



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Adriana Duran

[adrianaduran1963@gmail.com](mailto:adrianaduran1963@gmail.com)

Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/ sida en la Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

**Director de Tesis**

Marcio Alazraqui

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173268>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Duran, Adriana (2014). *Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/ sida en la Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Duran\\_A\\_Mitos\\_2014.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Duran_A_Mitos_2014.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



www.unla.edu.ar  
www.repositoriojmr.unla.edu.ar  
repositoriojmr@unla.edu.ar



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
11ª Cohorte /2008-2010

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER**

**TÍTULO**

Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina:  
una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres

**MAESTRANDA**

Adriana Durán

Médica

**DIRECTOR**

Doctor Marcio Alazraqui

**FECHA DE ENTREGA**

Diciembre de 2014

Lanús, Argentina

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
11ª Cohorte /2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

## TÍTULO

Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina:  
una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres

## MAESTRANDA

Adriana Durán

Médica

## DIRECTOR

Doctor Marcio Alazraqui

## INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr Mabel Bianco

Dra. Anahí Sy

Lic. Carlos Guevel

## FECHA DE APROBACIÓN

16/11/2015

## CALIFICACIÓN

9 (nueve)

A los compañeros y compañeras de trabajo de todos estos años.

A Rubén, Santi y Luisi

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin los aportes de todos los equipos con los que compartí distintos espacios de trabajo. Quiero transmitir un agradecimiento especial a Hugo Spinelli por el empuje inicial en la tutoría y a Marcio Alazraqui por su ayuda y acompañamiento hasta las instancias finales. A Goyo Giovacchini y Teresa Varela de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación por su ayuda en la interpretación de los datos del SIVILA. A Claudio Bloch y Marcelo Vila porque me enseñaron a mirar la epidemia más allá de los números. A María Laura Carones (Malala) por su colaboración en la corrección del texto. A Silvana Weller por sus aportes fundamentales en la revisión final. A los compañeros de la 11° Cohorte y a los docentes por dos años inolvidables de aprendizaje colectivo.

## RESUMEN

El proceso de feminización de la epidemia de VIH-sida en Argentina, suele ser atribuido casi exclusivamente a un aumento en el número de mujeres infectadas por cuestiones vinculadas a la vulnerabilidad de género. Sin embargo, datos de fuentes epidemiológicas muestran que la universalización del testeo en el embarazo, en el marco de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal del VIH, ha favorecido el diagnóstico en la población femenina. En este estudio se utilizaron fuentes de la vigilancia epidemiológica para demostrar, a través de variaciones de la razón hombre/ mujer, algunos aspectos del vínculo entre la condición de género y la epidemia de sida en Argentina. Las variaciones en la representatividad de los sexos según la instancia de diagnóstico de VIH muestran diferencias que podrían vincularse a un acceso diferenciado al sistema de salud. Los resultados muestran claramente el predominio de los varones en la población fallecida por sida y entre aquellos con diagnóstico en etapas avanzadas de la infección. Las embarazadas y mujeres en edad fértil predominan en la población que realizó el test diagnóstico mientras que en el grupo con diagnóstico temprano de VIH predominan las mujeres pero solo en la adolescencia. Estos resultados abonan la hipótesis de que la universalización del testeo en embarazadas, en un marco de priorización de la salud materno infantil, ha favorecido el diagnóstico oportuno y una menor progresión a sida y muerte en la población femenina en edad fértil. La demostración de una mayor mortalidad por sida en los varones y de una menor accesibilidad al diagnóstico oportuno de VIH expone los matices inherentes al concepto de vulnerabilidad analizado aquí como una condición dinámica, gradual y no permanente donde la generalización de la categoría de “los hombres” o “las mujeres” parece al menos un reduccionismo a la hora de definir las condiciones de vulnerabilidad de la población, al VIH en particular y a otros aspectos del proceso de salud-enfermedad en general.

Palabras claves: feminización - VIH-sida - vulnerabilidad - riesgo

## ABSTRACT

The feminization of HIV-AIDS epidemic in Argentina, is usually attributed almost exclusively to an increase in the number of women infected with issues related to gender vulnerability. However, epidemiological data sources show that the universal testing in pregnancy, as part of strategies for prevention of mother to child HIV transmission, has favored the diagnosis in the female population. In this study the surveillance sources were used to demonstrate, through variations of the male / female relationship , some aspects of the link between gender condition and the AIDS epidemic in Argentina. The variations in the representation of the sexes in the instances of HIV diagnosis show differences that could be linked to a differential access to health care. The results clearly show the predominance of males in the population died from AIDS and among those diagnosed at advanced stages of infection. Pregnant women and women of childbearing age predominate in the population who performed the diagnostic test while women predominate in the group with early diagnosis of HIV but only in adolescence. These results support the hypothesis that universal testing for pregnant within a framework for prioritizing maternal and child health, has favored early diagnosis and less progression to AIDS and death among women of childbearing age. The demonstration of an increased AIDS mortality in men and less accessibility to timely diagnosis of HIV , exposes the nuances inherent to vulnerability concept used here as a non permanent, dynamic and gradual condition. The generalization of the category of "men "or" women "seems at least a reductionism in defining the vulnerability conditions of the population, for HIV in particular and for another aspects of the health-disease process.

Key words: feminization - HIV-AIDS - vulnerability - risk

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de la población de Argentina según situación serológica para el diagnóstico de la infección por VIH .....17

Figura 2: Relación hombre/mujer de la población argentina, según instancia del proceso diagnóstico de la infección por VIH .....18

## LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Razón hombre/mujer de la población con diagnóstico de infección por VIH según grupo etario, Argentina, período acumulado 2001-2010. ....	40
Gráfico 2: Razón hombre/mujer en la población con diagnóstico de infección por VIH según edad, Argentina, 2001-2010 .....	42
Gráfico 3: Razón hombre/mujer de la población con sida al momento del diagnóstico según grupo etario, Argentina, período acumulado 2001-2010. ....	44
Gráfico 4: Razón hombre/mujer en la población con sida al momento del diagnóstico según edad, Argentina, 2001-2010. ....	45
Gráfico 5: Razón hombre/mujer de la población fallecida por sida según grupo etario, Argentina, período acumulado 2001-2010.....	46
Gráfico 6: Razón hombre/mujer de las personas fallecidas por sida según edad, Argentina, 2001-2010.....	47
Gráfico 7: Tasas de mortalidad por sida x 100.000 habitantes según sexo y edad Argentina, 2001-2010.....	48
Gráfico 8: Tendencia en la tasa de mortalidad por sida según grupo etario en varones, Argentina 2001-2010.....	49
Gráfico 9: Tendencia en la tasa de mortalidad por sida según grupo etario en mujeres, Argentina 2001-2010. ....	49
Gráfico 10: Razón hombre/mujer de la población testeada para VIH según edad, Argentina, período acumulado 2001-2010. ....	50
Gráfico 11: Número de personas testeadas según sexo e instancia de diagnóstico de VIH y muerte por sida, Argentina, 2008-2010.....	52
Gráfico 12: Razón hombre/mujer de la población argentina, según instancia de diagnóstico de la infección por VIH y muerte por sida, Argentina 2008-2010.....	52
.....	52

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Razón hombre/mujer de las personas con diagnóstico de infección por VIH, Argentina, 2001-2010 .....	41
Tabla 2: Razón hombre/mujer de las personas con sida al momento del diagnóstico según edad, Argentina, 2001-2010 .....	43
Tabla 3: Razón hombre/mujer de las personas fallecidas por sida según edad, Argentina, 2001-2010. ....	46
Tabla 4: Tasas de mortalidad por sida según sexo y edad por 100.000 habitantes, Argentina, 2001-2010. ....	48
Tabla 5: Razón hombre/mujer de las personas que realizaron el test diagnóstico para VIH según edad, registradas en el SIVILA en jurisdicciones seleccionadas de Argentina, 2009-2011. ....	51
Tabla 6: Distribución global de mujeres embarazadas y no embarazadas testeadas para VIH y registradas en el SIVILA en jurisdicciones seleccionadas de Argentina, 2009-2011. ....	51

## LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Distribución de los establecimientos incorporados al SIVILA que se utilizaron como fuente según año de carga de datos y jurisdicción de pertenencia. ....	37
---	----

## LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIVILA: Sistema de Vigilancia Laboratorial

PSEA: Proceso de Salud-Enfermedad-Atención

razón H/M: razón Hombre/Mujer

C.A.B.A: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

FEIM: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer

CePAD: Centros de prevención Asesoramiento y Diagnóstico

DS y ETS: Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

MSAL: Ministerio de Salud

SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo

UA: Unidad de Análisis

V: Variable Individual

VD: Variable Derivada

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud

## CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 Planteo del problema.....	13
1.2 Propósito de la investigación.....	15
1.3 Pregunta de investigación.....	15
1.4 Hipótesis .....	15
1.5 Descripción del mapa conceptual.....	16
1.6 Objetivos generales y específicos.....	19
1.7 Justificación de la relevancia del proyecto.....	20
2. MARCO TEÓRICO: SOBRE LA VULNERABILIDAD Y EL RIESGO.....	26
3. METODOLOGÍA.....	35
3.1 Diseño general del estudio.....	35
3.2 Población del estudio.....	35
3.3 Fuentes de datos.....	35
3.4 Matriz de datos: unidad de análisis, variables y valores.....	38
3.5 Análisis de los datos .....	39
3.6 Aspectos éticos .....	39
4. RESULTADOS.....	40
5. DISCUSIÓN.....	53
6. CONCLUSIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS .....	74

## ANEXOS

ANEXO A - Ficha de notificación de caso de VIH-sida .....	74
ANEXO B - Población de Argentina según sexo y edad. Argentina 2001-2010 .....	76
ANEXO C - Notificaciones de personas con diagnóstico de infección por VIH según sexo y edad y razón hombre/mujer. Argentina 2001-2010 .....	77
ANEXO D - Notificaciones de personas con sida al momento del diagnóstico de VIH según sexo y edad y razón hombre/mujer. Argentina, 2001-2010.....	78
ANEXO E - Personas fallecidas por sida según sexo y edad y razón hombre/mujer . Argentina, 2001-2010 .....	79

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

## 1.INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteo del Problema

Durante la década de los noventa, la epidemia de VIH/sida en Argentina y en toda América Latina se caracterizó por un proceso de feminización. Este concepto de creciente utilización en las ciencias sociales, describe procesos en los cuales se registra un incremento en la presencia de las mujeres (Jimenez Rodrigo , 2010).

Como categoría analítica e interpretativa de procesos sociales, presenta gran utilidad en los estudios de género, ya que implica analizar y preguntarse sobre el significado de la sobrerrepresentación de las mujeres. En el campo del VIH/ sida, se utiliza para describir un aumento en el número de casos de mujeres infectadas o una disminución de la razón hombre/mujer en aquellas regiones en las que, inicialmente, la epidemia estuvo concentrada en la población masculina (UNAIDS, 2008). El concepto de feminización surgido del campo de la vigilancia epidemiológica, se expandió pronto en los medios de comunicación y su difusión ha permitido ampliar las posibilidades de interpretación del problema (Chavez Lima , 2008). Sin embargo, la circunscripción del concepto al campo científico y político-institucional de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales no ha conseguido la penetración necesaria en la población general, como para problematizar claramente la situación de las mujeres y el VIH ( Chavez lima, 2008) .

Aunque los determinantes del proceso de feminización en nuestro país no han sido aún bien caracterizados, surgen fuertemente, desde el feminismo, explicaciones basadas fundamentalmente en la vulnerabilidad de género. Aceptar este único discurso implicaría victimizar a las mujeres y visibilizarlas como las únicas damnificadas por la subordinación de los imperativos sociales de género, y dejaría de lado el enfoque relacional que requiere el abordaje de esta perspectiva ( Knauth y Ceres Gómez , 2009).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Si bien la perspectiva de género ha sido una contribución valiosa en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA), la tendencia en los llamados “estudios de género” ha sido la de focalizar su interés en procesos específicos, generalmente vinculados a la salud reproductiva y a determinados tipos de violencia. La ausencia de un enfoque relacional en estos estudios ha limitado el abordaje de la relación entre géneros y de las dimensiones económicas, políticas y culturales que, a pesar de incidir de manera drástica en el comportamiento tanto de hombres como de mujeres, habitualmente son dejadas en segundo plano detrás de la dimensión exclusiva de género (Menéndez, 2006). Quizás este enfoque estuvo inicialmente justificado en la necesidad de empoderamiento de las mujeres frente al machismo de las instituciones patriarcales. De esta manera, la visibilización casi exclusiva de los procesos femeninos evitó que la inclusión de los datos sobre la salud masculina pongan en cuestionamiento los objetivos primordiales ( Menéndez, 2006).

Sin embargo, los datos surgidos de la vigilancia epidemiológica en nuestro país muestran, por el contrario, que la mortalidad por sida es menor entre las mujeres, quienes, a su vez, son mayoritariamente diagnosticadas en etapas más tempranas de la infección ( Dirección de Sida y ETS, 2009; Coordinación Sida,2009). Estos datos podrían reflejar un mayor diagnóstico en la población femenina por un acceso facilitado a servicios de salud insertos en un modelo de masculinidad hegemónica que prioriza lo materno-infantil sin ofertas ni aptitud para absorber, también, la demanda masculina (Gomez Romeu et al 2007).

Este problema de investigación ha sido entonces abordado tomando algunas ideas del enfoque relacional de los PSEA planteado por Eduardo Menéndez (Menéndez, 1990). De acuerdo a este enfoque, se planteó romper con determinados presupuestos que habitualmente sesgan la mirada del investigador, ya sea sobre el problema o sobre los grupos sociales a investigar. Para ello, se utilizaron datos estadísticos y epidemiológicos, como evidencia para cuestionar los presupuestos que, desde la militancia o desde el sentido común, han tratado de explicar la feminización de la epidemia del VIH/sida exclusivamente desde la vulnerabilidad de género, entendida como una asociación meramente femenina en que los varones no son considerados actores significativos.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

## **1.2 Propósito de la investigación**

Esta investigación pretende contribuir al conocimiento sobre las diferentes circunstancias que definen las condiciones de vulnerabilidad de la población, con respecto a los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) tomando como eje el vínculo entre la condición de género y la infección por VIH/sida.

## **1.3 Pregunta de investigación**

¿Hay diferencias en la distribución de la razón hombre/mujer según las distintas instancias del momento del diagnóstico de la infección por VIH que podrían explicar algunos aspectos del llamado proceso de feminización de la epidemia en Argentina?

## **1.4 Hipótesis**

La universalización de la oferta del test de VIH a embarazadas, desde la implementación de las normas de Sida en Perinatología en nuestro país, ha facilitado la accesibilidad al testeo en mujeres, y, por tanto, ha aumentado el número de casos diagnosticados entre la población femenina (OPS, 1999). Este acceso facilitado al diagnóstico de VIH ha contribuido al proceso de feminización de la epidemia en Argentina.

En nuestro país, la única población para la cual se han implementado estrategias de oferta activa de testeo, desde los servicios de salud, es la de las mujeres embarazadas, hecho que probablemente esté vinculado a la priorización de la salud materno-infantil en las políticas públicas.

El predominio de los hombres y de las mujeres fuera de la edad fértil en las estadísticas de mortalidad por sida sustenta la hipótesis de una menor accesibilidad al testeo

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

en condiciones no vinculadas a la prevención de la transmisión vertical del VIH (DEIS, 2013).

En esta investigación se plantea que, si bien la exclusión de las mujeres como foco de las estrategias preventivas favoreció la transmisión heterosexual del VIH, la llamada feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina ha sido fuertemente influenciada por un mayor diagnóstico en las mujeres debido a la implementación de estrategias que priorizan el cuidado de la salud materno-infantil.

La demostración de un mayor índice de masculinidad en etapas avanzadas de la enfermedad y en la tasa de mortalidad por sida, y un índice menor e incluso invertido en la población testeada y en la diagnosticada en etapas tempranas, explicaría algunos aspectos del proceso de feminización de la epidemia en Argentina por un diagnóstico facilitado en el marco de la priorización de la salud materno-infantil en los servicios de salud.

### **1.5 Descripción del mapa conceptual**

La Figura 1 muestra, esquemáticamente, la hipótesis que guió esta investigación. De acuerdo a los datos epidemiológicos disponibles, el 50% de la población argentina realizó, alguna vez, el test diagnóstico para VIH ( Jorrat, 2008). Por lo tanto, hay un porcentaje de personas, dentro de las que no se testearon, que están infectadas pero desconocen su estatus serológico. Este grupo no formó parte de la población objetivo.

