

Masculinidades, Salud Integral y VIH

Herramientas para la
promoción de prácticas
de cuidado de la salud
en varones



Masculinidades, Salud Integral y VIH

Herramientas para la promoción de prácticas
de cuidado de la salud en varones

AUTORIDADES

Claudio Tomasi, representante
residente del Programa de las
Naciones Unidas para el Desarrollo
(PNUD) Argentina

Valentín González León,
representante residente adjunto del
PNUD Argentina

Alberto Alejandro Stella, director
del Programa Conjunto de las
Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
(ONUSIDA) para Argentina, Chile,
Paraguay y Uruguay

COORDINACIÓN TÉCNICA

Alejandra García, analista de
Género, PNUD Argentina

Diego Borisonik, profesional técnico
área de Género, PNUD Argentina

Sergio Maulen, consultor, PNUD
Argentina

Clarisa Brezzo, asesora en
Información Estratégica del
ONUSIDA para Argentina, Chile,
Paraguay y Uruguay

DESARROLLO DE CONTENIDOS

**Instituto de Masculinidades y
Cambio Social**

Agostina Chiodi, Vicente Garay y
Nicolás Pontaquarto

COLABORACIONES

Matías de Stéfano Barbero, Daniel
Jones y Ariel Sánchez

DISEÑO

Magdalena Fumagalli

CORRECCIÓN

Sofía Alemán

Las ideas expresadas en esta publicación no necesariamente representan las opiniones del PNUD, del ONUSIDA, de otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, como tampoco las de sus Juntas Ejecutivas ni de los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas. Esta publicación puede ser utilizada libremente para propósitos no comerciales y de uso justo. Cualquier otro uso debe ser autorizado de manera escrita por el PNUD y el ONUSIDA, previa presentación de una solicitud de permiso escrita. Todo uso del contenido, en su totalidad o por partes, en copias impresas o electrónicas, e inclusive en cualquier forma de visualización en línea, deberá incluir la atribución y/o reconocimiento al PNUD y al ONUSIDA por su publicación original.

Citar: PNUD y ONUSIDA (2023). “Masculinidades, Salud Integral y VIH. Herramientas para la promoción de prácticas de cuidado de la salud en varones”.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-
PNUD Argentina

Masculinidades, Salud Integral y VIH : herramientas
para la promoción de prácticas de cuidado de la salud
en varones / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos
Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo
- PNUD, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-48905-6-6

1. Salud. 2. VIH. 3. Estudios de Género. I. Título.
CDD 362.196979200811



Índice

04 INTRODUCCIÓN

06 Módulo 1

Masculinidades desde la perspectiva de género

07	1. Perspectiva de género
08	2. Género
08	3. Socialización de género
09	4. ¿Qué es la masculinidad?
11	5. Mandatos de la masculinidad
14	6. Masculinidades en plural
15	7. Efectos de la socialización de género en los varones
16	8. Homosocialidad y violencia
17	9. Masculinidad: costos, privilegios y vulnerabilidad
18	10. El dispositivo de masculinidad como barrera de acceso a la salud
18	11. Masculinidades no sexistas, libres y diversas
21	12. Recursos útiles
22	13. Referencias

23 Módulo 2

Masculinidades y salud integral

24	1. Salud integral y determinantes sociales de la salud
26	2. Derecho a la salud
28	3. El impacto de los mandatos de la masculinidad en la salud de los varones
30	4. Masculinidades y salud sexual y (no) reproductiva
30	4.1. Impacto de los mandatos de la masculinidad en la salud sexual y (no) reproductiva de los varones cis y de quienes se relacionan con ellos

34	4.2. Embarazos no intencionales
35	4.3. Abortos
36	5. Masculinidades y salud mental
36	5.1. ¿Existe relación entre los consumos de sustancias y el cumplimiento de los mandatos de la masculinidad?
38	5.2. ¿Existe relación entre algunas causas de suicidio y las obligaciones que impone el guion normativo de la masculinidad?
39	6. Recursos útiles
41	7. Referencias

44 Módulo 3

Masculinidades y VIH

45	1. Lo que tenés que saber del VIH
47	2. Estrategias de prevención combinada
49	3. Salud sexual, masculinidades y VIH
50	3.1. Masculinidades y uso de preservativo
52	3.2. Adherencia al tratamiento
53	4. VIH y orientación sexual
54	5. VIH y violencia de género
56	6. Masculinidades trans y VIH
57	7. Masculinidades y VIH en los espacios de trabajo
58	8. VIH en contextos de encierro
59	9. Salud mental, consumos problemáticos y VIH
60	10. Otras infecciones de transmisión sexual
63	11. Recursos útiles
64	12. Anexo: marco normativo. Los derechos de las personas que viven con VIH
66	13. Referencias

Introducción

Este material fue realizado por el Instituto de Masculinidades y Cambio Social en el marco de un trabajo que vienen desarrollando el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Argentina y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), con el objetivo de promover un mayor involucramiento de los varones en la salud sexual y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

En este kit pedagógico presentamos una lectura integral y con perspectiva de género de la experiencia vital de los varones en relación con su salud integral, su salud sexual, (no) reproductiva y, en particular, con relación al virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

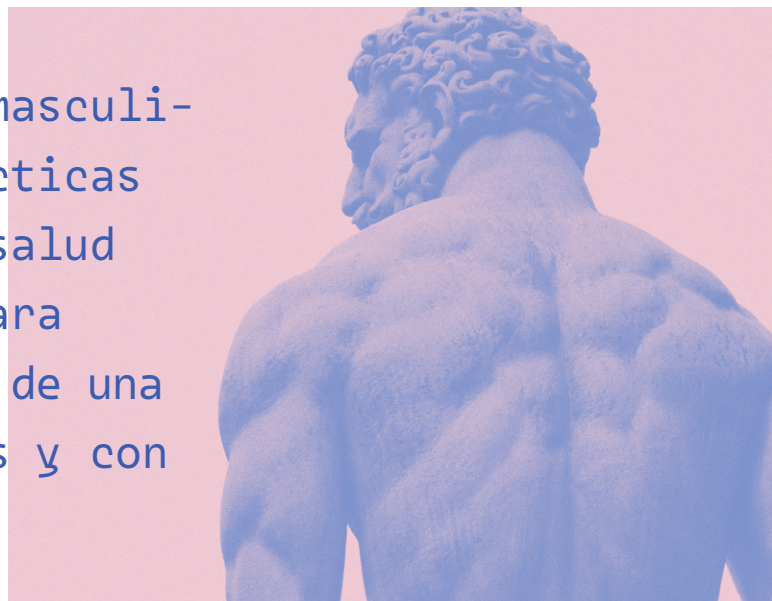
La nueva estrategia mundial contra el sida 2021-2026 aprobada por los países en la última Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas, en junio de 2021, tiene como lema “Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida”, y resalta la importancia de los cambios sociales, educativos, culturales y legales que son necesarios para alcanzar la igualdad entre las personas y así avanzar en la eliminación del VIH como una amenaza para la salud pública antes de 2030.

El nuevo enfoque ya no prioriza la respuesta sanitaria, sino que pretende reducir las desigualdades que conlleva la epidemia de sida. La nueva estrategia jerarquiza la prevención combinada con intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales. Estas últimas contemplan una amplia gama de acciones que incluyen la eliminación de marcos legales que violan los derechos humanos y criminalizan a las personas, la implementación de la educación sexual integral, la erradicación de la violencia de género, el pleno cumplimiento de los derechos sexuales y la promoción de prácticas de cuidado de los varones hacia sí mismos, sus parejas y entorno.

Sabemos que el orden de género es una de las principales fuentes de inequidades en nuestra sociedad. Frente a esta estrategia centrada en las desigualdades, resulta fundamental indagar qué vínculo tiene el orden de género y la forma en la que nos enseñan a ser varones con nuestros comportamientos vinculados al VIH: el acceso a la información, el estigma social y la discriminación, la detección temprana, la prevención, nuestras prácticas de cuidado hacia nosotros mismos, nuestras parejas y nuestro entorno, la forma en la que adherimos al tratamiento y los factores que impiden que las personas puedan ejercer libremente y sin ningún tipo de coerción su autonomía corporal.

La elaboración teórica y metodológica de este material considera que el dispositivo de masculinidad hegemónica es condición de posibilidad de múltiples vulnerabilidades relacionadas con la exposición a riesgos, la ausencia de prácticas de autocuidado y la baja adherencia

La problematización de la masculinidad y la revisión de prácticas concretas vinculadas a la salud sexual son fundamentales para avanzar en la construcción de una sociedad libre de violencias y con igualdad de género.



al tratamiento en varones que viven con VIH. Entendemos que la problematización de la masculinidad y la revisión de prácticas concretas vinculadas a la salud sexual son fundamentales para avanzar en la construcción de una sociedad libre de violencias y con igualdad de género.

Con esta convicción, elaboramos tres módulos¹, donde abordamos una dimensión de la relación entre masculinidades, salud integral y VIH, introduciendo un marco conceptual y reflexivo, datos y materiales de interés y algunas buenas prácticas de referencia.

Cada módulo cuenta con un taller que se corresponde con las temáticas centrales presentadas; los talleres fueron planificados desde un enfoque metodológico participativo que promueve la implicación y reflexión de los varones desde sus propias vivencias, y se encuentran en el cuadernillo “Masculinidades, Salud Integral y VIH. Propuestas pedagógicas”.

Los contenidos de los módulos, así como los talleres propuestos, se orientan a facilitar la revisión crítica de los estereotipos de género y los mandatos de masculinidad a través de los cuales aprendemos a ser varones. A lo largo de estos módulos, abordaremos desde el enfoque crítico de género y la perspectiva de diversidad sexual y derechos humanos conceptos que sirven como herramientas para reflexionar sobre los discursos y las prácticas que reproducen la desigualdad de género (módulo 1), la relación entre la masculinidad y el cuidado de la salud integral (módulo 2) y el vínculo entre VIH, los imaginarios sociales y la construcción de la masculinidad en distintos ámbitos de la vida: el trabajo, los vínculos sexoafectivos y los contextos de encierro (módulo 3).

Con el horizonte de colaborar con la revisión crítica de los estereotipos de género, los mandatos de la masculinidad y su impacto sobre la salud integral de los varones y de quienes se relacionan con ellos, procuramos contribuir a un proceso de cambio personal, relacional, colectivo y comunitario, acompañando la construcción de masculinidades igualitarias y libres de violencias.

1. El contenido de los módulos está basado parcialmente en el curso “[Masculinidades Corresponsables. Promoviendo la participación de los varones en los trabajos de cuidados](#)”, desarrollado por PNUD Argentina junto con el Instituto de Masculinidades y Cambio Social con el impulso de la Iniciativa Multi-Partner Trust Fund de “Recuperación socioeconómica a la crisis provocada por la COVID-19 desde una perspectiva de género: promoviendo la autonomía económica de las mujeres y el cuidado de personas mayores y con discapacidad en Argentina”.

Módulo 1

Masculinidades desde la perspectiva de género



1.

Perspectiva de género

La perspectiva de género es una mirada que nos permite analizar críticamente cómo nos hacemos varones o mujeres, por qué existen guiones sociohistóricos acerca de cómo debemos comportarnos, vestirnos y desear y de qué modo esos mecanismos sociales reproducen relaciones de dominación y violencia que perpetúan la desigualdad de género. Esta perspectiva nos permite visualizar también las posiciones de inferioridad que, en general, las mujeres, personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, no binaries y otras (LGBTINB+)² ocupan en la sociedad respecto a la mayoría de los varones. Decimos “en general”, ya que, como iremos viendo a lo largo del desarrollo de este módulo, existen múltiples formas de habitar la masculinidad y la identidad varón, y las posiciones ventajosas serán favorables solo para aquellos varones que cumplan con los mandatos de la masculinidad hegemónica. Y decimos que es una perspectiva crítica porque no solo busca describir estas relaciones de género, sino aportar elementos para comprender su carácter injusto, denunciar las violencias y discriminaciones por razones de género e interpelarnos para revisar nuestras prácticas en un sentido igualitario.

Las teorías críticas de género señalan la existencia de un sistema de organización social, de distribución desigual de derechos y oportunidades, pero también de vulneraciones y violencias, que se denomina patriarcado y otorga posiciones de jerarquía a los varones cisheterosexuales³ por sobre el resto de las personas que encarnan otras identidades de género⁴.

2. Nos referimos a personas LGBTINB+ para aludir a las múltiples identidades y expresiones de género que viven fuera de la norma cisgénero y heterosexual. Cisgénero son las personas que se identifican con el mismo género que les fue asignado al nacer (es decir que no son transgénero, travestis o no binarias) y heterosexuales refiere a aquellas personas que sienten atracción sexual, amorosa y afectiva solo por personas del género “opuesto”. Ver más en Caja de Herramientas, capítulo 1: [“El patriarcado”](#).

3. El prefijo -cis significa ‘del mismo lado de...’. Se denomina varón cis o cisgénero a aquellas personas que fueron asignadas como varones al nacer y así se identifican socialmente. En cambio, se entiende por varón trans o transgénero a personas que así se identifican socialmente, aunque hayan sido asignadas a otro género al momento de su nacimiento.

4. Según el artículo 2 de la Ley Nacional 26743 de Identidad de Género, “se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (...) También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales”. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>.

► ¿SABÍAS QUÉ?

La perspectiva de género es popularmente conocida con una metáfora: “ponerse los lentes violetas”. Esta frase grafica la transformación en la mirada que implica comenzar a observar la realidad desde la perspectiva de género. Distintos colectivos feministas y de la diversidad sexual, académicos y pedagógicos argentinos encuentran en esta expresión un modo accesible de compartir la perspectiva de género no como un conjunto de contenidos, sino como una mirada crítica y transformadora de la realidad.

2. Género

Los seres humanos nacemos con distintas características corporales, como resultado de procesos biológicos. Por ejemplo, nacemos con diferentes genitales. Solía afirmarse (y todavía hay quienes lo sostienen) que el sexo biológico (macho o hembra) es la única variable legítima para la asignación de un género (masculino o femenino). De esta manera, se intenta ubicar a los cuerpos en dos categorías posibles, finitas y mutuamente excluyentes: varón o mujer. Esa diferencia genital, en el marco de este sistema patriarcal, se convierte en la diferencia (que llamamos diferencia sexual) que clasifica, ordena y jerarquiza las posibilidades y desarrollo de las personas, según su género asignado.

El género, entonces, funciona como un dispositivo que socializa a los cuerpos con pene en la masculinidad, para que se conviertan en varones, y a los cuerpos con vulva en la feminidad, para que se conviertan en mujeres. En este sentido, **podemos definir el género como un conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual. Hablamos de una construcción cultural, social e histórica, ya que no es igual en todas las sociedades o culturas y ha ido cambiando a lo largo de la historia.**

Es importante mencionar que no hay configuraciones estables respecto a la genitalidad, los patrones cromosómicos y las gónadas que se den “naturalmente”. De hecho, existe una gran variedad de cuerpos entre los que están los de las personas intersexuales, que son quienes nacen con caracteres sexuales que no se corresponden con las típicas nociones binarias sobre los cuerpos masculinos o femeninos. *Intersex* es un término que se utiliza para describir una amplia gama de variaciones naturales del cuerpo.

► ¿SABÍAS QUÉ?

Al término *género* se le ha dado un uso equivoco y se ha reducido a un concepto asociado con el estudio de aspectos relativos a la vida de las mujeres. Es importante señalar que el género atraviesa a todas las personas, que la definición de feminidad se hace en contraste con la de masculinidad, por lo que género se refiere a aquellas áreas -tanto estructurales como ideológicas- que comprenden las relaciones entre los sexos.

3. Socialización de género

Las formas de ser, desear y expresarnos no responden a diferencias naturales entre varones y mujeres, sino que son resultados de un proceso que denominamos socialización de género. Es decir, **los modos en que nos crían y educan, pero también los modelos familiares, los consumos culturales y los referentes con quienes nos identificamos varían según la cultura y el momento histórico.**

Esa socialización de género resulta opresiva ya que nos condiciona, a veces más por consenso que por imposición, respecto a qué debemos elegir y qué debemos rechazar, con qué podemos jugar y qué tenemos que esconder, teniendo en cuenta el guion que establece qué es “ser varón” y qué es “ser mujer”. De este modo, se vulnera nuestro derecho a construir nuestra identidad y desarrollarnos en libertad.

En este sentido, este proceso de socialización nos hace desiguales. La femineidad, en sus formas más tradicionales, limita a las mujeres al ámbito privado y reproductivo de la vida, y les impone la dedicación a las tareas domésticas y trabajos de cuidado, las socializa en la sensibilidad y la atención a las necesidades ajenas y, más aún, les enseña a no ser una amenaza para los privilegios que gozan los varones. Por su parte, la masculinidad exige a los varones desarrollarse en el ámbito público y productivo y a competir por los espacios de reconocimiento social, sea en su trabajo, su barrio, en el deporte que practican o dentro de un grupo de pares.

4.

¿Qué es la masculinidad?

La masculinidad es un concepto relacional, ya que existe solo en contraste con la feminidad. Se trata de un conjunto de significados, siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros y con nuestro mundo. La masculinidad no es estática ni atemporal, es histórica. La masculinidad, en singular, es un conjunto de normas, de prácticas y de discursos que, de ser asumido de forma más o menos “exitosa”, asigna a los varones (cisgénero y heterosexuales, sobre todo) una posición social privilegiada respecto de feminidades y personas LGBTINB+.

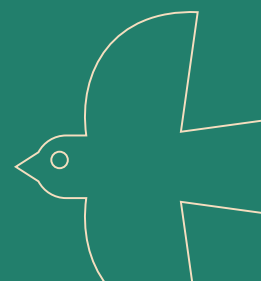
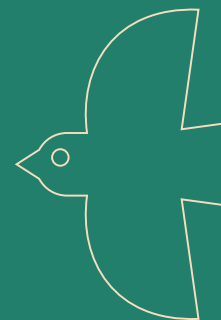
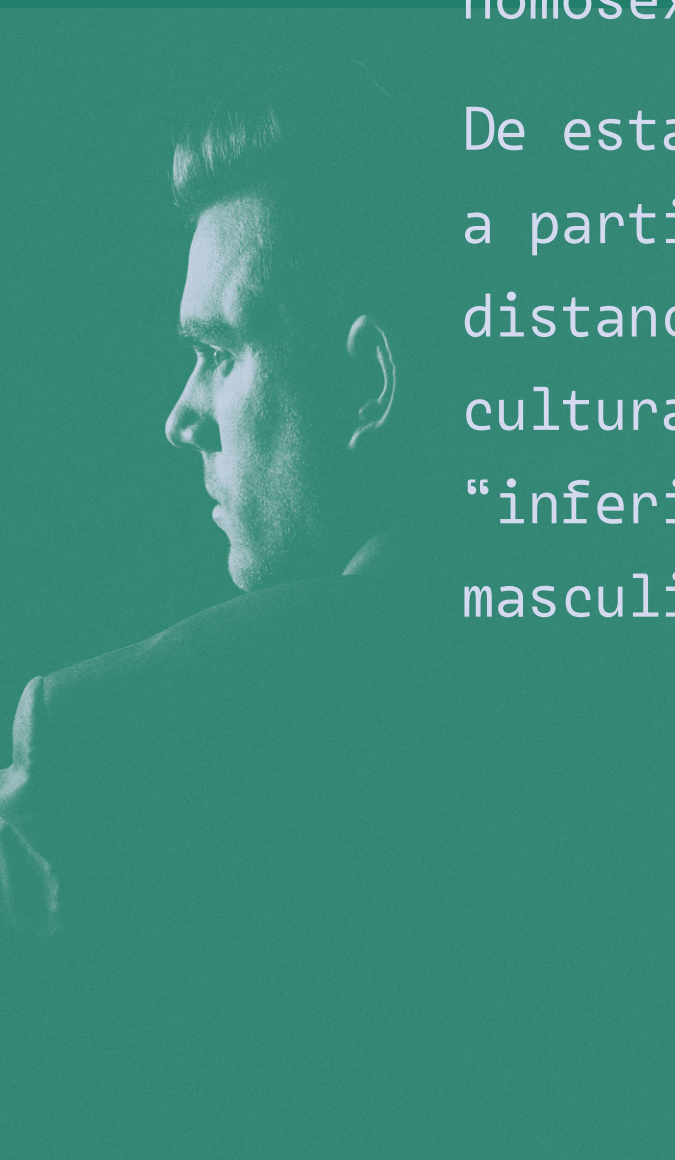
Si el género es un dispositivo de poder, un guion para la socialización de varones y mujeres, la masculinidad es la dimensión del dispositivo destinado a la educación de los varones en ciertos mandatos y prácticas. Decimos que este dispositivo de masculinidad es un proyecto político extractivista porque educa a los varones cis en la creencia o convicción de que los cuerpos, tiempos, sexualidades y capacidades de las mujeres e identidades feminizadas deberían estar a su disposición (Fabbri, 2021). **Entender la masculinidad como el dispositivo a cargo de la producción de sujetos varones nos permite problematizar y cuestionar las prácticas, los mandatos y las violencias que ejercemos como parte de un sistema de relaciones de género que nos otorga lugares de privilegio.**

El ejercicio de reconocer las condiciones para la producción y reproducción de este dispositivo en la vida cotidiana se nos presenta como condición de posibilidad para su interpelación y transformación en los distintos ámbitos de la sociedad. A lo largo de este módulo, veremos cómo la masculinidad encuentra ámbitos propicios para la reproducción de la desigualdad, así como resistencias y transformaciones en el marco de la interpelación de los movimientos feministas y de la diversidad sexual y en los propios malestares en la vida de los varones.

Una de las características fundamentales de la masculinidad es su invisibilidad. Por eso, una tarea fundamental es lograr que los varones puedan pensarse como sujetos que encarnan un conjunto de normas, valores, roles y funciones que definen lo que debe o no debe ser un varón en nuestra sociedad.

Todos los estereotipos y mandatos de masculinidad destinados a la socialización de los varones comparten tres máximas comunes: no ser mujer, no ser un niño, no ser homosexual (Badinter, 1993).

De esta manera, se configuran a partir del rechazo y distanciamiento de lo que culturalmente se entiende como “inferior” y opuesto a la masculinidad: lo femenino.



5.

Mandatos de la masculinidad

Los estereotipos de género son un conjunto de ideas y creencias que se instalan en el sentido común de las sociedades en un momento histórico dado y que se presentan como “naturales”, a pesar de tratarse de construcciones culturales. Hay diversos estereotipos, muchas veces destinados a regular y disciplinar las prácticas y comportamientos de distintas poblaciones. Por ejemplo, estereotipos racistas que ubican a las personas afrodescendientes como “peligrosas” o que caracterizan a los gays como “promiscuos” y “posibles infectados con VIH”. Hay muchos otros estereotipos, pero aquí nos interesa pensar en los estereotipos de género y, principalmente, en los estereotipos sobre la masculinidad, destinados a regular y disciplinar las formas de ser varones en esta sociedad.

Estos estereotipos tienen una estrecha relación con los mandatos, concepto que consideramos útil a los fines de demostrar que no elegimos de manera consciente y voluntaria encarnar estos estereotipos en nuestras vidas, sino que nos son impuestos, de manera explícita o implícita, grosera o sutil, en los ámbitos sociales e institucionales por los que transitamos, como la familia, la escuela, la iglesia, el club del barrio, las publicidades y la industria del entretenimiento, entre otros.

