



Uruguay 1369/101
Montevideo 11.200, Uruguay
Telefax.: (5982) 902 3186
e-mail: inlatina@adinet.com.uy



**JÓVENES, SEXUALIDAD Y VIH/SIDA EN EL URUGUAY
CONOCER PARA PREVENIR**

Mónica Guchin Mieres

Juan José Meré Rouco

Programa Sexualidad y Género

Iniciativa Latinoamericana

2004

**Con el apoyo del Sector Educación de la Oficina de UNESCO de
Montevideo**

EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Investigadores

Soc. Mónica Guchin Mieres

Soc. Juan José Meré Rouco

Asistente

Br. Virginia Rodríguez Ciccolo

Edición Técnica

Soc. Laura Latorre

ÍNDICE.

Introducción	5
1. La epidemia del VIH/SIDA en Uruguay: "heterosexual, joven y cada vez más femenina".	8
2. Nuestra perspectiva ética y referencial.	13
2.1 La afirmación de los Derechos de todas y todos.	13
2.2 Referencia para pensar la intervención educativa.	16
3. La sexualidad en Uruguay: ¿No sabe, No contesta?.	21
3.1 La primera vez: las diferencias se acortan.	22
3.2 Las/os compañeras/os de iniciación: las diferencias persisten.	27
3.3 Número de parejas sexuales: menos de lo que se comenta.	30
3.4 ¿Con quién tienen sexo los y las uruguayas?: nos animamos a declarar.	34
3.5 El uso del preservativo: las brechas preocupantes.	37
4. Las representaciones sociales y la prevención del SIDA.	44
4.1 La negociación del preservativo: la dificultad está en el hablar.	45
4.2 Amor, sexo y placer: vinculación fuerte en las mujeres.	48
4.3 Los uruguayos y la fidelidad: hombres y mujeres coinciden.	50
4.4 Las relaciones prematrimoniales: mayor libertad para los hombres.	50
4.5 De la vigencia de la tradición a una lenta flexibilización de roles sexuales.	51
4.6 La aceptación de la homosexualidad: seguimos pensando en grupo de riesgo.	53
4.7 Algunas fricciones en los flujos de información: Los jóvenes quieren saber.	55
4.8 Las percepciones del riesgo de infección de VIH/SIDA: el problema está en los otros.	56
5. Pistas para la acción.	59
6. Recomendaciones	64
7. Bibliografía.	66
8. Anexos.	73
8.1. Índice de cuadros	73
8.2. Cuadro resumen de investigaciones en sexualidad.	74
8.3. Listado de estudios y encuestas de opinión en sexualidad.	81

ABREVIATURAS Y SIGLAS.

AUPFIRH	Asociación Uruguaya de Planificación Familiar
CASMU	Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay
CACP	Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas
CELSAM	Centro Latinoamericano Salud y Mujer
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
COSECOM	Comportamiento Sexual en el Cono Sur
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
MSP	Ministerio de Salud Pública
NNUU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PNS	Programa Nacional de SIDA
ROUS	Red de ONGs uruguayas con trabajo en SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UTU	Universidad del Trabajo del Uruguay
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

Conocer para prevenir, este es el decidido enfoque que intentamos darle a este trabajo de sistematización y análisis de los datos existentes en nuestro país sobre la sexualidad de las uruguayas y uruguayos, con un particular énfasis en los jóvenes, confrontados a la epidemia del SIDA.

Conocer para generar mayor comprensión de la dinámica de las prácticas sexuales de los uruguayos y uruguayas, y también como las perciben y verbalizan. Conocer para lograr insumos que incrementen las posibilidades de impacto de las políticas públicas de prevención y atención del SIDA. A medida que la epidemia del VIH/SIDA adquiere a más de dos décadas de iniciada, características cada vez más multifacéticas, los organismos internacionales alientan a los países de América Latina y el Caribe que investiguen y vuelvan a analizar los datos ya recopilados. Se entiende que los datos de vigilancia deben usarse para obtener el máximo beneficio de los recursos, utilizándolos para llevar a cabo programas de intervención dirigidas a poblaciones específicas (OPS, 2001: 45).

En un contexto de falta de cura definitiva para la enfermedad y de su extensión en especial en los sectores de mayor vulnerabilidad - de menores posibilidades de cuidado de sus cuerpos, disfrute de sus relaciones afectivas y desarrollo pleno de su sexualidad- es fundamental los aportes que pueden y deben, realizar las ciencias sociales al diagnóstico de la epidemia para una prevención precoz y eficaz.

Por ello, este trabajo tiene como objetivo fundamental el generar un mayor conocimiento y una mejor comprensión de la sexualidad de las/os uruguayas/os - con énfasis en las/os jóvenes - en tanto insumos relevantes, que permitan contribuir con los programas y acciones de prevención de la epidemia del VIH/SIDA en Uruguay. Se trata, por la propia naturaleza de la información disponible de un estudio de carácter exploratorio, cuya lectura posibilite abrir pistas tanto para el análisis como para investigaciones futuras.

Así, adquiere especial pertinencia la intervención de Claude Raynaut en la Mesa Redonda sobre el enfoque cultural (UNESCO, Paris, 2002) interrogándose sobre la (in) eficacia de las acciones de lucha contra el SIDA llevada adelante en los países en desarrollo: " se ha verdaderamente considerado a los miembros de las "poblaciones" hacia las cuales dirigimos las estrategias de prevención del SIDA como personas integrales, en toda la complejidad que su humanidad implica?" Es decir, un esfuerzo de investigación y conocimiento de las lógicas culturales que

subyacen y ayudan a comprender las prácticas de las personas, así como los recursos culturales que los actores individuales y colectivos pueden disponer para construir la prevención.¹

En ese sentido nos propusimos elaborar con la información ya disponible el estado de situación de las prácticas y representaciones sexuales y el VIH/SIDA, intentando configurar una línea de base en nuestro país. Así, se realizó un esfuerzo de recopilación de investigaciones y estudios, de diferente nivel de rigurosidad y diseño metodológico, sobre la temática, provenientes de diferentes campos disciplinarios, las que, aún de forma fragmentada, proporcionan valiosos datos para visualizar algunos componentes de las prácticas sexuales en nuestro país.

Para facilitar una primera lectura, agrupamos y ordenamos los datos entorno a un abanico de ejes temáticos críticos, que permitan identificar algunas tendencias socioculturales de la población en el campo de la sexualidad y el VIH/SIDA. Finalmente, nos propusimos identificar vacíos relevantes, aún inexplorados -en términos de abordajes y conocimientos- que contribuyan para futuras investigaciones.

En general, sexo y edad – y en menor medida lugar de residencia - fueron las variables relevantes que los datos permitieron de explorar con un mínimo de confiabilidad. Aún así, intentamos transformarlas en puntos de apoyo para un abordaje desde las relaciones de género, dimensión clave para comprender la dinámica epidemiológica del VIH/SIDA.

Evidentemente, sería de extrema utilidad poder, aún en la parcialidad e insuficiencia de datos, efectuar un movimiento comparativo con las realidades regionales y con otras investigaciones en el campo de la sexualidad y SIDA que han sido modelos en la década del 90 en Europa, pero ello hubiera significado otros objetivos y otro nivel de recursos no disponibles actualmente.

Igualmente, el aprovechamiento de los resultados de esos estudios se manifiesta en el proceso de elección de los núcleos de análisis que orientaron nuestra lectura: al nivel de las prácticas nos focalizamos en la edad de inicio sexual, los compañeros de iniciación sexual, el número de parejas sexuales, las orientaciones sexuales y el uso del preservativo.

Respecto de las representaciones o percepciones sociales, optamos por centrar la atención en la negociación del preservativo, la vinculación entre sexo, amor y placer, los uruguayos y la fidelidad, las relaciones sexuales prematrimoniales, la flexibilización de los roles sexuales, la aceptación de la homosexualidad, los flujos de información, las percepciones del riesgo de infección de VIH/SIDA.

¹ VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination: une approche anthropologique, Etudes et rapports, serie especiala, n 20. Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, UNESCO, Paris, 2003.

Finalmente este estudio representa la continuidad del esfuerzo institucional y de los autores para un mejor aprovechamiento de la información ya disponible, como paso previo indispensable para pensar la generación de estudios exhaustivos y de alcance nacional que aborden las representaciones y prácticas afectivas en Uruguay.

En ese sentido, el estudio *Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en Uruguay desde un enfoque cultural* (Meré y Buquet, 2002), había sido una primera etapa para recopilar, ordenar y analizar la producción existente sobre las acciones llevadas adelante por los diferentes actores involucrados en la lucha contra la epidemia en el Uruguay desde sus inicios hasta el 2002. El mismo fue producido en el marco de la estrategia de lucha contra la epidemia, de la División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural de la UNESCO, con el objetivo de identificar los elementos y dinámicas culturales y sociales que sustentan la evolución de la epidemia así como la respuesta nacional. Uno de los resultados relevantes fue precisamente, el haber definido con mayor visibilidad la compleja trama cultural de la sexualidad en su relación con la epidemia, pero también señalar la necesidad de profundizar y problematizar los datos existentes.

La sensibilidad y apoyo del Sector Educación de la Oficina de la UNESCO en Uruguay, ha creado la oportunidad y las condiciones para llenar ese vacío y permitido así la elaboración de esta sistematización sobre la compleja relación entre la sexualidad y SIDA en nuestro país.

Mónica Guchin y Juan José Meré
Montevideo, junio 2004

1. LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN URUGUAY: "HETEROSEXUAL, JOVEN Y CADA VEZ MÁS FEMENINA"

En una de sus últimas intervenciones públicas, Jonathan Mann afirmó que "la epidemia del AIDS se ha extendido en todo el mundo siguiendo siempre las grietas de cada sociedad", sintetizando, al mismo tiempo, la complejidad de la dinámica epidemiológica y, consecuentemente, la amplitud de los desafíos- éticos, pedagógicos, políticos, sociales- a los cuales se siguen confrontando las acciones de prevención.

En nuestras sociedades latinoamericanas, la aparición de la epidemia del VIH/SIDA se configuró rápidamente en un "espacio social crítico", que interpeló todo el conjunto de esferas sociales: las modalidades de atención en salud, los medios de comunicación social, el sistema de educación formal, las relaciones Estado - sociedad civil, la producción y divulgación del conocimiento científico, así como las pautas básicas de convivencia social, se vieron cuestionadas por una enfermedad que va más allá del espacio público. Esta entrada en escena del SIDA implicó la apertura de espacios de discusión sobre el tabú de la sexualidad, surgiendo la necesidad de "hablar" y "escuchar" las opiniones de la gente, los técnicos y los decisores políticos. Ello supuso la ampliación de los espacios de libertad y la asunción de compromisos de los diferentes actores en relación con el VIH/SIDA. El SIDA sacudió también los lugares más íntimos de la privacidad individual, poniendo cada persona de cara a la sexualidad, al relacionamiento con el otro, a la intimidad de su individualidad (Meré, 1999).

En el ámbito mundial se estima, que el número de adultos y niños viviendo con el VIH/SIDA a fines de 2003 alcanzaba a 37.8 millones en todo el mundo, donde 17 millones son mujeres (de 14 a 49 años) y 2.1 millones menores de 15 años. De los 5 millones de personas que se infectaron en el último año, casi la mitad son jóvenes de 15 a 24 años (UNAIDS, 2004).

Para la Región, la principal forma de transmisión es la heterosexual, siendo las relaciones sexuales sin protección y el cambio de pareja frecuente entre los jóvenes uno de los factores más importantes que impulsan la epidemia. Esto ilumina dramáticamente la dificultad de intervenir en el espacio social donde se da mayoritariamente el riesgo y la transmisión, es decir la trama de nuestra vida afectiva y sexual. Los informes de OPS para la Región, clasifican a la epidemia del VIH/SIDA como concentrada, ya que se manifiesta en los grupos denominados de "alto riesgo" y mantiene una prevalencia baja en la población general adulta. Más allá que la heterogeneidad entre los países es muy grande, Uruguay presenta esas mismas características

América Latina y el Caribe, alberga el 8% de la población del mundo, concentrando el 4.9% de las personas viviendo con el VIH a comienzos del siglo XXI. En los países de la región la

Prevalencia de VIH+ estimada es de: Argentina 0.7%, Brasil 0.7%, Chile 0.3%, Paraguay 0.5% y Bolivia 0.1% (UNAIDS, 2004).

Al decir de la OPS, en el Cono Sur se necesita una mejor comprensión del riesgo; dado que se ha dependido de la notificación de casos de SIDA para rastrear a la epidemia. Esta información, por un lado nos brinda una visión retrospectiva de las tendencias de la infección, pero confirma que se sabe muy poco de la epidemiología del VIH. Por otro lado, los datos de prevalencia de la infección dan una idea de la situación actual de la epidemia, pero son los datos sobre el comportamiento los que pueden servir para predecir las epidemias del mañana. Estos datos pueden constituirse en una especie de sistema de advertencia para la sociedad, señalando los riesgos y sugiriendo la dirección que debe darse al fortalecimiento de la prevención (OPS, 2001: 12; 16-17).

La epidemia en Uruguay.

Se han notificado al Programa Nacional de SIDA, desde 1983 al 31 de marzo del 2004, un total acumulado de 7.396 personas positivas, 5.084 personas portadoras (VIH+) y 2.312 enfermos de SIDA en todo el Uruguay. La seroprevalencia del VIH en población general es de 0.36%. (MSP-PNS, 2004).

El VIH/SIDA en nuestro país es una epidemia concentrada en "poblaciones vulnerables", con una prevalencia, en éstas igual o mayor del 5% y menor al 1% en población general (MSP-PNS, 2001). Según diversos estudios la Prevalencia estimada en poblaciones específicas sería de: 6% en reclusos (1993), 21% en travestis (2002), 9.5% en usuarios de cocaína no inyectable (2003) y 18.5% en usuarios de drogas inyectables (2004) (Osimani, 2004). Los estudios centinelas² que se realizan en nuestro país anualmente desde 1991, mostraron desde 1996, un entencimiento del crecimiento anual de la epidemia, un aumento de la participación de las mujeres y una disminución de la edad de las personas (MSP, 2001).

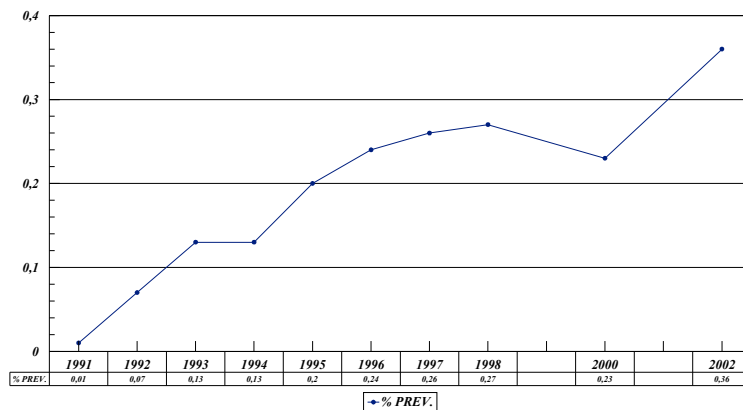
Sin embargo, ONUSIDA(2001) ya advertía en el informe mundial sobre la epidemia, del peligro del exceso de confianza en países con baja prevalencia; nuestro país ya está comenzando a vivir las consecuencias de ello. La tasa de prevalencia que mantuvo cierta estabilidad en los primeros estudios centinelas, haciendo pensar que se había alcanzado una fase de meseta en el crecimiento de la epidemia, experimentó en el estudio del 2002 un salto significativo. Con prevalencias históricamente bajas en población general de menos del 1% (0.23, año 2000), el

² "Los estudios centinelas del VIH, forman parte de la vigilancia epidemiológica activa, en grupos seleccionados (población laboral) que permite conocer la prevalencia de la infección, por sexo y edad, la tendencia de su evolución, y también estimar el número total de personas infectadas por VIH en el país. El PNS por recomendación de OPS/OMS realiza estos estudios en Uruguay desde 1991 a la fecha. Para facilitar la comparación internacional las estimaciones de todos los estudios centinelas se estimaran en población laboral del país (MSP-PNS, 2002).

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

estudio del año 2003 mostró una prevalencia de 0.36%, de 2 personas infectadas por VIH cada 1000 habitantes, se pasa a casi 4 personas cada 1000, según el estudio centinela de ese mismo año, en población laboral activa.

Gráfico 1.1. PREVALENCIA DEL VIH EN POBLACION LABORAL



Fuente: Programa Nacional de SIDA. MSP

El centro de referencia de SIDA pediátrico, el Hospital Pereira Rossell registró desde 1987 a julio 2004 un total de 867 hijos de madres VIH+, 598 en seroreversión, 97 expuestos, 150 infectados y 22 fallecidos. El número de niños nacidos con SIDA a presentado una tendencia decreciente, 14 casos en 2000, 12 en 2001, 9 en 2002, 4 en 2003 y ningún caso se ha reportado aún hasta julio del 2004 (MSP – PNS b, 2004).

Infección VIH.

La información registrada en el ámbito oficial, da cuenta desde 1983 al 31 de marzo del 2004 de 5.318 de VIH positivos (MSP-PNS, 2004 a).

Para junio del 2003, el informe epidemiológico del PNS-MSP describe a la infección de VIH de la siguiente manera:

Edades	se registran casos en todos los grupos etarios. Pico de máxima incidencia entre 15y 34 años.	
Sexo	masculinos	3.343 (68.9%)
	femeninos	1.512 (31.1%)
Distribución geográfica	Montevideo	3.719 (76.6%)
	Interior	1.031 (21.2%)
	No precisada	105 (2.2%)
Mecanismos de transmisión	Transmisión sexual	3.379 (69.6%)
	- Homosexuales	528 (15.6%)
	- Trabajadores sexuales	196 (5.8%)
	- Bisexuales	488 (14.5%)
	- Heterosexuales	2.032 (60.1%)
	- Trabajadoras sexuales	135 (4.0%)
	Transmisión sanguínea	1.027 (21.1%)
	- Usuarios de drogas inyectables	1.015 (98.8)
	- Hemofílicos	5 (0.5%)
	- Transfundidos	6 (0.6%)
	- Accidentes en personal de salud	1 (0.1%)
	Transmisión perinatal	78 (1.6%)
	Transmisión no precisada	371 (7.7%)
Donantes de sangre	Se captaron 571 infectados VIH, desde el inicio del tamizaje (junio/88) hasta la fecha, en un total de 1.032.739 tests de Elisa realizados a los mismos (0.05%)	

Fuente: Programa Nacional de SIDA. MSP

Características del VIH en Uruguay.

En la infección VIH en Uruguay (31 marzo del 2004), predomina la transmisión sexual (69.4%), sobre la sanguínea (20.4%), seguida por la transmisión perinatal (1.7%). La transmisión sexual es predominantemente heterosexual (65.2%), seguida por la categoría de exposición homosexual (20.4%) y luego la bisexual (14.1%). Es de destacar que el compromiso conjunto de homo/bisexual llega al 34.5% de los infectados por la vía sexual. Respecto al sexo, el 68.4% son hombres y el 31.6% mujeres, siendo éstas últimas casi un tercio del total de los VIH + acumulados en el país y en permanente aumento. La franja etaria más afectada está entre los

15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad. El 30% de los VIH+ adultos del país se halla en la franja etaria de 15 a 24 años de edad (MSP-PNS a, 2004).

SIDA.

La información registrada en el ámbito oficial, da cuenta desde 1983 al 31 de marzo del 2004 de 2.312 casos de SIDA, con una tasa acumulada por 100.000 habitantes de 68.5. La letalidad alcanza a 1.233 fallecidos en el mismo período antes mencionado (57%) (MSP-PNS, 2004).

