaciones cualitativas;
  - Meta-análisis de los datos cuantitativos.

El sida contribuyó a que temas como la homosexualidad (o la sexualidad, simplemente) no sólo sean ineludibles en las agendas públicas, sino que se vuelvan necesarios. La visibilización de la homosexualidad y de los homosexuales que aportó la aparición del sida ha tenido como efecto el resquebrajamiento del orden tradicional que relega el sexo y el amor entre personas del mismo sexo al ámbito privado, así como la catalización de la organización en torno de los derechos sexuales y de la discusión pública del tema (*Roberts 1995*).

La experiencia del sida creó así, paradójicamente, un contexto que alentó la redefinición del estatus subordinado de la homosexualidad como práctica estigmatizada y relegada al ámbito privado de la discreción, acelerando el ingreso del tema de la discriminación y de los derechos de las minorías sexuales a la escena pública. El sida hizo hablar públicamente de diversas formas de sexualidad, no sólo en términos de relaciones sexuales, sino también en términos de amor, de manifestaciones públicas del amor, de derechos sociales y sexuales, y de ciudadanía.

## Referencias bibliográficas

- CACERES Carlos. 1999. ***Final Report. Project: Constitution of a Research Network on HIV/AIDS among populations of Men who have Sex with other Men in Latin America***, Lima.
- LEE Raymond. 1993. ***Doing Research on Sensitive Topics***, Londres: SAGE.
- PECHENY Mario. 2000. ***“La investigación sobre sida y HSH en América Latina y el Caribe: políticas públicas y derechos humanos”***. Miami: XXII Congreso de LASA.
- ROBERTS Matthew W. 1995. ***“Emergence of Gay Identity and Gay Social Movements in Developing Countries: The AIDS Crisis as Catalyst”***, *Alternatives* 20 (2): 243-264.
- UNAIDS. 1997. ***AIDS and Men who have Sex with Men: UNAIDS Technical Update***, UNAIDS Best Practices materials.

## Tabla de Contenidos del Catálogo<sup>1</sup>

### Registros de Argentina

- |        |  |
|--------|--|
| ARG-01 | Y el sida está entre nosotros: Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos afectados por la enfermedad.                        |
| ARG-02 | Gays y Lesbianas: Formación de la identidad y Derechos Humanos.  |
| ARG-03 | La historia secreta de los homosexuales en Buenos Aires.   |
| ARG-04 | Practicando la moralidad a los márgenes: Contextos de interacción gay en una ciudad argentina de provincia.                                    |
| ARG-05 | Qué, cómo, cuándo, dónde y con quién.  |
| ARG-06 | Masculinidad y vulnerabilidad al VIH en hombres que hacen sexo con hombres.  |
| ARG-07 | Hombres que tienen sexo con otros hombres: Homosexualidad y prevención de VIH.   |
| ARG-08 | La salud como vector del reconocimiento de derechos humanos: la epidemia de sida y el reconocimiento de los derechos de las minorías sexuales. |
| ARG-09 | La investigación sobre sida y HSH en América Latina y el Caribe: políticas públicas y derechos humanos.  |
| ARG-10 | Identidades discretas.   |
| ARG-11 | La construcción del aborto y del sida en tanto cuestiones políticas: el caso de la Argentina.  |
| ARG-12 | Trabajadores del sexo: una población olvidada en los programas de prevención del sida.   |

<sup>1</sup>El catálogo, con funciones de búsqueda, se adjunta en versión electrónica en el disco compacto inserto en la contratapa de este volumen.

