

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO



VIH, MIGRACIONES Y DERECHOS HUMANOS PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

*Marinilda Rivera Díaz, Mónica Franch,
Octávio Sacramento y Patria Rojas [Comp.]*

 **CLACSO**

**VIH, MIGRACIONES Y DERECHOS
HUMANOS: PERSPECTIVAS
INTERNACIONALES**

VIH, migraciones y derechos humanos : perspectivas internacionales /
Natalie Álamo ... [et al.] ; compilado por Marinilda Rivera Díaz...
[et al.].- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2019.
Libro digital, PDF - (Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria
coords. Gonzalo Basile y Marinilda Rivera Díaz)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-722-419-1

1. Sociología. 2. Salud. 3. VIH. I. Rivera Díaz, Marinilda. II. Franch,
Mónica, Sacramento, Octávio y Rojas, Patria, comps.
CDD 362.1042

Otros descriptores asignados por CLACSO:
VIH / Migraciones / Salud / Ciudadanía / Políticas Públicas / Medicina /
Prevención / Epidemias / Estado / Neoliberalismo /

Colección Grupos de Trabajo

VIH, MIGRACIONES Y DERECHOS HUMANOS: PERSPECTIVAS INTERNACIONALES

**Marinilda Rivera Díaz, Mónica Franch,
Octávio Sacramento y Patria Rojas
(Comp.)**

Natalie Álamo | Fátima Alas | Wissam Al Khoury | Jennifer Attonito |
Evandro Alves Barbosa Filho | Isabel Casimiro | Christyl Dawson |
Ana Cristina de Souza Vieira | Stephanie Diez | Mónica Franch | Derrick Forney |
Sandra Gómez | Antonio Hernández | Hugo Kamyá | Marta Maia
| Gira Ravelo | Marinilda Rivera Díaz | Solange Rocha |
Camila Rodrigues | Ana Rita Peres | Patria Rojas | Miriam Ruiz | Octávio
Sacramento | Mariana Sanchez | Diana Sheehan | Karina Villalba

Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria



CLACSO



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Colección Grupos de Trabajo

Director de la colección - Pablo Vommaro

CLACSO - Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

Nicolás Arata - Director de Formación y Producción Editorial

Pablo Vommaro - Director de Investigación

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Equipo

Rodolfo Gómez, Giovanni Daza, Teresa Arteaga, Cecilia Gofman, Natalia Gianatelli y Tomás Bontempo



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

VIH, Migraciones y Derechos Humanos: Perspectivas Internacionales (Buenos Aires: CLACSO, diciembre de 2019).
ISBN 978-987-722-419-1

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor. La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

Los trabajos que integran este libro fueron sometidos a un proceso de evaluación por pares.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacsoinst.edu.ar> | <www.clacso.org>

Patrocinado por la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional  **Asdi**

ÍNDICE

Marinilda Rivera Díaz, Mónica Franch, Octávio Sacramento y Patria Rojas

Prefacio. VIH, migraciones y Derechos Humanos: breves consideraciones introdutorias	11
Prefácio. VIH, migrações e Direitos Humanos: breves considerações introdutórias	17
Preface. HIV, migrations and Human Rights: brief introductory considerations	23

Octávio Sacramento (Portugal)

Cidadanía e epidemia: o VIH/SIDA no âmbito das migrações internacionais	29
Ciudadanía y epidemia: el VIH/SIDA en el marco de las migraciones internacionales	51

Antonio Hernández, Fátima Alas y Sandra Gómez (El Salvador)

VIH y migración en El Salvador: apuntes desde la salud internacional	65
--	----

Marinilda Rivera Díaz, Natalie Álamo y Miriam Ruiz Rapale (Puerto Rico)

Fronteras de salud y Derechos Humanos: mujeres inmigrantes viviendo con VIH en Puerto Rico	77
---	----

Mariana Sánchez, Diana Sheehan y Derrick Forney (Estados Unidos)

HIV Among Latino immigrants in the United States: the Impact of Socio-Cultural Determinants and Migration	105
--	-----

Patria Rojas, Mariana Sánchez, Gira Rosado Ravelo, Christyl Dawson y Stephanie Diez (Estados Unidos) Psychosocial Determinants of Condom Use Among a non-Clinical Community-Based Sample of Latina Mothers and Daughters	137
Hugo Kamyá (Estados Unidos) Children, War, HIV/AIDS and the Human Rights Imperative: Bio-Psycho-Social Outcomes	167
Mónica Franch (Brasil) VIH/SIDA migraciones y políticas de ajuste Neoliberal: una aproximación etnográfica junto a brasileños trabajadores sexuales en Cataluña	185
Solange Rocha, Ana Cristina de Souza Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho e Isabel Casimiro (Brasil) O tempo é hoje: interseções entre neoliberalismo e a epidemia da AIDS na periferia capitalista	197
Marta Maia, Camila Rodrigues y Ana Rita Peres (Portugal) Prevenção do VIH/SIDA e trabalhadores do sexo imigrantes. O papel das organizações da sociedade civil em Portugal	221
Karina Villalba, Jennifer Attonito, Wissam Al Khoury y Patria Rojas (Estados Unidos) The History of the AIDS Epidemic in the United States: Lessons Learned and Future Directions	245
Las autoras y los autores	267
Las compiladoras y los compiladores	275

*A todas las mujeres, hombres, niños, niñas,
y jóvenes que transitan con un mismo sueño
hacia diversos destinos en nuestra gran patria:
la Madre Tierra.*

PREFACIO

VIH, MIGRACIONES Y DERECHOS HUMANOS: BREVES CONSIDERACIONES INTRODUCTORIAS

Marinilda Rivera Díaz, Mónica Franch,
Octávio Sacramento y Patria Rojas

Las enfermedades son manifestaciones que sobrepasan la biología y el individuo, reflejando aspectos e implicaciones socioculturales. La infección por el VIH/SIDA es un caso paradigmático de localización social de la enfermedad y de cómo ésta nos interpela no sólo individualmente sino también a escala de la vida colectiva, como miembros de grupos, sociedades y Estados fundados sobre determinados cuadros de normas y valores. Es precisamente en esta dimensión colectiva que se sitúa la discusión propuesta en los diferentes capítulos que forman el libro *VIH, migraciones y derechos humanos: perspectivas internacionales*, del cual somos organizadores. Su contexto de análisis prioritario se centra en las relaciones entre la epidemia del VIH/SIDA y los enormes desafíos que las movilidades migratorias contemporáneas suscitan para los derechos humanos, sobre todo por el modo indolente y securitario como tienden a ser gestionadas por los países del Norte, lo que contribuye para crear situaciones de exclusión y desprotección social, que, a su vez, facilitan los procesos de infección y dificultan la actuación de los sistemas de salud pública. Nuestra propuesta es ofrecer un aporte teórico crítico e interdisciplinar, desde las ciencias sociales, sobre las transformaciones causadas por la globalización y por las políticas neoliberales, y su impacto particular en las cuestiones de género, migración e infección por el VIH en países y grupos poblacionales más vulnerables a la epidemia.

Muchas de las políticas neoliberales, así como las crisis políticas y económicas generadas en el contexto de la globalización de mercados, tuvieron como consecuencia la expulsión de millares de personas de sus territorios de origen, y la vulnerabilización de muchos otros segmentos de la población, que continúan sometidos a una extensa y acumulativa diversidad de precariedades, sobre todo en relación a los servicios sanitarios. Por eso, es necesario y urgente defender el derecho a la salud y reducir las desigualdades que se reproducen y se fortalecen tanto en los países de origen como en los que reciben las migraciones. En este mismo contexto, el VIH es una infección cuya prevalencia se ha manifestado, internacionalmente, de forma desigual en grupos históricamente vulnerables, como las mujeres y las personas de la comunidad LGBTTQI. A pesar de los más de 30 años de epidemia, y de las transformaciones sufridas debido a la globalización y a las políticas neoliberales en el sector de la sanidad, todavía hay pocos estudios que propongan una comprensión sobre esas intersecciones, con especial atención a las cuestiones de género, migración y VIH/SIDA, desde experiencias concretas internacionales, y de reflexiones teóricas de carácter general. Esta obra colectiva busca ser un aporte para este urgente y necesario diálogo.

Las contribuciones reunidas aquí forman un conjunto de diez textos, al margen de este ejercicio introductorio, basados en diferentes contextos nacionales y escenarios sociales, teniendo como telón de fondo las cuestiones de las migraciones y de los derechos humanos, por medio de las cuales se analizan aspectos importantes sobre situaciones de vulnerabilidad y prácticas de riesgo epidemiológico, barreras de acceso a cuidados médicos y servicios de protección social para personas que viven con el VIH, y el modo cómo el Estado y la sociedad civil se organizan para producir estrategias colectivas de enfrentamiento de la enfermedad. Del punto de vista geográfico, los textos se refieren a contextos que forman un cuadrilátero transatlántico: Estados Unidos de América, Portugal, España, Puerto Rico, El Salvador, Brasil, África del Sur, Mozambique y Uganda.

El primer texto, titulado “Ciudadanía e epidemia: o VIH/SIDA no âmbito das migrações internacionais”, de autoría de Octávio Sacramento, proporciona un balance teórico que representa un intento de construcción de algunas referencias conceptuales generales para dialogar con los aportes empíricos más substantivos de los demás autores. En este capítulo se discute el modo por el cual las orientaciones políticas hegemónicas sobre las migraciones de la pobreza generan situaciones de violencia estructural que, al comprometer derechos humanos y principios fundamentales de ciudadanía, terminan

traduciéndose en escenarios de vulnerabilidad epidemiológica, afectando negativamente las posibilidades de prevención de infecciones y la prestación de cuidados adecuados a las personas (y a sus respectivas familias) que se enfrentan a un diagnóstico positivo para el VIH.

Sigue el aporte de Antonio Hernández, Fátima Alas y Sandra Gómez, con el título “VIH y migración en El Salvador: apuntes desde la salud internacional”. En este capítulo, los autores defienden la necesidad de adoptarse una perspectiva histórica y basada en los Derechos Humanos para comprender los desafíos lanzados por los movimientos migratorios de salvadoreños que se dirigen a los Estados Unidos, México y Guatemala. El texto destaca las vulnerabilidades que se hacen presentes en los trayectos migratorios, y que implican el riesgo de sufrir abuso sexual, embarazos no deseados, tráfico de personas e infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Por otro lado, los autores ponen de manifiesto los desafíos que resultan de la circularidad, o sea, del retorno forzado de migrantes debido a políticas de deportación, que pueden ser especialmente desafiantes en la continuidad al tratamiento para el VIH/SIDA, en el caso específico de las personas que viven con VIH. Finalmente, los autores afirman que el enfoque de las migraciones y de los Derechos Humanos en El Salvador enfrenta muchos desafíos, como la necesidad de incorporar las perspectivas de género y de dar mayor visibilidad a la población LGBTIQI, al derecho a la salud, a las migraciones y al trabajo, entre otros aspectos importantes.

