

PERCEPCIÓN SOBRE LAS CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS A LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH EN LA POBLACIÓN AFROURUGUAYA



Programa Prioritario
ITS-SIDA



Uruguay 2008 - 2009



***“Percepción sobre las creencias, actitudes y prácticas relacionadas a la salud sexual reproductiva y las infecciones de transmisión sexual y el VIH en la población afrourugueya”
2008-2009***

**Asociación Cultural y Social Uruguay Negro (ACSUN)
Programa Prioritario de ITS/Sida - Dirección General de la Salud del
Ministerio de Salud Pública**

AUTORIDADES

Ministra de Salud Pública
Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública
Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud
Dr. Jorge Basso

Subdirector General de la Salud
Dr. Gilberto Ríos

División Normas e Investigaciones
Dra. Norma Rodríguez

Programa Prioritario de ITS/Sida
Soc. María Luz Osimani

EQUIPO de INVESTIGACIÓN ACSUN

Coordinadora:

Lic. en T.S Amanda Díaz

Equipo “Etnia y Salud”:

Lic. en RRII Javier Díaz

Br. Carolina Ricarte

Lic. en Psic. Oscar Zumbí Rorra.

Colaboradoras

Br.Lourdes Fabra

Lic. en Psic. Sheila González

**PROGRAMA PRIORITARIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Y SIDA.- Dirección General de la Salud.- Ministerio de Salud Pública**

Revisores:

Soc. Maria Luz Osimani

Directora

Dra. Jahel Vidal

Directora Adjunta

Colaboradora:

Lilian Flores

Agente Comunitaria de Salud

PRÓLOGO

En el marco de la Reforma Sanitaria que se está procesando en el País, orientada a promover una atención integral y de calidad a todos los habitantes, es imprescindible profundizar el conocimiento de los comportamientos y actitudes vinculadas a los factores protectores o de riesgo sanitario de las diversas colectivos poblacionales que componen nuestra sociedad.

En este sentido, poder incursionar en el conocimiento y prácticas ante las ITS/VIH de la población afro uruguaya, podrá colaborar en el diseño de estrategias que facilitarán el logro de objetivos sanitarios del Programa Prioritario de ITS SIDA y demás Programas bajo la órbita de la Dirección General de la Salud (DIGESA), pero también a los Servicios de Salud del subsector público y privado.

En éste sentido asume una importancia fundamental el vínculo logrado con las organizaciones de la sociedad civil afro uruguayas pensando en el trabajo con su colectividad.

El Programa Prioritario de ITS/Sida, ha integrado desde el 2005 en su Plan Estratégico Nacional, una línea de trabajo con la población afro uruguaya, procurando intervenciones de acercamiento a las ONGs. Se destacan a título de ejemplo jornadas de capacitación e intercambio sumándose el presente estudio implementado por la ONG –ACSUN, seleccionada en la última convocatoria de instituciones de investigación y trabajo con población afro.

Resulta interesante las recomendaciones emanadas de este Estudio, señalando tener en cuenta como colectivos desde donde trabajar a las instituciones como las comparsas, scola do samba, así como los mismos referentes comunitarios, que se convierten en espacios desde donde los mensajes en salud pueden tener un importante impacto. En la misma dirección el lugar de trabajo de las ONGs en el mano a mano, se plantea como una oportunidad para promover el acercamiento a los Servicios de Salud, para el trabajo desde la salud sexual y reproductiva, prevención de las ITS/VIH desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta la etnia y los derechos humanos de ese sector poblacional.

Dr. Jorge Basso Garrido
Director General de Salud

INTRODUCCIÓN

En este primer decenio la sociedad uruguaya afronta importantes desafíos, tales como encaminarse hacia la construcción de comunidades equitativas e inclusivas. Los basamentos de esto son los mandatos de la III Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas conexas de intolerancia.

Es indiscutible que el desarrollo no depende solamente de la reducción de la pobreza, existe consenso de modo creciente que tal objetivo requiere también aumentar la equidad y propender a las igualdades de todo tipo. Cabe reconocer que las mismas afectan de manera transversal a las poblaciones minoritarias manifestándose a través de las desigualdades étnico-raciales entre otras.

Esta investigación es producto de la iniciativa del Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual- Sida (PPITS/Sida), de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (M.S.P) que con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S) convocó a instituciones y organizaciones afro, a presentar propuestas de investigación orientadas a la población afro de Uruguay, de manera de conocer la información, actitudes y prácticas ante las I.T.S y el Sida, así como su identidad étnica y sus propuestas ante la salud y el VIH.

Es así que fue seleccionada y ejecutó esta Investigación la Asociación Cultural y Social Uruguay Negro (en adelante **A.C.S.U.N.**) en alianza con el Equipo Etnia y Salud de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (en adelante **UDELAR**).

Esta coalición estratégica entre la Universidad y la Asociación se origina en la necesidad de fortalecer las relaciones entre sociedad civil y academia, tomando en cuenta las recomendaciones de los organismos internacionales,

así como también reivindicaciones históricas de los afro descendientes organizados. El trabajo con las comunidades le otorga un valor relevante a las investigaciones porque se constituyen en activos participes, dejando de ser meros objetos de estudio, para transformarse en actores estratégicos para el desarrollo. El presente trabajo pretende ser un aporte a la sociedad uruguaya para empezar a pensar y proyectar la equidad, respetando la diversidad étnica que la compone.

Desde la **UDELAR** y en la gestión de las instituciones y sus prácticas sociales se fue incorporando el conocimiento sobre una temática poco trabajada, pero relevante en la construcción de una democracia desde una óptica étnico- racial.

Nuestro principal objetivo, entonces, es contribuir a la elaboración de una base empírica y conceptual para el desarrollo de políticas públicas específicas en el ámbito ejecutivo y legislativo del Estado, orientadas a la superación de las inequidades que afectan a los afro uruguayos.

Consecuentemente, aportar elementos relevantes para superar la ausencia de políticas públicas que combatan el racismo en el Uruguay, en este caso en el ámbito de la salud, revirtiendo así la baja producción de datos estadísticos y la generación aislada de producciones académicas.

FUNDAMENTACIÓN

Estudios realizados en países de la región como Brasil, Colombia o Estados Unidos, entre otros, (Torres; 2001. Cruz y otros: 2008) han demostrado que la discriminación racial es una variable que influye en forma negativa pues aumenta la inequidad. En el plano de la salud, se manifiesta a través de la calidad de los servicios disponibles, la restricción en el acceso de los servicios, la segregación y discriminación realizados por los propios centros de asistencia y su personal.

Del mismo modo se ha observado que la discriminación se asocia con otras condiciones de vida, que operan como determinantes de carácter negativo para el logro de la salud integral. El concepto de "etnicidad" ofrece la posibilidad de abordar estas problemáticas con una visión diferente, permitiendo una incorporación más definida de aspectos psicosociales, culturales y económicos, entendiéndolos también como factores potenciadores de la salud y la calidad de vida.

Los afrodescendientes uruguayos representan una de las corrientes migratorias que constituyeron nuestra nación, con la particularidad de que no llegaron a estas tierras voluntariamente. No accedieron inmediatamente a la condición de ciudadanos, sino que la obtuvieron luego de atravesar un extenso período de esclavitud. Este cambio en la situación legal no significó un cambio real en sus condiciones de vida y tampoco garantizó su inserción social.

En el año 2006 el Instituto Nacional de Estadística arrojó datos estadísticos sobre la población afrouruguaya, declarando que se sitúa en el 10.2% de la población total (mas 300.000 habitantes). De este estudio se desprenden cifras que establecen que comparativamente entre raza blanca y raza negra, la segunda refleja las mayores tasas de actividad, es decir más personas dedicándose a la producción de bienes y servicios. Asimismo, este colectivo presenta la tasa más deprivada en aspectos sociales, económicos, educacionales y sanitarios.

En nuestro país las temáticas de I.T.S./V.I.H. no han sido analizadas desde una perspectiva étnica /racial en profundidad, al contrario de lo que sucede en países como Brasil, Estados Unidos o Canadá. Allí las luchas por la equidad racial han devenido en la creación y ejecución de políticas públicas focalizadas hacia los afrodescendientes. Estudios en el área de la salud demuestran una incidencia de las I.T.S./ V.I.H. mayor en esta minoría que en los sujetos de “raza” blanca, tanto sean analizados por el género masculino como femenino.

Situados en el contexto internacional constituido por diversos mandatos que vigilan y condenan las inequidades de orden racial, el Estado uruguayo debe implementar las recomendaciones de la III Conferencia Mundial Contra el Racismo en la cual se *“Insta a los estados a que recojan, analicen, difundan y publiquen datos estadísticos fidedignos a nivel nacional y local y a que tomen todas las medidas conexas necesarias para la evaluación de las situación de los grupos que son víctimas de racismo (...) la información debe recopilarse a los efectos de construir los indicadores socio-económicos incluyendo: tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna, esperanza de vida, tasa de alfabetización, tasa de desocupación, y el impacto de VIH, con miras a reducir las disparidades”*.¹

¹ Documento de declaración de la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Después de Durban: construcción de un proceso regional de inclusión social. IIDH. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2001

ANTECEDENTES

I) Reseña histórica del VIH /Sida y su legislación y normativas

En Uruguay la pandemia del VIH/SIDA se diagnostica y registra a partir del año 1983.

El marco legal normativo en Uruguay desde 1987² en materia de ITS/VIH ha permitido regular las actividades que abordan las diferentes dimensiones de la epidemia:

- El Programa Nacional de Sida se crea por Decreto N°345/87.
- En 1988 Decreto del Poder Ejecutivo N° 233/988 que establece la obligatoriedad del Control de Sangre y hemoderivados para ser utilizados en todo el País a efectos de detectar el virus del SIDA.
- En 1990 se creó el Centro de Referencia del SIDA Pediátrico, control y tratamiento de las embarazadas en el Hospital Pereira Rossell.
- Decreto del Poder Ejecutivo 17/92: Se declara el 29 de Julio de cada año el Día Nacional de Lucha contra el SIDA.
- Decreto del Poder Ejecutivo 146/94 en el que se incluye en el Código Nacional de Enfermedades de Denuncia Obligatoria al VIH.
- Resolución 171/97 Artículo 1.- Incluyese el tratamiento con antiretrovirales, siguiendo las prescripciones recomendadas por el Ministerio de Salud Pública, que actualmente tiene como monitoreo la determinación de la carga viral y el conteo CD4, dentro de las prestaciones a las que están obligadas las instituciones de Asistencia Médica y Colectiva (IAMC) para sus usuarios siempre que esté indicado

² Legislación en relación al VIH-Sida en Uruguay.-Uruguay 2002.- Programa Nacional de Sida-MSP-ONUSIDA

por especialista en medicina interna, Enfermedades Infecciosas, Dermatología u Oncología de las instituciones actuantes, del 18 de agosto de 1997.