## Registros de Brasil

- BRA-01 Proyecto de sexualidades: Ciudadanía y prevención de sida entre hombres homosexuales.
- BRA-02 Proyecto Bella Vista.
- BRA-03 Inocencia y vicio: Estudios sobre homoerotismo.
- BRA-04 Sida: La Tercera Epidemia (Ensayos y Tentativas).
- BRA-05 Cuando el Arco Iris se desploma sobre la Tribu: Homosexualidades y sida en Copacabana.
- BRA-06 Infecciones de Sífilis y de VIH: Un estudio comparando prostitución masculina de Travestis y no-Travestis en la ciudad de Sao Paulo.
- BRA-07 Proyecto Belo Horizonte.
- BRA-08 Homosexualidad, bisexualidad y VIH/sida en el Brasil: Una bibliografía comentada a partir de las ciencias sociales y campos afines.
- BRA-09 Conocimiento, actitudes y creencias sobre el sida y conducta sexual entre hombres homosexuales y bisexuales en el municipio de Fortaleza.
- BRA-10 Género y sexualidad: Fragmentos de la identidad masculina en tiempos de sida.
- BRA-11 El riesgo de infección por VIH entre travestis que se prostituyen en Salvador, Bahía.
- BRA-12 La construcción de la solidaridad.
- BRA-13 Entre hombres: Homosexualidad y sida en el Brasil.
- BRA-14 Prácticas sexuales y cambios en conducta entre hombres que tienen sexo con otros hombres en Río de Janeiro, 1990-1995.

- BRA-15 Bajo la línea ecuatorial: Culturas del deseo, homosexualidad masculina y comunidades Gay emergentes en el Brasil.
- BRA-16 Proyecto Praça XI.
- BRA-17 Red Bis-Brasil: La experiencia de una intervención con hombres bisexuales.
- BRA-18 Triángulo Rosa: La búsqueda de la ciudadanía de los homosexuales.
- BRA-19 Reinventando la vida: Historias sobre homosexualidad y sida en el Brasil.
- BRA-20 El Travesti. Un paciente proctológico.
- BRA-21 Género, Carnaval y sida: La construcción de las identidades homosexuales a través de las experiencias rituales del Carnaval de Río de Janeiro en la era del sida.
- BRA-22 Cuerpos, apariencias y prácticas sexuales: socio-antropología de las homosexualidades en una playa de Río de Janeiro.
- BRA-23 Levantamiento sobre prevención entre profesionales del sexo masculino.
- BRA-24 Comportamiento sexual y factores asociados a seroincidencia del VIH en una cohorte de hombres que hacen sexo con otros hombres: Proyecto Bella Vista - Sao Paulo.
- BRA-25 Comportamientos sexuales de hombres seronegativos que tienen sexo con hombres y que usan drogas. Río de Janeiro, Brasil («Proyecto Río»).
- BRA-26 Homosexualidad y disposición para participar en la prueba de la vacuna del VIH.
- BRA-27 El cliente incógnito: perfil sociodemográfico de los clientes de los travestis de Bahía.



## Registros de Chile

- CHI-01 De amores y sombras: Poblaciones y Culturas Homo y Bisexuales en Hombres de Santiago.
- CHI-02 Los *Regios* de Santa Lucía. Historias de Vida de Jóvenes Homosexuales en Santiago.
- CHI-03 Homofobia cultural en Chile: Percepciones sobre sexualidad y homosexualidad masculinas.
- CHI-04 Homofobia cultural en Santiago de Chile: Un estudio Cualitativo.
- CHI-05 Estimación de la actividad homosexual en lugares públicos para el diseño de una intervención preventiva de ETS y sida.
- CHI-06 Aspectos Subculturales y Psicosociales de la Homosexualidad Masculina.
- CHI-07 Informe Narrativo, Fase II del Proyecto: «Intervención Preventiva en Lugares Públicos para Sexo».
- CHI-08 Entre Apolo y Dionisio: Masculinidad en el Discurso Homosexual Urbano, clase media baja y baja.
- CHI-09 Juventud, Prostitución y Mercado: Mirada Antropológica a la prostitución juvenil femenina y masculina en Santiago.

## Registros de Colombia

- COL-01 Encuesta CAP sobre VIH/sida y sexualidad entre hombres que tienen sexo con otros hombres (1997).
- COL-02 Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad y VIH/sida entre hombres que tienen sexo con hombres (1998).
- COL-03 Encuesta CAP sobre sida y sexualidad entre proveedores de servicio de salud.

