

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

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN UNESCO/ONUSIDA

**SISTEMATIZACIÓN DE LAS ACCIONES Y
ESTRATEGIAS EN VIH/ SIDA EN EL URUGUAY
DESDE UN ENFOQUE CULTURAL**

INFORME FINAL

*Juan Jose MereRouco
Ana Buquet*

**Estudios e Informes Serie especial, No. 17
División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural**

UNESCO, 2003

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

(CLT – 2003 / WS /03)

Índice

Siglas	iii
Agradecimientos	v
Resumen Ejecutivo	vii
Introducción : El estudio como una oportunidad inédita en el Uruguay	1

Primera Parte

1. Datos generales del Uruguay	5
1.1. Estado de salud de la población	6
1.2. Condiciones de vida	7
1.3. Situación de las mujeres y la dinámica de constitución familiar	8
2. La epidemia del SIDA en Uruguay	9
2.1. La evolución de la epidemia	9
2.2. Situación en SIDA	11
2.3. Situación en VIH	12
2.4. Distribución de los casos	13
2.5. Acceso a la terapia anti-retroviral y disminución de la letalidad	14
2.6. Gastos nacionales en VIH/SIDA	16
3. Construcción e impacto sociocultural del SIDA (1987-1993)	16
3.1. Cultura y epidemia : los “grupos de riesgo”	16
3.2. Promoción de los Derechos Humanos y ambigüedades de las campañas oficiales	18
3.3. La presencia de las ONGs y de las personas afectadas	19
3.4. Las resistencias al condón : minoritarias pero presentes	20
3.5. La discriminación laboral	21
3.6. La educación sexual en debate	21
3.7. La situación de las cárceles	22
3.8. Amalgamas y tentaciones autoritarias	22
3.9. Informaciones / desinformaciones	23
4. La cultura de la sexualidad frente al SIDA	23
4.1. La educación sexual en Uruguay	23
4.2. Las relaciones de género en la situación de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA	27
4.3. Comportamientos y representaciones sexuales en el Uruguay	29

Segunda Parte

5. Modalidades de respuesta institucional	43
5.1. Programa Nacional de SIDA	43
5.2. Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)	47
5.3. Instituciones y organismos públicos no asistenciales	49
6. Las acciones desde la sociedad civil	50
6.1. Asociación de Ayuda al Sero Positivo, ASEPO (1989)	50
6.2. Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay, AMEPU (1985)	51
6.3. Asociación de Travestis del Uruguay, ATRU (2001)	51
6.4. FRANSIDA (1989)	52
6.5. Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay, IELSUR (1986)	53
6.6. Instituto de Investigación y Desarrollo, IDES (1984)	53
6.7. La comunidad gay y lesbica	54
6.8. Algunos puntos críticos identificados por la ROUS	56
7. Principales conclusiones	58
8. Recomendaciones	64
Bibliografía	67

75

Anexos

Anexo 1	Recomendaciones de las ONGs participantes al Seminario Regional sobre el VIH/SIDA	77
Anexo 2	María L. Osimani, Contribución al Seminario Regional sobre el VIH/SIDA	81

Siglas

AMEPU	Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ASEPO	Asociación de Ayuda al Sero Positivo
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
ATRU	Asociación de Travestis del Uruguay
CASMU	Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay
CODICEN	Consejo Directivo Central
CONASIDA	Comisión Nacional de SIDA
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HU	Homosexuales Unidos
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IDES	Instituto de Investigación y Desarrollo
IELSUR	Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay
INAME	Instituto Nacional del Menor
INBI	Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
INE	Instituto Nacional de Estadística
INJU	Instituto de la Juventud
INLATINA	Iniciativa Latinoamericana
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual

IYV	Año Internacional del Voluntariado
LACCASO	Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicios en SIDA
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PBI	Producto Bruto Interno
PNS	Programa Nacional de SIDA
ROUS	La Red de ONGs con trabajo en SIDA
SEIC	Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UDIs	Usuarios de Drogas Inyectables
UNGASS	Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Agradecimientos

Nuestro sincero agradecimiento a la/os profesionales y instituciones, publicas y privadas, que compartieron informaciones, comentarios y experiencias, contribuyendo de manera decisiva a la elaboracion de este estudio.

Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas, que en Uruguay, dieron y dan, cotidianamente, su tiempo, energía, afectos y competencias, para que la sociedad sea más justa, solidaria y respetuosa de las diferencias.

En particular, nuestro cálido reconocimiento a la/os compañera/os de la Red de ONGs de lucha contra el SIDA en Uruguay – incluyendo aquella/os que hoy ya no estando siguen presentes en la memoria – porque el camino se hace más llevadero y efectivo, haciéndolo juntos.

Juan José Meré Rouco

Ana Buquet

Resumen Ejecutivo

El presente documento se inscribe de lleno en el marco definido por la iniciativa innovadora “*Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA*” del Sector de la Cultura de la UNESCO lanzada en 1998. Tomando como punto de partida fundamental la definición de cultura como la matriz de actividades que definen la identidad de una sociedad o grupo social particular, se entiende que la eficiencia y sustentabilidad de las acciones para enfrentar la epidemia del VIH SIDA solo serán posible si integran el conocimiento y reconocimiento de las pautas culturales vigentes, en términos de valores, creencias, representaciones y prácticas de la sociedad y de los grupos afectados.

El estudio “*Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en Uruguay desde un enfoque cultural*” se desarrolló en el 2000/2001, mediante un convenio con el Sector de la Cultura de la UNESCO.

El objetivo principal del estudio es sistematizar y analizar el conjunto de acciones llevados adelante por los diferentes actores involucrados en la lucha contra la epidemia del VIH SIDA en Uruguay, identificando los elementos y dinámicas culturales y sociales que las sustentan. En particular, se profundizó en la compleja y múltiple trama cultural de la Sexualidad en Uruguay, buscando tanto las resistencias individuales y sociales al cuidado de sí y al cuidado de las personas que las rodean, cuanto de encontrar los facilitadores socio-culturales que brinden puntos de apoyo para las acciones de prevención y atención.

De esta manera, además del énfasis en la esfera íntima de las actitudes, representaciones y prácticas sexuales, se abordó con detenimiento la situación de las acciones de prevención, atención médica y de los derechos humanos, logrando la identificación de logros y de puntos críticos.

Finalmente, a partir de una instancia colectiva de discusión y diálogo con todo el abanico de actores involucrados en la lucha contra la epidemia del VIH/ SIDA en Uruguay, el estudio realizó la elaboración de recomendaciones culturalmente apropiadas a la situación epidemiológica y social del Uruguay – incluyendo el señalamiento de pistas prioritarias para futuras investigaciones y/o intervenciones educativas basadas en el enfoque cultural – en la perspectiva más global de un desarrollo humano sostenible.

La metodología de trabajo se estructuró básicamente en la exploración exhaustiva de fuentes secundarias de información, es decir, en la recopilación, sistematización y análisis de toda la información generada en el Uruguay sobre la epidemia del VIH/SIDA, desde sus inicios hasta la fecha. Fueron incluidos documentos oficiales, artículos, entrevistas y noticias de prensa, trabajos de investigación, publicaciones diversas de las Organizaciones No Gubernamentales(ONGs), encuestas de opinión, materiales teóricos sobre la realidad nacional, y folletería y cartillas varias de difusión e información.

En un segundo momento, luego de evaluada el cúmulo y calidad de la información obtenida, se decidió completar el estudio con una serie de entrevistas a informantes claves provenientes de instituciones y asociaciones del sector público y privado.

Dos tipos de dificultades mayores aparecieron para la realización del estudio : en primer lugar, obstáculos de carácter estructural que derivan del hecho que el Uruguay no dispone de una cultura del registro y sistematización de datos, básicamente en el área de la salud, lo que lleva a tener fuentes fragmentadas, dispersas y a veces, superpuestas. En segundo lugar, razones coyunturales, que hicieron que el estudio coincidiera con un período de cambios y transiciones en las esferas de decisión política, lo que trajo aparejado un trabajo considerable de conversaciones y negociaciones para facilitar el acceso a la escasa información.

La aplicación del enfoque cultural a la realidad del Uruguay ofreció, a través de este estudio, una oportunidad inédita en el país para, por primera vez, sistematizar el conjunto de la información existente, como base indispensable para generar insumos estratégicos en los diseños de las políticas públicas contra la epidemia, buscando mayor impacto y mejores resultados.

En este sentido, el estudio abordó el desafío central de construir una verdadera *Línea de Base* sobre la cultura de la sexualidad en Uruguay, superando la ausencia casi total de estudios de alcance nacional y científicamente rigurosos, que aborden las representaciones y prácticas afectivas y sexuales de las uruguayas y los uruguayos. El capítulo de este estudio referido a la sexualidad es un intento innovador por sistematizar, ordenar y analizar un conjunto heterogéneo de encuestas, estudios, investigaciones y datos, que se configuren en una primera referencia sobre pautas culturales y prácticas en sexualidad, así como un abanico de pistas para futuras investigaciones en relación a la interacción sexualidad / epidemia del VIH/SIDA, pero también para la implementación de acciones y programas en salud sexual y reproductiva.

Introducción *El estudio como una oportunidad inédita en el Uruguay*

El presente estudio “Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en Uruguay desde un enfoque cultural” se inserta en la iniciativa del Sector de la Cultura de UNESCO en París “Un enfoque cultural para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA”, lanzado en 1998 y llevado adelante en las regiones de América Central, África Sub Sahariana y Asia y el Pacífico. Esta estrategia de lucha contra el VIH/SIDA esta apoyada en el proceso de renovación de los enfoques clásicos del desarrollo , basados exclusivamente en el crecimiento económico, y que reformula la cultura como la matriz de actividades que definen la identidad de una sociedad o grupo social particular. En ese sentido, impulsar una estrategia de desarrollo sustentable – o de cambios significativos en cualquier sector – implica integrar de manera central el conjunto de aspiraciones profundas y reales expresadas en la identidad y valores de una sociedad (UNESCO, 2000a).

En ese sentido, el proyecto del Sector Cultura propone un enfoque integral e integrador que permite comprender el contexto cultural de las personas y sus interacciones frente al riesgo del VIH/SIDA. En particular, se trata de analizar las acciones de prevención y atención en VIH/SIDA, a partir de dos elementos claves relacionados con la dinámica cultural de la sociedad : por una lado un imprescindible conocimiento de los sistemas de creencias, valores y actitudes de los grupos sociales, y por otro lado, los propios recursos sociales y culturales de los cuales dispone la sociedad o los grupos humanos involucrados (UNESCO, 2000b).

De esta manera, se trata tanto de identificar las resistencias sociales y culturales al cuidado de sí y al cuidado de las personas que las rodean, cuanto de encontrar los facilitadores socio-culturales que impulsen las acciones de prevención y atención. Es una cuestión de ética cuanto de eficiencia. Este análisis ofrece, así, una oportunidad inédita en Uruguay para generar insumos estratégicos en los diseños de las políticas públicas contra la epidemia, buscando mayor impacto y mejores resultados.

En América Latina y el Caribe, se calcula que hay, a finales del 2002, casi 1,9 millones de adultos y niños viviendo con el VIH, incluyendo las 190 mil personas que se contaminaron durante todo el año y que representaron un aumento de casi el 13%. Como lo señala ONUSIDA, las bajas tasas de prevalencia en algunos países, como es el caso de Uruguay, no deben ocultar el hecho que la epidemia se instaló definitivamente en algunos grupos específicos (ONUSIDA/OMS 2001).

Mas allá de la biología : el entramado cultural

La epidemia del VIH/SIDA se convirtió en uno de los problemas de salud más complejo que la humanidad ha enfrentado, precisamente porque no involucra exclusivamente aspectos biomédicos, sino que afecta dimensiones íntimas de las interacciones entre las personas, así como también impacta en los contextos político y socio-económicos más globales.

La epidemia del SIDA explicitó, pero no provocó, una compleja y múltiple trama cultural de la vida afectiva y sexual existente, colocando en el debate público temas que se encontraban en el ámbito de lo privado, tales como las relaciones sexuales tempranas, los

embarazos adolescentes no deseados, las parejas múltiples, la diversidad de opciones sexuales y el consumo de drogas en nuestro país. Todo esto configuró un "espacio social crítico", interpellando al conjunto de esferas sociales públicas y privadas y cuestionando los modelos de atención en salud, a los medios de comunicación social, al sistema de educación formal, así como las pautas más íntimas de convivencia social (Meré 1997).

Sin embargo, el virus del VIH/SIDA posee una característica particular : todas sus formas de transmisión son prevenibles si se toman las medidas pertinentes. Esto quiere decir que, ante una enfermedad para la cuál aún no se ha encontrado una vacuna preventiva o un tratamiento que erradique el virus definitivamente, las modificaciones de comportamiento de las personas para minimizar las situaciones de riesgo y detener la pandemia son imprescindibles.

La transmisión del VIH se produce como consecuencia de comportamientos privados que, de hecho y de derecho, escapan a la intervención pública y pueden ser calificados, en líneas generales, como comportamiento de consentimiento mutuo (Defert,1994).

Asimismo, cambiar actitudes y comportamientos, refiere no sólo a riesgo de contaminación del virus, sino al hecho de combatir firmemente las situaciones de discriminación, de marginación y violación de los Derechos Humanos, que sufrieron y sufren los individuos afectados y sus familias, así como los integrantes de grupos sociales como homosexuales, usuarios de drogas, trabajadoras y trabajadores sexuales, señalados como " culpables" de la tragedia.

En ese sentido, situados en una perspectiva amplia del bienestar social, incluyendo, factores psicológicos de la persona, estabilidad socioeconómica e integración social, podemos comprobar las dramáticas consecuencias que tuvieron y tienen en la calidad de vida y en la vida misma, los gestos de desprecio y rechazo hacia las personas portadoras.

Conocer para actuar

La eficiencia de toda intervención educativa, sea en el campo de la prevención comunitaria, pero también en el plano de la asistencia sanitaria, implica conocer y reconocer las dinámicas y componentes culturales que sustentan representaciones, actitudes y prácticas, así como identificar los grupos sociales más vulnerables frente a la epidemia (PNS, ANEP, IDES & UNICEF, 1996). La información masiva es necesaria, pero, como es ampliamente reconocido, no es suficiente para lograr los cambios esperados en las prácticas de las personas (OPS/OMS, 1998).

Las distintas intervenciones preventivas deben estar signadas por la diferencia entre la información en sí misma y la educación, entendida esta última como un conocimiento que modifica nuestro accionar y no como una mera expresión de conocimiento(OPS/OMS, 1998)

Reconocer sus propios riesgos y emprender medidas apropiadas es un proceso complejo al cual apuntan las políticas públicas, pero para el cual es preciso, en primer término,

desentrañar la densa trama social y cultural del país con relación a la epidemia del SIDA : este es precisamente el objetivo principal del presente estudio.

Por lo tanto se apunta a :

- *Sistematizar y analizar* el conjunto de acciones y actores involucrados en la lucha contra el SIDA en Uruguay, identificando factores y dinámicas socio-culturales que están incidiendo en la evolución de la epidemia y la respuesta nacional.

- *Identificar y caracterizar* aquellos grupos que por sus características socio-culturales, estén en situación de vulnerabilidad frente a la epidemia, detallando las necesidades sentidas y recursos disponibles .

- *Elaborar* una serie de recomendaciones culturalmente apropiadas a la situación epidemiológica y social del Uruguay en el marco de un desarrollo sostenible.

- *Generar un espacio nacional y regional de discusión y promoción del enfoque cultural en la prevención y atención en SIDA*, en tanto generador de insumos estratégicos para la comprensión, diseño y ejecución de políticas públicas en SIDA, así como en salud pública.

- *Identificar pistas prioritarias para futuras investigaciones y / o intervenciones educativas basadas en el enfoque cultural.*

El abordaje metodológico del estudio se sustentó en un esfuerzo por recopilar, sistematizar e integrar toda la información generada en el Uruguay sobre la epidemia del VIH/SIDA, desde sus inicios hasta la fecha. Es decir, documentos oficiales, artículos, entrevistas y noticias de prensa, trabajos de investigación, publicaciones diversas de las Organizaciones No Gubernamentales(ONGs), encuestas de opinión, materiales teóricos sobre la realidad nacional, y folletería y cartillas varias de difusión e información.

En este sentido, el estudio abordó un desafío central en lo que refiere a la temática de la sexualidad, ya que en Uruguay, hay una ausencia casi total de estudios de alcance nacional y científicamente rigurosos, que aborden las representaciones y prácticas afectivas y sexuales de las uruguayas y los uruguayos. Así, el capítulo de este estudio referido a la sexualidad es un intento innovador por sistematizar, ordenar y analizar un conjunto heterogéneo de encuestas, estudios, investigaciones y datos, que se configuren en una primera *Línea de Base* sobre los comportamientos sexuales en Uruguay. Punto de partida de futuras investigaciones y abanico de pistas sobre temáticas a indagar en relación a la epidemia, pero también para la implementación de acciones y programas en salud sexual y reproductiva .

En un segundo momento, luego de evaluada el cúmulo y calidad de la información obtenida, se evidenció la necesidad de completar el estudio con una serie de entrevistas a informantes claves provenientes de instituciones y asociaciones del sector público y privado.

En una tercera etapa, el Seminario Taller Regional¹ de presentación de las conclusiones y recomendaciones elaboradas en el marco del presente estudio, sirvió como espacio plural y fecundo de discusión y generación de insumos finales de intercambio y complementación de información y datos, por parte de los más de 30 invitados participantes.

¹ Seminario Taller Regional, realizado el 22 y 23 de marzo del 2002, en la sede de IDES (Montevideo, Uruguay), que reunió representantes, profesionales y voluntarios de 23 instituciones públicas y privadas relacionadas con la temática del VIH-SIDA.

Finalmente, parece pertinente señalar algunas de las dificultades experimentadas para acceder a la información, en particular oficial. En general, el Uruguay no dispone de una cultura del registro y sistematización de datos, básicamente en el área de la salud, lo que lleva a tener fuentes fragmentadas, dispersas y a veces, superpuestas. Por esa razón, la recopilación significa un trabajo considerable de conversaciones y negociaciones para facilitar el acceso a la información y los datos. En el caso de las asociaciones de la sociedad civil, las razones de escasa sistematización y registro de la diversidad y riqueza de sus acciones, se explica sobre todo por la sobrecarga de trabajo, el flujo de demandas urgentes, los equipos reducidos y obviamente la falta de recursos para esos fines. Sin embargo, en este caso, las relaciones de comunicación fluidas y fraternales ayudaron grandemente en la tarea de recomposición y armado de la historia de los aportes estratégicos de las ONGs en la lucha contra la epidemia en Uruguay.

Soc. Juan José Meré

Psic. Ana Buquet

Montevideo, noviembre de 2002

Primera Parte

1. Datos generales del Uruguay

El Uruguay² se encuentra al sur de América del Sur, con costa sobre el Océano Atlántico, en la margen izquierda del Río de la Plata y margen izquierda del Río Uruguay. Tiene como países limítrofes a Argentina, con una frontera terrestre de 579 Km. y a Brasil con 985 Km. Uruguay cuenta con 3.163.763 habitantes, de los cuáles 1.344.839 se encuentran en Montevideo (1996). La distribución por edades está dada de la siguiente manera : el 25,1% de la población corresponde al grupo etáreo de 0 a 14 años, el 62,1% al grupo de 15 a 64 años y el 12,8% al grupo de 65 años y más.

Uruguay es un país de relativa baja fecundidad (tasa global de 2.6 hijos por mujer, INE 1996) y una tasa de natalidad de 15.9 por mil, para el año 2000. La distribución por sexo es de 93.9 hombres por 100 mujeres para el total del país, en el año 1996.

En los años 90 aumentó la fecundidad, especialmente en las adolescentes, en donde el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años, sobre el total de nacimientos, pasó del 13,2% en 1983-1987 al 17,6%. Esta situación encuentra diferencias en cuanto a las adolescentes beneficiarias de los servicios públicos y las adolescentes beneficiarias de los servicios privados. En 1997, en el principal hospital público, el Pereira Rossell los partos de adolescentes representaron el 25,7% del total, mientras que en el sector privado, desciende a un 4%, lo que implica que los partos de adolescentes se concentran en la población de menores recursos. Los nacimientos ocurridos en este grupo etáreo, pasaron de ser 62 por mil a 76 por mil en el período 1985-1996.

A su vez, hay otros factores diferenciales que destacan en la fecundidad de las mujeres, el primero es la zona de residencia, diferenciándose la fecundidad en Montevideo (2.1) y en el interior (2.8). El otro factor importante está asociado al nivel educativo, encontrándose que la tasa de fecundidad en mujeres que sólo tenían cursada la primaria, ascendía a 3.3, mientras que las mujeres que tenían estudios superiores, la tasa tan sólo alcanzaba 1.5 (MSP, 1989).

En cuanto a la distribución por grupos étnicos, el 88% corresponde a blancos, el 8% a mestizos y el 4% a negros.

La distribución de la población respecto a las religiones, se encuentra de la siguiente manera : el 66% católico, 25% protestante, 2% judío y 30% otras y no practicantes.

El nivel de alfabetización de la población total asciende a un 96,9% y distribuido por sexo un 97,4% mujeres y un 96,4% hombres (población de 10 años y más, Censo 1996).

² Informe sumario en base a: Naciones Unidas. (1998). *Uruguay Perfil del País, 1998*. (1998). Montevideo, Uruguay.

1.1 Estado de salud de la población

Durante los últimos 100 años el Uruguay³ ha completado la denominada "transición demográfica" y epidemiológica pasando de una demografía de alta natalidad, alta mortalidad, baja esperanza de vida, y alta fecundidad de las mujeres a una demografía de baja natalidad, baja mortalidad, alta esperanza de vida y baja fecundidad.

El gasto total en salud representa un 10% del Producto Bruto Interno (PBI). De acuerdo a la magnitud de nuestro PBI, esto significa un total de 565u\$ per capita, hasta el año 2001. Si se discrimina entre el sector público y privado, tenemos que el público participa con un 30%, y el privado con un 70%.

La tendencia de la tasa de mortalidad, específica por edad y sexo muestra una disminución en los menores de 5 años, en los de 45 a 64 y en los de 65 y más. Esto ha conducido a un crecimiento de la población de 65 años y más, especialmente en las mujeres.

La tasa bruta de mortalidad es de 9.2 por mil, para el año 2000. Dentro de las defunciones por causas definidas, el 38,5% lo ocupan las enfermedades cardiovasculares (el 98% se registraron en personas de 45 años y más), el 24,8% lo ocupan los tumores malignos (el 95% se registraron en personas de 45 años y más) y el 6,9% lo ocupa la muerte por accidentes y violencia (accidentes, homicidios y suicidios). La Esperanza de Vida al Nacer (EPV) presenta una brecha de poco más de 8 años entre mujeres y hombres : 70.64 años en hombres y 78.59 años en mujeres (datos de 2000).

Con respecto a la salud materno infantil y reproductiva, casi el 100% de los partos son atendidos en instituciones, la cobertura durante el embarazo llega a un 92%, disminuyendo en la captación precoz, ya que en el primer trimestre, únicamente la tercera parte de las embarazadas tienen controles prenatales.

La tasa de mortalidad infantil ha venido descendiendo en los últimos años, alcanzando una reducción del 50% en el período 1980-1997, ya que en el período 1980-84 la tasa de mortalidad infantil ascendía a 33.5 por mil nacidos vivos, para 1997 fue de 16.5 por mil nacidos vivos y hoy se sitúa en el entorno de 14 por mil. Desagregando estas cifras, nos encontramos que en Montevideo (ciudad capital) en la zona este, residencial, tiene un 4°/oo, mientras que existen ciertos enclaves en la ciudad (Ciudad Vieja, Aguada y periferia) donde asciende a más del 70 o/oo.

Con respecto a la atención, el sistema de salud del Uruguay está compuesto por dos sectores, el público y el privado. Según los datos del Censo de 1996, la cobertura formal del sector público es del 41%, las Mutualistas el 47% y un 12% sin cobertura formal.

³ "Situación General de Salud y sus Tendencias" (en base a informes de OPS/OMS y UNICEF) en: Naciones Unidas. (1998). *Uruguay Perfil del País 1998*. (1998). Montevideo, Uruguay.

1.2 Condiciones de vida

Tradicionalmente, los indicadores del Uruguay⁴ han situado al país, durante muchos años, en una posición regional destacada. Sin embargo, la crisis económica financiera desatada en los años recientes, en el país y la región, están agudizando y agravando situaciones pre-existentes de pobreza y vulnerabilidad social. El impacto provocado se traduce en cambios acelerados en la calidad de vida de los grupos sociales más expuestos que conllevan altos costos sociales, un serio agravamiento de riesgos en salud y sociales.

Al final del 2001, según un estudio conjunto del PNUD y la CEPAL existían en Uruguay, 25,2% de personas viviendo por debajo de línea de pobreza. Al mismo tiempo, se ha ido generado una concentración de la pobreza en los estratos más jóvenes y en la adolescencia: 45% de los niños de 0 a 5 años y 44% de 6 a 12 años estaban por debajo de la línea de pobreza. En 2001 (Katzman y Filgueira, 2001) el 52% de los niños nacían en hogares situados bajo la línea de la pobreza, muchas veces, asociado al embarazo adolescente de las mujeres jóvenes (con frecuencia sin pareja estable) de la población vulnerable, al aumento de sus tasas de fecundidad y de las edades de inicio en la vida sexual o la maternidad. Esto supone que la reproducción biológica de la sociedad uruguaya se ha depositado en las mujeres jóvenes y adolescentes de la población socialmente vulnerable y segregada residencialmente. Esta situación presenta la peor relación en América Latina entre pobreza infantil y pobreza general (Katzman y Filgueira, 2001).

Por otro lado, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística (INE 2000), durante el período de 1996-2000, el crecimiento de asentamientos irregulares es del 2000%, alcanzado 126.000 hogares aproximadamente (5 personas por hogar), lo que representaría la tercera parte de la población de Montevideo. De acuerdo al último Censo del INE y a los Censos encargados por el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente ya desde 1996 la población residente en asentamientos precarios crecía a un ritmo del 10% anual en todo el país. En Montevideo el promedio de población menor de 14 años de los asentamientos alcanza el 40% del total de los residentes en asentamientos precarios.

Siguiendo el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (INBI), se constata un 25% de hogares en esas condiciones: en Montevideo, el 6% de los hogares tendría sus necesidades básicas insatisfechas, alcanzando a un 9,1% de la población. Con respecto al interior urbano, alcanza el 13,1% de los hogares y el 17,3% de la población. Por otra parte el trabajo infantil y adolescente se ha ido instalando como una realidad en el país. Llegando a un 7% en el país urbano en el 2000 (De Armas, 2000).

Esta agudización de la pobreza ha tenido sin duda un impacto en la situación que conoce el sistema educativo formal: Los datos de la propia ANEP muestran que solamente el 19% de

⁴ Información Sumaria del Uruguay. En: Naciones Unidas. (1998). *Uruguay Perfil del País 1998*. Montevideo, Uruguay.

los estudiantes que ingresó a primer año de liceo en 1996 cursó sexto año en 2001. Un 58% salió del sistema y un 23% quedó rezagado en los estudios. Entre la población de 24 a 29 años que ha egresado del segundo ciclo de Secundaria, sólo el 7,2% corresponde a los sectores más pobres, en tanto que culminó ese nivel el 63,9% de los estudiantes de liceos públicos de mejor nivel económico. Asimismo, en 1996⁵ en la periferia de Montevideo (que concentra el 63% de la población joven de este departamento) se observaba que un 24% de los jóvenes varones no trabajaban, no estudiaban ni buscaban trabajo.

1.3 Situación de las mujeres y la dinámica de constitución familiar

Dentro de la postransición demográfica el Uruguay⁶ pasó del modelo de familia nuclear (padre y madre unidos en matrimonio e hijos bajo un mismo techo o viviendo en un mismo hogar) a nuevas formas de familia (uniones libres sin matrimonio con hijos), (padre con hijos, madre con hijos), uniones libres sin hijos, personas solas, alta inestabilidad de las parejas.

Por lo tanto, uno de los cambios socio-culturales que se destaca con mayor nitidez en Uruguay, es la modificación en las modalidades de constitución familiar, definida por la pérdida de peso relativo del matrimonio como institución formal, y un aumento de las uniones consensuales o de hecho.

Los costos de estos cambios son mucho más altos en los hogares pobres que en las familias de clase media y alta. Al mismo tiempo las denominadas familias extensas se han mantenido estables o incluso han crecido como estrategia de sobrevivencia ante al crisis.