En seguida, Marinilda Rivera Díaz, Natalie Alamo y Miriam Ruiz nos brindan con el texto “Fronteras de salud y derechos humanos: mujeres inmigrantes viviendo con VIH en Puerto Rico”, en el cual discuten la migración como un factor socioeconómico que desempeña un importante papel en la transmisión de infecciones como el VIH, una vez que la población migrante tiende a estar sometida a una mayor vulnerabilidad en comparación al resto de la población. Las autoras destacan que, en los últimos años, ha ocurrido una creciente feminización de los flujos migratorios, y por ello se intensifica la necesidad de reducir las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios para las mujeres migrantes. Su análisis se basa en los resultados de una investigación que se centra en las experiencias de gestión del VIH/SIDA por parte de mujeres dominicanas, y en los factores que condicionan su acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento.

El cuarto texto tiene el título “HIV among Latino immigrants in the United States: the impact of socio-cultural determinants and migration”. Los autores, Mariana Sanchez, Diana Sheehan y Derrick Forney, describen los principales aspectos relacionados al VIH que

afectan a los inmigrantes latinos en Estados Unidos. El capítulo resalta el impacto desproporcional de la infección entre estos inmigrantes, tanto en relación al contagio como no acceso a cuidados sanitarios de calidad. Simultáneamente, los autores nos ofrecen una visión general de los diversos determinantes socioculturales que actúan como factores de riesgo o de protección epidemiológica de la población latina inmigrante. Finalmente, el texto incluye recomendaciones políticas y enumera los desafíos y las oportunidades que se han de considerar para llevar a cabo estrategias efectivas de reducción de las disparidades de salud discutidas a lo largo del texto.

Llamando la atención, todavía, a la comunidad latina de los Estados Unidos, Patria Rojas, Gira Ravelo, Christyl Dawson, Stephanie Diez y Mariana Sanchez nos presentan el texto “Psychosocial determinants of condom use among a non-clinical community based sample of Latina mothers and daughters”. Las autoras analizan los resultados de un estudio de transmisión intergeneracional del abuso de drogas y alcohol entre madres e hijas latinas, investigando, específicamente, los factores asociados a sus decisiones sobre el uso de preservativos. Los resultados presentados nos autorizan a resaltar la importancia de dar continuidad a las campañas de sensibilización y prevención del VIH, orientadas según las especificidades de género y la necesidad de paridad de derechos. Futuros programas de intervención deberán llevar en cuenta estas cuestiones al abordar el uso de preservativos entre mujeres latinas en Estados Unidos.

Hugo Kamyra es autor del siguiente aporte del libro, que tiene como título “Children, war, HIV/AIDS and the human rights imperative: bio-psycho-social outcomes”. El capítulo presenta las consecuencias biopsicosociales para los niños que se quedan huérfanos debido al VIH/SIDA y también debate los aspectos específicos relacionados a la guerra y al conflicto que condicionan gravemente sus vidas. La globalización y los derechos humanos forman el cuadro dentro del cual se discuten estas cuestiones. Como ilustración empírica del análisis, Uganda gana una atención especial en este texto.

De carácter etnográfico y exploratorio, el texto de Mónica Franch —“VIH/SIDA, migraciones y políticas de ajuste neoliberal: una aproximación etnográfica junto a brasileños trabajadores sexuales en Cataluña”— discute los efectos de la aplicación de políticas de ajuste neoliberal en España, como respuesta a la crisis de 2008, en relación al acceso a prevención y tratamiento para el VIH/SIDA por parte de la población migrante. El estudio se centra en los migrantes brasileños que viven del trabajo sexual, y observa cómo este colectivo se organizó para garantizar el acceso a la salud, en la dirección contraria al discurso de limitación de derechos.

En el capítulo “O tempo é hoje: interseções entre neoliberalismo e a epidemia da AIDS na periferia capitalista”, Solange Rocha, Ana Cristina Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho e Isabel Casimiro, nos ofrecen un análisis de más de tres décadas de epidemia en el contexto de supremacía neoliberal, centrándose en la acción estatal por el derecho a la salud para las personas que viven con VIH/SIDA en Brasil, África del Sur y Mozambique. Desde la perspectiva del Servicio Social crítico y con un enfoque feminista los autores llegan a la conclusión de que la permanencia de las políticas neoliberales y el aumento de los discursos conservadores en los tres países analizados refuerzan las vulnerabilidades sociales y, por lo tanto, tienen un profundo impacto en la vulnerabilidad al VIH por parte de ciertos segmentos marcados por género, clase social y raza. Por último, el texto recomienda de manera enfática la politización de los determinantes de la epidemia, el refuerzo de los programas de protección social y la garantía de los derechos humanos para eliminar el estigma y la discriminación en torno de la epidemia.

La próxima contribución, de Marta Maia, Camila Rodrigues y Ana Rita Peres, se titula “Prevenção do VIH/SIDA e trabalhadores do sexo imigrantes: o papel das organizações da sociedade civil em Portugal”. En ella se discute el papel de las organizaciones de la sociedad civil portuguesa que desarrollan proyectos de prevención de las infecciones sexualmente transmisibles y de apoyo social a los trabajadores sexuales (TS). Las autoras dan una atención especial al modo como estas organizaciones estructuran sus intervenciones para cumplir los objetivos de prevención con las poblaciones clave, como los TS, caracterizados por la vulnerabilidad resultante de las condiciones sociales del trabajo del sexo, de la migración, a veces en situación de irregularidad, y en algunos casos, del género. Resaltan, igualmente, la relevancia de la intervención de estas entidades para el apoyo social y la *advocacy* en derechos humanos de los TS inmigrantes en Portugal.

Para finalizar esta obra, una reflexión en la que al mismo tiempo se piensa sobre el pasado y se proyecta el futuro de la epidemia: “The history of the AIDS epidemic in the United States: lessons learned and future directions”, de Karina Villalba, Jennifer Attonito, Wissam Al Khoury y Patria Rojas. En este texto, los autores hacen hincapié en la importancia y las conquistas del activismo en la historia del SIDA y en las vidas de las personas que viven con VIH/SIDA en Estados Unidos. La nueva era del activismo VIH, según los autores, mudó el foco hacia asuntos relacionados al tratamiento de por vida, a mejores prácticas de adherencia al tratamiento en el contexto de cuidados crónicos y a la reducción de las resistencias a los medicamentos antirretrovirales. Sin embargo, discuten la necesidad de desarrollar

programas sostenibles y efectivos en el marco del VIH/SIDA, incorporando problemas técnicos, sociales y políticos que todavía no se han enfocado de manera apropiada. Destacan, por lo tanto, la necesidad de construir nuevos conceptos y estructuras teóricas, así como nuevas estrategias activistas para movilizar este conocimiento con el objetivo final de apoyar adecuadamente la investigación, la intervención, la política y el *advocacy* en el campo del VIH/SIDA.

En síntesis, esta obra colectiva aglutina una diversidad de enfoques y miradas disciplinares, en contextos empíricos nacionales diversos y englobantes, dándonos elementos para reflexionar sobre las complejas relaciones entre VIH/SIDA, derechos y migraciones internacionales.

Les deseamos una buena lectura.

PREFÁCIO

VIH, MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS: BREVES CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Marinilda Rivera Díaz, Mónica Franch,
Octávio Sacramento y Patria Rojas

As enfermidades são manifestações que vão além da biologia e do indivíduo, evidenciando aspetos e implicações de âmbito sociocultural. A infecção pelo VIH/SIDA é um caso bastante revelador da localização social da doença e de como ela nos interpela não só individualmente como também à escala da nossa vida coletiva, enquanto membros de grupos, sociedades e Estados fundados em determinados quadros de normas e valores. É justamente nesta dimensão coletiva que se situa a discussão travada nos diferentes capítulos que compõem o livro *VIH, migrações e direitos humanos: perspectivas internacionais*, do qual somos organizadores. O seu âmbito de análise prioritário circunscreve-se às relações entre a epidemia do VIH/SIDA e os enormes desafios que as mobilidades migratórias contemporâneas continuam a suscitar em termos de direitos humanos, sobretudo pelo modo indolente e securitário como tendem a ser geridas pelos países do Norte, contribuindo para gerar situações de exclusão e desproteção social que propiciam os processos da infecção e dificultam as a bordagens dos sistemas de saúde pública. O propósito é oferecer uma contribuição teórica crítica e interdisciplinar, desde as ciências sociais, sobre as transformações causadas pela globalização e pelas políticas neoliberais, e o seu impacto particular nas questões de gênero, migração e infecção pelo VIH em países e grupos populacionais mais vulneráveis à epidemia.

Muitas das políticas neoliberais, bem como as crises políticas e econômicas originadas no contexto da globalização de mercados, tiveram como desdobramento a expulsão de milhares de pessoas de seus territórios de origem e a vulnerabilização de muitos outros segmentos da população, que ficaram sujeitos a uma extensa e cumulativa diversidade de precariedades, desde logo em termos de serviços de saúde. Intensifica-se, deste modo, a necessidade de defender o direito à saúde e de reduzir as desigualdades que se reproduzem e reforçam tanto nos países de origem como nos países recetores das migrações. Nesse mesmo contexto, o VIH é uma infecção cuja prevalência tem estado presente, internacionalmente, de forma desigual em grupos historicamente vulneráveis, como as mulheres e as pessoas da comunidade LGBTTQI. Apesar dos mais de 30 anos da epidemia, e das transformações sofridas pela globalização e as políticas neoliberais no setor da saúde, ainda são poucos os estudos que propõem uma compreensão sobre essas interseções, com especial atenção às questões de género, migração e VIH/SIDA a partir de experiências concretas internacionais, e de reflexões teóricas abrangentes. Esta coletânea busca ser uma contribuição para este urgente e necessário diálogo.

Os contributos aqui reunidos traduzem-se num leque de dez textos, além deste exercício introdutório, que remetem para diferentes contextos nacionais e cenários sociais, tendo sempre as questões das migrações e dos direitos humanos como o grande pano de fundo para analisar aspetos relevantes sobre as situações de vulnerabilidade e práticas de risco epidemiológico, os constrangimentos em termos de acesso das pessoas que vivem com o VIH a cuidados médicos e a sistemas de proteção social, e o modo como o Estado e a sociedade civil se organizam para produzir estratégias coletivas de enfrentamento da doença. Do ponto de vista geográfico, os textos versam sobre contextos que configuram um quadrilátero transatlântico: Estados Unidos da América, Portugal, Espanha, Porto Rico, El Salvador, Brasil, África do Sul, Moçambique e Uganda.

O primeiro texto, intitulado “Cidadania e epidemia: o VIH/SIDA no âmbito das migrações internacionais”, da autoria de Octávio Sacramento, proporciona um balanço de natureza eminentemente teórica que representa uma tentativa de construção de algumas referências conceptuais genéricas para dialogar com os contributos empiricamente mais substantivos dos demais autores. Neste capítulo é discutido o modo como as orientações políticas hegemónicas em relação às migrações da pobreza geram situações de violência estrutural que, ao comprometerem direitos humanos e princípios fundamentais de cidadania, acabam por se traduzir em cenários de vulnerabilidade epidemiológica em termos de propagação da epidemia e das possibilidades

de prevenção de infeções e de prestação de cuidados atempados e adequados às pessoas (e respetivas famílias) que são confrontadas com um diagnóstico positivo para o VIH.