- COL-04 Encuesta CAP para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con otros hombres en la ciudad de Medellín, Colombia.
- COL-05 Encuesta CAP sobre sexualidad, ETS y VIH/sida entre jóvenes hombres gay en Bogotá.
- COL-06 Seroprevalencia del VIH-1 en HSH en Bogotá, Colombia. Resultados preliminares del Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas.
- COL-07 Proyecto de Investigación sobre sexualidad y VIH-sida en HSH con comportamiento bisexual en cuatro ciudades del país.

## Registros de Costa Rica

- CRI-01 Prevención integral en gays: Homofobia y más.
- CRI-02 De ranas a princesas. Sufridas, atrevidas y travestidas.
- CRI-03 En la mesa del Señor: La verdad de las condenas bíblicas contra los homosexuales.
- CRI-04 Caminar entre Tinieblas: Una Encuesta sobre el Condón en los Hombres que Tienen Sexo con Hombres en Costa Rica.
- CRI-05 Caperucita Rosa y el Lobo feroz: Sexo público latino.
- CRI-06 Al compás de los auriculares: Un estudio de camioneros en América Central y su relación con el sida.
- CRI-07 La casa de Lila: Un estudio de la prostitución masculina.
- CRI-08 Amor de machos: Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles. Un estudio de la homosexualidad en la prisión.

## Registros del Ecuador

- ECU-01 Seroprevalencia del VIH-1 en HSH en el Ecuador. Estudio comportamental.

## Registros de la República Dominicana

- DOM-01 República Dominicana: Estilos de vida y Prácticas sexuales: Resultados de un estudio CAP realizado entre hombres homosexuales y bisexuales.
- DOM-02 Eromenos y Erastes Modernos en la República Dominicana.
- DOM-03 Conducta Sexual y Factores de Riesgo para la Infección del VIH entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en la República Dominicana.
- DOM-04 Expandiendo la Base Social de prevención del sida entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en la República Dominicana.
- DOM-05 Enfoque Cultural de la prevención del VIH/sida para el desarrollo sostenible en República Dominicana.
- DOM-06 Evaluación de Material Educativo para Clientes Homosexuales y Bisexuales de Trabajadores Sexuales en las Calles de Santo Domingo.
- DOM-07 Estudio CAP relativo a la Prevención del sida y al Uso del Condón entre Niños de la calle que son trabajadores sexuales, Santo Domingo, 1989-1990.
- DOM-08 Proyecto de Educación de Pares en Trabajadores Sexuales Masculinos de la Calle: «Proyecto Bugui Bugui».
- DOM-09 Características psicosociales Riesgo de Infección y Motivaciones para la Prevención del VIH/sida en Trabajadores Sexuales en Santo Domingo.

- DOM-10 El sida y el enigma de la bisexualidad en la República Dominicana.
- DOM-11 Tres Décadas de Trabajo Sexual Masculino en Santo Domingo.
- DOM-12 Encuesta sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas acerca del sida/ETS en hombres que tienen sexo con hombres.

## Registros de El Salvador

- ELS-01 Hombres homosexuales en El Salvador. Sus identidades y percepciones en medio del VIH/sida.

## Registros de Guatemala

- GUA-01 El impacto del Modelo Integral para la Prevención del sida en las Minorías Sexuales.
- GUA-02 Estudio cualitativo de comportamientos sexuales, normas sociales, derechos humanos y contexto de riesgo a la infección por VIH en hombres que tienen sexo con hombres en el centro de la ciudad de Guatemala.

## Registros de México

- MEX-01 Transmisión Homosexual del VIH/sida en México.
- MEX-02 Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales.
- MEX-03 Seroprevalencia de Infecciones por VIH entre hombres con Prácticas Homosexuales y Bisexuales en la Ciudad de Tijuana, Baja California.