- Decreto 158/97 del Poder Ejecutivo que establece el ofrecimiento de la prueba de detección del VIH a toda embarazada previo a su consentimiento informado. Dicho consentimiento también deberá ser realizado para su tratamiento en caso de que la embarazada resulte VIH positivo. Y el 12/08/1998, por Ord. Ministerial No.430, se explicita su registro en la historia clínica de la paciente y el flujograma de diagnóstico
- En el 2002, se incorpora en el Programa de Sida el área vinculada a las Infecciones de Transmisión Sexual, pasándose a llamar en la actualidad Programa Prioritario de ITS / SIDA (PPITS/Sida).
- Decreto Nº 435/005 del 25 de octubre 2005. Inhumación, Exhumación de cadáveres El artículo 1º del Decreto dispuso que la inhumación y exhumación de cadáveres se rige en todo el territorio nacional por el Reglamento Técnico para disminuir los factores de riesgo, controlar y prevenir la transmisión de agentes infecciosos de cadáveres de seres humanos fallecidos a consecuencia o no de dichos agentes. En este Reglamento se dispone que los cadáveres de personas fallecidas por SIDA, serán inhumados en iguales condiciones que el cadáver de cualquier otro fallecido, en el lugar que la persona antes de su muerte o el familiar haya elegido.
- Decreto 255/008 - Comisión Nacional de lucha contra el SIDA. Modificaciones.
Artículo 1.- Modifícase el Decreto del Poder Ejecutivo Nº 409/993 de fecha 15 de septiembre de 1993, el que quedará redactado de la siguiente manera:
Artículo 1º.- Créase la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA), con las siguientes competencias:
a) Constituirse en Consejo Consultivo de Coordinación, presentación de

propuestas e incidencia en las Políticas Públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, respecto al VIH/SIDA en el marco del acceso universal a la atención integral, trabajando en términos de prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con VIH-SIDA.

b) Proponer y colaborar en la ejecución de actividades sistemáticas, a realizar en conjunto con las instituciones involucradas, que potencien la respuesta nacional ante el VIH/SIDA.

c) Promover la participación directa de representantes de organizaciones especializadas y con trayectoria en VIH/SIDA.

d) Promover la participación directa de representantes de las organizaciones de personas con VIH.

Artículo 2º.- La Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA, estará integrada por un Plenario de Delegados (P.D.) y Comisiones Temáticas (C.T.).

Artículo 3º.- La Subsecretaría del Ministerio de Salud Pública, presidirá el Plenario de Delegados y participarán con un titular y un suplente: la Dirección General de la Salud (DIGESA-MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio del Interior, el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, la Administración Nacional de Educación Pública, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Universidad de la República, la Comisión de Salud del Senado, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el Congreso de Intendentes, el Sector Empresarial, el Plenario Intersindical de Trabajadores (PIT/CNT).

Artículo 4º.- Asimismo participarán con cuatro titulares y cuatro suplentes las Organizaciones de la Sociedad Civil vinculadas a la temática del VIH/SIDA y de los Grupos de Personas con VIH.

Artículo 5º.- Todos los integrantes serán designados por sus respectivas Instituciones y ejercerán la representación de las mismas mientras éstas no revoquen dicha designación.

Artículo 6º.- Participarán también con voz pero sin voto, los delegados de los Organismos del Sistema de Naciones Unidas - (OPS/OMS) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud -

(UNICEF) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - (UNFPA) Fondo de Población de las Naciones Unidas -

II). Epidemia del VIH/Sida en Uruguay

Uruguay, presenta una epidemia de VIH de tipo concentrada, de baja prevalencia de VIH en población general (menor a 1%) y mayor prevalencia de VIH en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad.

El Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) de la Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública (MSP) es quien lleva adelante la vigilancia epidemiológica de esta epidemia conjuntamente con el PPITS/Sida.

El estudio de prevalencia en población general de alcance nacional realizado en el 2008 por el equipo de DEVISA y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública, (DIGESA-MSP) mostró una seroprevalencia de VIH de 0,42%³.

A su vez, los estudios de Segunda Generación (comportamentales y serológicos) implementados conjuntamente con el programa Prioritario de ITS/Sida-DIGESA-MSP y las ONGs que trabajan con esta población, han permitido ir monitoreando la epidemia en la población en condiciones de mayor vulnerabilidad, orientando así el conocimiento de esta epidemia concentrada, a la vez que facilitando la identificación de intervenciones preventivas adecuadas a esta población.

En el año 2008 se implementaron en trabajadores sexuales masculinos (TSM) y en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Montevideo y áreas metropolitanas.

La prevalencia de VIH en las mismas sub-poblaciones fue de 19,3% para TSM (2008) y de 9,5% para la población HSH (2008-09).

³ Según estimaciones realizadas por el programa Spectrum, por el equipo de vigilancia epidemiológica, Uruguay presenta una prevalencia de 0,47% en el año 2008, por lo que no difiere en grandes rasgos del Estudio de Prevalencia Nacional implementado por el MSP. Para fines del 2009 este programa Spectrum, proyecta una prevalencia nacional de 0,53 %

Se realizaron también varios estudios serológicos y comportamentales (2da Generación) en coordinación con el Ministerio del Interior- Sistema Médico Penitenciario y ONG trabajando con población privada de libertad, donde se encontró cifras que iban de 0 a 5,5% según diferentes Establecimientos penitenciarios (La tablada, Centro Nacional de Rehabilitación, Cárcel de Mujeres de Montevideo o Canelones, Cárcel de Hombres de Canelones, Cárcel de Rivera, etc.)

Etnia y VIH

A nivel mundial, existen estudios en relación al impacto del VIH en la población afrodescendiente, pero en el caso de Uruguay, si bien hay análisis que abordan el tema de I.T.S / V.I.H no se ha realizado una Investigación de información, actitudes y practicas, así como de serología ante el VIH, que nos permita conocer mejor la situación de esta población.

Existe un gran vacío teórico en torno a la temática de los afrodescendientes a nivel global. En la actualidad, en el Uruguay, esta situación se ve exacerbada, ya que es casi inexistente la producción académica acerca de este tema, al igual que en el resto de Latinoamérica. Más aun, mientras más variables se cruzan para el análisis de la temática de los afrodescendientes, como en la presente trabajo que toma el V.I.H, más grande se torna el vacío teórico mencionado.

III).- Reseña del Proceso de Discusión de la Temática de Salud Étnica Uruguay.

La articulación de esta temática es a partir de las reivindicaciones de las Organizaciones afrodescendientes. Este proceso comienza al regreso de la democracia a fines de los años '80, proceso de carácter mayoritariamente político de las reivindicaciones de los derechos de la población afrouruguaya como problema social.

En 1996 y 1997 el Instituto Nacional de Estadística trabaja por primera vez la variable etnia/raza en la Encuesta Continua de Hogares ampliada, la cual arroja que la población afrodescendiente, posee índices de desigualdad en

todas las áreas sociales y de salud comparativamente mayores, en general en relación a la población “blanca”.

En 1997 se realizó el Diagnóstico Socioeconómico y Cultural de la Mujer Afrouruguaya (OMA-GAMA1998) a partir del cual fue posible recabar los hábitos de consulta en materia de salud, así como el número de embarazos y el control de los mismos. Esta situación puso en el tapete la realidad de discriminación racial coyuntural de nuestro país. Simultáneamente a las acciones nacionales se llevaron a cabo procesos preparatorios de la *“III Conferencia Mundial Contra el Racismo y formas de conexas de Discriminación”*. Este proceso permitió conocer y realizar redes a nivel regional en torno a varias temáticas entre una de ellas el de la salud. Allí se comienza a profundizar sobre enfermedades de propensión étnica como la anemia falciforme e hipertensión y diabetes.

En el año 2000 se introduce la temática en la Universidad de la República a partir de la formación de investigadores volcados al tema, en la facultad de Psicología realizando allí las investigaciones sobre: *“La inclusión de la variable raza/etnia en las estadísticas vitales en el Uruguay OMS/OPS”*. Estas actividades se enmarcaron también con la docencia Universitaria durante 5 años.

En el año 2001 se incluye la variable etnia / raza en las historias vitales de las policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

En el año 2002 se realiza el Seminario de Etnicidad y Salud, Implementación de las resoluciones de Durban.

En mayo de 2003 se celebró la primera instancia de seguimiento a nivel de Latino América y el Caribe que se realizó en Montevideo, el Taller Regional para la Adopción e Implementación de Medidas de Acción Afirmativa para Afrodescendientes; constituyendo una instancia de reflexión para los representantes gubernamentales en conjunto con la sociedad civil, en donde una mesa de trabajo giraba en torno a las políticas públicas de salud. Se insto

a los Estados que participaron de la III Conferencia Mundial Contra el Racismo a dar seguimiento y cumplimiento a los mandatos emanados del Plan de Acción y el Programa de Durban.

En Diciembre de 2003 en Punta del Este se organizó el Congreso Mundial Sobre el V.I.H/S.I.D.A, donde se presentó una ponencia sobre sexualidad y estereotipo por la Universidad de la República, Facultad de Psicología.

En los años subsiguientes se observan resultados del trabajo realizado en la concientización de los movimientos afrodescendientes, realizando actividades de diferente tenor, como charlas de enfermedades de propensión étnica, entrega de preservativos en las llamadas, formación de promotores de salud, etc.

En 2007, se publicó el Informe del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial.

Más recientemente en el 2009 se publicó la Investigación “Población Afrodescendiente y desigualdades étnico / raciales en Uruguay”. Financiado por PNUD, UNFPA, UNIFEM. AECI.

- Virus de Inmuno Deficiencia Humana – Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/Sida) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

A partir del año 2005, en el PPITS/Sida, se crea una Línea de Trabajo de Etnia y VIH, en el marco del Plan Estratégico Nacional Quinquenal (2005-2010) – aprobado en el 2006, por el Mecanismo Coordinador País, intersectorial e interministerial- con el objetivo de identificar las ONGs que trabajaban en salud y en VIH con esta población, y pensar un plan de acción

conjunta que permitiera conocer la especificidad de los afro uruguayos/as e intervenir en la prevención de las ITS/Sida.

En el 2005, es importante señalar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publica el estudio de la incorporación de la variable etnia/ raza en las estadísticas vitales en el Uruguay.

Ya en 2006-2007.-el PPITS/Sida, realiza inscripciones de ONGs Afro uruguayas, con interés en trabajar en esta área de salud, se realizan don Jornadas de sensibilización e información sobre las ITS/VIH en Montevideo y Artigas, organizada por el PPITS/Sida y ONGs. Con importante trabajo comprometido de varias ONGs se logró una intervención preventivas y distribución de condones en Carnaval en varios departamentos del país, y se elaboró y difundió un tríptico orientado a los/as afro uruguayos/as de prevención de VIH/Sida.

La población afro uruguaya estadísticamente⁴ se caracteriza por ser joven, urbana y estar sobre- representada en el quintil mas bajo de la sociedad. A nivel de Latinoamérica, los casos registrados de VIH/SIDA se concentran cada vez más en la población joven urbana, en especial entre aquellos con menor nivel educativo y baja calificación laboral. En términos globales, la población de origen afro es la más afectada por esta pandemia. En el caso de nuestro país desconocemos el cruce de estas variables.