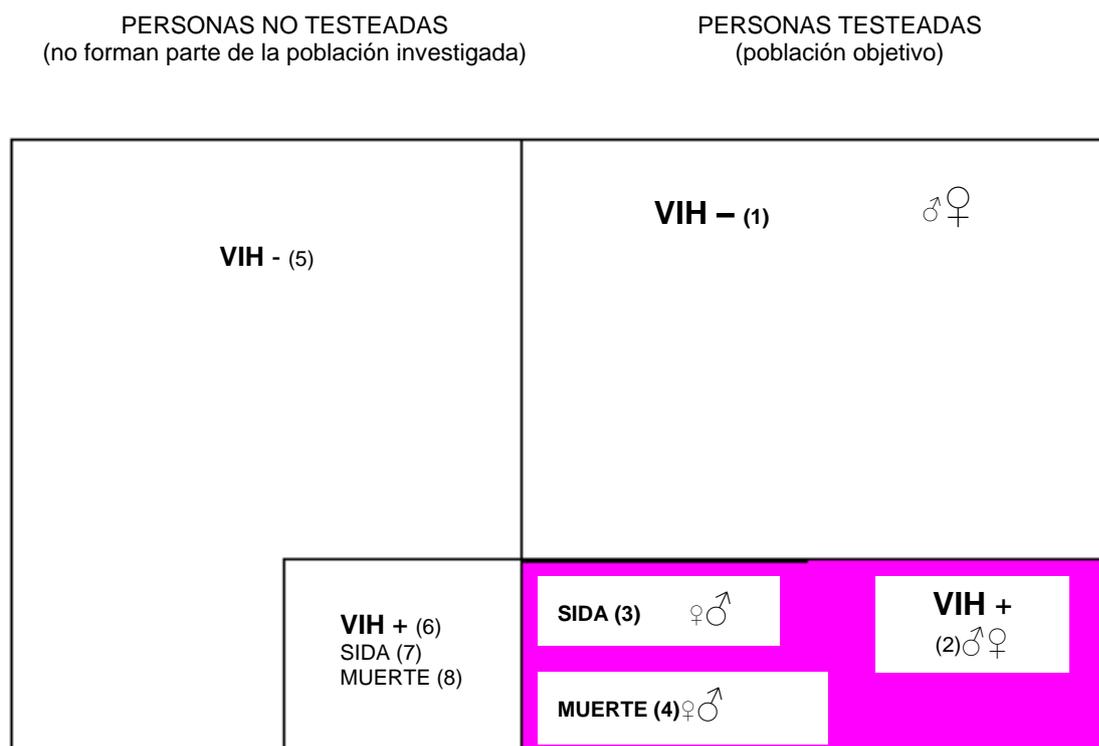
La población objetivo de esta investigación está constituida por las personas que desde el principio de la epidemia y hasta 2010, realizaron el test de VIH y conocen su diagnóstico.

En la misma figura se describen de forma conceptual los grupos en los que se divide a la población respecto del conocimiento y resultado de la serología para el diagnóstico de la infección por VIH.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Figura 1

Distribución conceptual de la población de Argentina según situación serológica para el diagnóstico de la infección por VIH . Argentina 2010



Fuente: Elaboración propia

Nota:

- (1) : Grupo de personas testeadas no infectadas
- (2) : Grupo de personas infectadas con diagnóstico en etapa asintomática
- (3) : Grupo de personas infectadas con diagnóstico en etapa sintomática
- (4) : Grupo de personas fallecidas por sida
- (5) : Grupo de personas no infectadas no testeadas
- (6) : Grupo de personas infectadas no diagnosticadas
- (7) : Grupo de personas con sida no diagnosticadas
- (8) : Grupo de personas fallecidas por sida no diagnosticadas

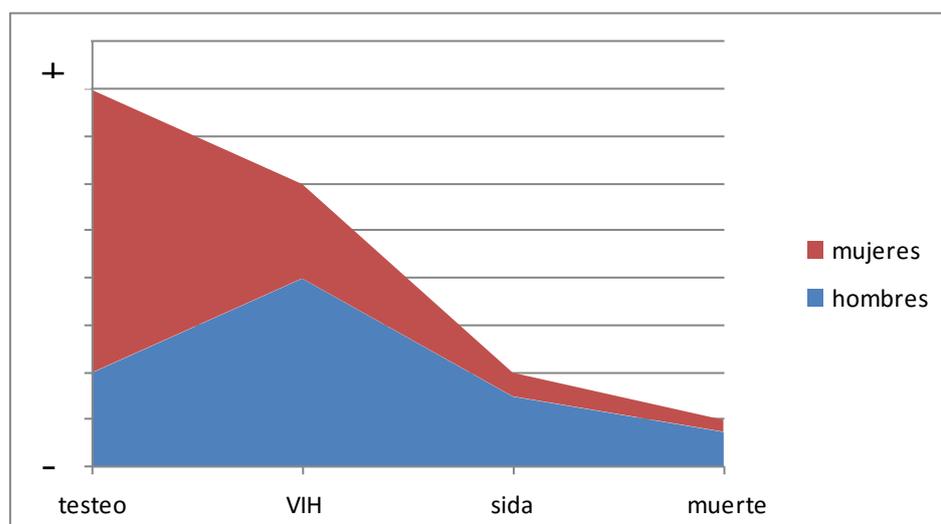
Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

En la Figura 1 se propone que la razón H/M cambia de acuerdo a las distintas instancias diagnósticas. La diferencia de tamaño entre los símbolos de lo masculino (♂) y lo femenino (♀) están planteando, esquemáticamente, que las mujeres predominan en la población no infectada que accede al testeo (grupo 1) y tienden a equipararse en la población infectada que se diagnostica en etapas tempranas o asintomáticas de la enfermedad (grupo 2), mientras que los hombres predominan en etapas de diagnóstico tardío o sida (grupo 3) y en la población que fallece por sida (grupo 4). Los grupos 5 y 6 corresponden a las personas no testeadas y por lo tanto la información con respecto a la distribución por sexo es desconocida.

La Figura 2, muestra como variarían la proporción de hombres y mujeres en las distintas instancias diagnósticas, de acuerdo a la hipótesis planteada en esta investigación.

Figura 2

Relación hombre/mujer de la población argentina, según instancia del proceso diagnóstico de la infección por VIH. Argentina 2010



Fuente: Elaboración propia

Nota: Instancias diagnósticas en el gráfico: 1 = testeo, 2 = VIH (diagnóstico con infección asintomática), 3 = sida (diagnóstico con enfermedad avanzada), 4 = muerte

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Si bien la distribución de casos es ficticia, lo que la Figura 2 pretende mostrar es que en la etapa de testeo hay más mujeres que hombres, en la etapa de diagnóstico temprano (población asintomática) los hombres superan levemente a las mujeres y en la etapa de diagnóstico tardío (sida o muerte) predomina francamente la población masculina.

### **1.6 Objetivo general**

Analizar si la condición de ser hombre o mujer incide en la posibilidad de morir de sida en Argentina y si la facilitación del diagnóstico de VIH en la población femenina puede haber impactado en el proceso de feminización de la epidemia .

### **1.6 Objetivos específicos:**

- Describir la razón hombre/mujer en la población argentina con diagnóstico de infección por VIH, estratificada por edad durante el período 2001-2010.
- Identificar diferencias en la razón H/M en el subgrupo con diagnóstico tardío (estadio sida), estratificado por edad.
- Describir diferencias en la tasa de mortalidad por sida, según sexo durante el período 2001-2010
- Describir las características demográficas de la población argentina que realizó el test de VIH en algún momento durante el período 2001-2010 y evaluar qué porcentaje corresponde a mujeres embarazadas

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

### **1.7 Justificación de la relevancia del proyecto**

La justificación para la realización de esta investigación puede plantearse desde distintas perspectivas.

En lo personal, surge de la recuperación de mi propia historia como médica, cuando como residente de un hospital público asistía la emergencia del sida como un evento nuevo y desconcertante y para el cual no había adquirido conocimientos durante mi formación de pregrado. La impotencia de ver morir, cotidianamente, a gente joven afectada por el virus, en una etapa de la formación dominada por la omnipotencia de curar, motivó un interés particular por esta enfermedad, que se tradujo en una dedicación, casi exclusiva, por los siguientes veinte años.

Durante este período se sucedieron distintas etapas. Un inicio marcado por la dedicación a los aspectos biomédicos, desde la asistencia y desde la investigación clínica asistiendo al surgimiento de fármacos que cambiaron drásticamente el curso inicial, e inevitablemente letal, de esta epidemia.

Sin embargo, los avances vinculados a los aspectos biomédicos no alcanzaron para definir una respuesta global desde la salud pública, por lo que la profundización en el conocimiento de los determinantes sociales de la salud ocupó rápidamente mi centro de interés. En aquel momento hablar de determinantes en sida implicaba hablar de “factores de riesgo”, concepto vinculado fuertemente al campo de la epidemiología.

La formación de posgrado en el área epidemiológica, aunque focalizada en las herramientas de análisis cuantitativo, me permitió profundizar en la interpretación del concepto de riesgo. La epidemia de VIH planteó el marco propicio para una revisión conceptual del riesgo y para el cuestionamiento de los paradigmas dominantes en torno a los determinantes de las enfermedades crónicas.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2014

El paso por la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, en la Universidad Nacional de Lanús, fue crucial para ampliar el entendimiento de los procesos de salud en el marco del concepto de “salud colectiva”, entendida, al decir de Jaime Breilh , como una herramienta de los *sin poder* o de los que teniendo algún poder intentan ejercerlo de forma democrática ( Breilh,1998).

En este marco, la incorporación de herramientas de análisis de las ciencias sociales y los aportes claves, durante los seminarios de la Maestría, de autores como Ayres, en la conceptualización de riesgo y vulnerabilidad (Ayres,2005); Menéndez, en el enfoque relacional de la investigación en general y de los estudios de género en particular ( Menéndez, 2006 ); Diez Roux, en la propuesta de inclusión de variables de contexto para el análisis multinivel (Diez Roux, 2008); Almeida Filho, en la revalorización del sustrato epidemiológico como herramienta de gestión (Almeida Filho, 2007 ) y otros, determinaron los pilares del diseño de esta investigación.

La posibilidad de utilizar mi experiencia en los temas vinculados a la vigilancia epidemiológica del VIH en nuestro país, analizando información de distintas fuentes y por diversos métodos, me da la oportunidad de jerarquizar y revalorizar el sentido de mi trabajo tomando como modelo una enfermedad con alto contenido metafórico, según la conceptualización de Susan Sontag (1988). Desde esta perspectiva, el planteo de esta investigación aporta a la revisión del concepto de riesgo y vulnerabilidad a través de una enfermedad que pone a las personas en evidencia como pertenecientes a grupos de riesgo distintos de la población general .

Desde una concepción amplia de la epidemiología, surgen tres argumentos para la realización de esta investigación. En primer lugar, la necesidad de jerarquizar el rol del sustrato epidemiológico en el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención, visto como componente fundamental de la descripción de estos procesos en su totalidad. El segundo se apoya en la propuesta de incorporar a los hombres como actores necesarios de los estudios de género cuando se pretende hacer un abordaje integral del problema. Por último, el deseo de poder visualizar, sin prejuicios, aquellos factores que determinan la vulnerabilidad

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

de género a fin de optimizar la dirección de las estrategias preventivas en el marco de las políticas públicas.

Siguiendo estos ejes, comenzaremos por describir los datos epidemiológicos que sustentaron la idea de realizar esta investigación.

Desde el año 1983, en el que se reportó el primer caso de sida en Argentina y hasta 1987, la distribución de los casos de sida según sexo estaba concentrada predominantemente en hombres. En ese mismo año se diagnosticó el primer caso de sida en mujeres y la razón hombre/mujer fue de 92/1. Para el año 2001, la razón hombre/mujer había descendido a 1,9/1 (Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS, 2003). La tasa de infección en mujeres ha crecido en nuestro país de 1,3/100.000 habitantes en 1991 a 9,5 por 100.000 habitantes en 2005, con una tendencia a la estabilización en los últimos años (Dirección de Sida y ETS, 2008). En el análisis de estas tendencias hay que considerar los cambios en la forma de notificación, ya que hasta diciembre de 2000 solo eran notificados los casos de sida y recién en enero de 2001 se incorporó la notificación de infección asintomática por VIH (Dirección de Sida y ETS, 2008).

Estos datos, coincidentes con los de otros países de Latinoamérica (UNAIDS, 2008), justifican la descripción de una epidemia feminizada, hecho vinculado no solo a factores biológicos sino también socioculturales y políticos. Desde lo biológico, existe una mayor predisposición de las mujeres para contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Esta afirmación se sustenta en estudios que demuestran que la tasa de transmisión del VIH de hombre a mujer es de 2 a 4 veces más alta que de mujer a hombre, probablemente debido a la mayor superficie de exposición mucosa y al alto inoculo de virus en el semen (Siveyra, 2002).

Sin embargo, más allá de las razones biológicas se plantean otros factores que podrían determinar una mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH, entre ellos, la ausencia de estrategias preventivas específicas.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2014

El paradigma de los grupos de riesgo, que predominó en los inicios de la epidemia, promovió una falsa sensación de inmunidad entre aquellas personas no pertenecientes al grupo de varones homosexuales o de usuarios de drogas inyectables. Desde esta perspectiva no se consideraron en riesgo las mujeres y varones heterosexuales que no usaban drogas.

Este aspecto es expresado, claramente, por el director de la Coordinación Sida del Gobierno de la CABA, que en diciembre de 2002 decía: “La aplicación acrítica del patrón epidemiológico de los países del Norte al resto del mundo tuvo como consecuencia –no casualmente– que las mujeres no fueran consideradas una prioridad en la definición de las políticas públicas de prevención del VIH-sida” (Bloch ,2002 pp.13).

Estas consideraciones son fundamentales si asumimos algunos modelos de creencias en salud que sostienen que hay cuatro percepciones relevantes para aceptar las intervenciones médico-sanitarias: la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras. Los individuos que no se consideran susceptibles son reacios a adoptar las medidas preventivas propuestas (Bastos FI & Szwarcwald CL 2000).

El concepto de comportamientos de riesgo, introducido para reducir el carácter discriminatorio de la denominación de grupos de riesgo, impuso secundariamente la idea de culpabilidad individual para sostener las estrategias preventivas (Guedes do Nascimento, 2003).

Desde esta perspectiva, los programas preventivos basados en la promoción de estrategias de cuidado de carácter individual no han alcanzado el impacto esperado en términos del control de la epidemia, probablemente y en parte debido a la falsa creencia de que todas las personas pueden decidir e incorporar las prácticas de cuidado. La sociedad patriarcal predominante está caracterizada desde su inicio por la asimetría de poder entre hombres y mujeres; en este esquema los privilegios de los primeros también incluyen factores ligados a las prácticas sexuales, como lo es la poligamia (Beauvoir, 1949). En este sentido, la misma cultura patriarcal que promueve la monogamia y la fidelidad recíproca, como estrategia

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

primaria de control del sida, exige que las mujeres adhieran a esta norma, pero tolera tácitamente que los hombres no la respeten.

De hecho, la detección de infecciones en mujeres embarazadas monogámicas sugiere que muchas de ellas se infectan de sus compañeros estables o maridos. Las cualidades atribuidas a las mujeres, en el marco de la referida cultura patriarcal, limitan la propuesta del uso de preservativo a sus parejas masculinas (Laski,1997). Así, los programas de prevención del VIH promueven que las mujeres asuman la responsabilidad de prevenir tanto los embarazos no deseados como las infecciones de transmisión sexual sin tener en cuenta que muchas mujeres apenas pueden decidir cuándo, con quién y cómo tener sexo.

En nuestro país, las campañas dirigidas a mujeres se han focalizado, desde el comienzo, en promover estrategias para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y no específicamente en la salud de la mujer.

Según un informe de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (Bianco, Mariño & Re, 2008), la disminución de la brecha entre varones y mujeres infectados por el VIH constituye un indicador de la vulnerabilidad de las mujeres, debido a desigualdades de género que llevan a que sus compañeros sexuales no usen preservativo . La menor edad de las mujeres al momento del diagnóstico permitiría inferir, según este informe, que las mujeres adolescentes y jóvenes se infectan porque tienen relaciones heterosexuales con hombres que las superan en edad.

Sin embargo, podemos pensar también, que la universalización de la oferta de testeo en embarazadas como estrategia de prevención de la transmisión perinatal del VIH podría haber facilitado la detección temprana en mujeres y contribuir, de este modo, a la llamada feminización de la epidemia. Bajo esta hipótesis, las cuestiones ligadas a la protección de la maternidad favorecen el diagnóstico precoz de las mujeres y la menor mortalidad por sida.

En este sentido, los datos de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD), creados por la Coordinación Sida para facilitar el acceso al testeo voluntario , mostraban en 2008 que más del 60% de la población testada correspondía a embarazadas (Coordinación Sida , 2009).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Entonces, es válido reflexionar si las políticas públicas implementadas hasta ahora protegen a las mujeres como sujetos de derecho o están dirigidas a la protección de los hijos de esas mujeres, consideradas casi exclusivamente en su rol de madres.