Segue-se o contributo de Antonio Hernández, Fátima Alas e Sandra Gómez, com o título “VIH y migración en El Salvador: apuntes desde la salud internacional”. Neste capítulo, os autores defendem a necessidade de se adotar uma perspetiva histórica e baseada nos Direitos Humanos para compreender os desafios suscitados pelos movimentos migratórios envolvendo salvadorenhos que se deslocam para os Estados Unidos, o México e a Guatemala. O texto destaca as vulnerabilidades que acompanham os trajetos migratórios, incluindo o risco de sofrer abuso sexual, gravidez indesejada, tráfico de pessoas e infeções de transmissão sexual, entre elas o VIH. Por outro lado, evidencia os desafios decorrentes da circularidade, isto é, do retorno forçado de migrantes devido a políticas de deportação, e como isso pode ser especialmente desafiador na continuidade do tratamento para o VIH/SIDA, no caso específico das pessoas que se debatem com a infeção. Por fim, os autores defendem que a abordagem das migrações e dos Direitos Humanos em El Salvador tem ainda muitos desafios a cumprir, como a necessidade de incorporar perspetivas de género e de conferir maior visibilidade à população LGBTTQI, ao direito à saúde, às migrações e ao trabalho, entre outros importantes aspetos.

De seguida, Marinilda Rivera Díaz, Natalie Alamo e Miriam Rapale contribuem com o texto “Fronteras de salud y derechos humanos: mujeres inmigrantes viviendo con VIH en Puerto Rico”, no qual discutem a migração como um fator socioeconómico que desempenha um papel muito relevante na transmissão de infeções como o VIH, considerando que a população migrante tende a estar sujeita a vulnerabilidades acrescidas quando comparada com o resto da população. As autoras destacam que nos últimos anos tem havido uma crescente feminização dos fluxos migratórios, intensificando-se a necessidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde para as mulheres migrantes. A análise apoia-se nos resultados de uma pesquisa que explora as experiências de mulheres dominicanas na gestão do VIH/SIDA e os fatores que condicionam o acesso a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.

O quarto texto tem por título “HIV among Latino immigrants in the United States: the impact of socio-cultural determinants and migration”. Os autores, Mariana Sanchez, Diana Sheehan e Derrick Forney, descrevem os principais aspetos relacionados com o VIH que afetam os imigrantes latinos nos Estados Unidos. É evidenciado o impacto desproporcional da infeção entre estes imigrantes, quer em termos de risco de contágio, quer no que diz respeito ao acesso a

cuidados de saúde de qualidade. Simultaneamente, é proporcionada uma visão geral dos vários determinantes socioculturais que atuam como fatores de risco ou de proteção epidemiológica para população latina imigrante. A terminar, são feitas algumas considerações políticas e elencados desafios e oportunidades no sentido de se desenvolverem estratégias efetivas para reduzir as disparidades de saúde consideradas ao longo do texto.

Continuando a olhar para a comunidade latina nos Estados Unidos, Patria Rojas, Gira Ravelo, Christyl Dawson, Stephanie Diez e Mariana Sanchez apresentam-nos o texto “Psychosocial determinants of condom use among a non-clinical community based sample of Latina mothers and daughters”. As autoras analisam os resultados de um estudo de transmissão intergeracional de abuso de drogas e álcool entre mães e filhas latinas, explorando, mais especificamente, os fatores associados às suas decisões em relação ao uso do preservativo. Os resultados apresentados permitem destacar a importância de dar continuidade às campanhas de sensibilização e prevenção do VIH orientadas segundo as especificidades de género e a necessidade de paridade de direitos, sendo que os futuros programas de intervenção deverão ter sempre presente estas questões ao abordarem o uso de preservativos entre mulheres latinas nos EUA.

O contributo seguinte é aportado por Hugo Kamya e tem por título “Children, war, HIV/AIDS and the human rights imperative: bio-psycho-social outcomes”. Nele são apresentadas as consequências biopsicossociais para crianças que ficam órfãs devido ao VIH/SIDA e são debatidos os aspetos específicos relacionados com a guerra e o conflito que condicionam severamente as suas vidas. A discussão destas questões é feita no quadro da globalização e dos direitos humanos. É dada especial atenção ao caso do Uganda para ilustração empírica da análise.

De carácter etnográfico e exploratório, o texto de Mónica Franch —“VIH/SIDA, migraciones y políticas de ajuste neoliberal: una aproximación etnográfica junto a brasileños trabajadores sexuales viviendo en Cataluña”— discute os efeitos da aplicação de políticas de ajuste neoliberal na Espanha como resposta à crise de 2008, no que diz respeito ao acesso a prevenção e atendimento para o VIH/SIDA por parte da população migrante. O foco do estudo recai sobre migrantes brasileiros que vivem do trabalho sexual, e sobre o modo como este coletivo se organizou para garantir o acesso à saúde na contramão de um discurso de limitação de direitos.

No capítulo “O tempo é hoje: interseções entre neoliberalismo e a epidemia da AIDS na periferia capitalista”, Solange Rocha, Ana Cristina Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho e Isabel Casimiro brindam-nos

com uma análise de mais de três décadas de epidemia no contexto da supremacia neoliberal, com foco na ação estatal em defesa do direito à saúde para as pessoas que vivem com VIH/SIDA no Brasil, na África do Sul e em Moçambique. Assumindo a perspectiva do Serviço Social crítico, e desde uma abordagem feminista, os autores concluem que a permanência das políticas neoliberais e o aumento dos discursos conservadores nos três países analisados fortalecem as vulnerabilidades sociais e, conseqüentemente, possuem um impacto profundo na vulnerabilidade ao VIH por parte de certos segmentos marcados por gênero, classe social e raça. Por fim, o texto recomenda enfaticamente a politização dos determinantes da epidemia, o aumento dos programas de proteção social e a defesa dos direitos humanos para eliminar o estigma e os preconceitos em relação à epidemia.

Segue-se o contributo de Marta Maia, Camila Rodrigues e Ana Rita Peres, com um texto intitulado “Prevenção do VIH/SIDA e trabalhadores do sexo imigrantes: o papel das organizações da sociedade civil em Portugal”. Nele é discutido o papel das organizações da sociedade civil portuguesas que desenvolvem projetos de prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e de apoio social aos trabalhadores sexuais (TS). É prestada particular atenção ao modo como estas organizações estruturam as suas intervenções de forma a responder aos objetivos de prevenção junto de populações-chave, como é o caso dos TS, marcadas pela vulnerabilidade decorrente das condições sociais do trabalho do sexo, da migração, por vezes em situação de irregularidade, e, em alguns casos, do gênero. É, ainda, destacada a relevância da intervenção destas entidades ao nível do apoio social e da advocacia dos direitos humanos dos TS imigrantes em Portugal.

A encerrar, uma reflexão em que, simultaneamente, se considera o passado e se projeta o futuro da epidemia: “The history of the AIDS epidemic in the United States: lessons learned and future directions”, de Karina Villalba, Jennifer Attonito, Wissam Al Khoury e Patria Rojas. Neste texto é sublinhada a importância e as conquistas do ativismo para a história da SIDA e para as vidas das pessoas que vivem com VIH/SIDA nos Estados Unidos. Os autores mostram que a nova era do ativismo VIH mudou o foco para questões relacionadas com o desenvolvimento de intervenções de prevenção mais eficazes, a pesquisa para o tratamento ao longo da vida, as melhores práticas de adesão ao tratamento no contexto de cuidados crónicos e a redução das resistências aos medicamentos antirretrovirais. No entanto, discutem a necessidade de desenvolver programas no âmbito do VIH/SIDA sustentáveis e efetivos, que envolvam problemas técnicos, sociais e políticos ainda não abordados de forma apropriada. Enfatizam, assim, a necessidade de construir novos conceitos e estruturas teóricas, bem

como novas estratégias ativistas para mobilizar esse conhecimento de maneira a sustentar adequadamente a pesquisa, a intervenção, a política e a advocacia no campo do VIH/SIDA.

Em síntese, a coletânea traz uma diversidade de abordagens e olhares disciplinares, em contextos empíricos nacionais bastante diversos e abrangentes, de modo a dar elementos para refletir as intrincadas relações entre VIH/SIDA, direitos e migrações internacionais.

Desejamos a todos uma boa leitura.

PREFACE

HIV, MIGRATIONS AND HUMAN RIGHTS: BRIEF INTRODUCTORY CONSIDERATIONS

Marinilda Rivera Díaz, Mónica Franch,
Octávio Sacramento y Patria Rojas

Diseases are manifestations that go beyond an individual's biology, putting into evidence aspects and implications within the social and cultural environment. HIV Infection is a rather revealing as questions us not only individually but also in regard to our collective lives, as members of groups, societies, and States founded in a determined frame of norms and values. This collective dimension is at the core of the discussion on each of the different chapters of the book *HIV, migrations and human rights: international perspectives*. This book main scope of analysis is based on the relations among the HIV/AIDS epidemic and the enormous challenges that the contemporary migratory mobilities continue to raise when it comes to human rights, especially regarding the indolent and safe way in which HIV seropositive patients tend to be managed by northern countries, contributing to the creation of social exclusion and deprotection which increases HIV infection risks and impose difficulties seeking and receiving services from the public health systems. This book offers a critical, theoretical and interdisciplinary contribution, starting from social sciences, regarding the transformations caused by globalization and by neoliberal policies, and its particular impact on issues of gender, migration and HIV infection in countries and vulnerable group population to the epidemic.

Many of neoliberal policies, as well as political and economic crisis originated in the context of globalization of markets, caused the expulsion of thousands of people from their territories of origin and increased the vulnerability of other segments of the population, which are now exposed to an extensive and cumulative diversity of precariousness, including poor access to health services. It is indeed necessary to defend the right to healthcare and to reduce the inequalities, both in the origin countries and in countries receiving migrations. Therefore, HIV prevalence all over the world have been historically attached to vulnerable groups, such as women and people from the LG-BTTIQ community. Despite the existence of the HIV/AIDS epidemic for over 30 years, and despite the transformations in healthcare after globalization and neoliberal policies, there are still very few studies aiming to understand these intersections, with special attention to the issues of gender, migration and HIV/AIDS from concrete international experiences, and offering broad theoretical reflections. This selection seeks to be a contribution to this urgent and necessary dialogue.

The contributions compiled form a range of ten texts referred to different national contexts and social scenarios. The background of all the chapters are issues of migrations and human rights, and all the authors seek to analyze relevant aspects regarding situations of vulnerability and epidemiological risk practices, constraints to healthcare and systems of social protection for people who live with HIV, and the way in which the States and civil societies are organized to produce collective strategies to face this illness. From a geographic point of view, the chapters focus on a transatlantic quadrilateral context: the United States of America, Portugal, Spain, Puerto Rico, El Salvador, Brazil, South Africa, Mozambique and Uganda.

The first chapter, entitled “Citizenship and epidemy: HIV/AIDS in the sphere of international migrations”, by Octávio Sacramento, is a theoretical attempt to build some generic conceptual references to dialogue with the empirically more substantial contributions of the other authors. This chapter discusses how hegemonic political orientations regarding poverty migrations generate situations of structural violence which, by compromising human rights and individuals’ fundamental principles, end up creating scenarios of epidemiological vulnerability in terms of the propagation of the epidemic, the possibilities to prevent the infections and the provision of timely and proper care to HIV patients and their families confronting a HIV seropositive diagnosis.