Por otro lado, considerando las distribuciones por categoría de los hogares, se observa que en el tipo “nucleares con hijos” (45%), la jefatura es mayoritariamente del hombre, por otro lado la jefatura femenina se encuentra básicamente en los “hogares unipersonales” (31%) y los “monoparentales” (27%). Asimismo, los datos censales muestran que la proporción de mujeres entre los jefes de hogar, creció entre 1985 y 1996, pasando del 23% al 29%. El incremento porcentual es más importante entre las jefas de 15 a 29 años de edad, lo que define una situación de vulnerabilidad social entre las mujeres jefas de familia, consistente con los otros datos presentados.

Este panorama forma parte de una situación más amplia, las desigualdades de género, vigentes en el Uruguay. Así, por ejemplo, gran parte del aumento de la matrícula universitaria en las últimas décadas es el resultado del mayor ingreso de mujeres a la universidad, pero a pesar de esto, las mujeres continúan ocupando cargos más bajos en el mercado laboral, lo que acentúa su menor obtención de ingresos por actividad laboral que los hombres. Las mujeres perciben un 60% del ingreso de los hombres, estas diferencias son mayores en el sector

⁵ Sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. IDES *Juventud, activos y reorganización espacial de Montevideo, 2000*.

⁶ Información Sumaria del Uruguay. En: Naciones Unidas.(1998). *Uruguay Perfil del País 199*, Montevideo, Uruguay.

privado que en el público y aumentan conforme lo hace la calificación profesional. Este fenómeno se da a pesar de que hay un porcentaje más alto de mujeres ocupadas que de hombres ocupados que han completado estudios medios y superiores. El desempleo afecta más a las mujeres que a los hombres.

Según el Censo de 1996, la participación de la mujer en el mercado de trabajo asciende a 41% del total, concentrándose básicamente en el servicio doméstico, la enseñanza y en el cuidado de la salud. Las conclusiones del informe de la Comisión de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, (IV Conferencia Mundial sobre la Mujer) sobre las tendencias de la mujer en el mercado laboral apuntó :

- Persistencia en el crecimiento de la tasa de actividad femenina.
- Altas tasas de desempleo de las mujeres en relación a los hombres.
- Alta participación en empleos de baja calidad.
- Oportunidades desiguales para mujeres y para hombres.
- Permanencia de significativas brechas desfavorables a las mujeres entre los ingresos por trabajo.
- Falta de apoyo social para las mujeres trabajadoras.

2. La epidemia del SIDA en Uruguay

2.1 La evolución de la epidemia

En nuestro país el primer caso de SIDA⁷ se diagnostica clínicamente (sin confirmación laboratorial) en 1983 y desde entonces continúan apareciendo casos, de uruguayos residentes en el exterior que ingresan al país en fase terminal. En 1986 se diagnostica el primer caso autóctono de SIDA, y a partir de esta fecha, los casos originados en nuestro territorio crecen ininterrumpidamente, para superar en la actualidad en forma amplia, a los casos importados de la enfermedad.

Los primeros casos de SIDA en nuestro país son detectados exclusivamente en personas de sexo masculino y con orientación homosexual, fortaleciendo a nivel del imaginario social, la asociación que ya se daba a nivel mundial, entre la epidemia y los varones homosexuales. Esta connotación negativa, la denominada "Peste Rosa", se reforzó evidentemente con los prejuicios y representaciones culturales ya existentes sobre algunas prácticas sexuales.

Posteriormente, se detectan algunos casos en usuarios de drogas inyectables (UDIs) y/o en personas con orientación bisexual, reforzando nuevamente en el imaginario colectivo de los uruguayos la creencia de que esta enfermedad era exclusiva de ciertos grupos de personas : homosexuales, bisexuales y usuarios de drogas inyectables, con la consecuencia de que los

⁷ Apartado elaborado en base a: Informe MSP-Programa Nacional de SIDA, ONUSIDA.(2001). *Diagnóstico de situación del VIH/SIDA en Uruguay*. Respuesta Nacional. Planificación Estratégica. (Consultado en disquete).

demás se sintieran excluidos del riesgo de infectarse. El patrón epidemiológico es considerado del tipo I, que afecta en su inicio a los grupos de "comportamiento riesgoso".

Con el tiempo, las cifras de la epidemia se incrementan en todas direcciones : cantidad y calidad, tanto en lo referente a portadores como a enfermos y también en lo referente a sexo, edad y orientación sexual. Los mecanismos de transmisión se diversifican y se presentan en forma interrelacionada. La vía de transmisión sexual es la que prevalece. Esto presenta una situación muy distinta a la percibida al inicio de la epidemia, ya que las personas infectadas y enfermas son de ambos sexos, en edades variables, con distintas orientaciones sexuales y en diferentes regiones del país. Se pasa entonces a un patrón epidemiológico tipo I/II, con mayor afectación de los heterosexuales, mujeres y usuarios de drogas. Y a pesar de que ya no se habla de la "enfermedad de los homosexuales" y en las campañas de prevención se enfatiza la concepción que el VIH/SIDA es una infección "que nos afecta a todos", la creencia primaria subsiste aún de forma significativa en importantes sectores de la sociedad.

Actualmente, la epidemia del VIH/SIDA en Uruguay es de baja prevalencia, afectando menos del 1% de la población general (0.23%), es decir, aproximadamente 2 personas infectadas por cada 1.000 habitantes.

Al 31 de octubre del 2002 el Informe epidemiológico emitido por el Ministerio de Salud Pública da cuenta de casi 7000 personas infectadas. Teniendo en cuenta las estimaciones de los diversos estudios centinelas, habría, por lo menos, otras 2000 personas más, que desconocen su condición de portador.

La tasa de prevalencia de la infección por VIH es de 131 personas portadoras cada 100.000 habitantes y una tasa de prevalencia para SIDA de 63,3 enfermos cada 100.000 habitantes.

Es una epidemia de alta prevalencia en poblaciones vulnerables, con una prevalencia en estas poblaciones igual o mayor al 5% :

<i>Travestis</i>	: 21% (Encuesta serológica y de tipificación del VIH 1999-2000).
<i>Usuarios de Drogas Inyectables (UDIs)</i>	: 25% (Casos notificados al Programa Nacional de SIDA en el año 2000),
<i>Reclusos</i>	: 6% (Realización de la prueba del VIH al ingreso y reingreso realizado por el Ministerio del Interior).

La transmisión de madre a hijo está disminuyendo significativamente desde 1997 con la implementación del Decreto Ley 158/97, que determina la pesquisa del VIH en toda embarazada y el tratamiento con drogas antirretrovirales a toda embarazada VIH+ y al recién nacido. Esto permitió reducir la transmisión vertical del VIH del 28% en 1996 a menos del 4% en el año 2002.

2.2 Situación en SIDA

Desde 1983 hasta el 31 de octubre del 2002, existe un total acumulado notificado de 2.004 casos de SIDA, de los cuales ya fallecieron 1.124 (56,1%) en el mismo lapso. De esta manera, la tasa acumulada por 100.000 habitantes es de 63,3.

Transmisión sexual : 69%

Heterosexuales : 43,4%

Homosexuales : 32,2%

Bisexual : 20,6%

Trabajadores sexuales : 3,8

Transmisión sanguínea : 27,2%

Usuarios de drogas inyectables : 96,1%

Transfundidos : 2,4%

Hemofílicos : 1,5%

Transmisión perinatal : 3,8%

Sexo :

Hombres : 77.5%

Mujeres : 22.5%

Edad : Afecta todos los grupos etarios entre 0 y 87 años.
Mayor incidencia entre 20 y 49 años, con pico de máxima frecuencia entre los 25 y 34 años.

Distribución geográfica : Montevideo 78,5% e Interior 21,5%

Principales características del SIDA⁸ : Presenta un patrón epidemiológico tipo I/II con claro predominio de la transmisión sexual. Afecta básicamente a jóvenes, en edad sexual y laboral activa, observándose un aumento constante de las mujeres, que llegan a casi un 25%. Predomina entre los heterosexuales si se incluye el comercio sexual femenino. Si se adiciona la contaminación homo/bisexual, se alcanza 52.8 de los casos de SIDA. Dentro de la transmisión sanguínea, predomina ampliamente los usuarios de drogas inyectables. Generalmente los usuarios de drogas suman al riesgo de inyección, otros agregados por comportamientos sexuales sin protección.

Los hemofílicos y trasfundidos fueron afectados antes de junio del 1988, cuando se inició el tamizaje obligatorio de toda la sangre y hemoderivados en el país.

⁸ Informe Epidemiológico del VIH SIDA, 31/10/03, PNS, DGS, MSP.

2.3 Situación en VIH

Desde 1983 al 31 de octubre del año 2002 existe un total acumulado notificado de 4.524 VIH positivos.

Transmisión sexual : 68.8%

Heterosexuales : 58,6%

Homosexuales : 16%

Trab.sex.mas. : 6,3%

Bisexuales : 14,9%

Trab.sex.fem. : 4,2%

Transmisión sanguínea : 21,9%

Usuarios de drogas inyectables : 98,7%

Transfundidos : 0.6%

Hemofílicos : 0.6%

Accidente pers. en salud : 0,1%

Transmisión perinatal : 1,4%

Transmisión no precisada : 7,9%

Sexo:

Hombres : 69,91%

Mujeres : 30,4%

Edad : Se registran casos en todos los grupos etarios, con con pico de máxima incidencia entre 15 y 34 años.

Distribución geográfica : Montevideo 77,1% e Interior 20,4%.
No precisada 2,5%.

Principales características de la infección VIH⁹ : Presenta un patrón epidemiológico tipo I/II con claro predominio de la transmisión sexual. Dentro de esta vía predominan los heterosexuales si se incluye las trabajadoras sexuales femeninas (62,8%). El compromiso conjunto homo/bisexual alcanza 37,2%.

Dentro de la transmisión sanguínea predominan netamente los usuarios de drogas inyectables, que representan aproximadamente entre el 23 y 25% del total de portadores, pero con una tendencia ascendente. En relación a la edad, la franja etaria más afectada está

⁹ Informe Epidemiológico del VIH SIDA, 31/10/03, PNS, DGS, MSP.

entre los 15 y 44 años, y el 32% de los portadores se encuentra entre 15 y 24 años. La contaminación de las mujeres continúa progresando, representando ya un tercio de las afectadas, pero si tomamos el último estudio centinela, las mujeres representan 53% de la muestra. Este incremento modifica la relación hombre / mujer : de un 8,9 en 1989 a 2,1 en 2002.

Segun datos oficiales, el compromiso de trabajadores sexuales masculinos (travestis), de acuerdo a un estudio serológico de 1999, mostró una prevalencia del VIH de un : 21%. En el año 2000, se realizó un estudio de incidencia en la misma población que fue del 17% de infección VIH.

Es preciso señalar las dificultades para el manejo del verdadero número de usuarios de drogas, ya que muchas veces aparecen en el ítem de “mecanismos de transmisión sexual”. En general, dicha situación está dada por la forma en que son captados estos pacientes : Algunos por su ingreso a centros de rehabilitación, que son pocos, costosos y de cupos limitados, fijos a través de los años y a los cuales arriban por voluntad propia o frecuentemente a través de familiares o amistades. No obstante, también son detectados en los Bancos de Sangre y en los Centros de Reclusión donde ellos ocultan su condición para evitar las dificultades que le aparejarían reconocerlo.

Los *Estudios centinela* (vigilancia epidemiológica activa) se realizan desde 1991, en la población laboral activa y las embarazadas. Tienen como objetivo conocer la prevalencia de la infección del VIH en la población general y la tendencia de la epidemia por sexo y edad. Anualmente hay 7 puestos centinela donde se recoge una muestra de 12.000 personas entre 15 y 65 años.

Los *Estudios centinela* muestran desde 1996 una disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia (prevalencia en 1995, 0,20%, en 1996, 0,24%, en 1997, 0,26%, en 1998, 0,27%, en 2000, 0,23%), a su vez un aumento de la participación de la mujer (53% de los casos detectados en el estudio del año 2000) y una disminución de la edad de las personas. En los casos notificados predomina la edad de 15 a 34 años y en los estudios centinela predomina la edad de 15 a 24 años, lo que indica que en los próximos 5 a 10 años nuestra epidemia será más joven y más femenina.

2.4 Distribución de los casos

Las personas afectadas se concentran fundamentalmente en la Capital (Montevideo) y en algunas ciudades del interior. Después de Montevideo, los Departamentos con mayor número de casos son Canelones, Maldonado, Rivera y Artigas, en ese orden. Pero si se atiende a las tasas de incidencia por 100.000 habitantes, que tiene en consideración las diferentes poblaciones locales, el orden de afectación es el siguiente :

MONTEVIDEO : con una prevalencia de 3 personas cada 1000 habitantes; es la gran capital donde vive el 46% de la población total del país y registra más del 78% de los casos de SIDA conocidos. Presenta las características de ciudad cosmopolita, donde se concentra la variedad

de actividades administrativas, comerciales, financieras, económicas y culturales del país, al mismo tiempo que es el principal eje de comunicaciones con el exterior.

RIVERA : con una prevalencia de 1 persona cada 1000 habitantes.

Es ciudad frontera terrestre con Brasil, con frontera abierta con la ciudad brasileña de Libramiento con quien comparte las actividades laborales, sociales, culturales, deportivas, en forma diaria y permanente. Presenta un gran aflujo turístico durante todo el año, en razón de las compras que se efectúan según conveniencia a uno u otro lado de la frontera. Una de las actividades comerciales de mayor destaque son los Free-Shops, tiendas que atraen al público brasileño de localidades cercanas. El mosaico de realidades que conviven en las ciudades fronteras, peculiarmente adversas a estilos de vida saludables, genera espacios o redes propensas a la transmisión del VIH.

MALDONADO : con una prevalencia de 1 persona cada 1000 habitantes.

La ciudad de Maldonado, por su proximidad al balneario de Punta del Este, vive en relación directa con el turismo internacional, en particular con primacía de los países vecinos (Argentina y Brasil). Durante los meses estivales (diciembre-marzo) la migración interna hacia el departamento, alcanza el pico máximo (aumentando 40 veces su población estable) y personas desde distintas zonas del país llegan en busca de trabajo safral. En el circuito Maldonado-Punta del Este, conviven bajo el lema "turismo" personas con residencia permanente, migrantes temporarios y turistas nacionales y extranjeros. Esto genera muchas veces, actitudes y comportamientos favorables para la propagación del virus, sobre todo por el enorme aumento de la prostitución, tanto masculina como femenina, y la circulación de drogas, inhalantes como inyectables.

ARTIGAS : con una tasa de prevalencia de 1 persona cada 1000 habitantes. La ciudad brasileña de Quaraí, por las mismas razones ya expuestas para el caso de Rivera.

CANELONES : con una tasa de prevalencia de 1 persona cada 1000 habitantes está en permanente crecimiento. Presenta las características de ser un departamento dormitorio de Montevideo, con sus grandes ciudades (Las Piedras, La Paz, Pando, Canelones, etc.) con residentes que trabajan todo el día en la capital y regresan a su ciudad a dormir durante la semana laboral. Por tanto y fundamentalmente dentro de las personas económicamente activas, las pautas de comportamiento y los estilos de vida tienen elementos comunes con los habitantes de Montevideo. Por otro parte, es después de la capital el Departamento con mayor número de habitantes.

2.5 Acceso a la terapia anti-retroviral y disminución de la letalidad ¹⁰

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), antes de 1991, ya brindaba el tratamiento anti-retroviral, en todos sus servicios hospitalarios y ambulatorios de la capital y

¹⁰ Izazola L., J.A. ed. (2000). *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Uruguay 1997/1998*. Información para la toma de decisiones. FUNSALUD, SIDALAC, ONUSIDA, CEES. México.

el interior del país a todos los pacientes con cobertura que son más del 65% del total de VIH/SIDA del país.

A partir de agosto de 1991, la Dirección General de la Salud llevó a cabo una resolución a través de la cuál, todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), deben brindar tratamiento anti-retroviral a todos los pacientes VIH/SIDA afiliados a las mismas que lo necesiten, según criterio de los médicos tratantes.

En Uruguay el tratamiento anti-retroviral de triple terapia se hace al 100% de los pacientes que lo necesiten a través del Ministerio de Salud Pública (MSP), las IAMC o por el Banco de Seguros del Estado en caso de accidente laboral, en los siguientes casos :

- Primoinfección por VIH ;
- Accidentes laborales ;
- Embarazadas VIH+ ;
- Etapa de SIDA enfermedad.

Además, Uruguay cuenta con una Comisión de Expertos en Terapia Anti-retroviral y con 13 de los 14 medicamentos anti-retrovirales aprobados internacionalmente para el tratamiento de la infección por VIH/SIDA.

La mortalidad anual fue creciendo en forma permanente e importante, desde 1983 hasta 1996 inclusive. A mediados de 1996 comenzó a emplearse en el país la triple terapia anti-retroviral. Hacia la mitad del año 1999, se confirma la tendencia a la disminución de la mortalidad anual por SIDA, que puede explicarse por la incidencia indudable de la triple terapia antirretroviral, cuyos efectos también se ven en otras regiones del mundo. Según los profesionales del SEIC estaría incidiendo además, aunque en menor proporción, un más oportuno diagnóstico y más eficiente tratamiento de las enfermedades oportunistas y/o tumores agregados y quizás, también una mejor adhesión al tratamiento por parte de los pacientes que son incluidos en el mismo.

Asimismo, se redujo la morbilidad de los enfermos de SIDA en tratamiento con drogas antirretrovirales reflejadas en la disminución de las internaciones en casi 75% para el año 2001, según datos del Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC) del MSP. Además, los tratamientos anti-retrovirales cumplen una función esencial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Aun así, varios factores contrarrestan estos efectos positivos: en primer lugar, persiste una situación de diagnóstico tardío, demostrado por el hecho que el 60% de los casos notificados están en la etapa SIDA. En este caso, considerando la historia natural de la enfermedad, estas personas han convivido con la infección sin saberlo, por lo menos, durante 6 a 8 años. En segundo lugar, la falta de adherencia de los enfermos al tratamiento – 15% de abandono voluntario en el SEIC-MSP- , generando resistencias que pueden extender una epidemia resistente a la medicación actual. Finalmente, se continúan observando casos de discontinuidad en los tratamientos por falta de medicación o dificultades en el acceso a los mismos, muchos de los cuales han sido denunciados por las ONGs, que incluso derivó en acciones judiciales de amparo.

2.6 Gastos nacionales en VIH/SIDA ¹¹

De acuerdo a los cálculos y a la metodología utilizada por el Ministerio de Salud Pública, el gasto total en Uruguay en el tratamiento y prevención del VIH/SIDA, tomando en cuenta a todas las instituciones y organizaciones que participan de una u otra forma en este sentido, ascendió para el año 1998 a : US\$21,228,000. Este gasto equivale a algo más del 1% del gasto total en salud; per cápita es de US\$6.85. Las fuentes de financiamiento recaen básicamente de la siguiente manera : 30.25% gobierno central, 7.93% empresas y 61.37% hogares, en éste último rubro se considera la inversión de las familias en las IAMC y la compra de preservativos.

El conjunto de acciones a la población entre prevención, tamizaje y promoción representa el 38.66%. El MSP y las ONG son los únicos agentes que realizan acciones de promoción (1.18%). En materia de prevención el mayor peso corresponde a la utilización de preservativos (US\$ 6.8 millones).

Las acciones que involucran directamente a las personas alcanzan un 61.33% y se distribuyen en tratamiento y atención directa a los enfermos con SIDA con un 50.88%, y atención preventiva a las personas con VIH con un 10.45%.

El tipo de gasto se distribuye principalmente de la siguiente manera :

<i>Medicamentos</i>	: 43.53%
<i>Materiales y otros</i>	: 45.46% (incluye preservativos con un 71% del ítem)
<i>Retribuciones personales</i>	: 4.95%

3. Construcción e impacto sociocultural del SIDA (1987-1993)

Comprender el proceso de la construcción social en el Uruguay de la epidemia VIH/SIDA durante los primeros años de su aparición, permite identificar los puntos críticos a tener en cuenta en el momento del diseño de las políticas públicas de información, educación y comunicación en el país. Se optó por realizar un seguimiento y análisis inédito de los artículos y noticias aparecidos en los diarios de circulación nacional, durante el período 1987-1992, sobre el VIH/SIDA y la sexualidad en general, intentado definir los grandes núcleos temáticos dominantes. Por supuesto, se supone, a mero título de hipótesis de trabajo, que ellos configuran ciertamente elementos claves para articular las representaciones y actitudes de la sociedad sobre la epidemia.

3.1 Cultura y epidemia : los “grupos de riesgo”

En los primeros meses del año 1987 operando una ruptura con el conjunto de noticias llegados de otras latitudes, apareció, en un semanario uruguayo, uno de los primeros artículos de cuño nacional sobre la epidemia de SIDA. Intentando explicar las causas de la disminución de las defensas inmunológicas en los pacientes afectados por el VIH , mencionaba ” un

¹¹ Izazola L., J.A, ed. (2000). p.31-32.

agotamiento de estas defensas debido a la gran frecuencia de las infecciones venéreas u otras entre los homosexuales a causa del traumatismo anal o peniano durante el coito aberrante o de la mucosa rectal biológicamente no adaptada a este tipo de agresión, o debido a la promiscuidad sexual en estas comunidades con frecuentes alteraciones y cambios de pareja". Continuaba resaltando " la aparición de casos de Sida en pacientes de costumbres sexuales normales que habían sido trasfundidos años antes..." , y remataba con un rotundo cierre : " no es posible evitar además evocar Sodoma y Gomorra cuando se trata de un tema que envuelve la moral ". Esta modalidad de manejo de la información que, bajo una apariencia ascética y científica , hace una apelación a la anormalidad / normalidad en la sexualidad y a la relación tragedias devastadoras / desmoronamiento de buenas costumbres o reglas morales, fue una especie rara en el escenario comunicacional de nuestro país. Sin embargo, señala la fuerte y sostenida tendencia a adjudicar el SIDA a los llamados "grupos de riesgo" (homosexuales, trabajadoras sexuales y drogadictos) (Richerd, 1987 mayo 28).

En la línea de los "grupos de riesgo" , aparecen varios artículos sobre los aspectos psicológicos, donde se analizan los distintos comportamientos que afloran en las personas ante el conocimiento de la existencia del SIDA o ante el conocimiento de saberse portador del VIH o enfermo de SIDA. Apoyándose en un estudio psiquiátrico sobre las reacciones de enfermos de SIDA o portadores del VIH desarrollado en Brasil, se puede observar la tendencia a la estigmatización de los enfermos o portadores, dependiendo del "grupo" de procedencia : los hemofílicos y transfundidos aceptarían y se resignarían (los enfermos pasivos o no culpables); los drogodependientes serían los más difíciles de manejar ante sus reacciones destructivas y señalados como el grupo más propenso a difundir la enfermedad; los homosexuales son divididos entre los promiscuos que tienden al suicidio o a difundir la enfermedad y los no promiscuos que se aproximan a sus familias y amigos y, finalmente, los bisexuales que quedarían al descubierto al evidenciarse su doble vida ante sus mujeres (SIDA... La República, 1989 marzo). La difusión de este tipo de información y desde esa posición de objetividad científica, reforzada por ser producida en el exterior, es un buen ejemplo de la perpetuación de la estigmatización de las personas en esos primeros años.

Al mismo tiempo, se observa una corriente orientada a comprender que el SIDA está siendo utilizado por los enemigos de la liberación ideológica, social y sexual que se viene gestando desde hace varios años (Possamay, 1987), se está convirtiendo en un instrumento de marginación para los ya marginados, por lo que la enfermedad no sólo se acota a la producción de daños físicos, sino que aparecen grandes daños psíquicos, no sólo como producto de enfrentarse a una enfermedad terminal, sino por el rechazo social que lleva implícito el sello del SIDA.

El 9 de julio de 1991, la empresa Gallup publicaba resultados de una encuesta sobre el SIDA, en donde se manifestaba que 9 de cada 10 personas percibían a la pareja estable como salvaguarda de la enfermedad, el 86% de los encuestados consideraban que no necesitaban cambiar su comportamiento, además de que un 65% consideró que los enfermos de SIDA o portadores del VIH eran culpables de haber contraído el mal, en un dramático indicador de la desinformación de la sociedad (Informe de Gallup... *La República*, 1991 julio 9). En este sentido, el psicólogo uruguayo Rodríguez Nebot (Cuadernos de Marcha, 1991 agosto) plantea que el fantasma del SIDA conlleva un monto de angustia que es desdoblada en un mecanismo

de desplazamiento : es el otro el que muere, es el otro el que esta afectado, en definitiva, son las poblaciones de alto riesgo.

3.2 Promoción de los Derechos Humanos y ambigüedades de las campañas oficiales

Durante 1988 el tema del SIDA empieza a ser abordado frecuentemente a través de noticias generadas en el territorio nacional a partir de las posiciones del Ministerio de Salud Pública. Alejados de la homofobia regional, el Ministerio afirma que el SIDA dejó de ser un problema médico, exclusivo de salud pública, para transformarse en un problema social. Por un lado, se buscó otorgar seguridades a los potenciales enfermos para continuar con las consultas sin el temor a ser identificada públicamente; por otro lado se comenzó un conjunto de acciones de información básica sobre cómo se contagia, cómo se previene y cómo se trata a los enfermos de SIDA. También, desde el recién creado Programa Nacional de SIDA (PNS) (1988), se afirma públicamente una visión social y la conveniencia que los programas Anti-SIDA debían adecuarse a las particularidades y a la idiosincracia local y aún grupal, respetándose las garantías individuales de enfermos y portadores (Nogueira, 1988). En diciembre de 1988, el PNS, hizo públicas las normas a tomar en cuenta para el sexo seguro, entendiendo este como “la relación carnal que evita el intercambio de secreciones potencialmente infectantes (particularmente sangre, semen y secreciones vaginales y cervicales) entre dos personas de igual o distinto sexo” :

- Son seguros los abrazos y las caricias.
- La masturbación no ofrece riesgos.
- No ofrecen riesgos los besos secos. El beso profundo lleva el intercambio de saliva y eventualmente de sangre de las encías (No hay pruebas de que la saliva sea contaminante).
- Evitar la penetración (anal o vaginal) o utilizar preservativos debidamente lubricados.
- Evitar las relaciones oro-genitales.
- Tener como meta la pareja estable sana.
- Reducir el número de compañeros sexuales.
- Evitar compañeros sexuales que mantengan contactos con otras personas.
- Disminuir o evitar los contactos sexuales anónimos.
- Utilización individual de artículos de uso sexual (Decálogo del sexo.... Semanario *Búsqueda*, 1998 diciembre 8).

Estos esfuerzos oficiales son aludidos por el representante de la Oficina Panamericana de la Salud en Uruguay, quien hace un balance general positivo de las medidas que Uruguay venía tomando hasta la fecha, destacando el buen control de las unidades de sangre, las actividades educativas para toda la población y con los mal llamados "grupos de riesgo" (prostitutas, homosexuales y drogadictos), dando como recomendación legislar para proteger a los infectados porque la gente los sigue discriminando por falta de información (Por lo menos pasarán ... *Diario La República*, 1989 setiembre 7).

La firmeza de la postura ética del Ministerio respecto de Derechos de los portadores contrastó fuertemente con el tono y los contenidos de las campañas masivas de información, desarrolladas en esa primera década por el propio MSP:

- “ Si te arriesgas en relaciones fuera de la pareja estable...”
- “ Si no usás preservativo cómo sabes que no te contagiaron...”
- “ No tiene SIDA pero lo contagia “.
- “ Ya se encontró una vacuna contra el SIDA: la fidelidad ”
- “ Para no permanecer en la oscuridad : SIDA o Vida ”
- “ Tu conducta es la clave personal ”
- “ El tampoco creyó en el SIDA ”
- “ Es preferible que usted pase por egoista a que le pasen el SIDA, no comparta sus objetos de uso personal ”
- “ Si no tienes pareja estable usá preservativo”
- “ Tu conducta personal es la clave para no contraer el SIDA ”
- “ Un remedio contra el SIDA ya está inventado, la fidelidad ”

Se enfatizó en aspectos de normatización y disciplinamiento; en la sobrepresencia de imágenes y contenidos negativos (muerte, deterioro, intencionalidad de contagio); en la exclusiva responsabilidad individual; y no se focalizó claramente en las vías de mayor prevalencia. La información se encontraba teñida de un sesgo desvalorizador para ciertos comportamientos (relaciones sexuales ocasionales, "promiscuidad", homosexualidad), con mensajes que planteaban el terrorífico dilema puesto a nuestra consideración: SIDA o VIDA. También se notaba una selectividad en la oferta de los medios de prevención (pareja estable) y una casi total exclusión de la mujer como sujeto activo de los mensajes y campañas, lo que contrastaba fuertemente con las pistas que abrían las tendencias epidemiológicas.