Los datos que describen la situación de la epidemia cuando incluimos a los hombres como actores necesarios en esta perspectiva de género muestran una clara situación de desventaja en términos de morbi-mortalidad por esta causa ( Duran et al, 2012).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

## 2. MARCO TEORICO: SOBRE LA VULNERABILIDAD Y EL RIESGO

Almeida Filho (1992) describió el carácter positivista de la epidemiología convencional en la tendencia a buscar leyes generales que permitan establecer asociaciones entre variables para definir causalidad. Ante las dificultades para establecer causalidad, la epidemiología moderna se ha estructurado, entonces, en torno al concepto de riesgo, equiparándolo al concepto matemático de probabilidad, al definirlo como “la probabilidad de que uno de los miembros de una población definida desarrolle una enfermedad en un período determinado de tiempo”.

La clasificación de las teorías epidemiológicas según el paradigma dominante en cada etapa histórica ubica a la epidemiología del riesgo en la segunda mitad del siglo XX desplazando a la teoría del germen (Urquía, 2006). La teoría epidemiológica del riesgo, que se caracterizó por el abordaje multicausal de las enfermedades no infecciosas, continúa siendo la teoría dominante aunque cuestionada tanto por las corrientes socioculturales como por las biologicistas (Urquía, 2006).

En su trabajo de revisión de las publicaciones de *American Journal of Hygiene*, Ayres encontró que el concepto de riesgo ya se encuentra esbozado, con un neto carácter discursivo, en la epidemiología de 1920. Mencionado como un elemento calificador del conjunto argumentativo, el riesgo busca delimitar fenómenos que a su vez permitan definir poblaciones vinculadas a un determinado problema. Desde esta perspectiva, el autor concluye que, el concepto de riesgo que siempre aparece como consecuencia de la emergencia de las enfermedades crónicas, ya estaba plenamente instalado en el discurso epidemiológico cuando éstas eclosionan (Ayres, 2005a).

Ayres (2002) interpreta que, desde el punto de vista discursivo, el concepto de riesgo ha sido uno de los más influyentes en los diálogos contemporáneos de salud. Según este autor, esta posición privilegiada obedece al éxito alcanzado en tres áreas.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

En primer lugar, permitió extender el significado de la enfermedad más allá de los límites del cuerpo, donde un factor ambiental cualquiera, por su asociación probabilística con una cierta agresión a la salud, ya puede ser visto como un daño, aun antes de materializarse en el cuerpo.

En segundo lugar, el concepto de riesgo fue capaz de realizar esa extensión ambiental de raciocinio patogénico a través de un riguroso manoseo de regularidades, trabajando productivamente con un tipo determinado y relevante de expresiones tales como “saber cómo”, “siempre que”, “entonces” y otras similares. Además de que ese tipo de inferencias que posibilitan un riguroso control científico, responden muy bien a las necesidades de producción preñadas de tecnología para la intervención.

Por último, el abordaje del riesgo retraduce continuamente la interpretación de sus límites como necesidad de un “saber cómo” aun más riguroso; esto es, haciendo coincidir toda idea de logro práctico con una infinita búsqueda de control técnico. Si lo que se sabe sobre una asociación de riesgo es poco, o lo que se sabe no permite intervenciones muy eficaces, se parte para el control técnico de los factores que se asocian regularmente al mal resultado. Siempre el argumento sobre el *cómo* hacer pesa más sobre el *qué* hacer. Pero Ayres también describe cómo, desde fuera de la epidemiología, van a surgir periódicamente cuestionamientos sobre el sentido de estos constructos (Ayres ,2002).

Los límites implícitos en la supeditación del concepto de logro práctico a las dimensiones eminentemente técnicas se han experimentado recientemente, por ejemplo: con la eclosión de la epidemia de VIH por circunstancias relacionadas con la propia epidemia, se tornó visible hasta dónde podían llegar los éxitos técnicos de las estrategias de conocimiento/intervención apoyadas en el concepto de riesgo y dónde comenzaban las exigencias de logro práctico que se escapaban de sus dominios (Ayres, 2002).

El sida demostró, en la práctica, el hecho de que el control de una epidemia constituye para los sujetos afectados o afectables un horizonte normativo muy poco claro mientras que, el proyecto de felicidad vinculado, por ejemplo, a vivencias de sexualidad es mucho más cercano (Ayres, 2002).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Es en este contexto que el concepto de vulnerabilidad, oriundo del campo de los derechos humanos, va a integrarse al campo de la salud. Este concepto constituye una forma de ampliar los horizontes normativos de ese campo, más allá de la eficacia técnica. La idea de logro práctico se orienta para un nítido cambio de los horizontes normativos, buscando la subsunción del ideal de control de la enfermedad hacia el de reconocimiento y respeto a las necesidades fundamentales del ser humano (Ayres, 2002).

Sin embargo, justamente era José Ricardo de C.M. Ayres quien en septiembre de 2009, durante un seminario de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad de Lanús, iba a decir: “Fue un poco mi culpa contraponer los conceptos de vulnerabilidad y riesgo, porque la idea era diferenciar y no contraponer”(Ayres, 2009).Lo que Ayres planteaba, y que trataremos de analizar desde su perspectiva, es la vulnerabilidad como idea superadora y no antagónica a la del concepto epidemiológico de riesgo.

Explica Ayres que el concepto de vulnerabilidad surge en el área de la abogacía internacional para designar a grupos de individuos frágiles jurídica y políticamente a quienes era necesario proteger para garantizar sus derechos de ciudadanía . El concepto ampliado al área de salud puede ser considerado como el resultado de progresivas interacciones entre el activismo de las organizaciones sociales ante la epidemia del sida y el movimiento de derechos humanos (Ayres et al 2005b).

Esta idea aparece como un esfuerzo para superar la dicotomía planteada entre “grupos de riesgo” y “población general” a través de la transformación del riesgo individual en una nueva percepción de vulnerabilidad social.

Pero ¿cómo se transitó del concepto epidemiológico de riesgo al de vulnerabilidad? Para responder a esta pregunta tomaremos el *racconto* histórico que describe Ayres en su ensayo sobre “El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud” donde vincula el desarrollo de este concepto con las etapas evolutivas de la epidemia del sida (Ayres et al , 2005 b).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

El concepto operativo de grupos de riesgo, que se difundió rápidamente como categoría ontológica durante los primeros años de la epidemia, no solo no promovió estrategias preventivas eficaces sino que provocó actitudes prejuiciosas y discriminatorias. El aislamiento del virus en 1983 y la diversificación del impacto social caracterizaron el cierre de esta etapa (Ayres et al ,2005 b).

La instalación de la pandemia, sin límites geográficos ni de orientaciones sexuales, fue acompañada por fuertes críticas al concepto de grupos de riesgo, especialmente por el movimiento gay norteamericano, y las estrategias de abstinencia y aislamiento cedieron ante las de reducción de daño basadas en la difusión de información sobre prácticas seguras tanto para la transmisión sexual como para el uso de drogas inyectables. Aquí aparece un concepto epidemiológico clave alrededor de los “comportamientos de riesgo” con el cual se pretende eliminar la estigmatización de los grupos afectados en los orígenes de la epidemia para universalizar el problema y promover estrategias activas de prevención (Ayres et al ,2005 b).

Sin embargo, esta idea encontró rápidamente sus limitaciones al atribuir determinados tipos de comportamiento al descuido personal, lo cual provocó nuevas críticas desde los movimientos sociales, ahora fuertemente empoderados. La ecuación voluntad más información no iba a resultar necesariamente en protección (Ayres et al , 2005 b).

Para la década del noventa, los éxitos alcanzados en la esfera clínica no habían contribuido para un efectivo control de la epidemia, especialmente en los países más pobres; y es aquí donde la jerarquización de los aspectos estructurales va a poner en un lugar clave al concepto de vulnerabilidad. Aparece entonces la idea de vulnerabilidad como una oportunidad de exposición de las personas a la infección pero como resultado no solo de un conjunto de aspectos individuales sino también colectivos y contextuales que condicionan una mayor susceptibilidad a la enfermedad o menor disponibilidad de recursos para protegerse (Ayres et al, 2005 b).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

A partir de esta definición los análisis de vulnerabilidad van a ser englobados en tres ejes: el componente individual, el social y el programático. El componente individual se refiere al grado de información de que el individuo dispone y a su capacidad de incorporarlo a la vida cotidiana para transformarlo en prácticas seguras. El componente social implica la capacidad de acceso a los medios de comunicación, a la escolarización y a la superación de barreras culturales. Por último, el componente programático se va a referir a la disponibilidad ejecutiva y democrática de las estrategias preventivas (Ayres et al, 2005 b).

Volviendo a la idea superadora, desde la perspectiva de Ayres, los análisis de vulnerabilidad no pretenden prescindir de los análisis epidemiológicos del riesgo ya que el establecimiento de asociaciones probabilísticas con respecto a la distribución poblacional de los eventos de salud y las variables que los determinan sigue siendo una fuente fundamental de información y de nuevas hipótesis. Pero la propuesta es que estas variables sean interpretadas en la dinámica de sus significados sociales (Ayres et al, 2005 b).

A diferencia del concepto de riesgo, que tiene una identidad sólida en la esfera de la epidemiología, la vulnerabilidad es una categoría en etapa de consolidación conceptual que requiere construcción de consenso respecto de sus significados (Ayres et al , 2005 b).

El concepto epidemiológico de riesgo nace con un carácter puramente analítico, en la búsqueda de construir elementos teóricos capaces de establecer asociaciones entre eventos a través de un aislamiento fenomenológico preciso entre variables dependientes e independientes. El concepto de vulnerabilidad, en forma inversa, no busca aislamiento sino síntesis de los elementos abstractos asociados y asociables a la enfermedad y que habitualmente son dejados de lado en el análisis de riesgo (Ayres et al, 2005 b).

Epidemiológicamente, el riesgo busca expresar la oportunidad matemática de que ocurra un evento, mientras que la vulnerabilidad, en su carácter no probabilístico, examina los potenciales de que este evento afecte a todos y cada uno de los individuos (Ayres et al, 2005 b).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

La identificación de las distintas categorías es fundamental al momento de definir los resultados esperados al aplicar estrategias preventivas. Mientras que los resultados esperados al aplicar estrategias basadas en los conceptos de grupos o comportamientos de riesgo están centrados en el establecimiento de barreras en la transmisión y de prácticas seguras, las estrategias basadas en el concepto de vulnerabilidad pretenden lograr respuestas sociales a la susceptibilidad poblacional. Desde esta perspectiva, las personas responden a la transformación de las prácticas no solo en el plano privado de la individualidad sino como sujetos sociales en la esfera pública (Ayres et al, 2005 b).

Cada estrategia tiene distintos marcos conceptuales y genera también diferentes dificultades. Las estrategias basadas en el concepto de grupos de riesgo focalizan acciones en la particularidad, lo que genera estigma y discriminación. Las estrategias basadas en los comportamientos de riesgo promueven, al universalizar, acciones inespecíficas y culpabilidad individual al difundir mensajes genéricos sin considerar las particularidades culturales, morales o económicas. Las estrategias basadas en el concepto de vulnerabilidad intentan combinar la universalización del compromiso con la particularidad operacional pero, en este camino, enfrentan la dificultad de promover la victimización y la proyección paralizante (Ayres et al, 2005 b) .

La victimización va a constituir un eje importante en esta investigación, dado que es uno de los factores que condicionan la pérdida del carácter relacional de las situaciones que determinan la vulnerabilidad (Ayres et al , 2005b).

Ayres cita a Gorovitz para describir las tres cualidades indisociables que definen la vulnerabilidad :

- No es binaria sino multidimensional: lo que nos hace vulnerables en algunos aspectos puede ser una protección en otros.
- No es unitaria: no responde al modelo sí/no, por lo que siempre somos vulnerables en distintos grados.
- No es estable: las dimensiones y los grados de nuestras vulnerabilidades cambian constantemente a lo largo del tiempo.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Considerando estas cualidades, podemos afirmar que las personas no son vulnerables sino que están vulnerables a algo, en algún grado o forma y en un cierto punto de tiempo y espacio (Ayres et al , 2005 b).

A estas tres cualidades, Ayres le agrega una cuarta: el carácter relacional, interpretando que una situación de vulnerabilidad es siempre una relación bilateral. Cuando tutelamos y victimizamos a un grupo bajo la categoría de vulnerable, estamos conservando como intocable una relación en la cual quienes están en el polo menos perjudicado son también partícipes. En este sentido, los menos vulnerables son también víctimas, a no ser que se sientan a gusto siendo categorizados como verdugos (Ayres et al, 2005b) .

Desde esta perspectiva y con sus limitaciones, ¿podemos pensar que así como la categoría vulnerables genera víctimas, la categoría riesgo podría generar culpables?

Aunque los orígenes etimológicos de la palabra “riesgo” no son claros, la mayoría de ellos tienden a la asociación con ideas de peligro o amenaza. Desde distintas perspectivas, los significados de riesgo apuntan hacia una estrecha asociación con el acto o efecto de un acontecimiento incierto y potencialmente indeseable. Esta idea de peligro ha afectado, también, al discurso epidemiológico (Filho NDA, Castiel, LD & Ayres JR, 2009).

Los estudios epidemiológicos basados en la teoría del riesgo se han caracterizado por relacionar factores de exposición con eventos en asociaciones que, si bien no necesariamente suponen una relación causal, establecen una determinada probabilidad de que en presencia de este factor se produzca el evento.

Este paradigma, base de la metáfora de la caja negra, sustenta la implementación de estrategias preventivas aun en situaciones en las que los mecanismos causales no son bien comprendidos (Urquía,2006). El objeto de estudio de esta epidemiología no es un grupo humano sino un factor de riesgo. La construcción de poblaciones a partir de estos atributos se expresa en los grupos de riesgo, un conjunto de individuos reunidos artificialmente a partir de una característica definida; si esta característica es un comportamiento, entonces la víctima

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

puede ser culpabilizada atribuyendo causalidad a su conducta ignorando las condiciones contextuales.

En el proceso de feminización de la epidemia de VIH, las mujeres siempre fueron conceptualizadas como vulnerables y no como grupos de riesgo, por lo cual no fueron estigmatizadas como había ocurrido con los varones homosexuales o los usuarios de drogas, pero tampoco fueron blanco de acciones preventivas focalizadas, excepto –como ya se mencionó– en lo que se refiere a evitar la transmisión de madre a hijo. Por otro lado, el éxito de las estrategias de promoción de prácticas seguras para prevenir la transmisión sexual sin contextualización cultural, social o económica, se vio supeditado, en gran parte a la aceptación y posibilidades de acceso individual.

La vulnerabilidad de género, habitualmente mencionada como un factor determinante en el proceso de feminización de la epidemia del sida, ha sido siempre vinculada a un discurso de victimización de las mujeres y ha dejado de lado aspectos esenciales del enfoque relacional.

La perpetuación de este discurso limita la comprensión de los alcances de este proceso en dos aspectos fundamentales: generaliza la condición de todas las mujeres desconociendo la característica multidimensional, inestable y relacional del concepto de vulnerabilidad, mientras que invisibiliza a los hombres ubicándolos en un lugar de menor perjuicio.

Desde esta perspectiva, en la transmisión heterosexual del VIH, las mujeres son visibilizadas como un grupo vulnerable y expuesto a sus parejas sexuales masculinas. Así, en ausencia de un enfoque relacional, la vulnerabilidad victimiza y el riesgo culpabiliza, relación que se constituye en factor francamente limitante para el abordaje de los PSEA vinculados con las cuestiones de género.

El género, como determinante del PSEA no opera aislado de otros determinantes como la raza, la etnia o la clase social y requiere ser abordado desde una perspectiva relacional que no se reduzca, exclusivamente a recuperar el punto de vista de las mujeres ni a

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

desagregar la información por sexos concibiendo a lo femenino y a lo masculino como categorías bipolares (Cardaci, 2006). Tomando la propuesta de Mari Luz Esteban, se propone un enfoque alternativo donde las diferencias entre sexos constituyen hipótesis de trabajo para relacionar aspectos biológicos y sociales que permitan profundizar en las diferencias pero también en las similitudes entre hombres y mujeres en cada contexto (Esteban, 2006).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño general del estudio

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de tipo ecológico.