The contribution by Antonio Hernández, Fátima Alas and Sandra Gómez, titled “VIH y migración en El Salvador: apuntes desde la salud internacional” defends the need to adopt a historical perspective based on the Human Rights to understand the challenges brought by

the migratory movements involving Salvadorians that relocate to the United States, Mexico, and Guatemala. The chapter highlights the vulnerabilities that follow the migratory trajectories, including the risk of suffering sexual abuse, unwanted pregnancy, human trafficking and sexually transmitted infections, such as HIV. On the other hand, it evidences the challenges arising from circularity, i.e., from the forced return of immigrants due to deportation policies, and how this can be especially challenging in the continuity of the treatment for HIV/AIDS. In this chapter, the authors defend that the approach to migrations and human rights in El Salvador still faces many challenges, such as the need to incorporate gender perspectives and give greater visibility to the LGBTIQ communities, in regards to health rights, migration and work, among many other important social aspects.

Following the aforementioned, we have Marinilda Rivera Díaz, Natalie Alamo and Miriam Rapale contributing with the chapter “Fronteras de salud y derechos humanos: mujeres inmigrantes viviendo con VIH en Puerto Rico”, in which they discuss migration as a social and economic factor that performs a very relevant role in the transmission of infectious diseases such as HIV; considering that the migrating population tends to be exposed to added vulnerabilities when compared to the rest of the population. The authors highlight that, during the last years, there has been a growing feminization of the migratory flows, intensifying the need to reduce the inequalities of access to healthcare services to migrating women. Their analysis is supported by results of a research that explores the experiences of Dominican women managing VIH/AIDS and the factors that condition the access to prevention, diagnosis and treatment services in Puerto Rico.

The fourth chapter is entitled “HIV among Latino immigrants in the United States: the impact of socio-cultural determinants and migration”. The authors, Mariana Sanchez, Diana Sheehan and Derrick Forney, describe the main aspects related to HIV that affect the Latin immigrants in the United States. The disproportional impact of the infection among these immigrants become evident, whether in terms of risk of infection, whether in regard to access to quality healthcare services. Simultaneously, we are provided with a general view of socio-cultural determinants that act as risk factors to epidemiological protection for the migrating Latin population. Lastly, some political regards are made and some challenges and opportunities are listed in the sense of developing effective strategies to reduce the healthcare disparities mentioned throughout the chapter.

Continuing the glance towards the Latin community in the United States, Patria Rojas, Gira Ravelo, Christyl Dawson, Stephanie Diez, and Mariana Sanchez present us with the chapter “Psychosocial

determinants of condom use among a non-clinical community-based sample of Latina mothers and daughters". The authors analyze the results of a study of intergenerational transmission of substance misuse between Latin mothers and their adult daughters, exploring, more specifically, the factors associated with their decisions regarding the use of condoms. The chapter highlights the importance of giving continuity to HIV awareness and prevention through campaigns according to the specificities of gender and need for the parity of rights. Future intervention programs must always take into account such issues when approaching the use of condoms among immigrant Latin women in the USA.

The following contribution is made by Hugo Kamya is titled "Children, war, HIV/AIDS and the human rights imperative: bio-psycho-social outcomes". In it the author presents the bio-psycho-social consequences for children that become orphan due to HIV/AIDS and he also debates the specific aspects related to the war and conflict that severely condition their lives. The discussion of such issues is made in the frame of globalization and human rights. Special attention is given to the case of Uganda in order to empirically illustrate the analysis.

With an ethnographic and exploratory view, the chapter authored by Mónica Franch, "VIH/AIDS, migraciones y políticas de ajuste neoliberal: una aproximación etnográfica junto a brasileños gays viviendo en Cataluña" – discusses the effect of applying policies of neoliberal adjustment in Spain as a response to the 2008 crisis, when it comes to the access to prevention and services for HIV/AIDS by the migrating population. The focus of the study follows on Brazilian immigrants that live from sexual work, and the way that this group has organized itself to ensure access to health, opposing a speech of rights limitation.

In the chapter "The time is now: intersections between neoliberalism and epidemic of AIDS on the capitalist periphery", Solange Rocha, Ana Cristina Vieira, Evandro Alves Barbosa Filho and Isabel Casimiro rejoice us with an analysis of over three decades of the epidemic in the context of the neoliberal supremacy, focusing on the action of the State to defend the right to healthcare to people living with HIV/AIDS, in South Africa and in Mozambique. From a critical perspective in social service, and with a feminist approach, the authors conclude that the reinforcement of neoliberal policies and the increase of conservative speeches in the analyzed countries contribute to the vulnerabilities of certain segments marked by gender, social class, and race. At last, the chapter emphatically recommends the politization of the determinants of the epidemic, the increase of social protection programs and the defense of Human Rights to eliminate the stigma and prejudice regarding the epidemic.

The contribution of Marta Maia, Camila Rodrigues and Ana Rita Peres, is a chapter entitled “Prevention of HIV/AIDS and immigrating sex workers: the role of civil society organizations in Portugal”. In it, the authors discuss the role of Portuguese civil society organizations that develop prevention projects for sexually transmitted infections and offer social support to sex workers (SW). They pay particular attention to the way in which these organizations structure their interventions so as to respond to the objectives of prevention along with key populations, such as the SW, which are marked by the vulnerability that arises from the social conditions of sex work, sometimes migration, and, in some cases, of gender. They also highlight the relevance of the intervention of these entities at the level of social support and advocacy of human rights of the immigrant SW living in Portugal.

Lastly, a reflection which, simultaneously, considers the past and projects the future of the epidemic: “The history of the AIDS epidemic in the United States: lessons learned and future directions”, by Karina Villalba, Jennifer Attonito, Wissam Al Khoury and Patria Rojas. In this chapter, the authors underline the importance and the achievements of activism to the history of AIDS and to the lives of people that live with HIV/AIDS in The United States. The authors show how the new era of HIV activism has changed the focus to issues related to the development of more efficient interventions and prevention, the research for treatment throughout life, the better practices when adhering to the treatment in the context of chronic care and the reduction of resistance to the antiretroviral drugs. However, the authors also discuss the need to develop programs in the field of HIV/AIDS that are sustainable and effective, involving technical, social and political problems that haven't yet been approached in an appropriate manner. As such, they highlight the need to build new concepts and theoretical structures, as well as new activist strategies to mobilize this knowledge in a way to properly sustain the research, intervention, politics, and advocacy in the field of HIV/AIDS.

To sum up, the authors bring a diversity of approaches and disciplinary looks, in a diversely empirical, national and international contexts, to provide insightful elements upon the intricate relations between HIV/AIDS, human rights and international migrations.

We wish you all a good reading.

CIDADANIA E EPIDEMIA: O VIH/SIDA NO ÂMBITO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS*

Octávio Sacramento

INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, o aumento dos fluxos internacionais de pessoas, bens e informação constitui uma expressão marcante dos processos da chamada “globalização tardia” (Turcan, 2016). Perante este cenário tem sido usual o reconhecimento da emergência de um mundo flexível, em movimento, pós-nacional, cosmopolita, ecuménico e híbrido (Appadurai, 1996; Bauman, 2000; Beck, 2002; Elliot & Urry, 2010; Habermas, 2001; Hall, 2006; Hannerz, 1997; Inda, 2000; Inda & Rosaldo, 2002; Matnstik, 1996; Schiller, Darieva & Gruner-Domic, 2011; Urry, 2007). Sem negar pertinência a tais concepções, importa, porém, ter em conta que o modo como tende a enfatizar-se a porosidade das fronteiras, os transnacionalismos e a fluidez da vida social contemporânea nem sempre deixa espaço para se ponderar com a devida atenção as múltiplas desigualdades históricas do “sistema-mundo” (Wallerstein, 1974) e a economia política da circulação global de pessoas. Se as noções da fluidez, do hibridismo e de uma cidadania global servem, de facto, para traduzir o que acontece com determinadas

* Uma versão similar deste texto, com o título “Política das migrações, violência estrutural e VIH/SIDA”, foi publicada na revista *Espaço Aberto*, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

(categorias de) pessoas e coisas (capital, sobretudo), elas deixam de fazer sentido quando consideramos os profundos constrangimentos a que está sujeita a vida de muitas outras pessoas, devido ao funcionamento indolente e seletivo de fronteiras político-administrativas e identitárias (Alvarez, 1995; Cunningham & Heyman, 2004; Gaudette, 2013; Kalir, 2013; Martell, 2009; Werbner, 1999).

As migrações da pobreza para os países mais prósperos do Norte evidenciam de forma paradigmática um cenário em que nem todos temos os mesmos recursos, oportunidades e estatutos para nos deslocarmos, transpor fronteiras e assegurar o reconhecimento como cidadãos de pleno direito à escala transnacional. O presente texto visa, justamente, debater as assimetrias, hierarquias e exclusões de cidadania subjacentes às mobilidades migratórias internacionais, procurando entender algumas das suas principais repercussões na esfera epidemiológica do VIH/SIDA, desde logo nos processos e circunstâncias de contágio, no acesso a cuidados adequados e, inclusive, na gestão da infeção à escala da saúde pública. Na abordagem destenexo entre migrações e VIH parto do princípio que ele decorre, acima de tudo, dos posicionamentos políticos da generalidade dos países recetores de migrantes e não tanto de aspetos intrínsecos às deslocações populacionais sazonais ou duradouras.¹ É a progressiva hegemonia de formas repressivo-securitárias-excludentes de governo das migrações que mais contribui para a vulnerabilidade e a consequente “sinergia de pragas” (v.g., pobreza, marginalização, violência, racismo) em que se inscreve e de que se alimenta a epidemia da SIDA (Ayres, Paiva & França, 2011; Parker & Camargo, 2000; Singer, 1994, 1998; Singer & Erickson, 2011).

Tratando-se de um capítulo inicial de um livro coletivo, as reflexões desenvolvidas ao longo deste texto são de natureza introdutória e assumem um evidente pendor teórico, tendo em vista construir uma breve panorâmica para situar a discussão e esboçar algumas perspectivas que irão ser aprofundadas e debatidas com maior densidade empírica nos demais capítulos. Apesar do seu registo eminentemente conceptual, a análise é, em larga medida, fomentada pelo meu envolvimento em experiências de investigação etnográfica sobre prostituição feminina, mobilidades internacionais, relacionamentos transnacionais de intimidade e VIH/SIDA. Beneficia ainda, como ponto de partida, de algumas perspectivas delineadas em trabalhos resultantes

1 Não deixo de reconhecer, porém, a existência de umnexo de causalidade entre o perfil de alguns fluxos migratórios, sobretudo os temporários e masculinizados, e a prevalência e dispersão do VIH/SIDA (Corno & Walque, 2012; Hohmann & Olimova, 2016), ainda que a implementação de enquadramentos políticos das migrações mais centrados nos direitos e na integração certamente esbateria os potenciais riscos epidemiológicos que as mesmas poderão comportar.

desses estudos de terreno (Ribeiro & Sacramento, 2012; Ribeiro *et al.*, 2007; Sacramento, 2014, 2015, 2016a/b, 2017; Sacramento & Ribeiro, 2016), ajustadas e articuladas com o intuito de sistematizar e compreender as interseções entre as migrações e o VIH, ou melhor, entre os desafios da cidadania² e as exigências da epidemia.