- MEX-04 Escondida en la sangre: Una investigación personal del sida en el Yucatán.
- MEX-05 Hacia adelante a todo vapor: Informe sobre la Prevención del VIH entre HSH en Baños Saunas de la Ciudad de México.
- MEX-06 Los números de la Epidemia del sida en la Población Gay Mexicana.
- MEX-07 Estudio exploratorio sobre sida, Prácticas y Conductas sexuales de estudiantes adolescentes varones en Ciudad de México que se definen como gays y cuyas edades oscilan entre los 15 y 18 años de edad.
- MEX-08 Dos momentos: Pensamientos y actos para enfrentar el VIH/sida entre hombres homosexuales y bisexuales.
- MEX-09 Homosexualidad: Sociedad y el Estado en México.
- MEX-10 Estudio Exploratorio sobre Cuartos Oscuros y el Proceso de Salud-Enfermedad de sida en la Comunidad gay.
- MEX-11 La estructura y funcionamiento de las parejas gay masculinas.
- MEX-12 Estudios sobre bisexualidad en México.
- MEX-13 La casa de Mema, Ciudad de México. Sobre Travestis, Reinas y Machos.
- MEX-14 Programa de Prevención del sida para jóvenes varones homosexuales.
- MEX-15 Intimidad y homosexualidad entre hombres mexicanos.
- MEX-16 Seropositividad de VIH-1 y riesgos sociológicos y de conducta entre hombres homosexuales y bisexuales en seis ciudades mexicanas.
- MEX-17 Encuesta sobre sexualidad y sida entre Hombres Homosexuales y Bisexuales en México.

- MEX-18 Cambio cultural, hibridización y homosexualidad masculina en México.
- MEX-19 Trayectorias de enfermedades relacionadas con el sida en México: Hallazgos de un estudio cualitativo en dos comunidades marginales.
- MEX-20 Bisexualidad entre trabajadores de la construcción en México.
- MEX-21 Trabajo sexual masculino en Ciudad de México.
- MEX-22 Homosexualidad masculina y la construcción de la masculinidad en México.
- MEX-23 Programa de Educación y Prevención del sida en la comunidad gay.
- MEX-24 La construcción de la identidad *gay* travesti. Poder, discursos y trayectorias; la disputa por espacios y territorios: el travestismo entre los *gays* de la ciudad de Colima y su zona conurbana.
- MEX-25 La identidad *gay*: una identidad en tensión. Una forma para comprender el mundo de los homosexuales.
- MEX-26 La noche es joven: Sexualidad en México en los tiempos del Sida.
- MEX-27 Ni machos ni maricones: Masculinidad y Emergencia de Identidades Homosexuales Masculinas en México.
- MEX-28 La construcción de la identidad *gay* en un grupo *gay* de jóvenes de la Ciudad de México. Algunos ejes de análisis para el estudio etnográfico.
- MEX-29 La pareja *gay* masculina en México: Algunos indicadores.
- MEX-30 Especificidades del trabajo sexual masculino en la ciudad de Xalapa, Veracruz desde una perspectiva de género.
- MEX-31 Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual.

- MEX-32 Reconociendo los placeres, deconstruyendo las identidades. Antropología, patriarcado y homoerotismos en México.
- MEX-33 La relación entre enfermedad y opresión en bisexuales, lesbianas y homosexuales (BLH) de la Ciudad de México.
- MEX-34 Jóvenes corazones gay. Género, identidad y socialidad en hombres gay de la ciudad de México.
- MEX-35 Apoyo Social en hombres homosexuales que revelado y no su homosexualidad y/o su seroestatus al VIH/sida.
- MEX-36 Visión geográfica de los lugares gay de la ciudad de México.
- MEX-37 Patrones sexuales y locus de control en HSH con diferente seroestatus al VIH/sida.

## Registros de Nicaragua

- NIC-01 Sexo inseguro: Investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al sida en Nicaragua.