Los estereotipos y mandatos de masculinidad deben identificarse de manera situada, ya que no siempre serán los mismos en todo contexto, sino que varían según las pertenencias culturales, generacionales, religiosas, étnicas-raciales y de clase, entre otras. Aun así, en términos muy generales, podemos identificar que, en América Latina, los estereotipos y mandatos de masculinidad dicen que los varones deben ser:

HETEROSEXUALES

A los varones les tienen que atraer sexualmente las mujeres. Esto incluye la motivación de una iniciación sexual temprana, la presión de tener múltiples conquistas amorosas, la obligación de estar siempre dispuesto a tener relaciones sexuales más allá del propio deseo erótico y, además, siempre con erección y buen rendimiento. El deber de “conquistar” a veces deviene en insistencias y abusos. Como contrapartida, es una presión que suele angustiar a aquellos varones más tímidos, inhibidos o inseguros, o que no cumplen con ciertos estereotipos corporales y de belleza.

La homosexualidad fue establecida como una categoría psiquiátrica en la segunda mitad del siglo XIX. A partir de allí fue considerada como el par antitético de la masculinidad y la “hombría” y, por ese motivo, demonizada, rechazada y patologizada. De este modo, se expulsa lo homoerótico de lo masculino y se jerarquiza la heterosexualidad como expresión de una sexualidad “normal”, en contraposición al sexo anal (la “sodomía”), visto como “sucio” y, más adelante en el tiempo, considerado marcador de la posibilidad de contraer infecciones como el VIH (Barzani, 2019).

Las formas de discriminación y violencia que sufren los varones por las presiones sobre su heterosexualidad y el rendimiento sexual provienen, sobre todo, de otros varones que vigilan y custodian que todos se mantengan dentro de las fronteras de la heterosexualidad. Al respecto, una de las modalidades de violencia más extendida hoy en día en las escuelas secundarias es el acoso escolar (UNESCO, 2019).

El mandato de heterosexualidad también rige para las mujeres, entre otras formas de moralización y vigilancia de su sexualidad, y, en general, son varones quienes se encargan de ejercer ese control sobre ellas, limitando sus libertades sexuales y su autonomía reproductiva.

¿Qué nos pasa a los varones cuando las mujeres no necesitan o no quieren que las protejamos y, mucho menos, las controlemos?

RACIONALES

A los varones se los considera más aptos para trabajos que implican responsabilidad, aquellos relacionados con la ciencia o la política y, por tanto, gozan de mayor dominio del espacio público. El monopolio de la palabra masculina puede verse en los ambientes más diversos: en las reuniones familiares, en el acoso callejero, en la actividad política. La palabra de los varones sigue valiendo más y esto es porque la razón se sigue considerando masculina.

La construcción de la masculinidad normativa implica también presiones y límites en ciertas manifestaciones de la emotividad, en particular, aquellas relativas al miedo, la tristeza y la ternura (De Keijzer, 2013), emociones entendidas como femeninas. En contraposición, sí tienen habilitada la expresión de la ira, el enojo y la bronca, emociones del patrimonio social masculino, que son sancionadas si las expresa una mujer.

AUTOSUFICIENTES

Este mandato les impone a los varones hacer todo solos, no pedir ayuda, no depender ni confiar en nadie, tener el control, seguir e imponer sus propias reglas sobre los demás. Esto se traduce como un privilegio a través del ejercicio de poder, de dominio y de control, que aparecen como atributos intrínsecos a la masculinidad.

Este mandato viene acompañado con la idea de tener que ser fuertes, resistentes, duros, tenaces, arriesgados, estar siempre a la ofensiva, enfrentar el riesgo y no demostrar debilidad, pasividad ni vulnerabilidad, características connotadas como femeninas y, por lo tanto, temidas y no deseadas. Como veremos en el módulo 2, este mandato tendrá consecuencias significativas sobre las formas de cuidarse y cuidar a otros y otras, asociadas a su socialización en la masculinidad normativa.

COMPETITIVOS

La naturalización de las ambiciones de poder de los varones les otorga una posición ventajosa. Si una mujer encarnara la misma ambición o el anhelo de poder sería sancionada socialmente. **Los mandatos de ser una persona importante y competir para ganar están muy presentes en la socialización masculina, del mismo modo que lo están la búsqueda de protagonismo, la valorización de la jerarquía y del individualismo.** Pareciera que la masculinidad se mide a través del éxito, el poder y la admiración que uno es capaz de despertar en los demás.

PROVEEDORES

Este último mandato no solo aleja a los varones del trabajo no remunerado dentro del hogar, que fundamentalmente queda a cargo de las mujeres, sino que, además, les **permite manejar los ingresos familiares, ejercer el poder sobre los demás miembros de la familia e imponer sus reglas para la convivencia.**

Cabe destacar que los varones gozan de una mejor inserción en el mercado laboral. La posibilidad de trabajar fuera del hogar es una fuente de ampliación de libertades. El trabajo productivo es generador de poder económico y social, de estatus, y produce bienes materiales y/o servicios que, en su mayoría, manejan los varones. En contraposición, las mujeres siguen accediendo, en mayor proporción, a trabajos más precarizados, informales y ligados al cuidado de otros/as.

¿Qué pasa cuando no nos colocamos en esa posición de supuesta caballerosidad hacia las mujeres o si, eventualmente, pretendemos asumir una posición de cuidado frente a otros varones?

PROCREADORES

El mandato de procreador se basa en la idea de que para ser un “verdadero varón” hay que tener la capacidad de fecundar y tener hijos (si son varones, mejor), lo que implica condicionamientos de potencia y virilidad. Si bien existe para los varones este mandato como ritual de pasaje al mundo adulto, asociado al mandato de proveedor, **un varón será mucho menos señalado (comparativamente) si decide no ser padre, si decide hacerlo más tarde o si no cumple con las expectativas sociales del rol paterno (que, en términos de cuidados, son muchas menos que en el caso de las mujeres).**

Esto puede verse en la legislación argentina que otorga a la madre una licencia de noventa días ante el nacimiento de un hijo o hija, mientras que el padre tiene solo dos días corridos, según la Ley de Contrato de Trabajo (vigente desde 1974)⁵. Esta ley no solo no reconoce el derecho de los varones a compartir tiempo con sus hijos e hijas, sino que reproduce la desigualdad de género al naturalizar el cuidado como una responsabilidad exclusiva de las mujeres⁶. Esta normativa desigual también puede funcionar como barrera discriminatoria en el mercado laboral, ya que muchas empresas prefieren no contratar mujeres para no afrontar esas licencias⁷.

PROTECTORES

Este mandato indica que los varones deben proteger a quienes son supuestamente “más débiles”, por lo que esta protección se ejerce especialmente con las mujeres. Esta supuesta cortesía y caballerosidad les quita a las mujeres el reconocimiento en tanto semejantes a los varones y las ubica como objetos valiosos a conseguir y a defender o, por lo menos, las pone en un lugar de inferioridad y fragilidad. En este caso, **la protección no está vinculada al cuidado (asumido como femenino), sino al sentido de propiedad, y se puede convertir en ejercicio de poder y control hacia ellas.** El ejemplo más representativo de esta lógica del control son algunas de las formas que adopta la violencia de género en el marco de una pareja heterosexual: revisar el celular, no respetar su privacidad, controlar cómo se viste, a dónde va y con quién.

Estos mandatos impactan en los modos en que los varones se vinculan con el sistema de salud, realizan (o no) controles preventivos y se adhieren en menor o mayor medida al tratamiento de VIH, en el caso de los seropositivos. En el módulo 2, desarrollaremos en profundidad las resistencias que tienen estos varones relacionadas con el uso del preservativo, en particular, y con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, en general.

5. Lo cierto es que existen experiencias locales que han ido avanzando, por ejemplo, en febrero de 2021, la provincia de Buenos Aires extendió por decreto la cantidad de días de licencia para los padres y personas no gestantes de la Administración Pública provincial a 15 días. Para saber más: [decreto 140/2022](#).

6. Por esto encontramos campañas, una de estas es Paternar: una campaña ciudadana que busca incidir en la discusión pública sobre cuidados involucrando a los varones padres y personas no gestantes para construir corresponsabilidad en la crianza, a través de la ampliación de las licencias parentales. Para más información: [Paternar](#).

7. En el ámbito nacional, el Poder Ejecutivo presentó públicamente el Proyecto de Ley “Cuidar en Igualdad” que contempla la creación de un Sistema Integral de Políticas de Cuidados en Argentina. Dicho proyecto, entre otros puntos, contempla la modificación de las licencias especiales previstas en la Ley de Contrato de Trabajo para ampliar el derecho a cuidar. Para más información: [Proyecto de Ley “Cuidar en Igualdad”](#).

6. Masculinidades en plural

Hablar de masculinidades en plural da cuenta de que pueden existir diversas formas de ser varones, e incluso diversas identidades masculinas: personas gays, no binarias, lesbianas o mujeres que se identifican y expresan desde una apropiación singular de la masculinidad. Es decir, hablar de masculinidades en plural supone habilitar distintas expresiones de género que se autoperciben como masculinidades, más allá de su genitalidad.

Pero nuestra cultura todavía exalta un tipo de masculinidad sobre muchas otras posibles. Esta masculinidad se impone como norma y produce socialmente lo que debe esperarse de las personas que se identifican masculinas. Toda versión que no se corresponda con esa norma o guion hegemónico será colocada en un lugar de inferioridad.

Se pretende (o, al menos, se presupone) que las personas masculinas sean varones cisgénero, es decir, personas que nacieron con pene y testículos, que fueron asignadas como varón al nacer y que se autoperciben como tales. Pero, además, se espera de ellos que sean heterosexuales, es decir, que orienten su deseo sexual hacia mujeres cisgénero, nacidas con vagina y vulva.

Las masculinidades más privilegiadas son las que más se acercan a los mandatos sociales, y las llamamos normativas. A las que más se alejan de las normas las llamamos subordinadas. Por ejemplo: los varones blancos, cisgénero, heterosexuales, de clases medias y altas, que no viven con VIH y que no tienen una aparente discapacidad suelen encarnar masculinidades más normativas, mientras que los varones trans, no heterosexuales, de sectores pobres, seropositivos o con alguna discapacidad tienen más probabilidades de habitar los eslabones más bajos de la estructura de jerarquías internas en el universo masculino, por lo que podría hablarse para aquellos casos de masculinidades subordinadas.

Pueden existir diversas formas de ser varones, e incluso diversas identidades masculinas: personas gays, no binarias, lesbianas o mujeres que se identifican y expresan desde una apropiación singular de la masculinidad.

Es necesario pensar el funcionamiento de los mandatos de masculinidad en relación con el dispositivo de poder antes mencionado, ya que dichos mandatos no son encarnados por todos los varones de la misma manera. Incluso en las identidades disidentes respecto de la masculinidad normativa existen jerarquías, por ejemplo, entre aquellos varones homosexuales que “ocultan” expresiones femeninas frente a aquellos que no lo hacen. De manera similar, las intersecciones de clase, etnia o procedencia geográfica colocan en distinta posición, aun dentro de las masculinidades subordinadas, a varones gays, blancos, de alto ingreso económico respecto a varones gays desempleados, migrantes o que viven en un barrio popular.

7.

Efectos de la socialización de género en los varones

¿Qué resultado genera esta socialización jerárquica con mayores prerrogativas sociales, sexuales y económicas para los varones? Que no consideremos a las mujeres como pares. Al no estar incluidas en el campo del semejante, no tenemos los mismos recaudos éticos hacia ellas que tenemos con quienes sí consideramos nuestros semejantes: los otros varones, los del mismo género, los amigos, los vecinos. Esto obstaculiza que desarrollemos empatía hacia ellas y, eventualmente, identificarnos con su sufrimiento en tanto otras (Tajer, 2017).

Esta socialización jerárquica otorga poder, y el principal atributo del poder es la libertad. Los varones cis, como vimos, tenemos más libertad en todo sentido: sexual, de movimiento, de ocupar el espacio público física y simbólicamente, de asumir o no la responsabilidad paterna, familiar y social. **Ese poder nos lleva a asumir que podemos disponer del tiempo y muchas veces de los cuerpos de las mujeres y a sostener la creencia de que tenemos más derechos que ellas.**

Esta masculinidad que acabamos de describir es sexista en tanto produce y reproduce jerarquías sociales sobre la base de la discriminación de género, suponiendo un lugar inferior y subordinado para las identidades y expresiones de género femeninas, como también hacia aquellas identidades y expresiones de género masculinas que no encajan en los estereotipos y mandatos.

Todos los permisos ligados a la masculinidad que hemos descrito suelen ser naturalizados por los varones cis, sin ser conscientes de las situaciones de privilegio social que gozamos por nuestra condición de género. La mirada que solemos tener de estas realidades es que provienen del orden de lo dado o natural, y así las dejamos sin problematizar.

En gran medida, el ejercicio y reproducción de esa masculinidad son causados por varones que no quieren ser expulsados de sus grupos de referencia. Pensemos cómo comparten sus logros entre sí: hacen alarde de las mujeres con las que tuvieron relaciones sexuales, se jactan del partido de fútbol que ganaron o del auto que se compraron. De esta manera, repasan el repertorio de prácticas que hacen a la virilidad: poder, mujeres, éxito. Se prueba la virilidad ante los demás varones, de quienes se espera aprobación. Los otros varones actúan como “supervisores” de género que guían y corrigen constantemente el papel que les corresponde a los demás.

Cabe aclarar que las mujeres y femineidades también son socializadas en este sistema de relaciones desiguales y suelen esperar y exigir que los varones cumplan con estos mandatos. Así, cuando las masculinidades no pueden cumplir con lo que se espera de ellas, suelen frustrarse y sentir que se pone en crisis su identidad.

Resulta fundamental entender el funcionamiento de estos mandatos de forma situada, ya que no operan del mismo modo en cualquier contexto ni para todas las masculinidades. Las relaciones de poder y la desigualdad se articulan y configuran de distintas formas según cada contexto, y en esos despliegues situados, versátiles e imperceptibles el patriarcado adquiere eficacia para sostener su vigencia.

Por ejemplo, el mandato de ser una persona exitosa presenta exigencias diferenciadas para los varones de un contexto urbano respecto a uno rural, o lo que se espera de las masculinidades que se desarrollan en el sector privado empresarial se diferencia de lo que se espera de quienes se desempeñan en la economía popular, el cooperativismo o las organizaciones comunitarias.

Además de los contextos, hay situaciones en la vida de los varones frente a las cuales deben transformar su masculinidad, incluso para sobrevivir. En este sentido, cabe destacar que en una investigación con varones que viven con VIH se observó que durante el transcurso del padecimiento existe una transformación de su masculinidad, pues, al reconocer la vulnerabilidad física, social y emocional que conlleva el diagnóstico de VIH, construyen una masculinidad emergente que permite mantener el autocuidado y normalizar la vida con el padecimiento (Almanza Avendaño y Gómez San Luis Anel, 2017).

Este ejemplo deja en evidencia cómo el dispositivo de la masculinidad imposibilita las prácticas preventivas en salud y de autocuidado de los varones y los lleva a situaciones límites, en las que la incorporación de medidas de cuidado y la adherencia a tratamientos resultan fundamentales para sobrevivir ante enfermedades y otros padecimientos.

8.

Homosocialidad y violencia

Desde chicos nos enseñan que los varones nos constituimos en y a partir de la mirada de otros varones. Esto se llama homosocialidad masculina. El sociólogo Michael Kimmel la definió como un arduo recorrido de reconocimiento homosocial: “Los hombres estamos bajo el cuidadoso y persistente escrutinio de otros hombres. Ellos nos miran, nos clasifican, nos conceden la aceptación en el reino de la virilidad” (Kimmel, 1997).

Así, en diferentes investigaciones, puede verse que en los relatos autobiográficos de varones cisheterosexuales el impacto que tuvo el grupo de amigos en la conformación de su “identidad” fue decisivo. Toda una historia de fijación y negación de las fronteras que definen lo esperable y aceptable y, a su vez, un recorrido lleno de peligros, exclusiones y violencias hacia las demás personas y hacia sí mismos.

Nos interesa aquí llamar la atención sobre el eje fundamental de la homosocialidad: el reconocimiento entre pares en la conformación “identitaria”. **La homosocialidad no es necesariamente un espacio de intimidad entre varones, por el contrario, la mayoría de las veces tiende a convertirse en un espacio competitivo y jerárquico de masculinización: un espacio donde se plantean pruebas de masculinidad.**

Con los pares de género se debe ser siempre activo, no se puede mostrar debilidad ni que no se puede. Como hemos dicho, la masculinidad se hace a partir del permanente escrutinio de otros varones: estar en grupo de pares, muchas veces, no es compartir cierta intimidad, sino el espectáculo de reconocerse y mirarse como varones.

La masculinidad hegemónica es el resultado de esa socialización de género que, entre otras cosas, permite y legitima el uso del dominio y la violencia como medio para afirmar o exigir reconocimiento de la propia identidad, lo que sitúa la dominación en el centro de una cultura de la violencia que se transmite socialmente a través de distintos mecanismos.

La violencia de género⁸ es un fenómeno histórico, producido y reproducido por las estructuras sociales de dominación de género, y reforzado por la ideología, que los sujetos tienden a reproducir y sostener a cualquier costo. **Ejercer violencias forma parte del proceso de construcción de la masculinidad, su identidad masculina, y de las características que los han de definir como varones.**

El ejercicio de la violencia es un fenómeno que se expresa en múltiples maneras: física, verbal, psicológica, económica y/o simbólica. Los escenarios en los que se hace visible, tanto en el ámbito público como privado, son igualmente variados: las relaciones de pareja, el seno del hogar, la escuela, los medios de comunicación y/o las prácticas deportivas. La violencia puede entenderse como una forma extrema de ejercicio del poder que actúa no solamente sobre las acciones de las demás personas, sino directamente sobre ellas, sobre sus cuerpos, sus propiedades, su integridad moral y su dignidad humana. En la violencia, la otra persona deja de ser libre (con voluntad y posibilidad de resistencia), para convertirse en objeto de uso, abuso o destrucción.

Los varones no ejercen violencia únicamente sobre las mujeres, feminidades y personas LGTB+, sino también contra otros varones que están abajo de la jerarquía que impone el sistema patriarcal. Así, se establece un orden vertical en el cual se accede a posiciones, derechos, privilegios, obligaciones, el permiso de ejercer determinadas costumbres sociales, etc. Esto se produce por un orden de género que es violento en sí mismo.

Los costos de dicho orden de género pueden tener efectos sobre aquellos varones que sienten la responsabilidad de un “deber ser” que, por diferentes situaciones, resulta imposible, eso les produce sentimientos como temor, aislamiento o dolor y les genera experiencias contradictorias, ya que las expectativas de la masculinidad son inalcanzables.

8. Tipos de violencias según Ley Nacional 26485 de Protección Integral a las Mujeres. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto>.

9.

Masculinidad: costos, privilegios y vulnerabilidad

La socialización de género, como vimos, supone posiciones ventajosas para quienes nos identificamos como masculinidades, pero a su vez tiene costos, ya que produce fuertes presiones y condicionamientos relacionados con esconder y/o reprimir cualquier rasgo asociado culturalmente a lo “femenino” y nos expone a prácticas de riesgo que pueden llevarnos a la autolección, a recibir agresiones o incluso morir.

Ciertos comportamientos masculinos, considerados legítimos y hasta “esperados”, nos ponen en situaciones de vulnerabilidad: manejar a alta velocidad y sufrir o provocar accidentes, demostrar que tenemos mucha resistencia al alcohol o a otras drogas, tener relaciones sexuales desprotegidas o involucrarnos en situaciones de violencia en peleas callejeras. Esto implica que el **cumplimiento del guion normativo nos vuelve vulnerables, vulnerabilidad resultante de un conjunto de aspectos, no solo individuales, sino también colectivos, contextuales, que acarrear mayor susceptibilidad para enfermarse y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todas las clases para protegerse de ambos (Ayres et. al, 2008).**

El epidemiólogo brasileño José Ricardo Ayres desarrolló un nuevo enfoque para entender y abordar la relación de las personas con las enfermedades: la vulnerabilidad. Ayres presenta la vulnerabilidad en salud como el conjunto de variables en las que emerge un determinado problema de salud y que contempla componentes individuales, sociales y programáticos. Este enfoque, a diferencia del enfoque clásico del riesgo, permite trabajar con poblaciones históricamente excluidas de la investigación e intervención sanitaria en relación con temáticas como las infecciones de transmisión sexual (ITS), el embarazo no intencional en la adolescencia y los usos problemáticos de drogas.

En este sentido, mientras que para el enfoque clásico los varones cisgénero y heterosexuales no podrían incluirse dentro de un grupo en riesgo, el paradigma en que nos situamos nos habilita a indagar sus procesos

de vulnerabilidad en tanto el devenir de sus trayectorias biográficas los enfrenta a giros existenciales que introducen transformaciones en sus prácticas y en sus niveles de exposición a los riesgos (Delor y Hubert, 2000; Ayres et al., 2008).

Este enfoque alcanzó un amplio reconocimiento en el campo del VIH debido al hecho de haberse comprendido que la epidemia respondía a determinantes cuyos alcances iban mucho más allá de la acción patogénica de un agente viral específico. La noción de grupo de riesgo se difundió ampliamente, especialmente a través de los medios de comunicación de masas, y ya no en forma de categoría analítica abstracta, sino como verdadera categoría “ontológica”, como una identidad concreta.

Los llamados grupos en riesgo se convirtieron en la base de las pocas y precarias estrategias de prevención de las políticas de salud relativas al VIH de los años 80 y 90, que se mostraron equivocadas e ineficaces, desde el punto de vista epidemiológico, y reflejaron profundos prejuicios e inequidades. Las “cuatro H” (homosexuales, hemofílicos, haitianos y heroinómanos) pasaron a ser, en los Estados Unidos, los primeros “objetos” de las estrategias de prevención y a sufrir sus “efectos adversos”.

El viejo paradigma de los grupos en riesgo dejó paso al de las vulnerabilidades, definidas como las posibilidades que tiene una persona o grupo de exponerse a agentes de enfermedad (Ayres et al., 2008). Las vulnerabilidades afectan a toda la población, ya que corresponden primordialmente a factores conductuales, sociales e institucionales.

El guion de la masculinidad normativa nos conduce a negar la vulnerabilidad como elemento constitutivo de la vida y, de esa manera, negamos problemas de salud, minimizamos padecimientos y se nos dificulta incorporar medidas de autocuidado o incluso pedir ayuda. Para cumplir con las expectativas sociales asignadas a la masculinidad, los varones somos socializados en “la cultura del aguante”, lo que inhibe nuestra capacidad de registrar malestares propios. Esto puede operar como obstáculo para practicar el cuidado de nosotros mismos, para prevenir infecciones y enfermedades, así como para adherir y sostener tratamientos médicos.

► ¿SABÍAS QUÉ?