DESLOCAÇÕES MIGRATÓRIAS E FRONTEIRAS DE EXCLUSÃO

Os fluxos migratórios globais têm como destinos preferenciais as geografias mais prósperas do planeta (*v.g.*, América do Norte, Europa Ocidental, Austrália e Japão) e estão sujeitos a processos de vigilância e triagem de grande amplitude socio-espacial, desde as ações a montante, tendo em vista a externalização do controlo³ ou o “controlo remoto” (Zolberg, 2003) nos contextos de origem e de trânsito, até à deteção, detenção e deportação de quem se encontra em situação jurídica irregular no destino (Broeders, 2007; Genova & Peutz, 2010; Lechevalier & Wielgoths, 2013; Nieuwenhuys & Pécout, 2007; Sacramento & Ribeiro, 2011). A maior ou menor facilidade de transpor fronteiras e assegurar a aceitação como cidadão num determinado país depende, largamente, de fatores como a nacionalidade, a etnicidade, a qualificação académica e, acima de tudo, a condição socioeconómica. Com base nestes fatores é constrangida a mobilidade de uma vasta massa de pessoas pobres e cuja alteridade étnica tende a suscitar exacerbadas fobias identitárias (Appollonia, 2012; Delanty, 2008).

As fronteiras político-administrativas (*borders*) atuam também como fronteiras de identidade e de exclusão (*boundaries*) (Fassin, 2011). Sustentadas por ideologias capitalistas (condição económica como principal garante das possibilidades de trânsito) e culturalistas (diferenças culturais como alvo de apreensão e contenção) (Sacramento, 2017), configuram eminentes dispositivos de biopoder —controlo dos corpos e das populações—, investindo-se, amiúde, como é bem evidente no caso dos refugiados, de uma biopolítica de vida e de morte (*tanatopolítica*), de “fazer viver” ou “deixar morrer” (Agamben, 1998; Agier, 2008; Foucault, 1994). Além da férrea restritividade dos sistemas de admissão de imigrantes dos principais países recetores, a

2 Aqui entendida como uma condição que remete para os direitos civis, sociais e políticos, a pertença e integração numa dada comunidade e a possibilidade de acesso à participação política (Wiener, 2018), devendo ser equacionada, simultaneamente, nos âmbitos nacional e supranacional em virtude do incremento dos fluxos e das conexões globais.

3 Trata-se de uma estratégia bem evidente na Europa de Schengen e que assenta na exportação de estruturas e dispositivos de controlo das suas fronteiras para territórios vizinhos, com o propósito de sustentar antecipadamente os fluxos migratórios e impedir a sua chegada ao perímetro fronteiriço (Lemberg-Pedersen, 2015, 2017).

biopolítica desumana que estabelece a matriz de governo das migrações é ainda mais notória nas largas centenas de centros de reclusão e deportação de *ilegais* e de campos de refugiados existentes um pouco por todo o mundo, com especial destaque para a Europa de Schengen e os países vizinhos da orla mediterrânica.⁴ Debatendo a estratégia europeia de criação de “arquipélagos de confinamento de migrantes”, Ferrer-Gallardo e Albet-Mas (2016) abordam o exemplo icónico de Ceuta e referem-se ao cenário socio-espacial da cidade como um exemplo paradigmático de *limboscape*: “a transitional zone, a threshold or midway territory between two different borders, where the migrants’ trajectories towards the ‘European-EU’ are spatially and temporally suspended, confined between the land border with Morocco and the Straits of Gibraltar” (p. 528).

A forte repressão a que estão sujeitas as migrações internacionais gera inúmeros efeitos perversos, que, muitas vezes e ironicamente, intensificam os próprios problemas que as autoridades alegam querer solucionar (Bommès & Sciortino, 2011; Sacramento, 2015). O reforço do controlo social não implica, necessariamente, a atenuação do que se visa enfrentar, podendo mesmo ocasionar o seu agravamento e a emergência de consequências negativas inesperadas (Becker, 1966; Lemert, 1972),⁵ como é claramente perceptível no contexto da imigração: “... strict new laws have compounded the problem as well as created others (e.g., a massive increase in detained immigrants, racial discrimination, denials of due process, and various human and civil rights violations)” (Welch, 2003: 327). Quase de imediato, o endurecimento das políticas migratórias acaba por incrementar muitas das ilegalidades que aquelas próprias políticas visam combater. Com o ascender das restrições à mobilidade internacional “cada vez mais migrantes têm que recorrer a agentes especializados na migração e maior número de organizações começam a dedicar-se a esta atividade [...]” (Peixoto *et al.*, 2005: 59).⁶ Deste modo, aquilo que era um problema de imigração indocumentada tem vindo a transformar-se em problemas de contrabando (*smuggling*) e de tráfico de pessoas, aos quais estão associadas várias outras manifestações de

4 Veja-se, por exemplo, a carta de localização dos principais centros de detenção elaborada pelo observatório de fronteiras Migreurop (2016).

5 A implementação da chamada “lei seca” nos EUA, na década de 1920, é um caso clássico e exemplar da forma como a tentativa de restringir rigidamente, neste caso a produção e venda de bebidas alcoólicas, acabou por criar um conjunto ainda mais explosivo de problemas.

6 Além dos casos mais mediatizados da Europa Mediterrânica, também na América do Norte, por exemplo, tem vindo a constatar-se um significativo aumento e sofisticação de organizações criminosas que se dedicam a contrabandear pessoas na fronteira entre o México e os EUA, recorrendo a percursos e a estratégias arriscadas que têm estado na origem de muitas mortes (Guerette & Clarke, 2005; Nevins, 2007).

criminalidade decorrentes da necessidade de se camuflar a permanência irregular no país de destino ou de se proceder à sua regularização.

No que diz mais especificamente respeito à crescente sofisticação dos dispositivos de controlo interno dos imigrantes —com o objetivo de se proceder à identificação daqueles que se encontram em situação irregular, tendo em vista a sua deportação—⁷, as consequências poderão ser, de igual modo, bastante perversas. Destaca-se aqui o alastramento daquilo que vários autores designam por “foggy social structures” (Bommes & Sciortino, 2011): procedimentos estratégicos mais ou menos organizados sob a forma de mercados informais em diversas esferas (v.g., laboral, arrendamento imobiliário, matrimonial, documentação) que, à margem ou contornando a lei, permitem aos imigrantes encobrir a sua situação irregular ou assegurar a respetiva regularização. Muitas destas instituições subterrâneas que operam como resposta a uma conjuntura manifestamente repressiva proporcionam-lhes condições para iniciarem o projeto migratório e, já depois de entrados no país de acolhimento, permanecerem na sombra protetora das suas comunidades étnicas, beneficiando do auxílio de compatriotas e de familiares (Engbersen, 2001). Este tipo de ajuda e de serviços informais geram invisibilidade social e dificultam as ações de vigilância das forças policiais. A resposta das autoridades tem sido a crescente sofisticação panóptica dos sistemas digitais de monitorização das mobilidades (Sacramento, 2015). Porém, o ciclo vicioso de efeitos perversos continua. A intensificação do controlo acentua a (necessidade de) marginalização dos imigrantes e cria fronteiras de exclusão ainda mais vincadas, remetendo-os para fora do campo das possibilidades de cidadania, para situações de extensa vulnerabilidade.

O enquadramento político hegemónico das migrações segundo lógicas securitárias tem quase sempre subjacente um regime discursivo estigmatizante-criminalizante, que transforma as comunidades de imigrantes em bode expiatório de problemas vários, nomeadamente no âmbito da segurança e da economia (Anderson, 2013; Balzacq & Carrera, 2006; Fekete, 2004; Gorodzeisky & Semyonov, 2009; Linke, 2010; Saux, 2007). Aliás, muitos dos rótulos usados para fazer referência à imigração refletem esta orientação. A usual utilização de terminologias geradoras de receios (v.g., *avalanche*, *ilegais*) e de metáforas de guerra (v.g., *a luta contra*, *o combate*, *a defesa*) promovem

7 No entender de Peutz e Genova (2010), estamos perante um complexo regime sociopolítico de deportação globalizado que “manifesta noções dominantes de soberania, cidadania, saúde pública, identidade nacional, homogeneidade cultural, pureza racial e privilégio de classe” (2010: 2).

a constituição de representações estereotipadas do fenómeno associadas ao perigo, à criminalidade e à desordem, suscitando, inevitavelmente, suspeições generalizadas e fortes tensões e clivagens sociais (Balzacq & Carrera, 2006; Sohoni & Sohoni, 2014). Ao mesmo tempo que contribuem para disseminar e exacerbar medos, as autoridades, geralmente, propõem mais repressão e securitarismo para acalmar o pânico social, sendo que esta estratégia tende a revelar-se paradoxal, fomentando ainda mais insegurança e muitos outros efeitos perversos, como já foi dito.

A produção generalizada de processos de estigmatização e exclusão na esfera das migrações é ideologicamente impulsionada pela perspectiva de um “outro” racializado, percebido sobretudo como fonte de perigo, desordem e ameaça a uma cultura nacional imaginada como unitária, homogénea e estática (Vertovec, 2011). Como destaca Linke (2010: 116), “The figure of the enemy-outsider has emerged as a trope for people in motion, including migrants, immigrants, refugees, seekers of asylum and transient border-subjects, who are perceived as potential threats to ‘homeland’ mobile security. Human figures are criminalized as icons of global instability and disorder”. Deste olhar de diabolização das mobilidades da pobreza tem resultado a crescente hegemonia da crença de que a segurança e a estabilidade só serão possíveis se suprimidas ou, pelo menos, moderadas as situações suscetíveis de complexificar o ordenamento das demarcações sistémicas em que se inscrevem as identidades e as desigualdades globais (Amoore, 2006). Trata-se de uma crença que fomenta o desígnio de manter e, se possível, reforçar as inúmeras fronteiras (v.g., político-administrativas, étnicas, de pobreza) de um mundo organizado segundo múltiplas hierarquias (Sacramento, 2016a), perpetuando o legado colonial de “cidadãos e súbditos” (Sarró & Mapril, 2011) no posicionamento de muitos países face ao “outro” imigrante, inclusive em relação aquele já estabelecido no seu território e que tanto tem contribuído para a sua prosperidade.

DA CIDADANIA OBLITERADA À VULNERABILIDADE EPIDEMIOLÓGICA

A disposição repulsiva das fronteiras e a omnipresença, por via da digitalização, das suas funções de vigilância produzem múltiplas exclusões e tendem a suspender o “direito a ter direitos” (Lemberg-Pedersen, 2015), gerando “vidas nuas” sem cabimento político e legal, em estado liminar de exceção e abandono (Agamben, 1998). Além de bloquear a entrada de um vasto contingente de “indesejados”, a exacerbada, extensiva e violenta (pelo menos num plano simbólico) monitorização que recai sobre a generalidade dos imigrantes “is aimed at their exclusion from key societal institutions, discouraging their stay

and ultimately, the deportation of apprehended irregular migrants” (Broeders, 2007: 71). Ganha expressão, deste modo, a sua condição de *atopos*: deslocados, sem lugar, carentes de identidade e de cidadania (Bourdieu, 1998). Ao mesmo tempo é comprometido o espírito da própria democracia, assente na universalidade e “na constante inclusão de mais pessoas no âmbito da cidadania. [...] Não reconhecer a cidadania ao imigrante que trabalha connosco lembra em demasia o modelo social da família vitoriana, de senhores em cima e serviçais em baixo” (Soroa, *in* Guerrero, 2007: 95).