En los mismos términos el informe epidemiológico del PNS-MSP (30 junio 2003) describe a la etapa SIDA de la infección de la siguiente manera:

Edades	se registran casos en todos los grupos etarios entre 0 y 87 años. Mayor incidencia entre 20-49 años. Picos de máxima frecuencia entre 25-34 años.	
Sexo	masculinos	1.659 (76.7%)
	femeninos	504 (23.3%)
Distribución geográfica	Montevideo	1.683 (78.2%)
	Interior	480 (21.8%)
Procedencia	Autóctonos	1.598 (73.9%)
	Importados	565 (26.1%)
Mecanismos de transmisión	Transmisión sexual	1.498(69.3%)
	Transmisión sanguínea	579 (26.8%)
	Transmisión perinatal	86(3.9%)
Factores de riesgo en adultos	Por hábito sexual	
	- Homosexuales	478 (31.9%)
	- Heterosexuales	675 (45.1%)
	- Trabajadores sexuales	53 (3.6%)
	- Bisexuales	292 (19.4%)
	Por vía sanguínea	
	- Usuarios de drogas inyectables	557 (96.2%)
- Transfundidos	13 (2.2%)	
- Hemofílicos	9 (1.6%)	
Patología asociada al Sida	todos con síndrome de desgaste e infecciones oportunistas además, 240 con tumores malignos (11.0% del total de Sida).	
Durante los seis meses del año 2003 se informaron SIDA	SIDA	122 casos nuevos
	Fallecidos	20

Fuente: Programa Nacional de SIDA. MSP

Características del SIDA en Uruguay.

A su vez, las características de la etapa SIDA de la enfermedad, presenta un patrón epidemiológico tipo I/II, también un claro predominio de la transmisión sexual (69.4%). Dentro de ella los heterosexuales representan el 48.2%, seguidos por los homosexuales con un compromiso del 31.9%. Los bisexuales representan el 19.4%, llegando el compromiso conjunto de homo/bisexuales al 51.3% de los casos de SIDA por ésta vía de transmisión.

Por la vía de transmisión sanguínea (26.8%), hay un predominio entre los usuarios de drogas inyectables (96.2%), seguido por los transfundidos (2.2%), y hemofílicos (1.6%). La participación de la transmisión perinatal fue de 3.8%.

Respecto al sexo, el 76.6% son hombres, frente a un 23.4% de mujeres; observándose un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados.

Si tenemos en cuenta las edades más comprometidas, afecta fundamentalmente a jóvenes, en edades sexual y laboralmente activas (MSP-PNS a, 2004).

2. NUESTRA PERSPECTIVA ÉTICA Y REFERENCIAL.

2. 1 La afirmación de los Derechos de todas y todos

La perspectiva desde la cual elaboramos este estudio tiene como eje orientador principal las Conferencias de Naciones Unidas en materia de población, desarrollo y Derechos Humanos. Las mismas fueron ratificadas por Uruguay y deben orientar la actividad de los gobiernos durante los próximos años. Su explicitación nos permite insertar la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA en una visión amplia e integral de la promoción de la salud sexual y reproductiva y de relaciones sociales de género equitativas.

En ese sentido, la salud es entendida como expresión compleja de componentes sociales, económicos, biológicos y psico afectivos que se manifiestan en las condiciones de vida de las personas. A su vez es un campo privilegiado de construcción de los derechos sociales, económicos y culturales de las mismas. Es decir, en primera instancia es un derecho humano esencial, un derecho ciudadano. La construcción de esa ciudadanía exige varones y mujeres, capaces de ejercer sus derechos, responsabilidades y oportunidades. El reconocimiento y la confianza en la capacidad de "ser sujetos" en sentido amplio, de poder deliberar, actuar y decidir en contacto con nuestro propio ser y con los otros (potenciarse conjuntamente). La salud permite entonces, potenciar las capacidades humanas en un marco de permanente construcción de ciudadanía.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

Para ello, debemos entender la salud como un fenómeno integral que considere a las personas a lo largo de su vida, reconociendo su diversidad e incorporando el análisis de la totalidad de los procesos que la conforman.

De allí derivan la afirmación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, entendidos como componentes inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales. Los mismos así expresados fueron reconocidos en el Programa de Acción de la CIPD (NNUU, 1994) y en la Plataforma de Acción de Beijing (NNUU, 1995). Son ellos unos de los ejes para conquistar las metas de un desarrollo sostenible y equitativo, donde las personas puedan estar en condiciones de controlar y decidir acerca de su vida sexual y reproductiva.

Consideramos la sexualidad, en un sentido amplio, como una de las expresiones del ser humano en su relación consigo mismo y con los demás, por eso es imposible disociarla de la afectividad, la comunicación y el respeto mutuo, entre otras. Afirmada en su dimensión biológica y psicológica, desarrollada desde la interrelación social y las pautas culturales, estimulada por la imaginación, la fantasía, la creatividad, la sexualidad es entendida como una fuerza movilizadora vital que impulsa el desarrollo de los seres humanos en la convivencia.

Por ello la salud sexual tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y, en ese sentido, el sistema de salud sexual debería contemplar servicios más allá de la orientación y cuidados relacionados a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual (CIPD 7.2.).

Por otro lado, la salud reproductiva, es definida como "el estado físico, mental y social de bienestar total y no sólo la ausencia de una enfermedad, en todos los asuntos relacionados al sistema de salud reproductiva y a sus funciones y procesos. Las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura y tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de elegir cuando y cuán a menudo lo hacen" (CIPD 7.2).

Es entonces prioritario en las estrategias de promoción y cuidado de salud afirmar y viabilizar el derecho a acceder a la información y educación adecuada; a métodos y técnicas seguros, eficaces y aceptables de regulación de la fecundidad y a servicios integrales de calidad que incluyan la participación comunitaria.

Para el ejercicio de la sexualidad y la reproducción sin ninguna forma de discriminación, coerción o violencia es esencial entonces, abordar las inequidades de género que constituyen hoy uno de los principales temas de las políticas de población y desarrollo. Entendemos al

género, como una categoría que permite analizar la construcción de las diferencias culturales entre mujeres y varones, a partir de la diferencia biológica. Las dimensiones de las inequidades de género, se traducen cotidianamente y se expresan en el ámbito de la salud tanto en las oportunidades de disfrutar de la salud, de decidir sobre los aspectos sexuales y reproductivos personales, como de no enfermar, morir o discapacitarse. Desde esta perspectiva, el empoderamiento en las mujeres apunta a fortalecer el conocimiento, la capacidad de negociar y decidir sobre su propio cuerpo.

Pero, los estereotipos que aún funcionan, respecto a la sexualidad, basados en la desigualdad de género, son un grave obstáculo para su salud sexual y reproductiva. Su eficacia deriva de la incapacidad de hombres y mujeres para cuestionarlos, en la medida que los hemos incorporado y los percibimos como "naturales". Estos prejuicios sociales funcionan como factor de riesgo, ya que son las jóvenes las que tienen menor capacidad de negociación sexual, en especial el uso del preservativo.

Se exponen al embarazo no deseado, lo que más allá de los eventuales riesgos para su salud, afecta el aprovechamiento de oportunidades para el desarrollo de sus capacidades educativas y profesionales. En la mayoría de los casos, las mujeres jóvenes de menos recursos socio económicos, deben abandonar o son expulsadas, del sistema educativo formal (OPS, 2001; ONUSIDA, 2000).

Por otro lado, los varones jóvenes son visibilizados como un grupo homogéneo, en especial si se hace referencia a su comportamiento y actitudes en general – pero especialmente, lo que hace a la salud-. Esa imagen totalizadora y la mayoría de las veces criminalizadora, no se ha disuelto en la sociedad en general, y en los técnicos y profesionales de la salud.

La representación del hombre irresponsable en su actuación en la sexualidad y la reproducción, desde la mirada de muchos técnicos y variadas organizaciones ha sido aceptada, en general, sin mayores cuestionamientos. Esta mirada totalizadora opera como obstáculo tanto para el análisis, la intervención cuanto para una atención con calidad en los servicios de salud.

Por otro lado el énfasis puesto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres contribuyó a consolidar la percepción de que los hombres no tienen problemas de salud.

En estos últimos años se ha replanteado el papel que juegan y deben jugar los varones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la necesidad e importancia de incluirlos en los programas. La OMS nos plantea que las investigaciones exigen un detenimiento mayor en la socialización de los varones adolescentes, para poder construir políticas más eficaces y orientar

los sistemas sanitarios hacia sus necesidades, así como promover una "mayor igualdad de género hacia las muchachas" (ONUSIDA, 2000).

Esta mirada que recupera la complejidad es fundamental para comenzar a resolver los problemas de salud de varones y mujeres - en particular los embarazos no deseados, la infección por VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual - que resulte en políticas y acciones de promoción y prevención más eficaces, que involucren cambios efectivos en las prácticas de conducta.

2. 2. Referencias para pensar la intervención educativa

La irrupción de la epidemia del Sida en nuestras sociedades reavivó el debate sobre los modelos implícitos en las primeras campañas de prevención lanzados en varios países. Nos parece pertinente hacer una breve reseña de manera de ampliar la comprensión sobre los desafíos que están en las acciones de prevención.

Para no permanecer en la oscuridad: Sida o Vida

Tu conducta es la clave personal

El tampoco creyó en el Sida

Es preferible que usted pase por egoísta a que le pasen el Sida, no comparta sus objetos de uso personal

Si no tienes pareja estable usá preservativo

Tu conducta personal es la clave para no contraer el Sida

Un remedio contra el Sida ya esta inventado, la fidelidad

Durante toda la primera década, estos esloganes estructuraron los sucesivos mensajes preventivos de las campañas masivas oficiales en Uruguay. Sin descartar un sustento en valores morales tradicionales³, la prevención enfatizaba fuertemente en los riesgos y las consecuencias irreversibles de la contaminación, apostando exclusivamente a un cambio en el accionar individual centrado en la responsabilidad de cada persona.

Sin diferenciarse singularmente del panorama mundial dominante en ese momento, estas primeras campañas oficiales uruguayas se organizaron siguiendo un enfoque psicosocial de los determinantes de los comportamientos individuales, cuya principal referencia en salud pública fue el Modelo de Creencias en Salud, el Health Belief Model, inicialmente elaborado en el marco de la campaña finlandesa contra las enfermedades cardiovasculares (Becker,1974). El postulado de

³ Por una mayor profundización de los efectos de las campañas en el campo comunicacional en Uruguay, ver Meré, 1999 y Meré y Buquet, 2003.

base es que las acciones de un individuo en el área de la salud dependen de un conjunto de factores que deriva de las creencias. Si la persona valoriza su salud, percibe las amenazas a la misma y la severidad de las consecuencias, y cree en la eficacia de un comportamiento preventivo, cambiará efectivamente de comportamiento. Para ello, es necesario brindarle una buena información sobre la enfermedad y las consecuencias del riesgo que corre, así como los beneficios que puede obtener de una conducta preventiva, todo lo cual, permite combatir las falsas creencias, que obstaculizan la toma de decisión correcta (Rosenstock et al., 1994)⁴.

Al enfoque individualista se articula entonces, en este modelo, la racionalidad de tipo economicista: por un lado, el sujeto empírico es definido por su racionalidad en tanto dimensión central definitoria de los comportamientos en salud, que lo lleva a maximizar los beneficios y reducir los costos. Por otro lado, como destaca Paicheler y Quemín (1994) las campañas parecen dirigirse, a un individuo autónomo, seguro de sí mismo, gestor responsable de sus tiempos, relaciones o necesidades “ concebido como actuando solo, y administrando solo la armonía o la discordancia entre la toma de conciencia y su comportamiento”.

Los procesos de resistencia, distanciamiento, adaptación al riesgo del SIDA verificados por fuera de las normas preventivas prescriptas, la persistencia de actitudes y prácticas diferentes a las esperadas a pesar del cúmulo de información diseminada, expusieron las insuficiencias de este modelo de referencia, cuestionando radicalmente esa supuesta relación unívoca entre difusión de la información y mensajes preventivos y modificaciones de los comportamientos, sin tomar en cuenta la densidad de las condiciones concretas de vida cotidiana más amplias (Wellings, 1994).

Las investigaciones de Michael Pollak (1988), (Pollak et al., 1989) sobre los homosexuales de varios países europeos, intentando comprender los mecanismos y dinámicas sociales que determinaban las prácticas de riesgo, advertían tempranamente sobre la complejidad y singularidad de elementos a tomar en cuenta para explicar tanto el proceso de decisión individual como las modalidades de manejo del riesgo a nivel de la interacción afectiva y sexual.

Así, los estudios apuntaron que la adaptación, considerable pero diferenciada según los contextos sociales, al riesgo de la transmisión se realizaba a través de dispositivos que aparecían como “un compromiso entre la salud y las pulsiones sexuales, el dominio del acto sexual y la imagen de sí construida entorno de la sexualidad, y entre el riesgo de contagio y el riesgo de soledad” (Pollak et al., 1989:1107).

⁴ La teoría del aprendizaje social de Bandura (1994), entre otras propuestas derivadas de la misma matriz de la teoría de la acción racional, refinaría luego esta perspectiva incorporando la noción de autoeficacia (*self-efficacy*), es decir, la capacidad que puede disponer la persona de poner en práctica los nuevos comportamientos cuando ocurra la situación de riesgo.

Un ejemplo podría ser el uso del preservativo, sobre el cual los autores afirman que, si bien las campañas masivas tienen un papel importante en el incentivo del uso a través de una dinámica de banalización y de reconstrucción de una imagen positiva, el uso efectivo del preservativo - o también el abandono de toda práctica penetrativa - no son el resultado de una decisión individual y solitaria, sino el producto de una interacción que exige "no solamente que el sujeto este convencido de su necesidad, sino que sepa convencer a los otros, es decir que pueda comprometer su imagen entera sin exponerse a la posibilidad de un rechazo sexual y efectivo o a la sospecha de estar contaminado" (1989:1111).

De la misma manera, una exhaustiva revisión de estudios sobre comportamientos frente a la epidemia realizada por investigadores españoles dio cuenta de la aparente paradoja de confirmar que, en la casi totalidad de los trabajos, la mayoría de las personas dice conocer adecuadamente los mecanismos de transmisión del SIDA, así como los medios correctos de prevención, pero, sin embargo, piensan que su riesgo personal es bajo y, por lo tanto, solamente una minoría manifiesto haber cambiado su conducta sexual (Paez et al. , 1994).

Así, frente a los resultados concordantes los autores podían afirmar que "la relación entre vulnerabilidad o riesgo de contagiarse y el nivel de conductas preventivas no ha sido significativamente positiva o ha sido significativa de forma negativa en varias encuestas, [...] no hay relación consistente entre el grado de información y el nivel de conductas preventivas, y tampoco se da siempre una relación entre el riesgo real y la percepción subjetiva" (1994: 59). A partir de estos hallazgos, los autores resaltan el papel de las representaciones sociales en la definición de las estrategias de prevención; lo que explicaría que, a pesar de la razón, los entrevistados, definan la selección de parejas "confiables", "conocidas", y por ello presumiblemente no infectadas como medio de manejar el riesgo. Similar conclusión obtiene Paicheler y Quemín (1994) cuando destacan que las personas pertenecientes a las clases superiores por el hecho de tener un circuito de amigos y relaciones, afirman tener un sentimiento claro de seguridad respecto del riesgo.

En esa misma línea una investigación realizada por Loyola (1994) para el contexto brasilero se constató que, a pesar de una difusión exitosa de la información a través de los medios y de un elevado grado de conocimiento que llegaba a casi 80% de los encuestados, "o discurso dos informantes preventivos é praticamente identico ao dos não-preventivos ou daqueles que nada fazem para evitar a contaminação [...] Assim é que expressões como "não sou grupo de risco", "não tenho necessidade", "não é meu caso" aparecem abertamente nos discurso de grande parte dos informantes e/ou implícitamente no depoimento da maioria" (p. 36).

Recuperando los aportes de la antropología que dibujan la interacción sexual como algo más que la realización de un impulso carnal, definiéndola como una posibilidad de recrear lazos de sociabilidad, o de afirmar la propia identidad, Loyola concluye que "é difícil alterar comportamentos sexuais, não porque eles são incontroleáveis, irracionais ou desconhecidos, mas apenas porque eles seguem uma lógica diferente daquela da saúde pública" (1994:71).

Precisamente, la búsqueda de un aumento del placer aún a pesar del riesgo, o mismo en "el riesgo en el marco de una cultura del erotismo (Parker, 1991; 1994), o una situación de riesgo considerada desde el punto de vista afectivo o relacional, pueden, sin embargo, aparecer como adecuadas, por lo que ellas pueden generar en términos de objetivos propuestos y por lo tanto ser definidas como racionales por ese hombre o mujer. Es lo que confirma la investigación belga de Peto et al. (1994) al concluir que "el asumir algún riesgo puede traer importantes beneficios en términos de una relación amorosa (la conquista de un persona deseada, la felicidad en pareja , por ejemplo) , y con respecto a la cual las preocupaciones en salud pueden resultar menores, y no representar, en el mejor de los casos, que otro elemento más a tener en cuenta. Desde el punto de vista de la protección contra el VIH, la actitud adoptada por las personas involucradas es consecuencia, simplemente, de un compromiso pragmático entre un conjunto de consideraciones" (p.195).

Las propias encuestas cuantitativas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) que se organizaron masivamente durante toda la década del ochenta, a pesar de aportar un amplio abanico descriptivo de informaciones, a intervalos regulares, sobre creencias, comportamientos, conocimientos y actitudes, mostraban ciertamente una brecha relevante entre niveles de conocimiento y adopción (o no) de conductas de prevención (Bond, 1992), pero el mismo modelo teórico de la acción racional que las sustentaba aparecía sin el potencial analítico para indagar "el porque" de esas situaciones. Es decir, no solamente aparece poco efectivo para sustentar el diseño de acciones de salud pública motivadoras de modificaciones en la población, sino tampoco para lograr la comprensión de la pluralidad de procesos de reacomodos, distanciamiento y adaptación al riesgo de la infección en el campo de la sexualidad (Van Campenhoudt et al., 1997).

En ese sentido, el trabajo de sistematización de Marquet y Huynen (1998) distinguiendo y desagregando las principales críticas realizadas a los marcos conceptuales individualista y de la racionalidad económica, muchas veces entrelazados en estas posturas, parece indispensable para permitirnos pensar seguidamente desde un espacio conceptual diferente.

Siguiendo a los autores, las principales críticas a los enfoques individualistas serían considerar al individuo fuera de las interacciones sociales; la nula atención al contexto social y cultural de las

mismas; y finalmente la no-incorporación en el análisis de las situaciones y oportunidades imprevistas, producto de toda relación entre individuos.

Respecto de los enfoques centrados en la racionalidad económica, destacan la debilidad del postulado de un individuo racional evaluando costos y beneficios antes de actuar; la debilidad de la hipótesis que deduce linealmente los comportamientos a partir de los conocimientos y actitudes; la no-consideración de los sentidos y significados atribuidos por los actores a la propia relación, y por último, la visión estática que deja de lado los aspectos temporales y procesales de toda interacción afectiva y sexual.

Así, pensar estrategias de prevención más exitosas pasan por transitar ese paso imprescindible que Hausser (1997) identificó como de "movimiento desde lo individual hacia lo social y lo relacional", apuntando, en primer término, a problematizar la complejidad de las instancias donde los sujetos procesan la información articulándola con la vivencia personal, la interacción social y las normas y valores vigentes, en particular en situaciones como las que son objeto de nuestra preocupación, es decir, que involucran el propio cuerpo, la enfermedad o el riesgo de muerte y también la posibilidad del placer.

A contramano de la homogeneidad de propuestas y mensajes preventivos que dominaron largamente en contextos socioculturales tan diferentes en nuestra región - en general como vimos centrados en las vías de transmisión presentados indistintamente respecto de su riesgo real, y en el terror y la dramaticidad generados por la presentación de las consecuencias físicas devastadoras de la infección- pasa por reconocer y profundizar en el abanico de las racionalidades sociales, las diversidades socio- culturales y las reacciones psico afectivas movilizadas por el riesgo del Sida. La interacción sexual, nota Van Campenhoudt (1998) "toma únicamente su pleno significado con referencia al conjunto de la relación, que no es sexual, o aún donde lo sexual puede ser secundario" (p.72). Es decir el ser humano en su integralidad y pluralidad cotidiana.