A igual cantidad de kilómetros recorridos al volante, las mujeres, dependiendo del país, causan de dos a cinco veces menos siniestros graves (con heridos y/o muertes) que los varones.⁹

9. Datos de Luchemos por la Vida, en <https://www.luchemos.org.ar/es/investigaciones/mujeres-al-volante-2017>.

10. El dispositivo de masculinidad como barrera de acceso a la salud

La socialización masculina establece una serie de mandatos o requisitos para alcanzar con éxito el estatus de varón. Uno de estos suele denominarse impenetrabilidad, es decir, **los varones cis nos constituimos como varones a partir de la idea de que nuestros cuerpos y subjetividades son impenetrables, tanto en lo físico y material como en lo emocional y simbólico.**

“Los varones aprenden que tienen que rechazar cualquier rasgo asociado a lo que socialmente se comprende como ‘femenino’. Y la vulnerabilidad y la fragilidad son parte de esos rasgos” (Chiodi, Fabbri y Sánchez, 2019). Esto tiene consecuencias en nuestra salud. Subestimar los riesgos de ciertas conductas y comportamientos que suponen invulnerabilidad y autosuficiencia provoca que el autocuidado y la prevención en salud sean secundarios en la construcción de la identidad masculina: **cuidarse no es parte de los mandatos de ser varón, sino que supone prácticas asociadas a las mujeres;** este es uno de los motivos por los que se habla de feminización en el cuidado de la salud.

Esta posición frente a la salud tiene un vínculo directo con el modo de construir los modelos masculinos en nuestra sociedad. La virilidad se destaca por la autosuficiencia, las demostraciones de poder, la autonomía y la fuerza. Como veremos en el módulo 2, la ausencia de prácticas de autocuidado por parte de varones cis representa un problema para su propia salud y para la salud de las personas que se vinculan con ellos.

11. Masculinidades no sexistas, libres y diversas

En menor medida o, al menos, con menor grado de visibilidad y organización colectiva que los feminismos y movimientos de mujeres podemos identificar desplazamientos de los varones cishetero, sobre todo jóvenes, respecto de las formas tradicionales de habitar la masculinidad. Fruto de las transformaciones socioeconómicas y culturales, de los cambios en los arreglos familiares y de parejas y de la masificación de las demandas feministas y de las diversidades y disidencias sexogenéricas, las masculinidades también se van haciendo más flexibles y diversas.

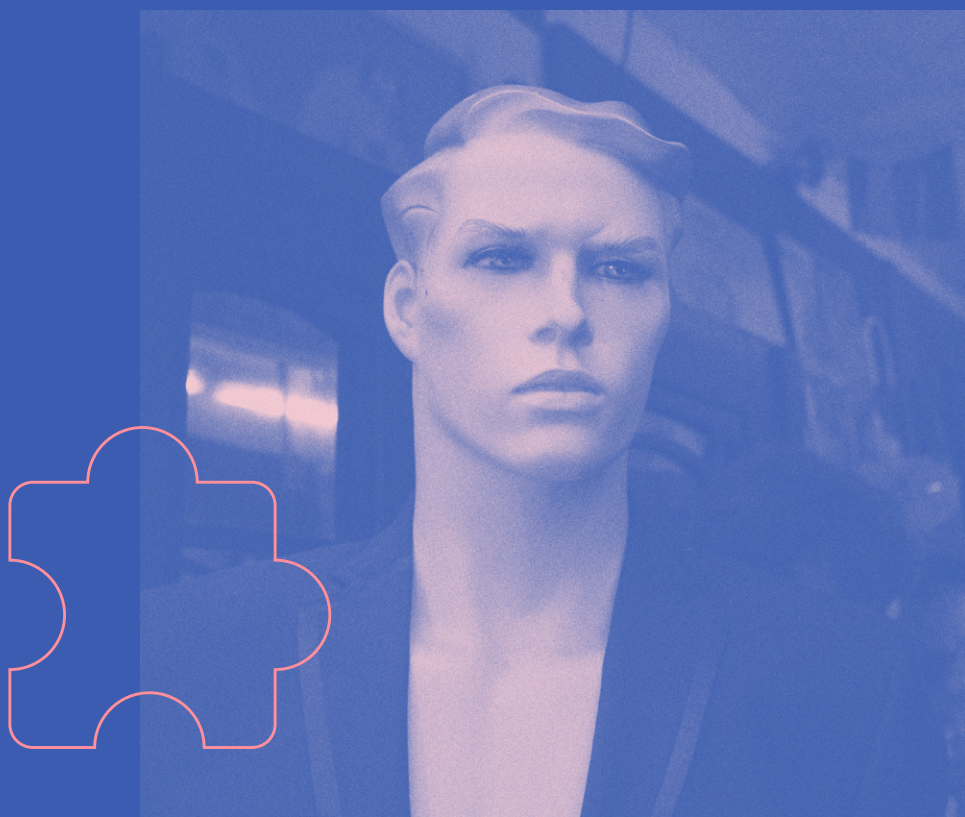
Los que resisten a estos cambios, por el contrario, suelen reaccionar recrudesciendo su misoginia y violencia y se aproximan a posturas antiderechos y fundamentalistas desde posiciones explícitamente antifeministas. De algún modo, atribuyen los malestares y las incomodidades que resultan de la pérdida de privilegios e impunidad de los varones, naturalizados en la cultura patriarcal, a los avances de las mujeres y las diversidades sexuales. En este plano, es importante insistir en que **los feminismos no buscan invertir las relaciones de dominación, ni hacerles a los varones lo que ellos históricamente les han hecho a las mujeres, sino construir relaciones de igualdad y reciprocidad en la diferencia.**

¿Qué estamos haciendo los varones para acompañar estas transformaciones en las relaciones de género?

¿Cómo construimos amistades sanas, vínculos libres de violencias y paternidades corresponsables?

¿Cómo interpelamos a nuestros amigos, padres, compañeros de trabajo?

¿De qué manera podemos revisar colectivamente nuestra masculinidad no solo en términos identitarios, sino también políticos?



Volviendo a las masculinidades emergentes, nos gusta pensarlas como expresiones de género más libres y diversas, menos sujetas a los mandatos y a las normas. Algunas de sus expresiones son performativas y se hacen visibles desde estéticas más “femeninas” o andróginas, a través de los cortes y colores de pelo, la indumentaria, el uso de maquillaje, las expresiones corporales disidentes, la apropiación de símbolos de las luchas feministas y LGBTINB+, la adopción de pronombres no masculinos y del lenguaje inclusivo, no sexista y no binario.

También podemos notar entre los jóvenes varones contemporáneos, aunque con una importante variabilidad según el contexto, que sus repertorios sexuales y afectivos se encuentran menos sujetos al mandato de la heterosexualidad obligatoria y monogámica, que se permiten explorar otros deseos y prácticas eróticas y sexuales y vínculos que desafían el guion del amor de novela, exclusivo y posesivo.

De manera incipiente, y fundamentalmente interpelados por sus pares mujeres, emergen procesos de problematización de las normas tradicionales de masculinidad entre varones. Existen en nuestro país, en la región y en el mundo diversas experiencias de colectivos, redes, organizaciones no gubernamentales e instituciones orientados al trabajo con y/o entre varones y masculinidades, con foco en la promoción de relaciones más igualitarias y libres de violencias.

► ¿CONOCÉS LA RED DE ESPACIOS DE MASCULINIDADES DE ARGENTINA?

Es una organización que reúne distintos espacios, colectivos y organizaciones que trabajan con varones y tiene como objetivos, entre otros:

- Promover la organización y articulación de los varones y masculinidades en los territorios.
- Incidir en la construcción de una agenda feminista de políticas públicas destinadas a masculinidades.
- Dialogar con el malestar masculino contemporáneo, construyendo discursos, mensajes, tonos, con potencialidad de llegada a los jóvenes varones “enojados” con los feminismos.
- Si querés saber más, en su [canal de Youtube](#) está disponible el documental del lanzamiento de la Red, desarrollado por el Instituto de Masculinidades y Cambio Social, Privilegiados y la Iniciativa Spotlight.

Todos estos cambios históricos y culturales provocan desorientación en una buena parte de los varones, que vemos cómo esa masculinidad que nos dijeron que debíamos encarnar para ser reconocidos como “hombres de verdad” se desmorona ante nuestros ojos. En este contexto, **no debemos apresurarnos a intentar sortear la desorientación y la incertidumbre ofreciendo un modelo de “nueva masculinidad”**. No está en nuestros ánimos promover nuevas normas ni prescripciones. Tampoco consideramos que la masculinidad deba ser en sí un proyecto al que aferrarse, defender y reivindicar. Si creemos, y a ello busca contribuir este material, que para reducir y erradicar las violencias machistas, y construir relaciones menos desiguales, resulta urgente y necesario promover masculinidades no sexistas. Masculinidades que no se arroguen posiciones jerárquicas ni naturalicen privilegios, que valoricen y promuevan la equidad, la reciprocidad y el consentimiento. Masculinidades libres y diversas que se reconozcan parte de una multiplicidad de expresiones sexo-género semejantes en la diferencia.

Si bien muchos varones comienzan a distanciarse del ideal de masculinidad que presentamos aquí, **sigue siendo una tarea pendiente revisar las relaciones de género y las prácticas y comportamientos que sostienen y actualizan la dominación de los varones sobre las mujeres y otras identidades y de ciertos varones sobre otros.**

En este camino, es necesario y urgente reconocer y promover otras maneras de ser varón, es decir, nuevos modelos que establezcan vínculos también nuevos y otras formas de ser padres, hijos y compañeros: “La identidad masculina puede construirse promoviendo acciones individuales que transforman lo cotidiano y también promoviendo políticas públicas que incorporen a los varones en el proceso de armado de un nuevo modelo de ‘ser varones’, que nos ayuden a construir relaciones más acordes con los cambios sociales, proponiendo un proyecto de identidad colectiva” (Sánchez, 2020).

Para eso, es fundamental que los varones se encuentren en espacios de reflexión compartida donde puedan expresar e intercambiar sus experiencias personales e impulsar cambios individuales y procesos de organización social y comunitaria que den lugar a la construcción de nuevas subjetividades masculinas libres de violencias.

12.

Recursos útiles

En los últimos años, tanto en el ámbito nacional como regional, se vienen desarrollando valiosas experiencias de organizaciones e instituciones que trabajan sobre la agenda de género y masculinidades promocionando cambios en las prácticas de los varones a partir del cuestionamiento de los estereotipos y mandatos, en pos de abonar a construir relaciones libres de desigualdades y violencias basadas en género. Algunas de ellas son:

CAMPAÑAS

- El Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Dirección de Masculinidades para la Igualdad, lanzó la campaña #SalgamosDistintos, con el objetivo de promover masculinidades inclusivas, libres de prejuicios, que no se constituyan a partir de la vulneración de otras personas. Disponible en <https://www.gba.gob.ar/mujeres/campanas/salgamosdistintos>.
- PNUD Argentina, Campaña del Lazo Blanco, Trama. Lazos para el Desarrollo. “Masculinidades Plurales. Reflexionar en clave de géneros”. Disponible en https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/womens_empowerment/masculinidades-plurales--reflexionar-en-clave-de-generos-.html.
- Campaña #AmigoDateCuenta, de la Iniciativa Spotlight Argentina. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=M1hkKfXdQn8&list=PLInX-2Be6686IMjdI6Wzo_wQI2bOoNomz6.

RECURSOS

- Mapa Federal de Experiencias con Varones y Masculinidades en Argentina. Disponible en <https://mevym.mingeneros.gob.ar/>.
- “Guía para construir masculinidades libres e igualitarias” de Grupo Fusa, Instituto MasCs y Amaze. Disponible en https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2022/07/GUI%CC%81A_Masculinidades-libes-e-igualitarias.pdf.

- Curso “Masculinidades Corresponsables. Promoviendo la participación de los varones en los trabajos de cuidados”. Disponible en <https://www.undp.org/es/argentina/curso-masculinidades-corresponsables>.
- Eldiario.es. *Micromachismos: ¿No te ha pasado que...?* Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=WVRKdakH6fw>.
- “Rebeldes de Género. Despatriarcando Masculinidades”. Dirección Nacional de Ordenación, Innovación y Calidad. Gobierno de Canarias. Disponible en https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoescuela/educarparalaigualdad/files/2021/03/rebeldes-de-geunero-3-masculinidades-2021_03_01.pdf.

INSTITUCIONES

- Instituto de Masculinidades y Cambio Social, Argentina <http://institutomascs.com.ar/>.
- Red de Espacios de Masculinidades Argentina <https://www.youtube.com/channel/UCtguCNJSR-j9yDdkHHR6aG6Q>.
- Instituto para el Desarrollo de Masculinidades Anti Hegemónicas, México <https://demachosahombres.com/>.
- Ilusión Viril, Chile <https://www.ilusionviril.org/>.
- MenEngage, alianza global de organizaciones dedicadas al trabajo con masculinidades y equidad de género <https://menengage.org/>.

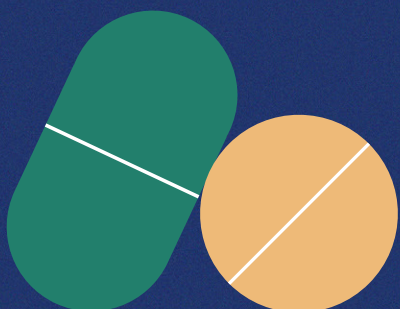
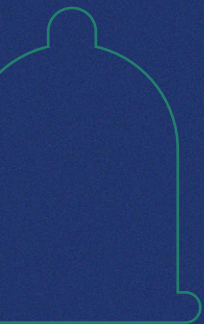
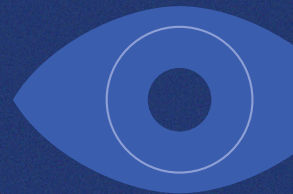
13.

Referencias

- Almanza Avendaño A. M.; Gómez San Luis Anel, H. (2017). “Masculinidades emergentes a través de la trayectoria del padecimiento: implicaciones para el cuidado de la salud de varones que viven con VIH”. *Universitas Psychologica*, 16 (2). Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750938022>.
- Ayres, J. R.; França Júnior, I.; Junqueira, G.; Saletti Filho, H. (2008). “El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”. En Czeresnia y De Freitas (Orgs.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Disponible en [El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud](#).
- Azpiazu, J. (2017). *Masculinidades y feminismo*. Barcelona: Ed. Virus. Disponible en <https://www.viruseditorial.net/paginas/pdf.php?pdf=masculinidades-y-feminismo.pdf>.
- Badinter, E. (1993). *XY. La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barzani, C. (2019). “Masculinidad gay”. *Revista Topía*. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/masculinidad-gay>.
- De Keijzer, B. (2013). “El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva”. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/EI%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>.
- Delor, F.; Hubert, M. (2000). “Revisiting the concept of ‘vulnerability’”. *Social Science & Medicine*, N° 50.
- Fabbri, L. (2021). “La masculinidad como proyecto político extractivista. Una propuesta de re-conceptualización”. En Fabbri, L. (Comp.), *La masculinidad incomodada*. Rosario: Homosapiens - Universidad Nacional de Rosario, pp. 27-44.
- Fabbri, L.; Chiodi, A.; Sánchez, A. (2019). “Varones y masculinidad(es). Herramientas pedagógicas para facilitar talleres con adolescentes y jóvenes”. Editado por el Instituto de Masculinidades y Cambio Social y la Iniciativa Spotlight. Buenos Aires. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1VsLOe-KKeZ2qQMjOqFDGfvkEQhEF1Xqz5/view>.
- Kimmel, M. (1997). “Homofobia, temor y vergüenza y silencio en la identidad masculina”. En Valdés, T. y Olavarría, J. (Eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres.
- Sánchez, A. (2020). “Varones y violencia de género”. Clase 1. Disponible en la [plataforma](#) virtual del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires.
- Tajer, D. (2017). “¿Qué quiere un hombre? Hacia una clínica de varones con perspectiva de género”. *Psicoanálisis Ayer y Hoy. Revista digital*, N° 16. Disponible en <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/que-quiere-un-hombre-hacia-una-clinica-de-varones-con-perspectiva-de-genero/>.
- UNESCO (2019). *Más allá de los números: poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar*. Disponible en <https://bit.ly/3kt36wq>.

Módulo 2

Masculinidades y salud integral



1.

Salud integral y determinantes sociales de la salud

La salud integral es el estado de bienestar físico, emocional y social de un individuo. Incorpora el conjunto de factores mentales, emocionales, espirituales que contribuyen al estado de equilibrio de la persona y recupera la importancia del medio social en el que las personas o grupos se desarrollan. Es decir que la salud también se relaciona con las condiciones materiales de la vida de las personas, con su identidad, sus deseos, vínculos, aspiraciones, preocupaciones, historias de vida y entorno.

El antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2003) propone pensar la salud como un proceso de **salud-enfermedad-atención** para poder comprender las distintas formas en que transitamos el dolor o sufrimiento, los tipos de acciones a realizar o la ayuda que recibir frente a un padecimiento. Estos procesos están sujetos a nuestro universo de creencias, valores y comportamientos sociales, así como también a nuestras condiciones materiales de vida.

Como parte de estos procesos, también se incluyen los procesos de “autoatención”, que se diferencian del concepto de autocuidado en que trascienden la esfera de lo individual y se inscriben en lo grupal y colectivo. Las familias o grupos conviven con episodios de enfermedades, padecimientos y/o problemas que afectan a la salud de uno a más de sus miembros y que encuentran solución o alivio a través de acciones de los propios miembros del grupo.

La autoatención incluye todas las tareas ligadas a esos padecimientos: diagnosticar, prevenir, evaluar la gravedad, ver la evolución, implementar los primeros tratamientos, decidir cuándo pedir ayuda a un profesional de la salud o articular con otros tipos de atención alternativa, los cuidados requeridos después de esas consultas, sostener el tratamiento, etc. Dentro de las familias se desarrollan saberes específicos en torno a esto y se establece una división del trabajo que asigna esos roles. En nuestras sociedades actuales, en general, son las mujeres quienes ocupan ese rol de cuidado.

Así, los varones no somos actores protagónicos en el cuidado de la salud comunitaria, colectiva, familiar, e incluso personal. Pero esto no nos afecta solo a nosotros, ya que cuando no cuidamos nuestra salud -ni la de otras personas- generalmente esas tareas de cuidado recaen en mujeres que, por hacerlo, pueden llegar a renunciar al cuidado de sí mismas y, así, empeorar su calidad de vida.

► LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen de las políticas adoptadas.

Los componentes básicos de los determinantes sociales de la salud incluyen:

- a) el contexto socioeconómico y político,
- b) los determinantes estructurales como el género, etnia y la clase social, que influyen en el acceso a la educación, a la salud y al empleo, y
- c) los determinantes intermedios: circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y biológicos.

Los modelos de masculinidad normativa que describimos en el módulo anterior enseñan que las conductas de cuidado y autoatención no son “cosa de hombres”. Por el contrario, las mujeres son socializadas para atender las necesidades ajenas. Así, los varones no somos actores protagónicos en el cuidado de la salud comunitaria, colectiva, familiar, e incluso personal. Pero esto no nos afecta solo a nosotros, ya que cuando no cuidamos nuestra salud -ni la de otras personas- generalmente esas tareas de cuidado recaen en mujeres que, por hacerlo, pueden llegar a renunciar al cuidado de sí mismas y, así, empeorar su calidad de vida.

Este modelo es reforzado -por acción u omisión- por el sistema de salud y sus efectores, cuyos mensajes preventivos, modos de atención y políticas se dirigen casi exclusivamente hacia las mujeres cishetero con capacidad de gestar o madres, como cuidadoras de la salud familiar y comunitaria, naturalizando la ausencia de los varones cis en cuestiones de salud y reforzando la feminización de los cuidados.

Incorporar una perspectiva de género en salud implica considerar cómo las asimetrías sociales entre varones y mujeres impactan en los procesos de salud-enfermedad-atención, incluyendo los procesos de autoatención. La perspectiva de género permite analizar las diferencias en la salud de hombres y mujeres, pero, además, **considerar los determinantes sociales de la salud nos permite analizar desigualdades al interior de cada grupo y explicar la mayor parte de las inequidades en salud.** Las asimetrías entre los géneros se articulan con otras diferencias entre las personas que también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades, como la edad, la etnia, la identidad de género, la clase social, que establecen distintas formas de percibir los problemas de salud, de búsqueda, acceso y atención en los servicios de salud, así como modos diferenciales de enfermar y de morir.

La distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural”. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Pongamos un ejemplo de determinantes sociales de la salud en las personas que viven con VIH. Violaciones de los derechos humanos tales como la pobreza, la desigualdad, el racismo y el sexismo están vinculadas a la falta de acceso a métodos de prevención, información y materiales apropiados, tratamiento y cuidados que conducen a la vulnerabilidad al VIH (Prosalus, 2012). Quienes viven en contextos de pobreza presentan mayores probabilidades de enfermar y fallecer más rápidamente debido a condiciones de nutrición y falta de acceso a cuidados de salud apropiados. Además, existen otros factores relacionados con aspectos sociales y económicos que intervienen en la adherencia al tratamiento en las personas que viven con VIH, como, por ejemplo, el analfabetismo o bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la distancia del centro de tratamiento, los costos elevados del transporte o de la medicación principal o secundaria, las situaciones ambientales, las creencias populares acerca de la enfermedad o de determinadas prácticas, otros aspectos socio-demográficos y otras situaciones, como la inseguridad, etc. (Osorio, Aguirre y Restrepo, 2018).

Todo influye en nuestro bienestar: dónde nacemos, cómo crecemos, vivimos y trabajamos, qué sistema de salud tenemos y qué políticas se adoptan desde nuestros países, así como desde el ámbito internacional. Incidir en estos determinantes con políticas públicas es imprescindible para garantizar el derecho a la salud.

2. Derecho a la salud

La salud es parte fundamental de los derechos humanos, reconocidos en diversos tratados internacionales e incorporados a nuestra Constitución Nacional desde 1994. Estos derechos son indivisibles e interdependientes; eso significa que no se puede garantizar la salud física sin garantizar la salud mental y social, o garantizar el tratamiento de la enfermedad y no garantizar su prevención. Por tanto, los Gobiernos deben crear las condiciones que les permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible y tomar medidas para alcanzar la satisfacción plena de todos los aspectos relacionados con la salud integral.

El derecho a la salud incluye cuatro elementos¹⁰:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas. La no discriminación, el acceso a la información y la accesibilidad física y económica (asequibilidad) hacen a esta accesibilidad.
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

La **Ley de Derechos del Paciente**¹¹, sancionada en el 2009, regula la relación profesional y/o de la institución de salud con las personas. Su espíritu es la protección integral de la salud desde el enfoque de derechos humanos. Esta ley reconoce a todas las personas los derechos de asistencia, el trato digno, la intimidad¹², la confidencialidad (deber ético y jurídico de guardar secreto profesional), la autonomía de la voluntad (aceptar o rechazar procedimientos médicos sin expresar el motivo) y la información sanitaria que las personas deben tener a la hora de llevar adelante un tratamiento (evolución, riesgos, complicaciones o secuelas, de manera clara y comprensible). A su vez, también garantiza la interconsulta médica (información sanitaria por escrito a fin de obtener una segunda opinión) y amplía el concepto de consentimiento informado¹³, exigiéndolo en todas las relaciones anteriormente descritas. En el caso de la prueba de VIH, el consentimiento informado deberá ser por escrito. Las personas pueden revocar el consentimiento dado o la decisión, en caso de haber rechazado el tratamiento.