Así, en el 2008 se realiza por parte del PPITS/Sida/DIGESA/MSP, la Convocatoria a ONGs e Instituciones que trabajen en Investigación con afro uruguayos, o tengan interés en trabajar con esta población de manera de identificar mejor la especificidad ante esta epidemia de manera de poder posteriormente diseñar intervenciones de prevención más efectivas. Y es en esta instancia en que resulta seleccionada ACSUN para la realización de este Estudio Cualitativo.

Entendimos que la dialéctica entre la Sociedad Civil y el Estado se da en un momento clave ocho años después de finalizada la Conferencia de Durban. El M.S.P. ha sido uno de los actores que ha impulsado acciones tendientes a

⁴ La población afro uruguaya en la franja etaria de 0 a 19 años representa el 14.2% de esta población contra un 10.5% de esta misma franja de la población blanca en el Uruguay).

eliminar las barreras de las inequidades entre los distintos grupos étnicos de Uruguay.

Es por eso que ha sido y es de nuestro interés, indagar como se construye hoy la percepción de conductas de riesgo para la salud sexual y reproductiva y la propensión a la transmisión de ITS/VIH-Sida, Consideramos que por su carácter cultural, estas construcciones dan cuenta de una continuidad que trasciende al individuo, al tiempo que lo inscribe en ella. De esto resultará la información necesaria para la implementación de políticas públicas de acciones afirmativas y focalizadas.



Marco Conceptual del Estudio: etnia, raza, genero, sexualidad, invisibilidad....

Etnia

Nuestro punto de partida es a través de la concepción de los afrouruguayos de acuerdo al concepto de etnia (Torres, 2001), como identificación o sentimiento de pertenencia a un colectivo con el que se comparten cuestiones históricas, culturales, cosmovisiones, lenguaje, etc.

Sexualidad

Siguiendo a Alejandra López Gómez (2004) partimos de una concepción de la sexualidad como un complejo proceso de construcción y producción socio-histórica, cultural, subjetivo y político. Producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido. Incluye tanto sus productos simbólicos como las bases materiales sobre las cuales se sostienen. Como proceso de construcción socio-histórica, implica reconocer la variabilidad social de las formas, las creencias, las prácticas y los significados a ellas asociadas.

Como práctica social específica, las prácticas sexuales son a la vez producto y productoras de subjetividad.

Género

Otras categorías que entendemos pertinentes desarrollar, son las que contemplan las diferencias y los puntos de encuentro entre los varones y las mujeres, es decir desde una perspectiva de género.

El género es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo con su sexo. Esta diferencia se manifiesta en los roles de producción, reproducción y gestión comunitaria. Los aspectos de género cambian y son diferentes de un lugar a otro, de un grupo étnico a otro y en el tiempo. Las

características de género son construcciones socioculturales que varían a través de la historia.

Los sistemas de género están constituidos por relaciones de poder, prácticas, creencias, valores, estereotipos y normas, que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual. Así, el género es una categoría de análisis que permite pensar los rasgos que cada cultura atribuye a lo femenino y a lo masculino. La construcción social de la identidad de género tiene aspectos comunes y particulares que cambian de un grupo social a otro, de acuerdo con su acervo cultural, valores y ámbitos o espacios geográficos diferenciados. De este modo se puede hablar de “construcciones sociales” de la identidad de género, en referencia a que no se trata de la construcción de un solo proceso social, sino de muchos. De ahí la heterogeneidad de identidades femeninas y masculinas que se observan en la sociedad.

Raza

A pesar de que en el presente trabajo no se tomará la variable ***raza***, es necesario conceptualizarla. Aunque científicamente se haya demostrado que el concepto de raza es una construcción social e ideológica cuando se refiere a la especie humana, es claro que no será fácil desmitificarlo del plano del cotidiano social. El concepto permite clasificar y excluir sistemáticamente a miembros de determinados grupos de la plena participación social. Esta conceptualización de carácter “científico” se utilizó como criterio para distinguir y con el propósito de establecer jerarquías entre los sujetos, a partir de diferencias genéticas, geográficas, culturales, morales y psicológicas, como medio para justificar la naturalización de un sistema social discriminatorio.

Las categorías de análisis ***racismo*** y ***racialización*** hacen referencia a comportamientos cargados de odio y menosprecio en contra de personas con características diferentes. La primera categoría afirma la existencia de un orden racial y de la inferioridad “innata” o “natural” de un grupo humano sobre otro, o lo que es lo mismo la superioridad del colectivo propio. El segundo término corresponde a procesos históricos sociales estructurales mediante los cuales

se producen y reproducen las desigualdades basadas en criterios raciales. Ambos conceptos son producto de una construcción social.

Otro concepto que es necesario definir es el de **estereotipos**. Lo mismos están entendidos como ideas, prejuicios, creencias y opiniones preconcebidas, impuestas por el medio social y la cultura que se aplican en forma general a todas las personas pertenecientes a la categoría a la que se hace referencia, que puede ser etnia, edad o sexo. Conforman un modelo rígido aplicable a todos los miembros de dicha categoría, desestimando sus cualidades individuales y supeditándolas a él. Esta construcción que atraviesa a ambos géneros, se expresa en las fantasías de la mayoría de los sujetos de la sociedad uruguaya.

Unido a esto para finalizar las definiciones operativas desde una perspectiva étnica / racial nos apoyamos en el concepto de **invisibilidad** que trabaja la Antropóloga Laura López en relación a las políticas públicas de acción afirmativa y de reparación. Este mecanismo procesa la producción de cierta mirada que niega la existencia del grupo, como una forma de resolver la imposibilidad de desterrarlo, entendiendo que los “negros” no son visualizados, pero si que son vistos como no existentes. De este modo, como dispositivo de negación muchas veces inconscientemente, la invisibilización es productora y reproductora de racismo, mecanismo que puede ocurrir en el ámbito individual, en el colectivo, en las acciones institucionales y textos científicos. (López, 2009.)



Estudio Cualitativo, de Información y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de las ITS/VIH en Población Afro uruguaya.

EQUIPO de INVESTIGACIÓN ACSUN

“Percepción sobre las creencias, actitudes y prácticas relacionadas a la salud sexual reproductiva y las infecciones de transmisión sexual y el VIH en la población afrouruguaya”

OBJETIVOS

Objetivo General:

Contribuir a la acumulación de conocimiento sobre creencias, actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las infecciones de transmisión sexual y VIH en la población afrouruguaya.

Objetivos Específicos:

- Contribuir a identificar y diseñar políticas de prevención y acciones efectivas destinadas a población afro uruguaya, ante las ITS/VIH.
- Conocer las características socioculturales particulares de la población afrouruguaya y el análisis de sus creencias, actitudes y prácticas frente a las I.T.S./V.I.H.

METODOLOGÍA

Ante el estado de situación de conocimientos, en relación a Etnia y VIH en Uruguay, se optó por el un Estudio Cualitativo de carácter Exploratorio Descriptivo de la investigación.

Consideramos además que esta metodología es especialmente adecuada debido a la experiencia de producción del equipo en esta metodología lo que nos revela, que es la que mas se adapta a la población de estudio.

Es entonces que en una primera instancia se propuso un estudio descriptivo, realizado con una metodología cualitativa cuya intención es “**dar la palabra**” a los y las protagonistas, intentando un movimiento comprensivo en profundidad de los fenómenos psicosociales involucrados. La metodología sugerida compuesta de Grupos Focales y Entrevistas en Profundidad,

El PPITS/Sida, solicitó, al Equipo de Investigación de ACSUN, sin embargo, que se incorporase un cuestionario con algunas preguntas socio demográfico para identificar mejor la población y preguntas más íntimas al respecto de las prácticas ante las ITS/VIH. Introduciendo así también, una técnica cuantitativa con un Formulario Autoadministrado.

a) Los Grupos Focales⁵

Además de dar la oportunidad de recoger la experiencia de varias personas simultáneamente, ofrecen una posibilidad de interacción que permite la elaboración del tema, dada a través de la confrontación, la comparación, la desnaturalización y el señalamiento de aspectos latentes, siendo éstos, recursos propios de la dinámica grupal. A la vez que se enriquece el abordaje de las problemáticas, se facilita una mayor profundización, desde la complejidad de los mismos.

Suponen asimismo un efecto derivado, como es la oportunidad de modificar actitudes y estereotipos a partir de la desnaturalización -

⁵ Pautas en Anexo, Pag 56

interpretación - movilización – transformación, de los aspectos trabajados en el grupo.

b) Entrevistas en profundidad⁶

Las entrevistas en profundidad brindan información precisa y profunda acerca del tema a investigar, insumiendo un tiempo extenso. En estas, a diferencia de lo Grupos Focales, no se selecciona una muestra por su representatividad, sino que se seleccionan “casos” o “situaciones” que se considera ofrecen riqueza -en cuanto al material y las vivencias- a la problemática planteada por la investigación.

c) Formulario Autoadministrado

Al cuestionario autoadministrado lo podemos definir como una técnica que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de una encuesta. Incluye preguntas que pueden ser precodificadas (en las que las personas que completan el formulario reflejan su opinión o situación personal, debe elegir entre dos opciones: “sí-no”) o de respuesta fija o de múltiple elección, siendo estas de dos tipos:

- Abanico de respuestas, cuando se ofrece al encuestado una serie de opciones de respuesta, que deben ser exhaustivas y mutuamente excluyentes.
- Abanico de respuestas con un ítem abierto. Este tipo de pregunta es apropiado cuando no se tiene la absoluta certeza de resultar exhaustivos y se deja la posibilidad al encuestado de añadir opciones no contempladas en las alternativas de respuesta ofrecidas.

Características, particularidades y dificultades Metodológicas

La selección de la población con la que se trabajó se hizo a partir de la información estadística, que establece que la mayoría de los afrodescendientes

⁶ Pautas en Anexo, Pag 58

se encuentra en Montevideo, Artigas, Rivera y Cerro Largo⁷. Es necesario mencionar que también se consideraron en la elección casos o situaciones que ofrecían riqueza a la investigación. Es decir, no solo circunscribiéndonos a lo puramente estadístico, sino también al conocimiento personal de los investigadores y/o referentes comunitarios.

En relación a la franja etárea de la población que se selecciono, se determinó que la misma abarcara entre los 15 y 45 años, dado que es allí donde la mayoría de la población afrodescendiente⁸ se encuentra y a la misma vez esta franja es la de mayor propensión a las ITS/VIH.

En cuanto a la implementación de las técnicas en el campo:

1. Grupos Focales

- Cuatro en Montevideo (barrios de Palermo, Sur, Cerrito de la Victoria y Cruz de Carrasco),
- Tres en el interior del país en Cerro Largo (localidad de Cañas), en Rivera (barrio de la Estiva) y en Artigas (barrio Cerro Ejido).

De los siete grupos, uno fue exclusivamente de mujeres, y los seis restantes mixtos. Aunque dentro de los planteos del proyecto estaba previsto que se realizara un grupo exclusivamente de hombres, dada la baja participación de los varones no fue posible.

2. Entrevistas en Profundidad

- Ocho en Montevideo (Cerrito de la Victoria, Ciudad Vieja, Verdisol, Malvin Norte, Parque Rodó, Palermo, Reducto, Barrio Sur)
- Siete en el interior en Cerro Largo (localidades de Rosalía y Centurión), en Rivera (barrio de la Estiva) y en Artigas (ciudad).