Tratados, frequentemente, como “refugio humano” da globalização (Bauman, 2005), os imigrantes, muito em particular os que não veem reconhecida a pertença a um Estado e consagrados os respectivos direitos,⁸ estão sujeitos a uma acentuada violência estrutural decorrente de ordenamentos sociais subalternizantes que, de forma sistémica, produzem efeitos de opressão e inviabilizam condições indispensáveis à autorrealização humana (Galtung, 1969).⁹ Fomentada por múltiplas manifestações de desigualdade, por clivagens culturais e identitárias, pela iniquidade do funcionamento do próprio Estado e pela conseqüente e severa limitação da autodeterminação pessoal —de que resulta sofrimento social e morte (Sen, 1998)—, a violência estrutural pode mesmo ser entendida sob a perspectiva da violação dos direitos humanos (Farmer, 2005; Ho, 2007). Esta forma de violência difusa e despersonalizada, mas profundamente constritiva da capacidade de agência e de satisfação de necessidades básicas, não é gerada apenas por regimes de natureza ditatorial. Ela está bem presente no funcionamento da própria democracia liberal, assente num ordenamento constitucional que estabelece um conjunto de garantias aos cidadãos, reconhecendo sempre o primado da liberdade e da igualdade, mas “não garante a todos o pleno acesso a seus direitos, pois o Estado

8 O grupo étnico dos Rohingya é um dos casos atuais mais dramáticos deste vazio do Estado e da sua proteção. O não reconhecimento da cidadania e a feroz perseguição que lhes é movida por parte de Myanmar resultam, acima de tudo, do facto de serem considerados “imigrantes ilegais”, embora a sua presença no país seja bastante antiga (Zarni & Cowley, 2014).

9 No âmbito dos seus trabalhos sociológicos sobre violência e paz, Galtung (1969) foi pioneiro no uso do conceito de violência estrutural e na delimitação detalhada do seu campo semântico. Trata-se de uma forma de violência subjacente à organização estrutural da sociedade e não está associada a ações específicas e deliberadas de determinados agentes e/ou instituições, pelo que tende a ser naturalizada. Resulta, principalmente, de configurações políticas pautadas pela repressão e negação de direitos, da segregação laboral e exploração económica, da desigualdade social e dos quadros societários de marginalização, desproteção, injustiça e sofrimento. Vejam-se, entre outros, Benson (2008), Farmer (2004), Parsons (2007), Scheper-Hughes e Bourgois (2004), Vogt (2013), Winter e Leighton (2001).

volta suas atenções para atender aos interesses de uma determinada e privilegiada classe” (Neto & Moreira, 1999: 36).

O resultado intrínseco e simultâneo da violência estrutural é a vulnerabilidade estrutural, uma posicionalidade definida em função da localização na hierarquia social e das redes de relações de poder (e respetivos efeitos), que, sendo objeto de processos de incorporação (*embodiment*), acaba por se refletir em comportamentos, práticas e representações individuais (Holmes, 2011; Quesada, Hart & Bourgois, 2011). A situação vulnerável traduz-se, portanto, numa posição desfavorável em escalas de prestígio, poder e possibilidade de exercício da cidadania, em consequência da intersecção de elementos sociais que remetem, principalmente, para a posição de classe, a nacionalidade, a etnicidade, a “raça” (enquanto construção social) e o género. A configuração destas categorias e a forma como produzem fragilidade social manifestam-se dentro de um determinado quadro macro-estrutural, mais concretamente “within a complex and historical web of capitalist relations and state-sponsored violence in the fullest sense of the term” (Green, 2011: 367). Num modelo capitalista de organização das sociedades —de que resultam profundas assimetrias e extensas ausências do Estado—, a vulnerabilidade intensifica-se entre as pessoas dos estratos mais desfavorecidos,¹⁰ com nacionalidades pouco prestigiadas na geopolítica mundial, subjugadas a fortes restrições em termos de mobilidade e incluídas em grupos étnicos e/ou em categorizações raciais alvo de discriminação sistemática.

Circunscritos às “margens”, muitos imigrantes encontram-se enredados em severas manifestações de violência e vulnerabilidade estrutural, direta ou indiretamente fomentadas por sistemas de gestão das migrações em que sobressaem a repressão seletiva, a arbitrariedade, a suspensão de direitos e o controlo, como já foi salientado na secção anterior do texto. No campo da saúde, e especificamente no que concerne ao VIH/SIDA, estes constrangimentos estruturais são responsáveis por inúmeras situações de vulnerabilidade epidemiológica, ou seja, por cenários e circunstâncias sociais que favorecem os comportamentos de risco e a propagação epidémica, dificultando a prevenção e a construção de respostas médico-sociais adequadas para lidar, individual e coletivamente, com a infeção. A liminaridade cívica extrema enfrentada por imigrantes em trânsito e a condição de cidadania obliterada em que vivem muitos outros (sobretudo os ditos *ilegais*) constituem mesmo as grandes barreiras estruturais à abordagem do VIH na esfera das migrações: a montante, na implementação

10 Aqui, o género não é inócuo, como se pode comprovar pela tendência global de feminização da pobreza, inclusivamente nos países mais ricos (Goldberg, 2010).

de estratégias de neutralização de ecologias de risco e de promoção de ambientes favoráveis e seguros (*enabling environments*) (Campbell & Cornish, 2010, 2012; Rhodes & Simic, 2005; Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman & Strathdee, 2005); a jusante, no diagnóstico atempado do contágio e no acompanhamento socio-sanitário adequado das pessoas afetadas pela doença.

As manifestações de exclusão e de pauperização que tendem a caracterizar as migrações internacionais —indissociáveis, desde logo, das tendências políticas globais para as migrações e da ausência de cosmopolitismo emancipatório (Sacramento, 2016a)— constituem, por si só, fatores preponderantes da vulnerabilidade ao VIH (Farmer, 2005; Fassin, 2007; Maia, 2011; Parker & Camargo, 2000; Quesada, Hart & Bourgois, 2011; Singer, 1994, 1998), pois tendem a estar intrinsecamente associadas a ambientes de risco.¹¹ Nestes ambientes ganham forma quotidianos, estilos de vida, quadros culturais, sociabilidades e práticas que, interagindo num registo sinérgico, incrementam de forma substancial a suscetibilidade à infeção. Destacam-se aqui, entre outros: (i) o maior distanciamento social face aos sistemas de saúde e às campanhas de prevenção, o que tenderá a traduzir-se em escassez de informação e sensibilização sobre o VIH/SIDA; (ii) a propensão para assimetrias de género mais acentuadas;¹² (iii) o recurso à prostituição em circunstâncias de necessidade extrema e a sua eventual associação ao consumo de drogas por via intravenosa; (iv) as menores possibilidades de acesso a meios de prevenção (*v.g.*, preservativos, troca de seringas, profilaxia pré-exposição [PrEP]); (v) a maior probabilidade de incorporação de *habitus* fatalistas e a conseqüente tendência para comportamentos negligentes. Além destas condições sociais que fomentam a exposição imediata dos sujeitos ao risco epidemiológico e comprometem a prevenção primária da infeção, a marginalização politicamente induzida das migrações tem ainda efeitos muito negativos no âmbito do diagnóstico e dos cuidados às pessoas (e famílias) que (con)vivem com o VIH/SIDA (Amo *et al.*, 2004; Burns *et al.*, 2007; Fakoya *et al.*, 2008; Hohmann & Olimova, 2016), como veremos a seguir.

A escassa eficácia de uma boa parte das políticas de integração, a repressão e a comum necessidade de ocultar a ausência de autorização

11 Aliás, a história da disseminação do VIH/SIDA está diretamente ligada às condições de extrema pobreza e marginalização social no Haiti (Farmer, 2004). Mas se estas condições contribuem, estruturalmente, para a propagação da epidemia, o nexo em sentido inverso também se verifica: a infeção concorre para a intensificação da pobreza, da estigmatização e da exclusão.

12 Estas assimetrias e as conceções hegemónicas de masculinidade a elas associadas configuram situações de manifesta vulnerabilidade e risco (Higgins, Hoffman & Dworkin, 2010; Leal, Knauth & Couto, 2015).

de permanência no país de destino fazem com que muitos imigrantes adotem uma postura de desconfiança e de relativo afastamento face aos serviços de saúde e a quase todos os outros. Aos seus olhos, estes serviços representam, geralmente, um Estado pouco acolhedor, que infunde receios e ao qual não querem expor-se para além do estritamente necessário. Segundo dados do Observatório de Saúde da organização Médicos do Mundo (MdM), mais de metade dos imigrantes indocumentados em países europeus confessaram sentir medo de serem detidos quando recorreram ao sistema de saúde e 70% revelaram que já se depararam aí com constrangimentos de diversa ordem (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009),¹³ inclusive nos países em que está previsto o acesso generalizado e sem restrições a cuidados médicos, como é o caso da França (Larchanché, 2012). Obviamente que estes receios e desconfortos são ainda mais profundos quando os imigrantes diagnosticados com VIH podem ser deportados, mesmo que a sua estadia no país esteja regularizada, como acontece na Rússia (Hohmann & Olimova, 2016). Independentemente desta situação mais extrema, na generalidade dos países a autorização de permanência ou de residência é uma condição imprescindível para o exercício de uma cidadania efetiva, mesmo quando existe uma retórica política inclusiva e que, em bastantes casos, parece não fazer depender o acesso à saúde do estatuto jurídico dos imigrantes.

No âmbito desta tendência global em que a gestão política das migrações acaba por se traduzir na inibição mais ou menos acentuada das possibilidades de acesso a serviços médicos, as estratégias de saúde pública para o VIH/SIDA perdem, inevitavelmente, parte da sua abrangência, coerência e eficácia. A este propósito, destaco brevemente três grandes consequências perversas. Em primeiro lugar, a prevenção primária é restringida pela inexistência de contactos sistemáticos com instituições de referência neste campo que promovam a incorporação de mensagens preventivas, o acesso fácil a recursos para evitar o contágio e a redução de obstáculos estruturais geradores de vulnerabilidade epidemiológica. Em segundo lugar, os dispositivos de rastreio da infeção e de diagnóstico precoce perdem capacidade de monitorização devido ao afastamento de muitos imigrantes do sistema de saúde,¹⁴ acentuando-se, assim, o problema

13 Mais recentemente, um outro relatório da responsabilidade da MdM, através da rede europeia para reduzir as vulnerabilidades em saúde, aponta situações igualmente preocupantes, destacando logo no título “o fracasso da cobertura sanitária universal na Europa” (Aldridge *et al.*, 2017).

14 Este é um cenário bastante preocupante tendo em conta, por exemplo, o que é dito por Rojas *et al.* (2014) para os EUA: “Early intervention is critical, particularly

da subnotificação dos casos de VIH, um dos grandes desafios que a luta contra a infeção ainda tem pela frente (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2017). Por último, a prestação de cuidados fica comprometida, não só em termos de assistência médica adequada e de criação de condições essenciais para cumprir os exigentes critérios de adesão terapêutica —fator essencial para o sucesso da gestão pessoal e coletiva da doença (Schaecher, 2013)— como também no que diz respeito à proteção social. Embora a atuação biomédica seja mais enfatizada, é importante não esquecer que o apoio psicossocial é imprescindível no quadro geral das respostas à epidemia, sobretudo nas “ressignificações” e “recomposição da vida” após o diagnóstico (Franch & Neves, 2014) e na redução de processos de estigmatização que, em muitos contextos, podem mesmo comprometer a adesão às terapias antirretrovirais (Rivera-Díaz *et al.*, 2015).