Otro punto importante de esta norma es la definición de la historia clínica: “El documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”. La persona usuaria del sistema de salud es su titular y es obligación de la institución y/o profesional de la salud suministrar una copia en menos de 48 horas si ella o su familia la requieren.

10. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el 2000 una observación general sobre el derecho a la salud que incluye esos cuatro elementos.

11. Ley 26529 de Derechos del Paciente, disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/160000-164999/160432/norma.htm>.

12. De acuerdo al inciso c) del artículo 2 de la Ley de Derechos del Paciente, “toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles...”.

13. Indica que el consentimiento informado debe contener el estado de salud, propuesta de procedimiento, los beneficios que se esperan con el tratamiento, los efectos adversos que puede ocasionar y los riesgos, procedimientos alternativos, eventuales consecuencias ante la negativa de la persona a efectuar el tratamiento propuesto o su alternativa.

DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la **participación directa** en la toma de decisiones y a la **decisión sobre el cuidado de su propio cuerpo**. Se trata de derechos personalísimos y, por tanto, no pueden ser ejercidos por otra persona en nombre de los/as niños, niñas y adolescentes. En los casos en que se deben tomar decisiones que serán irreversibles, siempre se deberá seguir el procedimiento que garantice el respeto del interés superior de los/as niños, niñas y adolescentes y su participación significativa de acuerdo con su grado de desarrollo madurativo.

El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación¹⁴ establece que las/os adolescentes **a partir de 16 años tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta**. Cuando se trata de niños/as de hasta 13 años, brindan su consentimiento con asistencia de una persona adulta referente, considerándose el interés superior y su autonomía progresiva. En los casos de adolescentes de 13 a 16 años, tienen aptitud para decidir por sí mismos sobre toda práctica que no implique riesgo grave para su salud o su vida (práctica no invasiva).

Las prácticas invasivas son aquellas en que existe evidencia científica (demostrada con estudios clínicos y estadísticas sanitarias) que muestra una probabilidad considerable (alta) de riesgo o que se generarán secuelas físicas para niños, niñas y adolescentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).



14. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>.

3.

El impacto de los mandatos de la masculinidad en la salud de los varones

En América Latina, la expectativa de vida de los hombres es casi seis años menor que la de las mujeres, en virtud de los valores y prácticas asociados al género (OPS, 2019). El modelo de masculinidad normativa, que caracterizamos previamente, con frecuencia nos lleva a los varones a negar nuestros problemas de salud y a ocultar la vulnerabilidad, nos dificulta solicitar ayuda y nos conduce a minimizar o menospreciar medidas de cuidado de nosotros mismos y de las demás personas. No solo es preciso revertir la idea de que cuidar es “cosa de mujeres”, sino también comprender que el ejercicio activo del cuidado exige admitir que somos vulnerables y que nuestro cuerpo no es indestructible. Al relativizar o restar importancia a nuestros propios malestares, terminamos llegando a los servicios de salud cuando estamos al límite y el cuadro está más avanzado, lo que complica los tratamientos y agrava los pronósticos.

Hasta los diez años, varones y mujeres asisten al sistema de salud de igual manera. Esto se debe, por lo general, a los controles pediátricos. De allí en más las consultas de varones bajan de modo significativo. Luego vuelven a acudir en la adolescencia media o tardía, y, en una elevada proporción, ingresan a la guardia producto de lesiones intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por otros. A estas situaciones las denominamos causas externas y son, en su mayoría, los motivos de contacto de los varones adolescentes y adultos jóvenes con el sistema de salud. Asimismo, son las principales causas de muerte hasta los 50 años, edad a partir de la cual empiezan a prevalecer las cardiopatías, la diabetes o el accidente cerebrovascular, patologías relacionadas con las maneras en las que nos cuidamos o, mejor, no nos cuidamos durante nuestra vida (PNUD, 2022).

Para comprender la dinámica de salud de los varones y masculinidades es fundamental atender a la exposición al riesgo. Pero no como una decisión individual, sino como producto de pautas sociales de vinculación, de los modos en que nos relacionamos.

Exponernos a riesgos pareciera constituir uno de los modos básicos a través de los cuales buscamos satisfacer las expectativas en torno a lo que se supone que es ser un “verdadero varón”.

- Los factores de riesgo, como tabaco, alcohol y calidad de alimentación, presentan indicadores menos saludables entre los varones.
- Las prácticas preventivas, como tomar la presión arterial, medir la glucemia o el colesterol, son menos frecuentes en personas de menores ingresos y en los varones.
- Los varones sostienen prácticas que exponen a otras personas y a ellos mismos a contraer VIH y otras ITS.
- Se exponen a mayores riesgos por el uso menos frecuente de casco en moto, por manejar a alta velocidad, por demostrar que tienen mucha resistencia al alcohol u otras drogas o por involucrarse en situaciones de violencia callejera.
- Los varones sufren tres veces más lesiones no intencionales que las mujeres, se suicidan casi tres veces más y sufren cinco veces más lesiones por agresiones.

Fuente: Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2019)

Estos datos muestran que la construcción de las masculinidades tiene consecuencias para la salud de los varones. Pero, considerando una perspectiva de género relacional, podemos decir que los mandatos de masculinidad tienen consecuencias también para todas las personas que se vinculan con ellos.

“Cuando los varones se desresponsabilizan del cuidado de la salud sexual y reproductiva, ¿quiénes ponen el cuerpo en los embarazos no intencionales, en los abortos, las ITS? Cuando los varones se exponen a situaciones de riesgo, accidentes, traumatismos, ¿quiénes asumen su cuidado? Cuando los varones recurren a la violencia para compensar la impotencia viril que supone la pérdida de privilegios, ¿contra quiénes suelen ejercer dicha violencia? Si los varones son cuidados y no cuidadores, ¿quiénes cuidan a quienes los cuidan a ellos? ¿Cuáles son los efectos de la no implicación de los varones en el cuidado de la salud ajena?” (Fabbri, 2019).

Estas preguntas nos llevan a cuestionar los mandatos de la masculinidad y a reflexionar sobre las formas en las que nuestra falta de autocuidado impacta no solo en nuestras vidas, sino en la de las personas que nos rodean. Es por esto que **el cuidado es una cuestión de posicionamiento frente a los mandatos sobre la masculinidad y de las formas en las que nos responsabilizamos y apropiamos de nuestros cuerpos, de la salud y del bienestar.**

4.

Masculinidades y salud sexual y (no) reproductiva

Los varones y las masculinidades son los grandes ausentes en las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva. En este campo en particular, el discurso médico hegemónico ha privilegiado la salud reproductiva despojándola de toda relación con la sexualidad, reduciendo los procesos reproductivos a la supervivencia del recién nacido y a las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio, sin considerar el lugar de los varones en estos procesos ni en los relacionados con su sexualidad (Oppezzi y Ramírez, 2012). Es así que se observa un déficit en materia de oferta de servicios de salud sexual orientados a varones tanto como de estrategias orientadas a fomentar su demanda.

4.1. Impacto de los mandatos de la masculinidad en la salud sexual y (no) reproductiva de los varones cis y de quienes se relacionan con ellos

EL MANDATO DE PROCREADOR

El mandato de procreador y la heterosexualidad obligatoria nos generan la presión de tener que conquistar a muchas mujeres para ser un “verdadero varón”, lo que nos impide experimentar otras cosas o conectar con nuestro propio deseo. Esa presión de estar siempre sexualmente disponibles hace que nos cueste admitir cuando no queremos tener relaciones sexuales y preferir, muchas veces, hacerlo sin ganas ni placer, solo para no negarnos.

Este mandato tiene un impacto sobre las mujeres y feminidades, al dificultar la construcción del consentimiento: si el acto sexual y con penetración es uno de los modos en que se confirma nuestra masculinidad, entonces el no de una pareja sexual puede ser vivido como frustración, rechazo o puesta en jaque de nuestra virilidad.

Además, las presiones de rendimiento vinculadas a este mandato nos llevan al miedo a “fallar”, a sentir humillación si no logramos tener o mantener una erección y a forzarla consumiendo drogas que pueden afectar nuestra salud. En ese sentido, a lo largo del 2019 fueron vendidas 38 millones de unidades de la píldora conocida como viagra (sildenafil, tadalafil y vardenafil). Cabe destacar que el 30% de esos consumidores son menores de 21 años¹⁵.

► ¿SABÍAS QUÉ?

Existe una carencia de estudios epidemiológicos que den cuenta de la magnitud y relevancia del problema de la disfunción sexual eréctil. Sin embargo, este es uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en nuestro país, en varones mayores de 40 años (Oppezzi y Ramírez, 2012).

La falta de visibilidad de las disfunciones sexuales masculinas en el ámbito sanitario es, por un lado, debido a la disponibilidad de una solución química altamente difundida y de fácil acceso y, por el otro, consecuencia de la dificultad de los varones para reconocerlas como problema de salud y comunicarlas a los prestadores de servicios. Tratar los trastornos sexuales equivale a cuestionar la propia masculinidad, quienes los manifiestan se exponen a un estado de vulnerabilidad asociado a lo femenino. Sumado al discurso médico hegemónico, cuya concepción del cuerpo es meramente biológica y no toma en cuenta los aspectos sociales,

¹⁵. Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos. Disponible en <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/03/31/se-disparo-la-venta-de-la-pastilla-azul-en-argentina-por-la-cuarentena-2/>.

culturales ni de género, esto establece un silencio sobre el tema que suele resolverse con prescripción de medicación para lograr o mantener una erección, fomentando un imaginario que reduce la sexualidad y el placer masculino al coito con penetración (Oppezzi y Ramírez, 2012).

EL MANDATO DE NO COMUNICAR EMOCIONES

En los vínculos sexoafectivos, el mandato de no comunicar emociones puede llevarnos a represiones, angustias y silencios, así como a una falta de registro de las emociones de las otras personas, lo que nos puede conducir a sobrecargarlas con trabajo emocional.

De acuerdo con el trabajo de la socióloga norteamericana Arlie Russell Hochschild (1983), nos referimos a un trabajo emocional cada vez que alguien siente que su puesto le obliga a suprimir, enmascarar o alterar sus emociones. Es aquel que induce o suprime los sentimientos para, así, obtener un aspecto exterior que produzca el estado mental adecuado en los demás. Ella encontró que muchas mujeres desempeñan un trabajo emocional excesivo en su relación de pareja heterosexual a partir del agotamiento que le producen las tareas del hogar, la resistencia o excusas de sus parejas a hablar de sus sentimientos, la minimización de sus opiniones o sentimientos, la imposición de barreras psicológicas, etc.

EL MANDATO DE AUTOCENTRAMIENTO

El mandato de autocentramiento puede afectar los vínculos sexoafectivos, generar que nos ocupemos solo de nuestro propio placer y que no tengamos en cuenta la reciprocidad, tanto en lo físico como en lo emocional.

Así como existe la división sexual del trabajo, también existe la división sexual del deseo, así como existe la brecha salarial, también existe la brecha orgásmica. ¿Quién tiene derecho a desear activamente y quién debe mostrar pasividad? ¿Quién tiene la agencia para decidir cómo y cuándo tener relaciones sexuales? ¿Quiénes alcanzan el orgasmo en sus relaciones sexuales?

Los varones cishetero solemos tener más autonomía y mayores libertades sexuales que las mujeres. Mientras que nuestra cantidad de “levantes” demuestran virilidad, la iniciativa femenina genera sanciones morales: nosotros somos “ganadores” y ellas “fáciles”. Si bien, como mencionamos, recaen sobre nosotros presiones de heterosexualidad y rendimiento, nuestra sexualidad no es tan fuertemente disciplinada ni custodiada como la de las mujeres cis, tenemos más habilitada la masturbación, hablar públicamente de nuestra vida sexual (siempre que sea satisfactoria y/o normativa) y expresar enojo frente a la negativa de una pareja a mantener relaciones sexuales.

En una investigación (Archives of Sexual Behaviour, 2018) se encontró que los varones heterosexuales alcanzan el orgasmo en el 95% de sus relaciones, mientras que los varones gays en un 89%, las lesbianas en un 86% y las mujeres heterosexuales solo en el 65% de los casos. Cuando ellas se masturban alcanzan el orgasmo con la misma frecuencia que los varones. Por lo tanto, no hay algo físico que les impida a estas mujeres llegar al orgasmo.

¿Por qué decimos que la causa de la brecha orgásmica es la cultura machista?

- Porque centra el placer en la penetración (coitocentrismo)¹⁶ y relega a segundo plano otras prácticas sexuales (masturbación, caricias, oral, etc.).
- Porque sostiene la creencia de que la penetración pene-vagina es el punto de llegada deseado de cualquier encuentro sexual, cuando solo 1 de cada 5 mujeres llega al orgasmo de esa forma. De este modo, los encuentros sexuales giran en torno al placer masculino.
- Porque le resta importancia al placer femenino, desconoce e invisibiliza la sexualidad femenina y condena la autoexploración de las mujeres.

¿Hay reciprocidad en nuestras relaciones? ¿Estamos atentos al placer de la otra persona en una relación sexual o solo nos ocupamos de pasarla bien nosotros? ¿Nos preocupa más nuestra performance que disfrutar y hacer disfrutar?

Pero la reciprocidad no implica solo tener en cuenta el placer sexual de la otra persona, sino que también podemos pensar la reciprocidad en lo emocional. Esto no significa que tenemos que sentir lo mismo que siente la otra persona. Nos referimos a que en el patriarcado existe una expectativa de que las mujeres procuren a los varones ciertos bienes afectivos y emocionales como escucha activa, comprensión, reconocimiento, respeto y admiración. Estas son cosas que todas las personas necesitamos, lo injusto es que se planteen como una obligación de ellas hacia nosotros.

¿Consideramos las emociones de la otra persona? ¿Estamos atentos a sus sentimientos, heridas, debilidades, necesidades y deseos? ¿Cuánto de los mandatos de la masculinidad se pone en juego en nuestras formas de terminar un vínculo sexoafectivo? ¿Cómo reaccionamos cuando es la otra persona la que decide no seguirlo?

16. “El coitocentrismo no hace ningún tipo de distinción entre relaciones sexuales y coito, por lo que se entiende que cualquier otra práctica que no culmine en penetración no se considera “tener sexo” (Camacho Gavilán, 2020).

¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO?

El consentimiento implica una construcción recíproca donde se contemple el deseo y la decisión de quienes participan del encuentro, ya sea en encuentros casuales o parejas de muchos años, se trate de relaciones heterosexuales, homosexuales o bisexuales. El consentimiento no es solo “dar el sí”, como si se tratara de una relación asimétrica entre una persona en posición dominante que propone una práctica y alguien que “accede” a ella, sino que implica un diálogo para llegar a acuerdos sobre el qué, cómo, cuándo, con quién, entre otras cosas.

Cuando las mujeres dicen “no es no”, no se refieren solo a que los varones aceptemos su respuesta negativa, sino a la necesidad de sentir que hay un espacio para esa respuesta negativa, que tienen derecho a decir “no”, “así no”, “ahora no”, sin necesidad de justificaciones y sin miedo a las consecuencias. Como sostiene Tamara Tenenbaum (2020), “es necesario que haya un espacio social, político y discursivo para decir ‘no’, un espacio que vuelva ese ‘no’ algo posible, legítimo, decible, escuchable. Y ese espacio es un territorio que no viene dado, sino que hay que producirlo colectivamente”.

Los feminismos vienen empoderando a las mujeres y feminidades para que puedan expresar su voluntad y verbalizar el no, si no quieren, pero **es hora de que nosotros los varones, que fuimos educados para no mirar a la persona que tenemos enfrente, nos reeduquemos y aprendamos a registrar, a respetar la voluntad de la otra persona, a escuchar, a considerar su autonomía, su cuerpo y su deseo.**

El consentimiento sexual tiene que ser siempre:

Claro: es esencial que se pueda expresar con palabras. Si una persona dice que sí pero se muestra incómoda, se aleja, cruza los brazos, mira para abajo, es necesario parar. Es un sí, cuando está claro y se nota que alguien desea algo, porque dijo que sí y porque lo demuestra.

Libre: elegido de forma voluntaria, sin ningún tipo de presión ni manipulación. No es posible en vínculos con asimetrías marcadas de poder.

Afirmativo: expresado de forma positiva, explícita y concordante¹⁷, no hay circunstancia que permita presuponerlo.

Reversible: la persona puede retirarlo en cualquier momento sin sufrir consecuencias y sin dar justificaciones.

Específico: se da para una práctica concreta, no es extensible a cualquier otra. Un sí no significa sí a todo.

Consciente: si alguien está borracho/a, dormido/a o en situación vulnerable no está en condiciones de dar su consentimiento.

¹⁷ La excitación no concordante se da cuando la excitación genital (erección y lubricación) no coincide con la excitación subjetiva o mental (nuestro deseo, ganas o voluntad para mantener cualquier práctica erótica). Puede suceder que alguien quiera mantener relaciones sexuales pero que distintos factores (tiempo, estrés, causas orgánicas, etc.) hagan que la excitación genital no se produzca (no logre erección o no lubrique). O puede suceder la situación inversa: que el cuerpo tenga excitación genital pero que no tenga deseo (Cecilia Ce, disponible en [@lic.ceciliace](https://twitter.com/lic.ceciliace)).

LOS CUERPOS Y TIEMPOS DE LAS MUJERES, A NUESTRA DISPOSICIÓN

El dispositivo de masculinidad como proyecto político extractivista nos hace creer a los varones (especialmente a los cishetero) que los cuerpos, los tiempos y las sexualidades de las mujeres y feminidades deberían estar a nuestra disposición. Esto se puede traducir en cierta “comodidad” que hace que deleguemos el cuidado en las relaciones en nuestras parejas sexuales exponiéndonos y exponiéndolas al VIH y a otras ITS, que no nos informemos acerca de los métodos anticonceptivos y/o que ni nos planteemos hacernos la vasectomía en caso de no querer tener (más) hijos/as.

La vasectomía¹⁸ es un método anticonceptivo permanente quirúrgico, seguro y sencillo, que en Argentina forma parte del Programa Médico Obligatorio con cobertura total. Consiste en diferentes técnicas para ligar los llamados conductos deferentes con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal. Se realiza con anestesia local, en forma ambulatoria, y no suele durar más de 30 minutos. No modifica el aspecto, no afecta ni daña los testículos y no tiene efectos colaterales a largo plazo. Se sigue eyaculando semen, solo que no contiene espermatozoides, con lo cual no se produce el embarazo. Es importante usar otro método anticonceptivo durante los primeros tres meses luego de realizada la intervención, ya que la vasectomía comienza a ser efectiva luego de ese período. También es fundamental seguir usando preservativo, ya que no protege contra el VIH ni otras ITS. ¿La vasectomía es irreversible? Existe una cirugía llamada vaso-vasostomía que se utiliza para revertir la vasectomía, cuya efectividad es variable de acuerdo con el método utilizado y el tiempo que haya transcurrido entre ambas cirugías.

La creencia de que los cuerpos y las sexualidades de las mujeres o personas feminizadas deberían estar a nuestra disposición también puede dificultar la construcción del consentimiento, ya que un no de parte de una pareja sexual, por ejemplo, puede vivirse como un “derecho no garantizado” y ser una fuente de enojo que se traduzca en situaciones de imposiciones, abusos y violencia.

La violencia sexual es uno de los tipos específicos de violencia contra las mujeres, es un fenómeno amplio y complejo cuya forma más extrema es la violación¹⁹. Según Rita Segato (2010), diversos factores sociales como la precarización de la vida y las desigualdades económicas tensionan el cumplimiento de los mandatos de la masculinidad normativa, que nuclea en la idea de potencia, y llevan a una crisis existencial que trae aparejada la experiencia de una masculinidad fragilizada y puesta en duda. Esta autora piensa la violación como un crimen de poder y dominación, un recurso de afirmación y restauración de la masculinidad, para sentirse hombre y potente, que prueba ante otros que se merece el título de la hombría. En el acto de violación hay una libido dirigida no al deseo ni al cuerpo de la víctima, sino al poder. Funciona como un acto expresivo para probar la potencia a través de ese cuerpo, y exhibirla, demostrándole algo a alguien (a otro hombre) y al mundo, a través de ese otro hombre.

Según los datos del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC) del Ministerio de Seguridad de la Nación, en el período 2008-2018, se advierte un incremento del 57% en la cantidad de delitos de violencia sexual que fueron denunciados en el país. Este crecimiento se compone de un aumento del 23% en las violaciones sexuales y un 74% de incremento en las denuncias por otros delitos contra la integridad sexual. Las violaciones muestran mayor estabilidad estadística, en torno a los 3900 registros anuales, y alcanzan en 2018 su registro más alto. El 25% (1 de cada 4) de los hechos de violencia sexual denunciados corresponde a violaciones sexuales (Ministerio Público Fiscal, 2019).

▶ ¿SABÍAS QUÉ?

Se está visibilizando un nuevo fenómeno que se conoce como *stealth* o *stealth sex* y su significado viene de hacer algo sigilosamente, de manera oculta. Se trata de parejas ocasionales que deciden tener sexo consentidamente, pero en pleno acto sexual los varones se sacan el preservativo. Algunos lo hacen y obligan a sus parejas a seguir con el acto sexual. Otros lo hacen disimuladamente, con trucos y en la oscuridad, y la pareja sexual se entera después, cuando ve el preservativo vacío en el piso. Es una peligrosa nueva forma de agresión sexual que puede traer como consecuencia la transmisión del VIH y otras ITS, así como embarazos no intencionales.

18. Más información en <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/vasectomia>.

19. El concepto se debe interpretar en referencia a delitos sexuales con acceso carnal [artículo 119, inciso 3), del Código Penal de la Nación].

4.2. Embarazos no intencionales

Casi la mitad de todos los embarazos en el mundo, un total de 121 millones anuales, son no intencionales. Las mujeres y las niñas afectadas no pueden tomar decisiones sobre el propio cuerpo (UNFPA, 2022). En Argentina, las estadísticas señalan que 7 de cada 10 embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años no son intencionales. En las niñas y adolescentes menores de 15 años la cifra aumenta a 8 de cada 10 y la mayoría es consecuencia del delito de abuso sexual y violación, por eso se los distingue como embarazos forzados. Hoy, hay 5,3 nacimientos diarios de madres menores de 15 años en nuestro país (Dirección de Estadística e Información en Salud, 2019). En relación con la edad de quien resulta cogestante, la evidencia muestra que, a menor edad en la cual se presenta un embarazo, mayor es la diferencia etaria entre la niña o adolescente y el varón (Fainsod, 2021), lo cual también se vincula mayormente con la coerción y/o el delito de abuso sexual.

¿Qué situaciones operaron para que estas mujeres y niñas atravesaran situaciones en las cuales su decisión autónoma quedó obturada? A los estereotipos y mandatos de género que conducen a relaciones de coerción y/o violencia se les suman múltiples desigualdades materiales y subjetivas que inciden en la posibilidad de toma de decisiones autónomas sobre el propio cuerpo.