En el modelo de la acción racional el sujeto - u objeto? - de la práctica preventiva y educativa se ve intimado de abstraerse de su propia situación social, de su trayectoria personal, de despejarse de la red de significados y relaciones sociales, e iniciar un proceso lógico que lo aleje del riesgo, en particular en la esfera de la sexualidad, donde, tal vez, más que en otra área del comportamiento humano, la acción íntima se elabora respecto del otro, en el diálogo con el otro, frente a las expectativas del otro. Ahistórico -sin contingencia-, asocial -sin sentidos ni conflictos-, doblemente amputado en su singularidad y en su espesor social, los sujetos deben poder a través de la voluntad racional dominar esas "perturbaciones animi", instintos, pasiones, deseos.

En la perspectiva de nuestra reflexión, la sexualidad aparece fundamentalmente como una actividad social e histórica donde, siguiendo a Bozon y Leridon (1993), "relaciones sociales y control social no están en la periferia de lo sexual, sino en el corazón mismo de las prácticas y sus significados" (p. 1178). De allí deriva el desafío central de la tarea preventiva porque "ella interfiere con una actividad humana que es, a la vez, muy común en su existencia y muy sutil en sus modalidades" (p. 1190). Una primera consecuencia de este desafío implica que el punto de partida de toda práctica preventiva se constituye en la consideración fundante de la integralidad del sujeto y en su pluralidad cotidiana. Una segunda consecuencia más específica refiere al campo donde ésta práctica debe intervenir, es decir, un espacio configurado por la intersección de persistentes relaciones sociales de sexo con la interacción íntima constituida respecto de la pareja, en diálogo con ella y sus expectativas.

3. LA SEXUALIDAD EN EL URUGUAY: ¿NO SABE, NO CONTESTA?

La primera constatación, que no deja de ser reveladora, es que la sexualidad ha entrado a la escena pública de la mano de la epidemia del VIH/SIDA. Por lo tanto, la mayoría de las encuestas, estudios, sondeos, que indagan sobre la temática de la sexualidad en nuestro país -en su mayoría- intentan abordarla desde una perspectiva fundada en el interés epidemiológico vinculado a la aparición del VIH. Este aspecto no les resta interés ni importancia a los estudios, pero restringe una aproximación global al comportamiento sexual. Por otro lado, entendemos que la infección por el virus constituye un riesgo con el cuál debemos, al mismo tiempo, convivir y combatir, pero ello no debe llevar a la confusión de definir la sexualidad como sinónimo de riesgo. Una mirada reductora que puede descuidar los valores, las relaciones de género, las pautas sociales dominantes, es decir lo social como estructurador de actitudes y prácticas sexuales.

La aparición del VIH también ha modificado las preocupaciones, que en general dominaron otros estudios y encuestas. En la etapa previa a la epidemia, los núcleos de interés eran básicamente aquellos relacionados con el embarazo, es decir, la edad de la primera relación o la frecuencia de las relaciones sexuales o el uso de anticonceptivos. La epidemia trajo nuevos aspectos como el número de parejas, las prácticas y las opciones sexuales, el uso del preservativo, aún en el marco de la visión epidemiológica de la sexualidad y la infección del VIH/SIDA.

La producción existente en nuestro país esta caracterizada por una diversidad de intereses temáticos, por estar elaborada en general a partir de muestras por conveniencia, y por su disparidad en las modalidades metodológicas. Agrupar, ordenar, confrontar el abanico de estos

trabajos elaborados mayoritariamente en la década de los noventa, proporciona valiosa información que puede delinear algunas de las tendencias vigentes en el campo de los comportamientos sexuales en Uruguay.

La elaboración de este estudio se realizó entonces a partir de la recopilación, sistematización y análisis de fuentes secundarias -cuantitativas y cualitativas- existentes sobre la temática. Se tomaron en cuenta investigaciones y estudios producidas luego de 1983, fecha de instalación de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país: investigaciones de organismos internacionales y/o gubernamentales; investigaciones de organismos no gubernamentales; investigaciones académicas; estudios periodísticos.

La intención fue establecer un diálogo problematizador entre las diversas fuentes, que genere interrogantes sobre los comportamientos sexuales de las/os uruguayas/os, desde una mirada de género y derechos sexuales y derechos reproductivos. Así nos preguntamos, ¿Cuáles han sido los nudos de debate y preocupación, cuáles los vacíos recurrentes?. ¿Qué núcleos se abordan y cuáles no en las investigaciones?. ¿A qué responden esos vacíos?. ¿Qué insumos valiosos podemos incorporar para pensar la prevención?.

Los ejes temáticos de ordenamiento de los datos que se presentan a continuación obedecen a su relevancia e impacto en la dinámica epidemiológica del VIH/SIDA en nuestro país, siguiendo en la elección de los mismos, la experiencia científica internacional, pero al mismo tiempo desde una mirada crítica y atenta a la especificidad de nuestro contexto. Al situarnos en una perspectiva abarcativa de la sexualidad fueron contemplados otros núcleos temáticos que contribuyan para lograr una visión más integradora de las interacciones sexuales y de la manera de percibir las, verbalizarlas y reconocerlas.

3.1 La primera vez: diferencias que se acortan

En nuestro país, los estudios señalan repetidamente que los jóvenes de ambos sexos están iniciándose sexualmente a edades cada vez más tempranas y que las diferencias entre varones y mujeres tienden a acortarse.

Estudios pioneros mostraban que la edad promedio de inicio sexual de los adolescentes de estratos bajos "habría pasado de 17.2 en los años 1966-1969 a 15 años en el período 1978-1981" (citado en Migués Barón y otros, 1994: 13). En 1989, un estudio en un liceo religioso de

Montevideo, colocaba la edad de comienzo de las relaciones sexuales, en los 15 años promedio para los varones y 16 años para las mujeres (Banfi,1992).

Las encuestas de los años 90, ya surgidas en el marco de la epidemia del VIH/SIDA, marcan la edad promedio de inicio, en los 17 años, para todas las zonas del país consideradas. Pero, si atendemos sólo al grupo de 18 a 35 años, la edad promedio para varones se sitúa en los 15 años, y la de las mujeres en los 19 años promedio (Opertti y otros, 1992).

En ese mismo período, la encuesta que indaga en la sexualidad de los adolescentes montevideanos (Portillo y otros, 1992), muestra como la edad de inicio de las "relaciones sexuales completas", se dan en el varón entre los 14 y 15 años, y en la mujer en los 16 años.

Por otro lado, el estudio de Spinelli y Calero, encuestando a una muestra de habitantes de Montevideo mayor de 17 años, arroja que para la edad de su primera relación, más del 60% de los hombres declara que "lo ha hecho" entre los 14 y 17 años. Mientras que algo más de un tercio de mujeres se ha iniciado entre los 18 y 20 años. Las investigadoras constataban ya una relativa estabilidad de la edad de iniciación de los hombres si la desglosamos por edad, "mientras que se aprecia un adelanto en la de las mujeres" (Spinelli y Calero, 1996: 47).

Osimani y otros en estudio realizado en 1998, para población general de 18 a 65 años de los barrios La Teja, Capurro y Victoria, presentan tendencias similares. El promedio en la edad de inicio sexual se sitúa en los 18 años; siendo el inicio sexual más temprano en los hombres (15.7 años) que en las mujeres (20.1 años), en todos los tramos etarios. También este estudio señala que se apreciaba un descenso del inicio sexual en las últimas generaciones, debido básicamente a la reducción en la edad de inicio femenina en tanto los hombres se mantienen relativamente estable. Así, para las mujeres de más de 55 años la edad de inicio promedio fue de 26.6 años, bajando a 18.1 años para quienes tienen entre 20 y 29 años para luego reducirse a 16.3 años promedio para las entrevistadas menores de 20 años (Osimani y otros, 1999).

Más recientemente, disponemos del trabajo realizado a través de historias clínicas, para conocer el comportamiento de 1.440 adolescentes mujeres de 12 a 20 años, de una institución de asistencia médica colectiva (IAMC), que consultaron entre el período 1997 a 2000. Al momento de la primera consulta, el 35% de las jóvenes ya había tenido relaciones sexuales, situándose la edad de inicio en casi la mitad de ellas, entre los 15-16 años (Martínez y Lorenzo, 2001).

Por otro lado entre el 2001-2003, un estudio en usuarias del Hospital Pereira Rossell y Policlínica de Medicina Familiar de Las Piedras, Canelones, sitúa la edad de inicio de las relaciones

sexuales en la población adolescente entre los 15-19 años. Un 17% de ellas tuvo su primera relación antes de los 14 años (Etchevarren y Gómez, 2003).

En el estudio realizado en 2003 por el grupo GAF en Nueva Palmira- Colonia, a adolescentes entre 11 y 18 años detectaron que el 28% ya habían tenido relaciones sexuales, siendo el 14.7 la edad promedio. Observaron que los más jóvenes, señalan como edad de inicio adecuada por encima de los 19 años, en tanto a medida que aumenta la edad del estudiante estos reducen la edad estimada como apropiada para el inicio entre los 15 y 16 años (Laclau, 2003).

Estos datos, aún sin contar con información comparable por estrato social para poder analizar el comportamiento en uno y otro grupo frente a la edad de inicio sexual, nos permiten destacar el hecho que las usuarias adolescentes de un servicio de Salud pública y las de una mutualista, no presentan mayores diferencias en las edades de inicio sexual.

Es en el estudio de Spinelli y Calero, donde se analiza algunas variables del comportamiento por estrato social. Sin discriminar por sexo, en el estrato social bajo, la edad promedio de la "primera vez" se sitúa en los 15 años, ascendiendo a los 16 en el medio y llegando a los 18 años promedio en el estrato social alto. Por otro lado, las autoras afirman que el nivel educativo es una variable a ser tomada en cuenta, ya que de los encuestados que sólo han cursado primaria, el 65.2% de los mismos ya han tenido relaciones a los 18 años; descendiendo abruptamente a un 39.9% en aquellos que "finalizaron estudios universitarios"(1996: 48).

En cuanto a la información referente al interior de nuestro país, la investigación CACP (Operti y otros, 1992) ya afirmaba que las mujeres menores de 36 años comenzaban su actividad sexual más temprano y que este patrón era extremadamente uniforme en todo el país, y no sólo un fenómeno montevideano.

Un trabajo reciente sobre casi 400 estudiantes liceales y UTU del departamento de Paysandú (Ferreira, Grassi y otras, 2002) arroja elementos para reflexionar sobre la caída de la edad de inicio sexual, en particular en las jóvenes mujeres. Así, se muestra que el comienzo de la vida sexual en el interior del país – Paysandú capital- se concentra para las jóvenes entre los 15-16 años, mientras que en los varones, se sitúa en los 14-15 años.

Por otro lado, en un estudio realizado en el departamento de Salto, en jóvenes de un liceo público, se constató que el 46% de los mismos se inició entre los 14 y 16 años (Argenzio, 2003).

Asimismo, el estudio piloto en 200 estudiantes montevideanos -de un liceo público, uno privado y una escuela técnica- realizado por el Programa Nacional de Sida - MSP para el año 2002, constató que la mayor frecuencia de inicio sexual se daba en los 16 años para las mujeres y en los 15 años para los varones.

Así, más allá de que los estudios analizados no son comparables, podemos afirmar que hay fuertes indicios de una tendencia a la disminución a través de los años de la edad de inicio sexual. Donde se observa una mayor reducción en la edad de inicio en la mujer que en los varones, lo cual supone una disminución de la brecha entre las edades de inicio de cada sexo. Esta doble dinámica sitúa a nuestro país en la realidad regional de similares características (COSECON, 2000).

De estos últimos datos presentados, que rompen con las miradas reductoras desde y hacia la sola capital, parece desprenderse que esta tendencia abarca también el interior del país, y aún reforzarse. Es decir una posible indagación para futuras investigaciones.

En un plano más explicativo, debemos interrogarnos si la disminución en la edad de la iniciación sexual que muestran los estudios implica a su vez una modificación de los modelos de toma de decisiones y una flexibilización de los roles sexuales masculinos y femeninos entre los adolescentes hacia una mayor horizontalidad. O por el contrario, si la iniciación más temprana, bajo pautas de comportamiento aún asimétricas implica un reforzamiento de las diferencias de género, en el plano de la sexualidad en esas generaciones, lo que generaría situaciones de riesgo mayores, en particular para las mujeres jóvenes.

Por otro lado, estas transformaciones descriptas deben llevarnos a reflexionar cómo se compatibiliza la compleja ecuación inicio temprano, disfrute de la sexualidad y prácticas preventivas seguras y eficaces, es decir "proteger el placer" con responsabilidad. Esta indagación central nos remite a la necesidad de profundizar en el conocimiento del contexto social, afectivo, en las cuales se da la primera interacción sexual en tanto espacio posible de generación de riesgos no solo frente a la infección del VIH sino también a un embarazo no deseado. A principios de los noventa, Portillo y otros ya mostraban que más de un 40% de los adolescentes que se habían iniciado, lo habían hecho sin ningún tipo de protección. Por lo tanto, luchar contra el "desamparo sexual" en el cual pueden caer los adolescentes, pone sobre el tapete los momentos, los espacios y las modalidades, para comenzar a intervenir con acciones educativas precisas, amplias y oportunas.

Cuadro 1. Edad de inicio sexual.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

Fuente	Población	Edad promedio inicio sexual	
		Mujeres	Varones
Opertti y otros (1992)	Montevideo. 18-35 años	19.11 años	15.51 años
	Montevideo. 36-49 años	20.90 años	15.36 años
	Departamentos fronterizos. 18-35 años	18.99 años	15.32 años
	Departamentos fronterizos. 36-49 años	20.26 años	15.08 años
	Capitales departamentales con baja prevalencia VIH. 15-35 años	18.78 años	15.47 años
	Capitales departamentales con baja prevalencia VIH. 36-49 años	20.55 años	15.48 años
Portillo y otros. (1992)	Montevideo. 13-19 años	16 años o más (en los 27% sexualmente activos)	14-15 años (en los 56% sexualmente activos)
Etchevarren y Perrone (1995-1996)	Usuaris Hospital Pereira Rossell Mujeres (edad promedio 16)	15.1 años	
Spinelli y Calero (1996)	Montevideo. 18-24 años	18 años	14-17 años
	Montevideo. 25-49 años.	18 años	14-17 años
	Montevideo. Mayores de 50 años	18 años	14-17 años

3.2 Las/os compañeras/os de iniciación: las diferencias persisten

Los primeros estudios, ya mostraban –más allá que esta perspectiva no estaba incorporada– las diferencias de género, como claro discriminador a la hora de elegir compañeros/as de iniciación sexual.

Algunos estudios señalan que lo que es común a casi todos los adolescentes, es identificar el placer, como la principal motivación para el mantenimiento de relaciones sexuales (en algunos casos también la curiosidad), sin que existan mayores diferencias entre clases sociales y entre barrios (Portillo, 1992). Más allá de esas semejanzas, el elemento más significativo a tener en cuenta, es la persona compañera en la iniciación.

Pero interrogarse acerca de la pareja sexual de inicio es algo más que saber el sexo o la edad de la misma. Apunta a rastrear el lugar social y afectivo que esa persona ocupa en ese momento, teniendo como hipótesis que la percepción de ese lugar será determinante para configurar las conductas y actitudes en la interacción sexual y, en este caso, para enfrentar el riesgo del VIH. Se trata de una pareja ocasional, o de sexo pago, o novia/o o amiga/o? Que implica cada posicionamiento afectivo y sexual en términos de compromisos, confianza, y sobre todo prácticas, en particular de cuidados, mutuos o no?

Sin embargo, los datos disponibles solo nos dicen, de manera extremadamente parcial, con quienes se iniciaron –que ya representa es una calificación de la persona de inicio– y las motivaciones en esa primera vez.

Los primeros estudios (Operti y otros, 1992) si tenemos en cuenta toda la población estudiada, discriminada por sexo, mostraban que alrededor del 45% de los varones encuestados tenía su primera relación fuera de la “pareja estable”; mientras que las mujeres, en una 80% tenía su primera relación dentro de esa “pareja estable” con la cual mantenía un vínculo afectivo previo, al momento de la encuesta.

Para el caso de la población femenina montevideana, los grupos etarios analizados (18-35 y 36-49), mostraban porcentajes similares respecto a la pareja de iniciación. El 86.8% de las mujeres encuestadas entre 18-35 años, iniciaban su vida sexual con su novio o esposo, para las de 36-49 años el porcentaje es de 88%. Mientras que en el caso de los varones montevideanos, entre 18-35 años, el inicio con la pareja estable bajaba al 20.4% y a tan sólo el 6.8% en los hombres mayores de 36 años. Es interesante destacar aquí la tendencia en los varones jóvenes respecto a generaciones anteriores, de iniciarse sexualmente con sus parejas estables.

Como plantean Spinelli y Calero, el sexo es un elemento claramente discriminador a la hora de calificar con quien se inician: los hombres declaran iniciarse en un 27.7% con "prostitutas", seguido por una pareja ocasional, y sólo el 17.7% de los encuestados dice iniciarse con su novia. Las mujeres, por su parte, dicen iniciarse en un 62.5% con sus novios, seguido por las que lo hacen con los cónyuges, en un 23.4%. El "afecto", comentan las autoras está presente en el 92.5% de las iniciaciones sexuales femeninas, mientras que en el caso de los varones, esto se da sólo en un 43.2% de las mismas.

Si tenemos en cuenta las diferencias etarias, en el caso de los hombres de 18 a 24 años, disminuyen las iniciaciones con "prostitutas", empleadas domésticas y pareja ocasional, respecto a los hombres mayores de 50 años. A su vez, en el caso de las mujeres, para el grupo de 18 a 24 años, aumenta la iniciación con el novio a expensas de la iniciación con el cónyuge, predominante en las encuestadas mayores de 50 años.

Estudios más recientes en población joven como el desarrollado en Nueva Palmira, dan cuenta de un modelo de iniciación para esta zona, donde al preguntarse sobre las expectativas sobre con quién tendrían la primer relación sexual más del 80% manifestó con su "novio" siendo insignificante la opción por iniciarse luego del matrimonio. Sin embargo al observar las prácticas de quienes ya se iniciaron sexualmente la elección por el/la "novio/a" es menor aunque la más importante (63.9%) dejando una mayor participación a relaciones ocasionales (14.8%) y con "prostitutas" (11.3%). Lamentablemente no contamos con esta información discriminada por sexo lo cual podría brindarnos elementos interesantes para diferenciar el comportamiento de estos grupos. (Laclau, 2003)

El peso de las construcciones culturales tradicionales de lo masculino y lo femenino tiene tal vez en esta doble definición del lugar que ocupa la persona y de las motivaciones implícitas en la primera interacción sexual, su expresión mas fuerte como estructuradora de la inequidad en las relaciones de género y del impacto en el abanico de posibilidades para el cuidado de la salud.

Seguindo a Spinelli y Calero, la asociación entre "sexo y amor", continúa mayoritariamente presente en las mujeres, pero la mayoría de las veces deriva en el no uso del preservativo. Por otro lado, persisten las representaciones que asocian el no uso del preservativo con una "prueba de amor y confianza", considerando así a la "pareja estable" como la barrera más importante de prevención.

Es así que nos preguntamos ¿cómo impacta esta asociación entre "amor y sexo", fuertemente presente en las mujeres, en el cuidado de su salud? ¿Hasta dónde la mujer antepone el amor y la confianza frente al cuidado de sí misma?. Pero más importante, ¿Cómo podemos desmontar estas representaciones que se traducen en prácticas inseguras, en especial para las mujeres?.

Cuadro 2. Compañeras/os y motivaciones de iniciación sexual.