Fica evidente que as atuais orientações políticas dominantes para as migrações se refletem de forma particularmente problemática na epidemia do VIH/SIDA. Importa não esquecer que os aspetos político-económicos, entre muitos outros elementos socioculturais, têm uma influência preponderante na saúde, como nos mostra a perspetiva crítica no campo da antropologia médica. Especialmente através da noção de “sindemia” (Singer, 1994), esta perspetiva destaca a necessidade analítica de considerar “the vertical linkages that connect a social group or behavior (or health configuration) to larger political and economic systems and to the arrangement of social relationships they help produce and reproduce over time” (Singer, Herring, Littleton & Rock, 2011: 160). A SIDA e muitas outras enfermidades são indissociáveis de determinadas configurações de economia política (Fassin, 2007; Johnston, 2013; Parker, 2001; Sacramento & Ribeiro, 2016; Shadlen, 2007; Singer, 1998) em que se manifestam vincadas desigualdades na repartição de recursos, informação e conhecimentos, tecnologias e poder, que é fundamental compreender e procurar esbater.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, as fronteiras e as migrações são objeto de intensa disputa política e estão sujeitas a formas de gestão eminentemente

because Latino men and women are both more likely to engage in multiple sexual relationships while in the United States in comparison to their home countries” (p. 7). De um modo geral, o diagnóstico atempado é fundamental para o desígnio coletivo de contenção da epidemia, ao permitir intervir nas cadeias de transmissão e assegurar respostas terapêuticas rápidas que reduzem a carga viral para valores indetetáveis, neutralizando eventuais novos contágios.

securitárias e seletivas, muito em particular por parte dos países ricos. A finalidade prioritária é estabelecer, a partir de critérios economicistas, socio-identitários e/ou de segurança, uma apertada triagem entre quem é bem-vindo e quem é indesejado, visando reprimir os projetos de mobilidade de sujeitos pobres, sem privilégios e, em muitos casos, portadores de uma alteridade cultural para a qual o Ocidente tende a olhar com exacerbado temor. Com esta política migratória indolente são reforçadas clivagens étnicas e econômicas que geram profundas demarcações, exclusões e hierarquias sociais no cenário global. O resultado mais imediato é a obliteração da cidadania a largas centenas de milhares de pessoas que ficam à porta das fronteiras, sem terem para onde ir e com as vidas enclausuradas num limbo de indefinições, e a muitas outras centenas de milhares que, embora tenham conseguido aceder às geografias desejadas, estão em permanente desassossego com a possibilidade de serem deportadas e não lhes é permitido viver como cidadãos de pleno direito.

A violência estrutural que emerge nestas situações repercute-se transversalmente nas mais diversas esferas dos seus quotidianos, desde logo no âmbito da saúde. No caso específico do VIH/SIDA, como ficou patente ao longo do texto, a violência estrutural que emana das orientações políticas repressivo-securitárias hegemónicas para as migrações traduz-se na configuração de condições de acentuada vulnerabilidade epidemiológica. Pouco sensíveis aos direitos humanos e à cidadania, aquelas políticas são responsáveis por cenários de acentuada precariedade e marginalização social. Estes cenários intensificam a exposição ao risco e a suscetibilidade ao contágio e, por outro lado, retardam o diagnóstico e constroem o acesso a cuidados terapêuticos adequados que permitem controlar a infeção, evitar o estado de SIDA e viver cronicamente com a enfermidade. Ao mesmo tempo são afetadas as estratégias de prevenção da transmissão do vírus e os demais processos de gestão da epidemia sob a perspectiva da saúde pública, podendo mesmo ficar comprometidas algumas das principais metas globais para o fim da doença, nomeadamente o objetivo “90-90-90”, em 2020, da UNAIDS (2014): 90% das pessoas seropositivas diagnosticadas, 90% medicadas de forma adequada e 90% destas com supressão viral.

Para se evitar que o VIH encontre no campo das migrações condições de propagação favoráveis é essencial repensar as políticas migratórias dominantes, desencadear as transformações das estruturas que limitam as possibilidades individuais de prevenção e de acesso a recursos médico-terapêuticos, e intensificar a capacidade das entidades de saúde pública para, mais fácil e rapidamente, atuarem junto das populações imigrantes, regra geral mais afastadas do Estado.

Neste sentido, justificam-se posicionamentos socialmente sensíveis e orientados pelo propósito central de debelar as suas vulnerabilidades estruturais face ao VIH, permitindo-lhes usufruir “do mesmo tipo de fatores protetores da população em geral, tal como recursos sócio-econômicos, condições habitacionais, proteção social e laboral, além de igualdade de oportunidades na educação e saúde” (Rocha, Dias & Gama, 2010: 1010). Tal implicará, necessariamente, que a abordagem política das migrações se circunscreva aos imperativos de salvaguarda dos direitos humanos e de promoção da cidadania, afastando-se das perversidades subjacentes às pulsões nacionalistas e securitárias.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento (CETRAD-UTAD), entidade financiada por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P. (Portugal), no âmbito do projeto UID/SOC/04011/2019.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. 1998 *Homo sacer: Sovereign power and bare life* (Stanford: Stanford University Press).
- Agier, M. 2008 *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire* (Paris: Flammarion).
- Aldridge, R.; Miller, A.; Jakubowski, B.; Pereira, L.; Fille, F.; Noret, I. 2017 *Personas excluidas: El fracasso de la cobertura sanitaria universal em Europa* (Londres: Informe del Observatorio de la Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud, MdM). Em: <<http://www.medicos del mundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones,informe-del-observatorio-2017>> (20-06-2018).
- Alvarez, R. 1995 “The Mexican-US border: The making of an anthropology of borderlands” em *Annual Review of Anthropology* N° 24, pp. 447-470.
- Amo, J.; Bröring, G.; Hamers, F.; Infuso, A.; Fenton, K. 2004 “Monitoring HIV/AIDS in Europe’s migrant communities and ethnic minorities” em *AIDS* N° 18(14), pp. 1867-1873.
- Amoore, L. 2006 “Biometric borders: Governing mobilities in the War on Terror” em *Political Geography* N° 25(3), pp. 336-351.
- Anderson, B. 2013 *Us and them? The dangerous politics of immigration control* (Oxford: Oxford University Press).
- Appadurai, A. 1996 *Modernity at large: Cultural dimensions of globalization* (Minneapolis: University of Minnesota Press).

- Appollonia, A. 2012 *Frontiers of fear: Immigration and insecurity in the United States and Europe* (Ithaca e Londres: Cornell University Press).
- Ayres, J.; Paiva, V.; França, I. 2011 "From natural history of disease to vulnerability: Changing concepts and practices in contemporary public health" em Parker, R.; Sommer, M. (eds.) *Routledge handbook in global public health* (Abingdon: Routledge), pp. 98-107.
- Balzacq, T.; Carrera, S. (eds.) 2006 *Security versus freedom? A challenge for Europe's future* (Ashgate: Aldershot).
- Bauman, Z. 2000 *Liquid modernity* (Cambridge: Polity Press).
- Bauman, Z. 2005 *Vidas desperdiçadas* (Rio de Janeiro: Zahar).
- Beck, U. 2002 "The cosmopolitan society and its enemies" em *Theory, Culture & Society* N° 19(1-2), pp. 17- 44.
- Becker, H. 1966 *Outsiders: Studies in the sociology of deviance* (Free Press: Toronto).
- Benson, P. 2008 "El campo: Faciality and structural violence in farm" em *Cultural Anthropology* N° 23(4), pp. 589-629.
- Bommes, M.; Sciortino, G. (eds.) 2011 *Foggy social structures: Irregular migration, European labour markets and the welfare state* (Amesterdão: University Press).
- Bourdieu, P. 1998 "Um analista do inconsciente" em Sayad, A. (ed.) *A imigração ou os paradoxos da alteridade* (São Paulo: EDUSP), pp. 9-12.
- Broeders, D. 2007 "The new digital borders of Europe: EU databases and the surveillance of irregular migrants" em *International Sociology* N° 22(1), pp. 71-92.
- Burns, F.; Imrie, J.; Nazroo, J.; Johnson, A.; Fenton, K. 2007 "Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain" em *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* N° 19(1), pp. 102-108.
- Campbell, C.; Cornish, F. 2010 "Towards a 'fourth generation' of approaches to HIV/AIDS management: Creating contexts for effective community mobilization" em *AIDS Care* N° 22(2), pp. 1569-1579.
- Campbell, C.; Cornish, F. 2012 "How can community health programmes build enabling environments for transformative communication? Experiences from India and South Africa" em *AIDS Behavior* N° 16(4), pp. 847-857.

- Chauvin, P.; Parizot, I.; Simonnot, N. 2009 *O acesso aos cuidados de saúde das pessoas sem autorização de residência em 11 países da Europa* (Observatório Europeu de Acesso aos Cuidados de Saúde da Médicos do Mundo). Em: <<https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/rapport-pt-final-couv.pdf>> (15-06-2018).
- Corno, L.; Walque, D. 2012 “Mines, migration and HIV/AIDS in Southern Africa” em *Journal of African Economies* N°21(3), pp. 465-498.
- Cunningham, H.; Heyman, J. 2004 “Introduction: Mobilities and enclosures at borders” em *Identities: Global Studies in Culture and Power* N° 11(3), pp. 289-302.
- Delanty, G. 2008 “Fear of others: Social exclusion and the European crisis of Solidarity” em *Social Policy & Administration* N° 42(6), pp. 676-690.
- Elliott, A.; Urry, J. 2010 *Mobile lives* (Londres: Routledge).
- Engbersen, G. 2001 “The unanticipated consequences of panopticon Europe. Residence strategies of illegal immigrants” em Guiraudon, V.; Joppke, C. (eds.) *Controlling a new migration world* (Londres: Routledge), pp. 222-246.
- Fakoya, I.; Reynolds, R.; Caswell, G.; Shiripinda, I. 2008 “Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe” em *HIV Medicine* N° 9(2), pp. 23-25.
- Farmer, P. 2004 “An anthropology of structural violence” em *Current Anthropology* N° 45(3), pp. 305-325.
- Farmer, P. 2005 *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor* (Berkeley; Los Angeles; Londres: University of California Press).
- Fassin, D. 2007 *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa* (Berkeley: University of California Press).
- Fassin, D. 2011 “Policing borders, producing boundaries. The governmentality of immigration in dark times” em *Annual Review of Anthropology* N° 40(1), pp. 213-226.
- Fekete, L. 2004 “Anti-Muslim racism and the European security state” em *Race & Class* N° 46(1), 3-29.
- Ferrer-Gallardo, X.; Albet-Mas, A. 2016 “EU-limboscapes: Ceuta and the proliferation of migrant detention spaces across the European Union” em *European Urban and Regional Studies* N° 23(3), pp. 527-530.
- Foucault, M. 1994 *História da sexualidade I: A vontade de saber* (Lisboa: Relógio d'Água).