## Registros de Perú

- PER-01 La asociación del comportamiento sexual seguro entre hombres homosexualmente activos en Lima.
- PER-02 Identidad prohibida.
- PER-03 Un Programa de Prevención del VIH/ ETS para hombres homosexualmente activos de diversas identidades sexuales.
- PER-04 El problema de la homosexualidad: Un estudio del concepto social como mecanismo de marginación.
- PER-05 Factores que intervienen en el establecimiento de la conducta homosexual circunstancial.

- PER-06 Información y prejuicio en torno a la homosexualidad.
- PER-07 ¿Jugando a la ruleta rusa? Investigación respecto a los hábitos y actitudes en el uso del preservativo.
- PER-08 Información y asesoramiento de hombres gays y travestis en El Callao.
- PER-09 El margen tiene muchos lados: Diversidad entre hombres que tienen sexo con otros hombres en Lima.
- PER-10 Historia, sexo y cultura en el Perú: Una aproximación desde Foucault.
- PER-11 Comportamiento sexual y seroprevalencia del VIH tipo 1 en varones homosexuales Peruanos.
- PER-12 Comportamiento sexual y factores de riesgo para las ETS y el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en Lima, Perú.
- PER-13 Estudio sobre la conducta de peluqueros homosexuales en Lima durante su búsqueda de servicios de salud para tratarse de ETS.
- PER-14 Razones por las que hombres que tienen sexo con otros hombres incurrir en prácticas sexuales inseguras.
- PER-15 Vigilancia Centinela del VIH para Hombres que tienen Sexo con Hombres en Perú.
- PER-16 El «ambiente»: jóvenes homosexuales construyendo identidades en Lima.
- PER-17 Hombres, masculinidad y salud sexual en Perú.
- PER-18 ¿A quién le importa? Las batidas en las discotecas de 'ambiente' del centro de Lima.



## Registros de Puerto Rico

- PRI-01 Trabajo de promoción de la salud en una comunidad de trabajadores sexuales en San Juan y prevención de VIH.
- PRI-02 Consecuencias del sexo no penetrativo para la prevención del VIH/sida entre latinos/as.
- PRI-03 Contrastando los tipos de Hombres Portorriqueños que tienen sexo con hombres (HSH).
- PRI-04 Escondido en el armario: Violencia Doméstica entre parejas del mismo sexo en la comunidad Lésbica y Gay Latinas. Implicancias para la intervención.
- PRI-05 Redes sociales, apoyo social y prácticas sexuales entre hombres portorriqueños gay VIH-positivos.
- PRI-06 Implementación y evaluación de una intervención primaria preventiva en VIH dirigida a gays y hombres bisexuales latinos en Puerto Rico.



### III. Glosario

- **Abogacía (*Advocacy*, en inglés):** Promoción y defensa de una causa (o de un grupo) entre tomadores de decisiones (por ejemplo, autoridades) o personas interesadas. Se usa indistintamente las voces en inglés o español, y algunas veces se usa como sinónimo el término ‘cabildeo’.
- **‘*Coming out*’** (‘salida’, en español). Metáfora utilizada tradicionalmente para aludir al “salir del closet” o abandonar el secreto en el que muchos hombres y mujeres mantuvieron sus identidades o experiencias, deseos o experiencias homosexuales.
- **Conductas de riesgo:** En discusiones sobre VIH/sida, forma de referirse a las conductas asociadas a un mayor riesgo de adquirir o transmitir la infección por VIH. Generalmente aluden a conductas sexuales de riesgo (esencialmente la penetración anal o vaginal no protegida con parejas seropositivas o cuyo status serológico es desconocido), aunque también pueden aludir a conductas de riesgo en el uso de drogas recreativas (esencialmente el compartir agujas y jeringas con otras personas).
- **Constructo:** Categoría definida al operacionalizar una teoría, usualmente para luego desarrollar un instrumento (por ejemplo, una escala) que la mida. Por ejemplo, el constructo “autoestima” se plantea para luego desarrollar una escala que lo mida.
- **Discurso hegemónico:** Visión dominante acerca de un tema, impuesta por una tradición o un grupo de poder. Por ejemplo, la visión de que la heterosexualidad constituye la versión “normal” de la sexualidad es aún parte del discurso hegemónico, aunque en proceso de cambio.
- **Estigmatización:** Señalamiento de una práctica (por ejemplo, el sexo anal), una experiencia (por ejemplo, la seropositividad) o un grupo (por ejemplo, los homosexuales) como negativo, incómodo o indeseable.