#### 3.2 Población del estudio

En esta investigación se utilizaron tres poblaciones:

- La población con diagnóstico de infección por VIH en Argentina, durante el período 2001-2010 notificada a la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

- La población fallecida por sida en Argentina, durante el período 2001-2010, según los registros de la Dirección de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

- La población que realizó el test de VIH en Argentina durante el período 2009-2011 y fue registrada en el Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) , independientemente del resultado reactivo o no del test. Si bien no se trata del total de la población que realizó el test en el país, no se trata de una muestra sino del universo de instituciones que cargaron los tests de VIH en el SIVILA en hombres, mujeres y embarazadas durante las semanas 1 a 52 de los años estudiados ( 2009-2011). O sea, si bien no está representado el total de personas testeadas en el país ,es el universo para la fuente consultada.

#### 3.3 Fuentes de datos:

1. Base de datos de vigilancia epidemiológica con las notificaciones de casos de VIH/sida de la DS y ETS del MSAL.

La notificación obligatoria de casos de sida se implementó en nuestro país en 1991, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la ley Nacional 23.798 . En 2001 la notificación

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

se extendió a todos los casos de infección por VIH y no solamente a aquellos con criterios definidos de sida. Debido a este cambio en la forma de notificación, en esta investigación se analizaron los datos de los casos notificados a partir de 2001.

El proceso de notificación de casos se inicia con el llenado de la ficha de recolección de datos que realizan los equipos tratantes de cada institución. Estas fichas son enviadas a los programas de sida de cada provincia desde donde son remitidas a la DS y ETS para ser ingresados en la base de datos de vigilancia epidemiológica. En el ANEXO A se adjunta la ficha de notificación de casos que, con variantes menores de formato según la jurisdicción, resume las variables disponibles en el instrumento. Al contar con la base completa de notificaciones, la información sobre las variables propuestas en la investigación se obtuvo sobre toda la población diagnosticada y notificada en el país.

## 2. Dirección de Estadísticas e Información en Salud, MSAL. Estadísticas Vitales, Información Básica del período 2001-2010

Los datos de mortalidad anual por sida del período 2001-2010, según sexo y edad, se obtuvieron de los boletines titulados “Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo”, publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS,2009). Las tasas de mortalidad se construyeron en base a la población anual de Argentina durante el período 2001-2010 según las publicaciones de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud en base a las proyecciones de la Dirección de Estadísticas Poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) (Anexo B).

## 3. Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) del MSAL

Para el análisis de la población testada se analizaron los datos del SIVILA sobre el total de las instituciones que cargaron los tests de VIH en hombres, mujeres y embarazadas durante las semanas 1 a 52 durante el período 2009-2011 del sistema público de jurisdicciones seleccionadas.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

El sistema de vigilancia de laboratorio (SIVILA) constituye el módulo de notificación de laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), una modalidad de notificación *online* que permite la vigilancia en red de distintos eventos de salud. Su funcionamiento está organizado en nodos o unidades de análisis donde se registra, resume y analiza la información notificada (Coordinación Sida, 2010). Este sistema comenzó a implementarse, en forma paulatina y progresiva, a partir de 2008 y recién en 2009 se dispuso de nodos de notificación en todas las provincias, con 513 establecimientos, notificando en forma activa en 2011 (Dirección de Epidemiología, 2011).

De acuerdo a las normativas de notificación de VIH, en este sistema se pueden obtener datos agrupados de los test realizados según sexo y edad, y diferenciarlos estudios hechos en mujeres embarazadas. Para evitar sesgos, solo se seleccionaron los laboratorios que incluyeron sistemáticamente a hombres, mujeres y mujeres embarazadas, durante el período estudiado. En esta investigación se analizó la información, disponible en el sistema, de la población que realizó el test de VIH entre 2009 y 2011 en los establecimientos con cargado activo en el SIVILA, según se detalla en el Cuadro 1.

Cuadro 1 - Distribución de los establecimientos incorporados al Sistema de Vigilancia de Laboratorio que se utilizaron como fuente de información según año de carga de datos y jurisdicción de pertenencia. Argentina 2009-2011.

	Años		
	2009	2010	2011
<b>ESTABLECIMIENTOS</b>			
Total de establecimientos activos en SIVILA	300	450	510
Establecimientos que cargaron los datos de la población masculina testeada para VIH	140	155	214
Establecimientos que cargaron los datos de la población femenina testeada para VIH	135	153	212
Jurisdicciones a las que pertenecen estos establecimientos	17 (*)	20(**)	21(***)

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) del Ministerio de Salud de la Nación

(\*) Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut , Córdoba, Entre Ríos , Formosa, La Pampa, Mendoza, Misiones, Río Negro, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Tucumán.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

(\*\*) Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut , Córdoba, Corrientes, Entre Ríos , Formosa, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Tucumán.

(\*\*\*)Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut , Córdoba, Corrientes, Entre Ríos , Formosa, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego, Tucumán.

### 3.4 Matriz de datos: unidad de análisis, variables y valores

La estructura de los datos se organizó en tres componentes: unidad de análisis, variables y valores. Se definieron variables de tipo agregadas o derivadas.

#### - Unidades de análisis (UA)

En esta investigación cada unidad de análisis es la población argentina (PA) en cada uno de los años del período estudiado: 2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-.

#### - Variables a nivel individual (V)

Las variables a considerar en cada UA son:

V1: número de personas con diagnóstico de VIH, según sexo y edad.

V2: número de personas con diagnóstico de sida, según sexo y edad.

V3: número de personas fallecidas por sida, según sexo y edad.

V4: número de personas testeadas para VIH, según sexo y edad durante el período 2009-2011.

V5: número de mujeres embarazadas en la población testeadas durante el período 2009-2011.

A partir de las variables mencionadas a nivel individual se elaboraron las variables a nivel agregado, que se presentan a continuación.

#### - Variables derivadas, a nivel agregado (VD)

VD1: Razón H/M en la población argentina con diagnóstico de infección por VIH, según sexo y edad en el período 2001-2010.

VD2: Razón H/M en la población argentina con diagnóstico de sida, según sexo y edad en el período 2001-2010.

VD3: Razón H/M en la población argentina fallecida por sida, según sexo y edad en el período 2001-2010.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

VD4: Razón H/M en la población argentina que realizó el test para diagnóstico de infección por VIH, según sexo y edad durante el período 2009-2011.

VD5: Proporción de embarazadas en la población argentina de mujeres que realizó el test para diagnóstico de infección por VIH durante el período 2009-2011.

### **3.5 Análisis de datos**

El nivel de análisis reportado será descriptivo con una observación de la frecuencia visualizada en tablas y figuras. Se analizarán tendencias de razones hombre/mujer, tasas específicas de mortalidad según sexo y edad, variaciones relativas y comparación de razones y tasas.

### **3.6 Aspectos éticos**

Toda la información sobre la vigilancia de casos de personas con VIH está registrada, de acuerdo a las normativas vigentes en nuestro país, bajo un código de identificación que permite mantener a resguardo la identidad de las personas involucradas (DS y ETS, 2012). Este código de identificación se ha establecido en base a la utilización de la letra M o F según el sexo biológico al momento del nacimiento, las dos primeras letras del nombre y las dos primeras letras del apellido seguidas por la fecha de nacimiento en el formato de dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (con lo cual, la repetición de personas con igual codificación es excepcional). Por lo tanto, en el análisis de las bases de datos que se realizará en esta investigación, no será posible identificar a las personas allí registradas, por nombre, apellido o documentos de identidad.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

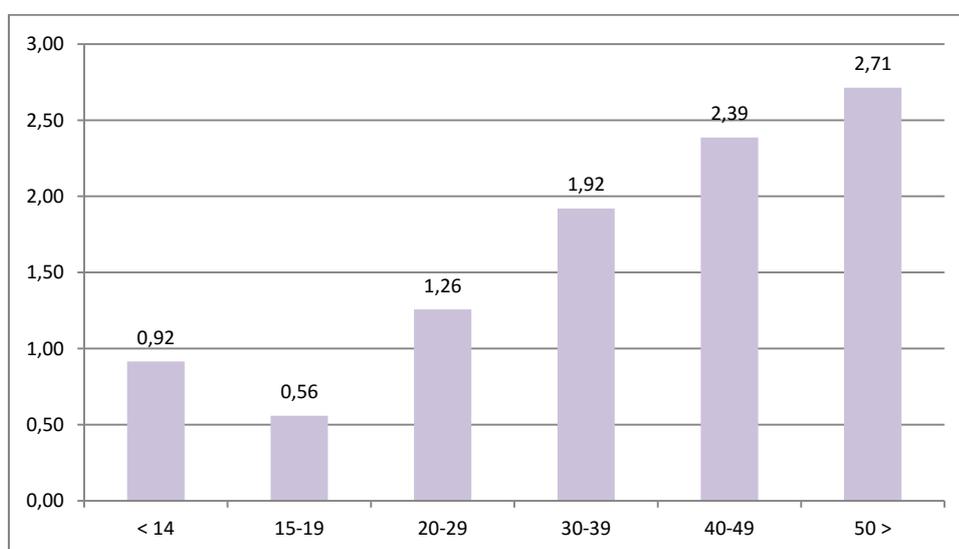
#### 4. RESULTADOS

En esta tesis se analizaron 54.307 casos notificados de VIH, 19.397 casos de sida y 14.351 muertes por sida correspondientes al periodo 2001-2010; así como 186.177 registros de personas testeadas para VIH correspondientes al sistema de vigilancia de laboratorios de periodo 2009-2011.

En principio se analizó la distribución de la población con VIH notificada a la Dirección de Sida y ETS durante el período 2001-2010. En la Tabla 1 se describe la razón hombre/mujer de los 54.307 casos notificados durante este período, según sexo y edad. En el Anexo C se describe el número absoluto de hombres y mujeres con diagnóstico de VIH notificados durante el período 2001-2010.

Si observamos el periodo acumulado 2001-2010 en la población menor o igual a 14 años, donde la transmisión del VIH es predominantemente de madre a hijo, la razón hombre/mujer total, muestra valores cercanos a 1, mientras que en la adolescencia, el número de mujeres diagnosticadas supera anualmente al de varones. Si bien a partir de los 20 años predomina el número de varones en todos los grupos etarios, la diferencia se acrecienta al distanciarse de la edad fértil (Gráfico 1).

Gráfico 1. Razón hombre/mujer de la población con diagnóstico de infección por VIH según grupo etario. Argentina, período acumulado 2001-2010.



Fuente: Elaboración propia en base datos de la notificación de casos de infección por VIH provistos por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Tabla 1. Razón hombre/mujer de las personas con diagnóstico de infección por VIH.

Argentina 2001-1010

edad en años	<= 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50+	total
año	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M
2001	0,67	0,63	1,34	2,32	2,91	3,15	1,83
2002	0,98	0,51	1,23	2,16	2,72	3,33	1,77
2003	1,11	0,5	1,23	1,78	2,69	2,47	1,62
2004	0,87	0,57	1,04	1,85	2,19	2,65	1,54
2005	0,95	0,46	1,08	1,87	2,33	2,81	1,59
2006	0,73	0,59	1,26	1,84	2,1	2,83	1,62
2007	0,89	0,6	1,37	1,99	2,38	2,48	1,74
2008	0,83	0,52	1,32	1,73	2,42	2,6	1,64
2009	1,35	0,62	1,42	1,91	2,2	2,66	1,76
2010	1,20	0,65	1,50	1,75	2,2	2,54	1,72
total	0,92	0,56	1,26	1,92	2,39	2,71	1,68

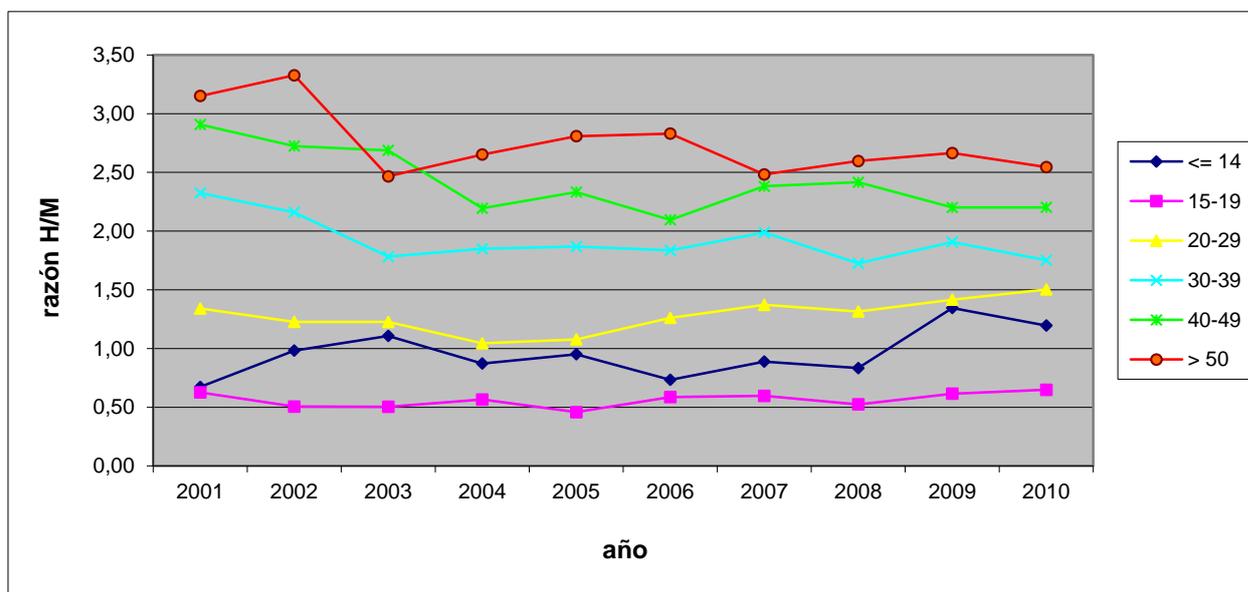
Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base datos de la notificación de casos de infección por VIH provistos por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de tendencia muestra que , en la población mayor de 30 años, la razón hombre/mujer desciende entre 2001 y 2003, para después mantenerse relativamente estable, durante el resto del período. En el grupo de 20 a 29 años se observa también, un descenso entre 2001 y 2004 pero luego un incremento lento pero constante y progresivo de la razón hombre/mujer. (Gráfico 2).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014

Gráfico 2. Razón hombre/mujer en la población con diagnóstico de infección por VIH según edad. Argentina, 2001-2010.



Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base datos de la notificación de casos de infección por VIH provistos por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

Al analizar la distribución de los 19.397 casos de sida, se observa que la razón hombre/mujer muestra el predominio de la población masculina a partir de los 20 años (Tabla 2). En el Anexo D se describe el número absoluto de hombres y mujeres con sida, al momento del diagnóstico de VIH, según edad, en Argentina durante el período 2001-2010.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Tabla 2. Razón hombre/mujer de las personas con sida al momento del diagnóstico de VIH según edad. Argentina, 2001-2010.

edad en años	<= 14	15 - 19	20-29	30-39	40-49	>= 50	total
año	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M
2001	0,69	0,73	1,97	2,81	4,04	3,51	2,44
2002	0,90	0,69	1,93	2,94	3,02	3,88	2,46
2003	1,40	1,36	1,99	3,00	3,39	2,63	2,60
2004	1,06	3,25	2,14	2,56	2,45	3,38	2,39
2005	0,81	1,00	1,92	2,53	3,25	4,22	2,52
2006	1,00	1,17	2,02	2,52	2,75	3,06	2,42
2007	1,19	1,43	2,21	2,51	2,45	3,09	2,43
2008	1,07	2,14	2,22	2,69	3,03	3,11	2,65
2009	1,55	1,00	2,08	2,76	3,32	3,38	2,74
2010	1,20	3,00	2,10	2,62	2,86	3,76	2,65
total	1,01	1,32	2,04	2,70	2,99	3,34	2,52

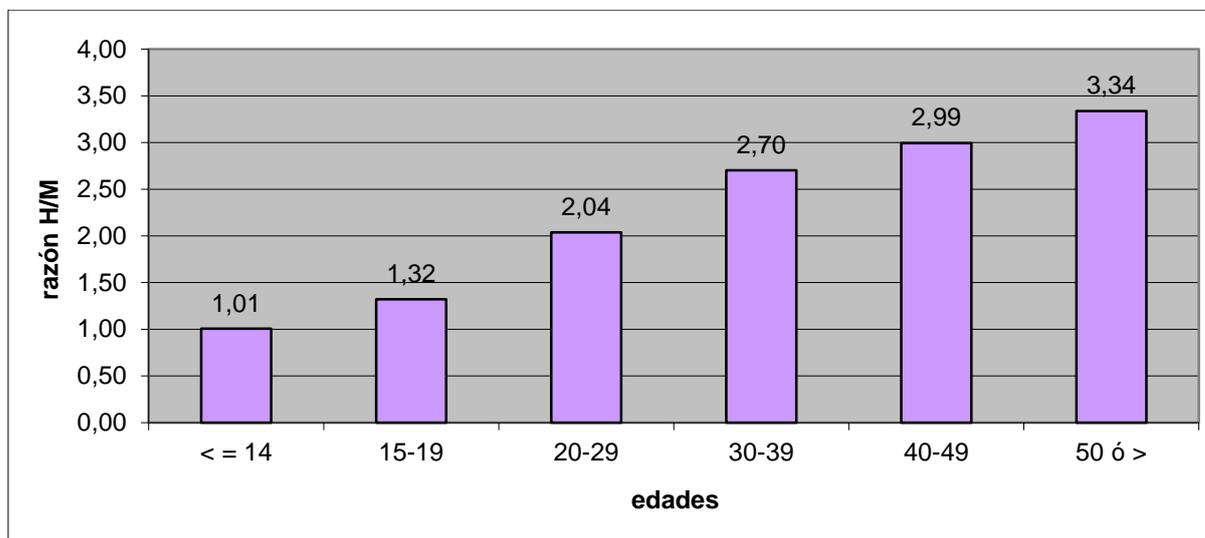
Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base datos de la notificación de casos de infección por VIH provistos por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

A diferencia de la etapa asintomática, en el análisis de la distribución de los casos de sida la inversión de la razón hombre/mujer durante la adolescencia solo se observa en los dos primeros años y en 2005 solo para el grupo menor de 14 años . El análisis de los casos de sida acumulados durante todo el período muestra predominio masculino en todos los grupos de edad excepto en menores de 14 años (Gráfico 3).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Gráfico 3. Razón hombre/mujer de la población con sida al momento del diagnóstico según grupo etario. Argentina, período acumulado 2001-2010.