Parece plausible, ligar estos enfoques con la producción de algunos efectos no deseados a nivel comunitario, en particular, reacciones individualistas, discriminatorias, miedos paralizantes, lejanía o distanciamiento de una enfermedad comunicada como ajena y núcleos duros de desinformación. Esta ambigüedad y relativo silencio diseñaron, sin duda, un escenario sólido de representaciones sociales sobre la epidemia que perdura aún en muchos grupos y espacios sociales.

3.3 La presencia de las ONGs y de las personas afectadas

El año 1989, marca la presencia masiva de las Organizaciones No Gubernamentales, en particular Asociación de Ayuda al Sero Positivo (ASEPO), Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES), Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU), en la prensa : posturas de denuncia de las violaciones de los Derechos Humanos, de difusión de las

tareas desarrolladas (actividades educativas, orientación telefónica, apoyo a los portadores, y atendiendo casos de discriminación). También aparece la publicación por primera vez en el Uruguay de una entrevista a un portador del VIH, que denuncia la tardía decisión en obligar a bancos de sangre a investigar VIH en donantes. Más allá que el VIH apareció en el Uruguay por primera vez en 1983, la medida legal para hacer obligatoria la investigación de VIH en donantes se tomó el 6 de julio de 1988. Por otra parte, se constata el abandono por parte del MSP, de las campañas masivas de información. Así, como el trabajo sólo con “grupos de riesgo”, cuando el SIDA no es patrimonio de ningún grupo. Sumado a esto, la falta de confidencialidad y las actitudes discriminatorias.

En la mismo línea, comienza la visibilidad social de las trabajadoras sexuales, AMEPU reclama desestigmatizar a la prostitución, grupo que fue denominado de "riesgo" inmediatamente aparecida la epidemia del SIDA, declarando que la mayoría de los clientes se resisten al uso del condón. Naná, conocida dueña de una casa nocturna de comercio sexual en el interior del Uruguay, aparece repetidamente, sugiriendo copiar una campaña brasilera de promoción del uso del condón, promovido por personajes públicos, y en el entendido de que la campaña oficial no ha servido (“cuando te tires al agua...”) (*Diario La República*, 1990 julio 17).

Varias intervenciones desde las ONGs llaman la atención sobre “la muerte en vida que la sociedad promueve en los portadores del VIH o enfermos de SIDA”, combatiendo todo abordaje desde el terror (Semanario Brecha, abril 5). Se trata de desconstruir la idea socialmente dominante de que SIDA es sinónimo de muerte a plazo fijo, lo que genera discriminación y temores. Las intervenciones desde las ONGs están dirigidas a la prevención y solidaridad como claves de la acción comunitaria, tratando de transmitir a los portadores y su entorno que pueden vivir bien durante años y años. En este contexto se publica, el 5 de abril del 91, el Manifiesto de Montreal, una declaración universal de los derechos y necesidades de las personas afectadas con la enfermedad del VIH.

3.4 Las resistencias al condón : minoritarias pero presentes

Durante 1989/90, la Iglesia Católica tiene una presencia importante en la prensa, básicamente oponiéndose al uso del preservativo como medida preventiva para evitar la transmisión del VIH, apoyándose en las resoluciones de la primera conferencia sobre SIDA, que se llevó a cabo en el Vaticano (1989). En noviembre de 1990, la Conferencia Episcopal Uruguaya, consideró que la promoción del preservativo fomenta un ejercicio promiscuo, irresponsable y egoísta de la sexualidad.

En ese sentido, se destaca la campaña que más polémica generó en todos estos años : dos anuncios diferentes, un joven y una joven preparándose para salir en la noche, llevándose con ellos la protección que necesitaban : un condón.

Esta campaña impulsada por el saliente Ministro de Salud fue suprimida por el Ministro entrante, creando una intensa polémica en la que participaron distintos sectores de la sociedad uruguaya. Cuando el Ministro de Salud Pública fue a la Cámara de Diputados, ante la sorpresa de los legisladores, argumentó que la campaña de lucha contra el VIH/SIDA

suspendida "promovió" las relaciones sexuales entre los uruguayos, convocando a la "promiscuidad". La postura de la máxima autoridad en salud del Uruguay, provocó una gran movilización por parte de las ONGs, renuncias de los técnicos, como la del Director General de la Salud, solicitud de interpelación, la organización de una Marcha del Condón. Una encuesta de opinión pública, publicada en julio de 1991, muestra que el 86% de los uruguayos se manifiesta en contra de la suspensión de la campaña. Otra encuesta realizada en todo el país sobre la campaña que promovía el uso del condón, arrojó que el 85% de las personas recordaba la campaña y el 76% expresaba un juicio favorable sobre ella (Semanao *Búsqueda*, 1991 agosto 15).

Por otro lado, se encuentran declaraciones apoyando la decisión del Ministro, como la de una de las máximas autoridades eclesíásticas quien manifestó que la campaña del condón "es como ser corruptores de menores"... destacando que en todo caso se debe respetar "el orden de la creación, no alterándolo y no como en la campaña anterior contra el SIDA que se preparaba a la gente para el placer de cualquier manera... fuera del camino de Dios" (Monseñor Nutti, *Diario La República*, 1991 julio 12).

Parece interesante citar otra perspectiva en esta compleja trama de la discusión: "Lo que importa, no es la postura filosófica o religiosa de quien gobierna (todos tenemos una) sino saber si la decisión política es acertada o errada y si ella es aplicable al conjunto social en su diversidad de manifestaciones, más allá de la colectividad específica de la cual se proviene" (Linn, 1991 agosto 27).

3.5 La discriminación laboral

El tema de la discriminación hacia los portadores del VIH y enfermos del SIDA, tanto en los centros de atención a la salud, como en los lugares de trabajo, se reflejó de manera clara en estos primeros años de la epidemia: 120 casos de personas infectadas con VIH son separadas de su trabajo, de las cuales el 85% fue a petición de los compañeros, lo que demuestra el miedo irracional que aún perduraba ante la posibilidad de convivir con una persona infectada.

3.6 La educación sexual en debate

En agosto de 1990, se lleva a cabo en Uruguay, la Reunión Regional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, durante la cual el Director del Programa Nacional de SIDA, declara que lamentablemente la vacuna no está tan cerca como se esperaba, y que la prevención seguirá teniendo prioridad a través de información en los medios masivos y de la incorporación de la Educación Sexual en la enseñanza como una materia curricular, además de campañas del uso del preservativo (Semanao *Búsqueda*, 1990 agosto 16). Asimismo, se reconoce que los mecanismos de transmisión del virus son diferentes, poniendo de manifiesto diferencias culturales que deben tomarse en cuenta (*Diario La República*, 1990 agosto 10).

Nuevamente, algunos sexólogos, apuntan a esta misma postura de una necesaria y pronta estrategia para la educación sexual y apoyo al uso del preservativo como medida preventiva, al mismo tiempo que señalan cambios en la sexualidad tendientes a una menor promiscuidad,

disminución del sexo anal y oral y crisis de la prostitución (Semana 20/21, 1990 agosto 10).

Varias ONGs reiteran la necesidad de información y educación sexual desde primaria y secundaria, denunciando el hecho que los spots televisivos de prevención se transmiten a altas horas de la noche, lo que refuerza la idea del sexo como tabú (*Diario La República*, 1991 marzo 24).

También, la prensa es espacio de difusión de propuestas de las ONGs, como la de AMEPU, para que el Estado otorgue subsidio o pensión a las trabajadoras sexuales portadoras para que no sigan trabajando, ya la mayoría son jefa de familia y no puede dejar de trabajar porque no tiene ninguna otra alternativa.

3.7 La situación de las cárceles

La situación de las cárceles uruguayas respecto del SIDA comienza a aparecer en las denuncias efectuadas por las ONGs por la cantidad de reclusos portadores del VIH o enfermos de SIDA, a los que no se les realizan estudios, ni se les dota de tratamientos adecuados; además de no existir intervenciones preventivas específicas. Se afirma el no cumplimiento de los derechos con respecto al cuidado de la salud, ni el respeto de las condiciones adecuadas de reclusión. Esta situación llega a nivel parlamentario y empieza a ocupar la agenda pública.

3.8 Amalgamas y tentaciones autoritarias

En una perspectiva sensacionalista, se genera una amalgama entre SIDA y conductas delictivas por parte de adultos o adolescentes. Se vuelven sujetos de gran interés, personas que cometen delitos menores, pero que son portadoras del VIH o que tienen SIDA, utilizándose titulares tales como : "Cayó cuando pretendía huir a Buenos Aires : es autor de asaltos y tiene SIDA" . Además, la prensa insiste en utilizar indistintamente SIDA y VIH, lo que genera confusión en la población.

La misma situación se presenta con adolescentes del Instituto Nacional del Menor (INAME) portadoras del VIH : "Todavía no se conoce el paradero de las dos menores infectadas con HIV", "Hallaron a las menores con SIDA en bar de la Plaza Independencia" . El presidente de ASEPO comenta que "es noticia el hecho de que chiquilinas del INAME, portadoras, se fuguen. Lo presentan como el peligro público número uno, cuando hay 1.000 portadores conocidos y unos 10.000 desconocidos que no saben siquiera que son portadores porque no tienen síntomas" (*Clariget*, 1991 agosto 8).

A partir de allí se genera en la prensa una discusión sobre la convivencia de estas chicas junto a otros adolescentes que no tienen el virus, cómo proceder con jóvenes infractores, la imposición de medidas de seguridad a internados con SIDA por parte del Poder Judicial, recreando una situación de persecución y reclusión para las involucradas (Semana Brecha, 1991 agosto 30). Finalmente, el Director Nacional de Salud, declara que las menores portadoras no están enfermas de SIDA ni de ninguna enfermedad psiquiátrica, descartando

que sean internadas. Son menores con problemas de conducta y por lo tanto le corresponde al INAME hacerse cargo de ellas (*Diario La República* S/F intercalado en el 9-4-91).

La misma situación se presenta con una trabajadora sexual portadora en Cerro Largo, la cual fue internada en el hospital de la ciudad fronteriza de Melo bajo medidas de seguridad. El director del hospital local declaró que utilizaría medidas persuasivas para que los posibles involucrados con la meretriz se hicieran los análisis, pero que en caso de no ser persuadidos, no se dudaría en recurrir a la fuerza pública (*Semanario 20/21*, 1991 junio 8).

Las autoridades sanitarias destacan que en el Uruguay, en el tema de la penalización por contagio de VIH, no hay normas que establezcan el delito de contagio venéreo, y que se trata de un problema de decisión personal y estrictamente moral (*Diario El País*, 1990 setiembre 2).

3.9 Informaciones / desinformaciones

Desde el inicio de la epidemia, la fuente principal de noticias e informaciones son las agencias internacionales, cuyos productos son difundidos sin ninguna lectura crítica por parte de los medios locales. Esto genera contradicciones, ambigüedades e inseguridades en la población. En este marco, en la VII Conferencia Mundial sobre SIDA en Florencia, se pone en el tapete la posibilidad de transmisión del VIH a través de la saliva. En Uruguay, son las autoridades de salud pública que deben desmitificar estas ambigüedades. Es así, que el Director General de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), minimizó las posibilidades de riesgo a través de este mecanismo, afirmando que epidemiológicamente no existía confirmación de transmisión a través de besos, pero aclarando que teóricamente era posible; sin embargo dejaba una interrogante ante los besos profundos. El Director del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina, declaró que "al SIDA hay que ir a buscarlo" a diferencia de otros virus que lo buscan a uno (*La práctica ...Semanario Búsqueda*, 1991 junio 27).

4. La cultura de la sexualidad frente al SIDA

4.1 La educación sexual en Uruguay

La construcción de la/s sexualidad/es, las modalidades y opciones de ejercicio concreto de ella, las representaciones e imágenes a ella/s asociadas, así como las relaciones de género, son factores que influyen de manera determinante en las prácticas de las personas con respecto al riesgo de transmisión del VIH.

Esta situación de tener que abordar diferentes temas de la sexualidad humana de manera pública y colectiva, pero sobre todo con carácter de urgencia por la epidemia del VIH/SIDA, tomó por sorpresa a la sociedad uruguaya, que en términos generales los consideraba como propiedad exclusiva de lo privado, de lo íntimo y de lo familiar.

Elaborar e implementar un programa de educación sexual, implicaba, por un lado, desarrollar una cierta mirada crítica sobre valores y normas sociales, ampliamente difundidas en los discursos, esto es fidelidad, aceptación diferencial de la sexualidad masculina y femenina, la primacía del varón, la heterosexualidad como paradigma. Por otro lado, implicaba la aceptación de la sexualidad en todas las personas y en todas las etapas de la vida : la sexualidad infantil, el despertar sexual de adolescentes, el deseo de las y los jóvenes por experimentar el placer y el vínculo afectivo a través de las relaciones sexuales, la sexualidad de los adultos jóvenes y de los adultos mayores. Es decir, aceptar las diferentes orientaciones del deseo sexual y sus prácticas diversas, abordando todas estas temáticas desde una perspectiva saludable.

En este sentido, un Comité de Expertos de la OMS, reunido en Ginebra en 1974, propuso un concepto de salud sexual, que la plantea como "la integración de los elementos somáticos, emocionales, sociales e intelectuales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor" (OMS, 1974).

El abordaje de estos temas se presentó de manera contradictoria en Uruguay, lo que puede observarse a través de las encuestas de opinión pública, por un lado y de las acciones concretas que se han llevado a cabo, por el otro.

Opiniones sobre la educación sexual

ENCUESTA	OPINION SOBRE EDUCACION SEXUAL	DE QUIEN RECIBIO EDUCACION SEXUAL
Sexualidad adolescente : ¹²	El 96% de adolescentes encuestados se declaró a favor de la <i>educación sexual</i> .	El 90% de las adolescentes recibió información sexual de la madre, la mayoría de los varones en "la calle".
Encuesta Gallup sobre sexualidad : ¹³	El 76% de acuerdo con introducir la <i>educación sexual</i> en la enseñanza, el 19% "en la vida" y el 4% en el ámbito familiar.	
Mejor hablar de ciertas cosas : ¹⁴	El 73% de acuerdo con programa de <i>educación sexual</i> , el 23% en desacuerdo...	
Encuesta de Cifra : ¹⁵	El 85% de acuerdo en que se reparta un libro sobre <i>educación sexual</i> entre los alumnos de 3° de liceo.	
Encuesta del Centro Latinoamericano Salud y Mujer, CELSAM : ¹⁶	El 61% declara haber recibido <i>educación sexual</i> .	Escuela 41%, en su casa 35% y el 24% en ambos lugares.

¹² Jaque. Montevideo, viernes 9 de diciembre de 1983.

¹³ Encuesta Gallup sobre sexualidad. 4 de setiembre de 1990. Montevideo, Uruguay.

¹⁴ Que pasa. Año 1, No. 11, El País, sábado 12 de agosto del 2000. Montevideo, Uruguay.

¹⁵ Búsqueda. Jueves 31 de agosto del 2000. Montevideo, Uruguay.

¹⁶ Este apartado se elaboró en base a dos documentos:

INVESTIGACION	OPINION SOBRE EDUCACION SEXUAL	DE QUIEN RECIBIO EDUCACION SEXUAL
Encuesta Nacional de Sexualidad Femenina¹⁷	NO ABORDA ESTE TEMA	Revistas-libros 50%, amigas 39%, pareja 30%, madre 22%, colegio 14%, nadie 8%. (en algunos casos, en mas de una fuente)
La sexualidad de la mujer joven :¹⁸		En primer lugar de amigos, en segundo lugar de la madre y un 15% de médicos y profesores.
La sexualidad de los adolescentes :¹⁹	En grupos mixtos : 69.2%	Madre : 45.4%, Amigos/as : 36.5%
Sexualidad en el Uruguay de hoy :²⁰	En el ámbito familiar : 81%, en el ámbito de la enseñanza : 16%	Madre 41,7%, no recibió 20%, amigos(as) 18%

Ya en 1983, de 50 adolescentes encuestados, 48 se manifiestan a favor de la educación sexual (Sexualidad Adolescente, Semanario Jaque). En 1990 se realizó una Encuesta Gallup (1990) sobre sexualidad, en donde un 76% de las personas encuestadas creyó conveniente la introducción de la educación sexual en la enseñanza. En el año 2000 se encontró un 73% de personas encuestadas que están de acuerdo con que en los liceos se dicte un programa de educación sexual, basado principalmente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (Diario El País, 2000 agosto 12). El 31 de agosto del mismo año, el semanario Búsqueda (2000) publicó una encuesta de Cifra, realizada a 1003 uruguayos de 15 o más años de edad, en la cuál el 85% responde que le parece bien distribuir un libro sobre educación sexual entre los alumnos de 3º de liceo.

Sin embargo, en 1996, en la investigación realizada por Spinelli y Calero (1996), únicamente un 16% de las personas encuestadas opinó que la educación sexual debería ser impartida en el ámbito de la enseñanza, dividiéndose en un 2,4% a través de actividades curriculares y un 13,6% a través de los maestros. Por otro lado, más del 81% opinó que debería ser impartida en el ámbito familiar, por la madre (53,2%), por el padre (10,2%) o por ambos (17,8). Estos resultados muestran un panorama completamente distinto al mencionado

Encuesta del Centro Latinoamericano Salud y Mujer, realizada en 14 países de América Latina, en el marco de los 40 años de la introducción de la píldora en la región. Consultada en la página web del CELSAM.

Uruguayas prefieren las píldoras a otros métodos anticonceptivos pero pocas consultan a su médico. La encuesta del CELSAM recogió también la opinión de 7.456 mujeres de 14 países latinos. Búsqueda, jueves 25 de octubre de 2001. Montevideo, Uruguay.

¹⁷ La República de las Mujeres. Ediciones del 10 de setiembre al 29 de octubre de 1989.

¹⁸ Alternativa, Montevideo 5 de mayo, ¿1990 ?

¹⁹ Portillo, J. (1992) La sexualidad de los adolescentes. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano. Facultad de Medicina, Universidad de la República; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Ediciones de la Banda Orienta. Montevideo, Uruguay.

²⁰ Spinelli, I., M. Calero (1996). La Sexualidad en el Uruguay de hoy. Informe sobre opiniones, actitudes y comportamientos sexuales. Colección Búsqueda / Editorial Fin de Siglo. Montevideo, Uruguay.

en el párrafo anterior, ya que la tendencia aquí sería a salvaguardar el tema de la sexualidad dentro del ámbito familiar.

En Uruguay, los esfuerzos por hacer de la sexualidad un tema colectivo y de dominio público se presentó desde principios de siglo y las palabras de la famosa pedagoga uruguaya Paulina Luisi en 1922 son reveladoras de los obstáculos culturales, que siguen en parte vigentes:

Misterio, prohibición, engaños..., ¿qué acicate más fuerte puede pedirse para estimular la atención del niño hacia lo que se pretende ocultar ?. Es precisamente esta falsa noción pedagógica la que pide ser rectificada. Son también las consecuencias a veces terribles que de ella se derivan, las que lo reclaman. Durante la edad escolar, es decir hasta la adolescencia, los fenómenos de la generación son considerados como no existentes en las ciencias naturales que se enseñan en las escuelas. Durante toda esa época de la vida son también considerados como no existentes para el niño los acontecimientos morales con que deben regirse las relaciones entre los sexos, aparecen algunas falsas nociones de pudibundez y mojigatería y no digo ex profeso, de pudor ni de pureza (Israel, op cit, Semanario Brecha 1991, agosto 2).

En los años 90, a casi una década de la epidemia, se llevó a cabo diferentes emprendimientos no formales en educación sexual, promovidos por personas u organizaciones, conscientes de la necesidad de abordar estos temas, con el fin de proporcionar elementos que ayuden a las personas a vivir su sexualidad de una manera más saludable. En particular, entendiendo que hay problemáticas vinculadas a la sexualidad como los embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, que son prevenibles, siempre que se cuente con la información y el proceso educativo correspondiente.

Organismos gubernamentales – Intendencia Municipal de Montevideo y el Ministerio de Salud Pública – e instituciones dedicadas a la sexología o las muy diversas Organizaciones No Gubernamentales, realizaron actividades de educación en sexualidad, tanto en los Liceos como a nivel comunitario.

También existen instituciones educativas privadas, algunas con carácter religioso, que han incorporado dentro de su currícula alguna materia o espacio dedicado a tratar estos temas, ya sea con la población estudiantil exclusivamente, o integrando a padres, madres y docentes.

En el ámbito de lo formal, ha habido dos emprendimientos de gran envergadura que se llevaron a cabo en años recientes. Uno es el Programa de Educación de la Sexualidad de la Administración Nacional de Educación Pública – Consejo Directivo Central (ANEP-CODICEN), órgano máximo de la educación pública a nivel primaria, secundaria y técnica, desde el cuál se intentó incorporar de manera formal el tema de la sexualidad en los distintos niveles de la enseñanza, iniciándose en 1987 y suprimiéndose, en el marco de la Reforma Educativa en marzo de 1996. Más recientemente, en el año 2000, se publicó el libro,

"Escucha, Aprende y Vive" (PNS, MSP), en el cuál se abordó distintos temas de sexualidad, haciendo énfasis en las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, para ser repartido entre todos los alumnos de 3° de secundaria a nivel nacional. Sin embargo, este material llegó escasamente a las manos de las y los adolescentes, por la enorme polémica que causó su contenido. Una campaña del Ministerio de Salud Pública, destinada a promover el uso de preservativos entre la población joven para prevenir el contagio del VIH/SIDA, sufrió el mismo destino, suprimiéndose inmediatamente después de su lanzamiento, como ya fue dicho anteriormente.

4.2 Las relaciones de género en la situación de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA

Si entendemos al género como la construcción cultural de la diferencia sexual podemos darnos cuenta de que los roles asignados culturalmente a hombres y mujeres a raíz de su constitución sexual anatómica, no son naturales, ni inmutables, sino que forman parte de un proceso histórico que se ha ido modificando y seguirá modificándose como producto del cambio de relaciones entre mujeres y hombres y entre individuos y sociedad.

"El género se refiere a los roles y responsabilidades socialmente construidos asignados a mujeres y hombres en una determinada cultura o lugar. El género es un principio básico de organización de las sociedades que afecta a las mujeres y a los hombres en todas las actividades y relaciones y, en consecuencia, influye en los resultados de las intervenciones de desarrollo..." (CEPDA, 2000).

En el caso de Uruguay, la inequidad de género persiste en diferentes ámbitos : las mujeres continúan ocupando cargos más bajos en el mercado laboral; perciben un 60% del ingreso de los hombres, a pesar de que hay un porcentaje más alto de mujeres ocupadas que de hombres ocupados con estudios medios y superiores completos; el desempleo afecta más a las mujeres que a los hombres, a pesar de una mayor calificación.

En América Latina diversos estudios y especialistas señalan la falta de empoderamiento de las mujeres ante las relaciones sexuales, esto implica el "deber" de la mujer de tener relaciones sexuales más allá de sus deseos, la desvalorización del deseo y el placer sexual de la mujer, la imposibilidad de tomar decisiones en cuanto al cuidado de su salud sexual y reproductiva y las dificultades de hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos.

En el caso de la transmisión de ITS y VIH/SIDA, la mujer está expuesta a situaciones tales como la aceptación silenciosa de la infidelidad de su compañero sexual, no poder exigir a su compañero la utilización de preservativos; en el caso de las trabajadoras sexuales este comportamiento se reitera cuando el cliente ofrece más dinero o se niega a contratar sus servicios si la mujer exige el uso del preservativo.

En este contexto, Uruguay está presentando un cambio en el perfil epidemiológico del VIH/SIDA, ya que en el transcurso de los últimos años, la transmisión del virus está afectando a un mayor número de mujeres. La razón hombre/ mujer en 1989 era de 8,5 hombres infectados por cada mujer (8,5/1), en 1992 era de 6,5/1 y hoy llega a ser de 2/1.

Actualmente, la población de mujeres infectadas por el VIH en el Uruguay, constituye casi un tercio del total de personas infectadas.

Ante esta situación, el Programa Nacional de SIDA, del Ministerio de Salud Pública, entendió oportuno llevar a cabo una investigación cualitativa de mujeres infectadas por el VIH/SIDA (MSP, 1998), con el objetivo de poder identificar tipologías de mujeres portadoras, que involucraron aspectos tales como su vinculación con el riesgo, historia personal y la interacción y red social en la que están inmersas. Además se buscó evaluar los conocimientos acerca de la infección VIH/SIDA en mujeres, desde una visión que incluyó lo retrospectivo y abarcó la situación actual de las portadoras. El trabajo se llevó a cabo con la técnica de entrevistas semiestructuradas, a 75 mujeres infectadas con el VIH, con una duración promedio de 30 minutos cada una. Se realizó durante los meses de diciembre, enero, febrero y marzo de 1996-1997.

Como producto de la información recogida en este trabajo, se construyeron 4 tipologías diferentes :

Tipologías

Tipología 1. "Dos mundos": esta tipología tiene como característica fundamental la existencia de una vida escindida en dos espacios que funcionan simultáneamente, uno el de su pareja estable (hijos, casa en común, etc.) y otro con múltiples relaciones sexuales, ya sea con o sin el carácter de meretricio. Estas mujeres toman precauciones usando regularmente preservativos sólo en el ámbito secundario y no en el íntimo, que constituye su mundo seguro. A esta tipología correspondió el 9% de la población.

Tipología 2. "La confianza": este grupo de mujeres presentan una relación de pareja armónica y perdurable en el tiempo. Convencidas de la solidez de su pareja les parece que el SIDA no les concierne por lo que la utilización del preservativo cuando existe, persigue finalidades de anticoncepción. No existen relaciones secundarias de su parte y no las conciben de parte de su esposo o compañero. En esta tipología se encontró a un 32% de la población.

Tipología 3. "En momentos de crisis hice de todo": esta tipología agrupa perfiles variados que se han vinculado con episodios de crisis de distinto impacto y duración. Ante la sucesión de relaciones sexuales con distintos hombres conocidos circunstancialmente, todas o la gran mayoría son sin precauciones para evitar el VIH/SIDA. También se encuentra en este grupo reiteradas experiencias de consumo de drogas. En cuanto al modo de vincularse con el riesgo, el SIDA es un tema absolutamente secundario dentro de sus prioridades. En esta tipología se encontró a un 49% de la población.

Tipología 4. "La mujer dominada": pertenecen a un grupo de mujeres marcadas por una historia de vida signada por su dependencia y su incapacidad de elección, teniendo un escaso poder en la relación de pareja, la transmisión del VIH viene del compañero anterior o actual. Aquí se encuentra un 10% de la población.

Exceptuando a la tipología 3 "En momentos de crisis hice de todo", que tiene una fuerte vinculación con el riesgo; podemos observar que la infección del VIH de todas las demás mujeres (51% de la muestra) proviene de su pareja estable, confirmando la falta de empoderamiento de las mujeres ante su propia sexualidad y la de su pareja, ya sea por una dominación evidente o por la asunción de una realidad inexistente en cuanto a la confianza depositada en su pareja.

4.3 Comportamientos y representaciones sexuales en el Uruguay

En Uruguay no se han llevado a cabo estudios sobre sexualidad de manera sistemática y continua, que permitan abordar y profundizar en los factores y dinámicas sociales y culturales, así como en los procesos afectivos e individuales explicativos de los distintos aspectos de las prácticas sexuales, del manejo del riesgo del VIH/SIDA y de las actitudes y comportamientos de la población en general o de grupos específicos – mujeres, jóvenes, homosexuales, etc.

Por lo tanto, se trató de hacer un esfuerzo de recopilación de informes, encuestas, investigaciones que, aún de forma fragmentada, proporcionan valioso datos para visualizar algunos componentes de la sexualidad de las uruguayas y los uruguayos. La producción existente aparece como diversa pero despereja en su rigor metodológico. Aún así, muchos de los artículos de prensa que configuran estudios parciales representan los únicos antecedentes de información disponibles. Aquí intentaremos delinear algunas de las tendencias y procesos sociales y culturales que se definen en el campo de los comportamientos sexuales en Uruguay, en tanto insumos para las políticas en VIH/SIDA.

El análisis propuesto se hace en tres apartados diferentes : un primer bloque referido a las Encuestas y Estudios de Opinión; un segundo bloque que da cuenta de las Investigaciones sobre comportamientos, actitudes y prácticas sexuales; y un tercer bloque referido a una Encuesta al personal de salud, que oficia, a nuestro juicio, de ejemplo paradigmático de los padrones culturales vigentes entorno a la epidemia del VIH/SIDA.