- **Estudio de cohorte:** En epidemiología, un tipo de estudio en el cual se observa a lo largo del tiempo a un grupo de individuos.
- **ETS:** Enfermedad de transmisión sexual, o sexualmente transmisible.
- **Expertise** (inglés): Calidad de experto.
- **Género:** A diferencia de sexo (que alude sobre todo a diferencias biológicas entre hombre y mujer), se refiere a las características históricamente asignadas por una sociedad a los hombres y mujeres, en términos de su forma de conducirse, de vestir, de relacionarse sexualmente, etc. Por ejemplo, los hombres son (o deben ser), rudos, poco emotivos, fuertes, conquistadores; las mujeres son (o deben ser), delicadas, emotivas, tranquilas, moderadamente coquetas.
- **Homofobia:** Rechazo de lo relativo a la homosexualidad.
- **HSH:** Sigla que alude a “hombres que tienen sexo con hombres”, y que connota a todos los hombres que muestran tal conducta sexual, sin importar su identidad. Incluye, por ello, a los hombres con identidades gay o bisexual.
- **Identidad sexual:** Noción que se tiene respecto de sí mismo(a) en el campo de lo sexual. Desde el punto de vista de la orientación sexual, generalmente tiene que ver con si una persona se considera “homosexual”, “gay” u otras identidades similares, o si se considera “heterosexual”, o si se considera bisexual. La identidad sexual, sin embargo, depende de las categorías o tipos de ésta que una persona vea como posibles o disponibles. En algunos sectores populares, por ejemplo, no es usual definirse como “heterosexual”, pues sólo se distingue entre “hombre” y “homosexual”.
- **Incidencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad (por ejemplo, de infección por VIH) que ocurren en la unidad de tiempo (por ejemplo, un año) en un grupo de personas susceptibles de adquirirla. Así, si en un grupo de cien susceptibles al inicio de un año, 3 adquieren la infección, la incidencia será de 3% anual.
- **ITS:** Infección de transmisión sexual, o sexualmente transmisible. Se diferencia de ETS porque “enfermedad” alude a síntomas, mientras “infección” no lo hace. Dado que sólo una fracción de las ITS producen síntomas (es decir, enfermedad), sólo una fracción de las ITS son ETS.

- **Machismo/marianismo:** Una versión del sexismo considerada típica de América Latina y el Sur de Europa, que exige patrones de ser hombre mucho más rígidos y marcados, diferenciados claramente de los de mujer, que también son más rígidos y marcados en sentido opuesto.
- **Masculinidad:** Forma de ser hombre socialmente determinada, que varía en el tiempo y según la sociedad y la cultura. Corresponde al papel de género para el caso masculino (en contraposición a 'feminidad').
- **Orientación sexual:** Preferencia sexual por el sexo opuesto, por el mismo sexo, o por ambos sexos.
- **Outreach:** Expresión inglesa que alude a la búsqueda y encuentro de personas de una población, usualmente difícil de localizar (por ejemplo, trabajadores/as sexuales, usuarios de drogas) generalmente para hacerlas receptoras de una intervención preventiva o terapéutica.
- **Prevalencia:** En epidemiología, concepto que alude a la proporción de personas en una muestra o población observada que presentan una condición o enfermedad. Por ejemplo, si 5 de 100 personas observadas en un estudio presentan signos de gonorrea, la prevalencia de gonorrea en dicha población es de 5%.
- **Prevención primaria del VIH:** Prevención de la adquisición de la infección por el VIH.
- **Prevención secundaria del VIH:** Prevención del desarrollo de problemas clínicos una vez que se ha producido la infección por el VIH.
- **Transgénero / Transexual:** Persona que, habiendo nacido con un sexo biológico específico, vive su vida desde una posición de género correspondiente, tradicionalmente, al otro sexo. Tal sería el caso de hombres que optan por lo que, según la tradición, sería *vestirse* y *vivir* como mujeres, y viceversa. En ocasiones el uso diferenciado de ambos términos, así como el de travesti, querría implicar la diferencia entre una condición pre-operatoria y un cambio de sexo. Sin embargo, tal uso diferenciado de términos no es consistente.
- **Tratamiento antirretroviral:** En este volumen, la frase se refiere generalmente a la versión actual de los tratamientos para el SIDA, por estar