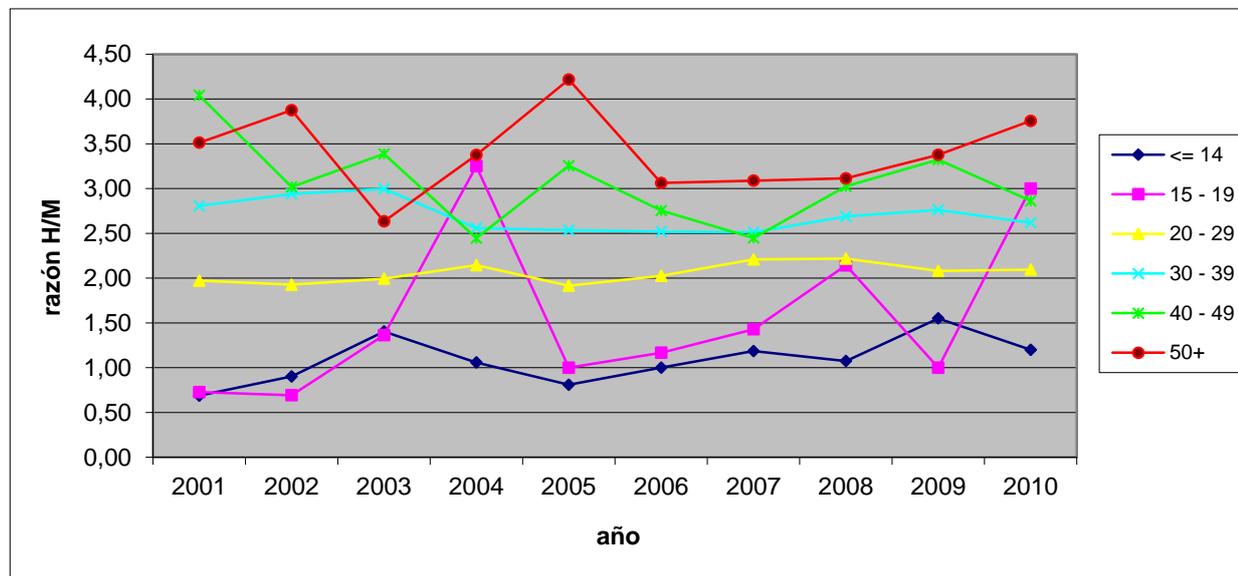
Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base datos de la notificación sistemática de casos de sida provistos por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

La distribución anual de la razón hombre/mujer en los casos de sida muestra un ascenso progresivo para la población mayor de 50 en los últimos dos años, 2009-2010 (Gráfico 4). Los ascensos bruscos en la población de adolescentes (15-19 años) en 2004 y durante el último año podrían estar sobrestimados dado el pequeño número de casos.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014

Gráfico 4. Razón hombre/mujer en la población con sida al momento del diagnóstico según edad. Argentina, 2001-2010.



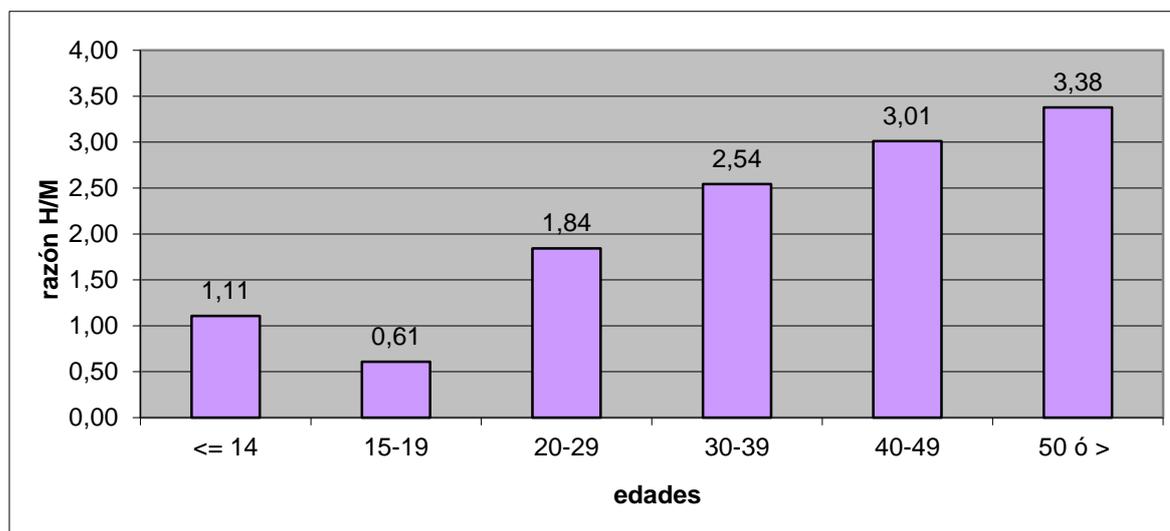
Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base datos de la notificación sistemática de casos de sida provistos por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de la razón hombre/mujer en las 14.351 personas fallecidas por sida durante el período, muestra el predominio sostenido de la población masculina (Tabla 3) y un ascenso progresivo después de los 20 años en el total del periodo acumulado (Gráfico 5). En el Anexo E se describe el número absoluto de las personas fallecidas por sida en Argentina según sexo y edad durante el período 2001-2010.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Gráfico 5. Razón hombre/mujer de la población fallecida por sida según grupo etario. Argentina, período acumulado 2001-2010.



Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 3. Razón hombre/mujer de las personas fallecidas por sida según edad. Argentina, 2001-2010.

edad en años	<=14	15-19	20-29	30-39	40-49	>=50	total
año	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M
2001	0,88	0,50	1,63	3,49	3,57	3,75	2,80
2002	1,00	1,00	2,41	3,17	3,23	4,03	2,90
2003	1,60	1,00	1,58	2,73	4,37	3,67	2,76
2004	0,72	0,20	1,46	3,07	3,54	1,00	2,63
2005	1,00	1,17	2,47	2,09	2,60	4,00	2,42
2006	1,68	0,29	1,82	2,47	3,36	3,08	2,60
2007	0,90	0,25	1,35	2,38	2,51	3,19	2,31
2008	1,18	0,17	1,82	2,03	3,45	3,05	2,49
2009	1,06	1,60	2,53	1,95	2,51	3,30	2,34
2010	1,78	0,45	2,17	2,04	2,30	3,22	2,30
total	1,11	0,61	1,84	2,54	3,01	3,38	2,55

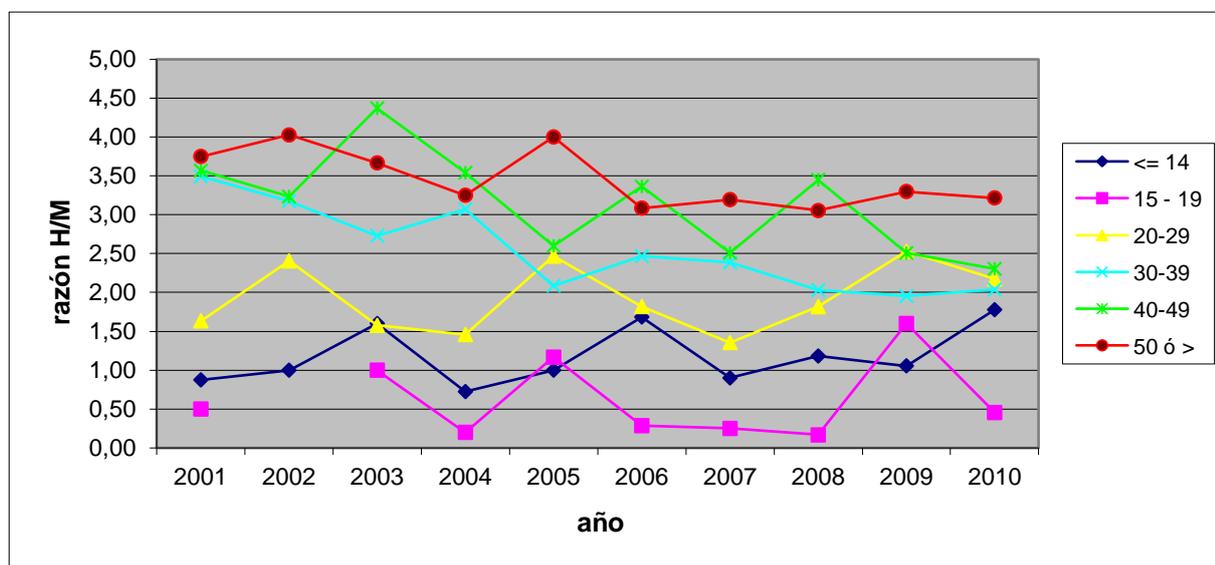
Nota: , H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

El análisis de la distribución anual de la razón hombre/mujer en la población mayor de 40 años muestra un leve descenso hacia el final del período (Gráfico 6) . La inversión de la razón hombre/mujer en algunos años, durante la adolescencia (15-19 años), puede estar influenciada por el pequeño número de casos.

Gráfico 6. Razón hombre/mujer de las personas fallecidas por sida según edad. Argentina,2001-2010.



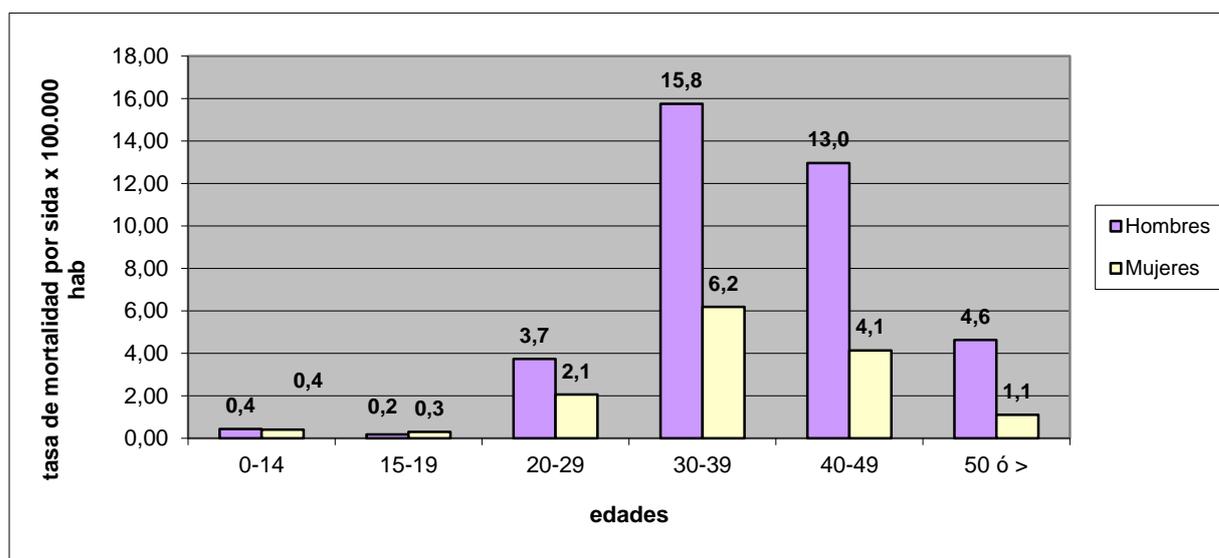
Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de las tasas de mortalidad por sida muestra, globalmente, un claro predominio masculino para la población mayor de 30 años (Tabla 4 y Gráfico 7). Sin embargo, mientras que en la población masculina de 30 a 39 años se observa un descenso en la mortalidad del 58% entre 2001 y 2010, la mortalidad en mujeres del mismo grupo etario empezó a descender más tarde y en menor proporción. En las mujeres de 40 a 49 años, la tasa de mortalidad ha aumentado sostenidamente durante el período estudiado (Gráficos 8 y 9).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Gráfico 7. Tasas de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) según sexo y edad.  
Argentina, periodo acumulado 2001-2010.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 4. Tasas de mortalidad por sida según sexo y edad (por 100.000 habitantes).  
Argentina, 2001-2010.

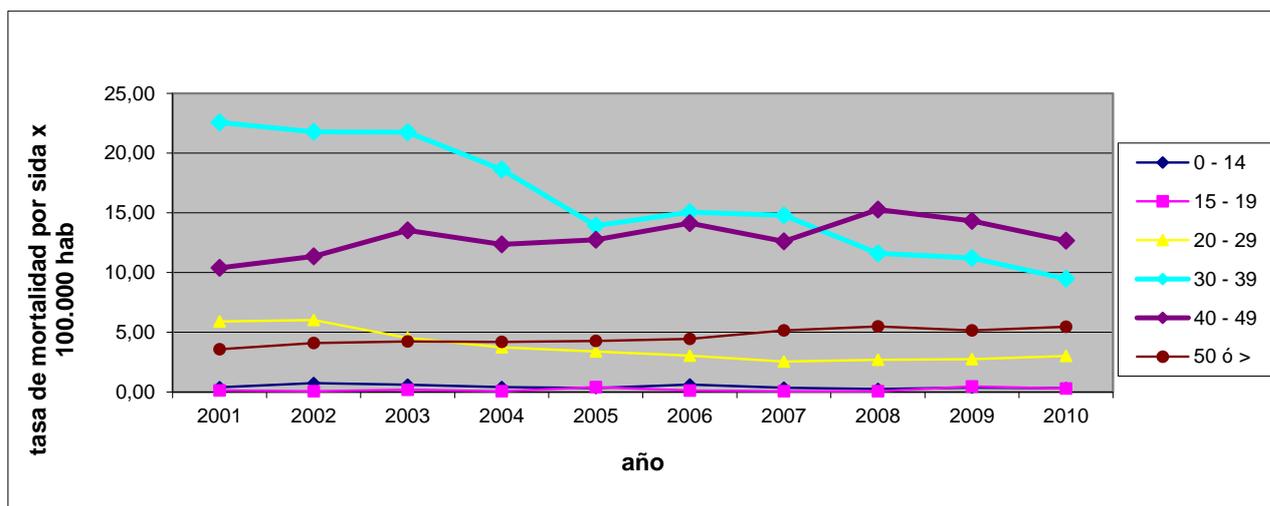
edad	0 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		30 - 39 años		40 - 49 años		≥ 50 años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
año												
2001	0,40	0,47	0,12	0,25	5,90	3,65	22,58	6,43	10,39	2,76	3,58	0,77
2002	0,75	0,77	0,06	0,00	6,02	2,53	21,79	6,84	11,35	3,33	4,10	0,82
2003	0,61	0,40	0,18	0,18	4,53	2,91	21,76	7,95	13,53	2,95	4,23	0,93
2004	0,40	0,58	0,06	0,30	3,73	2,60	18,63	6,05	12,36	3,33	4,19	1,04
2005	0,33	0,34	0,41	0,36	3,39	1,40	13,92	6,66	12,75	4,69	4,27	0,86
2006	0,62	0,38	0,12	0,42	3,04	1,70	15,05	6,10	14,14	4,04	4,45	1,16
2007	0,35	0,40	0,06	0,24	2,55	1,91	14,79	6,20	12,61	4,85	5,15	1,30
2008	0,25	0,22	0,06	0,36	2,70	1,51	11,60	5,71	15,27	4,29	5,49	1,45
2009	0,37	0,36	0,46	0,30	2,75	1,11	11,22	5,75	14,33	5,56	5,15	1,25
2010	0,31	0,18	0,29	0,65	3,02	1,42	9,49	4,67	12,67	5,37	5,46	1,36
total	0,44	0,41	0,18	0,31	3,74	2,06	15,76	6,19	12,97	4,14	4,63	1,11

Nota: H = hombres, M = mujeres

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

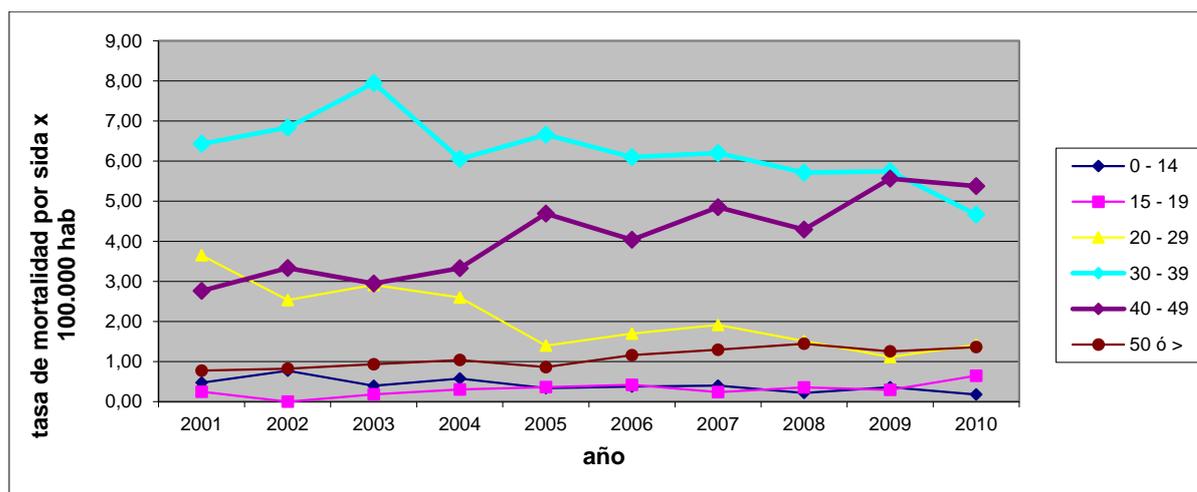
Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Gráfico 8. Tendencia de la tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según edad en varones.  
Argentina, 2001-2010.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 9. Tendencia de la tasa de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) según edad en mujeres.  
Argentina, 2001-2010.