4.3.1 Análisis de los Estudios y Encuestas en Sexualidad

En el análisis comparativo de los estudios y las encuestas se presentan algunas dificultades, derivadas del hecho que no todas abordan las mismas interrogantes, y cuando lo hacen, no adoptan el mismo formato. También es importante no perder de vista que los diseños empleados que sustentan las investigaciones son diferentes, desparejos y difíciles de evaluar. Algunos estudios son registros llevados a cabo en Centros de Salud basados en las consultas de las personas que acudían a ellos; otros son levantamientos de opinión realizados por empresas especializadas; y también hay estudios basados en datos extraídos de grupos reducidos, o aún elaborados a partir de entrevistas y conversaciones informales.

Edad de iniciación sexual. De 13 encuestas registradas, sólo 3 abordan el tema de la iniciación sexual, de las cuáles a su vez, todas con datos exclusivos de mujeres y dos de ellas, obtenidos durante la consulta de algunos servicios públicos. Tampoco presentan una ficha técnica como para conocer de cuántas mujeres se obtuvieron esos resultados, ni la edad, ni el

nivel socioeconómico, ni otras variables socio-culturales. Tomando en cuenta estas consideraciones, sólo una encuesta nos da una aproximación a la edad de iniciación sexual de las mujeres uruguayas, encontrándose el 50% entre los 16 y 19 años de edad. Sin embargo, lo más relevante en este caso son las señales que aparecen – ya a comienzos de la década de los 80 – de disminución de la edad de entrada a la sexualidad activa de las adolescentes. Según los datos del Hospital Pereira Rossel, en un grupo de jóvenes mujeres de grupos sociales menos favorecidos, se habría pasado de un promedio de 17 años en 1969 para la primera relación, a 15 años en 1981.

Con todas las restricciones metodológicas ya establecidas, el estudio representa un antecedente de talla para pensar con una perspectiva histórica la dinámica cultural en curso en Uruguay, respecto de la cada vez más temprana entrada en la sexualidad activa, por otra parte consistente con la dinámica a nivel regional o en los países desarrollados. El estudio más reciente (Celsam, 2001) confirma esta tendencia cultural : 16% de las mujeres de 15 a 45 años entrevistadas se iniciaron antes de los 16 años, y el 50% lo hicieron entre los 16 y los 19 años. Por otro lado, el otro punto a destacar es que, la falta de explicitación, de verbalización, del fenómeno de la sexualidad de los jóvenes a nivel público, en términos de datos e investigaciones, no impide obviamente que ésta se desarrolle. Por el contrario, la invisibilidad cultural a que se condena la sexualidad, genera fuertes efectos laterales, perjudiciales para la salud de los jóvenes, y también identificados, como embarazos adolescentes no deseados o abortos clandestinos, de los cuales hay múltiples indicadores en este conjunto de materiales recopilados.

Relaciones prematrimoniales. De 13 encuestas sólo 4 abordan esta temática. En general, para los años abordados – 1979 a 1994 – se reporta una aceptación mayoritaria que va del 60% al 80% de la población en general. Desagregando por edades, la aceptación desciende cuando aumenta la edad, llegando a un 39% para los mayores de 60 años. Uno de los estudios (AUPFIRH,1979) muestra que para el universo de mujeres consultadas, casi el 60% habían mantenido relaciones premaritales. De la misma manera, considerando el contexto cultural de un país oficialmente laico desde prácticamente el nacimiento del estado, y con bajos índices de religiosidad, debe destacarse que 88% de las personas que se declararon ateas, acepten las relaciones antes del matrimonio, y solamente 49% de los religiosos practicantes aprueben dicha conducta. Todo indica que el lugar y papel cultural de las creencias religiosas, debería reevaluarse frente a la percepción dominante de un país homogéneamente laico.

Relaciones sexuales ocasionales y/o extramatrimoniales. De 13 encuestas, sólo 4 abordan este tema pero de diferente ángulo. Sobre las relaciones ocasionales, sin ninguna precisión, dos estudios presentan un rechazo mayoritario que va del 65% al 80% de los encuestados. En el caso de preguntarse por las relaciones ocasionales de una persona casada, dos de cada tres uruguayos desaprueban tal comportamiento : por sexo, el rechazo se eleva a 70% en las mujeres y cae levemente en los hombres que respondieron. Respecto de los jóvenes, en un estudio (La República, 1992 enero 9) realizado a jóvenes de 13 a 24 años, se muestra que éstos rechazaron en un 80% las relaciones sexuales ocasionales – referidas a la infidelidad conyugal – con igual nivel de respuesta para varones y mujeres. Aún pensando que puede tratarse de un “efecto normativo”, contestando lo esperado, parece evidente que se abre aquí una doble pista para indagar entorno a las actitudes y representaciones sobre las relaciones

ocasionales en personas solteras, así como en los casos que implican la pareja constituída. Esta cuestión es clave cuando observamos que, al inicio de la epidemia, 9 de cada 10 uruguayos, percibían a la pareja estable como salvaguarda contra la enfermedad (Gallup, 1991 julio 9). La dinámica epidemiológica de feminización de la epidemia, que conoce actualmente el Uruguay y la región, confirman esa llamada “doble moral”, característica de nuestras sociedades, estructuradas por pautas culturales basadas en estereotipos de lo masculino y femenino y la desigualdades de género que de ello se derivan.

La información disponible sobre el VIH/SIDA

Del material disponible, en particular las encuestas de opinión pública, surgen varias tendencias que con intensidad variable, se han mantenido vigentes en la sociedad uruguaya: en primer término, un alto porcentaje de personas que se dicen muy y bastante informados: 71%, en 1993; 67% en 1995; y 72% en 1999. En todos los casos, se constata año a año, un aumento en la relación menor edad y más alto nivel de información, que llega por ejemplo al 84% de respuestas de muy y bastante informado para los menos de 30 años, en la encuesta más reciente (CIFRA, 1999 abril 17).

En segundo término, aparece un núcleo duro de respuestas de personas, las que se consideran poco o insuficientemente informadas, que alcanza, con leves variaciones según los estudios, a casi 30%. Si el porcentaje es ya preocupante por su magnitud y estabilidad –a casi 17 años de aparición del 1º caso de VIH en el país – lo es más aún cuando precisamos las fuentes de información utilizadas por las personas encuestadas: 60 a 65% reciben la información de la Televisión y la radio; seguida por 12 a 16% por lectura de diarios y revistas; 13 a 17% por consultas a médicos o amigos y familiares. Por lo tanto, cabe preguntarse cómo será la situación actual, al 2002, cuando se cumplen 3 años sin campañas masivas de información por parte del Ministerio de Salud Pública. Teniendo en cuenta la situación de la estructura comunicacional del Uruguay, donde por los costos y exigencias, solamente acceden a implementar campañas públicas los organismos oficiales, prácticamente no hay mensajes por radio ni televisión, desde 1999.

En tercer término, si bien las personas declaran que las relaciones sexuales y compartir jeringas en la drogadicción intravenosa, son las principales vías de contaminación del VIH/SIDA (95 a 98% de respuestas), también aparece de manera coherente con lo anterior, un núcleo duro, estable en el tiempo, que cree en modalidades de transmisión consideradas no válidas: picadura de mosquito, 22%, saliva 15%, inodoro, 19%. En particular, la persistencia de estas dos últimas creencias pueden generar un clima adverso para la aceptación e integración social de la persona portadora, ya que remiten a situaciones ligadas con la cotidianeidad.

Finalmente, un dato revelador de la complejidad de la relación existente entre información y cambio efectivo de comportamiento, está dada por el dato generado en uno de los estudios (CIFRA, 1995 agosto 27), en la cual se preguntaba si la persona encuestada consideraba que había estado en una situación real de riesgo: casi la quinta parte, 22%, contestó afirmativamente. Sin embargo, al responder si se habían hecho el examen, solamente 9% declararon haberlo efectuado.

Modificación de comportamientos frente al VIH-SIDA. Dos encuestas abordaron tempranamente este tópico : la percepción de la proximidad del VIH/SIDA y en consecuencia, el riesgo de contaminarse que tuvieron los uruguayos en los inicios de la epidemia. Los porcentajes referidos a aquellas personas que declaran no haber modificado sus comportamientos ante la aparición de la epidemia, son mayoritarios, un 86% en 1991 y 69% en 1993. Se logra visibilizar así un proceso de toma de conciencia sobre la enfermedad, a la cual ahora, están expuestos todos los grupos sociales y donde se deben efectivamente, tomar medidas adecuadas. Por otro lado, esto confirma un proceso de consolidación de mayores y mejores niveles de información por parte de la población en general, consistente con los datos expresados en el ítem anterior. Sin embargo, este proceso de sensibilización a partir de la información masiva, tiene varias dimensiones críticas que aparecen cuando se desagrega la información respecto al último estudio. Desgregado por edades, muestra una relación firme entre menor edad y mayor porcentaje afirmativos de cambios en algún comportamiento : 42% de los jóvenes de 17 a 21 años lo manifiestan, contra solo 9% de respuestas afirmativas para las personas de 70 años y más. Así mismo, según el lugar de residencia, aparecen brechas para indagar con profundidad en el futuro : solo 25% de los montevideanos declaran cambios, contra 31% en el Interior del país, con un pico interesante en Artigas (departamento fronterizo con Brasil) donde se llega al 44% de las respuestas positivas. Finalmente, aparece con mucha intensidad la problemática de si el nivel de información alcanza para motivar y promover cambios efectivos en las actitudes y prácticas sexuales.

Aceptación y convivencia social de los portadores. Sobre este aspecto, la primera encuesta que aborda este tema abrió serias preocupaciones (Gallup, 1991 julio 9), ya que un 65% de las personas consideró que los enfermos de SIDA o las personas portadoras del VIH “eran culpables de haber contraído el mal”. La ambigüedad de la respuesta – o la formulación infeliz de la pregunta – atenuó el impacto del dato obtenido. Por otro lado, la actuación y gestión de los diversos actores – públicos y privados – involucrados directamente en la lucha contra la epidemia, coincidieron en la promoción de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA, en particular, y de los grupos socialmente estigmatizados, adictos en particular, o de las minorías sexuales.

Así, en los estudios abordados, cuando se interrogó sobre la posibilidad de convivencia con una persona portadora de VIH o enferma de SIDA, los porcentajes de aceptación fluctúan desde el 72% al 79% de personas que mantendrían una convivencia a nivel escolar, profesional u otro tipo de actividad. La aceptación disminuyó con personas que se declararon poco informadas; y aumentó en el caso de los jóvenes y las personas con educación terciaria. Sin embargo, fueron identificados núcleos de personas declarando actitudes discriminatorias , 20 a 25% en total, las que cambiarían de trabajo, de lugar de estudio, o tratarían que despidieran a su compañero de trabajo. Por otro lado, en las encuestas realizadas en 1995 y 1999, ante la pregunta de a quién puede afectar el VIH/SIDA, el porcentaje más alto correspondió “a cualquier persona”, entorno del 64%; seguido por “sólo a quienes no toman precauciones”, con un 28%. Aquellas respuestas que asocian la enfermedad con los (mal) llamados “grupos de riesgo” al inicio de la epidemia, representó una minoría : “afecta sólo a homosexuales y drogadictos”, reunió solamente entre el 5% y el 7% de las respuestas.

Aceptación de la homosexualidad. Es significativo el hecho de que sobre el conjunto de materiales, la mayoría vehiculados por la prensa diaria o semanal, solamente dos encuestas aborden la temática de la homosexualidad con preguntas explícitas. Esto parece confirmar un padrón cultural afirmado en Uruguay, la invisibilidad social de las opciones sexuales minoritarias, forzadas a estar cantonadas al recinto de lo estrictamente privado, hogar o lugares específicos. Los resultados de las encuestas, por otro lado, también refieren mayoritariamente a la relación homosexual masculina, sin utilizar en ningún momento el término lesbianismo o explícitamente focalizando en las mujeres. Aún así, y considerando que es difícil hablar de tendencias con datos tan disímiles, se aprecia, una leve dinámica de aceptación, que va cobrando fuerza progresivamente en el imaginario social. La primera encuesta periodística que aborda públicamente el tema (*El País*, 1994 febrero 20), muestra que 74% de los uruguayos no aprueban las relaciones sexuales entre adultos del mismo sexo. Desagregado por edades, se percibe mayor tolerancia entre los grupos más jóvenes, llegando al 29% en los menores de 30 años. En una encuesta representativa de la población urbana de 16 años y más (CIFRA, 1997 agosto 24), las posiciones son extremadamente matizadas y controvertidas : 34% opina que se nace homosexual; 20% que constituye una enfermedad y 18% que es consecuencia de las experiencias de vida en la infancia o adolescencia.

Los indicadores de aceptación aparecen contradictorios y preocupantes : hay una relativa mayoría para negarle el derecho a que un homosexual pueda ser maestro en primaria, y por lo tanto en contacto diario con los niños (39% contra 37% que si lo aceptan), y una relativa mayoría para aceptar que un homosexual pueda ser profesor universitario, es decir convivir con jóvenes (44% contra 27% que no lo consideran adecuado).

De la misma manera, una clara mayoría piensa que no está bien que los homosexuales puedan casarse : 49% contra 24%. Aún sin estudios relevantes, aparece que este conjunto de respuestas, representa un potencial afirmado de prejuicios y de actitudes discriminatorias y negatorias de los derechos sociales más elementales (derecho al trabajo, derecho a su vida afectiva, etc), por el sólo hecho de la opción sexual.

Percepción y uso del condón. Solamente 6 de los estudios y encuestas compiladas, abordaron la cuestión de condón o preservativo. Muchas veces, se hizo a través de preguntas indirectas que solamente dieron una pista sobre los niveles de aceptación. Este es el caso, de las opiniones levantadas, cuando fue suspendida la primer campaña masiva de promoción del uso del preservativo. La campaña fue implementada por el propio Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de SIDA, fue interrumpida abruptamente cuando se produjo un cambio de ministro, como está reseñado en el capítulo anterior. La totalidad de las encuestas realizadas en el año 1991, mostraron un conjunto mayoritario de respuestas favorables (desde el 59% al 86%) respecto al uso y promoción del preservativo como modo de prevención ante el VIH/SIDA. Sin embargo, no hay datos en estas encuestas, si a este clima favorable entre los encuestados corresponde también un uso sistemático del condón.

4.3.2 Análisis de las investigaciones en sexualidad

En el análisis comparativo de las 7 investigaciones compiladas se presentan algunas dificultades que, como ya señalamos, derivan de los diferentes énfasis e intereses temáticos que son indagados, los disímiles universos sociales abordados; y los diversos diseños metodológicos que las sustentan. Sin embargo, el análisis brinda insumos y pistas muy valiosas para identificar dinámicas culturales en acción, en el campo de la sexualidad y del VIH/SIDA. A su vez, permite identificar las brechas de información y conocimiento imprescindibles, para el diseño de estrategias de prevención integral y eficientes de la epidemia.

Edad de iniciación sexual. El conjunto de las investigaciones delimitan una dinámica cultural que continúa mostrando diferencias temporales en la entrada a la sexualidad activa, según se trate de varones o mujeres. Pero con una tendencia al estrechamiento de esas diferencias en las generaciones más jóvenes, en el marco de una iniciación cada vez más precoz para el conjunto de la sociedad. Para la población en general, la edad promedio de iniciación sexual estaría entre los 16 y 18 años de edad. La edad promedio de iniciación sexual para mujeres sería entre los 18 y 20 años y la edad promedio de iniciación sexual para varones sería entre los 14 y 17 años. Evidentemente, para una mayor comprensión de los factores culturales en juego, estos grandes números precisan un refinamiento en el análisis, incorporando de manera sistemática algunas variables claves, como el lugar de residencia o el nivel de instrucción, que las investigaciones no siempre ofrecen. Así, para Montevideo la edad promedio de iniciación sexual, se situaría en los 17 años (Encuesta CACP, 1991), si consideramos el grupo etario de los 18-35 años, la media de las mujeres se encuentra en los 19 años y la de los varones en 15 años. Otra fuente (Spinelli, Calero, 1996) sobre la capital Montevideo, reafirma estas diferencias de género a la hora de encarar la primera relación de las 675 personas encuestadas: los varones se iniciaron mayoritariamente entre los 14 y 17 años (61%), mientras que para un 36% de las mujeres, la primera relación se dio entre los 18 y 20 años.

Más allá de la edad, creemos que el dato más relevante que surge del conjunto de las investigaciones se refiere a la percepción y definición del compañero sexual en esa primera relación. En el caso de las mujeres, la amplia mayoría, tienen su inicio sexual con quien es su novio o esposo, y los varones con una pareja ocasional. En la encuesta CACP de 1991, para Montevideo, en el tramo de 18-35 años, el 86% de las mujeres declaró haber tenido la primera relación con su pareja estable (novio o esposo), bajando al 20% en los varones. Este fenómeno, nos habla de las representaciones sociales construidas sobre la sexualidad, marcando las desigualdades culturales de género. Otro ejemplo de ello se observa en el estudio de Spinelli y Calero, en el cual las mujeres montevideanas inician su vida sexual activa con los novios en un 62% y con sus maridos en un 23%. En tanto que los hombres de la capital lo hacen con los trabajadores sexuales, 27%, un 23% con parejas ocasionales, y un 21% con amigas, solamente una minoría de 17,7% con sus novias. Esta brecha en la elección del compañero sexual para el inicio de la vida sexual activa y en la definición de la relación afectiva tiene un impacto en la posibilidad para la mujer de vislumbrar, reconocer y prevenirse de la eventual situación de riesgo del VIH/SIDA. Los elevados niveles de confianza en su “pareja estable” quitan de su universo de posibilidades toda proximidad con

la epidemia. Recordemos que durante años, la mujer ha estado ausente de todas las campañas oficiales de prevención del VIH, de las acciones en salud eficientes y continuas de las organizaciones de mujeres (y aún hoy), y solamente fueron alertadas por las acciones de las ONGs actuantes en Uruguay.

Relaciones prematrimoniales y/o ocasionales. Sólo 3 investigaciones abordan la temática de las relaciones prematrimoniales, siendo que los porcentajes de aceptación mayoritaria fluctúan entre el 48% y el 59%, sin mucha evolución entre las mismas. Uno de los datos más interesantes hace al predominio de los padrones relacionales basados en los diferentes modelos de lo masculino y femenino, anclados tanto en varones como en mujeres. De la totalidad de personas encuestadas por Spinelli y Calero, 55% de los hombres afirmaron que las relaciones matrimoniales eran aceptables para los varones, pero el porcentaje de aceptación caía a 48% si era para las mujeres. De la misma forma, esta brecha a favor de comportamientos que legitiman el papel tradicional del varón, con todas sus prerrogativas y posibilidades, aparece confirmado por las mujeres: 43% aceptan las relaciones pre maritales para ellas mismas, pero el apoyo sube a 47% si se trata de los hombres.

En la misma encuesta, ahora sobre el tema de las relaciones ocasionales extra matrimoniales, se da una estructura de respuesta similar, en el marco de un mayoritario rechazo del 60%. En los extremos minoritarios, 12% de mujeres las considera aceptables para el varón, contra 11% para las mujeres. Igualmente, 25% de los hombres las consideran aceptables para ellos mismos, pero el apoyo cae bruscamente si se trata de las mujeres, solo 18% acepta esa conducta de una mujer.

Sobre las relaciones ocasionales, en general aparece un consenso importante que fluctúa entre el 60% y el 80% tanto en términos de opinión como de prácticas. Es decir, hay una cierta consistencia en las encuestas entre las personas que las desaprueban emitiendo una opinión negativa, como en aquellas personas que dicen que no las practican. Las investigaciones que registraron quiénes sí las practican, reportan entre un 11% y un 20% entre los varones y entre un 1,3% y un 7% en mujeres. Evidentemente, habría que saber si se trata de un efecto declarativo que debe ajustarse a una conducta esperada de la mujer, o si es un dato global que precisa desagregarse para ver que pasa con las generaciones más jóvenes.

En todos los casos en los que figura, están las implicancias que estos comportamientos y su percepción valorativa puede tener, en particular, en la capacidad de prevención que la mujer pueda ejercer sobre sí misma.

Modificación de comportamientos frente al VIH/SIDA. El punto de partida de esta temática puede ser la primera encuesta de alcance nacional (CACP, 1991) ya mencionada, realizada en los primeros años de la epidemia en Uruguay y en la cual el 90% de los entrevistados consideró que no necesitaba cambiar su comportamiento para evitar el contagio del VIH/SIDA. En este mismo estudio, aún los jóvenes de Montevideo del grupo etario de 18 a 35, presentan bajos niveles de modificación de sus conductas: 8,43% para las mujeres y 10,40% para los hombres. Igualmente, para el grupo etario de 36 a 49, las mujeres contestan afirmativamente al cambio de comportamiento en un 4,72% y en un 5,88% los varones. Esta brecha entre información y percepción del riesgo para sí mismo, lleva a los autores del trabajo

a describir 3 tipos de comportamientos, que nos parece pertinente citar por que fue un intento primigenio y, aún válido, en el campo de la investigación que relaciona sexualidad y SIDA :

- Quienes rechazan toda posibilidad de contagio y no han tenido que modificar ninguno de sus comportamientos habituales, ya que su conducta se considera adecuada, conveniente y aceptada socialmente ;
- Aquellas personas con pocas probabilidades de admitir la posibilidad de contagio, por condicionar la enfermedad a ciertas prácticas generadas en algunos grupos que no constituyen su marco de pertenencia ni de referencia ;
- Los que relativamente han modificado sus comportamientos o lo consideran necesario por estimar que sus posibilidades de contagio son por lo menos iguales a cualquier otra persona.

Evidentemente, como quedó también explicitado en el apartado anterior referido a la misma temática, una cobertura mayor de la población con campañas informativas y acciones educativas, que enfatizaban en el hecho de tratarse de una epidemia ligado al comportamiento individual y no acotada a ciertos grupos, modificó este primer dato, como surge de otras investigaciones. Pero lo modificó diferencialmente según el sexo del receptor de la información. Así, una primera pista la dieron las 975 mujeres (*Diario La República*, IDES, 1993) cuando declararon en un 37% que habían modificado algún comportamiento o actitud frente a la aparición de la epidemia del VIH/SIDA. Estas respuestas afirmativas aparecen estrechamente asociadas a mayores niveles de instrucción :cambiaron 55% de las universitarias; 40% de las profesoras y maestras; 34% de las que cursaron Secundaria y 28% de las mujeres que solo cursaron Primaria.

En 1996 (Spinelli), 43,7% de mujeres y 28% de hombres, encuestados en Montevideo, declaran que no han cambiado sus hábitos sexuales por causa del riesgo del VIH/SIDA. Con respecto a este y otros datos diferenciales entre hombres y mujeres – menor cantidad de mujeres han modificado sus comportamientos sexuales, menor cantidad de mujeres adoptaron el preservativo como medida preventiva y mayor cantidad de hombres que pueden romper silenciosamente el pacto de fidelidad – las autoras se cuestionan si no son precisamente estas pautas culturales de comportamiento dominantes que están impulsando el crecimiento continuo de la tasa de incidencia de la infección por VIH en las mujeres.

Finalmente en 1998 (Osimani et al, 1999), una encuesta a 399 habitantes de una zona socialmente vulnerable de Montevideo, y en su casi totalidad sexualmente activos, mostró nuevamente un núcleo mayoritario de 79% de mujeres y 77% de hombres que consideraron no tener ningún o escaso riesgo de contaminarse con el VIH-SIDA. Así, solamente 43% de los varones y 22% de las mujeres declararon haber modificado algún comportamiento o actitud frente a la epidemia. En realidad, aquí podemos complementar el análisis, refiriendo la baja percepción del riesgo y los bajos niveles de prevención a la situación de vulnerabilidad socio-económica de los grupos involucrados, y que pueden explicar la dinámica de compromiso creciente de estos grupos sociales en Uruguay.

Es precisamente en estos grupos donde la poca participación de las mujeres en las decisiones sobre su salud y su sexualidad, multiplica la incidencia de la epidemia sobre las mismas.

Aceptación y convivencia ante el VIH/SIDA. De las 7 encuestas, 2 abordan esta temática, y reafirman una actitud similar a la reportada por las encuestas en el apartado anterior de aceptación social mayoritaria. En la investigación desarrollada por el diario *La República*, el IDES y CASMU (1993), un 83% de las mujeres encuestadas, mantendrían una convivencia a nivel escolar, profesional o social con una persona afectada por el VIH/SIDA. Sin embargo, la investigación ya citada desarrollada en los barrios periféricos, apunta que, respecto del nivel de tolerancia social de hombres y mujeres hacia la enfermedad, los hombres aparecen como más tolerantes que las mujeres.

Este clima social de aceptación de la persona viviendo con VIH/SIDA, relativamente amplio y estable en el tiempo, no debe sin embargo, ocultar, otras reacciones y actitudes de discriminación y rechazo latentes o explícitas a las minorías sexuales y grupos vulnerables, como surgen de algunas investigaciones. En Montevideo (Spinelli, 1996), el 36% concordó con que la homosexualidad es anti-natural; 32,8% con que es una enfermedad; contra 41% que opinó que era una opción sexual como otra.

Percepción y uso del preservativo. A principios de los años 90, se pueden apreciar altos porcentajes (95%) que consideran apropiado el uso del preservativo para la prevención del SIDA, y también en el caso de las parejas ocasionales (CACP, 1991). En la práctica, solo 55% de esas personas, usaron efectivamente el condón. Desagregando por sexo, ese porcentaje sube a 70% en los hombres y desciende a 40% en las mujeres.

En el caso de los jóvenes, una encuesta a 1475 jóvenes de 13 a 19 años (Portillo, 1992), mostró también a principios de los 90 que la mayoría absoluta manifestaba una opinión favorable al uso del condón (87%), como el método más adecuado a ser usado por los jóvenes. Aún así, y ya en plena epidemia del VIH/SIDA, 57% opinó que las pastillas eran también el método más adecuado, y 27% afirmó también su preferencia por el “retiro del pene”, como método adecuado. Más de la mitad, sin discriminar entre varones y mujeres, no habían usado ningún método en la primera relación y argumentaban que fue por haberse dado sin ninguna planificación previa. De los que usaron alguna protección, el 79% usó condón. Igualmente, de los adolescentes que estaban en ese momento manteniendo relaciones, el 70% usaba preservativos, seguido de 26% que recurrían a las píldoras anticonceptivas.

Siguiendo con los jóvenes de 18 a 24 años, y ahora a su primera relación sexual, Spinelli (1996), mostró que el 32% de los varones no utilizó ningún método en su primera relación. Para el mismo grupo, el uso de preservativo masculino en esa primera relación sexual se sitúa en 54,8% de las respuestas. En el caso de las mujeres del mismo tramo etario, 20% no utilizó ningún método y, en un sorprendente alto porcentaje, el 50,7% usó preservativos.

En la encuesta dirigida exclusivamente a mujeres ya citada (La República, IDES, CASMU, 1993), en un universo de mujeres con edad promedio de 34 años, sexualmente activas en su gran mayoría y sin pareja estable casi la mitad, 43% declara que nunca lo usó. Este dato debe,

una vez más, aproximarse a las cifras que surgen de Spinelli (1996), cuando indaga sobre el uso de algún método anticonceptivo en los dos últimos años. De los 74% que responden afirmativamente, el más utilizado es el preservativo masculino, alcanzando un 37%. Desagregando esta información por sexo : los hombres lo utilizan mayoritariamente (53,3%) y sólo una quinta parte de las mujeres (20,8%). Es el más popular entre los jóvenes de 18 a 24 años, llegando a constituir un 66,7% de los métodos utilizados, también en los estratos sociales altos (43,6% contra 28,6% de estratos bajos) y en personas que no profesan ninguna religión (41,1% contra 25,7% entre católicos y 26,9% de otras religiones). Le siguen los anticonceptivos orales (18,8%) y el DIU (12,5%).

Finalmente, en la encuesta mas reciente (Osimani et al,1998), el 72% de la muestra usó preservativo, pero sólo el 40% lo usó en su última relación sexual, encontrándose un valor mayor en hombres que en mujeres. Se detectó mediante cuestionario autoadministrado que sólo 1/3 de la población dice usarlo siempre en relaciones vaginales, encontrándose altos valores de no uso en relaciones anales y orales. El 53% de la muestra se refiere al uso del preservativo como anticonceptivo. Quienes portan el preservativo son los varones en un 85,3%, adquiriéndolos mayormente en farmacias. Esto indica que la actitud de las mujeres en cuanto al sexo seguro continúa siendo caracterizada por una cierta dependencia o pasividad en relación al hombre.