3. Formulario Autoadministrado

⁷ La mitad de los afrodescendientes, el 51%, reside en el interior y se concentra en los departamentos del noroeste y del litoral

⁸ Un tercio de la población afro tiene menos de 15 años en comparación con un quinto de la población blanca y un cuarto de la población indígena. A la inversa, la población blanca está notoriamente más envejecida que la negra: la proporción mayor de 65 años entre los blancos duplica con creces a la población negra en este mismo grupo etareo."Perfil Demográfico Socioeconómico de la Población Uruguaya según su ascendencia étnico racial". ENCH ampliada 2006.I.N.E. M. Bucheli/W.Cabela

Se aplicó a todas las personas que participaron como entrevistados o en los grupos focales.

Convocatoria:

Para identificar un grupo heterogéneo en edades, género, nivel socio económico, activista y no activista en los movimientos afro, se solicitó el apoyo a las ONGs afro uruguayas, a las/os Agentes Comunitarios de Salud, y se apeló al conocimiento de instituciones por parte de ACSUN y del PPITS/Sida.

Ahora bien, no se consiguió el apoyo solicitado por parte de las ONGs Afro uruguayas, por lo que es importante resaltar el compromiso en esta convocatoria que tuvieron los/as Agentes Comunitarios/as de salud en todo el país, lo que permitió acceder a un universo de población que a través de las organizaciones no se hubiera alcanzado.

Por otro lado, en cuanto a la convocatoria realizada entre los meses de febrero - abril, en los departamentos de Montevideo, Rivera y Cerro Largo; se destaca el uso por parte del equipo técnico de diversos medios para contactarse con las diferentes localidades, así como también con cada uno de las referentes territoriales. Se utilizaron teléfono, mensaje de texto, e-mail, y entrevistas personales.

Permitiendo de este modo afianzar el vínculo con los/as referentes, así como realizar un continuo seguimiento de la conformación grupal en cada localidad. Se encontró en su mayor apertura y compromiso por parte de las/os referentes comunitarias/os e institucionales en el interior del país, así como en Montevideo. Específicamente en Montevideo, los/las referentes institucionales que contribuyeron a la conformación de los grupos focales fueron grupos culturales (danza, comparsa, candombe, teatro).

Consecuentemente la convocatoria y la población alcanzada, planteó tres resultados:

- α) La población con la que se trabajo carece de los procesos de institucionalización, y por lo tanto no maneja el discurso de las instituciones del movimiento afro.

- β) Al equipo cambiar de población objeto, no se sobreexplotó la base de datos que previamente teníamos acumulada, deviniendo en la ampliación y enriquecimiento de la misma.

- χ) La cobertura territorial que durante la trayectoria del equipo de investigación se abarcó, se vio ampliada y pudimos alcanzar zonas a las que no solo no habíamos llegado anteriormente, sino que se caracterizan por estar al margen de toda acción que las organizaciones que tratan la temática afro realizan.

Ahora bien, también tuvo su impacto a la hora de aplicar el cuestionario auto suministrado, constituyéndose en una barrera casi infranqueable, porque la población objeto se caracterizó por registrar índices de escolarización baja o nula (analfabetos funcionales o analfabetos)⁹. Esta dificultad trajo aparejado que el tiempo utilizado para completar el formulario se situara entre los 45 y los 60 minutos¹⁰. Tomando en cuenta los rasgos de la población anteriormente expuestos, la ausencia de habilidades de lecto-escritura ocasionó que se perdiera la confidencialidad y el anonimato. Perjudicando así, la ejecución de las técnicas cualitativas que se aplicaron posteriormente, porque adelantaba la temática a discutir.

⁹ La caracterización de las deserciones tempranas, indicando que es mas intensa para los adolescentes de ascendencia racial negra o afro. Entre las personas de 14 a 17 años la proporción de asistencia al sistema educativo es de 68% para los afros, 78% para los indígenas y 80% para los blancos. La mayor tasa de actividad de la población con ascendencia negra e indígena se originan entre los más jóvenes. En los primero existe una incorporación temprana al mercado laboral con deserción escolar. ampliada 2006.I.N.E. M. Bucheli/W.Cabela

¹⁰ Luego de la prueba piloto de la aplicación del formulario autoadministrado en Artigas, se determinó proveerlo al comienzo de la sesión de grupo focal y de la entrevista, ya que hacerlo al final no garantizaba la permanencia de los participantes en el lugar del encuentro.

PERFIL DE LA MUESTRA:

El total de la muestra fue de 92 personas a partir de los 18 años, entre las cuales el 69,5% fueron de Montevideo¹¹.

En el interior del país, participaron 32 personas de los Departamentos de Cerro Largo, Rivera y Artigas.

El 100% de los varones que participaron del Estudio han tenido relaciones sexuales. La edad promedio de la primera relación sexual de los varones en fue a los 15 años, tanto para Montevideo como para el interior del país. . Habiéndose iniciado en las relaciones sexuales los varones en un 48,5% con parejas ocasionales o trabajadoras sexuales.

En el caso de las mujeres, en la población de Montevideo, el 18% no había tenido relaciones sexuales, y de las que tuvieron el promedio se inicio a los 18 años. Habiendo sido el 86% con su novio o amigo. Declaran haber utilizado el condón en su última relación un 54,5%.

En el caso de las mujeres del interior el 100% había tenido relaciones sexuales y el promedio de edad de inicio fue a los 16 años, una edad menor que las de Montevideo.

Preguntados al respecto de si han asistido a una consulta ginecológica, la población de mujeres de Montevideo, dice que nunca consultó un 5,8 % y nunca se realizo un PAP un 29,4%; en el caso de los varones de Montevideo, el 50% nunca se realizo un examen prostático

¹¹ En el caso de Montevideo, se llevo a 64 personas siendo 48,4% hombres y 51,5% mujeres. Menores de 25 años 40,8%.En relación al estado civil, el 62,5% solteros, siendo la periferia de Montevideo, el lugar de residencia del 84,3%.Estudiantes el 28,1% y trabajadores dependientes el 40,6%. Desempleados el 3,1%.



CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES

1. Estereotipo: “Negro y todavía puto”

A la hora de hablar de estereotipos y ver como emergen en el discurso predominante en las entrevistas y grupos focales, es necesario dejar de manifiesto que partimos de la concepción de que el género, la sexualidad y la etnia son categorías que se intersectan para producir experiencias únicas que no se pueden reducir a la simple sumatoria de cada una de ellas por separado.

Son varios los estereotipos que aparecen sobre “*el cuerpo*” de los afrodescendientes. Trabajaremos exclusivamente aquellos estereotipos que aluden a la sexualidad. La mayoría de estos, alude a la capacidad física, yendo desde el esfuerzo físico representado en el trabajo pesado “*trabaje como un negro*”; pasando por la sexualidad “*Las negras son calientes en la cama*” y “*los hombres negros son más dotados y resistentes*”: De estas frases esta repleta el imaginario colectivo uruguayo.

Siguiendo con la clasificación de nuestra anterior investigación “*Población afrouriaguaya y desigualdades étnico-raciales*” (2008), podemos decir que frente a los estereotipos las respuestas de los participantes de esta investigación siguen dos grandes líneas: a) algunos naturalizan y asumen una identificación en el modelo de exclusión que supone una auto imagen desvalorizada y carente por defecto propio. En estos casos no se vislumbra posibilidad ni expectativa de cambio; b) otros consideran que el modelo de exclusión es una construcción social: creen que hay una escasa oferta de modelos alternativos a los tradicionales (o son muy poco conocidos).

Cuando se habla de los estereotipos sobre V.I.H/ S.I.D.A los individuos lejos de verse identificados con esa problemática, la identifican con otros grupos discriminados y/o condenados por la sociedad como ser los adictos a la droga, homosexuales (asociando siempre al género masculino).

Es de destacar que los estereotipos sexuales que pesan sobre el varón afrodescendiente no son visualizados como un problema más allá de la matriz racista- colonialista de la que provienen. Y son utilizados en provecho a corto plazo en el ámbito del coito donde pasa de ser dominado a dominar.

Los imaginarios en torno al erotismo y la sensualidad de los negros, es como una elaboración bilateral en la que participan no sólo los no-negros sino también los negros, en un juego de espejos múltiples. En el caso de las mujeres afrodescendientes estos estereotipos siempre tienen un peso negativo, identificando a la mujer exclusivamente como objeto sexual, ninfomana y esclava en contraposición a la imagen de la maternidad sana y blanca¹².

Roger Bastide en un capítulo titulado “Vénus noires et Apollons noirs” de uno de sus libros, sugiere que los encuentros sexuales interraciales no se dan mayoritariamente dentro de la igualdad de los sexos sino a partir de estereotipos sobre las mujeres negras como objetos de goce y botines fáciles para los hombres blancos y de los varones negros como virilmente superiores a los blancos. En esta investigación examinamos que en la mayoría de los casos las creencias expresadas acerca de la sexualidad de los afrouruguayos indicarían una fuerte conexión entre raza y sexo en la mente del colectivo, en particular en los hombres afrouruguayos.

El fuerte peso que tienen los estereotipos en la construcción de las identidades personales y colectivas, en las relaciones interpersonales denota baja autoestima; como ser entre otras cosas el no autocuidarse que refleja un factor de riesgo a la vulnerabilidad relacionada con el V.I.H/S.I.D.A.

” (...) Yo creo porque somos mas cachondos, mas fogosos, mas no se... somos diferentes totalmente a ellos, somos diferentes... por eso no se... tenemos algo muy diferente... no somos tan fríos.”

Grupo Focal Mixto, hombre Montevideo.

¹² Vigoya. M; “La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual”. S/M/D.

2. Invisibilidad.

La misma es un concepto que atraviesa varios niveles de nuestra investigación, pudiéndola definir, como anteriormente expresamos, como un proceso de producción de cierta mirada que niega la existencia del grupo, como una forma de resolver la imposibilidad de desterrarlo; en el entendido que los “negros” no son visualizados, pero si que son vistos como no existentes (López, 2009).

Esta definición atraviesa el campo de la salud, en diferentes niveles, como pueden ser: la institución salud refiriéndose a la misma como, lógicas que por diferentes procesos nivelan las formas de regulación de la actividad humana y se pronuncian valorativamente respecto a ellas. En el caso específico de la población afro uruguaya, es tomada de forma universalista, no siendo vista como tal sino como una masa homogénea de la población. Dicha concepción es resaltada por lo participantes de nuestra investigación:

“...la gente todavía sigue siendo totalmente ignorante con respecto a los negros, la gente todavía sigue sintiendo que el negro es un ciudadano de segunda y bueno entonces, pero eso porque pasa también, porque nosotros no estamos teniendo la visibilidad, ni estamos ocupando espacios que deberíamos estar ocupando.” Mujer, 36 años, Montevideo

Lo organizacional se refiere a la representación concreta de lo institucional, de forma social y visible, en este caso se refiere a todos los centros de salud (policlínicas, sanatorios, hospitales, etc.) Así como sus niveles de estructura organizativa, es decir como asume una organización, los recursos que dispone, el uso de ellos, las relaciones entre sus integrantes y el contexto, los propósitos que orientan las acciones. Grado de diferenciación e integración funcional de los elementos que lo componen.