Fuente	Población	Compañeros de iniciación sexual		Motivaciones para iniciación sexual	
		mujeres	varones	mujeres	varones
Operti y otros (1992)	Todo el país. 18 y 49 años.	80% pareja estable	45% pareja ocasional		
Portillo y otros (1992)	Montevideo. 13-19 años	Casi 50% tuvo su primera relación sexual con su novio/a. Casi 20% "prostituta" como iniciadora.		23 por placer 17% por afecto 16% por curiosidad.	
Etchevarren y Perrone (1995-1996)	Montevideo. Mujeres. Edad promedio 16.5 años	75.6% novio 17.8% amigo 6.7% esposo		32% deseo 20% amor	
Spinelli y Calero (1996)	Montevideo. 18-49 años.	62.5% novio 23.4% cónyuge	27.7% "prostituta" 23.6% pareja ocasional 21.8% amiga 17.7% novia		
	Montevideo. 18-24 años	81.4% novio/a 4% amigo	30.7% novia/o 25.8% amiga	92.5% afecto	43.2% afecto

<p>Laclau y otros (2003)</p>	<p>Nueva Palmira. Varones y mujeres 11 a 18 años. Escuela Pública, Liceo Público y UTU.</p>	<p>63.9% novio 11.3% "prostituta" 14.8% pareja ocasional 9.6% amigo 0.4% otro</p>		
----------------------------------	--	---	--	--

3.3 Número de parejas sexuales: menos de lo que se comenta

En primer término es necesario destacar que las encuestas realizadas en nuestro país, indagan sobre el número de parejas sexuales, con diferencias en la construcción del indicador y en los períodos que los mismos consideran. Algunas lo hacen sobre el número de parejas sexuales en los últimos diez años o desde el momento en que se inició sexualmente; o sobre el número de parejas sexuales en la vida; o en el último año, etc.

Más allá de ello, lo primero que surge con claridad son nuevamente las diferencias entre varones y mujeres, en este caso en el número de parejas distintas, tanto en el último año, como durante los últimos años o toda la vida.

Nos arriesgamos a hipotetizar que las diferencias entre ellos van acortándose, tal vez debido que por un lado las mujeres se atreven a declarar más sus encuentros sexuales; y los hombres por otro lado, se animan a declarar con más veracidad los suyos.

Los estudios en nuestro país nos llevan a confirmar, lo que en general, se ha encontrado en otras investigaciones, por un lado, que son los varones quienes tienen más parejas sexuales que las mujeres (OPS, 1995). A su vez que el número de parejas declarados por los hombres son menos de lo que se piensa a nivel de imaginario; y que lentamente las mujeres abandonan la "exclusividad" de una pareja sexual.

En 1992, la encuesta CACP, en cuanto al "número de contactos sexuales con personas distintas", ocurridos en los últimos 10 años o desde el momento de su iniciación sexual, promedia para los montevideanos 4 compañeros sexuales. Ese mismo número es el que resulta para el estrato que corresponde a capitales departamentales con baja prevalencia VIH, bajando a 3 compañeros, para la zona fronteriza con Brasil.

Nuevamente se evidencian comportamientos diferenciados al analizarlos por sexo. Para la fecha de la encuesta, los hombres jóvenes declaraban entre 7 y 8 parejas en los últimos 10 años, en el caso de las mujeres se observa un rango de variación promedial mayor a uno, pero siempre menor a dos, al decir de los autores. Podemos decir que estas cifras expresaban para el caso de las mujeres un comportamiento sexual, casi de exclusividad sexual, o de "fidelidad".

Una perspectiva complementaria al número de parejas sexuales, es conocer si se ha tenido relaciones fuera de la "pareja estable". Alrededor del 80% de los entrevistados en la encuesta CACP, de todas las zonas del país analizadas, señalan que no han tenido relaciones fuera de la pareja estable. Pero es en la capital del país, donde se registran los mayores porcentajes de contacto ocasional, para los varones de 18-35 años, en un 23.4% y en un 21.2% para las edades mayores. En el caso de las mujeres mayores de 35 años, estos alcanzan al 6.4%.

Respecto de la práctica de relaciones sexuales pagas, aparece en los estudios como un fenómeno mayoritariamente masculino, que alcanzaba a más de un cuarto de la población más joven de todas las zonas analizadas por la encuesta, pero que cobraba intensidad en el interior del país.

Por otro lado, en 1992, más de la mitad de los adolescentes montevideanos (58.5%), sólo había tenido 1 o 2 compañeros sexuales en la vida; sólo el 21.4% de ellos había tenido más de 5 parejas (Portillo y otros, 1992). Esto mismo revelan otros estudios para los mismos tramos etarios. Así, en Osimani y otros, 1998, las mujeres hasta los 19 años declaran promedio 1.8 compañeros sexuales durante los últimos 12 meses en tanto para el resto de los tramos etéreos mantienen un menor número de parejas (una promedio) que los hombres; en Martínez y Lorenzo, para el 2000, la mayoría de las jóvenes entre 12-20 encuestadas, mencionan hasta 1 pareja desde el inicio de su vida sexual a la fecha de la encuesta.

Si consideramos en este caso sólo a las mujeres entre 14 y 70 años, en 1993, en todo el país, de la Encuesta Nacional Mujer, Salud y SIDA (1993) se desprende un promedio de 1 compañero sexual durante los últimos 12 meses, para el 40% de las mujeres que completaron la encuesta autoadministrada. A su vez, un 20% de ellas contestan haber tenido ningún compañero, un 28% no contesta y sólo un 2% contesta 4 o más.

En el último estudio centinela de vigilancia epidemiológica del VIH, realizado en el 2002 por el PNS, se pregunta a la población laboral, entre 15 y 60 años y más, sobre el número de parejas sexuales en el último año. Se encuentra que un 34% de los hombres manifestaron tener más de 2 parejas sexuales en el último año. En el caso de las mujeres el porcentaje desciende a un 15% para más de 2 parejas sexuales.

Los estudios epidemiológicos, plantean que el riesgo de transmisión del VIH, aumenta a medida que aumentan el número de parejas sexuales; en términos más precisos a medida que aumenta el número de personas con la que se ha tenido relaciones sexuales penetrativas (vaginal, anal u oral) sin protección. Este aspecto del comportamiento sexual, es una ayuda esencial para poder evaluar la "exposición al riesgo" de un individuo o grupo determinado frente a la epidemia. Por otro lado, a la hora de las estrategias preventivas debemos tener en cuenta en que grupos sociales se mantienen los estereotipos más tradicionales, en los cuales es el varón quien decide cuándo y con quien tiene relaciones sexuales.

Es así que estereotipo como "El hombre es el que debe proponer las relaciones sexuales" indagado por Spinelli y Calero, registró un 17.5% de acuerdo o muy de acuerdo, 21.6% ni acuerdo ni desacuerdo y un 51.1% de desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación. Sin embargo las autoras señalan que la adhesión a esta idea es mayor a medida que se reduce el nivel educativo y el estrato socioeconómico, que aumenta la edad del entrevistado y entre quienes profesan alguna religión.

Finalmente, parece importante detenerse en las diferencias de declaraciones de parejas sexuales entre varones y mujeres que aparecen en los estudios abordados y que es un fenómeno registrado también en otros países donde se ha indagado al respecto. En éste caso es necesario ir más allá de la cifra concreta mencionada por unos y otros.

Existen algunas hipótesis al respecto que plantean una sub declaración por parte de las mujeres, considerando únicamente las relaciones sexuales significativas, en la mayoría de los casos mediadas por el amor y afecto. Por otro lado, en el caso de los hombres se puede pensar en una sobre declaración, por un lado y, también, el hecho que ellos tendrían en cuenta todas las experiencias sexuales. De cualquier manera en ambos casos pesan las normas sociales que determinan los comportamientos esperados de varones y mujeres en relación con su desempeño sexual.

Aún así, los datos no confirman, al menos para la población en general, las declaraciones livianas de la "promiscuidad" como causa de la extensión de la epidemia en nuestro país.

Cuadro 3. Número de parejas sexuales.

Fuente	Población	Período considerado	Nº promedio de parejas sexuales según grupo etario	
			mujeres	Varones
Opertti y otros (1992)	Todo el país. 18 y 49 años.	últimos 10 años o desde inicio RR.SS	18 a 35 años variación promedial mayor a 1- no llegan a 2 parejas	18 a 35 años: 7- 8 parejas 36 a 49 años: 3- 4 parejas
Portillo y otros (1992)	Montevideo 13-19 años	en la vida	1 o 2 parejas: 58.5% más de 5 parejas 21.4%	
Equipo Multidisciplinario sobre la Salud de las Mujeres (1993)	Todo el país Mujeres. 14 - 70 años	últimos 12 meses	1 compañero sexual: 44% ninguno: 20%	
Osimani y otros (1998)	Montevideo (La Teja, Capurro, Victoria) 18 a 65 años	último año	hasta 19 años: 1.8 parejas	menores de 34 años: más de 2 parejas
Martínez y Lorenzo (1997-2000)	Montevideo IAMC. Mujeres 12-20 años.	desde el momento de inicio	hasta 1: 79% más de 1: 21%	
PNS (2002)	Estudio centinela VIH. Población laboral. 15 - 60 años y más	últimos 12 meses	Más de 2: 15%	Más de 2: 34%

3.4 ¿Con quién tienen sexo las y los uruguayas/os?: nos animamos a declarar

Aquí también es necesario realizar algunas precisiones respecto a las encuestas en nuestro país, en este caso respecto a las diferencias –que no tienen en cuenta la mayoría de ellas- entre autoidentificación sexual y el sexo de las personas con las que se tienen relaciones sexuales. Es sabido, en especial a partir de estudios que han abordado la sexualidad de los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, que el mantener prácticas homosexuales, no necesariamente implica en los sujetos el reconocimiento o definición de una identidad homosexual.

Las primeras encuestas indagaban sobre tener “relaciones homosexuales, heterosexuales o bisexuales”; que no es lo mismo a declarar si se tienen “relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos”, en especial para el caso de los hombres.

Los datos muestran una mayoritaria declaración de exclusividad heterosexual y un bajo reconocimiento de las opciones tanto homo, como bisexual. Pero por otro lado, en las últimas encuestas hay un aumento en las declaraciones de relaciones homo y bisexuales, donde los porcentajes de no sabe - no contesta son residuales. Por otro lado, es interesante destacar que no existen diferencias en éstos comportamientos, si se tiene en cuenta los estratos sociales.

La encuesta CACP de 1992 señalaba que el 98% de los encuestados, población entre 18-49 declararon, que sus relaciones sexuales son o fueron con el sexo opuesto, considerando toda su historia personal desde que se inició sexualmente. Los propios autores ya advertían la confiabilidad relativa de las respuestas recabadas, dada la alta declaración de mantener relaciones sólo con el sexo opuesto, atribuida a los tabúes culturales presentes en la sociedad uruguaya. Plantean a su vez, que si se considera como base de cálculo los porcentajes obtenidos, la proporción de encuestados cuyas relaciones no son sólo con el sexo opuesto, alcanza a 1.5% y 0.9% respectivamente entre hombres y mujeres.

Por otro lado, Portillo y otros para ese mismo año, pregunta a los adolescentes montevideanos, exclusivamente sobre “relaciones homosexuales”. Es así, que el 98% de ellos responden negativamente, con un 2% de respuestas afirmativas. Los autores consideran que es probable que existan más adolescentes con “comportamientos homosexuales” que aquellos que lo reconocen. Manifiestan que no parece existir diferencias entre clases ni barrios.

Por otro lado, en la encuesta de 1993 (Mujer, salud y SIDA), las mujeres de todo el país declaran en un el 77% mantener relaciones sexuales con el sexo opuesto, el 1% con el mismo

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

sexo, 0.8% con ambos sexos y un 21% no contesta, en esta encuesta que se aplicó de forma autoadministrada.

Tres años más tarde la investigación de Spinelli y Calero, indaga sobre la "orientación sexual" de los y las uruguayos/as. Es así, que el 77.7% de los mismos declara que se relaciona exclusivamente con personas del otro sexo. Por otro lado, el porcentaje de hombres que exclusivamente se declara heterosexual, asciende a 82.8%, mientras que en las mujeres el mismo es de 75.2%.

Las personas que declaran relacionarse exclusivamente con personas de su mismo sexo, es un 0.4%; mientras que la "conducta bisexual" aparece en el 5.5% de los hombres y el 7.% de las mujeres.

A su vez, si se analizan los datos por tramo etario, el porcentaje de quienes dicen relacionarse exclusivamente con personas del otro sexo, siguiendo a las autoras, aumenta a medida que disminuye la edad, en especial para el caso de los hombres. A su vez, no se encuentran diferencias si se tiene en cuenta la pertenencia a un estrato social.

En el 2002, Meré y otros indagaron sobre algunos aspectos de la sexualidad en los trabajadores de la salud, respecto a sus preferencias sexuales, el 88.9% declara que mantiene relaciones sexuales con el sexo opuesto y un 5.6% con personas del mismo sexo. Por otro lado el 2.8% de los encuestados declara mantener relaciones sexuales con personas de ambos sexo y el 2.8% no sabe - no contesta. Si analizamos los datos discriminados por sexo, en el caso de los hombres, el 82.8% de los mismos reconoce tener relaciones con personas del sexo opuesto, un 8.1% con el mismo sexo y un 6.1% con personas de ambos sexos. Para el caso de las mujeres, la amplia mayoría declara tener relaciones sexuales con el sexo opuesto, el 90.9% de las mismas, un 4.7% con el mismo sexo y el 1.7% con personas de ambos sexos.

Las encuestas que abordan las preferencias sexuales de los y las uruguayas son muy pocas y con diferentes formas de aproximarse a la temática, algunas indagando con quien se mantiene relaciones sexuales y otras exclusivamente si se mantiene relaciones homosexuales. Todas reconocen la dificultad de declarar -por parte de los entrevistados- sus preferencias y relacionamientos sexuales. Sin duda éste es uno de los puntos más conflictivos en las encuestas de sexualidad en nuestra sociedad, incluso más allá que la mayoría de las mismas abordaron lo abordan a través de un cuestionario autoadministrado, para aumentar así la confiabilidad de los datos.

Sin embargo, mas allá del reconocimiento de una orientación sexual determinada, lo importante es generar insumos para intervenciones educativas efectivas, y por lo tanto identificar y modificar las prácticas más riesgosas asociadas a las diversas prácticas sexuales.

Cuadro 4. Las orientaciones sexuales.

Fuente	Población	Con quien se tiene sexo	
		Mujeres	Varones
Opertti y otros (1992)	Todo el país. 18-49 años	98% con el sexo opuesto	
Portillo y otros (1992)	Montevideo. 13-19 años	98% solo relaciones heterosexuales 2% relaciones homosexuales	
Equipo Multidisciplinario sobre la Salud de las Mujeres (1993)	Todo el país. Mujeres. 14-70 años	77% con sexo opuesto 1% mismo sexo 0.8% ambos sexos 21% no contesta	
Spinelli y Calero (1996)	Montevideo. 18- 50 y más años	75.2% con sexo opuesto 1,5% con mismo sexo 3,1% con ambos sexos	82.8% con sexo opuesto 1% con mismo sexo 2,7% con ambos sexos
Meré y otros (2002)	Montevideo, Salto y Paysandú. 21-69 años	90.9% con sexo opuesto 4.7% mismo sexo 1.7% ambos sexos	82.8% sexo opuesto 8.1% mismo sexo 6.1% ambos sexos

3. 5 El uso del preservativo: las brechas preocupantes

De los estudios se desprende que existe un núcleo duro que dice usar sistemáticamente el preservativo, encontrándose a su vez, una mayor predisposición en varones, que en mujeres, en algunos casos con porcentajes de uso muy por debajo de los hombres. Pero por otro lado, su uso está lejos de tener la sistematicidad y propósito deseado. A su vez, es necesario indagar –lo que no realizan la mayoría de los estudios- si su uso es el adecuado, y si se lo usa para todos los tipos de prácticas sexuales y tipos de parejas.

Es necesario precisar que el uso del preservativo es el indicador más confiable -de toda la información necesaria- para definir el perfil de percepción del riesgo del VIH en la población sexualmente activa, y de las practicas de sexo seguro que de ellas se derivan. Los estudios aquí analizados abordan este punto, también desde diferentes perspectivas: uso del preservativo en las relaciones sexuales, uso en la última relación sexual, en los diferentes tipos de parejas (ocasional, múltiple, etc.), su uso en la iniciación, o desde la perspectiva del uso de métodos anticonceptivos en general. Como ya esta dicho, los datos no son comparables pero su aproximación permite algunos elementos para la acción preventiva.

La encuesta CACP en 1992, constataba que de aquellos que habían tenido relaciones, más del 55% había utilizado condones. Las diferencias por sexo, para ese entonces ya eran importantes, ya que su uso ascendía al 70% en el caso de los varones, y su utilización en las mujeres descendía a casi el 40%. En este caso, su uso se incrementaba a medida que la edades se desplazaban a las mujeres mayores de 35 años, es decir en una razonable señal de su utilización como anticonceptivo.

Datos preocupantes se registraban ya en el estudio de Meré y otros en 1996 donde se consideró no sólo el uso del preservativo sino su regularidad, en tanto sólo el uso sistemático supone una protección adecuada. Sólo el 12% de los hombres y el 10% de las mujeres utilizaba "siempre" preservativo en sus relaciones sexuales. En tanto alcanzaba al 33% de los hombres y al 55% de las mujeres quienes declaraban que "nunca" lo usaban.

En este mismo estudio, la mitad de los encuestados señalaron que habían cambiado su comportamiento desde el conocimiento del SIDA. Esta identificación con el cambio es superior en los varones (59.8%) que en las mujeres (40.8%). El cambio de comportamiento a nivel sexual se especifica mayormente con el uso del preservativo, la opción por una pareja estable y la reducción de las prácticas sexuales con parejas ocasionales.

Continuando con la población general, el estudio de Spinelli y Calero, en mayores de 17 años, consideraba que más de la mitad de los encuestados habían utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Se manifiesta la preferencia de los encuestados por el preservativo en primer lugar, seguido por los anticonceptivos orales.

En estudio más reciente (Osimani y otros, 1998) en montevideanos entre 18 y 65 años, de nivel socioeconómico medio y bajo, el 72% declara usar preservativo, pero sólo el 40% dice usarlo en su última relación sexual. Más preocupantes son las cifras que refieren a las personas "sin pareja": los varones declaran casi en un 17% no haber usado nunca preservativos; para las mujeres "sin pareja" la cifra asciende a casi un 30% de las mismas, que declara no haberlo usado nunca.

Es interesante levantar también el caso de las trabajadoras sexuales, para ese mismo año, ya que en contraposición a lo que puede estar presente en el imaginario social, visualizándolas como "grupo de riesgo", el 96.7% dice usar preservativos con los clientes; valores elevados que se mantienen aún cuando se considera si lo usó en su última relación con un cliente (Osimani y otros, 1998). Es revelador por otro lado, que esa dificultad de negociar el preservativo que no está presente en su trabajo cotidiano, si lo está en su relacionamiento con la pareja. Más de la mitad de las entrevistadas tiene pareja, pero casi 7 de cada 10 de éstas mujeres, no usan preservativos con ellas, en especial las más jóvenes. Las razones principales para no usarlos es que "es el marido" o es una "pareja estable", que "él es fiel".

Esa misma pauta de comportamiento está presente en otro grupo poblacional, los profesionales y técnicos de la salud básicamente de Montevideo, abordados recientemente en una encuesta realizada en el año 2002 (Meré y otros). En la misma, admiten usar el preservativo "siempre" un 70%, de los encuestados, pero en la última relación solamente un 40% indica que lo ha usado, contra un 52% que indica que no lo ha hecho. Asimismo, sólo el 21% de los profesionales y técnicos utiliza el preservativos con una "pareja eventual u ocasional".

También se observa que el sexo no diferencia respecto a esta variable, es decir que el uso del preservativo no presenta diferencias entre hombres y mujeres. En cambio sí se observa una pequeña diferencia cuando se cruza por razones de uso. Es decir que es levemente mayor en el caso de las mujeres indicar que se usó para evitar el embarazo y levemente mayor en los hombres indicar que fue para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Tal vez, la señal más fuerte que deriva de este estudio es nuevamente la profundidad de las normas culturales como determinante de las prácticas sexuales, más allá del nivel educativo o especificidad de la formación o aún manejo de la información respecto del Sida.