Muchos insumos derivan como producto del análisis de las encuestas de opinión y de las investigaciones, sin embargo cuando se conocen las cifras de ventas de preservativos declaradas por los importadores – en 1994 se vendían en Uruguay 4.5 millones de preservativos y en 2000 se llegó a 15 millones, lo que significa casi una cuadruplicación del consumo (Izazola, 2000 : 30). percibimos el vacío de información que se tiene en Uruguay : quién, cuándo y cómo usa los preservativos, si efectivamente se usan luego de comprados. ¿Es un efecto positivo de las campañas o de las acciones educativas que tiene una contrapartida de uso efectivo, o es simplemente un gesto simbólico de reducción de la angustia ante el riesgo del VIH/SIDA ? Evidentemente, en el envío de estas interrogantes, en particular sobre el universo de jóvenes, mujeres y grupos de minorías sexuales, donde se concentra la epidemia, debemos ahondar la generación de conocimiento.

Por último, merece una mención un hecho repetido en algunas encuestas, realizadas en el correr de estos años, y ello con cierta independencia de la modalidad implementada – cara a cara, anónima, por correo – las altas tasas de rechazo a responder, aún con las garantías de anonimato y confidencialidad aseguradas que han llegado a casi 40%. Aún considerando, que se presentaron elementos perturbadores de una adecuada estructura operativa o de errores en el diseño del instrumento según las características de los públicos abordados, esta situación pone en el tapete la necesidad de abrir la temática de la sexualidad al espacio público, al debate nacional, explicitando y dando visibilidad como única manera de quebrar núcleos duros de prejuicios y tabúes dominantes.

4.3.3 Los trabajadores de la salud : un caso paradigmático

El objetivo de la investigación centrada sobre el impacto de la epidemia del VIH/SIDA a nivel laboral, social y personal en los técnicos y profesionales de la salud – del ámbito público y privado – era realizar un diagnóstico de situación, para la construcción e implementación de acciones de formación del personal de salud para la prevención, y sensibilización de las mujeres usuarias de los diferentes sistemas de salud, desde una perspectiva de género (Meré, Guchin y Falero, 2002).

Esta investigación al conjunto de los profesionales de la salud tiene, por la magnitud de aplicación y amplitud de temáticas indagadas, un carácter fuertemente innovador. Mas allá de los objetivos específicos centrados en la atención y prevención en la mujer, se trata de una oportunidad única para la generación de conocimientos e insumos para el diseño e implementación de intervenciones que mejoren la calidad de la atención, y la efectividad de las diferentes actividades de prevención, en general.

Se realizaron, durante el año 2001, 396 entrevistas válidas a técnicos y profesionales de la salud, que tuvieran un vínculo asistencial directo con las mujeres usuarias. La población estudiada involucró a enfermeras universitarias, parteras, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, ginecólogos, médicos, que conforman en el sistema de salud, público y privado, un universo aproximado de 23.000 personas. La técnica de recolección de datos tuvo dos instancias : la aplicación de un cuestionario “cara a cara”, y la aplicación de un formulario “autoadministrado” centrado en la indagación sobre comportamientos sexuales y la epidemia.

El perfil socio-demográfico de la población encuestada se caracterizó por un mayor peso relativo de los auxiliares de enfermería – con un 39.9% – seguido por los médicos con un 31.8%; mientras que las enfermeras constituyen un 17.7%. El 71.7 % de los encuestados fueron localizados en hospitales públicos, tanto de Montevideo como del interior, incluyendo policlínicas del MSP y la IMM. El 75% del total de los encuestados son del sexo femenino; 5 de cada 10 entrevistados pertenecen al tramo de profesionales de mediana edad, o sea entre 30 y 50 años, seguido por los más jóvenes – hasta 30 años, que representan el 29.8 % de los casos.

Los datos muestran una cierta generalización o extensión de la atención de pacientes portadores en los servicios de salud, casi 85% ya asistió a un paciente portador, tanto en el sistema público como privado. Puede preguntarse, si esta situación resultará en una banalización o rutinización de la atención de los portadores, que termine con las consecuencias negativas de las situaciones de excepcionalidad, que provocan discriminación, rechazo, o inequidad en la atención, hechos ocurridos en el pasado. Casi un tercio de los profesionales declaró que se han acostumbrado a tratar con estos pacientes, “es un paciente más”, lo que indicaría que ese camino está transitándose. Los bajos niveles de sentimientos como el miedo o terror parecen confirmar esta hipótesis.

Por otra lado, *la asistencia a pacientes portadores generó una reducida dinámica de cambios de prácticas de bioseguridad*, aproximadamente en un 20% de profesionales. Ante la contundencia de este dato, cabe interrogarse si la mayoría de los profesionales no cambió

porque considera que su practica cotidiana se ajusta adecuadamente a las normas de bioseguridad; o si no cambió porque simplemente, aún no ajustándose a las normas, no percibe la necesidad de hacerlo. Sea por considerar que no corre riesgos de contaminación o que no presenta riesgos para el paciente. Una pista para profundizar en estas cuestiones se encuentra en las respuestas obtenidas sobre el uso de implementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, sobretúnicas, lentes), teniendo en cuenta el abanico de procedimientos, se constata un uso casi exclusivo de guantes para la mayoría : desde el 60% en punción venosa, toma de muestras y actividades de higiene genital y anal, hasta un 70% en las curaciones.

A pesar, o como consecuencia, de tener una población que mayoritariamente ya asistió a pacientes portadores, se constató un *elevada frecuencia de comentarios sobre el paciente portador* efectuados por los profesionales de la salud, cada vez que llega un paciente al servicio, llegando a más del 80%. Discriminando sobre el tipo de comentarios, tenemos que la mayoría de los comentarios refiere a la propia condición de portador, y casi un tercio al hecho de tomar medidas de protección.

Esta combinación de respuestas puede suponerse como un tipo de alerta al conjunto de los colegas de servicio cada vez que llega un paciente portador, lo que matiza la percepción de una banalización de la atención de estos pacientes. En este sentido, este dato puede leerse como un llamado de atención a tomar cuidados específicos y no necesariamente como un acto discriminatorio.

Casi 40% aluden a *las limitaciones laborales que tiene un profesional portador* , quien no podría realizar ciertas actividades en el ámbito asistencial, en particular, manejo de sangre, punciones, inyectables y en menor escala, maniobras invasivas y tareas quirúrgicas. Este dato tiene una doble lectura. En primer término, puede ser una señal sobre la percepción de los portadores en la sociedad uruguaya en general y las limitaciones supuestas para la continuidad de su ejercicio profesional o de sus derechos laborales. En segundo término, es un indicador sobre la necesidad de profundizar en los fundamentos científicos y técnicos que determinan los riesgos para el propio profesional, su entorno y el paciente. Aún así, es necesario explicitar las representaciones sociales ligadas al SIDA y al riesgo que están estructurando estas actitudes, y que parecería responder más al “sentido común” que al saber profesional.

Esta situación descrita anteriormente aparece matizada cuando analizamos el alto nivel de aceptación para que los pacientes portadores sean atendidos en cualquier servicio y cualquier institución, casi 70%. Se descarta así la opción de un servicio específico para los enfermos de SIDA, opción que reúne menos de 1/3 de las respuestas. Analizando en su conjunto la información considerada hasta ahora, se percibe en las instituciones públicas y privadas, un clima favorable de la integración de los pacientes en los servicios hospitalarios existentes, evitando cualquier situación de excepcionalidad.

Cuando comienzan a abordarse los riesgos de contaminación del SIDA según grupos poblacionales, aparece un alto consenso para indicar a los homosexuales, adictos y trabajadores sexuales como mayoritariamente expuestos a los riesgos mas fuertes. La consecuencia directa es que mayoritariamente se toman mayores medidas de bioseguridad con

estos grupos de usuarios, reforzando y reproduciendo representaciones sociales de la epidemia y del riesgo presentes en el público en general.

Las respuestas muestran un consenso casi masivo en que mujeres, jóvenes y personas de la tercera edad no tienen mayores riesgos de contaminación, revelando cómo la dimensión étnica o de género no está presente en la definición de situaciones de riesgo, vulnerabilidad, mayor o menor exposición al virus, en los profesionales encuestados. Como consecuencia de este conjunto de percepciones, los profesionales de la salud manifiestan que no toman medidas específicas de cuidado con estos grupos de usuarios, lo que en realidad puede llevar a emitir la hipótesis que no hay espacio tampoco para plantear en ellos una consejería sobre la prevención del SIDA o sobre conductas sexuales seguras.

A partir de la aplicación de una escala de riesgo según los diferentes grupos, la encuesta muestra una fuerte asociación entre el riesgo de ser portador del SIDA y los grupos tradicionalmente estigmatizados por sus conductas sociales y sexuales, es decir homosexuales, trabajadores sexuales y adictos, situados en casi 80% en los lugares de mayor riesgo. Los resultados de las respuestas sobre el riesgo referente a jóvenes y mujeres muestran la percepción dominante de un bajo riesgo, que no integra la condición étnica o de género, ni toma en cuenta las tendencias de la dinámica epidemiológica del SIDA en Uruguay.

De esta manera, puede comprenderse que casi 7 sobre 10 profesionales afirman que hombres y mujeres tienen el mismo riesgo frente al SIDA, obviando todo tipo de consideración socio cultural (o aún biológica) sobre los determinantes de vulnerabilidades específicas para la mujer. Si cruzamos estas respuestas por sexo, los porcentajes mayoritarios para la opción de igual riesgo se incrementa para los profesionales de la salud varones, casi 75%, y disminuye levemente para las profesionales mujeres, casi 65%. La necesidad evidente de trabajar el enfoque de género pasa no solo por leer de otra manera las características de la epidemia del SIDA, sino por ampliar la reflexión sobre la práctica asistencial y preventiva en un marco socio-cultural definido por lugares y papeles femeninos y masculinos diferentes y desiguales.

También aparece como mayoritaria la opinión de que la mujer no tiene dificultades para tomar medidas de prevención frente al SIDA, y ello tanto siguiendo la percepción de los profesionales varones, casi 60%, como de las profesionales mujeres, casi 49%. También, aparece una fuerte mayoría, casi 60%, para afirmar que no hay mayores dificultades para el uso del preservativo por el hecho de ser mujer.

Una de los indicadores mas fuertes que surge de la encuesta es que 4 de cada 10 profesionales aconsejan a la mujer portadora de no embarazarse. Pero el dato tal vez más significativo, es que la razón para tal actitud es afirmar el riesgo de transmisión para el hijo, cuando en el Uruguay una de las estrategias más exitosas implementadas hasta el momento es

la reducción de la transmisión materno-infantil a menos del 4%. Cabe interrogarse si más allá del desconocimiento de la propia realidad epidemiológica, y de la desinformación sobre las posibilidades terapéuticas existentes e implementadas, no debemos apuntar a indagar sobre los valores y representaciones sociales que están en juego en esta actitud de negar la posibilidad de la maternidad a la mujer portadora? Además de que se continua hablando exclusivamente desde el niño, y ya no de la mujer.

Cuando se abordan explícitamente la relación profesional – paciente, menos de 2 sobre 10 profesionales abordan la sexualidad con pacientes portadores y menos de 3 sobre 10 informan sobre prácticas sexuales seguras. Sin embargo, casi un tercio afirma conversar los temas de la sexualidad con naturalidad y sin problemas.

Finalmente, otro dato relevante que hace a las características del sistema de salud en Uruguay, es que casi el 70% de los profesionales no asistió a ninguna actividad educativa en los últimos dos años. Esta situación involucra al conjunto de las profesiones y por lo tanto refiere más al sistema que a la motivación de los individuos o a las exigencias de la profesión. Por otro lado, si bien aparece que los profesionales mayoritariamente disponen de información sobre el SIDA, este dato debe matizarse a la luz de las fuentes principales de esa información: los folletos.

Segunda Parte

5. Modalidades de respuesta institucional

Desde el inicio de la epidemia, las modalidades de respuesta se han diseñado e implementado teniendo básicamente como protagonistas a un abanico restringido de actores : el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Pública, la Intendencia Municipal de Montevideo – a través de la División Salud y la Comisión de la Mujer, y, en particular, un conjunto de 7 a 9 ONGs – conformadas hoy en una Coordinación Interinstitucional (ROUS) – que han actuado con un alto nivel de compromiso, continuidad y eficiencia en la lucha contra el SIDA. Por lo tanto, hay un énfasis especial para describir y analizar sus acciones, posibilidades y propuestas.

En segundo lugar, se presentan un conjunto de otras instituciones públicas no sanitarias con intervenciones específicas y puntuales – cuya fuente de información principal es el documento de diagnóstico elaborado por el PNS-MSP para la planificación estratégica - básicamente centradas en la prevención y la información.

5.1 Programa Nacional de SIDA ²¹

En Uruguay la asistencia en salud se organiza sobre la base de un sub-sector público y uno privado. El sub-sector público está compuesto por los servicios dependientes del Ministerio prestados a través de ASSE; la Universidad de la República a través de Hospital de Clínicas; los Servicios de Atención de la Salud de las Intendencias Municipales; los de Sanidad de las Fuerzas Armadas; los de Sanidad Policial, así como los servicios médicos de otras entidades públicas y Entes Autónomos.

El Banco de Previsión Social cubre la atención del embarazo y del parto de las trabajadoras o esposas de trabajadores así como la atención pediátrica hasta los 6 años de edad. El Banco de Seguros cubre las enfermedades ocupacionales y los accidentes laborales. Los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados cubren servicios médicos muy diversos.

El sub-sector privado está integrado por unas 53 Instituciones de Asistencia (IAMC), son las más importantes en cobertura, atienden aproximadamente a la mitad de la población. La cobertura pública mediante ASSE llega al 28% de la población y con la Sanidad Militar y Policial se cubre aproximadamente a un 10% de la población.

²¹ Este apartado fue elaborado básicamente con los datos de los siguientes documentos:
Serra, M. “Epidemia del SIDA en Uruguay”. En: Osimani, M.L., comp. (1997). *VIH-SIDA prevención y tratamiento: una esperanza*. Junta Departamental de Montevideo; Laboratorio Glaxo-Welcome; IDES.
PNS-MSP. (2001, diciembre 12). *Informe Epidemiológico VIH/SIDA*.
MSP-Programa Nacional de SIDA, ONUSIDA. (2001). *Informe Diagnostico de situación del VIH/SIDA en Uruguay*. Respuesta Nacional. Planificación Estratégica, Año 2001. Planificación Estratégica.

Respecto de la cobertura, hay diferencias según se trate de áreas urbanas (47.3% cubierta por instituciones privadas) o rurales (39.5% cubiertas por instituciones públicas). Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) atienden al 47% de la población total del país y la mitad de la población que asiste se concentra entre las edades de 15 a 49 años. El MSP atiende al 34% de la población total, donde casi la mitad de la misma son niños y adolescentes (47% tienen menos de 20 años). Los que se declaran sin cobertura total de salud alcanzan al 12% de la población total.

El Ministerio de Salud Pública crea un grupo de trabajo para abordar la problemática del SIDA en 1983, año en que ingresa a nuestro país el primer caso de esta epidemia. En 1984, este grupo normatiza sobre los aspectos de la clínica, el diagnóstico y el tratamiento, así como el control epidemiológico activo y pasivo. En 1985 se forma la Comisión Asesora de SIDA dependiente del MSP. Desde ese momento, y durante el transcurso de algunos años, se sustituyó ésta por otras, nombrándose en 1993, por decreto del Poder Ejecutivo, la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), formada por Ministerios, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación. Esta Comisión tiene como objetivos coordinar acciones, proponer actividades y movilizar recursos.

El Programa Nacional de SIDA se crea en 1987 y pasa a formar parte de los programas prioritarios del MSP, obteniendo un alcance nacional y desde donde se contemplan la prevención y control de todas las ITS. Desde su creación, el PNS ha desarrollado acciones en las áreas de educación, prevención, vigilancia epidemiológica, red de laboratorios, bancos de sangre, atención médica, administración y coordinación.

El Programa Nacional de SIDA ha contado, desde 1988, con apoyo económico y capacitación técnica, proporcionada por el Programa Mundial de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por intermedio de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Uruguay. A partir de 1996, esta cooperación se inicia a través de ONUSIDA.

Desde su creación, el Programa Nacional de SIDA, instrumenta sus acciones que se basan en Proyectos Anuales para la Planificación Estratégica, situación que se mantiene hasta el año 2000. A partir del 2001, y en base a un exhaustivo diagnóstico de la situación de la epidemia y del análisis de la respuesta nacional hacia la misma, se está llevando a cabo una planificación estratégica para los próximos 5 años (2001-2005).

La Misión del PNS es : Normatizar, Ejecutar y evaluar el desarrollo de las políticas de promoción y prevención de la infección VIH/SIDA, actuando de manera coordinada con todas las instituciones gubernamentales y de la Sociedad Civil, asegurando una respuesta nacional, que permita la lucha efectiva contra esta epidemia.

Los principios rectores : Promueve y ayuda a garantizar el respeto por los derechos humanos y principios éticos que aseguren el derecho a la salud, la no discriminación, basándose en los principios de universalidad, equidad y calidad asistencial.

Los *objetivos estratégicos* definidos en el último plan estratégico son :

- Prevención de nuevas infecciones del VIH;
- Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia ;
- Movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección VIH/SIDA.

De acuerdo a los documentos del propio PNS-MSP se detallan los logros alcanzados en las diferentes áreas de actuación a través de los diferentes planes ejecutados.

Plan de Emergencia (1988-1989) / Plan Puente (1990) :

- Actualización del sistema de vigilancia epidemiológica.
- Decreto que obliga a aplicar las pruebas de despistaje de VIH a toda la sangre de donantes y hemoderivados en el territorio nacional (Decreto N°233/88).
- Actividades de consejería a personas que viven con VIH y sus familiares, Actividades educativas y preventivas sistematizadas.
- Organización de servicios en diversos niveles de atención en Salud Pública.

Plan a Mediano Plazo I (1991/93)/ Plan a Mediano Plazo II (1994/95) :

- Creación del Centro de Referencia de internación y tratamiento para adultos; el Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas (SEIC) que funciona en el Instituto de Higiene (1987).
- Organización del Servicio Pediátrico en el Hospital de Niños Pereira Rossell, que brinda asistencia gratuita y permanente en todas las etapas (1990).
- Se incorpora la vigilancia activa a través de estudios centinelas para diferentes grupos con comportamientos de riesgo (1991) y se continua anualmente.
- Convenios con CODICEN, Instituto de la Juventud (INJU) - Ministerio de Deporte, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa Nacional para diversas acciones en conjunto.
- Manejo del preservativo en las campañas de prevención en los medios de comunicación, (las campañas Nacionales de Prevención obtienen los primeros lugares en certámenes Internacionales debido a su creatividad,entre 1995 a 1999), realizándose 7 campañas desde 1987 a 1999.
- Decreto N°231/96/que libera la venta de preservativos fuera de las farmacias, constatándose un aumento de la venta de preservativos de 4,500.000 en 1995 a 16.300.000 en el año 2000.
- El 90% de la población conoce que es el SIDA, como se transmite y como se previene (Encuestas de opinión, 1998).

- Se realizaron Las Primeras Normas de Bioseguridad para el personal de salud (1997).
- Se implemento la disponibilidad de kits de terapia antirretroviral para prevenir el accidente laboral en todos los Centros Asistenciales del MSP –ASSE (1997).
- Se aprobó el Decreto ley N°158/97) que obliga al personal de salud a ofrecer la prueba de detección del VIH a toda embarazada en todo el territorio nacional y el ofrecimiento del tratamiento con drogas antirretrovirales a toda embarazada VIH positiva para prevenir la transmisión vertical del VIH.

5.1.1 Diagnóstico y tratamiento de las personas VIH/SIDA

Se comienzan a tratar a todos los enfermos de SIDA del MSP que requieren tratamiento (1996).

Se implementa la utilización de la población linfocitaria CD4 y carga viral para la inclusión en los tratamientos y monitoreo de (1997).

Se editan Las Primeras Normas de Tratamiento antirretroviral para adultos y niños en 1997 y se actualizan en el año 2001.

Resolución de la Dirección General de la Salud que obliga a las IAMC (Instituciones de Atención Médica Colectiva) a tratar con drogas antirretrovirales a los enfermos de SIDA incluido en la cuota mutual (Res.171/97).

Disminución de las enfermedades oportunistas en los enfermos de SIDA en tratamiento con drogas antirretrovirales en un 65 % en el SEIC (Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas),del MSP año 2000.

Reducción del número de internaciones de los enfermos de SIDA en tratamiento antirretroviral en un 75 % b (SEIC año 2000).

5.1.2 Trabajo con las ONGs

Relevamiento nacional de todas las ONGs que trabajan en SIDA; comodato de un apartamento para ASEPO; comodato de una casa a FRANSIDA, donde funciona actualmente un Centro de Acogida para el enfermo de SIDA en Montevideo (1998) y varios proyectos nacionales y regionales con AMEPU, IDES y ATRU.

5.1.3 Los principales impactos

Disminución de la transmisión vertical del VIH del 28.4 % 1997 a menos del 4 % en el año 2002 como resultado del tratamiento a la embarazada VIH+ con drogas antirretrovirales.

Cobertura de 100% de tratamientos con drogas antirretrovirales de los enfermos de SIDA desde 1997.

Disminución de la letalidad de los enfermos de SIDA en 80% a partir de 1997 cuando se inicia la terapia antirretroviral en el país.

5.2 Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).

En Montevideo, capital de Uruguay, viven actualmente el 46% de la población y según el informe epidemiológico que se analiza en el presente estudio, presenta más del 78% de los casos de SIDA conocidos. La IMM se organiza para darle respuesta a la infección VIH/SIDA a partir del 1990 cuando en convenio con la asociación IDES, desarrolla la formación sistemática de multiplicadores en la prevención del VIH/SIDA. Durante 8 años y aprovechando la estructura descentralizada de los 18 Centros Comunes Zonales (cubriendo la totalidad de los barrios de la ciudad), la IMM apoyará al IDES en la formación de más de 600 voluntarios, brindándoles información científica, capacitación metodológica para la organización de actividades educativas y material de apoyo didáctico.

Toda una línea de acciones de promoción de la Salud Sexual, la prevención del SIDA y de promoción de los Derechos Humanos y la solidaridad, tendientes a contribuir en la lucha contra la epidemia y la discriminación y marginalización de los afectados, fue desarrollada a través de las Guarderías Municipales y la Red de Policlínicas barriales.

Desde 1993, la División Salud de la IMM firmó un convenio con IDES y ASEPO para la implementación de la Línea SIDA (402-10-10), primera línea telefónica de información, continentación y orientación en SIDA. Hasta la fecha se recibieron casi 50.000 llamadas, con un promedio de 20/25 consultas diarias. La mayoría corresponde a Montevideo y entre un 25% a 30% al interior de Uruguay. El grupo etáreo que más utiliza el servicio está entre los 18 a 30 años, con un aumento creciente y sostenido de adolescentes y mujeres. En materia de información, las consultas son sobre sexo oral, relaciones sexuales sin preservativo, aparición de síntomas de enfermedades de transmisión sexual, uso del condón. La continentación se hace a partir de un resultado positivo, de miedos derivados de la convivencia con una persona portadora, de la muerte por un amigo o familiar portador. Las derivaciones se hacen sobre todo hacia los institutos y laboratorios para el examen del VIH, obtención de preservativos gratuitos, centros de referencia de adultos y pediátrico en SIDA, y ONGs trabajando en el tema SIDA según la demanda.

La Comisión de la Mujer es otro departamento de la IMM que ha emprendido acciones y programas de promoción de la salud sexual y la prevención del SIDA, estructurando su estrategia de salud integral a partir de una perspectiva de género. Jóvenes y mujeres, en particular de los barrios más vulnerables socialmente se han beneficiado de las acciones de intervenciones educativas sobre salud sexual y reproductiva, la salud de la mujer y las relaciones de género y la violencia doméstica.

La actividad vinculada con el VIH/SIDA iniciada en Montevideo, no ha tenido interrupciones y los convenios que se firman desde la administración anterior, si se evalúan de forma satisfactoria y es de interés profundizarlos, se continúan, como es el caso de la “Línea SIDA” y la prevención comunitaria a través de la formación de multiplicadores.

Segun la propia IMM, los principales logros son :

- La permanencia de la Línea SIDA, línea de referencia a nivel nacional que demuestra la importancia de la coordinación Estado - Sociedad Civil en temas de prevención, capacitación y seguimiento ;
- Mejora del conocimiento de las conductas preventivas y de no discriminación a nivel comunitario ;
- Tratamiento de la temática del VIH/SIDA a nivel del personal de salud en las policlínicas y guarderías municipales, que contribuyó a la superación de situaciones de tensión que surgieron con niños y pacientes portadores.

Las autoridades señalan como elementos que deberían corregirse :

- Falta de coordinación en las acciones a nivel general inter-sectorial e intra-sectorial, que muchas veces lleva a superponer esfuerzos ;
- La no institucionalización de contenidos vinculados con la sexualidad, el desarrollo pleno del sujeto y los derechos sexuales y reproductivos, en el ámbito de la Educación Formal ;
- Déficit en la formación de Recursos Humanos en salud en los temas de promoción y prevención, particularmente en la formación del médico ;
- Pautas culturales en la población relacionadas a :

* El modelo de atención asistencialista. Hay una resistencia a aceptar mensajes que promueven comportamientos preventivos tales como el derecho al cuidado del cuerpo ;.

* Los conceptos de “género y autocuidado”. En el trabajo, en la comunidad, con las mujeres en la temática de salud sexual y reproductiva, muchas de ellas manifiestan “no usar el preservativo porque el hombre no quiere”.

5.3 Instituciones y Organismos públicos no asistenciales.

Unas 10 instituciones fueron contempladas en el diagnóstico elaborado por el PNS – MSP, a partir del criterio de haber desarrollado actividades en VIH/SIDA, aunque la gran mayoría con un carácter puntual y esporádico :

- Instituto Nacional de la Juventud (INJU).
- Instituto de la Familia y la Mujer . Ministerio de Educación y Cultura.
- CX26 SODRE Ministerio de Educación y Cultura.
- Salud y Bienestar del Consejo Directivo Central de la Enseñanza (CODICEN).
- División Salud del Instituto Nacional del Menor (INAME).
- Dirección Nacional de Sanidad de Las Fuerzas Armadas.
- Instituto Nacional de la Alimentación
- Dirección Nacional de Cárceles. Penitenciaria y Centros de Recuperación.
- Hospital Penitenciario Ministerio del Interior.
- Laboratorio de Virología del MSP.
- Intendencia Municipal de Montevideo.

En su gran mayoría desempeñan actividades de prevención tales como talleres, charlas y difusión masiva (91%), intervenciones educativas (45%) y consejería y asesoramiento (27%), y seguimiento a personas portadoras y sus familiares (18%). Según las propias instituciones consultadas, los logros principales obtenidos son : apertura de espacios de información en VIH/SIDA (54%), formación de multiplicadores (36%), atención y apoyo a personas portadoras (27%), logros técnicos de laboratorio y de actualización de procedimientos científicos (27%) e instrumentación de políticas institucionales (18%).

El 73% de las instituciones señaló como principales obstáculos a sus actividades :

- Falta de recursos (materiales y/o financieros).
- Resistencias culturales de la población en general.
- Falta de apoyo de autoridades institucionales (INAME y MSP).
- Cambio repetido de autoridades del PNS y del MSP.
- Falta de coordinación inter e intra institucional.
- Falta de formación de Recursos Humanos.

Finalmente, consultados sobre las principales áreas de trabajo y grupos sociales que deberían priorizarse, se apuntaron : para el primer caso, la promoción de la salud, con énfasis en la educación de la sexualidad y la prevención (82%), la información masiva y campañas en los medios de comunicación (27%). Respecto a los grupos sociales a priorizarse : los adolescentes y jóvenes (64%), los niños (36%), la mujer y la familia (18%), entre otros.

6. Las acciones de la sociedad civil ²²

Desde el inicio de la epidemia del SIDA en Uruguay, la sociedad civil se movilizó fuertemente a través, en primer lugar de las ONGs ya constituídas, y en un segundo momento, de asociaciones creadas con objetivos específicos de lucha contra la epidemia y de promoción de la atención y los derechos humanos de las personas afectadas y / o de grupos específicos.

6.1 Asociación de Ayuda al Sero Positivo, ASEPO (1989)

Es una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, que se formó a partir de un grupo de auto ayuda para los pacientes del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Contagiosas (SEIC-MSP), pero desde su inicio es un grupo que integra otras personas solidarias comprometidas con el apoyo al portador y la defensa de sus derechos humanos.