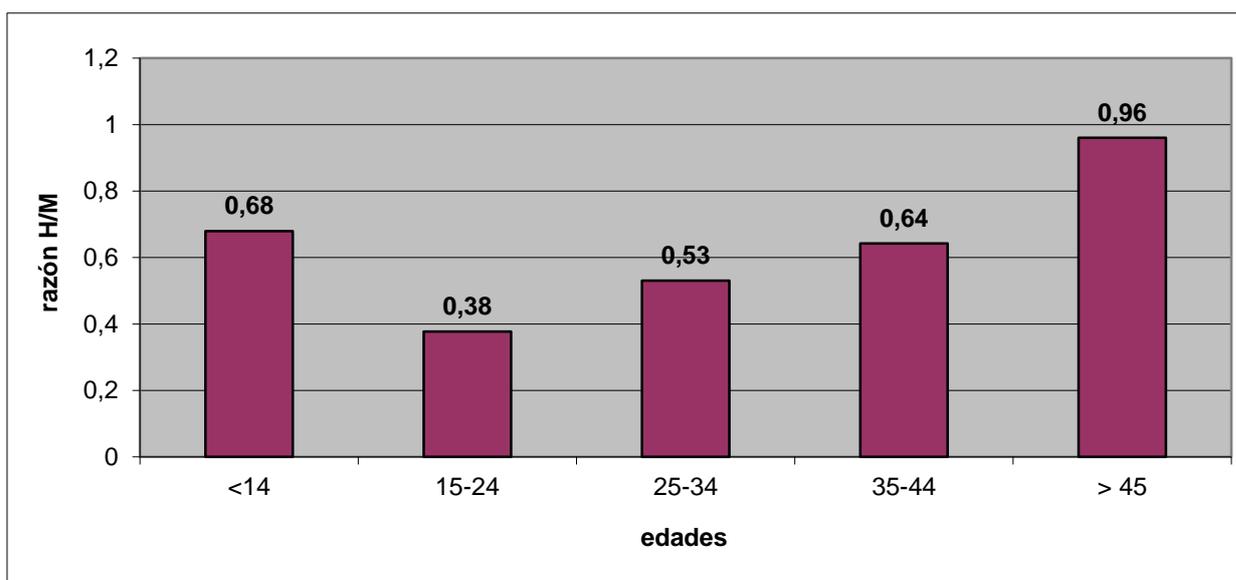
Fuente: Elaboración propia en base a los datos de las publicaciones anuales Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Para el estudio de la población testeada, se analizaron los datos de 186.177 personas registradas en el SIVILA durante el período 2009-2011 ya que, según fue explicado, no hay registros completos disponibles en los años previos .

El análisis de la razón hombre/mujer en la población que realizó el test, en este período, demostró claro predominio de la población femenina hasta los 44 años (Tabla 5). En los grupos etarios por encima de 45 años no se encontraron mayores diferencias entre mujeres y varones en el periodo acumulado (Gráfico 10).

Gráfico 10. Razón hombre/mujer de la población testeada para VIH según edad. Argentina, período acumulado 2009-2011.



Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) del Ministerio de Salud de la Nación.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2014

Tabla 5 - Razón hombre/mujer de las personas que realizaron el test para diagnóstico de VIH según edad, registradas en el SIVILA en jurisdicciones seleccionadas. Argentina 2009-2011

edad en años	<=14	15-24	25-34	35-44	>=45	sin edad	total
año	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M
2009	0,64	0,32	0,49	0,61	0,99	0,29	0,44
2010	0,72	0,35	0,53	0,66	0,94	0,55	0,53
2011	0,67	0,46	0,56	0,65	0,96	0,55	0,59
total	0,68	0,38	0,53	0,64	0,96	0,49	0,53

Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) del Ministerio de Salud de la Nación

El análisis de los datos de la población de embarazadas testeadas se realizó sobre el registro en el SIVILA de 635 establecimientos de las 24 jurisdicciones, durante el período 2009-2011. Los datos muestran que el porcentaje de embarazadas sobre el total de mujeres testeadas y registradas en el SIVILA superó el 80% todos los años. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución global de mujeres embarazadas y no embarazadas testeadas para VIH y registradas en el SIVILA en Jurisdicciones seleccionadas de Argentina, 2009-2011.

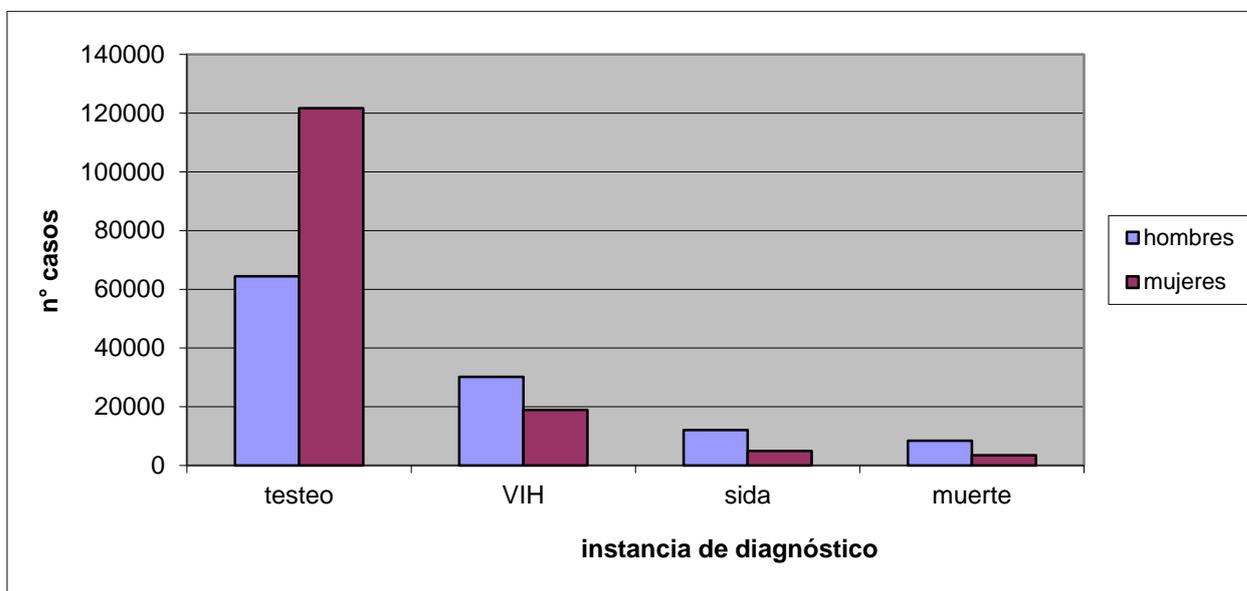
Año	mujeres no embarazadas	embarazadas testeadas	total mujeres testeadas	% de embarazadas testeadas
2009	32.609	157.054	189.663	82,81
2010	40.708	181.235	221.943	81,66
2011	48.399	230.830	279.229	82,67

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de la distribución de la población en las distintas circunstancias vinculadas al diagnóstico de VIH demuestra el predominio femenino en la etapa del testeo y el masculino en las etapas de sida y muerte (Gráficos 11 y 12).

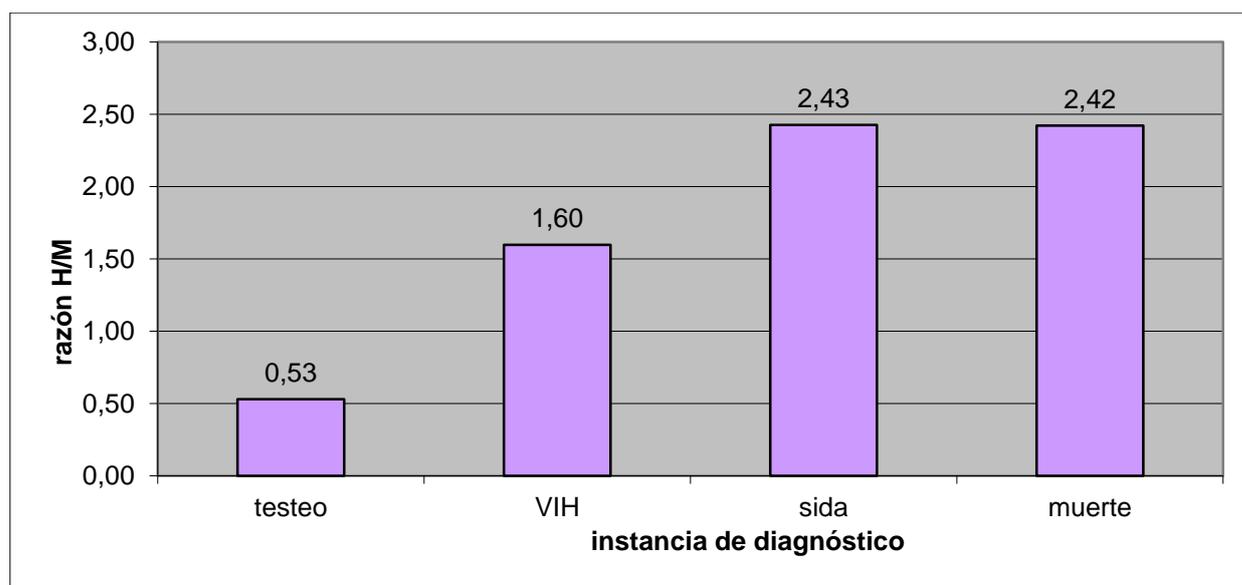
Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Gráfico 11 – Número de personas testeadas para VIH, diagnosticadas con VIH o sida y fallecidas por sida según sexo. Argentina 2008-2010



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del SIVILA, DS y ETS y DEIS del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 12. Razón hombre/mujer de la población de personas testeadas para VIH, diagnosticadas con VIH o sida y fallecidas por sida. Argentina, periodo acumulado 2009-2011.



Nota: H/M = razón hombre/mujer

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del SIVILA, DS y ETS y DEIS del Ministerio de Salud de la Nación.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

## 5.DISCUSIÓN

La discusión se organizará en torno a los tres ejes argumentales que justificaron la realización de esta investigación:

- la utilidad de jerarquizar el dato epidemiológico como un componente fundamental en el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención
- la necesidad de visibilizar la situación de los hombres como actores claves en los estudios de género
- la importancia de identificar los verdaderos procesos y circunstancias que determinan las condiciones de vulnerabilidad al VIH en las diferentes poblaciones para optimizar las estrategias preventivas en un marco de políticas públicas

### **El marco epidemiológico como sostén de la hipótesis**

En este estudio se tomó el sexo biológico como variable epidemiológica aproximada a la condición de género, para profundizar el conocimiento de las condiciones de vulnerabilidad de la población ante el VIH/sida, ya que no se contaba con información sobre género en las bases de datos utilizadas en esta investigación.

El análisis de los datos estadísticos disponibles demostró diferencias en la distribución de la población por sexos según la etapa de la infección por VIH y el grupo etario considerado.

Mientras que las mujeres aparecen favorecidas por un diagnóstico más temprano, en las primeras etapas de la infección por VIH la representación de la población masculina predomina para el diagnóstico en etapas avanzadas y en la mortalidad por sida.

En el diagnóstico tardío (diagnóstico simultáneo de VIH y sida) predominó la población masculina en todas las edades con índices de masculinidad crecientes por fuera de la edad de mayor fertilidad.

El análisis de la mortalidad por sida muestra predominio masculino en todos los grupos etarios excepto para algunos años en la adolescencia donde, el pequeño número de casos puede estar influenciando los resultados. Mientras que durante la edad de mayor fertilidad, la tasa de mortalidad por sida muestra un descenso sostenido para varones y

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

mujeres, en la población mayor o igual a 40 años, la tasa de mortalidad ascendió durante el período, especialmente en mujeres en quienes las tasas de mortalidad se duplicaron entre 2001 y 2010.

El predominio femenino entre la población testada y en las etapas tempranas del diagnóstico y el masculino en las etapas avanzadas y en la mortalidad por sida sostiene la hipótesis inicial sobre un diagnóstico más oportuno en la población femenina. Esta situación podría ser el resultado de un acceso diferenciado al cuidado de la salud entre hombres y mujeres, específicamente en mujeres en edad fértil, lo cual habla más de priorización de la salud materno-infantil que del cuidado de la salud de las mujeres. Los datos estadísticos, como herramienta de análisis de la epidemiología, han sido aquí utilizados para demostrar la hipótesis inicial y muestran la contribución del sustrato epidemiológico en la valoración de los determinantes de un evento en salud.

Desde el inicio de la epidemia del sida, numerosos estudios epidemiológicos han sido dirigidos a la evaluación de los determinantes de la transmisión y progresión de la infección por VIH. Sin embargo, en la extrapolación de los resultados de un estudio epidemiológico, puede ser difícil de dimensionar el rol de la configuración sociocultural (Castiel, 1996). Según este autor, el abordaje epidemiológico debería trasladar el énfasis puesto en el análisis de los individuos, como unidades atomizadas, para considerar unidades globales, producto de la interacción de las partes analíticamente conceptualizadas a través de las relaciones sociales y de las subculturas donde se localizan con sus respectivas percepciones y representaciones.

Este planteo cuestiona la pretensión de algunos epidemiólogos de caratular a la epidemiología como una “ciencia dura” y enmarcada en el campo de las llamadas ciencias naturales obviando así las características teórico-metodológicas de las llamadas “ciencias sociales”(Castiel,1996). El propósito de cualquier explicación causal en el campo de las ciencias sociales debe, por lo menos, sugerir mecanismos que constituyan posibles patrones causales. Por lo tanto, el camino a transitar hacia una teoría unificada implica también definir, previamente, las condiciones de entrada en acción de mecanismos específicos.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Breilh plantea como unidad coherente de la “vieja epidemiología” a una realidad dividida en factores. En esta concepción causalista del paradigma de los factores de riesgo las acciones transformadoras se reducirían a una corrección funcional de los mismos . La unidad coherente de la “epidemiología crítica” es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como un movimiento organizado alrededor de los modos de vida ( Breilh, 2003).

Sin embargo Breilh, que critica esta lógica positivista de fraccionar la realidad buscando conectar variables a través de pautas matemáticas que demuestren asociación, argumenta a favor de la realización de estudios epidemiológicos donde no se prescindiera de estos instrumentos cuantitativos sino que se los utilice para el manejo y análisis del referente empírico sin sustituir ni anticiparse al análisis de las relaciones descriptas (Breilh, 2003).