Este nivel de análisis fue tomado a partir de las preguntas directas de atención a la población afro uruguaya y cruzadas en caso de ser portador del VIH / SIDA.

- *¿Usted se sintió alguna vez discriminado en un centro de salud por ser negro /afro uruguayo?*
- *¿Vivencio algún acto de discriminación contra una persona por ser negro/afrodescendiente?*
- *¿Donde cree UD que el tratamiento y asistencia a los enfermos de Sífilis o VIH/SIDA es mejor en el ámbito público o privado?*

Surgiendo que la enfermedad “visibiliza”, a la vez que excluye por la descendencia y reduce aun mas la invisibilidad como sujeto de derecho.

“...Creo que seríamos socialmente muy torpes para tratar a un enfermo de SIDA sin mirarlo todo el tiempo con cara de pobrecito te vas a morir, yo que se en realidad nos vamos a morir todos, creo que todavía no estamos muy preparados con respecto a eso a como lidiar con esa enfermedad de una manera digna para quien lo lleva este y también digna para uno que esta tratando con esa persona. Parece que sí sigue siendo muy tabú e invisible, bastante invisible...”

Mujer, 36 años, Montevideo

“...Así de mi parte no, pero que existe, existe lógico, la gente es muy ignorante no tiene, no se informa de hecho las cosas y después no quiere tomar mate con esa persona, no quiere hablar, no quiere besarla, no quiere tener relaciones... uno puede tener relaciones con alguien que tiene Sida, solo protegerse, uno puede tomar mate, no vas a, solo que tomes litros y litros de saliva si te vas contagiar, pero tomar mate no hace nada...”

Mujer 21 años, Ciudad de Rivera

“Yo creo que sí, que son discriminados. Porque yo creo que cuando en el barrio te enteras que uno tiene Sida, lo señalan siempre. Y siempre hablan por atrás “tiene Sida”. Se complica para conseguir trabajo, inclusive económicamente también, no los ayudan también con eso. Que tienen que me parece, comer adecuadamente y eso... me parece que no los ayudan. Acá y

creo que son discriminados si. Por que no? Vos no los ves que estén bien económicamente, sino que se les ve que tienen la enfermedad y por eso como que económicamente van descendiendo.”

Grupo focal, Mixto Montevideo

Los múltiples cruces de los índices de vulnerabilidad, a partir de pertenecer a las llamadas minorías (mujer, afrouruguayo, portador de HIV / SIDA, homosexual, etc.) reconoce que no existe solo un principio de la discriminación, sino que interactúan paralelamente.

“Sos pobre y negro te puede afectar como una doble discriminación, capaz que un pobre que es rubio y de ojos celestes no tanto, pero que un pobre que es negro es como que socialmente te miran de costado.”

Grupo focal, Mixto Montevideo

- *“E: ¿Y si es negra la persona?”*
- *X: Sí, tiene como una doble discriminación.*
- *E: ¿Una doble discriminación?*
- *X: Y si por más que la sociedad este cambiando un poco la cabeza o abriendo un poco más la cabeza la discriminación siempre va a existir. Esta peor. Si seguro es no se como el dicho con la homosexualidad se discrimina al homosexual, pero hay un dicho negro y todavía puto, es como un doble calificativo negativo de la persona. Es irónico no”.*

Mujer 25 años Montevideo

3. Influencia de la invisibilidad a la limitación en los servicios de salud.

Esta limitación puede influir de diferente formas; ubicación y costos, estos son los mas viables de representar, expresándose en la segregación espacial, barrios y/o regiones (Torres 2001). Pero también pueden ser vistos en la calidad de los servicios siendo analizada primeramente en la relación medico- paciente.

Por primera vez en mas de ocho años de investigación de este grupo de investigación sobre la relación de la salud con la etnicidad surge la discriminación racial de los trabajadores de la salud en la atención de la población afro uruguaya, no de forma directa, si no a partir de comentarios antes de comenzar la consulta.

“Si, si discriminan, ellos dicen mira ahora viene esa negra a atenderse, no lo hacen con los demás, dicen ahora viene fulanito o manganito.”

Grupo Focal Mixto, mujer Montevideo

Se debe tratar de investigar el peso de la discriminación racial en los servicios con usuraos del sistema nacional integrado de salud (SNIS) que pertenecen a dicha minoría, pero es posible que el sistema de salud reproduzca la invisibilidad del resto de la sociedad.

Pudiendo afirmar que dichas diferencias de atención en salud dimensionan la calidad de dichos servicios, atentando directamente en los procesos de salud y enfermedad de los usuarios.

Otra dimensión a la que nos podemos referir, vinculada con la de la calidad de servicios, es la de capacitación y el uso o de la ausencia de las practicas orientadas a la prevención y a la promoción en salud. A lo que se refiere a la capacitación de los trabajadores de la salud, la misma carece de conceptos teóricos y experiencias, al respecto de la población analizada.

Las estrategias y técnicas referidas a la promoción y prevención en salud, en esta investigación surgen, fuera de la institución salud en la mayoría de los casos.

“No al hospital no, yo siempre me atendí ahí en, en la policlínica... Y el ginecólogo no te dice nada, solo te pregunta que estas haciendo, que quieres ... ahí, por qué fuiste, por qué lo buscaste, o si es por las pastillas ta, ni te revisa ni nada, agarra una lapicera pone las pastillas no sé que y ta, y chau, no te da bolilla. Si yo no fuera, si no fuera por tener esos cursos, por tener eso, yo

no iba a saber nada que sé ahora, porque en la policlínica no te hacen nada. Acá nunca hacen reuniones para, que todo el mundo se entere de las cosas, para que queden todos informados, acá nunca hacen eso, viste. A no ser los carteles que ves así en la policlínica nada más, porque nadie te habla de nada”

Mujer 21 años, Ciudad de Rivera

“Capaz que tiene que ver un poco con el tema de lo social o con el tema de la información. Porque viste que un poco los negros estamos un poco marginados como que de repente eso puede llevar a que no haya demasiado cuidado, porque viste que de repente estas en un lugar donde no tenés mucha gente que te rodee que tenga información que eso también lleva a que no tenés la información, no sabes como prevenir.”

Varón 35 años, Montevideo

Este elemento es sumamente alarmante ya que trasciende directamente en la oportunidad de acceso de la población discriminada. Ya que los sujetos acceden a los servicios de salud, en un estadio tardío del proceso salud-enfermedad a causa de la insuficiencia del sistema de salud en otorgar conocimiento e información referente al rol de la prevención y promoción en salud.

A finalizar esta exploración desde el marco de la invisibilidad, es importante referirnos a la importancia del tema sexualidad y el conocimiento de ella de la población afro uruguaya sobre creencias, actitudes y prácticas. La misma es percibida desde las experiencias vivenciales e informales y en algunos caso de formal oficial pero recortada dentro del marco exclusivamente biológico. Dentro de esta lógica de lo biológico como mecánico surge el tema de la protección de las ITS.

“No, no, lo clásico no mas... usa preservativo, cuando tengas relaciones sexuales úsalo siempre”

Grupo Focal mixto Montevideo

”Pero... fue cinco minutos no ma.., lo que hablamos y tá, y quedo en esa.”

Grupo Focal mixto, Cerro Largo

Los estereotipos también juegan un papel importante, ya que sustituyen al sujeto en su práctica sexual, ubicándolo nuevamente en el campo de lo físico, relacionando rendimiento sexual con calidad de la experiencia sexual

“...creo por lo general capaz que un hombre porque es más fuerte, aguanta más”

Mujer 21 años, Ciudad de Rivera

“... capaz que en ese sentido porque somos mas libres de repente... y no tenemos tanto problema para vivir esas cosas me parece....”

Grupo Focal mixto Montevideo

“Ves para mi eso parte del mito que para mi hay que deshacer porque sino la gente esta pensando a mi me ha pasado que a veces se me han acercado mirando con cariño una negra vamo arriba, vamos a darnos un reventón. No ningún reventón ese mito conmigo no va soy una persona normal si gozo si me siento bien con la persona que estoy, pero no voy a gozar simplemente porque soy negra hay una diferencia.”

Mujer, 36 años, Montevideo

El entramado de la invisibilidad en esta investigación, nos permite comprender la existencia del impacto de la discriminación agravada, es decir la acumulación de desventajas sociales, si se pertenece a un grupo étnico, si resulta que es homosexual y viviendo con VIH. Aumenta los niveles de vulnerabilidad social y por los tanto sanitario.

4. La construcción de Masculinidad y Feminidad en los discursos de los protagonistas de las entrevistas y grupos focales.

El analizar desde la perspectiva de género es acercarse a la realidad, poniendo en cuestión las relaciones de poder que se establecen entre los géneros y en las relaciones sociales en general.

A ser mujer y a ser varones se aprende, en el proceso de socialización se transmiten pautas a los individuos tendientes a posicionarlos en el tejido social.

Al establecer que el género es una construcción cultural, aludimos al proceso de simbolización de las diferencias sexuales. Se construye un conjunto de prácticas, ideas y discursos, culturalmente diferenciados que definen lo masculino y lo femenino.

Los modelos de género los adquirimos a medida que crecemos y ellos se transmiten en la familia, la escuela, a través de los medios de comunicación y de los mandatos sociales. Aprendemos a vestirnos, hablar, jugar, etc., como hombres y mujeres. Se busca así mantener un orden, y asegurar la producción y reproducción social.

Tal como se decía anteriormente, se entiende la concepción de género como el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo con su sexo. Esta diferencia se manifiesta en los roles de producción, reproducción y gestión comunitaria. Los aspectos de género cambian y son diferentes de un lugar a otro, de un grupo étnico a otro y en el tiempo. Las características de género son construcciones socioculturales que varían a través de la historia.

A lo largo de las diferentes instancias de la investigación pudimos observar como se iban construyendo esta categoría de análisis en las mujeres y hombres afro uruguayos en torno a la temática trabajada.

Es necesario precisar en este punto que durante la investigación solo surgieron de formas manifiestas relaciones heterosexuales en los relatos de los participantes. Creemos que la sanción social, el peso de tener una elección sexual distinta a lo socialmente aceptada jugó un papel importante en esto.

El grado de cuidado que desarrollan varones y mujeres parte de distintas concepciones y estrategias, de acuerdo con la percepción, genéricamente determinada.

En el caso de los varones, cuando se vinculan sexualmente con mujeres, dan por sentado que si las conocen de antes, seguramente no tengan una infección de transmisión sexual, y no necesitarían, por tanto, condones para la ocasión. Evalúan en su mayoría las situaciones de riesgo o no riesgo a partir de la cercanía o lejanía de los vínculos.

En el caso contrario, si se trata de una persona lejana de su círculo social, se visualiza el riesgo de poder contraer alguna infección de transmisión sexual.