Las principales actividades son :

Servicio de consejería personal y confidencial en espacio físico cedido por el Sindicato Médico del Uruguay, en la policlínica materno infantil del Hospital Pereira Rossell y en la sede de ASEPO, incluyendo asesoramiento y apoyo a las personas seropositivas y sus allegados, información sobre tratamientos, orientación en recursos comunitarios disponibles, y derivación a psicoterapia individual y/o a grupos de autoayuda.

Actividades socio comunitarias que incluyen visitas sistemáticas a personas internadas en Centros de Salud públicos y privados y / a domicilio, Banco de medicamentos, Colaboración y presencia permanentes en el Centro de asistencia pediátrico del Ministerio de Salud Pública, coordinaciones varias para mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas, actividades educativas comunitarias, y con hombres que tienen sexo con hombres y para mujeres, Investigación, Seguimiento y monitoreo de la situación en los centros de reclusión.

Promoción de los DDHH, incluye Asesoramiento y derivación a asistencia jurídica, Presentación ante la Justicia del Primer Recurso de Amparo por acceso a tratamientos, participación en el Grupo de Investigación y Trabajo en DDHH y sida, creado a instancias de ASEPO en 1996.

ASEPO es Responsable de la Secretaría Administrativa del Comité Ejecutivo de la Red de ONGs del Uruguay con trabajo en SIDA (ROUS). Junto con el IDES (Instituto de Investigación y Desarrollo) instrumenta y coordina el único servicio telefónico a nivel nacional de LÍNEA SIDA, en convenio con la Intendencia Municipal de Montevideo. ASEPO

²² Este apartado se realizó en base a los siguientes documentos:

Catálogo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan en VIH/SIDA en el Uruguay (1998). Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de SIDA; Organización Panamericana de la Salud; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Montevideo, Uruguay.

Con-fin Solidario (2000). Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD); British Embassy Montevideo. Montevideo Uruguay.

Publicaciones, folletos, entrevistas y presentaciones de AMEPU, FRANSIDA, ATRU, ASEPO, IDES, IELSUR, INLATINA, la Red ROUS, Homosexuales Unidos, Grupo La Brújula y Coordinadora del Orgullo.

es también Punto Focal Nacional de LACCASO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA).

Los principales resultados son : El 40% de los diagnosticados anuales concurren a ASEPO y el trabajo directo con las personas infectadas está dirigido a contenerlas, brindándoles información (la que requieran), desarticulando la ecuación de SIDA igual a muerte y promoviendo la alianza con la vida a través de auto cuidados, cambios de hábitos, consulta y seguimiento médico, así como el cuidado hacia los demás.

6.2 Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay, AMEPU (1985)

Es una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, formada por trabajadoras sexuales, con los objetivos de mejorar la calidad de vida de las trabajadoras sexuales, obtener una nueva legislación, obtener derechos jubilatorios y otros beneficios sociales, desarrollar la educación, prevención, y defensa de los Derechos Humanos de los enfermos de SIDA y personas que viven con VIH/SIDA, y promover la asistencia de las consecuencias sociales del VIH/SIDA. Sus líneas principales de trabajo son :

- Actividades en las áreas social, legal, educativa, preventiva, en SIDA ;
- Servicios gratuitos de apoyo en la Servicio de Infecto Contagiosos (SEIC-MSP), en cárceles y a domicilio ;
- Gestión de beneficios sociales ;
- Gestión y distribución de canastas de alimentos ;
- Investigaciones sociales ;
- Elaboración de Folletería específica.

6.3 Asociación de Travestis del Uruguay, ATRU (2001)

Es una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, formada por integrantes de las comunidades trans-género (travestis y transexuales) con los objetivos de defender los intereses de la comunidad homosexual, denunciando todas las expresiones de homofobia, luchando contra los prejuicios y la discriminación contra las Travestis; promover los derechos de las Travestis sean trabajadoras sexuales o no; divulgar informaciones correctas sobre la orientación homosexual que promuevan el ejercicio pleno de la ciudadanía de las Travestis; trabajar en la prevención del SIDA junto la comunidad Travesti y otros grupos en situación de vulnerabilidad; y concientizar a los homosexuales de la necesidad urgente de luchar por sus plenos derechos de ciudadanía, haciendo cumplir la Constitución que garantiza tratamiento igualitario a todos los ciudadanos.

Las principales líneas de acción son :

- Actividades en las áreas social, legal, educativa, preventiva, en SIDA ;
- Servicios gratuitos de apoyo y consejería ;
- Actividades de prevención ;
- Elaboración de folletería.

ATRU tiene como objetivo prioritario de sus acciones enfrentar una situación cultural dominante de discriminación social en la cual la Travesti es empujada a la prostitución por falta de opciones laborales, es decir luchar por la aceptación de la diversidad sexual.

En el caso de las Travestis trabajadoras sexuales, apuntan a los problemas con la policía que lleva a reiteradas detenciones muchas veces arbitrarias; a la falta de controles médicos; a la falta de preservativos para el trabajo sexual; y a la falta de información sobre los riesgos de la epidemia y del uso correcto de preservativos.

En el caso de las Travestis en situación de cárcel, se señalan el desamparo de las Travestis infectadas que no cuentan con atención médica, ni acceso a los tratamientos; los problemas de alimentación para las portadoras; y la falta de preservativos e información continua en las cárceles.

6.4 FRANSIDA (1989)

Es una Organización No Gubernamental de carácter voluntario y sin fines de lucro que, desde 1989, realiza actividades asistenciales y educativas en la temática VIH/SIDA. Su meta principal es contribuir a crear condiciones de defensa social para que, en un marco participativo y ético, sea la comunidad quien participe activamente en el apoyo a las personas infectadas por el VIH y enfermas de SIDA con escasos recursos económicos. Actualmente cuentan con un equipo conformado por voluntarios: colaboradores laicos y religiosos, portadores y diferentes profesionales.

El objetivo principal es ofrecer un espacio de apoyo, formación y acompañamiento psico – social a portadores de VIH y a sus familiares, que se cumple a través de las siguientes actividades:

- Apoyo psicológico y asistencia social a portadores y familiares, realizado en coordinación con los equipos técnicos del Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas y en Hospital Pediátrico Pereira Rossell.
- Terapias complementarias: (Yoga, grupo de autoayuda, recreación, etc) brindando un espacio de conocimiento personal y ayuda mutua.
- Canastas de alimentos distribuidas desde 1994 a portadores y enfermos en situación de vulnerabilidad social. Se realiza en conjunto con el Instituto Nacional de Alimentación y actualmente son 400 canastas mensuales.
- “Acompañamiento” en situaciones de internación.
- Bolsa de auxilio para apoyo en situaciones puntuales, gestiones de pensiones por discapacidad y actividades de capacitación laboral.
- Talleres de capacitación, prevención y formación y actividades de información y difusión en VIH/SIDA al equipo de FRANSIDA y a la comunidad en general.

Desde agosto de 1996, con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, se inauguró la “la Casa de Acogida”, que actualmente brinda alojamiento transitorio a aproximadamente 25 personas por mes. Está destinada a aquellos portadores de Montevideo que no tienen un lugar donde

vivir y a los que vienen a atenderse desde el interior y no tienen recursos económicos para hospedaje.

También realizan visitas en la Cárcel de Mujeres, desarrollando talleres de creatividad y autoestima y comunicación.

6.5 Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay, IELSUR (1986).

Es una organización no gubernamental constituida con el propósito de defender los Derechos Humanos aplicando los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales, su estudio y promoción en forma interdisciplinaria, a los efectos de obtener su plena vigencia.

Los objetivos de IELSUR, consisten en el desarrollo de acciones jurídico-sociales, abordadas desde la perspectiva de grupos vulnerados en sus derechos humanos, para lograr la plena vigencia de estos. El marco jurídico de su accionar está constituido por los Tratados y Convenios internacionales de Derechos Humanos, tratando de que los mismos no sean una simple declaración de principios sin una realidad de aplicación práctica en la vida de ciudadanos y comunidades.

Desde la Institución se trabaja en diferentes áreas, atendiendo de esa forma la especificidad de temas como : derecho internacional de los derechos humanos, asilo y refugio, sistemas penales, cárceles y seguridad ciudadana, derechos de niños/as y adolescentes, derechos humanos y salud mental, consecuencias de la represión militar, discriminación HIV-Sida. La diversidad del enfoque jurídico social que se pretende desde la institución está ligado al avance y la complejidad que el tema Derechos Humanos requiere.

Las principales líneas de trabajo son :

- Investigación.
- Difusión y comunicación.
- Promoción.
- Asistencia técnica.
- Consultoría y asesoramiento.
- Defensa de los derechos – "Advocacy".

6.6 Instituto de Investigación y Desarrollo, IDES (1984)

Es una Asociación civil sin fines de lucro, integrada por técnicos y profesionales, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo social y a la promoción plena del ser humano. En el año 2002, el proceso de crecimiento y diversificación institucional se materializó en la creación de un nuevo emprendimiento que recoge el extenso patrimonio común de proyectos y acciones en los diversos campos : *Iniciativa Latinoamericana (2002)*.

El conjunto de acciones en salud se sustentan en los siguientes principios éticos : el necesario involucramiento de la comunidad para lograr acciones sentidas, pertinentes, sustentables y eficaces, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de los grupos

sociales afectados por el SIDA y el abuso de sustancias; el respeto a la identidad cultural de los grupos y comunidades con que se trabaja, en particular a la diversidad sexual; la equidad de género, buscando el empoderamiento de mujeres y jóvenes; y finalmente, el respeto de los derechos civiles, políticos, sociales de las poblaciones y comunidades afectadas por el VIH/SIDA y/o la drogadependencia, luchando contra la discriminación por razones de género, edad, religión, cultura.

Basicamente, a través de un equipo multidisciplinario y la participación activa de la Red de multiplicadores voluntarios, se actúa en dos ejes estratégicos : el Programa de Salud Sexual y Prevención en VIH/SIDA y el Programa de Prevención Comunitaria en Drogas y Adicciones.

Desde 1989, las intervenciones comunitarias en sexualidad y SIDA se caracterizan por el diseño e implementación de una estrategia lúdica, participativa y dialógica, centrada en juegos didácticos, que facilita procesos de aprendizaje más eficientes al articular las prácticas y representaciones de los participantes con los conocimientos y las informaciones aportados.

Desde 1995, asumiendo el perfil epidemiológico nacional y regional, y atendiendo a las demandas planteadas desde la comunidad, se iniciaron las intervenciones comunitarias sobre el consumo de drogas, adoptando la estrategia de la Reducción de Daños como perspectiva conceptual, para llegar en forma eficaz, eficiente y oportuna a las poblaciones más afectadas y vulnerables.

Los principales resultados y logros en las temáticas de Sexualidad, SIDA y Drogas : más de 20 proyectos comunitarios de prevención, capacitación y asistencia; 7 proyectos de investigación, cualitativa y cuantitativa, más de 15 seminarios y foros abiertos; publicaciones varias, incluyendo folletos, guías metodológicas, juegos didácticos y libros.

Se destacan dos premios recibidos : un premio internacional, el 1er. Premio Reina Sofía Contra las Drogas, en su 1ª versión Iberoamericana por el trabajo "Experiencia de fortalecimiento y apoyo a una organización no gubernamental (Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay - AMEPU), otorgado por la Fundación CREFAT de Cruz Roja Española, en Marzo 2000.

Un premio nacional, el Programa Iniciativa Joven que involucró 150 jóvenes de familias socialmente vulnerables en micro proyectos de salud y calidad de vida fue premiado como Emprendimiento Juvenil por el Programa Voces (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la Asociación Cristiana de Jóvenes), en el marco del Año Internacional del Voluntariado – IYV – 2001, en Diciembre 2000.

6.7 La comunidad gay y lesbica

En los primeros años de la epidemia, la movilización contra la epidemia del SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas homosexuales, se hizo casi exclusivamente a través de la ONG Homosexuales Unidos(HU), una asociación que reunía hombres y mujeres, creada en 1988. HU participó activamente junto con las otras ONGs en la prevención y movilización comunitaria, siendo fundadora e integrante de la Mesa Coordinadora de

ONGs, primer antecedente de la actual articulación ROUS. A mediados de los años 90, HU pasó por un proceso de fragmentación que terminó en diversos grupos, lo que ha dificultado la participación a las instancias de coordinación y trabajo conjunto con las otras ONGs. Señalamos dos grupos con fuerte actividad : el Colectivo La Brújula y la Coordinadora del Orgullo.

El Colectivo La Brújula, reúne a un grupo de personas comprometidas, que al alejarse de HU, fundaron en 1997 Otros Ojos Revista, y luego en junio de 1998, la Revista La Brújula, desde la cual focalizan en luchar contra los prejuicios entorno a los llamados “grupos de riesgo”, la discriminación social y por el reconocimiento de la opción homosexual y la defensa de sus derechos. Actualmente el Colectivo lleva editado 22 números de la Revista, además de participar de actividades de movilización comunitaria por el orgullo de ser, de actividades de difusión e información por los derechos de los homosexuales y de participación en encuentros y seminarios sobre estas temáticas.

La "Coordinadora del Orgullo" incluye a varios grupos uruguayos con diferentes perfiles de activismo en torno a los derechos de gays, lesbianas, travestis, transexuales, intersexuales y bisexuales.

El Grupo DIVERSIDAD surgió luego de la intensa movilización realizada en junio de 1997 en torno a la 5a. Marcha del Orgullo de Ser, más precisamente a raíz de la visibilización pública de dos integrantes de la comisión organizadora. El nombre del grupo resume su objetivo de brindar un espacio de solidaridad y apoyo a todas las personas discriminadas por su orientación sexual, ya sea en persona, a través del correo tradicional, el electrónico o el telefónico. Se incluyen el Encuentro Ecuménico para la liberación de las minorías sexuales, la Asociación de Lesbianas Uruguayas, El Centro de Investigación y Estudios Intersexuales, el Grupo LGTTB de Aministría Internacional de Uruguay, y las Hermanas de la Perpetua Indulgencia.

En todos estos años, los mencionados grupos han desarrollado, entre otras, actividades propias de difusión, información y formación; participación en diferentes instancias sobre sexualidad, Derechos Humanos y género, y organizado movilizaciones públicas por el orgullo de ser y el respeto a la diversidad sexual, así como para la prevención del SIDA.

6.8 Algunos puntos críticos identificados por la ROUS.

La Red de ONGs con trabajo en SIDA – ROUS reconoce el cambio operado en el enfoque para enfrentar la epidemia, desde 1995, por el Programa Nacional de SIDA, valorando los logros diversos obtenidos, en particular tamizado de la sangre, vigilancia, Derechos Humanos de las personas afectadas, consejería pre y pos diagnóstico, la transmisión perinatal, disponibilidad de medicamentos.

Sin embargo, señalan algunos aspectos críticos que no están siendo contemplados por el PNS y el MSP, y en primer término la ausencia en el Uruguay de una política estatal de respuesta a la epidemia del SIDA, explícita, sistemática y continua. Esto no sólo condiciona y limita las acciones en curso, sino impide toda proyección de planes de acción a mediano y largo plazo.

En segundo término, desde la aparición del SIDA en nuestro país no han existido instancias de coordinación permanente entre el Estado y las ONGs para el diseño de políticas nacionales de prevención, seguimiento y evaluación. De manera pionera, como lo reflejan todos los documentos de la década del 80, las ONGs reclaman un espacio de participación técnica y política que les permita proponer, definir y actuar en las estrategias preventivas y educativas para nuestra población. Un espacio de encuentro permanente que se integre también la participación protagónica de las personas afectadas por el VIH y de los integrantes de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En tercer lugar, se apunta a la discontinuidad de las CAMPAÑAS MASIVAS, apenas 6 en casi 18 años de epidemia, considerando que hace 3 años que no existen intervenciones oficiales en los medios de comunicación. Cuando las hubo, las mismas se elaboraron sin participación ni coordinación con los diferentes actores sociales involucrados en la epidemia. Esta ausencia de información pública masiva incluye la inexistencia de folletería focalizada para las poblaciones en situaciones más vulnerables, e incluso de un mercadeo fluido y distribución discreta de condones.

También, no ha habido la realización de investigaciones cualitativas de actitudes y comportamientos sexuales de la población en general, ni de los diferentes grupos en situación de vulnerabilidad (HSH, mujeres, travestis y taxi boys).

Otro elemento crítico es la ausencia en los contenidos del sistema educativo formal, en la currícula de formación tanto docente cuanto de los alumnos, de la educación sexual, en ITS y VIH/SIDA y consumo problemático de drogas, desde un marco de salud integral y respeto de los DDHH.

En quinto lugar, preocupa, con la llegada de las copias de los medicamentos utilizados, que no existan en Uruguay, una Política Nacional del Medicamentos que incluya una ley de genéricos y la implementación de un Sistema Nacional de Farmacovigilancia (de acuerdo a las recomendaciones emanadas de la Conferencia de Expertos de la OMS, Nairobi 1985). Esta preocupación se enmarca también, con la entrada en vigencia en noviembre de 2001 de la ley N° 17164 promulgada el 4 de enero de 1999 (“Patentes de Invenciones, Modelos de Utilidad y Diseños Industriales”) que conferirá en materia de productos farmacéuticos innovadores, protección patentaria por 20 años desde el comienzo del desarrollo del producto.

Finalmente, se apunta al escaso compromiso de las autoridades competentes en relación a los adultos y adolescentes seropositivos en situación de cárcel, reclusión (en un marco de hacinamiento; violencia física, psicológica y sexual; pésimas condiciones de vida), que no pueden cuantificarse, porque el último diagnóstico es de 1993 (6%). Actualmente, hay una falta casi total de capacitación, de acciones de prevención, de distribución de preservativos, de testeos para conocer la prevalencia, de atención adecuada en salud, y de acceso a los tratamientos y drogas disponibles, que acelera el deterioro de los pacientes portadores y sin duda, contribuye a la extensión de la epidemia. Además, no se cumple en forma regular ni eficaz, el Convenio Interinstitucional vigente firmado entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud Pública (“Asistencia Médica Integral para Reclusos VIH positivo”).

7. Principales conclusiones

7.1 A casi dos décadas de epidemia del SIDA en Uruguay, el perfil y la dinámica epidemiológica, a diciembre de 2000, se presenta de la siguiente manera : un total de 6000 personas viviendo con el VIH notificadas, definiendo una epidemia de baja prevalencia (0,23%), es decir 2 personas cada 1000 habitantes. Pero, es una epidemia de alta prevalencia (con tasas mayores a 5%) en grupos en situación de vulnerabilidad : trabajadores sexuales masculinos (travestis) 21%, reclusos 6% (aunque se trata de una estimación del año 1993).

En los casos notificados hasta la fecha, el grupo más afectado es de 15 a 34 años (66% al momento del diagnóstico), es decir contaminados en plena adolescencia. Pero en el estudio centinela, el grupo más afectado es el de 15 a 24 años, es decir una diferencia de diez años que define etapas más tempranas de riesgo y contaminación.

La epidemia es básicamente heterosexual (61%), donde la incidencia de las personas homo/bisexuales ha disminuido desde el inicio. A señalar que el número de personas cuya modalidad de transmisión es desconocida, también está en aumento(7%).

Las relaciones sexuales sin protección (67%), seguida del consumo de drogas intravenosas (23%), son las principales vías de transmisión del virus. Sin embargo, si consideramos el tramo etario entre 15 a 24 años, el porcentaje de contaminación por consumo de drogas intravenosas es de casi 50%. Además, 40% de los niños con VIH, son hijos de madres usuarias de drogas o pareja sexual de UDIs.

La epidemia es cada vez más femenina, un tercio de los personas infectadas notificadas son mujeres, pero en el último estudio centinela del 2000 , ese porcentaje subió al 53%, situándose por primera vez por delante de los varones. Además mujeres jóvenes en plena etapa fértil, situadas al momento del diagnóstico entre 15 a 34 años.

7.2 Los actores institucionales públicos y privados involucrados en la lucha contra el SIDA con un nivel de compromiso y actividad continua y sistemática, son los mismos desde finales de los años 80 : el Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud Pública, la Intendencia Municipal de Montevideo y el conjunto de ONGs nucleadas en la Red de ONGs con trabajo en SIDA – ROUS : ASEPO, AMEPU, ATRU, IDES, IELSUR, FRANSIDA, INLATINA. Algunos grupos y asociaciones de la sociedad civil, básicamente ligadas a la comunidad gay-lésbica, a los Derechos Humanos, o al movimiento de mujeres, algunas instituciones públicas ligadas a la enseñanza, a los gobiernos locales de otros departamentos del país, algunas Cátedras y Facultades de la Universidad de la República, configuran un abanico bastante restringido de actores con iniciativas puntuales, específicas y discontinuas.

7.3 Es un consenso compartido por la casi totalidad de los actores mencionados, que el Programa Nacional de SIDA, con particular énfasis a partir de 1995, ha obtenido relevantes logros en el control temprano de los Bancos de Sangre, la Vigilancia Epidemiológica activa y pasiva, la preocupación por la no discriminación a las personas seropositivas, la promoción de la consejería entorno del diagnóstico, la publicación de las normas jurídicas que protegen los

derechos de las personas afectadas, la reducción de la transmisión perinatal, el desarrollo de investigaciones socio-epidemiológicas y, en particular, la preocupación por ofrecer las 14 drogas disponibles en el mercado internacional y los medicamentos para profilaxis, a los usuarios tanto de Salud Pública como de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

7.4 También, es un consenso compartido por la totalidad de los actores de la sociedad civil que el Programa Nacional de SIDA no ha facilitado, ni propiciado, la instauración de un espacio permanente, sistemático, transparente, fluido e integral de trabajo conjunto PNS / ONGs, para la discusión, diseño y ejecución de acciones y programas de lucha contra el Sida, que permita articular competencias, experiencias y recursos complementarios existentes. Esto a pesar de los reclamos repetidos y propuestas concretas efectuadas por las ONGs desde el inicio mismo de la epidemia, así como de las numerosas recomendaciones hechas por ONUSIDA, UNGASS, Banco Mundial, OPS/OMS, entre otros, de impulsar la plena participación de las ONGs, como condición prioritaria para lograr la eficiencia y eficacia de las políticas públicas en SIDA.

7.5 En Uruguay se realizaron hasta la fecha 7 campañas públicas de información y educación. Luego de campañas erráticas, ambiguas y que produjeron efectos no deseados de desinformación y amalgamas negativas, se produjo a partir de 1995, un neto cambio positivo, reconocido y valorado, en términos de imágenes y contenidos. A partir de 1999, invocando razones presupuestarias, en particular los altos costos de los medios televisivos, el Ministerio de Salud Pública interrumpió las campañas masivas. El análisis de las diversas encuestas de opinión muestran una población que se dice mayoritariamente bien informada (60/80%), pero persistiendo dudas y desinformaciones respecto de las vías de transmisión y los grupos afectados (18/20% entorno de mosquitos, inodoros y “grupos de riesgo”). Sin embargo, confrontando estas encuestas de opinión con algunas de las investigaciones sobre modificaciones de comportamientos, notamos que una mayoría de personas considera que no cambió ni tiene nada que cambiar (60/70%), es decir que la percepción del riesgo es todavía débil y limitada. De la misma manera, hay una mayoría de personas que declaran usar preservativo, sin embargo el porcentaje cae drásticamente cuando se le pregunta si lo usó en la última relación. En definitiva, representaciones y condiciones contextuales aparecen como elementos a tener en cuenta en el diseño y ejecución de las campañas y sobre los que podrían aportar las ONGs con su conocimiento y experiencia de los “grupos vulnerables”.

7.6 No ha habido acciones específicas por parte del PNS hacia los grupos con altas tasas de prevalencia. Se estima en 1200 el número de trabajadores sexuales masculinos (travestis), aproximadamente 80% en Montevideo, viviendo en su mayoría del comercio sexual. Según ATRU, al rechazo de los clientes al uso del preservativo, se agrega la falta de disponibilidad, ya que el PNS solamente les entrega 12 preservativos gratuitos por mes, cuando se precisarían 6 unidades diarias. Además, se agrega la falta de información y capacitación de las propias travestis, para enfrentar mejor el riesgo de contaminación y la negociación con los clientes.

En Uruguay, hay aproximadamente 4.000 personas reclusas, casi 75% sin condena, la mayoría hombres y más de la mitad con edades entre 18 a 29 años. Los estudios de

prevalencia no se realizan desde 1993, cuando fue hallada la tasa de 6%. El Ministerio del Interior no ha desarrollado ninguna acción preventiva, no cumple el convenio firmado con el PNS para la atención adecuada de los presos seropositivos y no facilita el trabajo sistemático de las ONGs, reiteradamente ofrecido.

Asimismo, las acciones educativas orientadas hacia la comunidad gay lésbica, y hacia las trabajadoras sexuales (6000 estimadas, y con una prevalencia de 0,35% en 2000) han quedado exclusivamente en manos de las ONGs, ya que el PNS nunca destinó acciones específicas o proveyó de recursos a las ONGs.

7.7 En la perspectiva de las estrategias preventivas, el Uruguay tiene algunas fortalezas derivadas de un país altamente urbanizado y escolarizado, sin grupos de población aislados por accidentes geográficos. Pero debe considerarse también que se está asistiendo a un deterioro socio-económico en la última década : 25% de la población está en situación de pobreza, y casi 50% de los niños y jóvenes de 0 a 14 años están viviendo por debajo de la línea de pobreza. Por otro lado, hay casi un tercio de hogares que tienen como jefe de familia a una mujer sola, generalmente en situación de vulnerabilidad. Además, el crecimiento de asentamientos irregulares es del 2000% alcanza ya a 126.000 hogares (5 personas por hogar), lo que representaría la tercera parte de la población de Montevideo.

7.8 La dinámica epidemiológica del SIDA está mostrando una tendencia sostenida a la juvenalización, aunada a un predominio de la vía sexual en la transmisión. Sin embargo, hasta ahora no se ha incluido formalmente la Educación Sexual en la currícula de los estudiantes del sistema de enseñanza pública. Aún con un apoyo mayoritario de la población demostrado a través de las encuestas de opinión pública, de las demandas repetidas de personalidades, instituciones y ONGs, y de los intentos del propio PNS – que incluso produjo un material de apoyo para la educación afectiva y sexual – las autoridades de la enseñanza pública no han modificado su parecer. Actualmente profesionales, ONGs y los propios profesores hacen frente a la demanda creciente de actividades educativas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva para los jóvenes por parte de Escuelas y Liceos públicos, contando para ello solamente con sus propios recursos.

7.9 En Uruguay no se ha realizado aún, en condiciones de rigurosidad técnica y con alcance nacional, una encuesta de representaciones y comportamientos sexuales, que pueda brindar insumos para el diseño de políticas preventivas eficientes. Se disponen solamente datos fragmentarios y parciales sobre las prácticas y representaciones sexuales que abren interrogantes significativas de investigación : una tendencia notoria de disminución en la edad de iniciación sexual, consistente con las investigaciones internacionales, que hace que a los 16/17 años la mayoría de los jóvenes tuvo su primera experiencia, pero sin saber las modalidades para los varones y las mujeres. Si lo cruzamos con el nivel socioeconómico, evidentemente la edad de iniciación sexual es todavía más temprana en los jóvenes en situación de pobreza. Sirva como pista, el número creciente de embarazos adolescentes no deseados. En un estudio sobre las mujeres portadoras uruguayas, se halló que 50% de las investigadas se contaminaron por el marido o la pareja sexual estable. En otro estudio, 1000 mujeres respondieron una encuesta sobre salud y SIDA de más de 60 preguntas, en condiciones de absoluta intimidad, pero el dato más relevante fue que 40% no contestó sobre

las modalidades frecuentes de hacer el amor (genital, oral o anal). Finalmente se nota un incremento sostenido de la venta de preservativos que llegó a 15 millones en el 2001, pero se desconoce cómo, cuándo y quién los utiliza.