Con respecto al universo joven, el estudio de Portillo y otros en adolescentes, centró su eje en la anticoncepción y sus múltiples factores relacionados. Más allá de su conocimiento y opiniones favorables a su uso, para esa fecha, más de la mitad de los jóvenes encuestados entre 13 y 19 años, no habían usado ningún método de protección en la primera relación. Se aprecian diferencias por "clase social", ya que el informe final de la investigación no desagrega por sexo. Respecto al "uso actual de métodos anticonceptivos", las $\frac{3}{4}$ de los encuestados que mantienen relaciones, dicen usarlos. Los métodos por ellos preferidos, pasan por los preservativos y luego por la píldora.

Datos similares, presenta la encuesta de Etchevarren y Gómez (2003), donde el 31% de las adolescentes (15-19 años) encuestadas de salud pública, no usa ningún método anticonceptivo.

Por otra parte en el estudio de Laclau y otros (2003) el 92% de los jóvenes (11 a 18 años) que tuvieron relaciones sexuales utilizaron algún método anticonceptivo y un 83.6% utilizó preservativo, siendo éste el método preferido en primer lugar.

Finalmente, más de un tercio de los hombres encuestados en el estudio centinela del VIH realizado por el MSP en el año 2002, tuvo relaciones con más de 2 parejas sexuales en los últimos 12 meses. Por otro lado el 45% de los hombres encuestados manifestó que en su última relación sexual no usó preservativo; en el caso de las mujeres el 58% de ellas manifestó no haberlo usado en la última relación.

Es así, que los datos analizados están señalando uno de los aspectos centrales en la prevención del VIH/SIDA en Uruguay, en particular en relación con los jóvenes y a las características de sus relaciones sexuales, esporádicas o discontinuas en su mayoría. A través de una dinámica de inicio sexual cada vez más temprano para ambos sexos, pero en la cual las mujeres continúan vivenciando la experiencia a través de esquemas culturales ligados a los "papeles" femeninos más tradicionales como lo acabamos de constatar con la calificación de la pareja y las motivaciones, se está configurando un complejo contexto generador de variadas situaciones de riesgo para los jóvenes, y para las jóvenes mujeres en particular, como lo muestra la feminización de la epidemia del SIDA y el número creciente de embarazos adolescentes no deseados.

Si a ello se le agrega, por un lado, la relativa falta de espacios sistemáticos para hablar de la afectividad y sexualidad, en la cual se enmarca la negociación del uso del preservativo y no exclusivamente de la anatomía y fisiología de la reproducción, y, por otro lado, la falta de canales fluidos de distribución y acceso a los preservativos, la prevención se encuentra

claramente trabada en uno de sus componentes claves, es decir el uso sistemático y extendido del preservativo.

También, las características de los estudios y sus abordajes no permiten hacer afirmaciones concluyentes respecto del impacto de los diferentes niveles socio económicos sociales en las prácticas sexuales de las y los uruguayas/os. En el caso del uso del preservativo, como vimos, no aparecen diferencias significativas, por ejemplo en la población de tres barrios populares de Montevideo (Osimani y otros) y los profesionales y técnicos de la salud (Meré y otros).

Aún sin datos que permitan formular hipótesis con cierto grado de razonabilidad, es posible afirmar que la pluralidad de los comportamientos sexuales y la gestión de los riesgos de los individuos encuestados no se puede entender sólo desde las clases sociales y el nivel educativo, como ciertos marcos teóricos lo han afirmado tradicionalmente. Es necesario incorporar las pautas culturales, los valores, las representaciones de los grupos y personas involucradas y, claro está, socialmente situadas. En ese sentido, una renovada mirada desde la perspectiva de las trayectorias sexuales y afectivas (Bozon, 2002) también ayudaría a un análisis más fino.

En ese sentido, debemos profundizar cuáles son los valores y representaciones que explican, sustentan, traban o facilitan el uso del preservativo y las características de la negociación que lo determina. Obviamente, solamente el diseño e implementación de nuevos estudios, con lecturas conceptuales abiertas y dinámicas, pueden decirlo.

Sin embargo, en términos de implementación de acciones educativas en el corto plazo, podemos decir que en estos mismo datos sistematizados, brindan elementos para enfrentar la problemática ya que los encuestados mayoritariamente declaran un uso general del preservativo, indicador tal vez de una predisposición positiva a su utilización que debe ser apoyada mediante acciones focalizadas, intensas y continuas.

Cuadro 5. Uso del preservativo.

Fuente	Población	Uso del preservativo	Uso del preservativo en la última relación		Momento de uso
		Lo usa	Lo usó	No lo usó	
Operti y otros. (1992)	Todo el país. 18-49 años	mujeres: 40% varones: 70%			
Equipo Multidisciplinario sobre la Salud de las Mujeres (1993)	Todo el país. Mujeres. 14 - 70 años	14% siempre			23% en el momento de la penetración.
Meré y otros (1996)	Participantes Talleres ETS-SIDA. Montevideo.	Hombres: Siempre 11.8%, Nunca 33.3% Mujeres: Siempre 10.2%, Nunca 55.1%.			
Osimani y otros (1998)	Montevideo (La Teja, Capurro, Victoria) 18-65 años	72.3% siempre	39.7% lo usó (44.9% varones 26.8% mujeres)		
Meré y otros (2002)	Montevideo, Salto y Paysandú. 21-69 años	70% si siempre (68.7% hombres si siempre 70% mujeres si siempre) 44% medida de prevención del VIH 21% con pareja ocasional	40% (39.4% hombres 40.1% mujeres)		
PNS (2002)	Estudio centinela VIH. Población laboral. 15 - 60 y más años			mujeres: 58% varones: 45%	
Laclau y otros (2003)	Nueva Palmira. Varones y mujeres 11 a 18 años. Escuela Pública, Liceo Público y UTU.	El 83.6% usa preservativo.			

Cuadro 6. Uso de métodos anticonceptivos.

Fuente	Población	Uso de métodos anticonceptivos en la primera vez		Uso de métodos anticonceptivos	
		Los usaron	No los usaron	Los usan	No los usan
Portillo y otros (1992)	Montevideo 13 y 19 años	preservativos: 1º lugar píldoras: 2º lugar.	más de 1/2 de adolescentes		
Spinelli y Calero (1992)	Montevideo. Mayores de 17 años.	más de la mitad usaron MAC. más frecuente es el condón, luego píldoras			
Martínez y Lorenzo (1997-2000)	Montevideo. IAMC. Mujeres. 12-20 años			82% preservativo	3% ningún método
Etchevarren y Gómez (2001-2003)	Hospital Pereira Rossell y Policlínica de Medicina Familiar de Las Piedras. Mujeres. 15- 19 años.			39% preservativo 32% píldora	31% ningún método
Ferreira y otras (2002)	Paysandú. Liceos público y UTU. 14-18 años.			37.2% preservativo 8.8% píldoras	
Laclau y otros (2003)	Nueva Palmira. Varones y mujeres 11 a 18 años. Escuela Pública, Liceo Público y UTU.			92% usa algún MAC.	
Etchevarren y Gómez (2003)	Mujeres. 15 y 19 años.				31% ningún método

Cuadro 7. Uso de métodos anticonceptivos. "Encuesta de Fecundidad". Uruguay.

Fuente	Población	Conocimiento de métodos anticonceptivos*	Uso de métodos anticonceptivos alguna vez*	Uso actual de métodos anticonceptivos por grupo etario*
Migues y otros (1994)	Todo el país. Mujeres en edad fértil. 1985-1988	<p>píldora: 98.3% preservativo: 84.6% DIU: 83.2% esterilización femenina: 73.9% "retiro": 53.8% "métodos vaginales": 52% "ritmo": 51.1%</p> <p>esterilización masculina, inyección anticonceptiva y método Billings: se ubican entre el 30 y 20%</p>	<p>89.9% general</p> <p>píldora: 74.5% preservativo: 33.8% "retiro": 15.1% "ritmo": 13.7% "métodos vaginales": 10.5% esterilización femenina: 4.8% método Billings: 2.1% abstinencia total: 1.6%</p>	<p>84% general</p> <p>15-19 años: 78.5%</p> <p>20-34 años: 85.1-85.9%</p> <p>45-49 años: 77.9%</p>

* en estos items podía contestarse más de una opción

4. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Nuestra perspectiva para abordar los desafíos desatados por la aparición del SIDA, ha implicado entender la salud y la sexualidad como fenómeno integral, cuya dinámica en términos de gestos, actitudes y prácticas de las personas, o sea en las percepciones o ideas que los justifican, explican y verbalizan, debe intentar ahondarse.

Debemos entender que las representaciones sociales -de la salud y la enfermedad asociada a la sexualidad y prevención del VIH/SIDA- tanto en la población general como en los equipos técnicos, funcionan como obstáculos o facilitadores para la "prevención eficaz" de los riesgos sanitarios, y también para la implementación de cambios efectivos que los enfrenten.

La única forma de prevenir las infecciones asociadas a la sexualidad, como ya dijimos es promover cambios en el comportamiento, y esto no se logra simplemente con el aumento de la información sobre el tema. Implica un proceso de "empoderamiento", involucramiento y participación ciudadana en todos los procesos en relación con la propia cotidianeidad, para lograr así, la sustentabilidad de cualquier acción en salud y promoción. Este proceso es un trabajo de largo plazo y conlleva la sensibilización de los hacedores de políticas, proveedores de salud, educadores en general, padres, etc. en incorporar nuevas miradas para abordar la problemática. Hablamos de la perspectiva de género en relación con la sexualidad y al VIH/SIDA, entender la salud de una manera más integral, descentrar la salud de las instituciones y de sus profesionales y técnicos, reconocer los derechos de los varones y mujeres a la salud.

En cuanto a los estudios sistematizados, la mayoría de ellos no hace definiciones teóricas para entender desde donde sitúan las representaciones y tampoco, en su mayoría, las aborda. Aún así, haciendo una lectura atenta y cuidadosa, las encuestas e investigaciones disponibles en Uruguay nos brindan elementos que promueven la reflexión en ese sentido, pues tanto la salud y las prácticas de autocuidado, el riesgo de infección del VIH o de un embarazo precoz, constituyen valores sociales que generalmente no significan lo mismo ni se expresan igualmente en la cotidianeidad por los grupos de población teniendo en cuenta su sexo, edad, socialización de género y estrato socioeconómico.

4.1 La negociación del preservativo: la dificultad mayor está en el hablar

Más allá de la importancia fundamental del análisis de la negociación sexual desde la perspectiva de la prevención, casi ninguna de las encuestas abordan esta temática. Los aspectos que se han analizado en nuestro país, refieren todos ellos al uso del preservativo. Los estudios revelan por una lado la predisposición de la mayoría de los entrevistados al uso del preservativo si su pareja se lo pidiera, incluso su facilidad de uso. Por otro, en especial en la población femenina las dificultades y miedos asociados ser vistas como "fáciles", a hablar con sus parejas de las preferencias de ambos.

Por ello, en término general vamos a entender la negociación sexual como un proceso interactivo de acuerdo, resolución de conflictos y toma de decisiones en una pareja sexual (COSECON, 2000:42).

Es así, que la encuesta de Opertti y otros, abordó para toda la población, incluso la que no había tenido relaciones sexuales, su percepción relacionada al uso del preservativo, el relacionamiento con la pareja estable, las condiciones de uso, expectativas de satisfacción en el acto sexual e inconvenientes de su uso. Los aspectos tratados, nos brindan nudos problemas respecto a las dificultades a que se enfrentan los sujetos en la negociación en este caso del preservativo, y del proceso de negociación de la relación sexual en sí.

Es revelador que aproximadamente un 80% de los encuestados de todos los estratos, consideraron que proponer usar condones a la pareja estable resultaba ofensivo. Por otro lado, paradójicamente, más del 80% de los encuestados de todos los estratos usaría condones si su pareja se lo pidiera. Si discriminamos por sexo, son las mujeres las que tienden a aceptar en menor medida, -siguiendo a Opertti y otros- la utilización de condones dentro de la pareja, si ésta se le pidiera.

Respecto a las "condiciones de su uso", 8 de cada 10 encuestados/as de todos los estratos consideró que los preservativos son fáciles de usar, siendo las mujeres las que dan cuenta de los mayores niveles de desconocimiento, en especial las más jóvenes localizadas, en Montevideo y en las capitales departamentales del país que para el momento de la encuesta registraba baja prevalencia de la infección (Fray Bentos, Mercedes, Tacuarembó, Florida, Colonia y Minas).

Por otro lado es interesante destacar que la mayoría de los/as encuestados/as señalaron que son los varones quienes no prefieren que su pareja les ponga los preservativos. Por otro lado,

son las mujeres del interior, las que fundamentalmente no saben cuáles son las preferencias del varón.

Se mostró que casi la mitad de los encuestados de todos los estratos analizados, considera que los preservativos "hacen la relación menos placentera" (1992: 27). Los varones montevidianos más jóvenes, asocian en mayor medida -más del 60%- el preservativo con la pérdida del placer.

La investigación de Portillo y otros (1992), indaga en los adolescentes montevidianos, sobre la percepción de los métodos anticonceptivos en general. Es de destacar que la amplia mayoría "sin diferencia de clase", consideran al preservativo como método más adecuado para ser usado por los jóvenes. Por otro lado, la respuesta más frecuente, indagando las razones de su no uso, es la falta de planificación. Por último, frente a quien en la pareja tiene la responsabilidad mayor en el uso de anticonceptivos, los adolescentes encuestados, plantean que "es una responsabilidad compartida".

Los resultados son alentadores si las entendemos como un cambio en las percepciones sociales, donde primaba el varón como responsable de la compra y el uso del preservativo; y la mujer en la compra y uso de la píldora, hacia representaciones más democráticas y compartidas frente a la prevención de embarazos e ITS. Es de destacar que en casi la mitad de los casos, los adolescentes afirmaron que la responsabilidad por el uso de los anticonceptivos en la primera relación sexual fue compartida.

Pero otras investigaciones posteriores que consultaron al respecto, visibilizan aún, brechas interesantes entre discurso y prácticas. En Osimani y otros (1998), los hombres sin pareja estable declaran en más de un 80%, llevar el preservativo al momento de la relación sexual. A su vez, las mujeres sin pareja responden en casi un 70% que lo aporta su pareja eventual. La responsabilidad compartida -ambos traen el preservativo- está declarado en un 17% en el caso de los hombres sin pareja, ascendiendo a un 26% para las mujeres sin pareja.

En el estudio cualitativo Rostagnol (2003) aborda Las representaciones y prácticas de las sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos. Aunque el preservativo es ampliamente conocido, su uso -nuevamente- entre los adolescentes y jóvenes no es frecuente. Transcribimos, cómo se da la negociación del preservativo, en los jóvenes entrevistados.

- Hay algunas minas que te hacen la cabeza para que usés!
- Y, ¿qué pasa? ¿usás?
- No! Yo le hago la cabeza para no usar!

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

- Y quién gana?
- Yo que sé, se ve (risas), se ve en el momento, se ve. (El Rulo, 18).

También señala, los miedos de muchas mujeres a llevar consigo el preservativo.

- si me ven con un preservativo, va a pensar que soy una zarpada. (Lidia, 18 años).

Entendemos la negociación del preservativo, como uno de los aspectos de la negociación sexual, como escenario privilegiado para indagar las relaciones de género en el campo de la sexualidad. Colocar el foco en las modalidades y estilos de negociación, que se establecen entre mujeres y varones en la toma de decisiones sexuales y reproductivas, nos permitirá elaborar estrategias preventivas más eficaces hacia cada una de los grupos involucrados. Debemos mirar más allá de la pareja heterosexual, y analizar como se dan los procesos de negociación en otros tipos de parejas sexuales.

Tomar la negociación sexual -y las relaciones sociales de género en las cuales se inscribe- como eje analítico en esta sistematización, resulta pertinente para comprender las complejas dinámicas de la sexualidad y las estrategias preventivas de los/as uruguayos/as para que la decisión no sea entre el riesgo y el placer.

Cuadro 8. La aceptación del preservativo.

Fuente	Población	Propuesta uso de preservativo sin discriminar sexo	Aceptación del uso de preservativo		Colocación del preservativo por parte de la pareja	Pros y/o contras del uso del preservativo		¿Quién lleva el preservativo al momento de la relación sexual?
			Mujeres	varones		a favor	en contra	
Operti y otros. (1992)	Todo el país. 18 y 49 años.	casi un 80% resultaba ofensivo proponer usar condones a la pareja estable. más del 80% usaría condones si su pareja se lo pidiera.	lo aceptan menos dentro de la pareja		varones prefieren colocarse el preservativo	fácil de usar para 8 de cada 10	hace la relación menos placentera: casi 1/2 encuestados	
Osimani y otros (1998)	Montevideo (La Teja, Capurro, Victoria) 18 y 65 años.							más 80% hombres sin pareja llevan consigo preservativo casi 70% mujeres sin pareja lo aporta el compañero sexual ambos traen el preservativo: 17% hombres y 26% mujeres sin pareja.

4. 2 Amor, sexo y placer: vinculación fuerte en las mujeres.

Como se observa en algunos estudios, el significado atribuido a la sexualidad, asociado a la idea de amor está mayoritariamente presente en las mujeres. Por otro lado, el deseo sexual como motivo de inicio sexual, tiende a estar algo más presente en los hombres. Más allá de éstas diferencias no hay estudios recientes y comparables para afirmar que las mujeres valoran más el amor y los hombres el placer, como las creencias culturales sostienen.

En el estudio de 1996, Spinelli y Calero señalan que la sociedad posee códigos, que indican de qué forma manifestar el amor y el afecto para uno u otro sexo, y que las expresiones afectivas

son una característica femenina que los hombres rechazan por miedo a ser considerados afeminados. Es así que la relación entre el amor y el sexo sería diferente para un hombre y para una mujer (pp.77). Respecto a esto el 57.6% de los hombres y el 71.3% de las mujeres, consideran que "amor y sexo deben darse simultáneamente". Si analizamos el fenómeno por tramo etario, se aprecia en el caso de los varones que la adhesión a este postulado es mayor pasado los 50 años (80.8%), cae significativamente entre los 25 y los 49 años (51.2%) para volver a ascender en los más jóvenes.

Respecto a la premisa de "no podría mantener relaciones sexuales sin sentir afecto", un tercio de los hombres y el 64.2% de las mujeres estuvieron de acuerdo con ella. Si tenemos en cuenta lo expresado en la opinión anterior y en ésta surgen diferencias, en especial respecto a los hombres. Recordemos que mientras el 57.6% de los hombres piensa que el amor y el sexo deben darse simultáneamente, sólo el 32.4% de ellos no podría mantener relaciones sin sentir afecto (pp.80).

Las respuestas de los adolescentes en el estudio de Nueva Palmira anteponían el "amor" como la principal razón por la cual tendrían relaciones sexuales, sin embargo a medida que aumenta la edad de los estudiantes las decisiones vinculadas a "querer" y a la "atracción" cobran mayor importancia, lo cual ha de estar determinado por la práctica efectiva de la relación sexual (Laclau, 2003).

Por otro lado, los estudios muestran en especial para las mujeres, el peso de la asociación entre pareja estable, seguridad frente a las infecciones y fidelidad. Por otro lado esto se agrava en el momento de hacer frente a la epidemia cuando son las mujeres jóvenes las que presentan mayor desconocimiento respecto al uso del preservativo. Y las que tienden a aceptar en menor medida la utilización del preservativo en la pareja estable. A su vez, también desconocen las preferencias de sus parejas sexuales respecto a quien coloca el preservativo. Por otro lado, los varones más jóvenes son los que asocian preservativo con pérdida del placer.

Creemos que hay caminos para que la intervención educativa pueda desmontar los aspectos de desconfianza implícitos en el reclamo de su uso y puedan valorizarse o incorporarse las dimensiones de autocuidado y de cuidado del otro, es decir, de respeto recíproco.

4. 3 Los uruguayos y la fidelidad: hombres y mujeres coinciden

Otro aspecto complementario con el anteriormente mencionado que describe el imaginario de los uruguayos frente a las relaciones sexuales y los afectos tiene que ver, entonces con la fidelidad. Entender cómo se construye y se sustenta la fidelidad como valor social, es esencial en toda estrategia de prevención del VIH/SIDA. Múltiples investigaciones han mostrado como funciona la "fidelidad" en el no uso del preservativo.