dirigidos al VIH (un retrovirus humano). Estos tratamientos plantean mayormente combinaciones de dos o hasta cuatro drogas, usualmente de distintos tipos o “familias”.

- **Vigilancia centinela:** En epidemiología del SIDA, estudio rutinario que es realizado repetidamente en el tiempo, generalmente en una muestra por conveniencia básicamente reproducible, (por ejemplo, pacientes de un servicio de ITS) para proporcionar una idea general del curso de la epidemia en una población de referencia.
- **Vigilancia de segunda generación:** En epidemiología del SIDA, un nuevo concepto de vigilancia epidemiológica que surgió hacia mediados de los años noventa, propugnando la diversificación de fuentes de información (más allá de los datos de notificación de casos), por ejemplo, incluyendo vigilancia centinela, estudios de seroprevalencia, vigilancia del comportamiento, y vigilancia de ITS.
- **Vulnerabilidad estructural:** Desprotección de un grupo (que comparte una característica estigmatizada: por ejemplo, pertenece a minorías étnicas, religiosas o sexuales) frente a un riesgo público, cuando dicha desprotección se deriva de condiciones de exclusión social.
- **Vulnerabilidad individual:** Desprotección de un individuo frente a un riesgo público, en parte por razones inherentes al individuo (por ejemplo, características psicológicas), y en parte por su pertenencia a grupos que en su conjunto padecen vulnerabilidades estructurales.

## Sobre los autores

Licenciado en Historia, graduado en la Escuela Nacional de Antropología e Historia en la Ciudad de México. Se ha desempeñado como periodista por más de doce años. Actualmente es el editor de *Letra S, Salud, Sexualidad, Sida*, publicación mensual del periódico *La Jornada*, por la que recibió el Premio Nacional de Periodismo e Información 2001. También es el director de la organización Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana A.C., que entre otras actividades impulsa la Comisión Ciudadana Contra Crímenes de Odio por Homofobia, integrada por destacadas personalidades, y que entrega cada año un informe anual sobre ese tipo de crímenes cometidos en México. Además, Letra S es integrante de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL).

Alejandro Brito

Médico e investigador social en salud, obtuvo su doctorado en salud pública en la Universidad de California en Berkeley. Actualmente es Profesor Principal de la Facultad de Salud Pública en la Universidad Cayetano Heredia, en Lima, donde realiza investigación en sexualidades, salud y derechos sexuales, y coordina la Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Es también investigador del Centro de Estudios de Prevención de SIDA de la Universidad de California en San Francisco, y miembro de la Red de Epidemiología en VIH/sida para América Latina y el Caribe. Con apoyo de ONUSIDA, en 1998 promovió la conformación de una Red de

Carlos Fernando  
Cáceres

Investigación en VIH/sida y Sexualidades en América Latina, y ha participado también de iniciativas comunitarias de lucha contra el sida y por los derechos sexuales. Se ha desempeñado como consultor internacional en investigación y políticas de salud, y es autor de numerosas publicaciones.