7.10 El Centro de Referencia Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas, atendido en conjunto por el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina, recibe 78% de los usuarios del MSP que representan 40% de las personas infectadas del país. El excelente nivel técnico y la calidad del trato de los profesionales son altamente reconocidos. El SEIC tiene un promedio de 2.500 consultas mensuales, más o menos 100 consultas diarias a pacientes a partir de los 15 años. Hay una escasa capacidad de internación de 21 camas, con un promedio de 80% de ocupación. Actualmente hay 600 pacientes en tratamiento. El ingreso de las copias o genéricos logró bajar moderadamente el costo por paciente, que pasó de 1.200/1.300 dólares por mes, a 900/1.100 dólares, por lo que sigue planteado el gran desafío de los costos económicos para pacientes, instituciones y Estado. En el caso de los pacientes del SEIC, muchas veces el tratamiento debe interrumpirse por deficiencias alimentarias dada la situación social de la mayoría de los usuarios. En el caso de los usuarios de las IAMC, los pacientes que ven disminuir sus ingresos económicos, tienen serias dificultades para pagar los tickets de medicamentos y exámenes. Cuando entran en la etapa de enfermedad sintomática, en general pierden el trabajo y pierden el derecho a la cobertura en salud de DISSE, y pasan a tratarse en el SEIC. Por lo tanto, aparece como tema central para el MSP, encarar una estrategia de prevención, asistencia y tratamiento completa, tomando en cuenta a todos los individuos detectados y estimados.

7.11 La prevención de la transmisión vertical tuvo resultados altamente favorables y reconocidos, disminuyendo el riesgo de infección de 25% a 4%, con el uso sistemático de las drogas antiretrovirales. Actualmente el PNS se plantea erradicar el SIDA pediátrico poniendo en marcha un Plan Piloto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, principal maternidad pública del país, conjuntamente con el Centro de Referencia Pediátrico en VIH SIDA, para ofrecer la prueba rápida de detección a toda embarazada sin control y posterior tratamiento al “binomio madre-niño”. Como el principal obstáculo es la captación de las mujeres de los sectores pobres, casi un 40% que no controlan su embarazo, se trata de implementar un examen rápido (inclusive para detectar la sífilis congénita) en las puertas de los hospitales y en las clínicas prenatales. Sin embargo, en una encuesta reciente a más de 400 profesionales de la salud, un 40% contestó que le aconsejaría a una mujer portadora de no embarazarse, justificando mayoritariamente esa indicación (70%) diciendo que era para evitar el riesgo de la transmisión vertical.

7.12 El Uruguay fue el primer país de América Latina que aseguró la disponibilidad de los fármacos que existen en el mercado de forma gratuita, disminuyendo de manera notable, a partir de 1996, la mortalidad y la morbilidad (descenso de 75% de internaciones en el SEIC). También, se logró el acceso a todos los exámenes básicos para la indicación del plan terapéutico, como la carga viral y la población linfocitaria. Sin embargo, persisten trabas burocráticas en el ámbito público y en las IAMC para acceder fluidamente – en tiempo, calidad y cantidad – a los medicamentos y a los exámenes. Los atrasos generan no solo efectos negativos en la salud del paciente sino en los niveles futuros de adherencia a los tratamientos

7.13 El 60% de los casos notificados estaban en la etapa SIDA, es decir, durante 6 a 8 años, las personas convivieron con la enfermedad sin saberlo. En ese sentido, el PNS esta previendo entrenar a los médicos para que pueda aprovechar la oportunidad de cualquier consulta para identificar algun riesgo y/o vulnerabilidad (hablando de sexualidad), intentando derivarlo a otro servicio, proponerle la prueba del VIH o realizar consejería sobre la conducta. Es decir, para que se agregue como rutina la prevención y se intensifique más la búsqueda de focos y de contactos.

En la carrera curricular de un médico, ocho años de Facultad para obtener su título, el tema de SIDA ocupa un único curso teórico de una hora treinta, dos pequeños seminarios y tres preguntas en un exámen de la carrera. La Cátedra de Enfermedades Infecciosas esta trabajando en ampliar los contenidos y también en asegurar una formación presencial, con el enfermo y con sus docentes en cada hospital. Se intenta mejorar la formación de los recursos humanos, democratizar el conocimiento, ampliar y mejorar la atención ambulatoria y en el marco del hospital general. Finalmente, parece pertinente señalar que un estudio reciente muestra que una amplia mayoría de profesionales de la salud (65/70%), en todas las profesiones, concuerda en que los pacientes pueden y deben atenderse en cualquier servicio y/o en cualquier institución de salud, sin que haya necesidad de un centro específico.

7.14 La policlínica materno infantil del Hospital Pereira Rossell es el centro pediátrico de referencia nacional y también se le reconoce el excelente nivel técnico y el trato de sus profesionales. Sin embargo funciona con escaso personal técnico, con medicación discontinua y con exámenes paraclínicos inadecuados. El trabajo de los voluntarios de dos ONGs, FRANSIDA y ASEPO se ha tornado fundamental para la consejería y apoyo a las familias de los niños internados, de muy bajos recursos económicos.

7.15 La problemática del consumo de drogas inyectables y SIDA puede enmarcarse en los últimos datos de la Junta Nacional de Drogas (2001) que muestran que el inicio del consumo de alcohol se registra entre los 11 y 15 años y el consumo de inyectables entre los 16 y 18 años, en una muestra de adolescentes estudiantes de Montevideo. En general el alcohol, droga lícita, aparece como puerta de entrada. En Uruguay, no hay estudios específicos sobre los UDIs, datos sobre la prevalencia del VIH, Hepatitis, etc, ni han sido implementadas acciones preventivas por parte del MSP. Hay pocas ONGs trabajando en la temática pero muy activas tanto a nivel comunitario, como técnico (generando espacios de diálogo), y promoviendo instancias de defensa de los derechos de los usuarios a un trato respetuoso y una atención integral. Desde el Estado, la Junta Nacional de Drogas y el PNS concuerdan con una estrategia de Reducción de Daños, pero las coordinaciones para el diseño y ejecución entre las instituciones del Estado y entre las instituciones de las sociedad civil progresan lentamente. Finalmente, en el caso de los UDIs, debe considerarse la insuficiente formación de los profesionales de la salud para lidiar con situaciones críticas, generando muchas veces discriminación y marginación.

7.16 En materia de Derechos Humanos, se ha realizado desde el inicio un consenso sobre la promoción y defensa de los derechos de las personas seropositivas, que ha generado notorias mejoras en las situaciones de discriminación en todos los ambitos. Persisten, sin

embargo, situaciones atentatorias hacia los “grupos vulnerables”, en particular hacia las travestis y los reclusos. En el primero de los casos, como denuncia ATRU, la mayoría de las travestis es empujada al comercio sexual al cerrarse sistemáticamente todos los caminos en los ámbitos de la educación o laboral. En el caso de los reclusos seropositivos, el Ministerio del Interior no ha demostrado prácticamente ningún interés en coordinar adecuadamente la parte asistencial, ni en implementar acciones educativas integrales (incluyendo funcionarios y familiares) o de distribución de preservativos. En el COMCAR (más de 2000 reclusos), el mayor centro penitenciario, hay 100 reclusos portadores, de los cuales 17 están precisando medicación, que no se les ha brindado hasta ahora.

8. Recomendaciones

El conjunto de recomendaciones pretende solamente marcar algunas líneas estratégicas para abrir la discusión sobre una modalidad de diseño de políticas públicas que cuente con la participación de todos los actores relevantes en la lucha contra la epidemia, en particular de las ONGs y de las personas seropositivas. En ese sentido el Seminario Regional de presentación y discusión de este informe, fue un paso significativo para generar espacios propositivos y de diálogo de trabajo conjunto, que muestran que es posible, en el reconocimiento y respeto de las especificidades socio-culturales de cada grupo o institución construir estrategias eficientes de lucha contra la epidemia en Uruguay.

En Anexo se encuentran la totalidad de las recomendaciones presentadas por las ONGs, así como el primer documento de la Red ROUS que recoge un consenso comunitario entorno de una serie de temas críticos.

8.1 *Promover la discusión y elaboración de reales políticas de Estado que aborden la globalidad de los desafíos que plantea la epidemia en Uruguay (prevención, atención, derechos humanos, educación sexual, personas privadas de libertad, trabajadores sexuales, acceso a la salud, entre otros), integrando articuladamente el conjunto de los actores públicos y privados en un consenso eficiente de diseño y ejecución de acciones efectivas.*

8.2 *Impulsar la creación de un espacio de participación permanente de las ONGs y las personas seropositivas en el diseño, ejecución y evaluación de políticas nacionales de prevención y atención en Sida, conjuntamente el Estado, en particular con el Programa Nacional de Sida.*

8.3 *Continuar promoviendo, a nivel nacional y regional, el enfoque cultural como una estrategia efectiva para la mejor comprensión de la dinámica y perfil epidemiológico en contextos nacionales y regionales, en tanto insumo clave para el desarrollo de políticas públicas más eficientes.*

8.4 *Diseñar, ejecutar y evaluar conjuntamente con las ONG, las personas seropositivas y los grupos en situación de vulnerabilidad estrategias y acciones preventivas focalizadas, que desde una perspectiva de los DDHH, de género y de reducción de riesgos, adapten contenidos y formatos a las particularidades socio-culturales de los diversos grupos sociales.*

8.5 *Implementar investigaciones cualitativas y cuantitativas, de alcance nacional y de manera periódica, sobre representaciones y prácticas sexuales, tanto en población en general como en grupos específicos, que aumenten el conocimiento de sus particularidades socio-culturales, la comprensión de las situaciones de riesgo y la identificación de los recursos socio culturales disponibles para la prevención.*

8.6 *Promover la incorporación de la educación sexual en los contenidos curriculares de Primaria y Secundaria del sistema educativo formal, así como en la currícula de formación docente, a partir de un enfoque de equidad de género y de respeto de la diversidad cultural y sexual, en un marco de salud integral y respeto de los DDHH. En ese sentido, focalizar acciones institucionales adecuadas de promoción de la salud sexual y prevención del SIDA orientadas a los niños, inéditas hasta el momento y solamente asumidas por docentes como iniciativas individuales.*

8.7 *Incorporar la prevención del consumo problemático de drogas en los contenidos curriculares de Primaria y Secundaria del sistema educativo formal, en la currícula de formación docente y de grado, en un marco de salud integral y respeto de los DDHH.*

8.8 *Implementar un diagnóstico de situación de la población carcelaria – adultos y jóvenes – que además de definir la tasa de prevalencia pueda incorporar el conocimiento de los aspectos socio-culturales, las demandas y necesidades sentidas de los presos y los recursos socio culturales disponibles para la prevención.*

8.9 *Implementar de manera urgente todas las medidas necesarias para que, en el marco del pleno respeto de los DDHH de las personas seropositivas privadas de libertad, se garanticen efectivamente la asistencia médica, el acceso a tratamientos, las condiciones de reclusión adecuadas y la posibilidad de recurrir a la libertad anticipada por razones humanitarias para aquellas personas que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad. Esto incluye el cumplimiento efectivo del Convenio Interinstitucional vigente firmado el 14 de febrero de 2000, entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud Pública (“Asistencia Médica Integral para Reclusos VIH positivo”).*

8.10 *Diseñar con el apoyo de las ONGs una estrategia integral de prevención a nivel carceral que implique reclusos, funcionarios y familiares, enfatizando en la distribución fluida y sistemática de preservativos y material inocuo de inyección, en el marco de las orientaciones y recomendaciones técnicas de ONUSIDA.*

8.11 *Facilitar el acceso a los exámenes de VIH, gratuitos, confidenciales y anónimos, implementando de manera sistemática el consentimiento informado y la consejería pre y post test, a cargo de personas capacitadas para esa tarea específica.*

8.12 *Mejorar la capacitación efectiva de los profesionales de la salud, en el manejo de la epidemia del VIH/SIDA y en el consumo problemático de drogas, en el marco de la salud integral y la promoción de los DDHH.*

8.13 *Crear una comisión con la plena participación de las ONGs para impulsar, monitorar y evaluar el cumplimiento de lo resuelto en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA (UNGASS).*

8.14 *Diseñar e implementar , de forma conjunta Estado, ONGs y grupos de personas viviendo con VIH y grupos vinculados a las mujeres, campañas masivas de comunicación y acciones educativas focalizadas en la mujer, que, con una perspectiva de género, tienda al empoderamiento de la mujer en general , con énfasis en los grupos socialmente más vulnerables.*

8.15 *Diseñar e implementar investigaciones con el enfoque cultural que permitan abordar, de manera amplia, el estudio de las modalidades y procesos de religiosidad existentes, rompiendo con los “obstáculos epistemológicos” derivados del mito del Uruguay laico.*

8.16 *Elaborar con la plena participación de los grupos y asociaciones representativos de las minorías sexuales y otros “grupos vulnerables”, estrategias de promoción activa de los derechos humanos y sociales, tendientes a incrementar significativamente los niveles de respeto del pluralismo y convivencia social en la sociedad toda.*

Bibliografía

África : los tambores advierten del peligro (En base a un artículo de "Los Angeles Times" - DFA - Especial para Búsqueda). (1988, diciembre 8). Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

Anderson, J. y Van Atta, D. *Si usted cree que los condones son seguros es muy posible que pueda arrepentirse* (Washington). (1988, junio 10). Semanario Búsqueda, Montevideo, Uruguay.

Aumenta el costo del seguro de vida. (1988, diciembre 8). Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

CELSAM (2000). *Encuesta del Centro Latinoamericano Salud y Mujer* realizada en 14 países de América Latina, en el marco de los 40 años de la introducción de la píldora en la región. [Documento web]. Recuperado : <http://www.celsam.org>

CIFRA. (1993, octubre 17). *SIDA : buena información pero poco cambio en las costumbres. Las Preferencias de los uruguayos.* Diario El País. Departamento de Opinión Pública. Montevideo, Uruguay.

CIFRA. (1995, agosto 27). *Las preferencias de los uruguayos.* Diario El País. Departamento de Opinión Pública. Montevideo, Uruguay.

CIFRA. (1997, agosto 24). *Los uruguayos y la homosexualidad. Las preferencias de los uruguayos.* Diario El País. Departamento de opinión pública. Montevideo, Uruguay.

CIFRA (1999, mayo 30). *SIDA : mucha información y algunos prejuicios. Las preferencias de los uruguayos.* Diario El País. Departamento de Opinión Pública. Montevideo, Uruguay.

CIFRA (2000, agosto 31). *Encuesta preparada especialmente para Búsqueda.* Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

Clariget, José Pedro- ASEPO. (1991, agosto 8). *El SIDA es una enfermedad de transmisión social, antes que nada.* Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Cuadernos de Marcha (1991, agosto).

Decálogo del "sexo" "seguro". (1998, diciembre 8). Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

Declaraciones Dr. Michael Merson, Director del Programa SIDA de la OMS. (1991, marzo). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Defert, D. (1994). "Epidemias y Democracia". En : *SIDA Un desafío sin fronteras. Aportes franco-uruguayos*. IDES, Cooperación Científica y Técnica Embajada de Francia. Montevideo, Uruguay.

Distribuyen en los consultorios propaganda del uso del condón. (1991, agosto 15). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

De Armas, Gustavo (2000). Coordinador del Area de Educación de UNICEF-Uruguay . Documento Borrador. Montevideo, Uruguay

Encuesta Gallup sobre sexualidad. (1990, setiembre 4). Montevideo, Uruguay.

Flores Colombino, A. (1988, febrero 25). *Sexualidad y SIDA*. Semanario Alternativa. Montevideo, Uruguay.

Guidelines for institutional assessment and In-depth case studies : Annexes. s/f, s/e (mimeo).

Hay que saber escuchar, informar, demistificar, alejar los miedos (1992, enero 4). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Informe de Gallup sobre el SIDA : "La mayoría de los uruguayos no consideran que necesiten cambiar sus comportamientos sexuales". (1991, julio 9). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD); Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA); ONUSIDA, Acción SIDA/USAID; UNESCO (1998). *Análisis de la situación y la respuesta al VIH/SIDA en República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana. Informe Final.

IDES, Cooperación Científica y Técnica Embajada de Francia (1994). *SIDA Un desafío sin fronteras. Aportes franco-uruguayos*. Uruguay.

IDES (2001). *SIDA y Drogas, Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública*. Área de Salud de IDES, Distribución Restringida para el Foro - Debate 25 de mayo de 2001. Montevideo, Uruguay. (Documento borrador y en etapa de corrección para su publicación).

Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD); British Embassy Montevideo (2000). *Con-fin Solidario*. Montevideo, Uruguay.

Israel, Sergio (1991, agosto 2). *Primeros pasos en la educación sexual*. Semanario Brecha. Montevideo, Uruguay.

Izazola L., J.A. (Ed.). (2000). *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Uruguay 1997/1998. Información para la toma de decisiones*. FUNSALUD, SIDALAC, ONUSIDA, CEES. México.

Katzman, R. F. Filgueira (2001). *Panorama social de la Infancia y la Familia*. IPES, Instituto Interamericano del Niño. Montevideo, Uruguay.

La práctica demuestra que el comportamiento sexual es decisivo en las posibilidades de contagiarse el VIH. (1991, junio 27). Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

La República de las Mujeres. (1989 setiembre 10 a 29 de octubre 29). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

La República de las Mujeres. (1993, abril 25 a noviembre 21). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Lamas, Marta (Compiladora) (s/f.). *Género : construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG. México.

Lecciones aprendidas sobre el enfoque cultural : declaración de consenso. s/f, s/e (mimeo)

Linn, Tomás. (1991, agosto 27) *¿ Desprejuiciados ? No tanto; dogmáticos sí*. Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

Los condones no espantan a Dios. Encuesta sobre conducta sexual de los jóvenes. (1991, agosto 9). Semanario Brecha. Montevideo, Uruguay.

Meré, J.J., M.L. Osimani, E. Savio. (1993, noviembre 21). *Comunicar es prevenir. Primera Encuesta Nacional Mujer, Salud y SIDA*. La República de las Mujeres, Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Meré, J.J. (1997). “Una estrategia lúdica en la prevención del SIDA : la experiencia del IDES”. En : M. L. Osimani (Comp.), *VIH-SIDA : prevención y tratamiento. Una esperanza*. Junta Departamental de Montevideo, Laboratorio Glaxo-Wellcome, Area Salud - Instituto de Investigación y Desarrollo, IDES. Montevideo, Uruguay.

Meré, J.J. y A. Soldi (Organizadores). (1998). *SIDA : desafíos y respuestas regionales*. Instituto de Investigación y Desarrollo; Intendencia Municipal de Salto; Embajada Británica. Montevideo, Uruguay.

Meré, J.J., M. Guchin y S. Falero (2002). Investigación realizada por el Instituto IDES y el Programa Nacional de SIDA del MSP, con el apoyo de la Fondation National sur le SIDA – Francia, desde enero del 2001 y aún en curso de implementación. Informe preliminar de Investigación sobre las encuestas, marzo 2002. Mimeo.

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de SIDA; Organización Panamericana de la Salud; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA(1998). *Catálogo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan en VIH/SIDA en el Uruguay*. Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (1998). *Mujer y SIDA. Investigación sobre comportamientos sexuales en mujeres VIH positivas.*

MSP/OPS-OMS. *Encuesta CACP. Proyecto : Relaciones Sexuales de Pareja, Conocimientos, Actitudes, creencias y Prácticas concernientes a la infección por VIH-SIDA.* Uruguay. Informes de 1991 y 1992.

Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Promoción de Salud, Programa Nacional de SIDA (2001). *Informe epidemiológico VIH-SIDA 28/02/01.* Montevideo, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (s/f). *Evolución de la epidemia del SIDA en Uruguay.* (Sin datos de publicación).

Monseñor Nutti : la campaña del condón "es como ser corruptores de menores". (1991, julio 12). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Naciones Unidas. C.C.A. Common Country Assessment. (1998). *Uruguay Perfil del País, 1998.* Montevideo Uruguay.

Nogareda, E. (1987, setiembre 22). *El triste trago del SIDA.* Semanario Alternativa. Montevideo, Uruguay.

Nogueira, A. (1988, diciembre 8). *Aspectos de la lucha anti SIDA : nueva orientación en la estrategia gubernamental. La sociedad uruguaya ha comenzado a plantearse los cruciales cambios que implica la lucha contra la "epidemia silenciosa".* Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

ONUSIDA, PNS-MSP, AMEPU, IDES (1999). *"SIDA y drogas en Uruguay, diagnóstico y propuestas, 1998-1999"*. Informe final del proyecto de investigación. Coordinación de Investigación : Área de Salud IDES. Montevideo, Uruguay.

ONUSIDA, IDES (1999). *SIDA y drogas. Un desafío a la salud en el Cono Sur.* Editorial Latina, Uruguay.

ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud (2001). *La epidemia de SIDA : situación en diciembre de 2000.* Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1998). *Hacer frente al SIDA. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial.* Informe del Banco Mundial sobre investigaciones relativas a las políticas de desarrollo. Publicación Científica No. 570. Washington, D.C., EUA.

Osimani, M.L., J.J., Meré, E. Savio, E. Lima, H. Purtscher (1995). *Guía educativa para la prevención comunitaria del VIH-SIDA.* Programa de educación y prevención en VIH-SIDA; Area de Salud, Instituto de Investigación y Desarrollo. Montevideo, Uruguay.

Osimani, María Luz (Comp.). (1997). *VIH-SIDA : prevención y tratamiento. Una esperanza..* Junta Departamental de Montevideo; Laboratorio Glaxo-Welcome; Area Salud - Instituto de Investigación y Desarrollo, IDES. Montevideo, Uruguay.

Osimani, Maria Luz (Organizadora). (1999). *SIDA y drogas. Un desafío a la salud en el Cono Sur.* ONUSIDA; IDES; Editorial Latina. Montevideo, Uruguay.

Por lo menos pasarán cinco años antes de que haya una vacuna contra el SIDA. Opina Rathausser de la OPS. (1989, setiembre 7). Diario La República. Montevideo, Uruguay.

Portillo, J. (1992) *La sexualidad de los adolescentes. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano.* Facultad de Medicina, Universidad de la República, Fondo de Población de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Ediciones de la Banda Orienta. Montevideo, Uruguay.

Possamay, L. (1987, setiembre). *Los rostros ocultos del SIDA.* Temas, Año 1 No.1. Montevideo, Uruguay.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1999). *Desarrollo Humano en Uruguay, 1999.* Montevideo, Uruguay.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (1999). *El informe del ONUSIDA, 1999.* Ginebra, Suiza.

Programa Nacional de SIDA-MSP, Programa de Educación de la Sexualidad-ANEP – CODICEN, Instituto de Investigación y Desarrollo, UNICEF (1996). *Prevención del SIDA en la enseñanza secundaria. Proyecto Juventud y SIDA.* Montevideo, Uruguay.

Programa Nacional de SIDA, ONUSIDA (2001). “*Diagnóstico de situación del VIH/SIDA en Uruguay*”. Respuesta Nacional. Planificación Estratégica. Informe. MSP. (Consultado en disquete).

Programa Nacional de SIDA (2001). *Planificación Estratégica.* (Consultado en disquette).

Programa Nacional de SIDA- Ministerio de Salud Pública, IDES (2001). *SIDA y Drogas, Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública.* Área de Salud de IDES, Programa Investigación y Prevención Consumo Problemático de Drogas. Montevideo, Uruguay.

Richerd, J. (1987, mayo 28). *El SIDA en la práctica.* Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

Savio, E. (1994). "Evolución y Perspectivas de la Infección VIH en el Uruguay". En : *SIDA Un desafío sin fronteras. Aportes franco-uruguayos*. IDES, Cooperación Científica y Técnica Embajada de Francia. Montevideo, Uruguay.

Sexo y familia : no hay consenso. (1994, febrero 20). Diario El País. Montevideo, Uruguay.

Sexo adolescente. Informe sobre el fin de la "edad de la inocencia". (1996, octubre 4). Posdata, N° 108, p14-21. Montevideo, Uruguay.

Sexualidad Adolescente. (1983, diciembre 9). Semanario Jaque. Montevideo, Uruguay.

SIDA : crece el peligro de los drogadictos, señalados como el grupo más difícil de controlar. La República, Montevideo, marzo de 1989.

Spinelli, I., M. Calero (1996). *La Sexualidad en el Uruguay de hoy. Informe sobre opiniones, actitudes y comportamientos sexuales*. Colección Búsqueda / Editorial Fin de Siglo. Montevideo, Uruguay.

Taller subregional "Un enfoque cultural a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Informe. La Habana, Cuba, 26 al 30

The Centre for Development and Population Activities (CEDPA) (2000). *Género, Salud Reproductiva y Defensa y Promoción. Manual de Capacitación*. Washington, DC, Estados Unidos.

Últimos datos en Uruguay : 40 enfermos y 25 muertos. (1988, diciembre 8). Semanario Búsqueda. Montevideo; Uruguay.

UNESCO (2000a). *Change in continuity. Concepts and Tools for a Cultural Approach to Development*.

UNESCO (2000b). *Summary of country assessments and project design handbook*. Studies and Reports, Special series, issue N.10, Cultural Policies for Development Unit.

UNESCO/UNAIDS (1999). *A cultural approach to HIV-AIDS prevention and care. Uganda's Experience. Country Report. Research Project*. Studies and Reports, Special series, Issue No. 1. Cultural Policies for Development Unit.

UNESCO/ONUSIDA (1999). *Enfoque Cultural para la Prevención y el Tratamiento del VIH/SIDA. Proyecto de Investigación de UNESCO/ONUSIDA. El caso de Cuba. Estudio Nacional*. Estudios e Informes, Serie Especial, Número 9; Unidad de Políticas Culturales para el Desarrollo. La Habana, Cuba.

UNESCO/UNAIDS (2000). *A cultural approach to HIV-AIDS prevention and care. Country Assessment Summary Report. Handbook for Culturally Appropriate Project Design. Information/Education/Communication. Capacity Building, Networking, Data Collection and Research Research Project. Studies and Reports, Special series, issue No. 10. Cultural Policies for Development Unit. UNESCO/UNAIDS.*

Uruguayas prefieren las píldoras a otros métodos anticonceptivos pero pocas consultan a su médico. La encuesta del CELSAM recogió también la opinión de 7.456 mujeres de 14 países latinos. (2001, octubre 25). Semanario Búsqueda. Montevideo, Uruguay.

A N E X O S

Anexo 1

Recomendaciones de las ONGs participantes al Seminario Regional sobre VIH/SIDA (marzo 2002).

1.1 FRANSIDA : Recomendaciones para mejorar nuestra acción.

Hemos comprobado que si bien se cuenta con el personal adecuadamente entrenado para realizar las diferentes propuestas institucionales, muchas veces no contamos con los recursos económicos suficientes para instrumentarlos.

Prevención : creemos que la información solamente no es suficiente, es necesario sensibilizar y concientizar a la comunidad en general, propiciando un canal de comunicación “cara a cara”, a través de la técnica de talleres y la distribución de material informativo. Uno de los factores más importantes en esta tarea es propiciar que nuestro trabajo en red no se vea dificultado por estar apoyando a personas con una enfermedad tan estigmatizada.

Asistencia : como ya se mencionó con respecto al funcionamiento de la Casa, nos es imperativo lograr apoyos que solventen los costos básicos de funcionamiento : alimentación, agua, luz, gas, etc. Cada vez que se ha intentado lograrlos, hemos obtenido como respuesta que no es un proyecto rentable ya que no es capaz de solventarse por sí mismo. Cabe aclarar que estas personas vienen al albergue durante su atención médica, cuando éste no existía debían pernoctar en los pasillos de los hospitales, en las terminales de omnibus (cuando lo permitían) o en la calle.

Nos gustaría instrumentar (sumado a lo que ya venimos realizando) actividades que generen espacios recreativos para los infectados y su entorno, paseos al aire libre (que por motivos económicos solos se realizan de forma muy esporádica), salidas al cine, teatros, etc.

En resumen, son pocas las organizaciones que trabajamos efectivamente (y afectivamente) esta realidad, siendo muy difícil hacernos escuchar en la esfera política, hacedor de políticas sociales adecuadas que ayuden a efectivizar una adecuada calidad de vida de las personas infectadas y afectadas.

Apostamos a que cada persona infectada cuente con los recursos suficientes para tener vivienda, alimentación adecuada, soporte social efectivo y acceso digno a la salud. En eso estamos, y agradecemos a los que colaboran en este proyecto de vida desde el silencio y el anonimato y creen que, a pesar de todo, son posibles los cambios.

1.2 ASEPO : Recomendaciones sobre las Personas con VIH/SIDA privadas de libertad.

Acceder a una visión global acerca del respeto y cumplimiento de los DDHH de personas seropositivas que se encuentran en situación de gran vulnerabilidad, constituye un enorme desafío para organizaciones como las nuestras que, por su estrecha relación con las personas afectadas, somos los portadores de las voces sistemáticamente acalladas.

Las condiciones en las que viven las personas privadas de libertad en el Uruguay, a nuestro entender, constituyen un fenómeno social importante que pone en evidencia realidades que ni la sociedad ni los poderes políticos han querido reconocer. Realidades que por otra parte exigen una atención y una intervención inmediata.