“Sali a bailar... me gusto y lo hicimos y pinto con condón”

Hombre 25 años de Montevideo

Para las mujeres ocurre lo mismo con respecto a la cercanía de los vínculos, asumiendo a la vez una doble responsabilidad. No solo esta en juego la posibilidad de contraer una ITS, sino el quedar embarazada, temiendo más esto último. El énfasis esta puesto en la mujer en los métodos de anticoncepción (pastillas, dispositivo intra uterino) que en los estrictamente de barrera. (Condón).

La articulación entre masculinidad y reproducción no sólo sirve para observar la salud reproductiva del hombre, sino también las formas en que el varón puede afectar la sexualidad y la salud de las mujeres.

La responsabilidad del comportamiento reproductivo recae en las mujeres, relegando a los varones a una posición marginal en el proceso de procreación y gestación. Por esta razón, en el discurso de las mujeres, se manifiesta que la responsabilidad del cuidado debe ser compartida, aunque se desprende de los diferentes testimonios que no sienten este compromiso por

parte de los hombres. Es decir, lo piensan y lo dicen, pero saben que el compromiso es solo de ellas.

Con respecto a los varones el vínculo que tienen con la salud y con la reproducción es una relación compleja y conflictiva. En la unidad domestico-familiar son las mujeres las que proveen el auto cuidado a la salud necesario para la reproducción biológica y social. Muchos varones manifiestan que es “cómodo” delegar en la mujer la carga del trabajo preventivo en cuanto a la anticoncepción.

“Yo traigo siempre las pastillas y los condones de la policlínica”

Mujer, Ciudad de Artigas, 30 años

El sistema de salud en su primer nivel de atención juega un papel determinante, ya que tradicionalmente ha construido y consolidado un binomio madre-hijo. Esta construcción se centra en la mujer, sin vislumbrar la posibilidad de incluir al padre. Esta exclusión del varón no se manifiesta en la niñez, pero sí en la adolescencia y en la adultez. La necesidad de responder a una norma de masculinidad afecta la solicitud de la atención en los servicios de salud, para el hombre asumir u ocupar el papel de paciente, muchas veces es negada esa situación. Por tanto el hombre niega estar enfermo y cuando se acerca al servicio de salud, es porque ya presenta signos y síntomas de alguna enfermedad.

“Solo cuando estoy enfermo voy al médico”

Varón, Montevideo, 20 años

“...a no ser que te duela algo, ahí sí cuando recién, pero sino no, como chequeo general no”

Varón, Montevideo, 27 años

Las mujeres y los hombres hablan más sobre el tema de la salud sexual y reproductiva con la madre que con el padre, de acuerdo a información que se obtuvo en los formularios autoadministrados. Esto reafirma la figura de la

mujer/madre como portadora de conocimiento del cuidado de la salud en el ámbito cotidiano, aunque el grupo de pares es una de las redes de sostén para socializarse y evacuar dudas al respecto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición de salud reproductiva a partir del concepto de salud en general, en términos de “una condición en la cual el proceso reproductivo se completa en un estado de entero bienestar físico, mental y social; y no solamente en la ausencia de enfermedad o problemas en el proceso reproductivo”. Ello implica que las personas “tienen la habilidad para reproducirse, regular su fecundidad, y practicar y gozar de sus relaciones”.

En este mismo sentido, nuestro trabajo debe examinar a los varones y mujeres, no sólo como parejas, sino también como individuos con historias reproductivas distintas e interesantes en sí. El encadenamiento matrimonio= reproducción se continúa debilitando en el mundo. Bajo este parámetro, las diferencias entre las experiencias reproductivas entre hombres y mujeres, así como sus costos y beneficios deben ser valoradas por si mismas.

5. Métodos anticonceptivos

Las pastillas anticonceptivas son una elección también de mujeres casadas o con pareja estable, la mayoría de ellas responden a situaciones de contexto crítico suburbano y rural, siendo los centros de salud de las intendencias o de salud pública los proveedores.

“Yo solamente use pastilla, nunca me cuide de otra forma”

Grupo focal. Cerro Largo

“A mi pareja no le gusta: hablas de condón y no le gusta”

Mujer, Ciudad de Rivera, 31 años

Si la pareja es ocasional, el varón en muchas ocasiones no piensa en las consecuencias de un posible embarazo, ni asume responsabilidad alguna. No se preocupa de usar preservativo, y tampoco le interesa si su compañera utiliza algún método anticonceptivo.

“Y los dos van a tener la relación...no solo es cuidarse en el sexo, sino pensar en la posibilidad del embarazo. Tal vez no te importa que tenga una enfermedad, pero capaz si te importa tener un hijo o no de el, por eso para mi la responsabilidad es de los dos.”

Mujer, Montevideo, 27 años

El uso de las pastillas entre los participantes se comienza luego de consolidar una pareja “estable” de aproximadamente un año. Se observan casos en los cuales el “nosotros” a la hora de elegir un método anticonceptivo es predominante o los casos en los cuales solo la mujer toma la decisión y luego participa el varón.

“(...) preservativo porque era el más rápido y lo que estaba más al alcance de la mano y pastillas empecé ahora porque no había ido nunca al ginecólogo y íta, fui solo una vez cuando me operaron por un seno.”

Mujer, Montevideo, 24 años

“ella ya tomaba y ta”.

Hombre, Montevideo, 27 años.

Las mujeres que ya tienen hijos prefieren las pastillas al dispositivo Intra Uterino, adjudicándole a este último poca efectividad.

“porque es lo más seguro que hay y el DIU tengo miedo de ponérmelo y embarazarme.”

Mujer, Ciudad de Rivera, 35.

Los métodos de prevención exclusivamente del embarazo, como el coito interruptus, son los mayormente utilizados, aunque tienen menor eficacia

comprobada, pero requieren de la participación de los hombres en el control del mismo.

“Con mi pareja de varios años que nos conocemos elegimos acabar afuera, si el coito interruptus,...nos ha resultado”

Varón, Montevideo, 39 años.

Las sensaciones de desagrado o incomodidad son las razones por las cuales las parejas dejan de usar el condón y no lo incluyen en su vida sexual, eligiendo otros métodos. Por otra parte admiten que el condón es el mejor método para evitar la transmisión de infecciones sexuales.

Son pocas las participantes que conocen el condón femenino y su utilización. Las que lo conocen, es porque fueron víctimas de violencia doméstica y recibieron asesoría en los servicios especializados en el tema sobre el uso del condón femenino.

En nuestro análisis podemos concluir que el principal adversario a la hora de cuidarse a si mismos es la combinación de vergüenza y de carencia de información. El abordaje del estudio de la prevención en los varones y las mujeres, tanto en la sexualidad como en la reproducción, debe ser hecho desde una perspectiva integral. Este estudio confirma nuevamente la necesidad de estar conscientes de que se trabaja con mujeres y hombres heterogéneos, que cuentan con códigos y necesidades diferenciadas de acuerdo con variables como la clase, lugar de residencia, la etnia, la orientación sexual y el momento de ciclo de vida.

” Las mujeres tienen vergüenza de decirle al hombre que use condón y a la mayoría de los hombres no le gusta usarlo. Y si la mujer insiste en que su pareja use condón, el lo toma como que ella tiene otro hombre, eso es muy común.”

Mujer, Rivera, 35 años

6. Uso del condón.

El uso del preservativo ha sido aceptado por los más jóvenes en la totalidad de los casos. Este escenario debe ser considerado a partir de la pandemia del SIDA como primer factor de cambio. Sin embargo hay que destacar que el tema de la sexualidad no es tratado con naturalidad y es un indicador diferenciador entre Montevideo y el Interior.

Aun es al varón a quien la familia habilita a expresar su sexualidad y facilita el acceso al condón.

“En casa (Sexo) de eso no se hablaba nunca”

Mujer, Cerro Largo, 40 años

“Los condones los vi y los use por primera vez con mi marido”

Mujer, Rivera, 33 años

“Mis hermanos siempre salían a los bailes y después hacían sus cosas, a nosotras no nos dejaban ir solas a ningún lado”

Grupo focal, Mixto Rivera

Si analizamos los datos recabados de los testimonios de los participantes las mujeres de Montevideo, en general acceden a los MAC y condones comprándolos, mientras que en el interior, las mujeres utilizan como único y exclusivo medio proveedor de anticonceptivos los centros de salud local del sub. Sector publico

(Municipal y/o estatal), e incluso en ocasiones la figura de un referente comunitario. Los varones siguen el patrón de la compra del condón.

Cabe señalar que las mujeres de la capital suelen llevar consigo preservativos. Las mujeres se acercan a las policlínicas en forma bimensual a retirar las pasillas anticonceptivas y condones. Entienden que la cantidad es insuficiente.

Esta diferencia de acceso a los MAC y condones puede explicarse a la situación socio económico, pero también puede verse a la dificultad de

“mostrarse” al momento de comprar en el comercio un condón o MAC, y a la dificultad de acceso a servicios.

7. Percepción de la discriminación

La percepción de la discriminación es manifestada en los departamentos del interior al igual que en Montevideo. Cabe mencionar, sin embargo, que en el interior se nota la ausencia y desconocimiento de las herramientas existentes para contrarrestar las prácticas discriminatorias. El ejemplo que mas ilustra esta situación se da en la localidad de Cañas. Allí los afrodescendientes tienen escaso vínculo con el afuera de su comunidad. Cuando se introduce la temática de la discriminación, el discurso es pobre, carente de reflexión y expresa la naturalización de la misma. Incluso se advierte la novedad ante el tema. En contrapartida, en la capital la percepción de la discriminación si es evidente. Los participantes pueden ejemplificar la misma en actos discriminatorios concretos (“Negro cachumbambé”) que trascienden a los hechos socio-históricos pudiendo hilar en algunos casos líneas de larga continuidad, dejando escaso espacio para la inserción educativa y laboral similares a las que tuvo la generación pasada.

“Mi abuela y mi madre limpiaban. Yo cuidó niños”

Mujer, Montevideo, 22 años.

8. Los Medios Comunicación como referentes en materia de salud.

Uno de los ítems del formulario auto administrado refirió a los medios a través de los cuales los participantes recibían información acerca de las ITS, VIH y métodos de prevención. En términos generales citaron la familia y entorno de amigos, centros de educación, y diversos medios de comunicación. En Montevideo, la asociación del tema con las campañas de prevención del PPITS/Sida, fue moneda corriente, ya que casi la mayoría de nuestros invitados recordaba algún spot publicitario, folleto, actividades en torno al tema, entre otras. Contrariamente, en el interior, los entrevistados sabían poco y nada de las campañas del MSP. Fueron recurrentes en las poblaciones fronterizas los relatos de piezas de información sobre el Sida, así como campañas de

prevención provenientes de los medios de comunicación brasileros. La televisión y la radio en idioma portugués tienen un gran impacto. Adicionalmente, las políticas antidiscriminatorias y la transversalización de lo étnico dentro del sistema de salud en Brasil, son identificadas por los individuos, quienes lo reconocen y marcan a su vez la ausencia de las mismas con respecto a Uruguay.