En América Latina y el Caribe, dos tercios de las mujeres infectadas por relaciones heterosexuales, que se encontraban casadas o en relaciones de pareja estables, no refieren haber tenido otro compañero sexual ni haber practicado relaciones sexuales más que con sus esposos o compañeros en los últimos 5 a 10 años (Bianco, 1998). En nuestro país, se realizó una investigación cualitativa en mujeres viviendo con VIH/SIDA, donde a través de sus experiencias y vinculación con el riesgo se construyeron tipologías diferentes que puedan definir esas situaciones de vida. Es así, que un tercio de esas experiencias y mujeres, se las clasificó como de "la confianza". Las características fundamentales de ésta tipología siguiendo a los investigadores es que "presentan una relación de pareja armónica y perdurable en el tiempo [...] Convencidas de la solidez de su pareja les parece que el SIDA no les concierne por lo que la utilización del preservativo cuando existe, persigue finalidades de anticoncepción" (Vidal y otros, 1998).

En encuesta realizada por en ese entonces, Equipos Consultores Asociadas, para el diario "El Observador"(21/07/1996), "la fidelidad, la inteligencia y la sinceridad son los atributos que los hombres uruguayos más valoran en una mujer". Resaltan a su vez, la poca importancia que le atribuyen a la belleza, el romanticismo y la fogosidad. Es revelador, que con algunas variaciones, al decir de los investigadores, los hombres de distintas edades, niveles sociales y simpatías políticas coinciden en estos tres elemento "básicos" mencionados. Por otro lado, las mujeres coinciden con esos atributos de lo que sería su "hombre ideal".

¿Podemos, entender esto como un elemento indicativo de la fidelidad y la monogamia como valores sociales deseables, presentes mayoritariamente en nuestra población?.

4. 4 Las relaciones sexuales prematrimoniales: mayor libertad para los hombres

Muy pocas encuestas de sexualidad abordan la percepción respecto a las relaciones sexuales prematrimoniales. Algunas de las que aquí haremos referencia, no son encuestas que fueran pensadas para abordar la temática de la sexualidad, específicamente. Pero arrojan luces sobre

diversas percepciones de los uruguayos, como surgen en algunos estudios que aún se entiende que el hombre puede tener mayor libertad sexual que la mujer.

En estudio de Bosca y otros (1994) se indagó respecto de las relaciones sexuales entre los jóvenes, por medio de la identificación de su opinión con alguna de las frases propuestas por los investigadores. Las opiniones que reciben, en términos globales más aceptación son las que plantean que "está de acuerdo con que los novios tengan relaciones sexuales sólo si la pareja tiene planes de casarse" (35.2%), y la que plantea que "nunca está de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio" (38.7%).

Si analizamos por tramos etarios, se diferencian con claridad las opiniones si descendemos o aumentamos en edad. Los menores de 34 años presentan los mayores niveles de identificación con las frases que plantean "sí, los novios sin planes de casarse" y "sí los novios con planes de casarse". Por otro lado, más de la mitad de los mayores de 64 años, prefieren la opción "no, antes de casarse". Sin embargo, para todos los tramos etarios considerados, la opción "sí, con sus amigos", en ninguno de ellos alcanza el 10%. A su vez, no se reflejan grandes diferencias por nivel socioeconómico, respecto a las opiniones vertidas.

Otro de los estudios que abordó la temática de las relaciones prematrimoniales fue el de Spinelli y Calero, 1996. Se considera "conceder al hombre mayor libertad sexual, según la opinión de ambos sexos" (pp.85). A su vez, son menos aceptadas por los más jóvenes- tanto varones, como mujeres.

En este estudio, encontramos a su vez, que el 20% de los encuestados, manifestó su acuerdo con la opinión de que "la virginidad de la mujer es un valor importante para conservar hasta el matrimonio", siendo las mujeres las que manifiestan mayor grado de adhesión frente a los varones.

4. 5 De la vigencia de la tradición a una lenta flexibilización de roles sexuales

Los escasos estudios que abordan las representaciones sobre los roles sexuales de varones y mujeres, nos indican que algunos estereotipos tales como que la mayor iniciativa sexual y la permanencia en la vida sexual a más edad, es potestad de los varones, aún están presentes. Así como la conveniencia de una mayor experiencia por parte de ellos al momento del encuentro sexual.

Nuevamente Spinelli y Calero (1996) indagaron sobre estereotipos presentes en la población mayor de 17 años, que siguiendo a las autoras "reflejan los estereotipos sobre roles y actitudes

masculinas y femeninas". Hacemos referencia por ejemplo a si el hombre es quien debe proponer las relaciones sexuales; si la mujer tiene las mismas necesidades sexuales que el hombre; si es necesario que el varón tenga una gran experiencia sexual para tener un buen encuentro; si la mujer que acepta las caricias de un hombre debe aceptar a su vez tener relaciones con él. Por último se indagaron sobre ítems como la capacidad de goce sexual de la mujer frente a la del hombre; o si el hombre puede seguir manteniendo relaciones sexuales a mayor edad que la mujer.

El estudio constató la presencia de los estereotipos mencionados, aunque no de manera uniforme. Ellos tienen mayor prevalencia entre los hombres de más de 50 años, las personas que tienen un menor nivel educativo y las que pertenecen a un estrato social bajo. "Los estereotipos que se manifiestan con más intensidad fueron los relacionados con la iniciativa, la conveniencia de una mayor experiencia por parte del hombre y la permanencia de la vida sexual de éste a mayor edad que la de la mujer. [...] "Un hecho a destacar es que tanto hombres como mujeres coinciden en términos generales" (1996: 63-75).

Cuadro 9 . Estereotipos presentes frente a las relaciones sexuales.

Fuente	Población	Presencia de estereotipos según edad y sexo		Presencia de estereotipos según nivel socio-económico.	Estereotipo
		mujeres	varones		
Spinelli y Calero. (1992)	Montevideo. Mayor de 17 años.		en mayores de 50 años	personas con menor nivel educativo. las pertenecen estrato social bajo.	<p>varón debe tener siempre la iniciativa.</p> <p>varón debe tener más experiencia que mujer en RRSS.</p> <p>varones adultos continúan sexualmente activos, las mujeres de igual edad no.</p> <p>expresiones afectivas son una característica femenina.</p>

Es interesante a su vez destacar, la edad que los adolescentes encuestados en la investigación de Portillo, reconocen como ideal para que la mujer inicie sus relaciones sexuales. Según la encuesta sólo un 1/3 reconoce como edad ideal, aquella por debajo de los 16 años. Existiendo un 5% que opina que sólo debieran iniciarse las relaciones sexuales después de los 23 años.

A su vez en el trabajo de Sacchi (2003) sobre una experiencia de adolescentes y la vivencia de su sexualidad, se describe los conceptos vertidos por los mismos, respecto a la idea de "tener relaciones".

- le aconsejaría que se informara bien sobre el tema, ante todo que piense si es con esa persona que quiere iniciar realmente y que trate de dialogar con su madre.

- depende de la edad que tengas. Si a vos te parece que es el hombre que querés, pero tampoco tenés que olvidarte de las consecuencias que te esperan. Primero que nada tratá de informarte y no dejar llevarte por lo que te digan, tenés que cuidarte si no querés quedar embarazada.

- yo le diría que yo en su lugar lo pensaría bien. Depende de la edad que tenga, porque para tener una relación debe estar madura emocional y psicológicamente. Le diría que se cuidara, que usara algún método anticonceptivo y que lo disfrutara principalmente, que nadie la obligue, sino que tome su iniciativa propia.

El estudio señala que en las respuestas, las y los adolescentes tienen una opinión formada respecto al tema de las relaciones sexuales, que por sobre todo, dan cuenta de la responsabilidad y madurez en el manejo de argumentos frente a la pareja sexual, el momento de vida, el afecto, la necesidad de estar maduro/a, la importancia de la comunicación con los adultos o amigos, los efectos no deseados: embarazo, infecciones de transmisión sexual.

4. 6 La aceptación de la homosexualidad: seguimos pensando en grupo de riesgo.

Los organismos internacionales plantean que a pesar de que la tasa de infección entre las mujeres está en aumento, las relaciones sexuales entre hombres sigue siendo la causa principal de las nuevas infecciones por VIH en varios países (OPS, 2001). Más allá de ello, en muchos países de ingresos medianos y bajos, las relaciones sexuales entre varones y la transmisión del VIH tienden a estar estadísticamente ocultas y negadas oficialmente. A su vez, la discriminación y la violencia que sufren los varones por tener relaciones sexuales con varones está aún presente, de forma explícita o más sutil en nuestras sociedades. Contrarrestar esa discriminación es parte fundamental de una respuesta eficaz al SIDA como lo afirma ONUSIDA (2002) y más aún en situaciones de casi total invisibilidad social de la homosexualidad como es el caso en Uruguay.

En el estudio de Meré y otros (2002), a partir de la aplicación de una escala de riesgo con diferentes grupos, se observa cuán presentes están las percepciones de riesgo de contraer VIH/SIDA asociadas al ser homosexual.

En 1996 Spinelli y Calero indagaron sobre la presencia de algunas representaciones respecto a la homosexualidad. Se plantearon cuatro enunciados para que los entrevistadores expresaran su grado de acuerdo o desacuerdo. La evaluación de las ideas analizadas muestra que aproximadamente un tercio de la población montevideana catalogaría a la homosexualidad como una enfermedad y como antinatural, no considerándola una orientación sexual como cualquier otra. La valoración negativa de la homosexualidad predomina entre las personas mayores de 50 años, algo más entre las mujeres que entre los hombres y entre quienes profesan alguna religión (pp.113- 114).

No hablar de la homosexualidad, implica a su vez, no implementar políticas de salud que respondan a sus prácticas y necesidades específicas. Es sabido, por otra parte que muchos de los varones que tienen relaciones sexuales con varones, también las han tenido con mujeres, y en un porcentaje considerable están casados.

Investigaciones recientes en estas poblaciones, han demostrado que no existe una relación necesaria entre comportamientos sexuales e identidades sexuales. Las nociones de activo y pasivo en las interacciones sexuales mostraron ser más importantes para la definición de identidades, que la elección sexual objetada por el individuo o el sexo de sus parejas. Este aspecto es esencial a la hora de desarrollar programas de prevención y educación en VIH/SIDA. Las estrategias de prevención para hombres que tienen sexo con hombres, pero no se identifican como homo o bisexuales, deben ser diferentes a las empleadas a los hombres integrados en comunidades gays (Parker, 1994). Ya que este aspecto vinculado a los comportamientos e identificaciones sexuales, tienen consecuencias directas en cómo se negocia el preservativo y gestionan los riesgos frente al VIH.

4. 7 Algunas fricciones en los flujos de información: Los jóvenes quieren saber

Mucho se ha indagado sobre los conocimientos de los uruguayos respecto al VIH/SIDA, sus vías de transmisión y prevención. Menos se ha hecho sobre los conocimientos respecto a la sexualidad.

En 2002, se realizaron talleres de educación sexual con estudiantes de escuelas y liceos públicos y privados, en Montevideo y algunas ciudades de Canelones. A su vez participaron docentes y padres. En los casi 2700 adolescentes de 10 a 18 años abordados a través de este programa, las preocupaciones respecto a la sexualidad se concentraron en la iniciación sexual, la respuesta sexual humana y los métodos anticonceptivos (González y Assanelli).

Dentro del grupo de 12 a 15 años los temas que generaron mayor preocupación fueron las relaciones sexuales, la masturbación masculina y femenina, la virginidad, castidad y abstinencia sexual. También las prácticas sexuales alternativa y la anatomía y fisiología reproductivas. En el grupo de 16-19 años, se concentraron en el inicio de las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, respuesta sexual humana, prevención del VIH/SIDA y la virginidad, castidad y abstinencia sexual.

Es interesante comparar las preocupaciones de los adolescentes con la de los padres y docentes ya que ellos están preocupados por el inicio sexual, el embarazo y el SIDA. A su vez, por la pornografía, "perversiones", masturbación, bisexualidad/homosexualidad y aborto.

4. 8 Las percepciones del riesgo de infección de VIH/SIDA: el problema está en los otros

Sabemos que uno de los elementos centrales en las actitudes de prevención y cuidado respecto al VIH/SIDA, está centrado en la percepción del riesgo de contraer la infección que consideramos tener. Más allá de su centralidad, muy pocas encuestas abordan estos aspectos. Lo que evidencian con claridad los estudios es que la percepción del riesgo de infección del VIH asociada a determinados grupos sociales permanece instalada aún en el personal de salud.

Es así, que las primeras referencias al respecto las encontramos en la Encuesta de Mujer, Salud y SIDA (1993) la que indaga si se considera en igual riesgo de infección a hombres y mujeres. El 88% de las mujeres encuestadas considera en igual riesgo de infectarse con VIH, a hombres y mujeres, mientras que tan sólo un 5% de las mismas responde negativamente.

Años más tarde Osimani y otros (1998) vuelven a indagar al respecto, pero ahora desde la autopercepción del riesgo de contraer VIH/SIDA. Es así, que el 60.9% de la población encuestada (18-65 años, para algunos barrios de Montevideo), considera que tiene nada de riesgo ante la infección. Estos porcentajes suben al 67.3% en el caso de los hombres, y descienden a un 52.6% para las mujeres.

También en estudio realizado recientemente, en trabajadores y profesionales de la salud, (Meré y otros, 2002) se indagó sobre los riesgos percibidos de contraer el VIH/SIDA. Se evidenció que esa población estudiada- mayormente educada y en contacto con la enfermedad- no percibe vulnerabilidades específicas por sexo frente al VIH/SIDA. Si se suman las respuestas de "igual riesgo" y "menor riesgo", más del 70 % del total, o lo que es lo mismo, 7 de cada 10, no estima una vulnerabilidad específica de la mujer. Puede advertirse que al cruzar estas respuestas por sexo, los porcentajes mayoritarios para la opción de igual riesgo se incrementa para los profesionales de la salud varones, casi 75%, y disminuye levemente para las profesionales mujeres, casi 65%.

La razón que se percibe mayoritariamente para la infección de las mujeres está en las relaciones sexuales sin protección, un 71 %. Sin embargo, solo el 46 % del total, estima que las mujeres tienen dificultades específicas para tomar medidas de protección. Dentro de ese 46 %, una clara mayoría -el 80 % - estima que tales dificultades obedecen al uso del preservativo.

Es necesario destacar que la percepción del riesgo como "grupos de riesgo" más que como "conductas de riesgo", permanece instalada aún en el personal de salud. Consideran que tienen

mayor riesgo para contraer la infección los homosexuales, usuarios de drogas y trabajadoras sexuales. Por otro lado, las respuestas muestran un consenso casi masivo en afirmar que mujeres, jóvenes y personas de la tercera edad no tienen mayores riesgos de frente al VIH/SIDA.

Nos interesa, por último detenernos en la percepción existente respecto a las relaciones sexuales sin preservativo con pareja estable; así el 41.4 % de los encuestados considera esta práctica de bajo riesgo, más un 23.5% que atribuye a este tipo de relaciones ningún riesgo. Primeramente, entendemos esto como un elemento indicativo de cómo la representación social de la fidelidad y la monogamia constituyen valores sociales que están presentes, mayoritariamente, en los adultos encuestados. Continuando la línea de pensamiento expresada en los ítems anteriores, surgen preguntas que pueden contribuir en las acciones de prevención: ¿En qué medida están presentes y como operan en los técnicos y profesionales de la salud, pero también en los decidores de políticas públicas los valores homogéneos, generalizados y deseables, por encima de los datos surgidos de la realidad y de su propia práctica? Pueden ellos eventualmente funcionar como obstáculos para una lectura efectiva de la realidad y para el diseño de la prevención eficaz?.

Todo esto sugiere, en primer término que el género como elemento obstaculizador en la prevención no está presente en el imaginario de los encuestados. Por otro lado siguen existiendo representaciones aún firmes – a veinte años de epidemia- en determinados sectores de la población, que relacionan el virus como exclusivo de determinados grupos de la sociedad.

Cuadro 11. Percepción del riesgo de infección de VIH/SIDA.

Fuente	Población	Autopercepción riesgo contraer VIH/SIDA	Percepción riesgo infección VIH	Atribución riesgo a RRSS sin preservativo con pareja estable	Motivaciones y representaciones en RRSS sin preservativo con pareja estable	Percepción dificultades prevención mujeres en RRSS
Equipo Multidisciplinario sobre la Salud de las Mujeres (1993)	Todo el país. Mujeres. 14 -70 años.		88% igual riesgo infectarse VIH a hombres y mujeres			
Osimani y otros (1998)	Montevideo. 18-65 años.	60.9% considera tiene nada riesgo ante VIH (67.3% hombres; 52.6 % mujeres)				
Meré y otros (2002)	Montevideo, Salto y Paysandú. 21-69 años.		7/ cada 10 consideran que varones y mujeres tienen mismo riesgo infección. varones consideran que mujeres tienen igual riesgo infección están muy presentes percepciones riesgo contraer VIH/SIDA y el ser homosexual, usuario de droga o trab. sexual.	alto: 13.9 % bajo: 41. 4 % ninguno: 23.5%	fidelidad monogamia	$\frac{1}{2}$ ecuestados/as considera no existen dificultades específicas. varones: 60% mujeres: 49%. 80% consideran mujeres tienen dificultades tomar medidas protección. Obedecen al uso del preservativo.

5. Pistas para la acción

Ronald Bayer (1989), refiriéndose a la sociedad norteamericana, señaló de manera temprana que no se trataba solamente de la cuestión de cómo y cuándo vencemos el SIDA, lo que podría eventualmente resumirse a una mera cuestión técnica, sino, sobretodo de saber que sociedad surgirá al cabo de este proceso. Tal vez la epidemia nos deje una sociedad que se encuentre a ella misma, que se cuestione "la trama íntima de su vida sexual y afectiva".

Se ha dicho y está demostrado- pero no incorporado- en los ámbitos de intervención social y sanitaria – que la mera información no cambia hábitos. Podemos coincidir en que la aparición del SIDA interpeló a la sociedad, ¿pero cuánto de ello se ha transformado en cambio?. ¿Qué nos muestran los estudios sobre el comportamiento de los y las uruguayo/as a 20 años del inicio de la epidemia en el Uruguay?. ¿En qué medida se han modificado comportamientos, hacia una "sexualidad más segura"? Y en definitiva, ¿cómo esos eventuales cambios en las prácticas inciden en la dinámica de extensión de la epidemia en Uruguay?.

La sexualidad en el Uruguay, ¿no sabe no contesta?. La inexistencia de encuestas y estudios sobre sexualidad, es el supuesto que prima en nuestro país. La aproximación a lo producido nos lleva a replantearnos el mismo, porque más allá de los vacíos de estudios de alcance nacional y de una perspectiva más abarcativa respecto a la sexualidad, la producción existente entorno a ella en el Uruguay está caracterizada por una diversidad de intereses temáticos, así como poblaciones sobre las que indaga y disparidad de metodologías utilizadas. La interrogante entonces, pasa a ser cuánto de ellos se han convertido en políticas y estrategias de prevención del VIH y de promoción de una sexualidad sana, placentera y responsable.

La primera vez: diferencias que se acortan. Si tenemos en cuenta la edad de inicio, los estudios señalan que los jóvenes están iniciándose sexualmente a edades cada vez más tempranas, y que las diferencias entre varones y mujeres se acortan. Los estudios de los años 90's ya nos advertían de su descenso. Podemos constatar en todos estos años diferencias que se acortan en las edades de inicio sexual de varones y mujeres. Este acercamiento está dado por la relativa estabilidad del inicio de los varones (15 años), y un descenso en la edad de las mujeres (de 20 a 16 años). Debemos interrogarnos si la disminución en la edad que muestran los estudios implica una modificación de los modelos de toma de decisiones y negociación sexual. Y a su vez, una modificación de los roles sexuales entre los adolescentes hacia una mayor horizontalidad. O por el contrario, si la iniciación bajo pautas de comportamiento asimétricas implica un reforzamiento de las diferencias de género, en el plano de la sexualidad en esas generaciones, lo que generaría situaciones de riesgo mayores, en particular para las mujeres jóvenes.