Cuando no se trata de situaciones de violencia, los embarazos no intencionales son resultado de relaciones sexuales sin adecuada protección: falla de los métodos anticonceptivos (por ejemplo, que se rompa el preservativo)²⁰, mal uso de estos, o directamente la falta de uso de algún método de protección.

En las situaciones de falta de uso de los métodos anticonceptivos, es importante hablar de la negociación de su uso, principalmente del preservativo, ya que el resto de los métodos quedan exclusivamente en manos de las mujeres, por lo que, en general, no implican negociación. En un estudio se comprobó que el uso de preservativo en las relaciones sexuales suele estar subordinado a la decisión masculina (Santana, Gomes y Ferreira, 2012). **En la negociación por su uso se disputan las posiciones de género y se pone en juego la superioridad masculina.** ¿Por qué a muchas

mujeres les cuesta tanto negociar su uso? ¿Por qué tantas otras lo tienen que pedir? ¿Qué características de la masculinidad normativa sostienen la negativa a su uso? “Por una vez no pasa nada”, “Dale, total acabo afuera”, “Pero qué, ¿no confías en mí?” son algunas de las frases-excusas que usamos cuando queremos imponer nuestra voluntad en este sentido.

Tal como mencionamos en el módulo 1, los varones nos creemos autosuficientes, impenetrables -también a nivel simbólico- y dueños de la verdad. Estos rasgos juegan un papel central a la hora de excusarnos para no utilizar el preservativo. ¿Por qué escucharíamos el deseo de alguien con quien no empatizamos y cuyo cuerpo está a nuestra disposición? Repensar las formas en que nos vinculamos (o no) desde el cuidado en las relaciones sexuales es un valioso aporte que podemos hacer los varones para vivir y permitir vivir una sexualidad segura, plena y placentera.

Por otro lado, en los casos en los que se da un embarazo, muchas veces aparece la desresponsabilización masculina. La idea de que las mujeres o personas gestantes son las principales responsables del embarazo y todo lo relacionado con la reproducción por el hecho de vivir esos procesos en sus cuerpos hace que veamos el embarazo como una experiencia ajena, nos cueste involucrarnos de manera activa y asumir nuestra responsabilidad en la reproducción. A su vez, el sistema de salud centra sus estrategias de planificación familiar y promoción de métodos anticonceptivos mayoritariamente en las mujeres.

El desafío es diseñar políticas públicas que fomenten la corresponsabilidad de género en este aspecto para que los varones seamos copartícipes en la toma de decisiones equitativas en la sexualidad. Es importante que empecemos a trabajar estos temas desde edades tempranas a través de la educación sexual integral, no solo para que nos sintamos parte y corresponsables de la prevención, sino para revertir las relaciones sociales de poder que producen y reproducen las situaciones de violencia.

²⁰. En ese caso debe usarse la pastilla de anticoncepción hormonal de emergencia. Más información en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sabes-que-es-la-anticoncepcion-de-emergencia>.

4.3. Abortos

El 24 de enero de 2021 entró en vigencia en Argentina la ley 27610 que amplió los derechos vinculados a la interrupción del embarazo. Esta ley es de aplicación obligatoria en todo el país, regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la atención posaborto de todas las personas con capacidad de gestar durante las primeras 14 semanas de gestación. Después de ese plazo, solo se puede acceder a la práctica por las causales contempladas en las legislaciones previas: cuando está en peligro la vida o la salud de la persona gestante y en caso de violación.

Así como frente a la situación de embarazos precoces la sociedad suele condenar a las niñas y no tener en cuenta a los cogestantes ni las condiciones en las que ocurrió ese embarazo, históricamente, la estigmatización y la criminalización por aborto y otros eventos obstétricos recayeron en las mujeres y personas gestantes. La responsabilidad de la persona que participó en la concepción no se suele tener en cuenta.

Del mismo modo en que debemos reconocer y aceptar que los varones cis compartimos responsabilidad y somos una parte fundamental del embarazo, aun cuando no tenga lugar en nuestros propios cuerpos, también es importante comprender que no podemos tomar decisiones sobre el cuerpo de la otra persona. El derecho a la paternidad no debe ni puede tener prioridad frente al derecho a decidir de las mujeres y personas gestantes sobre sus cuerpos y vidas.

Estamos ante la ocasión de ser solidarios, justos, atentos y amorosos, implicándonos y siendo parte junto a las mujeres y personas gestantes durante y luego de finalizado el proceso del aborto.

¿CÓMO PODEMOS ACTUAR FRENTE A UNA SITUACIÓN DE ABORTO?

Los varones cis tenemos mucho que hacer frente a una situación de aborto. Podemos formar parte del proceso de toma de la decisión, siempre basándonos en los principios de la igualdad y del respeto a los derechos humanos. Cualquier decisión que se tome, tendríamos que respaldarla sin presionar, abandonar o violentar a nuestras compañeras.

Nos podemos hacer estas preguntas para reflexionar sobre cómo participamos:

- ¿Estamos generando conflicto, presión o miedo con alguna de nuestras actitudes?
- ¿Estamos siendo receptivos y poniendo atención a sus necesidades y deseos?

- ¿Somos capaces de expresar nuestras opiniones y sentimientos de manera clara, respetuosa y sin violencia?
- ¿Nuestra actitud y presencia es igualitaria y respetuosa de los derechos humanos o estamos siendo imponentes y dominantes?

Fuente: Balance y Fondo María (2014)

¿QUÉ MÁS PODEMOS HACER?

- Participar activamente en el proceso de buscar información, orientación y servicios para realizar un aborto seguro.
- Nos podemos involucrar no solo en los apoyos financieros o logísticos necesarios, sino sobre todo emocionalmente con una presencia comprometida, igualitaria y amorosa, haciendo de ese vínculo un espacio de cuidado y apoyo mutuo.
- Estar atentos a los cambios físicos y emocionales de quien interrumpió su embarazo después del procedimiento.
- Tener a mano un teléfono del efector de salud que les atendió para llamar en caso de cualquier señal de alerta.
- Tener en cuenta que es importante no tener relaciones sexuales vaginales por lo menos dos semanas después del procedimiento para evitar una posible infección u otro embarazo.

Es un buen momento para que nos hagamos más responsables sobre nuestras posibilidades reproductivas y nos informemos sobre los métodos anticonceptivos disponibles. **Es muy importante que los varones cis hablemos más sobre el aborto, sobre nuestras propias responsabilidades y omisiones en la prevención de los embarazos no deseados y sobre las desigualdades en el ejercicio de la sexualidad.**

No existe un registro sobre cuántos varones trans, personas no binarias y transmasculinas han abortado. Probablemente no lo cuenten e incluso nieguen su identidad de género al practicarse un aborto por miedo a enfrentar todos los prejuicios que hay sobre ellos y evitar profundizar el maltrato. Los varones trans suelen ser invisibilizados en esta temática; los registros e investigaciones en relación con el tema solo se aplican a mujeres cisgénero. Sin embargo, como apunta Blas Radi: “En el mundo hay varones trans que quieren gestar. Hay varones trans que tienen interés en congelar óvulos para ser inseminados. Hay varones trans que mantienen prácticas sexuales de las que puede resultar un embarazo. Y también podría tratarse de un embarazo no deseado”²¹.

21. Citado en González, G. (2019). “La marea verde también es trans”. *Distintas latitudes*. Disponible en <https://distintaslatitudes.net/historias/reportaje/aborto-hombres-trans>.

5.

Masculinidades y salud mental

Los mandatos de la masculinidad también pueden afectar nuestra salud mental. Por ejemplo, algunos estudios describen cómo asumir el rol de proveedor principal en el ámbito familiar podría tener un efecto negativo sobre la salud mental en caso de tener que enfrentar una situación de pérdida de empleo (Marcos-Marcos *et al.*, 2020). Las pautas que guían la masculinidad normativa pueden convertirse, además, en un impedimento para que los varones pidamos ayuda por problemas psicológicos y para que nos comprometamos con los servicios terapéuticos, incrementando aún más la gravedad de los problemas. Aquellos que adhieren más estrechamente a esas pautas, a ese deber ser, tienen menos chances de contar sus problemas a otras personas o de ir en busca de alguna clase de ayuda. Solo lo hacen cuando viven una crisis o cuando se lo solicitan sus seres queridos, especialmente mujeres.

Los varones somos particularmente sensibles a las marcas negativas asociadas a los problemas de salud mental, ya que no estamos dispuestos a mostrar que podemos ser frágiles, vulnerables, sobre todo frente a otros varones. Asimismo, nos cuesta más identificar y admitir emociones como la tristeza, el temor o la angustia y, a causa de eso, asumimos conductas de riesgo, con consecuencias muy serias, como el abuso del alcohol y otras drogas y el ejercicio de la violencia. Estas situaciones tienen un impacto aún mayor en aquellos que experimentan desventajas socioeconómicas, discriminación o marginación.

Por ejemplo, pese a las conquistas del colectivo LGB-TINB+ en materia de derechos humanos, las personas cuyas identidades se encuentran por fuera de la norma siguen sufriendo discriminación y rechazo. Llamamos a estas conductas homofobia o transfobia, porque no son producto de la fobia o el miedo, sino de un conjunto de aprendizajes construidos socialmente que le producen a este colectivo padecimiento psíquico y físico.

5.1. ¿Existe relación entre los consumos de sustancias y el cumplimiento de los mandatos de la masculinidad?

La aceptación del riesgo es una actitud que se cultiva en los varones desde pequeños. De esa forma, se considera el consumo de cierto tipo de sustancias y en determinados contextos como una actividad propia de los varones. Por el contrario, el mismo consumo en las mujeres puede ser considerado como una desviación de lo que se espera de ellas, ya que fueron criadas en la idea de un cuerpo vulnerable que debe ser objeto de cuidado, al mismo tiempo que se las ubica como responsables de cuidar a los demás.

Las investigaciones sobre consumos y género observan que el uso de drogas les permite a los varones poner en acto la virilidad, demostrar su falta de temor en situaciones de peligro, la confianza en la resistencia de su cuerpo y la despreocupación por su salud (Camarotti, Jones y Dulbeco, 2020).

En la misma línea, un estudio sobre “la cultura del aguante” (Alabarces y Garriga Zucal, 2008) en hinchadas de fútbol mostró que el cuerpo del hincha se define según la resistencia que pueda demostrar: “hombre” es el que resiste. Los que se emborrachan bebiendo poco son considerados “blanditos”, que no tienen “aguante”. Estos se distinguen de los “hombres verdaderos”, los que pueden consumir grandes cantidades de bebidas alcohólicas sin “arruinarse”. El aguante está asociado a un cuerpo grande, con cicatrices, resistente al dolor y a los abusos de las drogas o bebidas alcohólicas. El aguante también implica un nosotros, genera pertenencia al grupo.

Así, el alcohol ocupa un lugar fundamental en la formación y cohesión de grupos organizados por valores viriles, a tal punto que no participar de estas prácticas se percibe como una falta de coraje.

Si el consumo de drogas no supusiera un medio ideal para demostrar virilidad u ocultar vulnerabilidad, ¿sería más equilibrado el consumo de mujeres y varones? Se constató que, cuando las drogas no presentan estas características, las mujeres aventajan a los hombres en su consumo, como es el caso de los psicofármacos (Farapi, 2009).

¿LOS VARONES CONSUMEN MÁS?

Las estadísticas en Argentina indican que los varones se inician antes en el consumo de alcohol y otras drogas y consumen más, en comparación con las mujeres.

- El consumo de alcohol episódico excesivo es 5 veces mayor en los jóvenes que en los adultos y el triple en varones respecto de las mujeres.
- La prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo²² en población de 18 años y más es de 8,4%, y es mayor en varones (10,8%) que en mujeres (6,3%).
- El 65,7% de las/os adolescentes consumieron alcohol antes de los 14 años (62,4% mujeres - 69,2% varones).
- El 38,6% de las/os adolescentes consumieron otras drogas antes de los 14 años (34,4% mujeres - 42% varones).
- El consumo de marihuana en el 2017 fue más elevado en varones (7,8%) que en mujeres (3,3%).
- El consumo de cocaína en el 2017 fue más elevado en varones (1,0%) que en mujeres (0,4%).

Fuentes: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018), Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2019), Sedronar (2017)

¿PARA QUÉ CONSUMEN LOS VARONES?

Los consumos son una práctica social que muchas veces no está en el centro, sino que es funcional a otra cosa. Como vimos, demostrar virilidad y pertenecer al grupo de pares son solo algunas de las motivaciones para usar drogas que se asocian a seguir el guion normativo de la masculinidad.

Numerosos estudios también relacionan el uso de sustancias con la posibilidad de luchar contra las desestabilizaciones psíquicas provocadas por los requerimientos del trabajo. Como investigaron Dejours y Gernet (2014), **los trabajadores despliegan “estrategias colectivas de defensa” para aliviar la insatisfacción y el miedo y para aguantar**. Estos consumos cumplen una función defensiva para anestesiar el sufrimiento y afrontar situaciones con riesgos importantes de accidentes, por ejemplo, la ingesta de alcohol en ámbitos obreros. Las funciones ansiolíticas de esta sustancia, como el aletargamiento del pensamiento y la neutralización del miedo, apuntan a calmar la angustia y al control simbólico del riesgo.

► En Argentina, el 73% de todos los accidentes laborales registrados en el primer trimestre del 2020 corresponde a varones.

Fuente: Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2020)

También existen prácticas de *doping* (consumos múltiples y variados) que están ligadas al mandato de rendimiento, a garantizar la eficacia y “estar a la altura” de enfrentar obligaciones profesionales. Estos consumos se suelen dar en empresarios o deportistas, se realizan en soledad y generan vergüenza y culpabilidad.

A su vez, el alcohol y algunas otras drogas tienen una función desinhibitoria que también está asociada a las prácticas sexuales. Especialmente en los jóvenes, se suelen utilizar para desinhibirse, soltarse y animarse a seducir a otra persona. Con relación a la sexualidad, también es frecuente el uso de la píldora conocida como viagra, asociada al mandato de rendimiento y virilidad.

22. El consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días.

5.2. ¿Existe relación entre algunas causas de suicidio y las obligaciones que impone el guion normativo de la masculinidad?

La problemática del suicidio es una de las múltiples manifestaciones de la violencia, en tanto “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo” (Argentina Presidencia, 2022). Ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona; el comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales (OMS/OPS, 2014).

El mayor porcentaje de intentos graves y suicidios consumados corresponde al género masculino: del total de 3322 muertes por suicidio registradas en el 2018, el 81% corresponde a varones. En adolescentes de 10 a 19 años, el suicidio es la segunda causa de defunción. El 70% son varones. Y en la población joven de 20 a 24 años, el 84,5% de las personas que se suicidan son varones (Dirección de Estadística e Información en Salud, 2019).

Diversos estudios sobre la relación entre las formas de vivir la sexualidad y la salud mental muestran el papel coercitivo que tienen los discursos y las prácticas sustentadas en la organización social patriarcal (Barroso Martínez, 2019).

La imposibilidad de los varones de cumplir con la función de proveedores y el sentimiento de desamparo al que nos enfrentamos cuando somos cuestionados por pedir ayuda o demostrar nuestras emociones son factores que podrían influir en la conducta suicida.

A esto se le suma nuestra escasa interacción con el sistema de salud, el cual tampoco diseña políticas o estrategias para promocionar específicamente el cuidado de los varones.

Si bien existen mayores intentos de suicidio en las mujeres, la concreción del suicidio es mayor entre los varones, quienes buscan métodos considerados más violentos o letales (sobrevivir al intento de suicidio sería otro fracaso para su masculinidad) y dan menos señales previas, por lo que las determinaciones parecieran ser más abruptas (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Asimismo, el modelo binario de género excluye la asunción de orientaciones e identidades sexuales diversas, lo que ubica a la población LGBTINB+ en una situación más vulnerable. Estas poblaciones han mostrado una destacada prevalencia en esta problemática al verse afectadas por el estigma y la discriminación, expuestas a un entorno social hostil caracterizado por el rechazo y la exclusión (Argentina Presidencia, 2022).

- ▶ En la medida en que los varones podamos asumir mayor compromiso y responsabilidad en el reconocimiento de nuestras emociones, sentimientos y problemáticas de salud mental (ansiedad, ataques de pánico, depresión, consumos), podremos pedir ayuda a tiempo, hacer uso de los servicios de salud y prevenir agravamientos de nuestra salud psíquica en conjunto. Para ello, podemos empezar por aceptar que no podemos solos, que no somos omnipotentes ni infalibles, lo que mejorará nuestra calidad de vida y la de las personas con quienes nos vinculamos.

6.

Recursos útiles

BUENAS PRÁCTICAS

- [Política Nacional de Atención Integral de la Salud del Hombre de Brasil](#). La Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre tiene como directriz promover acciones de salud que contribuyan significativamente a la comprensión de la singular realidad masculina en sus diversos contextos socioculturales y político-económicos, respetando los diferentes niveles de desarrollo y organización de los sistemas locales de salud y tipos de administración de los estados y municipios.
- [Estrategia de asesorías en salud integral en las escuelas en Argentina](#). Las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias constituyen un dispositivo específico de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y problemas cotidianos de los y las adolescentes vinculados/as a la salud integral.
- En septiembre de 2022, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina creó el [Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio](#) (resolución 1717/2022) bajo la órbita de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, de la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos, dependiente de la Secretaría de Calidad en Salud. Se propone fortalecer la red de atención y la calidad de los registros sobre los casos consumados y los intentos, como así también implementar estrategias intersectoriales de prevención, asistencia y posvención.

INFORMACIÓN Y RECURSOS

- La **Línea 144** brinda atención, contención y asesoramiento en situaciones de violencia de género. Podés comunicarte de manera gratuita las 24 horas, los 365 días, a través de un llamado al 144, por WhatsApp al 1127716463, por *e-mail* a linea144@mingeneros.gob.ar y descargando la [app](#). Es importante que sepas que no se trata de una línea de emergencia. Para casos de riesgo, comunicate con el 911.



► La **Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir** está compuesta por más de 700 equipos de salud que acompañan y realizan interrupciones de embarazo seguras, en todo el país.

- Si necesitás acceder a un aborto, en este buscador encontrarás a los equipos y profesionales de la salud más cercanos a tu localidad: <http://redsaluddecidir.org/donde-encontrarnos/>.
- Mapa de los centros de salud y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires donde podés acceder a un aborto: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/>.
- La **Línea Hablemos** es una línea telefónica de primera escucha y derivación para varones que ejercen o han ejercido violencias por razones de género, atendida por un equipo de psicólogas y psicólogos. Forma parte de las estrategias de abordaje integral de las violencias por razones de género que se despliegan desde la Dirección de Promoción de Masculinidades para la Igualdad de la provincia de Buenos Aires. Podés llamar al 221-602-4003, de lunes a viernes, de 9 a 17, desde cualquier lugar de la provincia de Buenos Aires y tu consulta es confidencial. Para más información, escribí a masculinidadespba@gmail.com.



@minmujerespba

- **Línea 141 de la Secretaría de Drogas de la Nación Argentina -Sedronar-**. Ofrece orientación en adicciones de forma anónima y gratuita. Funciona las 24 horas, los 365 días del año. Si vos o alguien de tu entorno está atravesando una situación de consumo problemático, también podés solicitar ayuda en los espacios de prevención y tratamiento que ofrece la Sedronar en tu barrio. Podés acercarte a cualquier espacio ubicado en cercanías a tu localidad. Encontralo en [este mapa](#).
- **Hablemos de todo** es un programa del Instituto Nacional de Juventudes de Argentina dirigido a adolescentes y jóvenes. Web: <https://www.hablemosdetodo.gob.ar/>; Instagram: [@hablemosdetodok](#).
- La asociación civil **Intercambios** es una organización dedicada al estudio y la atención de problemas relacionados con las drogas. En su página web, ofrece información y materiales descargables y servicios para escuelas, empresas, organizaciones no gubernamentales e instituciones de salud.
- **Información general y materiales de prevención** sobre salud mental y adicciones en Argentina en <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones>.
- **Centro de Asistencia al Suicida**: línea 135 y <https://www.asistenciaalsuicida.org.ar/>.
- Línea de atención telefónica nacional de salud mental **0-800-999-0091**. Funciona los 365 días del año, las 24 horas. Forma parte de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental. Es atendida por profesionales de la salud mental, desde la singularidad y situación de cada usuario, apoyando y fortaleciendo los dispositivos existentes en las distintas jurisdicciones de Argentina.

7.

Referencias

- Alabarces, P.; Garriga Zucal, J. (2008). “El ‘aguante’: una identidad corporal y popular”. *Intersecciones en Antropología*, 9, pp. 275-289. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1795/179514533020.pdf>.
- Archives of Sexual Behaviour (2018). “Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample”. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28213723/>.
- Argentina Presidencia (2022). “Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones”. Mesa de trabajo intersectorial. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-intersectorial-del-suicidio-y-de-las-autolesiones>.
- Balance y Fondo María (2014). *Ella decide, yo respaldo y estoy presente*. Ilpas México. Disponible en https://www.fondomaria.org/sites/default/files/recursos/ella_decide_yo_respaldo_y_estoy_presente_0.pdf.
- Barroso Martínez, A. (2019). “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 39(135), pp. 51-66.
- Camacho Gavilán, M. (2020). “Desmontando el coitocentrismo”. *PeriFéricas*. Disponible en <https://perifericas.es/blogs/blog/desmontando-el-coitocentrismo>.
- Camarotti, A.; Jones, D.; Dulbeco, P. (2020). “El impacto de los tratamientos en los modelos de masculinidad de varones con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. *Revista Española de Drogodependencias*, 45, 2. Disponible en https://www.aesed.com/upload/files/v45n2_4_camarotti_etal.pdf.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”. OMS. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>.
- Dejours, C.; Gernet, I. (2014). *Psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2019). Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>.
- Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales resultados. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo-2019-principales-resultados.pdf>.
- Fabbri, L. (2019). “Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas”. En *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón. Disponible en https://tintalimon.com.ar/public/p9bohsqtgi5hdctcg4cssqrk9ivt/pdf_978-987-3687-58-7.pdf.
- Fainsod, P. (2021). “Embarazos no intencionales en niñas y adolescentes en las escuelas: propuestas para sus abordajes desde la ESI”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL006798.pdf>.
- Farapi, S. L. (2009). *Drogas y género*. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Disponible en https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3_drogas_y_genero-1.pdf.
- Hochschild, A. (1983). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz Barpal Editores SL.
- Marcos-Marcos, J.; Mateos, J. T.; Gasch-Gallén, Á.; Álvarez-Dardet, C. (2020). “El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos”. *Salud Colectiva*, vol. 16. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2246/1575>.