Algo importante a destacar, a diferencia de lo sucedido en Montevideo, fue la identificación con esas pautas publicitarias y programas, porque los individuos veían el tema reflejado en sus iguales, es decir, modelos afro descendientes. En el país norteño, estas pautas están dirigidas a distintos sectores de la población reflejando su composición pluriétnica. En Montevideo, hubo algún relato de que indicaba esta carencia.

“(..)en los reclames de Brasil aparecen los negros”

Grupo focal, Mixto Rivera

9. Percepción y actitud frente a las ITS / VIH

En esta sección debemos destacar la influencia del contexto y la proximidad que existe en los departamentos trabajados excluyendo a Montevideo. Allí, el contacto social es más fluido, las relaciones y los hechos tienen menos privacidad y más peso público. Esto genera como consecuencia directa que lo “negro”, lo “enfermo”, etc. sea más visible, individualizado y socializado en la comunidad. Así, el enfermo de ITS / VIH, no es el enfermo, sino “fulanito de tal”, lo cual lo estigmatiza por ser una persona viviendo con VIH (PVV) y por su condición étnica:

“Ese negro tiene Sida”

Hombre, Rivera, 30 años

Esta situación mas la centralización de los servicios de salud hace que muchos portadores se marchan de sus lugares de origen y realicen su tratamiento en la capital. Se ignora posteriormente el destino del sujeto, pero se

manejan hipótesis de índole catastrófica que refuerzan la enfermedad como incurable e inhabilitante para la vida social.

“Yo no recuerdo bien pero A estaba enfermo y se fue para allá (Montevideo) y después el SIDA lo mato, eso me dijeron “

Hombre, Cerro Largo, 29 años

En las capitales departamentales y en los centros urbanos el anonimato otorga una vía de escape a la estigmatización a diferencia del ámbito local. Los participantes que han tenido algún contacto dentro de sus redes sociales con personas que conviven con el VIH / SIDA y tienen la percepción de que la atención en la capital denota una calidad superior. En el caso de las I.T.S, se considerarse que el tratamiento puede efectuarse en la localidad, pero la vergüenza social se conserva.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Uruguay, país centralizado, donde la mayoría de los bienes y servicios se encuentran en Montevideo y en las capitales departamentales, trae consecuencias visibles en el fenómeno de la macrocefalia y poniéndose al descubierto en este Estudio, en las diferentes representaciones y actitudes que difieren entre la capital y el interior.

La población afro uruguaya en general se caracteriza por pertenecer a los quintiles más bajos de ingresos económicos. Viven en las zonas periféricas, suburbanas y rurales, presentan el nivel mas bajo de educación formal y acceden a los empleos que requieren menor calificación y reciben las peores remuneraciones. La muestra con la que trabajamos es el fiel reflejo de esta situación. Sin embargo, pudimos observar que estas características se conjugan de forma diferente, manifestándose en vivencias singulares de cada localidad.

Los participantes de Montevideo presentan un nivel socio-cultural más alto que el de los participantes de los departamentos de frontera. Se desprende del análisis de los formularios auto administrados, así como de la observación de las sesiones de grupo focal, que las oportunidades de acceso a la educación formal (secundaria principalmente) y la oferta se ven ampliamente limitadas por razones de localización geográfica y los costos que intentar acceder conlleva.

Aunque se reiteró en todos los grupos estudiados, se profundizó en el interior la baja participación de los varones en las sesiones de grupo focal. Contrariamente, las mujeres tienen actitudes más participativas y de interacción con otros sujetos del grupo.

Las determinantes sociales (características específicas y vías por las cuales las condiciones societales influyen en la salud), son de extrema importancia para explicar la situación de salud de los afro uruguayos. De esta forma, las estrategias de intervención a desarrollar para el trabajo con esta población

deben tomar en cuenta las condiciones materiales en las que viven, de forma tal de apuntar a la superación de la pobreza, que es la que mayoritariamente dificulta el avance en la salud en esta población.

La baja autoestima continúa siendo una causa de los determinantes sociales de la salud; jugando la discriminación racial un fuerte papel en la prevención y cuidado de la salud en general, representado a través del bajo nivel socioeducativo y económico.

En el caso de los afro uruguayos la familia, tanto como los espacios étnicos –comunitarios (comparsa, scola do samba, templo afro umbandista, asociaciones culturales y sociales, etc.) son un fuerte capital social y como tal determinan positivamente la salud. Revindicamos estos espacios de socialización y difusión de la información social como educativa, para poder trabajar en ellos y acercar los mensajes e insumos de salud.

A partir de la información recabada concluimos que para abordar la temática que venimos trabajando a nivel comunitario es necesaria la conformación de equipo multidisciplinario en el cual no debe estar ausente la **figura del agente comunitario**. Un agente comunitario que se debe caracterizar por ser un referente de la comunidad afro uruguaya.

Las estrategias de trabajo ante el tema de las ITS/VIH no solo debe apuntar al sexo, sino que de forma ineludible deben trabajar la sexualidad. Ya que el factor que influye más en el cuidado y protección al momento de tener relaciones sexuales es el vinculo confianza – desconfianza.

Los estereotipos al respecto de la erotización del cuerpo y la resistencia sexual del varón y la mujer afro uruguayo, continúan siendo resabios de la colonización. Este esteriotipo es naturalizado y reforzado en el caso de los varones y para las mujeres esto asume una carga negativa, pues no es deseada como pareja estable u esposa.

Existe una necesidad por parte de la población del dialogo en espacios comunitarios pequeños caracterizado por la intimidad, en el tratamiento de los temas.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

- Trabajar el fortalecimiento de la autoestima de la población afro uruguaya.
- Promover intervenciones entre pares, en el mano a mano, apelando a los/as agentes comunitarios, la interna de la población afro uruguaya, para trabajar salud sexual y reproductiva, construcción de género, y prevención de las ITS/VIH.
- Empoderar la población afro uruguaya a través del trabajo de base en torno a la temática étnica, usando una metodología que se adecue las características de esta población: grupos de trabajo pequeño, focalizado y sostenido en el tiempo a los que se les realice el seguimiento pertinente.
- Como estrategia de trabajo es necesario acercarse a las instituciones no tradicionales (comparsa, scola do samba, terreiro, familias que son referentes comunitarias) como espacios de empoderamiento y de reafirmación identitaria de los afros uruguayos y hacer de esos espacios, espacios definición de mensajes de promoción de salud e insumos de salud.
- Profundizar políticas de equidad de género transversalizándolas con la variable étnica
- Promover la equidad de género en los afro uruguayos en el acceso a los servicios de salud así como a la formación y educación en torno a la sexualidad, focalizándolas (o enfatizando) en la población adolescente.
- Empoderamiento de la mujer afrodescendiente través de la planificación y ejecución de estrategias de Salud Sexual y Reproductiva integrales, que apunten al conocimiento de su cuerpo y el uso de los métodos anticonceptivos disponibles.
- Promover el acceso al condón masculino y femenino.
- Trabajar en la formación de los equipos de salud, para revertir los estereotipos discriminatorios de los equipos de salud

- Diseñar piezas de información relacionadas a la temática que manejen nociones universales (ni lenguaje técnico o vulgar que subestime a la población) que sean comprendidas por todos los individuos. Así mismo, estos productos deben ser inclusivos que reflejen la pluriétnicidad de la población.
- Conformar un observatorio de salud desde una perspectiva étnica en el cual se estudie, analice y diagnostique el avance de las políticas públicas de equidad racial desde una perspectiva integral.

BIBLIOGRAFÍA

Autores Varios. Masculinidades y Equidad de Género en América Latina, FLACSO - FNUAP, Chile, 1998

Bellucci, M, De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino, en Las Mujeres en la imaginación colectiva (Ana M. Fernández, comp.), Ediciones Paidós, Bs. As., 1992.

Bronfman M. , Denman Catalina. Salud reproductiva: temas y Debates. Prime edición. México 2003.

M. Bucheli y W. Cabela. Perfil Demográfico Socioeconómico de la Población Uruguaya según su ascendencia étnico racial. ENCH ampliada 2006.I.N.E.

Cáceres C, Cueto M, Ramos M y Vallenas S (ed) . La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, UPCH Fondo Editorial. 2003. Pp.: 137-152.

Cad. Saúde Pública, vol.17. (Suppl.3).;Pp. 481– 489. Rio de Janeiro 2001.

Cad. Saúde Pública, vol.14. (Suppl.1).;Pp. 81 – 85. Rio de Janeiro1998.

Carneiro, S.: Enegrecer el feminismo. Número especial sobre Feminismos disidentes en América Latina y el Caribe. , 2008.

Castoriadis, C., “La institución imaginaria de la sociedad. Tomo I y II”, Ed. Tusquets, Paris, 1972 / 75.

Congolino, S y Mary, L.: “¿Hombres negros potentes, mujeres negras candentes? En: Sexualidades y estereotipos raciales. La experiencia de jóvenes universitarios en Cali. 2008.

Díaz Amanda, Díaz Javier, Ricarte Carolina, Rudolf Susana y Rorra Oscar. Las vivencias de la discriminación en la población afrodescendiente uruguaya; en Scuro Somma, Lucía. (coordinadora), Población Afrodescendiente y desigualdades étnico – raciales en el Uruguay. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay (PNUD). Mastergraf. Uruguay, 2008. fijate si queda bien asi o solo pongo en Scuro Somm, Lucia.

Documento de declaración de la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Después de Durban: construcción de un proceso regional de inclusión social. IIDH. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2001

Gomenosoro, Güida, Corsino, Lutz. Ser varón en el dos mil. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones. Edición de los Autores con apoyo del FNUAP, Montevideo, 1998.

Horizontes Antropológicos. Año 8, n.17. Pp.47 –75. Porto Alegre 2002.

Kors J. y Strauss L. Los jóvenes y el Sida. Un estudio sobre las representaciones sociales del VIH/SIDA en las comunidades bonaerenses de Lanus, San Fernando y la Maranza. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorin . 2005.

Lamas, M. (comp.) La construcción cultural de la diferencia sexual, Ediciones PUEG, México, 1996.

Lechini G. (Compilación). Los estudios afroamericanos en América Latina. Pp. 211 -224. CLACSO. Buenos Aire 2008.

López A y Guida C.: “Sexualidad campo de investigación interdisciplinaria.” En: Género y Sexualidad en Uruguay Ed. Trilce - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Montevideo, 2001.

López A (Coordinadora): Adolescentes y Sexualidad, significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004) Universidad de la República. Facultad de Psicología Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. UNFPA. Montevideo, 2005.

López C. Que América Latina se sincere: Uma análise antropológica das políticas e poéticas do ativismo negro em face às ações afirmativas e às reparações no Cone Sul. Tesis de Doctorado Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de pós-graduação em antropologia social. Porto Alegre. 2009

Moutinho, L.: Razã, “cor” e desejo: uma análise comparativa sobre relacionamentos afetivo-sexuais “inter-raciais” no Brasil e África do Sul. San Pablo, Ed. de la Unesp. 2004.

Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La dimensión del racismo. UNESCO, ACNUDH. Nueva York y Ginebra 2005.

ONU – SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Ginebra 2009.

Pobreza, exclusión social y discriminación étnico racial en América Latina y el Caribe. Pp. 397 -422. CLACSO. Bogota. 2008.