Las/os compañeras/os de iniciación: las diferencias persisten. También los primeros estudios, ya mostraban que las diferencias de género, eran un claro discriminador a la hora de elegir compañeros/as de iniciación sexual. Es así, que las mujeres se inician con sus novios, o parejas estables. Mientras que los varones tienen su primera relación fuera de la pareja estable, representando un porcentaje considerable aquellos que declaran iniciarse con trabajadoras sexuales. Estas diferencias construidas culturalmente tienen impacto en las posibilidades de hacer frente a la epidemia. Por ello es conveniente preguntarse ¿cómo impacta esta asociación entre "amor y sexo", fuertemente presente en las mujeres, en el cuidado de su salud? ¿Hasta dónde la mujer antepone el amor y la confianza frente al cuidado de sí misma?. Pero más importante, ¿Cómo podemos actuar desde la promoción de la salud para que estas representaciones no se traduzcan en prácticas inseguras, en especial para las mujeres?.

Número de parejas sexuales: menos de lo que se comenta. Nuevamente lo que surge con claridad son las diferencias entre varones y mujeres, a través del número de parejas sexuales distintas declaradas. Lo que se puede apreciar, a su vez es el acortamiento de esas diferencias. Entendemos que las mujeres se atreven a declarar más encuentros, mientras que los hombres se animan a declarar con más veracidad, los suyos. Es sabido que los varones tienen más parejas sexuales, que las mujeres, pero el número declarado por éstos es mucho menor de lo que se piensa a nivel de imaginario social. A su vez, se puede apreciar que las mujeres han abandonado la casi "exclusividad" sexual declarada en las primeras encuestas. La subdeclaración por parte de las mujeres, estaría explicada, entendemos por que ellas considerarían únicamente las relaciones sexuales significativas, o sea las mediadas por el amor y el afecto. En el caso de los hombres la sobre declaración se podría entender por qué los mismos tienen en cuenta todas las experiencias sexuales. Aún así, los datos no confirman al menos para la población general, las afirmaciones ligeras que se lanzan sobre la "promiscuidad" como causa de la extensión de la epidemia.

¿Con quién tienen sexo las y los uruguayas/os?: nos animamos a declarar. Las primeras encuestas indagaban las orientaciones sexuales en términos de si se tenían "relaciones homosexuales, heterosexuales o bisexuales"; que no es lo mismo a declarar si se tienen "relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos", en especial para el caso de los hombres. Estos aspectos metodológicos son importantes a la hora de entender la mayoritaria declaración de exclusividad heterosexual y un bajo reconocimiento de las opciones tanto homo, como bisexual. Ya que en las últimas encuestas hay un aumento en las declaraciones de relaciones homo y bisexuales, donde los porcentajes de no sabe - no contesta son residuales. Por otro lado, parecería que no existen diferencias en éstos comportamientos, si se tiene en cuenta los estratos sociales.

El uso del preservativo: las brechas preocupantes. De los estudios se desprende que existe un núcleo duro que dice usar sistemáticamente el preservativo, encontrándose una mayor predisposición en varones, que en mujeres, en algunos casos con porcentajes de uso muy por debajo de los hombres. Su utilización está pensada básicamente como método anticonceptivo y no profiláctico; se concentra en las relaciones vaginales frente a las orales y anales. Y en las parejas ocasionales, tanto en varones como en mujeres, dista mucho de tener la sistematicidad y continuidad aconsejadas. Por otro lado, parecería que los más sensibles a modificar su comportamiento frente a la epidemia, fueron los hombres y entre ellos los más jóvenes.

La negociación del preservativo: la dificultad mayor está en el hablar. Más allá de la importancia fundamental del análisis de la negociación sexual desde la perspectiva de la prevención, casi ninguna de las encuestas abordan esta temática. Los aspectos que se han analizado en nuestro país, refieren todos ellos al uso del preservativo. Los estudios revelan por una lado la predisposición de la mayoría de los entrevistados a su uso si su pareja se lo pidiera. Por otro, en especial en la población femenina las dificultades y miedos están asociados a ser vistas como "fáciles" y a hablar con sus parejas de las preferencias de ambos. No se revelan cambios sobre quién es el que aporta el preservativo en la relación sexual, más allá de que se considera que ambos deben hacerlo, es mayoritariamente el hombre quien lo hace.

Amor, sexo y placer: vinculación fuerte en las mujeres. Como se observa en algunos estudios, el significado atribuido a la sexualidad, asociado a la idea de amor o simplemente de a los afectos está mayoritariamente presente en las mujeres. Por otro lado, el deseo sexual como motivo de inicio sexual, tiende a estar algo más presente en los hombres. Más allá de éstas diferencias no hay estudios recientes y comparables para afirmar que las mujeres valoran más el amor y los hombres el placer, como comúnmente se sostienen. Esta cuestión se torna crítica en el momento de pensar intervenciones educativas en salud que eviten comportamientos de riesgo asociadas a esas representaciones.

Los uruguayos y la fidelidad: hombres y mujeres coinciden en su importancia. Más allá que mujeres como varones coinciden en su importancia a la hora de pensar en el ideal de pareja, las representaciones sobre pareja estable como sinónimo de fidelidad, están fuertemente implantadas en el universo femenino. Las mismas siguen derivando en el no uso del preservativo y en la percepción de distancia frente al riesgo de infectar en esa población. Entender cómo se construye y se sustenta la fidelidad como valor social, es esencial en toda estrategia de prevención del VIH/SIDA.

Las percepciones del riesgo de infección de VIH/SIDA: el problema está en los otros. Sabemos que uno de los elementos centrales en las actitudes de prevención y cuidado respecto al VIH/SIDA, está centrado en la percepción del riesgo de contraer la infección que consideramos tener. Lo que evidencian con claridad los estudios es que la percepción del riesgo de infección del VIH asociada a determinados grupos sociales, aún denominado de cómo de "riesgo", permanece instalada en la población.

La información analizada, aunque fragmentada indica que la irrupción del SIDA, no ha modificado las prácticas sexuales de la mayoría de nuestra población, más allá que no tenemos la suficiente información para sustentar esta afirmación de forma más contundente.

Aunque sí se observan, conductas adoptadas en determinados grupos que favorecen su prevención, no sabemos si las mismas son parte de procesos anteriores, reforzados tal vez sí, por la epidemia.

Creemos que la epidemia, más allá de sensibilizarnos y en algunos momentos interpelarnos como sociedad, no puede por sí misma cambiar comportamientos tan enraizados en nuestra cultura, cotidianidad, afectos e intimidad. No podemos realizar una prevención eficaz de la epidemia, dónde su principal vía de transmisión es la sexual si no logramos atrevernos a conocer y reconocer cuales son los modelos de masculinidad y feminidad existentes, las relaciones de género vigentes, las modalidades de encarar y sentir el ejercicio de la sexualidad, en los tiempos del SIDA.

Desde esa perspectiva, nuestro país precisa abordar el tema, de forma sistemática, adecuada, y exhaustiva, tanto a nivel de opinión pública, del sistema educativo público y desde edades cada vez más tempranas.

Por ello, es necesario entender el fenómeno del VIH/SIDA con los aportes que las ciencias sociales pueden hacer al diagnóstico y su contribución a una prevención eficaz, y no restringirlo al campo estrictamente sanitario. Es fundamental realizar una mirada, con una visión integral de salud e incorporar, a su vez los aportes teóricos - metodológicos que los enfoques educativos, culturales y de género plantean. En consecuencia, desde distintas disciplinas y perspectivas teóricas y desde las lecciones derivadas de la práctica educativa los esfuerzos se deben orientar en explorar y analizar los factores psico sociales y culturales que favorecen o inhiben la adopción de conductas adecuadas para prevenir la transmisión sexual del VIH/SIDA.

Entendemos que sin una mirada a nuestros afectos, nuestra sexualidad, la forma como nos relacionamos con el otro, el respeto de sus deseos, de sus derechos; pero fundamentalmente de los nuestros, es casi imposible pensar en prevención de la epidemia del VIH/SIDA.

Frente a este diagnóstico, la Declaración de Compromiso de ONUSIDA⁵ ya en 2001, ponía entre otros el énfasis, en los más jóvenes. Plantea la necesidad de "asegurar, para 2005, que por lo menos el 90% de los jóvenes de 15 a 24 años, y el 95% para 2010, tenga acceso a la información, la educación y los servicios para desarrollar las aptitudes para la vida necesarias para reducir su vulnerabilidad al VIH. A su vez, tiene como propósito el "reducir la tasa de infección por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad en un 25% para 2005 en los países más afectados y en el mundo entero para 2010" (ONUSIDA, 2002: 13). Por otro lado ONUSIDA, advierte que "ya se han identificado y probado los enfoques eficaces para la prevención del VIH y se ha reconocido la necesidad de hacer particular hincapié en los jóvenes. En todos los países en los que se ha reducido la transmisión del VIH, ha sido entre los jóvenes (y con la determinación de éstos) donde se han registrado las reducciones más espectaculares" (ONUSIDA, 2002: 16).

En ésta misma línea, plantean que el eje de la vulnerabilidad de los más jóvenes está acrecentada en algunas situaciones, por el escaso conocimiento sobre como se propaga y se puede evitar la infección del VIH. Pero aún donde los conocimientos han aumentado, "saber", no ha implicado automáticamente "hacer", cuando hablamos de adoptar conductas preventivas y seguras.

Como se ha explicitado desde el enfoque cultural desarrollado por la UNESCO (2000), la llave está en conocer las situaciones sociales y culturales en la que esos jóvenes viven, para comenzar a comprender sus prácticas de riesgo. Así, resulta esencial, siguiendo las recomendaciones de ONUSIDA, conocer también "los factores protectores que les ayudan a crear estrategias [...], desarrollar un amor propio positivo y formar un sistema de apoyo social que reduzca los comportamientos de alto riesgo" (2002: 74).

⁵ Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001, Nueva York.

6. Recomendaciones

El Uruguay conoce una epidemia del VIH/SIDA que continúa explicándose casi en un 70% por las relaciones sexuales no protegidas: éste es el punto de partida crítico en el momento de señalar algunas líneas estratégicas en tanto insumos para políticas públicas de prevención más integrales y eficientes.

6.1 Realizar estudios nacionales sobre sexualidad que permitan visualizar conocimientos, prácticas y representaciones, incluyendo un énfasis particular en las percepciones y lógicas de comportamientos frente al SIDA, tanto en población en general como en grupos específicos. Considerar estudios cuantitativos como estrategia para visualizar rápidamente situaciones de riesgo, modelos de negociación, roles sexuales, patrones generacionales y establecer líneas de base referenciales para la acción en salud. En ese sentido, incorporar creativamente las experiencias ya existentes en otros países para la creación de un Observatorio que actualice y defina las tendencias socio - culturales en el campo de la afectividad y sexualidad, desde la perspectiva de la promoción de la salud.

6.2 Diseñar investigaciones cualitativas sobre sexualidad que permitan un abordaje de los aspectos relacionales y las trayectorias afectivo sexuales que permiten explicar las lógicas de acción frente al SIDA. Los componentes del imaginario social, roles y estereotipos, que intervienen en las vivencias de la sexualidad, las prácticas de autocuidado y condiciones de autoafirmación, relaciones de poder y negociación, que permitan orientarnos en la definición de estrategias de promoción y atención de salud.

6.3 Definir políticas educativas vinculadas a la promoción de una sexualidad sana, placentera y responsable integradas a la currícula de niños y adolescentes. Enfatizar en la educación en valores donde la equidad de género, el autocuidado, la responsabilidad, la diversidad y el respeto aparecen como centrales para estructurar relaciones afectivas plenas. La paulatina reducción de la edad de inicio sexual reafirma, con mayor vigor, la necesidad de definir políticas vinculadas a la sexualidad desde temprana edad.

6.4 Promover el uso correcto y continuo del preservativo. Ofrecer espacios educativos para desarrollar habilidades y recursos para mejorar las condiciones de uso y negociación del preservativo. Deconstruir concepciones que vinculan el uso del preservativo a las parejas ocasionales, relaciones con trabajadores sexuales u homosexuales varones. Revalorizar el uso del preservativo como "doble protección" para las ITS / SIDA y como método anticonceptivo. Ampliar de manera sistemática la oferta y el acceso gratuito a los preservativos.

6.5 Generar Políticas integrales de promoción y cuidado de la salud, que integren plenamente la salud sexual y reproductiva. Esto es, asegurar y viabilizar el derecho a acceder a información y educación adecuada; a métodos y técnicas seguras, eficaces y aceptables de regulación de la fecundidad y a servicios integrales de calidad. También, afirmar enfoques integrales que trasciendan el abordaje del VIH/SIDA como fenómeno sanitario, para integrar una mirada psico social y cultural.

6.6 Promover espacios de debate, reflexión y autoayuda, que potencialicen el reconocimiento de los derechos ciudadanos, sexuales y reproductivos. Priorizar la reconstrucción de los componentes de violencia simbólica vinculados a la sexualidad y lanzar estrategias de empoderamiento de los grupos más vulnerables en las relaciones sociales, jóvenes y mujeres. Incluir asimismo, estrategias para la protección del abuso sexual en los diferentes niveles o formas en que este sucede.

6.7 Capacitar y sensibilizar a los educadores (profesores, maestros, etc.) para la problematización y análisis en aula de las situaciones cotidianas que vive el niño o el adolescente en su relación con la sexualidad, en tanto contenido transversal. Explicitar y legitimar el abordaje de la temática y el papel de los docentes en la misma.

6.8 Facilitar y promover el acceso a espacios de consulta abiertos y confidenciales, para adolescentes y jóvenes, para el abordaje de los temas ligados a la salud sexual y reproductiva, aprovechando las buenas prácticas existentes en la región. Aprovechar estos acercamientos para articular los adolescentes y jóvenes, así como sus familias, con el primer nivel de atención en salud.

6.9 Establecer sistemas coordinados de información que permitan prever los elementos críticos en la evolución de la infección del VIH/SIDA y otras ITS, y un monitoreo continuo de las políticas de prevención y atención al VIH/SIDA, en particular ligadas a los riesgos de la transmisión sexual. Potenciar los datos existentes sobre vigilancia comportamental para obtener una adecuada comprensión de las prácticas y los riesgos que puedan derivarse.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Aggleton, P. (1997). Sexualidad, Comportamiento Sexual y Cambio de Comportamiento. Trabajo presentado en la V Conferencia Panamericana de SIDA. Lima, 3-6 diciembre.

Argenzio, N. (2003). Perfil socio-epidemiológico de los adolescentes de 3º y 4º año del liceo N° 4 (Horacio Quiroga). Salto, Instituto Nacional de Enfermería, UDELAR.

Bandura, A. (1994) "Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection". En Di Clemente, R. (ed.) Preventing Aids: theories and methods of behavioral interventions. Nova York, Plenum Press.

Banfi, M.L; Martinez, J.; Portillo, J.; Roba, O. (1992) Algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes. Grupo investigación adolescente de Fac. Medicina. Montevideo.

Barker, Gary (2000). ¿Qué ocurre con los muchachos?. Switzerland, OMS.

Becker, M. H. (1974) "The health belief model and personal health behaviour", Health Education Monographs, 2, 324-508.

Bayer, R. (1989). Private acts, social consequences: Aids and the politics of public health. Nova York, The Free Press.

Bianco, M.I (1998). "Mujer, sexualidad y SIDA". En Derechos Humanos y Salud Integral, pp.79-84. Montevideo, Latina Editorial.

Boccarato, A.; Amodio, A.; Cabana, N. y Quián, J. (1993). Que saben los adolescentes uruguayos del SIDA. En Arch. Pediatr. Uruguay 64 (1): 43.Montevideo.

Bond, L. (ed.) (1992) A portfolio of Aids/DST behavioral interventions and research, PAHO/WHO.

Barón, C.; Niedworok, N. y otros (1994). Mujer y fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicaciones en salud. Montevideo, Ediciones Trilce, CELADE/FNUAP/MSP/OPS.

Bosca, Susana; Calvo, Juan José; Paredes, Mariana; Cabella, Wanda (1994). Investigación sobre la familia en el Uruguay. Montevideo, Comisión Nacional de Pastoral Familiar.

Bott, Sarah (2000). "Implicaciones para políticas y programas de salud". En Edith Alejandra Pantelides y Sarah Bott (editoras), Reproducción Salud y Sexualidad en América Latina. Buenos Aires, Editorial Biblos, OPS, 1º edición.

Bozón, Michel (1998). "Amour, désir et durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes". En Bajos, N., Bozon, M., Ferrand, A., Giami, A., Spira, A. et le groupe ACSF, La sexualité aux temps du SIDA. Paris. Ed. PUF.

Bozon, Michel (1998). ¿La sexualidad ha cambiado? Miradas sobre la actividad sexual y sobre sus significaciones en la era del SIDA (traducción libre). En Bajos, N., Bozon, M., Ferrand, A., Giami, A., Spira, A. et le groupe ACSF, La sexualité aux temps du SIDA. Paris. Ed. Presses Universitaires de France.

Bozón, M., Leridon, H. (1993). "Les constructions sociales de la sexualite". Population 5: 1173-1195.

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

COSECON (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Síntesis de Información Seleccionada. Chile. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud/ Agence Nationale de Recherches sur le SIDA.

COSECON (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Chile. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud/ Agence Nationale de Recherches sur le SIDA.

Ederly, D. (1990). Investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en grupos con comportamientos de alto riesgo para contraer RTS y SIDA. Prostitución masculina y femenina. Montevideo, mimeo.

Equipos Consultores Asociados (1996, julio 28). Las mujeres uruguayas los prefieren fieles. Montevideo. Diario El Observador.

Equipos Consultores Asociados (1996, julio 21). Fidelidad, inteligencia y sinceridad esperan los uruguayos de una mujer. Montevideo. Diario El Observador.

Falero, Alfredo (2002). Actitudes y percepciones sobre el SIDA en técnicos y profesionales de la salud en Uruguay. En Meré, J.J. (comp.) "Los profesionales de la salud frente a la epidemia del SIDA. Miradas desde el Sur, pp. 7-58. Montevideo. Iniciativa latinoamericana.

Ferreira, M.; Grassi, S.; Souza, J. y otras (2002). Adolescencia: sexualidad y prevención. Paysandú. Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, UDELAR, mimeo.

Figuroa, J.G. (2000). "Algunos elementos del entorno reproductivo de los varones al reinterpretar la relación entre salud, sexualidad y reproducción". En Revista Mujer Salud, 3/2000:60-72. Santiago de Chile. Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe.

Gomensoro, A; Lutz, E.; Guida, C.; Corsino, D. (1998). Ser varón en el Dos Mil. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones. Montevideo. UNFPA- FNUAP- ETHOS- Mujer ahora.

González Bernardi, M.L.; Assanelli Morales, M.C. (2002). Proyecto investigación - acción educativa. Salud sexual para adolescentes. Montevideo. Fundación Caldeyro- Barcia, mimeo.

Heilborn, M. L. (1995). "O que faz um casal, casal ? Conjugalidade, igualitarismo e identidade sexual em camadas médias urbanas. In: RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A. C. (orgs.) Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo. Loyola.

Laclau, E. y otros. (2003). Conocimientos y actitudes sobre relaciones sexuales de un grupo de adolescentes de Nueva Palmira. GAF. Nueva Palmira, Colonia.

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

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

Loyola, M. A. (1994) "Percepção e prevenção da Aids no Rio de Janeiro". En Loyola, M. A. (org.) Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro. Relume-Dumará: IMS/UERJ.

Lundgren, Rebecka (2000). Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina". OPS, División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Familia y Población. Mimeo.

Mann, J.; Tarantola, D. (1998) The global picture. En Scientific American.

Marquet, J. & Huynen, P. (1998) Approche relationnelle dans la recherche sur les interactions sexuelles et le risque du Sida: débat conceptuel et difficultés de mise en oeuvre. Texto presentado en la II Conférence Européenne sur les Méthodes et les Résultats des Recherches en Sciences Sociales sur le Sida, Nouveaux Enjeux pour les Sciences Sociales, 12-15, Enero, Paris.