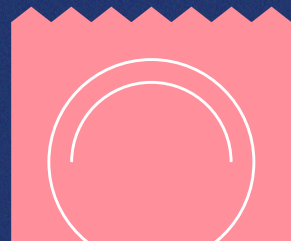
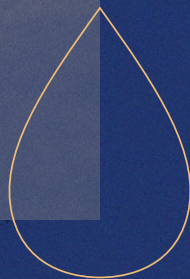
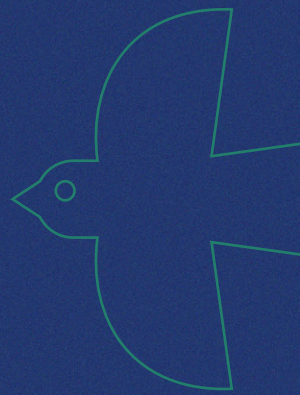
- Menéndez, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, N° 1, pp. 185-207. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). “Construcción de las masculinidades y su relación con la salud integral. Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina”. Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/cuadernillo-construccion-masculinidades-relacion-salud-integral.pdf.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). “Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud”, 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). “Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud”. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resumen ejecutivo total nacional. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/encuesta-mundial-salud-escolar-2018.pdf>.
- Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017). *La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. Disponible en https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/09/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf.
- Ministerio Público Fiscal (2019). “Relevamiento de fuentes secundarias de datos sobre violencia sexual a nivel país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Unidad Fiscal Especializada en Violencia contra las Mujeres. Disponible en https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2019/10/Informe_UFEM.pdf.
- Observatorio Argentino de Drogas (2020). “Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19”. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_estudio_aspo_eje_1_informe_final_0.pdf.
- OMS (2020). “Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men’s mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region”. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332974>.
- Opezzi, M.; Ramírez, C. (2012). “Los varones en las políticas de salud: ¿cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la provincia de Neuquén, Argentina”. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), pp. 142-176. Disponible en <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/139>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS (2014). “Prevención del suicidio: un imperativo global”. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>.
- OPS (2019). “Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen”. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>.
- Osorio, E.; Aguirre, D.; Restrepo, J. (2018). “Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia”. *Saúde e Sociedade*, vol. 27, N° 3, pp. 944-956. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/4062/406264029025/html/>.
- PNUD Argentina (2022). “Masculinidades Corresponsables. Promoviendo la participación de los varones en los trabajos de cuidados”. Disponible en <https://www.undp.org/es/argentina/curso-masculinidades-corresponsables>.
- Prosalus (2012). “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria”. Disponible en <https://www.prosalus.es/eu/node/354>.
- Santana, J.; Gomes, R.; Ferreira, E. (2012). “Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção de HIV/SIDA”. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17 (2). Disponible en <https://www.scielo.br/j/csc/a/34jmLZp6M-G6z8yb43G4v5zm/>.
- Sedronar (2017). “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas”. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017_estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas resultados_sobre_la_poblacion_femenina.pdf.

- Segato, R. L. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Madrid: Prometeo Libros.
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2020). “Informe provisorio de accidentabilidad laboral. 1º trimestre de 2020”. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_provisorio_de_accidentabilidad_laboral_-_1er_trimestre_2020_0.pdf.
- Tenenbaum, T. (2020). *El fin del Amor. Querer y coger*. Buenos Aires: Ariel.
- UNFPA (2022). “Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales”. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES_SWP22%20report_0.pdf.



Módulo 3

Masculinidades y VIH



1.

Lo que tenés que saber del VIH

El VIH es un virus que afecta a las células encargadas de protegernos de las enfermedades. El sida es la etapa avanzada de la infección causada por el VIH, por eso tener VIH no es lo mismo que tener sida.

EL VIH PUEDE TRANSMITIRSE:



Por mantener relaciones sexuales sin preservativo.



De una madre a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia, si no está haciendo tratamiento antirretroviral.



A través de un contacto sanguíneo.

EL VIH NO SE TRANSMITE:



Por besar, abrazar, ni en las relaciones sexuales en las que se usa correctamente el preservativo.



Por compartir vasos, cubiertos, el mate, intercambiar ropa, usar el mismo baño, la cama o la pileta.



No lo transmiten los mosquitos, tampoco el sudor o las lágrimas.



Por mantener relaciones sexuales con una persona con carga viral indetectable.

Con los tratamientos actuales, el VIH puede convertirse en una infección crónica. La atención y el tratamiento son gratuitos en hospitales públicos y sin costo adicional en obras sociales y prepagas.

La única manera de saber si tenés VIH es haciéndote el test. Es importante hacerte el test porque, si te da negativo y seguís teniendo prácticas de riesgo, el equipo de salud puede ofrecerte métodos preventivos

que se ajusten a tus necesidades. Y si te da positivo, podés empezar a controlarte con un médico y evaluar el momento oportuno para comenzar el tratamiento. ¡Siempre es mejor saber! El virus puede tardar muchos años en presentar síntomas, cuanto antes te enterás, más rápido tenés la posibilidad de comenzar el tratamiento y así disminuir el daño inmunológico al mínimo.

El test de VIH es gratuito, voluntario y confidencial, y debe ir acompañado de un asesoramiento previo y posterior para la persona que se lo realiza por parte del personal de salud. Es un análisis como cualquier otro, para hacer el estudio se necesita tomar una muestra de tu sangre. Actualmente en nuestro país se ofrece un test rápido, que solo necesita una gota de sangre que se obtiene pinchando el dedo y en 20 minutos tenés el resultado. No es requisito presentar documento de identidad, orden médica ni ningún otro tipo de documentación para realizarse la prueba.

Si el resultado da no reactivo (es decir, negativo), no estás infectado/a. Es importante que pienses si pudiste haber estado expuesto/a al VIH en el mes previo al test, ya que en ese caso podrías encontrarte en el **período ventana** y deberías repetir la prueba.

Si el resultado es reactivo, hay que repetir el análisis para confirmarlo y saber si es positivo.

► El período ventana es el tiempo que transcurre desde que el virus entra al cuerpo hasta que el test es capaz de detectarlo. Durante este período, que puede ser de hasta un mes, el resultado puede darte negativo aunque tengas VIH.

Recordá que hacerte el test es un derecho, nunca una obligación ni condición para el ingreso a un trabajo, el acceso al estudio, la atención médica, la realización de una operación o un examen prenupcial. Por eso tenés que firmar un consentimiento informado en donde confirmás que lo querés hacer. Tampoco es necesario ser mayor de edad para hacértelo.

INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE

Se habla de indetectable cuando, a partir de una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral, se logra evitar la replicación del virus y se disminuye su cantidad en sangre hasta niveles que no pueden ser detectados por análisis convencionales. Alcanzar ese estado no significa haber eliminado el virus. Cuando una persona con VIH en tratamiento mantiene una carga viral indetectable durante al menos seis meses, no existe posibilidad de transmisión del virus por vía sexual.

LAS PERSONAS CON VIH TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS²³:

- Acceso a los estudios de carga viral y CD4.
- Recibir atención integral de su salud y asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica).
- Pedir toda la información que necesiten antes de decidir un tratamiento.
- Acceso universal al tratamiento para el VIH y los estudios de seguimiento.
- Que siempre se respeten sus decisiones.
- Un trato libre de discriminación, estigma y criminalización.
- Pensiones no contributivas de carácter vitalicio para quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad social.

► Algunos datos de VIH en nuestro país

5.300 nuevos diagnósticos de VIH al año en Argentina.

2,4 varones son diagnosticados por cada mujer con el virus.

Los diagnósticos en los varones llegan en una **etapa avanzada de la infección**, en mayor proporción que en el caso de las mujeres.

2x los varones mueren el doble que las mujeres por sida (tasa de mortalidad c/100.000 habitantes. Mujeres: 1,8; varones: 3,8. 2019).

64% del total de notificaciones de 2019-2021 corresponde a **varones cis infectados durante prácticas desprotegidas con otros varones.**

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Boletín oficial de VIH en Argentina (2022)

23. Ver “Anexo: marco normativo”, al final del módulo.

2.

Estrategias de prevención combinada

Las estrategias de prevención combinada son un conjunto de intervenciones que, articuladas entre sí, tienen como objetivo garantizar el acceso integral de la atención y la prevención del VIH, como también aportar a la transformación de prácticas político-estructurales en la sociedad. En ese sentido, las estrategias están organizadas en tres componentes claves: comportamental, biomédico y estructural, que deben ser implementados en los distintos niveles institucionales, de forma complementaria para dar una respuesta integral en las intervenciones de respuesta al VIH (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

LOS COMPONENTES COMPORTAMENTALES SON:

- **Educación sexual integral:** la sanción de la ley 26150 en Argentina institucionalizó el derecho de niños, niñas y adolescentes, en todos los niveles educativos formales, a contar con información que facilite el aprendizaje sobre la salud sexual, la sexualidad y el cuidado del cuerpo desde una perspectiva integral. Se busca derribar estigmas y mitos vinculados al VIH, fortalecer las formas de cuidado, prevención y tratamiento que den respuesta al VIH.
- **Campañas comunicacionales de prevención:** se entiende que gran parte de los estigmas construidos en torno al VIH tienen que ver con la falta de información y sensibilización de la población en general. En este sentido, se promueve la realización de campañas y productos comunicacionales que pongan en tensión los prejuicios y preconceptos que causan discriminación.
- **Estrategias de accesibilidad al sistema de salud:** la vinculación con los servicios de salud debe ser promovida, tanto para el comienzo del tratamiento luego de un diagnóstico de VIH positivo como para la población VIH negativa, articulando estrategias de atención, promoción y prevención.

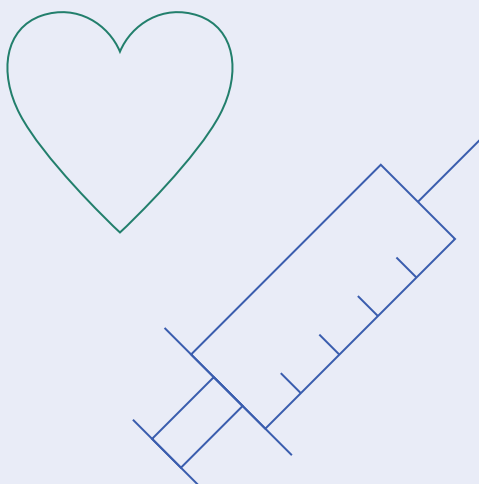
LOS PRINCIPALES COMPONENTES BIOMÉDICOS SON:

- **Diagnóstico y prevención de VIH y otras ITS:** promover la realización de tests de VIH y otras ITS posibilita la detección temprana y el comienzo del tratamiento, para lo que es necesario contar con información clara y certera para la disminución de riesgos en la salud.
- **Distribución de preservativos y geles:** en Argentina, a partir de la creación del Programa Nacional de VIH-Sida y el Proyecto LUSIDA, en 1996, comenzó la distribución de preservativos de forma gratuita por parte del Estado. Desde la promulgación de la ley 25673, con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en 2002, esta política fue profundizada.
- **Acceso a tratamientos antirretrovirales para personas que viven con VIH:** los tratamientos antirretrovirales son una combinación de medicamentos que buscan disminuir la multiplicación del virus en el cuerpo, algo que podría afectar la salud de las personas que viven con VIH. Además, estos tratamientos disminuyen el riesgo en la transmisión del virus, por lo que es fundamental que su acceso sea de carácter universal.

- **Vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles:** además de las vacunas contempladas en el Calendario Nacional de Vacunación, como es el caso de la hepatitis B, se incluyen en esta estrategia las vacunas de la gripe y el neumococo, así como las vacunas contra la hepatitis A y el virus de papiloma humano (VPH). En Argentina, la vacunación contra el VPH para personas que viven con VIH es hasta los 26 años de edad.
- **Profilaxis preexposición y profilaxis postexposición (PEP):** se llama profilaxis preexposición al tratamiento destinado a personas que no viven con VIH, para reducir la posibilidad de infección. Consiste en la utilización de medicamentos antirretrovirales, ya sea ingeridos de forma diaria o a demanda, con el objetivo de reducir riesgos frente a las prácticas de exposición. Este tratamiento está destinado principalmente a los grupos sociales con mayores grados de exposición al virus, incluyendo personas trans, hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadores/as sexuales. Por otro lado, la PEP es aquel tratamiento que debe iniciarse luego de estar frente a un episodio de exposición, con el objetivo de reducir las posibilidades de infección por VIH. Si bien no es posible determinar con exactitud el grado de riesgo de transmisión del virus, la PEP ha demostrado reducir significativamente la posibilidad de infección.

LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES SON:

- **Despatologización y descriminalización de la transmisión de VIH y los grupos vulnerables:** la discriminación y estigmatización hacia personas que viven con VIH obstaculiza su llegada a los servicios de salud, como así también la detección temprana y el seguimiento en el tratamiento. Es por eso que resulta fundamental incorporar estrategias de sensibilización que se trabajen desde el Estado, en conjunto con la sociedad civil, para la promoción de discursos y prácticas despatologizantes.
- **Legislaciones y marco normativo:** en Argentina, la sanción de la Ley Nacional 27675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis en el 2022 fue un paso importante en el avance normativo para la atención y prevención del VIH y otras ITS. En ese sentido, resulta necesario fortalecer las estrategias que apunten a reducir las desigualdades socioeconómicas y culturales, para que se garantice el acceso a derechos para personas con mayores vulnerabilidades.
- **Abordajes con perspectiva de género:** la incorporación de la perspectiva de género en los abordajes tiene que ver con reconocer las múltiples trayectorias de vida, los modos de vinculación y cómo esto se ve atravesado por los mandatos y roles normativos de género en nuestra sociedad. De este modo, es posible planificar estrategias de reducción de daños, tanto en el diseño de políticas de prevención como en la atención segura de personas que viven con VIH.



3.

Salud sexual, masculinidades y VIH

Entendemos la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad (OMS/OPS, 2000). Desde esta definición, es necesario trabajar sobre el diseño de estrategias que involucren a los varones y las masculinidades en el desarrollo de prácticas sexuales seguras y placenteras, como también en la concientización para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de VIH-sida e ITS.

En Argentina, la implementación de políticas públicas de carácter preventivo y los avances normativos en materia de salud sexual han marcado una reducción en los índices de mortalidad (Rojas Cabrera, 2017) por causas vinculadas al VIH-sida y las ITS, considerando los compromisos internacionales que el país ha asumido para garantizar el derecho a una salud sexual plena y a su ejercicio. En este sentido, es fundamental trabajar en la desnaturalización de estigmas y prejuicios sociales que se han consolidado en relación con el VIH-sida y las ITS, que obstaculizan el acceso a información segura, a la detección temprana y a la prevención.

El patriarcado, orden de género que trabajamos en el módulo 1, articula los significados sociales de la masculinidad y de la feminidad que influyen estructuralmente en las relaciones sexoafectivas y, por lo tanto, en la prevención del VIH.

Los mandatos de la masculinidad normativa vinculados a la potencia sexual activa (y hasta desenfrenada) y a su constante demostración han distanciado a los varones del cuidado, del registro de la salud sexual y de la utilización del preservativo como una forma de afecto y de cuidado de sí mismos y de la otra persona. A esto se le suma la falta de estrategias institucionales destinadas a promover el involucramiento de los varones y las masculinidades en las políticas de cuidado en materia de salud sexual.

Así, la adhesión al modelo de masculinidad normativa -que tiene como rasgos principales la heterosexualidad obligatoria y las relaciones jerárquicas y opresoras de género- compone un cuadro donde los hombres heterosexuales, históricamente concebidos como no vulnerables al VIH, se vuelven susceptibles a la infección a partir de la incorporación de ese modelo.

Asimismo, el hecho de ser un varón no heterosexual no exime de reproducir ideas y formas impuestas por la cultura patriarcal y heterosexista, que se puede proyectar tanto en su visión del mundo como en

sus dinámicas de comportamiento y también como un factor coercitivo en su relación con los individuos y colectivos que lo circundan: “La hegemonía de los esquemas patriarcales y heterosexistas tiene dominios tan extensos, que definen incluso los marcos en los que se desarrolla una expresión sexual contraria a su propio régimen” (Archbold, 2015).

Los mismos mandatos de la masculinidad normativa expresados en prejuicios sociales condenan a la clandestinidad las prácticas sexuales que se alejan del guion hegemónico, estigmatizan y discriminan a masculinidades gays, bisexuales o simplemente a varones que tienen sexo con otros varones, incrementando su posibilidad de exponerse a riesgos de contraer VIH y otras ITS.

En relación con los varones jóvenes, se ha comprobado que la reproducción de aspectos del modelo de masculinidad descrito puede hacer que se vuelvan más vulnerables a la transmisión del VIH, e influye en la no incorporación de información destinada a cambios de comportamiento y, por consiguiente, dificulta la adhesión a las campañas orientadas a la prevención de dicha transmisión (Santana, Gomes y Ferreira, 2012). Hay que considerar, además, las diferencias entre el inicio de las relaciones heterosexuales y homosexuales. Las relaciones heterosexuales no están estigmatizadas, son privadas, se comentan en primer lugar generalmente con pares, pero no se ocultan necesariamente a la familia, e incluso suelen estar avaladas o estimuladas por la red social. Mientras que las relaciones homosexuales generalmente se ocultan, no se comentan a menos que ya haya conocimiento de la identidad sexual por parte de pares, no están avaladas por la red social, y la excitación sexual no heterosexual se liga a la estigmatización. Además, los varones jóvenes de cualquier preferencia sexual se ven compelidos a demostrar que son heterosexualmente activos para probar su “normalidad” ante ellos y el entorno. Para muchos varones que tienen sexo con otros varones, la posibilidad de una exposición no deseada, que signifique dar a conocer públicamente su orientación sexual, implica preferir vínculos transitorios que permiten controlar mejor la propia imagen ante los demás (Duranti, 2011). Todo esto podría estar relacionado con los datos estadísticos que muestran una mayor tasa de infección en jóvenes varones que tienen sexo con otros varones.

3.1. Masculinidades y uso de preservativo

Una norma de cuidado esperada y reconocida socialmente es el uso del preservativo peneano desde el inicio de las relaciones sexuales. Esta práctica se vuelve relevante si tenemos en cuenta que el 98% de las infecciones se producen por relaciones sexuales sin protección (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Si bien en Argentina se cuenta con distribución gratuita de preservativos, no siempre se garantiza su acceso ni mucho menos su uso.

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS CUALES LOS VARONES Y MASCULINIDADES NO UTILIZAN PRESERVATIVOS EN SUS RELACIONES SEXUALES?

Diversos estudios internacionales muestran que la utilización de este método está influenciada por diversos aspectos contextuales y situacionales, como el perfil de la pareja (usuarias de drogas, por ejemplo) o el tipo de la relación (estable o casual), factores estéticos (que el pene “quede feo”) y de confort (sensación de compresión o irritación) (Santos *et al.*, 2019). **Los mandatos de virilidad y rendimiento también funcionan como barreras para la adhesión al método, ya que construyen el imaginario de que el uso de preservativo puede afectar la calidad de la erección y, por ende, el desempeño sexual.**

Uno de los motivos principales para justificar la falta de uso de preservativo es que la pausa para ponérselo interrumpiría el clima del encuentro, lo que demuestra que el uso del preservativo no se ha incorporado al juego erótico. Se ha estudiado que la idea del preservativo como “desnaturalizador” de las relaciones sexoafectivas, como impeditivo de la entrega total al otro, actúa como razón significativa en el abandono del preservativo (Santana, Gomes y Ferreira, 2012). Otro lugar común para justificar su falta de uso es que conlleva una menor sensibilidad y, por ende, menos placer en las relaciones sexuales (Kornblit *et al.*, 2000).

Pero el preservativo no reduce el placer, en todo caso, reduce la sensación de caminar por la cornisa haciendo algo que puede traernos consecuencias inesperadas y cambiarnos la vida. Puede ser que inconscientemente busquemos eso en el sexo: adrenalina, aventura, riesgo. Quizá puedas indagar si este es tu caso y ver que hay muchas otras formas de sumarle ese condimento a tus prácticas sexuales sin poner en riesgo tu salud y la de los/as demás.

Por otro lado, se ha demostrado que, desde la óptica de los hombres heterosexuales, el uso de preservativo se reserva solo a las relaciones extraconyugales como lógica de prevención, ya que prevalece la creencia de la fidelidad femenina en relaciones exclusivas y monógamas, por lo que la percepción de riesgo es baja, como si el peligro no pudiera venir “de adentro” (Da Silva, 2002). Además, el uso del condón con la pareja estable podría revelar la existencia de infidelidades y así complicar la dinámica de la relación (incluso podría producir rupturas).

Un imaginario machista que puede generar mayor vulnerabilidad en varones heterosexuales es la distinción entre categorías de mujeres que pueden o no “contaminar” a los varones. El tipo ideal femenino identificado con una mujer “recatada”, “pasiva”, “difícil”, “inocente”, con quien se podría no usar preservativo, en contraposición con la mujer “peligrosa”, desconocida, identificada como “fácil” y con quien se debe al principio utilizar preservativo. De este modo, podemos descuidarnos cuando encontramos a una mujer que corresponde con la idea de “inocente”, asumiendo que conocemos su vida sexual y que no está infectada.

En el mismo sentido, un estudio hecho con varones adolescentes escolarizados en cuatro regiones de Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) reveló que muchos de ellos consideran que el preservativo es solo para usar con personas desconocidas o en relaciones casuales, por lo que dejarían de usarlo si tienen “confianza” con la persona.

En investigaciones realizadas en nuestro país se presentan además otras razones, ligadas a los mandatos de la masculinidad, mediante las que se explican las transgresiones a esta norma de cuidado. Por ejemplo, **la subestimación de la posibilidad de contraer el VIH u otras ITS está asociada a la idea de que los varones son “invencibles”, o la “calentura”, el placer y su búsqueda a través del peligro** (Jones, Barrón López e Ibarlucía, 2017).

Se ha identificado, también, que **los preservativos gratuitos pondrían en duda el mandato masculino proveedor**. En un estudio surgió la idea de que, si se va tener relaciones sexuales y se quiere estar seguro, hay que “gastar plata” comprando preservativos, ya que “quedarían mal” si se presentan frente a una chica con uno gratuito, además de poner en duda su calidad. También, **se registró cierta vergüenza a la hora de conseguir preservativos, ya que el cuidado no es considerado “masculino”** (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

¿Cómo nos cuidamos?
 ¿Algunas de estas creencias o actitudes pueden estar obstaculizando nuestro cuidado y el de las personas con las que nos vinculamos?

Es muy importante sostener una escucha activa, atenta y empática con la otra persona para que la comunicación sea una herramienta más que construya las cercanías que hacen posible el cuidado.

Los varones tenemos que hacer un desplazamiento consciente que suponga tomar distancia de los mandatos de la masculinidad normativa y pensar no solo en nuestro placer, sino también en el disfrute y el cuidado de las personas con las que nos relacionamos sexoafectivamente.

Una forma en que podés vivir tu sexualidad de forma libre, placentera y segura es teniendo información y utilizando de manera constante y correcta los anticonceptivos.

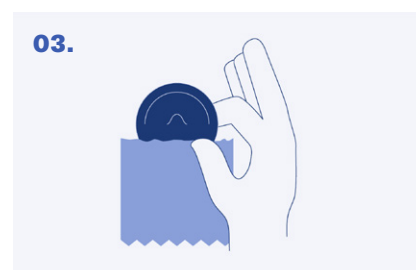
CÓMO USAR CORRECTAMENTE EL PRESERVATIVO



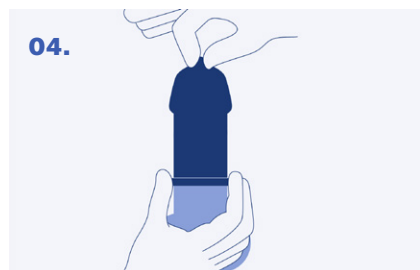
01. Comprobá que tenga aire y que el sobre no esté roto.