Ragel Raquel. La población afrodescendiente en América Latina y los objetivos de Desarrollo del Milenio. Un examen exploratorio en países seleccionados utilizando información censal. CEPAL, Fondo indígena. Santiago. 2005.

Rev Saúde Pública 2007; 41(1): P.p 139-49. Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago de Chile 2006.

Rev Cubana Salud Pública 2001; 27(2); Pp. 77-88.

Rudolf, S.; Maciel, n.; Rorra, o.; Ricarte, c.; Díaz, amanda: Discriminación: la experiencia de los afrodescendientes uruguayos, presentado en Discriminación. Orígenes, evolución y consecuencias a través de la vida del individuo, jornada multidisciplinaria de AUDEPP, Montevideo, octubre de 2004.

Rudolf S. y otros. Incorporación de la variable etnia / raza en las estadísticas vitales en el Uruguay. Organización Panamericana de la Salud, Montevideo 2005.

Sanz Ivonne y Lerner Susan. Sexualidad en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Humano. COLMEX. México 1998.

Schutt – Aine Jessie y Maddaleno Matilde. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicación en programas sociales. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2003.

Scuro Somma, Lucía. (Coordinadora), Población Afrodescendiente y desigualdades étnico – raciales en el Uruguay. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay (PNUD). Mastergraf. Uruguay, 2008.

Torres. C; Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad, Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C.: OPS, 2001.

Van Dijk Teun A (Coordinador). Racismo y discurso en América Latina. Gedisa. España 2007.

Viveros Vigoya Marta. Ponencia Tercer Seminario sobre Familia. La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual.. Universidad de Caldas. 2009.

Viveros Mara. Dionisios negro:sexualidad y corporalidad y orden racial en Colombia. En mestizo yo. Bogota: CES Universidad Nacional de Colombia 2000.

Viveros, M y otr. (comp.) Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Ediciones TEM, Colombia 1996.

Citas de Internet

Revista de Psicología Política n9, 1994. Pp. 21-49.
<http://www.uv.es/garzon/psicologia%20politica/N9.htm>

Hopenhayn Martín. La dimensión cultural de la ciudadanía.

[Http://www.fundacionhenrydunant.org/documentos/Diploma_2008_2009/ciudadania_social.doc](http://www.fundacionhenrydunant.org/documentos/Diploma_2008_2009/ciudadania_social.doc)

ANEXO

ANEXO 1

PAUTAS GRUPO FOCAL

Percepción grupal sobre creencias actitudes y Prácticas sobre la salud sexual y reproductiva, con hincapié en las enfermedades de transmisión sexual y VIH.

1. ¿UD. cree que existe discriminación en nuestro país?
2. ¿UD. cree que existe discriminación racial hacia los negros o afro uruguayos en nuestro país?
3. ¿Con las personas infectadas de enfermedades de transmisión sexual como la Sífilis o el VIH/SIDA?
4. ¿Cómo la describiría?
5. ¿A que lo atribuye?
6. ¿Cómo reacciona Uds. ante estas situaciones?
7. ¿Cuales son la enfermedad de transmisión sexual que conoce?
8. ¿Cómo UD cree que se transmite dichas enfermedades?
9. ¿Donde le informaron sobre dichas enfermedades?
10. ¿UD sabe los medios eficaces de protección de estas enfermedades?
11. ¿Conoce alguna forma “casera” de protección de estas enfermedades?
12. ¿Cuál método anticonceptivo utiliza actualmente?
13. ¿Cuales utilizo anteriormente? ¹³
14. ¿Cuál es el de su preferencia y por que?
15. ¿Cual seria la causa de que UD no utilizaría los métodos anticonceptivos?
16. ¿UD cree que los afro uruguayos que tienen alguna enfermedad de transmisión sexual como VIH o Sífilis tienen un tratamiento distinto por su ascendencia étnico /racial en nuestro país?
17. ¿En que ámbito?
18. ¿Por que cree que sucede esto?
19. ¿Cómo reacciona ante esto?
20. ¿Cómo le hubiera gustado responder?
21. ¿En otros ámbitos más íntimos como se sintió?¹⁴

¹³ Estas dos últimas preguntas cabe aclarar que son para las personas que ya tuvieron relaciones sexuales.

¹⁴ Re- introducir la temática de discriminación por convivencia social:

- Familia
- Trabajo
- Ámbito educativo
- Relaciones interpersonales (parejas, etc.)
- Religión.

Si no aparecen en forma instantánea

22. ¿Quien cree que son más propensos a una enfermedad de transmisión sexual, los afro uruguayos o los de otra ascendencia étnica?
23. ¿Por qué?
24. ¿Quien cree que son más propensos a una enfermedad de transmisión sexual, las Mujeres o los Hombres afro uruguayos ?
25. ¿Por qué?
26. ¿UD cree que existe diferencia de genero (mujeres y hombres afro uruguayos) si tienen la misma enfermedad?
27. ¿Por qué?
28. ¿En una relación sexual quien tiene mayor responsabilidad sobre la protección, el hombre o la mujer?
29. ¿Por qué?
30. ¿En el acto sexual quien cree que tiene mayor rendimiento sexual el Hombre o la Mujer afro uruguayos?
31. ¿Por qué?
32. ¿En el acto sexual quien cree que tiene mayor rendimiento sexual el hombre o la mujer afro uruguayos o los de otra ascendencia étnica?
33. ¿Por qué?
34. Cual cree UD que es la relación entre el consumo de drogas y el VIH/SIDA
35. ¿UD considera que la transmisión de VIH/SIDA es equivalente a la muerte?
36. ¿Donde cree que existe mayor discriminación en el interior o en la capital sobre estos temas?
37. ¿Por qué?
38. ¿Que papel cree Uds. que debe cumplir el estado, esta conforme con lo que ha hecho hasta ahora?
39. Donde cree UD que el tratamiento y asistencia a los enfermos de Sífilis o VIH/SIDA es mejor en el ámbito publico o privado
40. ¿Por qué?
41. ¿Que papel cree Uds. que debe cumplir los medios de comunicación al respecto?
42. ¿Cómo revertiría esta situación?
43. ¿Conoce alguna ONGs que trabaje el tema?

ANEXO II

PAUTAS DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Construcción de la trayectoria de vida.

1. ¿Dónde nació (país, barrio, departamento)?
2. ¿Dónde se crió (barrio, departamento)?¹⁵
3. ¿Cómo estaba? compuesta su familia?
4. ¿Dónde hizo la escuela?
5. ¿Dónde hizo el liceo?
6. ¿Curso estudios terciarios o universitarios? Los termino?
7. ¿Si no, por que?
8. ¿Que tipo de trabajos desarrollo hasta el momento?
9. ¿Le hubiera gustado hacer otra cosa en vez de lo que hace?
10. ¿Por que?
11. ¿Cuál es su estado civil, tiene pareja bi. étnica?

Percepción individual sobre creencias actitudes y prácticas sobre la salud sexual y reproductiva, con hincapié en las enfermedades de transmisión sexual y VIH.

44. ¿UD. cree que existe discriminación en nuestro país?
45. ¿UD. cree que existe discriminación racial hacia los negros o afro uruguayos en nuestro país?
46. ¿Con las personas infectadas de enfermedades de transmisión sexual como la Sífilis o el VIH/SIDA?
47. ¿Cómo la describiría?
48. ¿A que lo atribuye?
49. ¿Cómo reacciona Uds. ante estas situaciones?
50. ¿Cuales son la enfermedad de transmisión sexual que conoce?
51. ¿Cómo UD cree que se transmite dichas enfermedades?
52. ¿Donde le informaron sobre dichas enfermedades?
53. ¿UD sabe los medios eficaces de protección de estas enfermedades?
54. ¿Conoce alguna forma “casera” de protección de estas enfermedades?
55. ¿Cuál método anticonceptivo utiliza actualmente?
56. ¿Cuales utilizo anteriormente?¹⁶
57. ¿Cuál es el de su preferencia y por que?

¹⁵ Estas preguntas hay que evaluar si van en el cuestionario o aquí igualmente habría que pensar la forma de una pregunta inicial, igualmente vale la pena aclarar que la calidad y la profundidad de las preguntas es diferente.

¹⁶ Estas dos últimas preguntas cabe aclarar que son para las personas que ya tuvieron relaciones sexuales.

58. ¿Cual seria la causa de que UD no utilizaría los métodos anticonceptivos?
59. ¿UD cree que los afro uruguayos que tienen alguna enfermedad de transmisión sexual como VIH o Sífilis tienen un tratamiento distinto por su ascendencia étnico /racial en nuestro país?
60. ¿En que ámbito?
61. ¿Por que cree que sucede esto?
62. ¿Cómo reacciona ante esto?
63. ¿Cómo le hubiera gustado responder?
64. ¿En otros ámbitos más íntimos como se sintió?¹⁷
65. ¿Quien cree que son más propensos a una enfermedad de transmisión sexual, los afros uruguayos o los de otra ascendencia étnica?
66. ¿Por qué?
67. ¿Quien cree que son más propensos a una enfermedad de transmisión sexual, las Mujeres o los Hombres afro uruguayos?
68. ¿Por qué?
69. ¿UD cree que existe diferencia de genero (mujeres y hombres afro uruguayos) si tienen la misma enfermedad?
70. ¿Por qué?
71. ¿En una relación sexual quien tiene mayor responsabilidad sobre la protección, el hombre o la mujer?
72. ¿Por qué?
73. ¿En el acto sexual quien cree que tiene mayor rendimiento sexual el Hombre o la Mujer afro uruguayos?
74. ¿Por qué?
75. ¿En el acto sexual quien cree que tiene mayor rendimiento sexual el hombre o la mujer afro uruguayos o los de otra ascendencia étnica?
76. ¿Por qué?
77. Cual cree UD que es la relación entre el consumo de drogas y el VIH/SIDA
78. ¿UD considera que la transmisión de VIH/SIDA es equivalente a la muerte?
79. ¿Donde cree que existe mayor discriminación en el interior o en la capital sobre estos temas?
80. ¿Por qué?
81. ¿Que papel cree Uds. que debe cumplir el estado, esta conforme con lo que ha hecho hasta ahora?
82. Donde cree UD que el tratamiento y asistencia a los enfermos de Sífilis o VIH/SIDA es mejor en el ámbito publico o privado

17

Re- introducir la temática de discriminación por convivencia social:

- Familia
- Trabajo
- Ámbito educativo
- Relaciones interpersonales (parejas, etc.)
- Religión.

Si no aparecen en forma instantánea

- 83.** ¿Usted se sintió alguna vez discriminado en un centro de salud por ser negro /afro uruguayo?
- 84.** ¿Vivencio algún acto de discriminación contra una persona por ser negro/afrodescendiente?
- 85.** ¿Por qué?
- 86.** ¿Que papel cree Uds. que debe cumplir los medios de comunicación al respecto?
- 87.** ¿Cómo revertiría esta situación?
- 88.** ¿Conoce alguna ONGs que trabaje el tema?

DEPOSITO LEGAL
351.064
Del Este Sol S.R.L.