Martínez, M.I.; Lorenzo, S. (2001). "Sexualidad en la adolescencia. Comportamiento en adolescentes de una Institución de Asistencia Médica Colectiva del sector Privado". En Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia, vol.III, Nº 1, pp.44-47. Montevideo.

Meré, J.J. y Otros. (1996) Percepciones, Conocimientos y Actitudes frente al SIDA. IDES. Montevideo.

Meré, J.J. (1999) "El estallido de las certezas: los desafíos de la prevención del Sida". Ensayo premiado en el XIV Certamen Latinoamericano de ensayo político de Nueva Sociedad. "Sida: Política, Cultura, Enfermedad", Nueva Sociedad, Nº 159, Caracas, Enero/febrero.

Meré, J.J.; Buquet, A. (2003). Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Estudios e Informes- serie especial, Nº 17. Paris, UNESCO. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural.

Meré, J.J.; Guchin, M. y Falero, A. (2002). Informe preliminar: El enfoque de género en la prevención del VIH/SIDA en los técnicos y profesionales de la salud. Montevideo. Mimeo.

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2004 a). Informe Epidemiológico VIH/SIDA. 31 de marzo 2004. MSP. Montevideo.

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2004 b). Día Nacional de la Lucha contra el SIDA. Difusión de datos Epidemiológicos VIH/SIDA. 29 de julio 2004. MSP. Montevideo.

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2002). Estudio Centinela 2002. Primera Encuesta Comportamental. Montevideo. Mimeo.

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2002). Estudio Centinela 2002. Montevideo. Mimeo.

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

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2001). Informe de Encuesta piloto sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre HIV/SIDA en estudiantes de Montevideo, 2001. Montevideo. Mimeo.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1991). Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH-SIDA. Uruguay. MSP/OPS- OMS.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1992). Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH-SIDA. Uruguay. MSP/OPS- OMS.

ONUSIDA (2002). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Julio de 2002. Ginebra. ONUSIDA.

ONUSIDA (2000). El género y el VIH/SIDA. Actualización técnica. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Ginebra. ONUSIDA, Versión original en inglés, Setiembre de 1998.

OPS/ OMS/ ONUSIDA (2001). VIH y SIDA en las Américas, una epidemia multifacética. OPS, Agencia Española de Cooperación Internacional.

Osimani, y otros (2004). Prevalencia de infecciones por VIH y virus de Hepatitis B y C asociado a las prácticas sexuales y de consumo en usuarios de drogas inyectables. Montevideo. IDES; MSP- Prog. Nac. ITS/SIDA- DLSP; Dep. Medicina Preventiva – Facultad de Medicina, UDELAR.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

Osimani, M.L.; Latorre, L. y otros (1999). Conocimientos, prácticas y actitudes en SIDA y drogas, CAPs en trabajadoras sexuales. Montevideo. MSP- PNS- AMEPU- IDES.

Osimani, M.L.; Latorre, L. y otros (1999). Conocimientos, prácticas y actitudes en SIDA y drogas, CAPs en una población de Montevideo. Montevideo. MSP- PNS- AMEPU- IDES.

Paicheler, G. & Quemin, A (1994) "Le public face à la menace du Sida", Actions de Prévention du Sida et Public, Vol. 6, nº 3-4. Paris.

Pantelides, Edith Alejandra, Mónica Gogna y Silvina Ramos (2000). "Concepciones legas de salud y enfermedad: el sida según pobladores de un barrio del Gran Buenos Aires". En Edith Alejandra Pantelides y Sarah Bott (editoras), Reproducción Salud y Sexualidad en América Latina. Buenos Aires. Editorial Biblos, OPS, 1º edición.

Parker, R. (1991) *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo, Best Seller.

_____ (1994) "Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre Aids no Brasil". En Loyola, M. A. (org.) *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará: IMS/UERJ.

People´s Tendencias. Estudio sobre infidelidad, diciembre 2002- marzo 2003. Montevideo. Mimeo.

People´s Tendencias. Apuntes sobre estudio de adolescentes, 2002.. Montevideo. Mimeo.

Perdomo, R.; Constanzo, A.; Giordano, G. y otras (1998). *Los adolescentes uruguayos hoy. Lo dicho y lo no-dicho por los adolescentes: inserción social y dificultades*. Tomo I. Montevideo. MEC/ Dirección de Educación.

Peto, D., Reme, J., Van Campenhoudt, L. & Hubert, M. (1994) *Sida, l'amour face à la peur*. Paris. L'Harmattan.

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

Rama, G.; Filgueira, C. (1991). Los jóvenes de Uruguay. Esos desconocidos. Análisis de la Encuesta Nacional de Juventud de la Dirección General de Estadística y Censos. Montevideo. CEPAL/ OPP/ PNUD.

Rostagnol, S. (2003). Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos. En Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay. Montevideo. FHCE, UDELAR.

Sacchi, C. (2003). ¿Cómo viven la sexualidad los adolescentes del interior?. Montevideo. Mimeo.

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

UNAIDS (2004). Table of country-specific HIV and AIDS estimates and data, end 2003. Disponible en www.unaids.org

Un alto porcentaje de mujeres no utiliza ningún anticonceptivo (2003, junio 11). Diario La República. Montevideo.

Vidal, Jahel; Somma, Verónica; Basso, Jorge (1998). Mujer y SIDA Investigación sobre comportamientos sexuales en mujeres VIH positivas. Montevideo. MSP-PNS-FAS.

Wellings, K. (1994) "Assessing Aids preventive strategies in Europe: lessons for evaluative research". En Boulton, M. Challenge and innovation: methodological advances in social research on HIV/Aids. Londres, Taylor & Francis.

8. ANEXOS

ANEXO 1. ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro 1. Edad de inicio sexual.

Cuadro 2. Compañeras/os y motivaciones de iniciación sexual.

Cuadro 3. Número de parejas sexuales.

Cuadro 4. Las orientaciones sexuales.

Cuadro 5. Uso del preservativo.

Cuadro 6. Uso de métodos anticonceptivos.

Cuadro 7. Uso de métodos anticonceptivos. Encuesta de fecundidad. Uruguay.

Cuadro 8. La aceptación del preservativo.

Cuadro 9. Estereotipos presentes frente a las relaciones sexuales.

Cuadro 10. Amor, sexo y placer.

Cuadro 11. Percepción del riesgo de infección de VIH/SIDA.

ANEXO 2. CUADRO RESUMEN INVESTIGACIONES SEXUALIDAD.

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
1	BOCCARATO, Adriana; AMODIO, Amanda; CABANA, Néstor y QUIAN, Jorge	Que saben los adolescentes uruguayos del SIDA.	1990	1990	375		Adolescentes de Institutos Públicos y Privados de Mdeo. y públicos del interior del país de Enseñanza Secundaria	Montevideo e Interior del país (Minas, Batlle y Ordóñez, Rivera)
2	BOSCA, Susana; CALVO, Juan José; PAREDES; Mariana y CABELLA, Wanda para Empresa Punto Ogilvy & Mather / Comisión Nacional de Pastoral Familia.	Investigación sobre la familia en Uruguay. Parte Cualitativa	sin dato	1994	sin dato	Varones y mujeres	Amas de casa; padres; jóvenes y tercera edad.	Montevideo
3	BOSCA, Susana; CALVO, Juan José; PAREDES; Mariana y CABELLA, Wanda para Empresa Punto Ogilvy & Mather / Comisión Nacional de Pastoral Familia.	Investigación sobre la familia en Uruguay. Parte Cuantitativa	1993-1994	1994	sin dato	Varones y mujeres	Jefes de hogar y/ o cónyuge	Montevideo y otras 6 capitales del interior del país.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
4	Dirección General de Estadística y Censo; CEPAL; UNFPA	1º Encuesta Nacional de la Juventud	1989-1990			Varones y mujeres de 15-29 años		
5	EDERY, David	Investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en grupos con comportamientos de alto riesgo para contraer ETS y SIDA. Prostitución masculina y femenina.	1988-1989	1990, trabajo presentado sesión Sociedad Uruguaya de Sexología.	150	Varones y mujeres, donde el 60% tiene entre 18 y 30 años.	"Prostitutas y travestis", que concurren en forma semanal a la Policlínica del "Programa Nacional de Prevención de ETS SIDA"	Montevideo.
6	ETCHEVARREN, Rodolfo; GÓMEZ, Natalia.	"Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos de la población usuaria de los servicios públicos de salud".	2001-2002		547	Mujeres, adultas y adolescentes.	Usuaris de la emergencia del CHPR y de policlínica de Medicina Familiar de Las Piedras.	Montevideo, Las Piedras Canelones,

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
7	FERREIRA, Mariela; GRASSI, Silvana, SOUZA, Julia, TRINIDADES, Ivana, VAUCHER, Elena	Adolescencia: Sexualidad y prevención.	2002	2002	422	Varones y mujeres entre 14 y 18 años.	Jóvenes que cursan de 3º a 6º año en los liceos públicos y UTU	Paysandú
8	GOMENSORO, Arnaldo; LUTZ, Elvira; GÜIDA, Carlos; CORSINO, Daniel para FNUAP/ ETHOS/ Mujer Ahora.	Ser varón en el dos mil. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones.	1995-1996	1995, 1ª edición.	300	Varones	Varones con los que trabajan encuestadores en respectivas organizaciones sociales.	Montevideo

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
13	MERÉ, Juan José; GUCHIN, Mónica; FALERO, Alfredo	El enfoque de género en la prevención del VIH/SIDA en técnicos y profesionales de la salud.	2001-2002	2003	396	Varones y mujeres	Técnicos y profesionales de la salud, del ámbito público y privado (licenciados/as de enfermería, parteras, asistentes sociales, auxiliares enfermería, ginecologo/as)	Montevideo, Salto y Paysandú
14	MERÉ, Juan José y Otros.	Percepciones, conocimiento y actitudes frente al SIDA.	1990-1995	1996	200	Varones y mujeres	Participantes de Talleres de ETS-SIDA en Centros Comunales de Montevideo realizados por IDES entre 1990 y 1995.	Montevideo.
15	MIGUES BARÓN, Carlos; NIEDWOROK, Nelly; PONS, Enrique para MSP/ FNUAP/ CELADE/ OPS	Mujer y fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud. Estudio de las mujeres en edad fértil.	1984-1985	1994				
16	MURILLO, N.;	Encuesta Piloto sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre HIV-SIDA en estudiantes de Montevideo".	2001		200	Varones y mujeres, entre 17 y 20 años	1 liceo público, 1 privado y 1 local de UTU.	Montevideo.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
17	OPERTTI, Renato y VILLAGRÁN, Alberto para MSP/OPS-OMS.	Encuesta CACP. Proyecto: "Relaciones sexuales de pareja, conocimientos actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH/SIDA":	1991-1992		1800 casos (tamaño global)	Varones y mujeres entre 18 y 49 años		Determinadas zonas urbanas del país.
18	OSIMANI, María Luz; GONZÁLEZ, Alicia; LATORRE, Laura; MERÉ, Juan José para ONUSIDA, IDES/ MSP- PNS	Conocimientos, prácticas y actitudes en Sida y Drogas, CAPs, en una población de Montevideo.	1998-1999	1999	400	Varones y mujeres entre 18 y 65 años.		Montevideo, barrios: La Teja, Capurro y Victoria.
19	OSIMANI, María Luz; GONZÁLEZ, Alicia; LATORRE, Laura; MERÉ, Juan José para ONUSIDA, IDES/ MSP- PNS	Conocimientos, prácticas y actitudes ante el SIDA y las Drogas en Trabajadoras Sexuales.	1998-1999	1999	300	Mujeres de entre 18 y 65 años	Mujeres que trabajan en el comercio sexual, que ejercen su actividad en bares, whiskerías y en la calle.	Zona metropolitana de Montevideo.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
18	PERDOMO, Rita; CONSTANZO, Alicia; GIORDANO, Gabriela; PEREIRO, Cristina; RUBEN y Beatriz. Financiamiento de la CSIC.	Los adolescentes uruguayos- hoy. Lo dicho y lo no- dicho por los adolescentes: inserción social y dificultades		1997				
19	PNS- MSP	Estudio centinela 2002. Primera Encuesta Comportamental.	2002		533	Varones y mujeres.	Varones y mujeres, población laboral y genitalmente activa.	Montevideo.
20	PORTILLO, José; BANFI, María Luisa; MARTÍNEZ TORENA, Jorge; ROBA, Oscar para Facultad de Medicina/ FNUAP/ OPS/OMS.	La sexualidad de los adolescentes. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano.	1990-1991	1992	1475	Varones y mujeres entre los 13 y 19 años y 364 días	Adolescentes montevideanos, con "representación" de las clases socio- económicas, y de tres áreas de la ciudad- Cerro, Cerrito de la Victoria y Unión.	Montevideo

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
21	ROSTAGNOL, Susana	Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos	2003	2003		Varones	Hombres sectores pobres urbanos	Barrio Montevideo, tipificada como "zona roja por MI".
22	SACCHI, Carla	¿Cómo viven la sexualidad los adolescentes del interior?	1997-1998	En edición	145	Varones y mujeres, 14-18 años	Adolescentes	Treinta y Tres
23	SPINELLI, Ivonne; CALERO, Myriam	La sexualidad en el Uruguay de hoy. Informe sobre opiniones, actitudes y comportamientos sexuales.	1996	1996	675	Varones y mujeres mayores de 17 años		Montevideo

	Autor/a	Título	Año de realización	Publicación	Tamaño muestral	Universo de estudio		Cobertura territorial
						Sexo y edad	Grupo específico	
24	VIDAL, Jahel; SOMMA, Verónica y BASSO, Jorge.	Investigación sobre comportamientos sexuales en mujeres VIH positivas.	1996-1997	1998	75	Mujeres edad promedio 26 años	Mujeres portadoras VIH residentes Montevideo.	Montevideo.

ANEXO 3. LISTA DE ESTUDIOS Y ENCUESTAS DE OPINIÓN EN SEXUALIDAD.

Adolescencia, Sexualidad y Proceso Reproductivo: sexualidad temprana y desprotegida.⁶

Los datos han sido citados en un informe que realizó el semanario Jaque sobre la sexualidad adolescente. En este informe se menciona que el estudio fue realizado por la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPFIRH) en 1979.

Estudio en Planificación Familiar: embarazos adolescentes en alza.⁷

Los datos han sido citados en un informe que realizó el semanario Jaque sobre la sexualidad adolescente con datos del Hospital Pereira Rossell. En este informe los datos se obtuvieron de un estudio realizado con usuarias del servicio de Planificación Familiar del dicho hospital.

Encuesta Gallup sobre el SIDA: portadores como culpables.⁸

El 9 de julio de 1991, la empresa Gallup publicó, por primera vez, los resultados de una encuesta sobre el SIDA.

Encuesta Gallup sobre Campaña del SIDA: sí a la propaganda del condón.⁹

Segunda encuesta de opinión, realizada por la empresa Gallup, publicada en el diario La República el 25-7-91, realizada luego de la suspensión de la campaña del uso del preservativo.

Encuesta de opinión: idem.¹⁰

La empresa Equipos Consultores y Asociados, llevó a cabo una encuesta en todo el país sobre la campaña de 1991 que promovía el uso del condón y que fue suspendida por el Ministro de Salud Pública.

⁶ Adolescencia, Sexualidad y Proceso Reproductivo, AUPFIRH, 1979. Citado en: Sexualidad Adolescente, Jaque, Montevideo, viernes 9 de diciembre de 1983.

⁷ Estudio realizado por Planificación Familiar del Hospital Pereira Rossell. Citado en: Sexualidad Adolescente, Jaque, Montevideo, viernes 9 de diciembre de 1983.

⁸ Informe de Gallup sobre el SIDA: "La mayoría de los uruguayos no consideran que necesiten cambiar sus comportamientos sexuales". La República, Martes 9 de julio de 1991.

⁹ La República, 25-7-91

¹⁰ Búsqueda 15 de agosto de 1991.

Los jóvenes entre 13 y 24 años aprueban las relaciones sexuales prematrimoniales.¹¹

Este estudio fue realizado por el Instituto de Marketing, en base a 396 entrevistas a jóvenes de entre 13 y 24 años de diversos niveles socioeconómicos de Montevideo. Solamente se conocieron los datos publicados en la prensa.

Encuesta de opinión sobre SIDA: buena información pero poco cambio en los comportamientos.¹²

Encuesta realizada por CIFRA para el Departamento de Opinión Pública de el periódico El País. Se publicó el 17 de octubre de 1993 y no se especifican datos de la muestra, excepto que las personas encuestadas son mayores de 17 años.

Sexo y familia: no hay consenso.¹³

Encuesta publicada por el periódico El País, en la cuál no se especifican datos de la muestra, pero sí se analizan los resultados desagregando por sexo, lugar de residencia (Montevideo e interior del país), por edades, y por creencias religiosas.

SIDA y falsos temores: saliva, wc y mosquitos.¹⁴

Encuesta de opinión realizada por la empresa CIFRA, publicada en el periódico El País, en la cual no se especifican características de la muestra.

Los uruguayos y la homosexualidad.¹⁵

Encuesta realizada por CIFRA, publicada en el periódico El País. Fueron entrevistadas 1203 personas, de 16 y más años de edad, entre los días 19 y 25 de julio de 1997:

SIDA: mucha información y algunos prejuicios.¹⁶

Encuesta realizada por CIFRA, publicada en el periódico El País. Fueron entrevistadas 167 personas de entre 18 y más años de edad, entre los días 10 y 17 de abril de 1999:

Encuesta de Cifra: 85% si a la información sobre educación sexual en los liceos.¹⁷

¹¹ La República, jueves 9 de enero de 1992. Montevideo, Uruguay.

¹² SIDA: buena información pero poco cambio en las costumbres. Las Preferencias de los uruguayos. Encuesta realizada por CIFRA. Departamento de Opinión Pública de El País. 17 de octubre de 1993.

¹³ Sexo y familia: no hay consenso. El País, 20 de febrero de 1994. Montevideo, Uruguay.

¹⁴ Las preferencias de los uruguayos. Departamento de Opinión Pública de El País. Encuesta realizada por CIFRA. 27 de agosto de 1995. Montevideo, Uruguay.

¹⁵ Los uruguayos y la homosexualidad. Las preferencias de los uruguayos, Departamento de opinión pública de El País. Encuesta realizada por CIFRA. 24 de agosto de 1997, Montevideo, Uruguay.

¹⁶ SIDA: mucha información y algunos prejuicios. Las preferencias de los uruguayos, Departamento de Opinión Pública de El País. Encuesta realizada por CIFRA, 30 de mayo de 1999, Montevideo, Uruguay.

¹⁷ Encuesta de Cifra, preparada especialmente para Búsqueda, jueves 31 de agosto de 2000. Montevideo, Uruguay.

Sexualidad y Sida, conocer para prevenir

La encuesta se aplicó a 1003 uruguayos de 15 o más años de edad y se realizó durante los días 22 y 23 de julio del 2000.

Encuesta del CELSAM: el inicio sexual de las mujeres.¹⁸

Este estudio fue realizado por la firma Global QR Corp., encargado por el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM). Se aplicó a 7456 mujeres entre 15 y 45 años, en 14 países latinoamericanos. Los países participantes fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela, Costa Rica, El Salvador y Guatemala. La muestra fue representativa respecto a los parámetros poblacionales de cada país, tanto urbanos como rurales. El Objetivo del estudio fue explorar los niveles de conocimiento, información, satisfacción y expectativas de las mujeres latinoamericanas sobre los métodos anticonceptivos. La investigación recogió la opinión de 361 mujeres uruguayas de entre 15 y 45 años (período reproductivo de la mujer).

¹⁸ Este apartado se elaboró en base a dos documentos:

Encuesta del Centro Latinoamericano Salud y Mujer, realizada en 14 países de América Latina, en el marco de los 40 años de la introducción de la píldora en la región. Consultada en la página web del CELSAM.
Uruguayas prefieren las píldoras a otros métodos anticonceptivos pero pocas consultan a su médico. La encuesta del CELSAM recogió también la opinión de 7.456 mujeres de 14 países latinos. Búsqueda, jueves 25 de octubre de 2001. Montevideo, Uruguay.