02. Revisá la fecha de vencimiento.



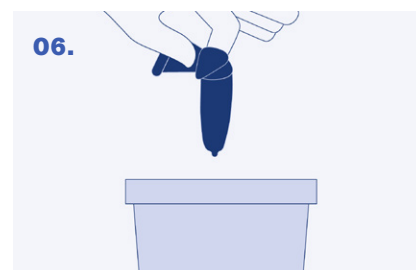
03. Abrió el sobre con los dedos para no dañarlo.



04. Apretá la punta para que no quede aire y desenrollalo sobre el pene erecto.

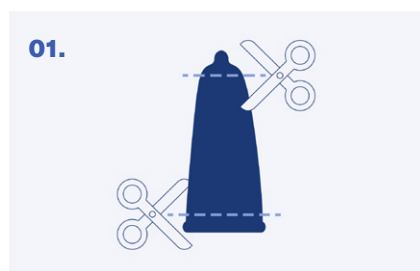


05. Retíralo antes que el pene esté flácido.

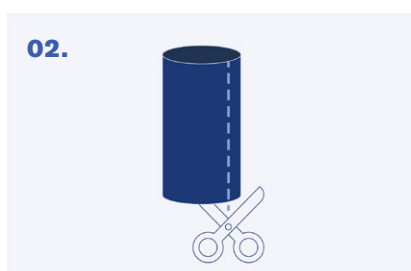


06. Hacedle un nudo y tiralo a la basura.

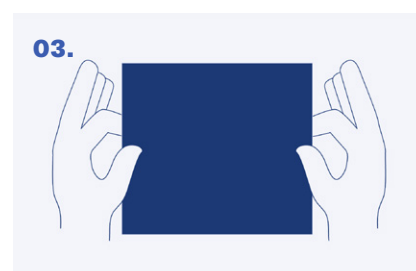
CÓMO CREAR UN CAMPO DE LÁTEX A PARTIR DE UN PRESERVATIVO



01. Retirá la parte superior y el anillo de la base.



02. Haced un corte longitudinal.



03. Se obtiene una lámina que sirve como barrera de contacto.

¿Cómo podemos hacer para que el placer y el cuidado vayan de la mano? Reerotizando el uso del preservativo, volviéndolo parte del juego previo y del encuentro sexual, probando formas de colocarlo que no inhiban, sino que potencien la intimidad que se construye. Existen opciones para todos los gustos. Usarlo puede ayudar a estar más tranquilo y seguro, a conectar con el momento y disfrutar más.

3.2. Adherencia al tratamiento

Los roles de género y particularmente la masculinidad pueden influir en el cuidado de la salud sexual y el acceso al diagnóstico, así como en el inicio y/o la continuidad del tratamiento por VIH.

El comienzo del tratamiento antirretroviral frente al VIH forma parte de un proceso de reconocimiento y autodescubrimiento que no está escindido de las implicancias que tiene un diagnóstico de seropositividad en la subjetividad de la persona. En algunos casos, este diagnóstico llega por consultas médicas vinculadas a análisis de rutina, de embarazos o por síntomas específicos que no son asociados primero al VIH. Esto, sumado a la falta de información y a los prejuicios sociales que se construyen en torno al virus, puede generar temor, angustia o desconcierto en la persona que recibe el diagnóstico, incluso puede llegar a poner en dudas la posibilidad de llevar adelante su tratamiento.

Partiendo de este punto, entendemos que tanto el comienzo como la continuidad del tratamiento antirretroviral debe ser una decisión tomada por la persona que vive con VIH, y no puede ser una imposición de los/as profesionales de la salud, la familia o sus vínculos. Sin embargo, el acompañamiento y el sostén de las redes afectivas será central, como también el acceso a la información necesaria para tomar la decisión, por lo que resulta fundamental el fortalecimiento de consejerías y espacios vinculados a la atención del VIH.

Hablamos entonces de adherencia al tratamiento cuando se lleva adelante un proceso de implicación activa, tanto en el momento en el que se decide su inicio como en su seguimiento. En esta instancia, es necesario el acompañamiento de profesionales de la salud que garanticen la medicación y el seguimiento adecuados para cada persona, atendiendo a las particularidades del caso.

La continuidad estricta de la periodicidad, los plazos, horarios y pautas establecidos con el/la médico/a puede traducirse en una reducción de la carga viral que, si se da de forma sostenida, puede llegar a ser indetectable. Por ello es importante adoptar una conducta activa frente a la adherencia al tratamiento como estrategia de cuidado y disminución de riesgos para el propio cuerpo.

La responsabilización en el proceso de adherencia forma parte de una práctica de autocuidado, un elemento que históricamente ha estado desvinculado de la forma en la que se ejerce y reproduce el modelo de la masculinidad normativa. Como vimos en los módulos anteriores, las políticas de cuidado están socialmente asociadas a lo femenino, por lo que los varones que más se acerquen al guion normativo tendrán mayor resistencia para iniciar y sostener un tratamiento por VIH.

Sumado a esto, los estigmas y prejuicios alrededor de las personas que viven con VIH ponen de manifiesto una posición de vulnerabilidad, donde la incorporación de medicamentos antirretrovirales a la vida diaria puede ser asociada con cierta fragilidad o debilidad, tensionando la construcción de una masculinidad sin fisuras.

4.

VIH y orientación sexual

Es importante tener en cuenta que, en varones cis, un 64% de las infecciones se produce por relaciones sexuales sin protección con otros varones y un 34% por relaciones sexuales sin protección con mujeres (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Esta cifra nos muestra que los varones que no siguen el guion normativo de la heterosexualidad, por factores sociales como la estigmatización y la discriminación, pueden incrementar la posibilidad de exponerse a riesgos.

Se ha constatado que **las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales que viven con el VIH y perciben altos niveles de estigmatización muestran 2,4 veces más probabilidades de retrasar la búsqueda de atención médica**. Numerosos servicios sanitarios no tienen claras las necesidades específicas e integrales asociadas, debido a la homofobia, lesbofobia, transfobia institucionalizada y a los estereotipos de género, lo que contribuye a que las realidades de cada hombre difieran en función de este determinante (OPS, 2019).

“El pudor y la vergüenza modelan las distintas modalidades de búsqueda de respuestas a las situaciones de salud que pudieran darse, y pueden operar demorando la consulta oportuna y agudizando el problema” (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Es decir que **la discriminación sufrida por los varones que se alejan del mandato de la heterosexualidad puede incrementar la posibilidad de exponerse a riesgos y aumentar su desprotección frente al VIH y otras ITS**.

La reproducción de discursos acerca de prácticas sexuales de mayor y menor “riesgo” puede fomentar un mito que coloca algunas prácticas como “peligrosas” y otras como “seguras”, basadas en la clasificación de los deseos sexuales como “normales” y “anormales” en nuestro sistema de género cisheteropatriarcal. No por casualidad recae sobre el sexo anal el peligro y el sexo vaginal se presenta en el polo opuesto. Esto contribuye directamente a la vulnerabilidad de los varones heterosexuales, ya que su práctica sexual estaría dentro de lo “socialmente correcto”.

Algunos estudios indican que las relaciones homosexuales entre varones se configuran como de mayor riesgo de VIH-sida y otras ITS, debido a las características de su propia práctica sexual. **Sin embargo, si el individuo se adhiere a las medidas preventivas, como el uso sistemático de preservativos, la vulnerabilidad es similar a la relación heterosexual** (Hall *et al.*, 2011). Por eso ya no hablamos de “grupo en riesgo”, porque pertenecer a un cierto grupo no es un factor decisivo de la transmisión del VIH. Si lo es, en cambio, determinado comportamiento, como no utilizar preservativo en las relaciones sexuales o compartir elementos cortopunzantes. Además, esa categorización de determinado grupo da lugar a una falsa sensación de seguridad entre quienes no se identifican con ese grupo. El hecho de que los hombres heterosexuales activos entiendan que el sida consiste en una “enfermedad de los otros” repercute en cómo perciben su lugar en el contexto actual de la epidemia, y los torna también vulnerables a la infección por la noción de “no pertenencia” a un “grupo en riesgo”.

En ese sentido, diferentes estudios constataron que **los hombres heterosexuales activos poseen menos acceso a la información sobre prevención a la infección por VIH o ITS y también acceden menos a la prueba serológica de VIH**. Esto se debe, en parte, a la influencia de los patrones de masculinidad en el bajo reconocimiento del riesgo y en la baja movilización de los heterosexuales frente a la epidemia del VIH desde su surgimiento, lo que hace que, hasta hoy, **los hombres heterosexuales no posean redes de apoyo y socialización en las que circule información sobre nuevas tecnologías preventivas** (Santos *et al.*, 2019).

5.

VIH y violencia de género

La infección por VIH puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de violencia sexual, y de manera indirecta, debido a las posibilidades reducidas que tienen las mujeres o identidades feminizadas para negociar el uso de preservativo o las condiciones en las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras.

La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH. Según datos de la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (UNICEF, 2020), el 11% de las mujeres de 18 a 49 años en Argentina declararon haber sido víctimas de abuso sexual durante su infancia o adolescencia, es decir que -extrapolándolo a las infancias- al menos 1 de cada 10 niñas y adolescentes sufren violencia sexual en Argentina.

Las mujeres que experimentan violencia física o sexual son más habitualmente abusadas y/u obligadas a tener relaciones sin protección por la pareja violenta. Esto aumenta considerablemente el riesgo de infección con VIH debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo, si intentan negociar relaciones sexuales más seguras, y a la manipulación emocional a la que se pueden ver sometidas²⁴.

Cabe destacar que son, en su mayoría, los varones cis quienes cometen estas agresiones sobre las mujeres y feminidades. Por lo que transformar las relaciones de género es fundamental para reducir los riesgos y la vulnerabilidad al VIH entre las mujeres e identidades feminizadas.

Según los datos publicados por la Línea 137 (nacional) de violencia familiar y sexual, entre enero de 2017 a junio de 2022 se recibieron un total de 48165 llamados. El 80% han sido víctimas de género femenino y solo un 15% aparecen como agresoras. En el 68% de los casos en que los agresores eran de género masculino se trataba de parejas actuales o exparejas de las víctimas.

Otro factor de la propagación del VIH es el tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, una de las formas más extendidas de violencia de género, debido a las altas tasas de sexo forzado en mujeres.

+90% de las mujeres que viven con el VIH sufrieron o sufren **violencia de género**.

Los episodios de violencia que experimentan las mujeres que viven con el VIH **afectan la adherencia al tratamiento del VIH**.

1,5 más probabilidades de contraer la infección por el VIH en mujeres que han sufrido violencia física o sexual que las que no padecieron violencia (ONUSIDA).

La mayoría de las mujeres que viven con el VIH sufrieron violencia antes del diagnóstico y de ellas **cerca del 50% sufrieron violencia sexual y eso produjo la infección**.

Fuente: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM- (2020)

La violencia también puede ser un resultado de la epidemia: cuando las mujeres ponen en evidencia que son VIH positivas también enfrentan el riesgo de la violencia, así como del abandono por parte de sus parejas, familiares y amigos. Un estudio realizado en los Estados Unidos muestra que el 20,5% de las mujeres infectadas por el VIH reportaron abuso físico. Algunas trabajadoras sexuales han reportado incremento de la violencia contra ellas por parte de los clientes, ya que las catalogan como principales responsables de la infección por VIH (OMS/OPS, 2000).

²⁴. En nuestro país, la FEIM constató la asociación entre violencia de género y VIH en las mujeres en un estudio realizado en países del Mercosur en 2009-2010 titulado “Dos caras de una misma realidad”. Disponible en <http://feim.org.ar/2017/12/04/vih-y-violencia-de-genero-dos-caras-de-la-misma-moneda/>.

Es necesario atender a ambos problemas de salud conjuntamente. Una mujer que experimenta violencia debe ser alertada sobre la posibilidad de infectarse con el VIH y/o ser atendida si se infectó. A su vez, se debe investigar si una mujer que vive con el VIH sufre o sufrió violencia, y ayudarla a superarlo para no enfermar y presentar síntomas de sida.



6. Masculinidades trans y VIH

A partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género²⁵ en nuestro país, todas las personas tenemos derecho a ser reconocidas y tratadas según nuestra identidad de género autopercebida, a acceder a la salud en materia de hormonización e intervención quirúrgica de acuerdo a ella, así como a ser registradas de ese modo en los organismos competentes, en caso de desearlo. Una década después de la sanción de dicha ley, aún existen formas de discriminación hacia la comunidad LGBTINB+, y dentro de esta hacia las masculinidades trans, que tienen efectos sobre su acceso al sistema de salud.

Según un estudio de la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina -ATTTA- (2021), 7 de cada 10 masculinidades trans e identidades no binarias evitaron realizar consultas sobre salud sexual y reproductiva por temor a experimentar discriminación, rechazo o estigma por su identidad de género, como miradas en las salas de espera, personal que los trata en femenino y profesionales sin capacitación en perspectiva de género que asumen su orientación y prácticas sexuales, ignorando la especificidad de sus realidades e impidiendo que ejerzan su derecho a la salud. Estas barreras de acceso se traducen en una menor frecuencia de consulta y en diagnósticos e inicio de tratamientos tardíos. Es necesaria la sensibilización de los equipos de salud desde los/as administrativos/as hasta las/os profesionales para que garanticen estos derechos.

El mismo estudio destaca que en relación con la salud sexual no existen mayoritariamente prácticas preventivas en las relaciones sexuales. Los motivos principales fueron por contar con pareja estable, confiar en ella y testearse mutuamente. Esto exhibe una exposición incrementada a adquirir VIH y otras ITS y que dicha exposición parecería ser subestimada por la misma población.

Según arroja el estudio, se evidencia, por otro lado, un desconocimiento elevado en esta población de nuevas estrategias de prevención del VIH. Por ejemplo, 6 de 10 masculinidades trans e identidades no binarias desconocen que el VIH indetectable es igual a intransmisible. Por este motivo, **es necesario desplegar estrategias que busquen interpelar e implicar a las masculinidades trans en acciones preventivas de la salud sexual**. Así mismo, es necesaria la capacitación a profesionales de la salud acerca de las especificidades de esta comunidad, con el fin de que puedan poner a su disposición una atención en salud completa e integral.

7 de cada 10
masculinidades trans e
identidades no binarias
evitaron realizar
consultas sobre salud
sexual y reproductiva
por temor a experimentar
discriminación, rechazo
o estigma por su
identidad de género.

25. Ley 26743. Disponible en [InfoLEG](#).

7.

Masculinidades y VIH en los espacios de trabajo

Las personas que viven con VIH tienen los mismos derechos laborales que el resto de las personas, a lo que se agrega su derecho a no ser discriminadas por su condición de seropositivas. La discriminación en el ámbito laboral puede llevar a las personas con VIH a retrasar las visitas a los servicios de salud o dificultar el tratamiento de la infección, para evitar comunicar en el trabajo la causa de estas visitas. A esto, se suma el miedo a ser vistos en las salas de espera de los servicios de infectología o el temor anticipado a los efectos secundarios de algunas medicaciones. Existe un vínculo entre esos miedos y el ejercicio de la masculinidad, ya que mostrarse vulnerable y/o frágil ha estado asociado históricamente con las feminidades.

En ese sentido, ocultar el estado serológico puede provocar un aumento considerable de los niveles de estrés de una persona, con el consiguiente debilitamiento del sistema inmunológico. El rechazo social, la discriminación y los mandatos de la masculinidad, de los que hablamos en el módulo 2, pueden dificultar la motivación de los varones para asumir pautas correctas de cuidado personal y de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Ninguna persona está obligada a decir que tiene VIH. Por eso, ante la obligación de hacerse un análisis para el VIH, tenemos derecho a negarnos y presentar una denuncia. En el 2015, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social dictó la resolución 270/2015²⁶ que expresa que la exigencia de realizar estudios de laboratorio con el objeto de detectar el VIH en los exámenes preocupacionales es motivo de denuncia.

Mediante la sanción de la nueva Ley de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, se establece la prohibición de la solicitud del test de VIH, hepatitis, tuberculosis e ITS en los exámenes médicos preocupacionales. Además, la ley propone que las pruebas de detección de estos virus sean voluntarias, gratuitas, confidenciales y universales.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH tienen múltiples consecuencias que afectan al desarrollo de la epidemia y de los tratamientos personales y refuerzan las desigualdades sociales existentes, en especial las relacionadas con el género y la sexualidad. Las consecuencias no son solo para las personas con VIH, sino también para la sociedad en general.

Por esta razón, en los espacios laborales resulta necesario realizar un trabajo reflexivo que problematice los imaginarios sociales en torno al VIH, campañas de salud sexual y no reproductiva, entre otras acciones destinadas a promover mayor involucramiento de las masculinidades en la gestión de su salud.

26. Disponible en Argentina.gob.ar.

8.

VIH en contextos de encierro

Las personas privadas de la libertad deben contar con todos los derechos que garanticen el acceso a su salud, incluyendo la salud sexual. En relación con el VIH y otras ITS, no existe en la legislación nacional un trato diferenciado para personas en situación de encierro, por lo que es responsabilidad del Estado que accedan a testeos seguros y confidenciales, a tratamientos antirretrovirales y a asesoramiento y seguimiento por parte del sistema de salud.

Teniendo en cuenta que el 85% de las personas privadas de la libertad refieren continuar con su vida sexual de forma activa dentro de las unidades penitenciarias (Ministerio de Salud de la Nación, 2017), esta población se puede considerar como parte de los grupos expuestos al VIH, por las prácticas de riesgo que se han identificado vinculadas a la salud sexual de las personas detenidas. Según datos del mismo estudio, el uso del preservativo en los diferentes tipos de prácticas sexuales por parte de la población detenida es por lo general bajo.

Uno de los aspectos tiene que ver con las visitas íntimas de personas externas que ingresan al penal, donde puede omitirse la utilización de preservativos y/o campos de látex por falta de acceso a estos, por desinformación o por otros motivos. En el mismo sentido, las relaciones sexuales dentro de la unidad penitenciaria también pueden ser prácticas de riesgo si no se trabaja sobre el cuidado y la prevención de VIH u otras ITS.

Es importante saber que, frente a los casos seropositivos, las personas detenidas tienen derecho a consultas con profesionales de la salud para garantizar la medicación adecuada para el tratamiento, como también a la información necesaria para su continuidad. Es un derecho acceder a la medicación para el tratamiento en tiempo y forma, así sea dentro de la unidad penitenciaria o en un traslado. Deben ser contemplados los efectos secundarios de la medicación, principalmente en las primeras semanas de comenzado el tratamiento, que pueden ser vómitos, diarrea o cansancio corporal, y garantizar prácticas de cuidado por parte de la institución carcelaria.

Por otro lado, es fundamental que el Estado asegure condiciones para el mejoramiento de los espacios de atención y cuidado de la salud integral para personas privadas de la libertad. La accesibilidad para la realización del test de diagnóstico de VIH de forma segura, voluntaria y respetando las normas de confidencialidad dentro de las unidades penitenciarias podría

► Algunos datos que muestran cómo los varones en estos contextos son más vulnerables a la infección por VIH y otras ITS:

Solo el **16,5%** de quienes mantuvieron actividad sexual con otras personas el último año utilizaron siempre el preservativo en prácticas con penetración y el **11,7%** para el sexo oral. En tanto, el **46,9%** no lo usó nunca para prácticas con penetración y el 65% tampoco lo hizo nunca en el sexo oral.

El **39,5%** de los detenidos que mantuvieron prácticas sexuales durante el último año lo hizo con más de una persona y una de cada cuatro lo llevó a cabo con más de dos. Esto resulta más significativo entre los varones que entre las mujeres (40,2% y 31,6%, respectivamente).

El **20%** de los varones entrevistados (alcanza el 31,5% en menores de 30 años) consiguieron el uso compartido de elementos de afeitar y depilar en su vida cotidiana dentro de las unidades penitenciarias.

Los varones **duplican** a las mujeres en relación con el desconocimiento de su situación serológica (20,6% y 11,5%, respectivamente). Cuanto más jóvenes, mayor desconocimiento (pasando de 26,5% en los más jóvenes a 14,4% en los más longevos).

El porcentaje de mujeres que expresaron haberse realizado el test es muy superior al de los varones (59,4% y 34,4%, respectivamente).

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2017)

disminuir significativamente los riesgos de transmisión del virus, acompañada de procesos de sensibilización que apunten a reducir prejuicios y mitos. Así mismo, será necesario contar con asistencia psicológica y con consejerías pre y postest para personas que viven con VIH en contextos de encierro, como también con formación técnica y ética para el personal de las unidades penitenciarias.

9.

Salud mental, consumos problemáticos y VIH

Para pensar la salud de forma integral es necesario tomar algunas consideraciones en relación con la salud mental de las personas que viven con VIH, principalmente en los efectos que puede tener el proceso de adherencia al tratamiento en la subjetividad de la persona. A esto le sumaremos la dimensión de masculinidades para identificar cómo la poca responsabilización y/o registro en lo que respecta al cuidado de la salud mental de los varones, principalmente cisheterosexuales, puede condicionar el proceso de tratamiento frente a un diagnóstico positivo de VIH.

Como vimos anteriormente, los mandatos de la masculinidad hegemónica representan un modelo social masculino asociado a la fuerza emocional, a la no demostración de sentimientos y a la autosuficiencia. En ese sentido, **la salud mental en la masculinidad es, en oportunidades, minimizada o deslegitimada al igual que muchos aspectos de la salud física.**

Tanto al momento de hacerse un testeo de VIH como a la hora de comenzar un proceso de adherencia al tratamiento, estos mandatos masculinos pueden incidir negativamente en la posición que adopten los varones en la gestión de su salud. La reacción que pueda tener una persona a la hora de contar con un diagnóstico seropositivo puede constituirse como un problema si no se cuenta con redes afectivas y de acompañamiento con las que exteriorizar las emociones que aparezcan en esta instancia.

En este mismo sentido, trabajar en relación con la salud mental de los varones que viven con VIH es también identificar algunas problemáticas estructurales que pueden afectar directamente en la salud física de quienes viven con VIH, acelerando su deterioro. Una de

ellas es el consumo problemático de drogas y/o alcohol, en el que identificamos que los datos estadísticos vinculados al consumo en Argentina son encabezados por varones, tal como desarrollamos en el módulo 2. Entendemos que esto no solo puede generar daños mayores en el organismo y traer complicaciones en la adherencia al tratamiento antirretroviral, sino que además genera condiciones de vulnerabilidad frente a las prácticas y los ambientes de riesgo (Rossi y Goltzman, 2012).

El distanciamiento con el sistema de salud y la irregularidad en los controles médicos por parte de personas con consumo problemático se ve traducido, entre otras problemáticas, en la ausencia de diagnósticos seguros de infecciones por VIH y otras ITS, lo que dificulta el desarrollo de estrategias orientadas a la atención para esta población con mayor exposición a prácticas de riesgo.

Es necesario fortalecer el acceso a la salud integral de las personas con consumo problemático mediante un enfoque que considere su relación con los mandatos de la masculinidad, garantizando campañas permanentes que apunten a involucrar a los varones en el cuidado de la salud sexual para sí mismos y para terceros/as, teniendo en cuenta la exposición a prácticas sexuales de riesgo que pueden verse vinculadas con el consumo de alcohol y/o drogas.