Este debate sobre el rol de los datos cuantitativos para el estudio de los eventos de salud, no es nuevo. El siglo XIX fue testigo de la introducción del pensamiento estadístico en la medicina con una gran amplitud de respuestas: desde el rechazo completo por considerarlo contradictorio con el concepto humanista de la medicina hasta la creencia absoluta de que para que la medicina fuera, verdaderamente una ciencia, debía recorrer necesariamente el camino de la cuantificación. P.C.A. Louis, quién introdujo el método estadístico en el ámbito clínico para definir factores de riesgo y seleccionar mejores estrategias terapéuticas, diferenció los resultados numéricos de las expresiones “raramente” o “frecuentemente” equiparándola con la diferencia entre verdad y error (Matthews, 2005).

La indeterminación de los métodos estadísticos, ofreciendo probabilidad y no certeza, provocaron el rechazo de investigadores como Claude Bernard. Sin embargo, entre sus contemporáneos creció la aceptación de que la probabilidad sin certeza forma, naturalmente parte del mundo biológico (Mathews, 2005).

Históricamente la epidemiología se ha estructurado sobre un trípode: la clínica, la estadística y la medicina social. Aunque muchas veces los epidemiólogos tradicionales han omitido la perspectiva de lo colectivo desestimando los determinantes político-sociales en

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

salud, esta omisión no significa que no hayan estado influenciando siempre el análisis epidemiológico. Quizás, la necesidad de reprimir el impacto de los aspectos sociales, en los eventos de salud demuestra, justamente, lo fuerte de su influencia (Almeida Filho, 1992).

En este estudio, los datos de la estadística, en tanto herramienta de la epidemiología han sido utilizados para hacer un diagnóstico diferenciado del impacto del VIH, entre hombres y mujeres a fin de establecer estrategias de intervención acordes a las necesidades de cada población con argumentos que superen los imaginarios y percepciones basados casi, exclusivamente, en el sentido común.

El 16 de marzo de 2014 se publicaba en el diario Página 12 una nota titulada " El mito del ACV masculino" donde se daba cuenta de que cuando las mujeres sufren eventos cardiovasculares, la mortalidad es más alta que en los hombres por una menor calidad en la atención debido, en parte, a un menor nivel de alerta en el equipo de salud (Lipovich, 2014). En este caso, la generalización de la idea de que los eventos cardiovasculares son más frecuentes en los hombres, expone a las mujeres a un mayor riesgo de morir por esta causa.

En esta línea argumental, la focalización de las políticas de respuesta al VIH en los grupos de la diversidad sexual y en las mujeres embarazadas ha invisibilizado a los varones heterosexuales y a las mujeres fuera de la edad fértil como grupos vulnerables a enfermar y morir de sida en nuestro país.

**La cuestión de género en salud: El riesgo de pensar una vulnerabilidad exclusivamente femenina.**

Desde una perspectiva de género, el hecho de ser mujer y potencialmente madre, podría ser un factor facilitador del acceso al cuidado en el marco del VIH/sida. Sin embargo, para el análisis de la condición de género solo se dispuso, en esta investigación, del sexo biológico como variable, acorde a la información disponible en las fuentes utilizadas. Entendiendo al concepto de género como un conjunto de atributos, socialmente construidos que determinan diferencias entre sexos, más allá de lo biológico, esta restricción constituye una limitación. Aún así, los resultados permiten sustentar un abordaje del concepto de

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

masculinidad como riesgo en salud, proponiendo, desde el campo del VIH y desde una perspectiva de género, la inclusión de los varones, en el foco de las políticas públicas.

A pesar de que los hombres padecen más frecuentemente el impacto de los eventos crónicos y mueren más de las principales causas, concurren menos que las mujeres a los servicios de salud, probablemente porque las prácticas de cuidado no se condicen con una actitud típicamente masculina.

En un escenario donde las relaciones sociales están regidas por la dominación masculina y una visión heterosexual del mundo, los hombres pueden quedar prisioneros de sus propios privilegios evitando todas aquellas situaciones que puedan debilitar o poner en riesgo su virilidad. En este marco, el cuidado de la salud queda, en el imaginario social, vinculado al ámbito femenino, desde el inicio de la socialización de hombres y mujeres. Mientras las mujeres consolidan con la maternidad su rol de cuidadoras, los hombres refuerzan su virilidad sintiéndose fuertes e invulnerables (Gomez R, 2007):

El miedo a descubrir enfermedades graves, la vergüenza de exponer el cuerpo a los exámenes, la falta de servicios o espacios diferenciados para la atención de la salud masculina y los horarios de atención contrapuestos a los requerimientos del mercado laboral son otras de las razones argumentadas para la menor presencia masculina en los servicios de salud (Gomez R, 2007).

Analizaremos primero, el concepto de masculinidad para demostrar cómo, desde esta perspectiva, la sensación de invulnerabilidad que se promueve en el marco de la masculinidad hegemónica hace a los hombres más vulnerables a enfermar y morir de sida. Posteriormente analizaremos los factores vinculados a la condición femenina que han favorecido el diagnóstico temprano del VIH y la menor mortalidad por sida en esta población.

Mientras que el concepto de feminismo alude a los movimientos de emancipación de la mujer propugnando cambios profundos en las relaciones sociales eliminando las desigualdades entre los sexos, la masculinidad no aparece como un objeto coherente, acerca del cual, se puede producir una ciencia generalizadora( Di Tella, 2008).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

En el feminismo hay un sistema de ideas que, a partir del análisis de la condición de mujer, en todos los órdenes, pretende transformar las relaciones basadas en la asimetría y opresión sexual, mediante acciones movilizadoras a nivel social y cultural. Si bien el feminismo no es homogéneo, puede interpretarse como un movimiento político integral contra el sexismo (Di Tella, 2008). La masculinidad, en cambio, es un aspecto de una estructura mayor, un producto histórico bastante reciente, que solo existe en contraste con el concepto de femineidad (Di Tella, 2008).

Para Martha Villaseñor-Farías y J. Castañeda Torres, la masculinidad como categoría social, está constituida por presupuestos socio-culturales, sobre ideales y estereotipos de género y de relaciones ínter genéricas que contribuyen a la construcción del imaginario subjetivo, la representación social y las relaciones entre hombres y mujeres (Villaseñor-Farías & Castañeda-Torres, 2003).

Robert Connel resume los distintos enfoques que se combinan para categorizar a la persona masculina (Connel, 1997):

- definiciones esencialistas : reconocen un núcleo masculino más rasgos de la vida de los hombres basándose en concepciones simplistas freudianas que relacionan la actividad con lo masculino y la pasividad con lo femenino.
- definiciones de las ciencias positivistas: adoptan una definición simple de la masculinidad como lo que los hombres “realmente son”. Se basa en presupuestos de masculinidad/femineidad sin ir más allá de la diferencia de sexos.
- definiciones normativas: reconocen estas diferencias y proponen un modelo de masculinidad de lo que los hombres “deberían ser”. En la teoría de los roles sexuales, la masculinidad es tratada como una norma social para la conducta de los hombres. Sin embargo, esta definición, puramente normativa, no entrega un asidero de la masculinidad a nivel de la personalidad.
- enfoque semiótico: desde esta perspectiva se abandona el nivel de la personalidad para definir la masculinidad mediante un sistema de diferencias simbólicas en donde contrastan lo masculino y lo femenino. Esta definición es efectiva

-

- Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

en el análisis cultural ya que escapa de la arbitrariedad del esencialismo y de las paradojas de las definiciones positivistas y normativas.

Para este autor, el género constituye una forma de ordenamiento de una práctica social, en torno al escenario reproductivo, no como base biológica sino como proceso histórico. Las relaciones de género, en torno a este escenario forman una de las estructuras principales de todas las sociedades documentadas (Connell,1997).

En este contexto la masculinidad y femineidad configuran prácticas de género, en forma de un proceso dinámico, como “proyectos de género”. Desde la perspectiva psicológica, configurar prácticas implica desarrollar una personalidad o carácter. En el plano del discurso, el género se va a organizar alrededor de prácticas simbólicas (Connell,1997).

Este autor plantea un modelo de estructuras de género en base a tres dimensiones

- relaciones de poder: definidas por el concepto de patriarcado, es decir, la subordinación de las mujeres al poder de los hombres.
- relaciones de producción : división genérica del trabajo con el control masculino de los medios de producción.
- relaciones emocionales: se refiere al vínculo emocional centrado en la diferencia entre el placer dado y el recibido.

Ahora, cuando hablamos de masculinidad, no podemos olvidar que la cuestión de género interactúa con las diferencias de raza, de clase, de etnia ya que no es lo mismo un hombre negro, trabajador que un hombre blanco patrón. Tenemos que reconocer, entonces, la existencia de distintos tipos de masculinidad.

Volvemos, para este fin, al modelo propuesto por Connell ya que en él, se desarrollan las prácticas y relaciones que definen los distintos tipos de masculinidad, por lo menos, para el mundo occidental.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Probablemente el modelo más difundido es el de la *masculinidad hegemónica*, donde Connell retoma el concepto de hegemonía de Gramsci, para definir una práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado. Esta hegemonía podría ser modificada ya que constituye una relación, históricamente móvil (Connell, 1997).

Otro componente es la *subordinación* ya que dentro del contexto hegemónico hay relaciones de género específicas de dominación (Connell, 1997). Quizás el ejemplo más claro sea la subordinación de los hombres homosexuales expresada tanto en la exclusión política, social y económica como en la violencia legal y callejera (Connell, 1997)). Desde el punto de vista de la masculinidad hegemónica, la homosexualidad se asemeja a la femineidad y esta semejanza se evidencia en ciertos aspectos de la epidemia del VIH/sida en nuestro país, donde, por ejemplo, las mujeres y los varones homosexuales se diagnostican más tempranamente que los varones heterosexuales (Dirección de Sida y ETS, 2011). También, desde el equipo de salud, los varones homosexuales, aunque con contradicciones, son percibidos como más responsables en el cuidado de su salud y más cumplidores de los tratamientos que los varones heterosexuales y los usuarios de drogas (Margulies,2010).

La complicidad aparece como estrategia de la masculinidad, para realizar el dividendo patriarcal sin los riesgos o temores de ser la primera línea del patriarcado (Connell, 1997)).

Por último, la marginación se refiere a la relación entre las masculinidades de las clases dominantes y subordinadas o entre grupos étnicos. Es siempre relativa a la autorización hegemónica del grupo dominante (un atleta negro puede ser un ídolo pero este reconocimiento social, nunca va a ser extensivo a su raza o clase (Connell, 1997).

Michael Kaufman, fundador de uno de los movimientos más importantes de lucha contra la violencia hacia las mujeres, va a retomar el concepto de masculinidad hegemónica planteado por Connell, pero considerándolo como una imposición cultural donde se van a dar las contradicciones más profundas de los hombres (Kaufman, 1994).

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

Kaufman plantea que muchos aspectos asociados a la masculinidad giran sobre la capacidad del hombre de ejercer poder y control. Sin embargo, este poder está viciado por una combinación contradictoria entre privilegios y dolor. Esta combinación de poder y dolor forman parte de la historia secreta de la vida de los hombres y sirve como punto de partida para entender el carácter complejo de las formas dominantes de la masculinidad y llegar a los hombres con un mensaje de cambio, o sea, aceptar el feminismo (Kaufman, 1994).

Las experiencias contradictorias de los hombres se dan en el campo del género, fundamentalmente por la imposición cultural de las formas hegemónicas de la masculinidad. Sin embargo, para la mayoría de los hombres, es imposible cumplir con los requisitos dominantes de la masculinidad. El patriarcado no existe solo como un sistema de poder de los hombres sobre las mujeres sino también entre grupos de hombres con distintas masculinidades (Kaufman, 1994).

En la concepción de Kaufman, el eje de la masculinidad hegemónica se concentra en el poder. Pero esta concepción de poder va a tener consecuencias positivas o negativas de acuerdo a la forma de direccionamiento. El poder se va a tener consecuencias positivas si se dirige a satisfacer necesidades, a luchar contra las injusticias o a expresarse en las distintas formas del amor. Va a devenir en consecuencias negativas, en cambio, si se utiliza para imponer el control sobre otros, para tomar ventajas sobre las diferencias o para favorecer el acceso a los recursos ( Kaufman,1994).

En este contexto, la masculinidad es el nexo con el mundo patriarcal, mediante la incorporación de una forma dominante de masculinidad específica de nacionalidad, raza o época (Kaufman,1994).

Pero, ¿cuál es el precio de la adquisición de la masculinidad hegemónica? En este proceso, los hombres están destinados a suprimir toda una gama de emociones y necesidades socialmente vinculadas a la imagen de la femineidad. O sea, el poder de la masculinidad

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

deviene en fuente de dolor y temor y, a mayor temor, mayor necesidad de ejercicio de poder (porque perder poder implica el desmoronamiento de la personalidad (Kaufman, 1994).

El aislamiento, en la masculinidad, se va a ejercer en la conformación de grupos de reunión específicos (jerarquías, sectas, equipos deportivos), que van a contribuir a la conservación del patriarcado. Las recompensas de la masculinidad hegemónica, desde la perspectiva de autores compasivos como Kaufman son suficientes para compensar el dolor de muchos hombres. Podemos concluir en que las formas patriarcales son dañinas tanto para hombres como para mujeres.

Uno de los precios de la masculinidad es un menor acceso a la prevención y a los sistemas de salud en general, a tal punto de constituir, la masculinidad, un factor de riesgo o de vulnerabilidad aumentada..

Benno de Keijzer, quien es quizás, uno de los autores que más ha desarrollado el concepto de la masculinidad como factor de riesgo en salud, plantea que, hay una sensación de invulnerabilidad, presente en los hombres, que se ve fortalecida por la dificultad que tienen para verbalizar sus problemas de salud (De Keijzer, 1998) .

Kaufman plantea la existencia de una tríada de violencia , donde el ser varón puede implicar un mayor riesgo en, al menos tres sentidos hacia la mujer y niños/as (violencia, abusos o paternidad ausente), entre hombres ( accidentes, homicidios, lesiones) y para el hombre mismo (suicidio, adicciones) (Kaufman, 1989). A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas, han presentado una sobre mortalidad masculina, importante y creciente, esta situación ha sido, apenas problematizada por la epidemiología.

Así como el tema de la violencia es central, en la relación entre masculinidad y salud, la maternidad es un eje central para la comprensión de la relación entre género y salud ya que todo el fenómeno reproductivo está, en general construido, alrededor de la mujer. Este

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

marco de relaciones ha impactado, también, en la caracterización de la epidemia del VIH en Argentina. La focalización de los varones homosexuales y los usuarios de drogas como los únicos afectados por el virus llevó a la invisibilización de las mujeres durante los primeros años de la epidemia, al menos en los países con epidemias concentradas.

Esta situación empezó a cambiar en 1994 cuando se demostró la eficacia de la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical del VIH (Connor, 1994). A partir de entonces las mujeres constituyeron una prioridad para las políticas públicas siempre desde su rol de madres y con el abordaje habitual de la salud materno infantil.

Un aspecto de esta priorización se refleja en los datos del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) analizados en esta investigación. En el trienio 2009-2011 se testearon para VIH 8,8 embarazadas por cada hombre y 4,6 por cada mujer no embarazada. Estos resultados muestran el impacto de los marcos normativos que universalizaron, en nuestro país, el diagnóstico de VIH durante el embarazo.

La expansión del testeo en este contexto, probablemente explique, también, la menor frecuencia de diagnósticos tardíos de VIH en la población femenina, en todas las regiones del país (Dirección de Sida y ETS, 2012). Sin embargo, la diferencia en la oportunidad diagnóstica, entre hombres y mujeres, se reduce cuando se desagrega a la población masculina según la vía de transmisión: mientras que el 32% de los varones infectados por vía heterosexual fueron diagnosticados en períodos avanzados de la infección, este porcentaje se limita al 19% en el grupo que se infectó por relaciones sexuales con otro hombre (Dirección de Sida y ETS, 2012)

Al igual que ocurre con otros eventos, los datos hasta aquí presentados podrían estar dando cuenta de los costos y consecuencias de la masculinidad patriarcal como obstáculo de la prevención y el cuidado personal en cuestiones de salud.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús, 2014

La condición masculina aparece, desde esta perspectiva, como una desventaja no solo en la epidemia del sida sino en todas las causas específicas de morbi-mortalidad y en la expectativa de vida, cuya brecha es más marcada en los países subdesarrollados (Minayo, 2005). En Brasil, por ejemplo, la mortalidad masculina es mayor en todos los grupos etarios y para casi todas las causas de muerte (Laurenti, 2005). Los datos sobre morbilidad y mortalidad por accidentes en Argentina, demuestran, también, un franco predominio de los hombres como población afectada y lo mismo ocurre con todos los índices de muerte violenta, ya sea por homicidios (tanto de agresores como víctimas) y suicidios (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, 2013).