Periodista estadounidense, residente en Chile desde hace 20 años. Ayudó en la fundación de la Corporación Chilena de Prevención del Sida, el primer grupo gay vinculado al VIH/sida en el país, al final de los años 80 y fue su director ejecutivo durante siete años. Actualmente, está preparando un libro comparando la respuesta social al VIH/sida en nueve países de América Latina y el Caribe. En 2001 fundó CIPRESS, para responder a la creciente epidemia de VIH/sida entre mujeres en Chile y promover vínculos entre la reivindicación gay y la promoción de los derechos reproductivos y sexuales.

Tim Frasca

Graduado en antropología social de la Universidad de Chile en 1986, actualmente se desempeña como investigador asociado a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile) y profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales en la ciudad de Santiago de Chile. Desde 1998 hasta abril del año 2002 estuvo a cargo de la unidad de evaluación y estudios de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (CChPS), ONG de base comunitaria abocada a la prevención de la epidemia en la población homosexual en las ciudades de Valparaíso y Santiago. En ese contexto temático, en 1997, junto al sociólogo chileno Isaac Caro, publicó en FLACSO un estudio sobre homofobia cultural y posteriormente, artículos sobre la relación entre ciencias sociales, opinión pública y homosexualidades.

Gabriel  
Guajardo Soto



Licenciado en sociología de la Universidad de Buenos Aires, realizó cursos de postgrado en México y Costa Rica, y actualmente se encuentra cursando una maestría en ciencias sociales con mención en salud. Trabaja en el Centro de Estudios de Población y en la Universidad de Buenos Aires desde 1996. Sus temas de estudio incluyen género, salud, salud reproductiva y políticas sociales en salud.

Hernán Manzelli

Mario Pecheny es doctor en ciencia política de la Universidad de París III. Actualmente es docente de Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires, investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina), con sede en el Instituto Gino Germani de la UBA, y consultor de ONUSIDA para la Task Force en HSH-VIH/sida en América Latina y el Caribe. Ha publicado los libros *Gays y lesbianas: formación de la identidad y derechos humanos* (junto a Ana Lía Kornblit y Jorge Vujosevich), *Discriminación: Una asignatura pendiente*. (junto a Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz) y *La construction de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: le cas de l'Argentine*, así como numerosos artículos y capítulos sobre salud, sexualidad y derechos humanos.

Mario Pecheny

Psicólogo (UERJ), MS en Psicología (PUC-RJ) y Doctor en Salud Colectiva (IMS/UERJ), actualmente es Coordinador General de la Asociación Brasileña Interdisciplinaria de Sida (ABIA), institución donde trabaja desde 1989. Participó del movimiento homosexual brasileño en los comienzos de los años 80, y desde 1989, participa en el movimiento social de lucha contra el SIDA en Brasil. Con Richard Parker organizó las publicaciones *Entre Homens: homossexualidade no Brasil y Solidariedade: ABIA na Virada do Milenio*, además de una serie de otras publicaciones de ABIA, y es autor de un conjunto de artículos sobre homosexualidad, sida y seropositividad.

Veriano Tertto  
Júnior

Profesor de psicología en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico, en donde enseña cursos de postgrado en sexualidad, familia, evaluación de programas y ética en la investigación. Es el Director Asociado del Programa de Adiestramiento en Investigación de VIH/sida y del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos del Departamento de Psicología de la Universidad. Consultor y evaluador de programas comunitarios de prevención de VIH/sida. Como investigador trabaja temas relacionados al género, masculinidad, sexualidad, violencia doméstica en parejas gay, prevención de VIH, estigma, redes de apoyo para personas seropositivas y adherencia al tratamiento. Fue fundador del Colectivo de Concientización Gay de Puerto Rico y Director Ejecutivo de la Fundación SIDA durante 10 años antes de integrarse de lleno a la Facultad de Ciencias Sociales.

José  
Toro-Alfonso