La accesibilidad a recursos sanitarios como la distribución de preservativos, la circulación de mensajes preventivos y el acompañamiento profesional para personas con consumo problemático que vivan con VIH deben formar parte de las estrategias de abordaje territorial que den respuesta a estas problemáticas estructurales.

10.

Otras infecciones de transmisión sexual

En Argentina, el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud registra otros eventos de transmisión sexual que también tienen una fuerte carga de morbilidad y secuelas para adolescentes, adultos y adultas. Las ITS son aquellas que se transmiten de una persona a otra durante una relación sexual vaginal, anal u oral sin protección. Pueden ser producto de más de treinta tipos de virus, bacterias y parásitos. Además del VIH, las más frecuentes son la sífilis, la gonorrea, la clamidia, el VPH, las hepatitis B y C. Afectan a todas las personas, de cualquier edad y orientación sexual. La mayoría de estas infecciones son tratables, y muchas de ellas pueden curarse. Todas se pueden prevenir usando preservativo peneano, vaginal o campo de látex desde el comienzo y durante toda la relación sexual.

Estas infecciones no generan defensas una vez contraídas, por lo cual una persona puede tener reiteradas veces una misma infección. Las ITS pueden no mostrar síntomas, por lo que algunas veces solo se detectan con un análisis de sangre u orina; cuando se presentan, es necesario hacer una consulta en el hospital o centro de salud.

► Es importante que la/s pareja/s sexual/es de la persona con la infección también reciban tratamiento aunque no tengan síntomas, además, en caso de embarazo, que se realicen los análisis para poder tratarse, de ser necesario, y evitar la transmisión al bebé.

GONORREA

La secreción genital purulenta, conocida como gonorrea, es causada por una bacteria que puede causar infecciones en los genitales, el ano y la garganta. En algunos casos también puede diseminarse y causar infecciones en la sangre y las articulaciones.

Es una infección muy común y puede o no presentar síntomas. Los varones de entre 15 y 24 años representan el 41% de las notificaciones de este evento (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Los síntomas pueden incluir flujo vaginal espeso de color amarillo o blanco, ardor y dolor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales, secreciones de pus (líquido amarillo) por el pene. En el recto anal: secreciones, picazón anal, dolor, sangrado, dolor al defecar. En la faringe: irritación de garganta, dificultad para tragar, fiebre, inflamación de los ganglios del cuello.

Esta infección se trata y se cura con el uso de antibióticos, luego de recibir una dosis única, aunque a veces pueden ser necesarios tratamientos más prolongados. En caso de no tratarse, la infección puede permanecer en la zona afectada, seguir transmitiéndose o diseminarse a otros órganos. Puede producir infertilidad, embarazo ectópico (fuera del útero) o infecciones perinatales, entre otras consecuencias.

SÍFILIS

Esta ITS puede ser congénita -transmitida de madre a hijo/a durante el embarazo- o adquirida -transmitida por vía sexual, por transfusión de sangre o a través del contacto con las lesiones que se presentan en el área genital-. Se detecta con un análisis de sangre, por medio de una extracción o por un test rápido. Es fácil de tratar y curar con penicilina, que es un antibiótico, sin embargo, en caso de no ser detectada a tiempo y tratada, puede generar complicaciones.

El síntoma de la sífilis es una llaga o úlcera llamada chancro, que en general no duele (y a veces puede pasar desapercibida) y se presenta en la boca, ano,

vagina o pene 2 o 3 semanas después del contacto sexual. Esta etapa inicial se llama sífilis primaria.

Aun cuando no se reciba tratamiento, la lastimadura o úlcera desaparece sola después de unos días, y la infección puede progresar a la segunda etapa, o sífilis secundaria, después de un período de “latencia”, que es variable y durante el cual no aparecen síntomas. Los síntomas de la sífilis secundaria pueden presentarse hasta varios meses más tarde. Entre estos pueden aparecer erupción (o ronchas) en el cuerpo, lesiones en la boca, fiebre y aumento generalizado del tamaño de los ganglios, caída del cabello, malestar general, verrugas en la zona genital. Las lesiones en la piel que aparecen en la segunda etapa de la infección son muy contagiosas.

Si no se recibe tratamiento, la infección puede seguir transmitiéndose, progresar y causar daños al corazón y lesiones en el sistema nervioso, entre otras consecuencias. Si una persona gestante está infectada y no es tratada puede transmitir la infección durante el embarazo y/o parto y resultar sífilis congénita. Las personas recién nacidas con sífilis congénita pueden sufrir ceguera, daño severo de otros órganos e incluso la muerte.

La tasa de sífilis aumentó sostenidamente durante los cinco años previos a la pandemia. En relación con la sífilis congénita se encuentra una tasa nacional de 1,3 cada 1000 nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022).

Siguiendo la tendencia de la gonorrea que describimos antes, en el grupo de 15 a 24 años la tasa de sífilis es casi el triple que en la población general.

► Si tuviste o tenés alguno de los síntomas de la enfermedad o si tenés o tuviste una pareja sexual que tiene o tuvo sífilis, deberías hacerte el análisis. Además, se les debe realizar a todas las personas embarazadas.

CLAMIDIA

Es una infección muy común causada por una bacteria. Muchas personas no saben que tienen esta ITS ya que, aunque estén infectadas, es posible que no tengan síntomas. En el caso de que hubiera síntomas, los más frecuentes suelen ser flujo vaginal, sangrado después de las relaciones sexuales, sangrado entre los períodos de menstruación, dolor abdominal o pélvico, secreción, picazón o dolor anal, flujo por el pene (conocido como uretritis), ardor al orinar, testículos doloridos o hinchados.

El diagnóstico se realiza a través de estudios de las secreciones y de la evaluación clínica. La clamidia se trata y se cura con antibióticos. Es común que aquella persona que tenga clamidia presente también gonorrea asociada y reciba tratamiento de manera conjunta. Si la clamidia no se trata, puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH y puede invadir el área pélvica e infectar el útero, las trompas de Falopio o los ovarios causando la enfermedad pélvica inflamatoria.

HEPATITIS

Es la inflamación del hígado, el órgano que procesa los nutrientes, sintetiza las proteínas y cumple una función desintoxicante. Cuando una persona contrae hepatitis, el hígado altera su funcionamiento. En la mayoría de los casos, es producida por un virus. En otros casos, puede producirse por el consumo excesivo de alcohol o por algunas toxinas, medicamentos o determinadas afecciones médicas.

En general, las hepatitis no producen síntomas y se las diagnostica mediante análisis de sangre. Existen varios tipos de hepatitis virales, de acuerdo al tipo de virus con el que la persona se infecte. Los más comunes son hepatitis A, hepatitis B y hepatitis C.

Las hepatitis A y B cuentan con vacuna, incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación. Para la hepatitis C, sin embargo, no existe vacuna. La forma de prevenirla es evitando compartir agujas, jeringas o elementos cortopunzantes con otras personas, utilizando materiales descartables o esterilizados al realizar tatuajes, *piercings* o implantes y con el uso del preservativo en las relaciones sexuales. En caso de necesitar tratamiento, este puede curar la infección. Esto depende de algunos factores tales como la cepa del virus y el tipo de tratamiento. Actualmente, existen nuevos medicamentos para la hepatitis C eficaces, seguros y bien tolerados, gratuitos en nuestro país para pacientes de alto riesgo.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El VPH es una familia de virus. Existen alrededor de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 afectan la zona genital y anal. Se clasifican en dos grandes grupos: los de bajo riesgo (asociado con lesiones benignas, como verrugas y lesiones de bajo grado) y los de alto riesgo, que pueden generar infecciones persistentes y ocasionar diferentes cánceres, el más frecuente es el de cuello uterino. La infección por estos virus puede evolucionar a otros tipos de cáncer (cada vez más presentes), como de ano, pene, vagina, vulva y orofaríngeos.

Es un virus de fácil transmisión, la mayoría de las veces no presenta síntomas evidentes, se estima que el 80% de las personas van a contraer algún tipo de VPH en algún momento de sus vidas.

Si tu hijo o hija cumple 11 años, asegurate de que reciba el esquema de dos dosis de la vacuna por VPH con intervalo de 6 meses entre la primera y la segunda dosis²⁷. No requiere orden médica.

Como estrategia adicional, se recomienda la vacunación contra VPH para mujeres y varones entre 11 y 26 años que vivan con VIH y trasplantados con esquema de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).

La prueba de papanicoláu (comúnmente llamado PAP) y la prueba del VPH son dos tipos de revisiones médicas que permiten identificar alteraciones en el cuello del útero, que dan cuenta de la posibilidad de que se desarrolle cáncer cervical.

► EL PAPANICOLÁU

El papanicoláu es un examen pélvico sencillo que no requiere anestesia y permite detectar alteraciones en las células del cuello del útero antes de que se desarrolle el cáncer. Lo realizan profesionales de la salud de forma gratuita en centros de salud y hospitales de todo el país y es recomendable que todas las mujeres cis, varones trans y personas no binarias con útero se lo realicen periódicamente a partir de los 25 años.

LOS ÚLTIMOS DATOS

La situación excepcional producida por la pandemia del COVID-19 generó cifras en las ITS que hay que analizar con prudencia. Los datos de 2020 muestran una fuerte caída en las tasas brutas en todas las ITS.

En sífilis, por ejemplo, hasta 2019 la tasa era de 56,1 personas por cada cien mil habitantes, el 2020 termina con una tasa de 23,3 por cien mil habitantes; mientras que para 2021 comenzó a marcarse un ascenso, que llega a 26,5 cada cien mil habitantes.

Estos cambios se deben a un conjunto de factores complejos. En el plano sanitario, una caída abrupta del número de establecimientos notificantes fruto de la tensión a la que estuvieron sometidos los servicios de salud (en especial, los laboratorios) y la reorganización de las acciones de los servicios de salud centrándose en la atención del COVID-19, que hizo que se suspendieran consultas y se pausaran tratamientos. A su vez, en el plano social, las personas redujeron sus espacios de vinculación, acotaron encuentros y extremaron medidas de cuidado y, en este sentido, evitaron transitar por los centros de atención.

A pesar de la caída de las tasas de ITS, se mantuvo su distribución por sexo y por edad, presentándose mayoritariamente en adolescentes y jóvenes.

27. Si la segunda dosis fue administrada antes de los 6 meses, deberá aplicarse una tercera dosis respetando los intervalos mínimos (4 semanas entre la primera y la segunda dosis, 12 semanas entre la segunda y la tercera dosis). Este esquema está indicado si se inicia la vacunación antes de los 14 años. En caso de iniciar un esquema atrasado en niñas mayores de 14 años, deberán recibir tres dosis (0, 2 y 6 meses).

11.

Recursos útiles

- 50 puntos clave para entender la Ley de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis, Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis, elaborado por la Alianza Mundial contra el Estigma y la Discriminación Asociados al VIH - Argentina - https://www.redtralsex.org/IMG/pdf/50puntosclave_leyvih2022.pdf.
- Contactos por jurisdicción para la consulta directa sobre centros de testeo, lugares de atención, retiro de medicación y de preservativos gratuitos en Argentina - <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its/listado-de-referentes-provinciales>.
- Línea Salud Responde 0800-333-3444 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Si necesitás ayuda o información, podés comunicarte de lunes a viernes de 9 a 21 horas. Sábados, domingos y feriados de 9 a 18 horas. La línea es anónima y confidencial.
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Avenida 9 de Julio 1925, Ciudad Autónoma de Buenos Aires - <https://www.instagram.com/direcciondevih/> y <https://msal.gob.ar/sida>.
 - » Área de Derechos Humanos y Sociedad Civil: consultasdsyets@gmail.com - (011) 4379 9017. Formulario web de consultas y reclamos disponible en la sección “Información general - Conocé tus derechos” en www.msal.gob.ar/sida.
 - » Área de Prevención: prevencion-vih@msal.gob.ar - (011) 4379 9000, internos 4017 y 4056.
- Línea de cobro revertido para personas privadas de la libertad que requieren atención médica, medicación, acceso al testeo y a controles periódicos, preservativos e información sobre VIH y otras infecciones: (19) 011-4379-9204.

ALGUNAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL QUE TRABAJAN LA TEMÁTICA DEL VIH:

- 100% Diversidad y Derechos - <https://100porciento.wordpress.com/>
- Abogadxs por los derechos sexuales - <https://www.facebook.com/abogasex/>
- Asamblea TravaTransNoBinarie por la Salud Integral - [@resistenciatranss](https://www.instagram.com/resistenciatranss)
- Asociación Ciclo Positivo - <https://ciclopositivo.org>
- Asociación de Familias Diversas de Argentina - <https://www.afda.org.ar>
- ATTTA - <http://attta.org.ar/>
- Comunidad Homosexual Argentina - <https://es-la.facebook.com/CHAArgentina/>
- Federación Argentina LGBT - <https://falgbt.org>
- Fundación Huésped - <https://www.huesped.org.ar/>
- Grupo de Mujeres de la Argentina - www.grupodemujeres.org.ar
- Grupo Fusa - www.grupofusa.org
- La Fulana - www.lafulana.org.ar
- Infancias Libres - [@libresinfancias](https://www.instagram.com/libresinfancias)
- Intercambios Asociación Civil - www.intercambios.org.ar
- Red Argentina de Personas con VIH - [Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/SIDA](http://www.redargentina.org.ar)
- Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos - <https://rajap.org/>
- Red Bonaerense de Personas con VIH - www.redbonaerensedepvvh.blogspot.com
- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans - www.redlactrans.org
- Varones trans y no binaries Santa Fe - [@varonestrans](https://www.instagram.com/varonestrans)

12.

Anexo: marco normativo. Los derechos de las personas que viven con VIH

Por el solo hecho de ser personas, todas y todos tenemos derechos. Las personas con VIH, alguna ITS o hepatitis tienen los mismos derechos que el resto de las personas. En determinadas circunstancias, sin embargo, es necesario reforzar algunos de estos derechos y se debe promover su protección. Una de esas circunstancias es la desprotección y desamparo que sufren algunas personas cuando un dato biológico (como la infección por VIH) se transforma en un estigma y genera discriminación social y trato desigual. Por lo tanto, es necesario conocer los derechos que asisten a las personas con VIH y las herramientas legales que las protegen para hacerlos valer.

NUEVA LEY DE RESPUESTA INTEGRAL AL VIH, HEPATITIS VIRALES, TUBERCULOSIS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ARGENTINA (LEY 27675), 2022

Desde el 2013 las organizaciones sociales que trabajan la temática de VIH se involucraron activamente en el proceso de reforma de la Ley Nacional de Sida (ley 23798) de 1990 planteando un cambio de perspectiva al poner en el centro de la escena los determinantes sociales de la salud y la eliminación del estigma, la discriminación y la criminalización de personas con VIH.

Finalmente, en junio de 2022, luego de que perdiera estado parlamentario tres veces, se aprobó la nueva Ley de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual. La ley propone un abordaje integral desde la salud colectiva, con un enfoque de género y de derechos humanos, y busca brindar contención e información para derribar prejuicios y situaciones de discriminación. Como expresa su artículo 2: “Se entiende por respuesta integral e intersectorial al VIH, las hepatitis virales, la TBC y las

ITS a aquella que (...) garantiza la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica), y la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización hacia las personas con VIH, hepatitis virales, TBC e ITS”.

La ley crea un Observatorio Nacional sobre Estigma y Discriminación por VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis con el fin de visibilizar, documentar, disuadir y erradicar las vulneraciones a los derechos humanos de las personas afectadas. A su vez, prohíbe la solicitud del test de VIH, hepatitis, tuberculosis e ITS en los exámenes médicos preocupacionales y propone que las pruebas de detección de estos virus sean voluntarias, gratuitas, confidenciales y universales.

Al mismo tiempo, promueve la creación de un régimen de jubilación especial, de carácter excepcional para quienes transiten las enfermedades de VIH y hepatitis B o C y una pensión no contributiva de carácter vitalicio para quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad social. De este modo, pueden solicitar la jubilación a partir de los 50 años aquellas personas que acrediten al menos 10 años desde el diagnóstico de la enfermedad y 20 años de aportes jubilatorios.

La ley también promueve la capacitación, la investigación, la difusión de campañas masivas y la conformación de una Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis que esté integrada de forma interministerial e intersectorial por representantes de organismos estatales, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil.

LEY DE MEDICINA PREPAGA (LEY 26682), 2011

Esta ley busca equiparar los servicios de la medicina prepaga con los de las obras sociales, ampliar su cobertura e incorporar como mínimo las prestaciones del Programa Médico Obligatorio.

Además, indica que estas empresas no pueden ejercer derecho de admisión y que las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario, no pueden ser criterio del rechazo de admisión.

Estas empresas pueden estipular aranceles diferenciales a la cuota básica, debidamente justificados, para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, realizando previamente un trámite de aprobación ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

LEY DE CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (LEY 25673), 2002

Entre los objetivos de esta ley se encuentran contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

La ley incorpora al Programa Médico Obligatorio las prestaciones relacionadas con el VIH y el sida, de esta forma garantiza el acceso gratuito al diagnóstico, tratamiento y asistencia integral de la salud, incluida la asistencia psicológica. Contempla también la capacitación y formación de agentes para la detección de conductas de riesgo y la promoción de actividades de información sobre métodos anticonceptivos, distribución, monitoreo y evaluación.

LEY DE OBLIGATORIEDAD DEL OFRECIMIENTO DE LA PRUEBA DEL VIH A LA MUJER EMBARAZADA (LEY 25543), 2001

La ley establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH, mediante el consentimiento informado, a toda persona embarazada y su pareja. Todos los establecimientos destinados a la salud, públicos o privados, están obligados a cubrirlo.

OBLIGATORIEDAD DE COBERTURA DE LAS PRESTACIONES DE VIH, SIDA Y DROGADEPENDENCIA (LEYES 24455 Y 24754), 1995 Y 1996

Estas leyes obligan a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga, respectivamente, a garantizar la cobertura de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por cualquier retrovirus, incluido el VIH, y aquellas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

LEY DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD (LEY 23661), 1988

Esta ley dispone la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud. El seguro tiene como objetivo fundamental proveer, a través de sus agentes (las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación), el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación sobre la base de un criterio de justicia distributiva. A partir de esta ley, todos los agentes del sistema deberán brindar el conjunto de prestaciones del Programa Médico Obligatorio.

LEY DE ANTIDISCRIMINACIÓN (LEY 23592), 1988

Esta ley exige que se adopten medidas disciplinarias frente a quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo dañe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional. A través de las exigencias de esta ley, quien cometiere esta falta será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados.

13.

Referencias

- Archbold, J. W. (2015). “Las masculinidades de los hombres homosexuales en *Plata quemada*, de Ricardo Piglia”. *Cuadernos de Literatura del Caribe e Hispanoamérica*, N° 22, pp. 107-122.
- Da Silva, C. (2002). “O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados”. *Revista de Saúde Pública*, 36 (Supl. 4). Disponible en <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MfVZfS9DkLBQtSn9f5DfnSj/abstract/?lang=pt>.
- Duranti, R. (2011). *Homos y travestis. Algunas cuestiones para mejorar la respuesta desde el sector salud*. Buenos Aires: Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación; PNUD Regional Centre Panamá; ONUSIDA Argentina.
- *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/sida en Argentina”*, 1ª ed. (2008). Buenos Aires: Libros del Zorzal. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000127cnt-2013-06_estudio-nacional-pv-vsenargr.pdf.
- FEIM (2020). “Acabemos con el VIH y la violencia de género, ya” (en prensa). Disponible en <http://feim.org.ar/2020/12/01/acabemos-con-el-vih-y-la-violencia-de-genero-ya/>.
- Fundación Huésped y ATTTA (2021). “Estado de salud y factores asociados en masculinidades trans y personas no binarias de la Argentina”. Buenos Aires. Disponible en <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/informe-ejecutivo-estado-de-la-salud-integral-de-masculinidad-des-trans-e-identidades-no-binarias.pdf>.
- Hall, H.; Walker, F.; Shah, D.; Belle, E. (2011). “Trends in HIV Diagnoses and Testing Among U.S. Adolescents and Young Adults”. *AIDS Behav.*, 16(1), pp. 36-43.
- Jones, D. (Coord.) (2016). “Significados asociados al VIH y al sida en la Argentina”. Estudio cualitativo sobre saberes y sentidos vinculados con el VIH-sida en jóvenes y adultos sin diagnóstico de VIH. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/2016-05_estudio-significados-VIH-sida_RE.pdf.
- Jones, D.; Barrón López, S.; Ibarlucía, I. (2017). “¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el sida? Un estudio sobre significados asociados al VIH y al sida en población general en la Argentina”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS; OPS. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000978cnt-2017-06_que-piensen-hacen-vih.pdf.
- Kornblit, A. (Comp.) (2000). *Sida. Entre el cuidado y el riesgo*. Buenos Aires: Alianza.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022). “Prevención combinada del VIH y las ITS. Recomendaciones para la implementación”. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/prevencion-combinada-del-vih-y-las-its>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). “Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina”. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina, N° 39, año XXIII. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021). “Adolescentes y jóvenes varones que tienen sexo con otros varones. Estudio sobre su salud sexual en AMBA, Santa Fe y Mendoza”. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/adolescentes-y-jovenes-varones-que-tienen-sexo-con-otros-varones-estudio-sobre-su-salud>.

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2017). “Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal”. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-10/2017-12-29_estudios-prevalencia-vih-sifilis-hepatitis-virales-tuberculosis-carceles.pdf.
- OMS/OPS (2000). “La violencia de género y el VIH”. Hoja informativa. Disponible en https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH_FS0705.pdf.
- OMS/OPS (2000). “Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción”. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- OPS (2019). “Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen”. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>.
- Rev. Latino-Americana Enfermagem (2013). “La masculinidad, la vulnerabilidad y la prevención de ETS/VIH/sida entre los adolescentes varones: las representaciones sociales en un asentamiento de reforma agraria”. Artículo original noviembre/diciembre. Disponible en www.eerp.usp.br/rlae.
- Rojas Cabrera, E. (2017). “El derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina: un análisis a partir de la variación de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual entre los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013”. *Notas de Población*, N° 104, pp. 145-160. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41964/06_Rojas_104A.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Rossi, D.; Goltzman, P. (2012). “Uso de drogas y VIH: documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación”. Con colaboración de Graciela Dora Touzé y Gonzalo Ralón. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud de la Nación.
- Santana, J.; Gomes, R.; Ferreira, E. (2012). “Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção de VIH/SIDA”. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17 (2). Disponible en <https://www.scielo.br/j/csc/a/34jmLZp6M-G6z8yb43G4v5zm/>.
- Santos, L.; Couto, M.; Mathias, A.; Grangeiro, A. (2019). “Hombres heterosexualmente activos, masculinidades, prevención de infecciones por VIH y búsqueda de profilaxis postexposición sexual consentida”. *Salud Colectiva*, 15. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652019000100045.
- UNICEF (2020). Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes. MICS 2019-2020. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/informes/mics-2019-2020>.

Propuestas pedagógicas

Escaneá el QR para acceder al documento.