Pero esta supremacía de la mortalidad masculina no es nueva, ya que fue planteada hace varios siglos cuando John Graunt describió por primera vez en 1692 los datos de mortalidad de la población londinense (Laurenti, 2005) Una posible explicación de esta cuestión es que, en el proceso de socialización de los hombres, el cuidado de la salud no es visto como una práctica masculina. La concepción del hombre dominante y heterosexual lo hace prisionero de esa masculinidad y oficia de límite en el acceso a los servicios de salud (Gomez Romeu, 2007)

La forma en la que las enfermedades afectan desigualmente a hombres y mujeres evidencia muchos aspectos del estilo de vida y de los procesos de construcción de género en una sociedad.

En el proceso de socialización masculina, hay un desmedro de las prácticas que previenen las infecciones de transmisión sexual y una negación de la condición de enfermedad, que expone al diagnóstico tardío y a la muerte por falta de tratamiento. Esta construcción de las sociedades patriarcales no es una característica del ser varón sino de una cultura y, por lo tanto, una manera de vivir compartida por ambos sexos ( De Keijzer, 2003).

El análisis de la distribución por sexos de los diagnósticos de VIH/sida y de la mortalidad específica, junto con la descripción de la población que accede al testeo, han sido aquí utilizados para caracterizar esta epidemia, que si bien, afecta a ambos sexos, está también condicionada por la construcción social de género.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

En este marco epidemiológico es pertinente plantear que hablar globalmente de “los hombres” o de “las mujeres” es por lo menos, un reduccionismo.

Así como la visión de “los hombres” está generalmente ligada al concepto de masculinidad hegemónica, el feminismo corre el riesgo de imponer una categoría que puede no ser representativa de la vida concreta de todas las mujeres en su esfuerzo por combatir la invisibilidad de las mujeres en general. Desde un cuestionamiento a la categoría “mujeres” por su pretensión universal, las afro descendientes o mujeres negras, por ejemplo, han hecho aportes significativos relacionando categorías como la “raza” al sexo/género y demostrando cómo el patriarcado tiene efectos diferentes en las mujeres cuando estas categorías las atraviesan ( Curiel, 2007)

Curiel cita a Hill Collins para describir la exclusión histórica de las mujeres negras en las teorías feministas, teorías que se presentan como universalmente aplicables a todas las mujeres pero que resultan limitadas por los orígenes blancos y de clase media de quienes las propusieron (Curiel, 2007) . Así ejemplificaba esta socióloga afro americana su opinión de cómo la práctica feminista era atravesada con la misma lógica de exclusión que habían vivido las mujeres afro americanas desde la esclavitud. Desde su concepción, al feminismo lo seguía traspasando el mismo carácter burgués y universalista. También, el desconocimiento de los caracteres históricos, individuales y colectivos de muchas mujeres que, si bien eran víctimas del sexismo, eran también atacadas por los efectos de otros sistemas de dominación como el racismo, el clasismo y el heterosexismo .

La autora recurre a las palabras de Audre Lorde, poeta y lesbiana feminista afro americana para referirse a las diferencias que atraviesan al feminismo. Según Curiel, Lorde se preguntaba por qué la teoría femenina estadounidense no necesita explicar las diferencias entre mujeres cuando quienes limpian la casa y cuidan los hijos mientras las mujeres blancas

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2014

asisten a congresos feministas son , en su gran mayoría mujeres pobres y de color. Cuál sería la teoría que respalda al feminismo racista ( Curiel, 2007). Esta visión clasista y racista del feminismo apunta a la reproducción de los sistemas de dominación entre las mismas mujeres.

Estas miradas desde la cuestión racial y de clase son ejemplos de los interesantes matices que se descubren cuando se incluyen otras variables dentro de la categoría “mujeres”, matices que no están contemplados cuando en el marco de la epidemia de VIH se equipara la vulnerabilidad de género exclusivamente con lo femenino sin considerar los riesgos de la masculinidad.

### **La condición de género y el concepto de vulnerabilidad en el marco del VIH-sida en Argentina**

El análisis de los factores hasta aquí expuestos, con sus diferentes matices intenta fortalecer las cualidades indisociables que definen el concepto de vulnerabilidad: la multidimensionalidad, la categorización en grados, la variabilidad en el tiempo y el carácter relacional.

El carácter multidimensional del concepto de vulnerabilidad se visibiliza, en este estudio, al demostrar como la condición femenina, que expone a muchas mujeres a contraer el VIH en relaciones asimétricas de poder, también ofrece una mejor oportunidad de diagnóstico oportuno vinculado a la situación de embarazo. En contrapartida, la concepción machista de la salud, en la cultura del patriarcado, expone a los hombres, no solo a infectarse con VIH en relaciones sexuales desprotegidas sino a una menor oportunidad diagnóstica y a un mayor riesgo de enfermar y morir de sida.

Pero al hablar de la condición masculina es necesario considerar los diferentes matices contemplados en este concepto. La comunidad de varones gay y otros hombres que tienen sexo con hombres han sido foco de las estrategias preventivas y de políticas públicas desde principios de la epidemia de VIH. Aunque esto no necesariamente impactó en la incidencia

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

de VIH en esta población, si condicionó una mayor accesibilidad al testeo y al diagnóstico oportuno en esta población (Coordinación Sida, 2012) .

Los varones adultos y heterosexuales y las mujeres fuera de la edad fértil, no incluidos específicamente como grupos vulnerables, aparecen hoy como con mayor riesgo al diagnóstico tardío de VIH y, por lo tanto, a fallecer por sida.

Aunque el análisis acotado al sexo biológico como variable diferencial, constituye un reduccionismo en esta investigación, los resultados muestran como los hombres son más vulnerables para enfermar y morir de sida que las mujeres. Sin embargo, los varones heterosexuales nunca han sido priorizados como un grupo vulnerable al momento de definir políticas de promoción y prevención en relación a la epidemia de VIH.

Otra limitación, para la caracterización de riesgo en este estudio, ha sido la imposibilidad de trabajar con tasas de incidencia debido a que la prolongada latencia clínica en la evolución del VIH condiciona varios años de retraso entre infección y diagnóstico.

No obstante, los resultados de esta investigación demuestran la necesidad de promover estrategias de cuidado específicas para disminuir el impacto negativo del VIH en la población masculina más allá de las dirigidas a los varones gay. La promoción activa del testeo para VIH, en esta población , funciona como una estrategia de reducción de daño que, si bien no impide la transmisión de nuevas infecciones, facilita el acceso al tratamiento oportuno para evitar la progresión a sida y muerte.

Duran AS. Mitos y realidades sobre la feminización de la epidemia del VIH/sida en Argentina: una mirada sobre la vulnerabilidad de las mujeres y el riesgo de los hombres [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.2014

## 6. CONCLUSIONES

La condición de género es solo uno de los aspectos que impacta en la forma en la que la epidemia de VIH afecta a las personas. Si bien el abordaje de esta perspectiva, exclusivamente en base al sexo biológico constituye una limitación, la mayor morbilidad y mortalidad por sida en la población masculina propone un diálogo entre el concepto de riesgo y vulnerabilidad.

La mayor susceptibilidad de la población masculina a enfermar y morir de sida demuestra el carácter multidimensional, gradual, dinámico y relacional del concepto de vulnerabilidad en un campo donde, precisamente los varones heterosexuales son casi los únicos no percibidos como "vulnerables".

Esta invulnerabilidad, sostenida desde una concepción de masculinidad hegemónica solo expone a los hombres como victimarios situación que suele repetirse, en los estudios de género, sin un abordaje integral que deja de lado aspectos esenciales del enfoque relacional de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Desagregar el concepto de vulnerabilidad es necesario para entender mejor "quién" es vulnerable a "qué" y en qué medida ya que la generalización de la situación de "los hombres" y "las mujeres" invisibiliza aspectos claves al momento de direccionar estrategias efectivas de prevención y reducción de daño en la respuesta al VIH-sida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho N, 1992, Epidemiología Sin Números. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, N° 28,OPS.
- Almeida Filho N, 2007, Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. Salud Colectiva, 3(3), p.229-233.
- Almeida Filho N, Castiel LD, Ayres JR, 2009. Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva,5(3), p.323-344.
- Ayres J, Ricardo O, 2002, Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 20,p 67-82.
- Ayres J. 2005a. Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología. Parte II, Capítulo VI, p 161,Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ayres J et al.2005b. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D y Machado de Freitas C.(organizadores), Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ayres J ,2009. Las perspectivas epistemológicas de la epidemiología II. La epidemiología del riesgo. Ponencia presentada en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de salud. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires , 5 de septiembre de 2009.
- Bastos FI & Szwarcwald CL 2000. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas.Cad Saúde Pública;16 (Sup 1):65-76.
- Beauvoir S, 1949. El segundo sexo. 3° edición, Editorial Sudamericana. Buenos Aires 2009.
- Bianco M, Mariño A, Re M, 2008. Violencia contra las mujeres y VIH en el Mercosur. La situación Argentina. Publicación de la Fundación para Estudio e Investigación en la Mujer.
- Bloch C, 2002. La feminización de la epidemia del VIH/sida. ¿Hecho natural o responsabilidad política? Página/12:Sec.Suplemento Las 12: Citado el 26 de marzo de 2011.Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-452-2002-12-08.html>
- Breilh J,1998. La sociedad , el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Conferencia en el IV Congreso Brasileño de Epidemiología en Río de Janeiro. Revista Brasileira de Epidemiología,1, p.207-233.
- Breilh,J, 2003, Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Cardaci, D, 2006. Ordenando relatos: investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer. Salud Colectiva, 2(1), p.21-34.

Castiel LD, 1996. Força e vontade: Aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Revista de Saude Publica*, 30(1), p.91-100.

Chaves Lima, Maria Lúcia, Guedes Moreira , Ana Cleide. 2008. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, Vol. VIII num. março, pp. 103-118.

Connel RW, 1997. La organización social de la masculinidad en T. Valdes & J. Olavarría, eds. *Masculinidades poder y crisis*, p.31-48. ISIS-Flacso.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al, 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human Immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 331(18), 1173-1180.

Coordinación Sida, 2009. Situación epidemiológica del VIH-sida, 2009 . Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Coordinación Sida , 2010. Situación epidemiológica del VIH-sida, 2010 . Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Coordinación Sida ,2012. Situación epidemiológica del VIH-sida, 2012 . Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Curiel O, 2007. Los aportes de las afrodescendientes a la teoría y la práctica feminista. *Desuniversalizando el concepto "Mujeres"*. En *Femenias, ML Perfiles del Feminismo Iberoamericano*, vol 3. Buenos Aires, Catálogos 2007, pp. 163-190.

De Keijzer B, 2003. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editores. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. [Internet] Lima 2003: 137-52. [citado el 27 de marzo de 2011].

Disponible en

<http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2011/files/2011/02/Benno-de-Keijzer.pdf>.

De Keijzer B ,1998. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón, Esperanza, en *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y U. A. de Tabasco, Villahermosa, México.

De Souza Minayo, M. C. 2005. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 23-26.

Di Tella T et al, 2008. *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*. Buenos Aires. Emecé Editores.

Diez Roux A, 2008 .Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. En *Salud Colectiva : Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp: 83-110.

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. *Sistema Nacional de Vigilancia Laboratorial, SIVILA-SNVS. Normativa de identificación de VIH*. Internet].

Citado el 17 de Abril de 2011. Disponible en [http://www.redbioquimicasf.com.ar/redes/sivila/como\\_notificar\\_hiv\\_a\\_traves\\_del\\_sivila.pdf](http://www.redbioquimicasf.com.ar/redes/sivila/como_notificar_hiv_a_traves_del_sivila.pdf).

Dirección de Epidemiología. Presentación del módulo SIVILA. [Internet].Citado el 17 de Junio de 2012 . Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/vigilancia/sivila/presentacion-modulo-SIVILA-de-SNVS.pdf>.

Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. [Internet] Citado el 28 de Mayo de 2011. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Boletin131.pdf>.

Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2013. Mortalidad por sida en Argentina: Análisis de tendencias y estimación de subregistro. Ministerio de Salud de la Nación, Edición digital. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000142cnt-2013-06\\_mortalidad-sida.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000142cnt-2013-06_mortalidad-sida.pdf).

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, 2013. Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo. N° 6 . Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Sida y ETS, 2008 . Boletín sobre el VIH/sida en Argentina. Número 25. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Sida y ETS, 2009 . Boletín sobre el VIH/sida en Argentina. Número 26. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Sida y ETS, 2011 . Boletín sobre el VIH/sida en Argentina. Número 28. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Sida y ETS , 2012 . Boletín sobre el VIH/sida en Argentina. Número 29. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Sida y ETS, 2012. Instructivo para la vigilancia y notificación de casos de VIH, SIDA y defunciones de personas infectadas. [Internet]. Octubre 2012 [ citado el 8 de febrero de 2014] Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000039cnt-2013-05-07\\_instructivo-vigilancia-notificacion.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000039cnt-2013-05-07_instructivo-vigilancia-notificacion.pdf).

Duran A, Carrizo J, Vila M, Portnoy F, 2012, Diagnóstico tardío de infección por VIH en la Ciudad de Buenos Aires: El mayor riesgo en los menos vulnerables. Presentación Oral en el IX Congreso Brasileiro De Prevancao Das DST/AIDS en San Pablo, Brasil.

Esteban ML, 2006. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud colectiva, 2(1), pp.9-20.

Gomes R, Ferreira do Nascimento E, Carvalho de Araújo, 2007. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública, 23(3), p.565-574.

Guedes do Nascimento AM 2003 . Representação social e vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. Departamento de Saude Coletiva. Fundacao Oswaldo Cruz- Fiocruz, Recife.[Internet] Citado el 26 de marzo de 2011. Disponible en <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2003nascimento-amg.pdf>.

Jiménez Rodrigo ML, 2010.Feminización del consumo de tabaco : ¿convergencia o desigualdad?. Rev Esp Drogo depend.2010; 35(3): 285-296.

Jorrat, R. et al ,2008, Información, actitudes y conductas en relación con el VIH-Sida. Estudio social en población bajo la línea de pobreza en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Bs. As., ceDOP/UBATEC. Citado el 1 de Abril de 2011. Disponible en [http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/infovih/ESTUDIOSOCIAL\\_%20POBL\\_%20BAJO\\_LINEA\\_POBREZA.pdf](http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/infovih/ESTUDIOSOCIAL_%20POBL_%20BAJO_LINEA_POBREZA.pdf)

Kaufman M (1989). Hombres, placer, poder y cambio, Centro de Investigación Para la Acción Femenina (CIPAF), República Dominicana.

Kaufman M ,1994, 'Men, feminism, and men's contradictory experiences of power', in Brod H & Kaufman M (eds), Theorizing masculinities, Research on men and masculinities series, SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks, CA, pp. 142-65,Disponible en <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243627.n8>.

Laski M , 1997. Sexualidad VIH/SIDA y género. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. Vol III; n° 2, p 193-201.

Laurenti, R., Jorge, M.H.P. de M. & Gotlieb, S.L.D., 2005. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1), p.35-46.

Lipovich P 2004. ' El mito del ACV masculino ', Página 12 , 16 Marzo . Versión digital Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-241930-2014-03-16.html>

Margulies, S., 2010. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina. Intersecciones en Antropología, 11(1), p.215-225.

Matheus R, 2005. La introducción de los métodos estadísticos en la Medicina de los siglos XIX y XX. Ars Medica. Revista de Humanidades N° 4,p 185-203.

Menéndez E,1990. Sistemas locales de Salud. Aproximación teórico-metodológicas. México, D.F. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

Menéndez E. Salud y Género: Aportes y problemas. Salud Colectiva, 2006. Salud y Género : Aportes y Problemas, 2, p.5-7.

Organización panamericana de la Salud, 1999. Digesto de Leyes Nacionales y Provinciales de la República Argentina sobre VIH/Sida. [Internet]. OPS 1999. Edición digital. Disponible en [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub50.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub50.pdf) ,p.181.

Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS 2003. Boletín sobre el VIH- sida en Argentina Número 22 .Ministerio de Salud de la Nación.

Riva Knauth y Ceres Gomez, 2009, Experiencia de género y vulnerabilidad para el VIH en Grimberg M (ed.) , Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia.

Silveira, M.F. et al., 2002. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. Revista de Saude Publica, 36(6), p.670-677.

Sontag S ,1988. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. España . Santillana Ediciones Generales .

UNAIDS ( Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) 2008. Report on the global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS 2008 Ginebra.

Urquía ML, 2006. Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Buenos Aires: Ediciones de la UNLA.

Villaseñor-Farias, M & Castañeda-Torres J , 2003. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. Salud pública de México, 45(1), p.44-57.