Si bien no nos ocupa en este encuentro, hacer un análisis exhaustivo de los aspectos políticos y judiciales del sistema carcelario, hay condiciones generales que inciden en el estado sanitario en que se encuentran las personas seropositivas privadas de libertad en nuestro país, que nos resultan inevitable mencionar. En tal sentido consideramos inapropiado que el Sistema Carcelario se encuentre bajo la órbita del MI, en el entendido de que los centros de reclusión deben ser atendidos por personal debidamente capacitado que cumpla con la finalidad de rehabilitación y de protección de los DDHH.

Nos resulta urgente que se implementen medidas que terminen con el hacinamiento. Que se facilite, y sobre todo que no se entorpezca, el acceso a las visitas regulares e íntimas; que se proporcionen para ello los espacios adecuados. Es uno de los recursos más directos y económicos para disminuir la soledad y los conflictos agresivos; y también, para canalizar la tensión que generan en las personas privadas de libertad y sus allegados las carencias y las violaciones del sistema carcelario.

En lo que concierne específicamente al VIH-SIDA, nuestras propuestas son :

Aspectos Sanitarios

- Que la asistencia médica de las personas privadas de libertad salga de la órbita del MI y dependa del MSP, independiente de jerarquías policiales.
En la medida que esto no se implemente, se deberá contar con médicos capacitados en VIH-SIDA del MI, que se desempeñen en todos los centros de reclusión, en forma regular.
- Que el acceso al acto médico no sea obstaculizado.
- Que se lleven las historias clínicas de los pacientes en forma actualizada.
- Las personas privadas de libertad deben acceder a los tratamientos específicos para el VIH en igualdad de condiciones que las personas no reclusas, aplicando el consentimiento informado, en todos los casos.
- Los establecimientos penitenciarios tendrán que disponer de medicación para enfermedades asociadas al VIH y otras afecciones en igualdad de condiciones que el resto de la población del país.
- Las enfermerías deben contar con recursos materiales y humanos básicos en cada centro.
- Se deberá dar celeridad en el cumplimiento de las órdenes médicas (realización de exámenes clínicos, disponibilidad de medicación y traslados).

- Deberá promoverse la prueba voluntaria de VIH y su posterior seguimiento manejándose correctamente la confidencialidad del diagnóstico.

Aspectos Preventivos

- Que se lleven adelante investigaciones que permitan conocer las actitudes, creencias, comportamientos sexuales y consumo de drogas, así como la auto percepción de riesgo de contraer el VIH; con el objetivo de planificar estrategias que apunten a la reducción de tal riesgo.
- Que se implementen programas de prevención que informen, capaciten y promuevan a través de talleres educativos, el manejo de prácticas de auto protección y auto cuidado y que se distribuya material informativo específico, tanto para las personas privadas de libertad, como para el personal carcelario.
- Estos programas deben ser diseñados y ejecutados con la asociación definida y transparente de las Organizaciones civiles de reconocida trayectoria en la promoción de los DDHH e idóneas en la prevención del VIH (desde una perspectiva de los DD.HH).
- Estos aspectos deberán ser complementados con la disponibilidad y el acceso fácil y discreto de la población a los medios de auto protección : preservativos, material inyectable inocuo, sustancias desinfectantes, etc.

Aspectos sociales

- Deben darse a conocer los DDHH, para fortalecer y empoderar a las personas privadas de libertad.
- Se deberá capacitar a los órganos competentes, responsables y a la comunidad, de los beneficios que se obtendrán del correcto tratamiento de los reclusos, acorde al respeto de los DDHH. A modo de ejemplo : cómo se disminuye el riesgo epidemiológico; cómo se disminuyen los costos al prevenir el desarrollo de afecciones que, no asistidas en tiempo y forma, requieren internaciones y tratamientos más sofisticados; cómo se dignifica el cuerpo médico al actuar acorde a los principios éticos de su profesión.
Esta capacitación, desde una perspectiva de los DDHH, para el personal carcelario asegurará una política que contemple asesoramiento, prevención y tratamiento correcto a las personas seropositivas.
- Los abogados defensores deberán estar atentos a interponer recursos humanitarios cuando la salud de sus defendidos así lo requiera.
- Se deberá promover y favorecer la articulación de las ONGs entendidas en la temática con los organismos responsables de elaborar las políticas públicas y su involucramiento en el trabajo con esta población.

“... Negar a los reclusos la posibilidad de recibir información, educación y medios de prevención (preservativos, desinfectantes y material inocuo de inyección) con respecto al VIH, la prueba voluntaria y el asesoramiento, la confidencialidad y la atención médica en materia de VIH, así como la posibilidad de someterse voluntariamente a tratamientos experimentales, podrían constituir tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. El deber de cuidado entraña asimismo el de combatir la violación y otras formas de victimización sexual en la cárcel, que pueden condicionar, entre otras cosas, la transmisión del VIH”.

- Derecho a no ser sometido a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- La aplicación de DDHH específicos ante la epidemia VIH – SIDA.
- Las obligaciones internacionales de DDHH y VIH – SIDA.
- Directrices Internacionales. 1998

1.3 IELSUR : Propuestas.

- Debe en primer lugar ensayarse una repuesta coordinada, y que apunte a ser una política de Estado y no una acción de gobierno.
- Legislar para la promoción y la protección de las personas viviendo con VIH (en derecho de familia, laboral, niños y adolescentes, etc).
- Mecanismo ágiles de contralor, ante instancias que apunten a vulnerar los derechos de las personas viviendo con VIH. Difusión de estos.
- Incorporar a la educación formal programas de capacitación en la temática en los cuales se incluyan los derechos de los niños/as y adolescentes y de las personas viviendo con VIH.
- Recoger y dar cumplimiento a lo resuelto en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS : “El VIH-SIDA y los derechos humanos” punto 58.
- Campañas de prevención en forma sostenida.
- Desarrollar estrategias de intervención en forma sostenida con los adolescentes, hombres y mujeres privados de libertad apuntando a la prevención y la atención sanitaria.
- Que se propicie de parte del Estado el cumplimiento del punto 46 de UNGASS : “.para 2003, establecer y consolidar mecanismos que den participación en la lucha contra el VIH/SIDA a los colaboradores del sector privado y la sociedad civil, las personas con VIH/SIDA y los grupos vulnerables”.

1.4 GRUPO LA BRÚJULA : Propuestas.

- Fomentar e implementar la Educación Sexual en el sistema de educación formal desde 6to. año de escuela.
- Auspiciar e implementar distintas formas de comunicacion para la educación e información sobre el VIH/SIDA, desde el reconocimiento de las distintas opciones sexuales (Hetero, homo y bisexual), y los Derechos Humanos.
- Integrar en el debate público las diferentes hipótesis sobre las causas del Sida.
- Alertar sobre la injusta situación de la población carcelaria que, no tiene acceso a preservativos, ni educación e información objetiva sobre la prevención, y dejando sin atención adecuada a las personas seropositivas.

Anexo 2

María Luz Osimani, IDES, Uruguay. Contribución al Seminario Regional sobre VIH/SIDA

*DIAGNÓSTICO SOBRE EL CONSUMO DROGAS INYECTABLES Y SIDA.*²³

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana debido al uso de drogas inyectable constituye un problema con características propias dentro de la pandemia VIH – SIDA. En más de cien países del mundo se han reportado casos asociados a esta vía de transmisión .

Investigaciones de esta epidemia de SIDA asociadas a las prácticas del consumo inyectable de drogas, obtuvieron evidencias en forma temprana de que una vez introducido el VIH en un grupo de usuarios de drogas inyectables (UDIs), este se disemina con asombrosa rapidez, infectando a la mayoría de los usuarios en pocos años.

Los aspectos legales y sociales del uso de drogas intravenosas y la disponibilidad y/ o accesibilidad del material de inyección estéril hacen más complejos y hasta impiden los encares preventivos al respecto. En el caso de estos consumidores por vía inyectable, a los riesgos a la salud comunes a otros consumos problemáticos, debemos acrecentar: las endocarditis, infecciones oportunistas en la zona de punción, y las referidas más específicamente al consumo compartido del material de inyección: infecciones de transmisión sexual, SIDA, hepatitis B y C. Dentro de las denominadas infecciones oportunistas, la prevalencia de tuberculosis es mayor en estos grupos de población que a su vez son portadores del VIH.

El Uruguay viene presentando en los últimos años una cifra alarmante de VIH/ SIDA en usuarios de drogas inyectables, afectando también a sus parejas e incidiendo consecuentemente también en la transmisión perinatal.

- 23% VIH - UDIs
- 45 % de estos casos pertenecen a al grupo etario de 15 a 24 años
- 40% de niños infectados, los son por madres con práctica de consumo de drogas inyectables o por ser pareja UDIs.

²³ Aspectos relevantes del estudio realizado en 1999-2001, por el Equipo de IDES: Soc. L.Latorre, Ps. L.Scarlatta; A.S R.Di Bono; Dr. P.Capuccio. Coordinado por Soc. M.L.Osimani. Publicado “SIDA y drogas, Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública”. Editorial Mano a Mano SRL, mayo 2001. Uruguay.

No se cuenta en el país con estudios de prevalencia ni de incidencia por encuestas serológicas del VIH/ SIDA en esta población. Ahora bien hasta ahora, el Estado no se han implementado en Uruguay, acciones preventivas focalizadas en esta población. Experiencias mundiales nos alertan de la importancia de realizar intervenciones en forma oportuna, temprana, y a tiempo para lograr un control de la epidemia en este grupo y su entorno. Esto implica conocer mejor las prácticas sexuales de riesgo y sus consumos problemáticos de drogas.²⁴

El diagnóstico realizado incluye varios niveles de investigación de datos ya existentes y/ o resultado de investigaciones implementadas por IDES, y recomendaciones en el marco de la estrategia de reducción de daños²⁵, que orienten el diseño de estrategias preventivas focalizadas en esta población.

Esta estrategia de reducción de riesgos y daños, implica un enfoque amplio de salud holística e intervenciones que minimicen los riesgos y aumenten la probabilidad de mejorar la salud de los actuales usuarios de drogas inyectables, sin oponerse a las estrategias de abstinencia cuando el usuario quiere y puede adoptar como tratamiento.

ALGUNAS CONCLUSIONES

1. Artículos de prensa escrita 1999-2000.

Un análisis de la presencia de temas vinculados al uso de drogas y VIH en los principales medios de comunicación escrita editados en la ciudad capital del país y de distribución nacional (El País, La República, El Observador, Ultimas Noticias, Búsqueda, Brecha, La Juventud, La Mañana) desde setiembre de 1999 a junio del año 2000 permite llegar a las siguientes conclusiones :

- El tema tiene una presencia constante en todos los periódicos de distribución nacional. La frecuencia de los artículos publicados es al menos semanal en alguno de esos medios.
- La problemática de salud de los UDIs, está hasta el momento prácticamente ausente en la agenda pública.

Cuando abordan la temática de salud vinculada al VIH o consumo, las notas se refieren en orden de frecuencia a :

²⁴ Definimos consumo problemático todos aquellos consumos que al ser usados en forma no controlada - no solo el de sustancias psicoactivas legales e ilegales- comportan riesgos y pueden ocasionar daños más o menos permanentes o irreversibles, como es el caso de la automedicación; la medicación reiterativa sin control; las consumopatías; los trastornos de la alimentación. Es decir consumos problemáticos que comportan riesgos para la salud individual y colectiva, repercutiendo en la vida y/o calidad de vida del usuario. Estos consumos sean dependientes o no, en definitiva implican un uso no seguro de las sustancias psicoactivas

²⁵ Entendida por el equipo de investigación, como el conjunto de medidas socio sanitarias individuales y colectivas que contribuyen a disminuir los riesgos sociales, psicológicos, económicos y físicos adversos, asociados al consumo problemáticos de drogas

- Información epidemiológica referente a datos suministrados por el Programa Nacional de SIDA.
- Entrevistas a representantes de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en drogas. Particularmente sobre el tema de la condición de género referido a riesgo de salud en la mujer.
- Se destaca lo referente a vulnerabilidad de género : por ejemplo las relaciones de subordinación en la actividad laboral o social. Se suma a lo anterior el tema de la baja autoestima que puede potenciar la vulnerabilidad.
- Un tema que surge como conclusión es el referido a los Derechos Humanos de todas las personas, en especial de los sectores excluidos (ejemplo algunos UDI's en donde sus derechos ciudadanos suelen estar en discusión).
- También se registran testimonios, en su gran mayoría vinculados a pacientes VIH/SIDA usuarios de drogas intravenosas. En dichos testimonios se hace referencia al impacto de la notificación, a la soledad, a la angustia y “ El no poder proyectarme a largo plazo”, “como que el mundo de las drogas es negro como una pesadilla “.

En dichos testimonios se hace referencia al personal de salud, que frente a determinadas situaciones, como puede ser un parto por ejemplo, no están preparados para afrontar de acuerdo a las medidas de Bioseguridad o Precauciones Stándares, el manejo de la sangre y hemoderivados .De los testimonios publicados interesa señalar los referentes a la edad de comienzo del consumo; al respecto citamos el de un joven que se inició con drogas “lícitas “ a los 14 años, que a los 18 años tuvo el primer problema con la justicia por drogas intravenosas. Expresa la repercusión de su notificación como VIH positivo relatándolo de ésta forma : “Era un balde de agua fría, pero ya estaba tan involucrado que lo único que pensé que estaba vivo y tenía que luchar por vivir más”.

- Información internacional referente a eventos, encuentros, actividades académicas y experiencias vinculadas al explosivo auge de las denominadas Drogas sintéticas.
- Comienza a aparecer información sobre la estrategia de Reducción de Daños, fundamentalmente basada en la atención integral de la drogodependencia, también sobre los Derechos Sociales y Civiles de los usuarios de drogas en particular el derecho a la salud. Se han mencionado en varios de estos artículos la existencia de Redes Regionales de Reducción del Daño, en particular en la RELARD que tiene su área de acción en América Latina.
- Se hace muy poca referencia a la vinculación entre el consumo de drogas intravenosas y otras afecciones médicas, en particular la problemática de la Hepatitis B y C no aparece.

Actualmente hay 1.384 personas en tratamiento en estos 18 Centros para usuarios de drogas. De ellos,

- el 80% son hombres,

- sus edades oscilan entre los 14 y 40 años en su gran mayoría. Pero se concentran promedialmente en los 20-22 años,
- el 9,4 % de los usuarios de drogas de 11 Instituciones (961 persona) son UDIs.

No existe concordancia significativa en las percepciones de los Informantes Calificados con respecto a si ha aumentado, permanece igual o ha bajado el consumo de drogas inyectables.

El 2,9% de las personas atendidas (584 personas total) en 14 Centros de Tratamiento están afectadas de VIH/SIDA.

11% de las instituciones consultadas no atienden personas con VIH/SIDA en sus programas de tratamiento en drogodependencias.

Las Instituciones de Atención a los Drogodependientes declaran en general, derivar a tratamiento y/o coordinar la atención con el médico tratante ante los pacientes portadores y/o enfermos de SIDA.

Mayoritariamente (72%) los informantes calificados declaran no conocer recomendaciones relativas a las interacciones medicamentosas de los antirretrovirales en general, y en particular en el contexto de consumo de drogas y/o su tratamiento.

2. En relación al consumo y los consumidores...

Los patrones de difusión de las drogas, el tipo de consumo y la modalidad de consumo, se corresponden con la disponibilidad de las sustancias, la oportunidad y las modas de consumo en Uruguay, variando según los diferentes momentos históricos y contextos sociales.

Se observa una tendencia bastante definida en el grupo de entrevistados, en relación al inicio temprano del consumo de drogas y al consumo problemático. Este dato sumado al perfil epidemiológico y etario del SIDA en nuestro país, resulta un elemento significativo para visualizar que es necesario jerarquizar las actividades preventivas : en los grupos de púberes y adolescentes tanto en relación al consumo problemático de drogas, como en la promoción de la salud sexual.

En relación al género, el consumo inyectable en las mujeres es menos visualizado (23% de los entrevistados). Entre las mujeres entrevistadas es frecuente la iniciación de esta vía de consumo por su pareja sexual..Suele darse a partir de la sugerencia o del consumo de su compañero sexual. Los relatos de las mujeres refieren en general a la dificultad u oposición de su pareja a usar el preservativo en las relaciones sexuales, poniéndolas así en una doble situación de riesgo para las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH/ SIDA. Ahora bien tanto para el hombre como para la mujer, el compartir las jeringas con las parejas estables aparece conjuntamente con el mantener relaciones sexuales sin protección, los elementos de mayor riesgo.

Los riesgos en las relaciones sexuales aparecen aún con mayor gravedad, que el uso compartido de la inyección. El uso del preservativo es muy escaso en esta población, y sólo

refieren a él cuando tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales, prostitución u homosexualidad.

El consumo de alcohol esta siempre presente. Algunos entrevistados lo mencionan especialmente como la droga de inicio en su carrera de consumo, asignándole una relevancia especial.

La sustancia más consumida por vía inyectable es la cocaína, incluso quienes han experimentado otras sustancias por esta vía, mantienen en primer lugar la cocaína. Aparece muchas veces en los relatos la modalidad inhalada de alguna otra sustancia paralelamente al consumo inyectable, drogas con efectos estimulantes con otras con efectos sedantes o depresores. Esto les permite reducir los efectos negativos del consumo y les brinda una sensación de control sobre los efectos de las drogas.

Es muy baja la percepción de los riesgos que pueden generar el uso de diluyentes por estar contaminados o bien por su interacción con la droga utilizada. Y sólo parece ser percibido una vez que se enfrentan al daño. Tampoco perciben riesgos por la interacción en el uso combinado de drogas ni en su uso alternado en diferentes instancias de la sesión de consumo.

Cuentan con información sobre el VIH/ SIDA pero desconocen la posibilidad de re infección, así como de otras infecciones posibles de ser transmitidas por esta vía y la sexual : Hepatitis B y C u otras ITS.

Tampoco refieren en las entrevistas al cuidado por embarazo.

EN SINTESIS :

- Escasas investigaciones en UDI's
- Se desconoce la prevalencia de VIH/Sida, Hepatitis B y C
- No se han realizados intervenciones específicas
- Desarticulación de acciones estado y ONG's vinculadas al tema Sida y Drogodependencias
- Las normas jurídicas limitan a UDI's el acceso a : atención sanitaria, información y visualización social del tema.
- Personal de salud (en especial en puerta de emergencia) : carencia de formación en drogas y riesgos asociados.
- No existen materiales preventivos específicos orientado a UDI's

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA INTERVENCIONES PREVENTIVAS

1. Centros de Tratamiento de drogodependencia y sus técnicos y profesionales.

- Sensibilizar y capacitar al personal de los Centros de Tratamiento en la problemática del VIH/SIDA, Hepatitis B - C y otras ITS.
- Elaboración de pautas de atención en relación al uso de drogas inyectables : sus complicaciones y el VIH (infecciosas y no infecciosas).

- Potencializar el acercamiento de los usuarios a estos Centros para información, prevención, derivación al sistema de salud. Estrategia de minimización de riesgos en el marco de la Salud Pública; aunque la meta del tratamiento sea la abstinencia.
- Promover la creación de redes para una atención integral de los usuarios de drogas. Ampliar la gama de posibilidades de atención a la demandas de los usuarios de drogas en relación a su salud.
- Promover la vacunación de hepatitis B en los usuarios de drogas.
- Promover la gestión de riesgos en las relaciones sexuales y en el uso compartido de material de consumo de drogas (canutos, jeringas...)

2. Población usuaria de drogas inyectable y su entorno social.

El inicio temprano en el consumo de drogas nos indica la necesidad de implementar estrategias preventivas en el consumo problemático de drogas en la pubertad y adolescencia. Involucrar y articular las actividades en este sentido del sector salud, del sistema educativo formal y de las organizaciones comunitarias. De manera de alcanzar a las familias, y a los niños/ s y adolescentes insertos en el sistema educativo o fuera de él.

Considerar además del contexto social, los componentes generacionales y de género para el diseño de las comunicaciones, mensajes e intervenciones en la prevención del consumo problemático de drogas.

En este sentido diseñar estrategias en salud orientadas específicamente a esta población de usuarios de drogas inyectables : directa, atractiva, y focalizada en los elementos relevados como de mayor desinformación. Procurando : por un lado desestimular esta vía de consumo, pero por otro lado, aportando información en relación al uso de agujas y jeringas descartables, no compartidas; al cuidado, desinfección y uso individual de toda la otra parafernalia en el consumo inyectables : cuchara, filtro, etc; así como desinfección de la zona de punción; cuando no es posible abandonar esta vía de consumo .

Cuidados ante una sobredosis, endocarditis, etc. Información sobre VIH/ IDA, y la re infección, hepatitis B y C, así como de otras ITS.

Cuidados para evitar un embarazo no deseado. Y uso del preservativo.

Potenciar el papel de las farmacias en la promoción de la salud de esta población. Desarrollar así intervenciones con los farmacéuticos que posibiliten la capacitación y compromiso de este sector. Asegurar la venta de jeringas sin restricciones y la entrega de material de prevención dirigido hacia UDI's que incorporen pautas más seguras de consumo. Sería interesante elaborar un material específico a ser ampliamente difundido por esta vía a los UDIs. (afiches, folletos, paquete de 10 jeringas con material informativo y preventivo, tc).

Distribución de preservativos y jeringas y/o agujas en los grupos más vulnerables en el marco de las intervenciones preventivas, y/o en los centros de salud de las zonas de mayor incidencia en esta problemática.

Cuestionar y resignificar, desde la prevención, la idea de "pareja estable" que esta población maneja para el control de sus riesgos, como práctica segura y confrontarla con la concepción de pareja exclusiva por ambas partes no sólo en las relaciones sexuales, sino en el uso compartido del material de inyección, cuando así lo desean y se comprometen a ello. Siendo en general más operativo en la situación de esta población, el mensaje claro del uso del material de inyección individual así como el uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales.

Trabajar la visión social criminalizadora que se tiene del usuario de drogas, que obstaculiza todo diseño de estrategias en salud para esta población; conduciendo a la misma a situaciones de aislamiento, de utilización por parte del grupo, de medidas de cuidado de su salud muchas veces de alto riesgo, entrada tardía al sistema de salud impidiendo la atención temprana y oportuna ante diversas patologías a que se ven expuestos/ as y por tanto de consecuencias graves para el pronóstico de las mismas, como el caso del VIH/ SIDA.

Necesidad de utilizar los espacios de acercamiento al sistema de salud y/ o a tratamiento por el consumo de drogas para medidas de reducción de riesgos, ya que son momentos privilegiados sea porque han llegado a una situación de riesgo que les preocupa o porque padecen una afección específica por no utilización de determinadas medidas sanitarias.

Incorporar en los equipos de prevención con esta población a usuarios de drogas inyectables comprometidos con estas medidas de reducción de daño, de manera de que puedan difundir medidas preventivas. Necesidad de contar con un material accesible en lenguaje y códigos de los UDIs, para que puedan distribuirlo entre sus pares, con pautas preventivas focalizadas.

Mejorar la capacitación de los profesionales de la salud, en especial de los servicios de emergencia, salud mental y los que trabajan en el tratamiento y/o prevención del VIH/SIDA y en el tratamiento por el consumo de drogas.. Las instancias relatadas de "buena" atención por parte de los entrevistados, son una llave para mantener al usuario dentro del sistema.

Necesidad de conocer la prevalencia e incidencia del VIH, Hepatitis B y C en esta población, articulando así medidas entre los centros de tratamiento a usuarios de drogas y el sistema de salud y de atención a personas con VIH/SIDA y/o ITS.

Facilitar la vacunación de la hepatitis B en esta población.

Necesidad de sensibilizar a las esferas judicial, parlamentarios y policial en relación a las normas jurídicas que obstaculizan el acercamiento de esta población al sistema de salud. Revisar la obligatoriedad de las notificaciones de manera de que no se entrecrucen los registros sanitario y de control policial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadie, R. Art. "No compartirás : el nuevo mandamiento de la prevención en los tiempos del SIDA. Gestión del riesgo de VIH en los consumidores de drogas intravenosas". *Sidas y drogas. Un desafío a la salud en el Cono Sur*. ONUSIDA, IDES. Ed. Latina, 1999, Montevideo.

Abadie, R. "Historia de picos" *Narrativas sobre el consumo de drogas intravenosas en los tiempos del Sida*. Montevideo, 2000.

Bayce, R. "El estigma de la droga : particularidades y rasgos comunes en el caso uruguayo" comp. Hopenhayn, M. *La grito de las drogas : desintegración social y políticas públicas en América Latina*, Naciones Unidas. Chile, 1997.

Benia, W. "Consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay : Consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados, en jóvenes uruguayos, 1998" *Observatorio Uruguayo de Drogas*, JND. Uruguay, 1999.

Benia, W. Contreras, M. y Echeveste, L. *Encuesta Nacional de Prevalencia sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas*, Area Investigación Epidemiológica. Junta Nacional de Drogas, Montevideo, 1998.

Buning, Ernst, "La estrategia de reducción de daños frente al Sida entre los usuarios de drogas en Holanda" P.263. *Revista Adicciones* 1995, Volúmen 7, Número 3, España.

Castaño Pérez, G.A. "Drogas en América latina y los programas de reducción del daño" *Rev. Adicciones* Vol,11, N° 4. España 1999.

Contera, M. "Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Uruguay : Perfil epidemiológico de los consumidores de drogas atendidos en centros de tratamiento. Montevideo 1998", *Observatorio Uruguayo de Drogas*, Junta Nacional de Drogas. Uruguay, 1999.

Inchaurreaga, S.; Siri, P. "Uso de drogas inyectables y VIH en Rosario (Argentina) Fundamentos para la reducción de daños". *Rev. Adicciones* Vol11, N°4. España, 1999.

Lacoste, Jesús A. Editorial "¿Sirven los programas de intercambio de jeringuillas ? P.121. *Revista Adicciones* 1996, Volumen 8, Número 2, España

Lacoste, Jesús A. "Reducción de daños y riesgos : una respuesta de Salud Pública a la Infección por VIH entre usuarios de drogas" P.299 - Monográfico Drogas y Sida, coord. por J.A.Lacoste. *Revista Adicciones*, 1995, Volumen 7, Número 3, España.

Nakken, Craig. *La personalidad adictiva* Fundacion Hazelden 1999. Ed. Diana. Mexico

Míguez, H; Grimson, R. *Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenoso* Fundación Proyecto de Vida. Bs.AS.,1997.

Miguez, H. 1ª *Encuesta Nacional de Prevalencia sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas*, Junta Nacional de Drogas. Montevideo, 1994.

Pouy, A. J Triaca, *Drogas. clínica y psicopatología del uso indebido de sustancias psicoactivas*. Vintén Editor. Montevideo, Mayo de 1995.

Programa Municipal DST/AIDS SAN VICENTE-MS. Material de distribución *Manual de Instrucciones* Material producido con la asesoría técnica de IEPAS.

Red Latinoamericana de reducción de daños (RELARD) *Conviver* – Informativo Número 1. Abril 1998.

Rhodes, Tim y Stimson, Gerry V. *Guía para la Valoración y Respuesta rápida sobre el uso de drogas endovenosas (UDE-VRR)*. Organización Mundial de la Salud (OMS); Programa de Abuso de Sustancias; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. Versión Febrero 1998.

Romero Sonia, er “Aproximación Antropológica a los Consumos Adictivos” Ponencia en Congreso Chileno de Antropología, Temuco 9 al 13 de noviembre 1998.

Romero, S. "Consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay: Perfil sociocultural y motivaciones para el consumo de drogas. Estudio cualitativo en un centro de rehabilitación de Montevideo. Uruguay, 1998" *Observatorio Uruguayo de Drogas*, JND. Uruguay, 1999.

Stocco, Paolo. “Identidad femenina, entre el riesgo y la protección” *Adicciones* Vol.10, nº2, 1998.

Stimson, G. Des Jarlais, C. Ball, A. Editores. “Drug injecting and HIV infection” *Social aspects of AIDS*. World Health Organization. 1998, USA.

Wallace, Santiago *Consumo de Drogas y VIH/SIDA. Representaciones y prácticas sociales* Eudeba Universidad de Buenos Aires – LUSIDA (Proyecto de Control de SIDA y ETS- Ministerio de Salud de la Nación), junio 2000.

Inchaurraga, Silvia (compiladora) Buning,E; Mesquita,F; O’Hara,P; y otros *en Drogas y Políticas Públicas: El Modelo de Reducción de Daños* Centro de Estudios Avanzados en Drogodependencia y SIDA; Universidad Nacional de Rosario.Argentina, Edición Propuesta Gráfica, noviembre 1999.