- Franch, M.; Neves, E. 2014 “Roturas e suturas: Anotações sobre a experiência do tempo entre pessoas vivendo com HIV/aids” em Araújo, E.; Duque, E; Franch, M; Durán, J. (eds.) *Tempos sociais e o mundo contemporâneo: As crises, as fases e as ruturas* (Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho), pp. 68-78.
- Galtung, J. 1969 “Violence, peace, and peace research” em *Journal of Peace Research* N° 6(3), pp. 167-191.
- Gaudette, P. 2013 “Jembe hero: West African drummers, global mobility and cosmopolitanism as status” em *Journal of Ethnic and Migration Studies* N° 39(2), pp. 295-310.
- Genova, N.; Peutz, N. (eds.) 2010 *The deportation regime: Sovereignty, space, and the freedom of movement* (Durham, NC: Duke University Press).
- Goldberg, G. (ed.) 2010 *Poor women in rich countries: The feminization of poverty over the life course* (Nova Iorque: Oxford University Press).
- Gorodzeisky, A.; Semyonov, M. 2009 “Terms of exclusion: Public views towards admission and allocation of rights to immigrants in European countries” em *Ethnic and Racial Studies* N° 32(3), pp. 401-423.
- Green, L. 2011 “The nobodies: Neoliberalism, violence, and migration” em *Medical Anthropology* N° 30(4), pp. 366-385.
- Guerette, R.; Clarke, R. 2005 “Border enforcement, organized crime, and deaths of smuggled migrants on the United States-Mexico border” em *European Journal on Criminal Policy and Research* N° 11(2), pp. 159-174.
- Guerrero, A. 2007 “Inmigrantes africanos y indios ecuatorianos: Dos casos en reverberación de la administración privada de poblaciones” em Bréton, V; García, F.; Jové, A.; Villalta, M. J. (eds.) *Ciudadanía y exclusión: Ecuador y España frente al espejo* (Madrid: Catarata), pp. 77-110.
- Habermas, J. 2001 *The postnational constellation: Political essays* (Cambridge: Polity Press).
- Hall, S. 2006 “Cosmopolitan promises, multicultural realities” em Scholar, R. (ed.) *Divided cities: The Oxford Amnesty Lectures 2003* (Oxford: Oxford University Press), pp. 20-51.
- Hannerz, U. 1997 “Fluxos, fronteiras, híbridos: Palavras-chave da antropologia transnacional” em *Mana* N° 3(1), pp. 7-39.
- Higgins, J.; Hoffman, S.; Dworkin, S. 2010 “Rethinking gender, heterosexual men, and women’s vulnerability to HIV/AIDS” em *American Journal of Public Health* N° 100(3), pp. 435-445.

- Ho, K. 2007 “Structural violence as a human rights violation” em *Essex Human Rights Review* N° 4(2), pp. 1-17.
- Hohmann, S.; Olimova, S. 2016 “Os migrantes tajiques e o VIH/sida na Rússia: Representações, riscos e respostas sociais” em Sacramento, O.; Ribeiro, F. B. (eds.) *Planeta sida: Diversidade, políticas e respostas sociais* (Famalicão: Húmus), pp. 151-176.
- Holmes, S. 2011 “Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm” em *Medical Anthropology* N° 30(4), pp. 425-449.
- Inda, J. 2000 “A flexible world: Capitalism, citizenship, and postnational zones” em *PoLAR – Political and Legal Anthropology Review* N° 23(1), pp. 86-102.
- Inda, J.; Rosaldo, R. 2002 “Introduction: A world in motion” em Inda, J.; Rosaldo, R. (eds.) *The anthropology of globalization: A reader* (Oxford: Blackwell), pp. 1-34.
- Johnston, D. 2013 *Economics and HIV: The sickness of economics* (Londres: Routledge).
- Kalir, B. 2013 “Moving subjects, stagnant paradigms: Can the “mobilities paradigm” transcend methodological nationalism?” em *Journal of Ethnic and Migration Studies* N° 39(2), pp. 311-327.
- Larchanché, S. 2012 “Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France” em *Social Science & Medicine*, N° 74(6), pp. 858-863.
- Leal, A.; Knauth, D.; Couto, M. 2015 “A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens” em *Revista Brasileira de Epidemiologia* N° 18(1), pp. 143-155.
- Lechevalier, A.; Wielgoths, J. (eds.) 2013 *Borders and border regions in Europe: Changes, challenges and chances* (Bielefeld: Transcript).
- Lemberg-Pedersen, M. 2015 “Losing the right to have rights: EU externalization of border control” em Andersen, E.; Lassen, E. (eds.) *Europe and the Americas: Transatlantic approaches to human rights* (Leiden; Boston: Brill-Nijhoff), pp. 393-417.
- Lemberg-Pedersen, M. 2017 “Effective protection or effective combat? EU border control and North Africa” em Gaibazzi, P.; Dünnwald, S.; Bellagamba, A. (eds.) *EurAfrican borders and migration management: Political cultures, contested spaces and ordinary lives* (Nova Iorque: Palgrave Macmillan), pp. 29-60.
- Lemert, E. 1972 *Human deviance, social problems, and social control* (New Jersey: Prentice Hall).

- Linke, U. 2010 "Fortress Europe: Globalization, militarization and the policing of interior borderlands" em *Topia-Canadian Journal of Cultural Studies* N° 23-24, pp. 100-120.
- Maia, M. 2011 "Ecologia social e comportamentos sexuais de risco de jovens da região de Île-de-France" em Silva, P.; Sacramento, O.; Portela, J. (eds.) *Etnografia e intervenção social: Por uma praxis reflexiva* (Lisboa: Colibri), pp. 175-188.
- Martell, L. 2009 "Global inequality, human rights and power: A critique of Ulrich Beck's cosmopolitanism" em *Critical Sociology* N° 35(2), pp. 253-272.
- Matnstik, M. 1996 *Postnational identity* (Nova Iorque: The Guilford Press).
- Migreurop 2016 *Carte des camps 2016*. Em: <http://www.migreurop.org/IMG/pdf/migreurop_carte_fr_hd-compressed.pdf> (30-05-2018).
- Neto, O.; Moreira, M. 1999 "A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural" em *Ciência & Saúde Coletiva* N° 4(1), pp. 33-52.
- Nevins, J. 2007 "Dying for a cup of coffee? Migrant deaths in the US-Mexico border region in a neoliberal age" em *Geopolitics* N° 12(2), pp. 228-247.
- Nieuwenhuys, C.; Pécout, A. 2007 "Human trafficking, information campaigns, and strategies of migration control" em *American Behavioral Scientist* N° 50(12), pp. 1674-1695.
- Parker, R.; Camargo, K. 2000 "Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos" em *Cadernos de Saúde Pública* N° 16(1), pp. 89-102.
- Parker, R. 2001 "Sexuality, culture, and power in HIV/Aids research" em *Annual Review of Anthropology* N° 30(1), pp. 163-79.
- Parsons, K. 2007 "Structural violence and power" em *Peace Review: A Journal of Social Justice* N° 19(2), pp. 173-181.
- Peixoto, J.; Soares, A.; Costa, P.; Murteira, S.; Pereira, S.; Sabino, C. 2005 *O tráfico de migrantes em Portugal: Perspectivas sociológicas, jurídicas e políticas* (Lisboa: ACIME).
- Peutz, N.; Genova, N. 2010 "Introduction" in Genova, N.; Peutz, N. (eds.) *The deportation regime: Sovereignty, space, and the freedom of movement* (Durham, NC: Duke University Press), pp. 1- 29.
- Quesada, J.; Hart, L.; Bourgois, P. 2011 "Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States" em *Medical Anthropology* N° 30(4), pp. 339-362.

- Rhodes, T.; Simic, M. 2005 “Transition and the HIV risk environment” em *British Medical Journal* N° 331(7510), pp. 220-223.
- Rhodes, T.; Singer, M.; Bourgois, P.; Friedman, S.; Strathdee, S. 2005 “The social structural production of HIV risk among injecting drug users” em *Social Science & Medicine* N° 61(5), pp. 1026-44.
- Ribeiro, F. B.; Sacramento, O. 2012 “Viver com a infeção: Gestão da doença e quotidianos terapêuticos de doentes com VIH/sida no Nordeste de Portugal” em *Revista Angolana de Sociologia* N° 10, pp. 111-130.
- Ribeiro, M.; Silva, M. C.; Schouten, J.; Ribeiro, F. B.; Sacramento, O. 2007 *Vidas na raia: Prostituição feminina em regiões de fronteira* (Porto: Afrontamento).
- Rivera-Díaz, M.; Varas-Díaz, N.; Coriano-Ortiz, D.; Padilla, M.; Reyes-Estrada, M.; Serrano, N. 2015 “Ellos de la calle, nosotras de la casa: El discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico” em *Cuadernos de Trabajo Social* N° 28(1), pp. 81-90.
- Rocha, C.; Dias, S.; Gama, A. 2010 “Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: A percepção de mulheres imigrantes” em *Cadernos de Saúde Pública* N° 26(5), pp. 1003-1012.
- Rojas, P.; Dillon, F.; Cyrus, E.; Ravelo, G.; Malow, R.; Rosa, M. 2014 “Alcohol use as a determinant of HIV risk behaviors among recent Latino immigrants in South Florida” em *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* N° 25(2), pp. 135-144.
- Sacramento, O. 2014 *Atlântico passionnal: Mobilidades e configurações transnacionais de intimidade euro-brasileiras* (tese de doutoramento) (Lisboa: ISCTE-IUL).
- Sacramento, O. 2015 “Schengen and the security obsession: Selective citizenship, exclusion and the ironies of control” em Cunha, A.; Silva, M.; Frederico, R. (eds.) *The borders of Schengen* (Bruxelas: PIE-Peter Lang), pp. 115-127.
- Sacramento, O. 2016a “A Europa, as migrações e o cosmopolitismo” em *Revista Pensamiento Americano* N° 9(17), pp. 19-31.
- Sacramento, O. 2016b “Indivíduos, estruturas e riscos: Panorâmica da prevenção primária do HIV em Portugal” em *Cadernos de Saúde Pública* N° 32(6). e00129715. Em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00129715.pdf>> (30-05-2018).
- Sacramento, O. 2017 “Márgenes de una Europa selectiva: Fronteras Indolentes, campos y vidas en excepción” em *Migraciones Internacionales* N° 9(2), pp. 227-236.

- Sacramento, O.; Ribeiro, M. 2011 “Vidas embargadas: A institucionalização temporária de estrangeiros ilegais em Portugal no contexto das actuais políticas de imigração” em Silva, P.; Sacramento, O.; Portela, J. (eds.) *Etnografia e intervenção social: Por uma praxis reflexiva* (Lisboa: Colibri), pp. 141-172.
- Sacramento, O.; Ribeiro F. B. (eds.) 2016 *Planeta sida: Diversidade, políticas e respostas sociais* (Famalicão: Húmus).
- Sarró, R.; Mapril, J. 2011 “Cidadãos e súditos: Imigração, cidadania e o legado colonial na Europa contemporânea” em *Revista Migrações* N° 8, pp. 27-34.
- Saux, M. S. 2007 “Immigration and terrorism: A constructed connection” em *European Journal on Criminal Policy and Research* N° 13(1-2), pp. 57-72.
- Schaecher, K. 2013 “The importance of treatment adherence in HIV” em *The American Journal of Managed Care* N° 19(12), pp. 231-237.
- Scheper-Hughes, N.; Bourgois, P. (eds.) 2004 *Violence in war and peace: Anthology* (Malden, MA: Blackwell Publishing).
- Schiller, N. G.; Darieva, T.; Gruner-Domic, S. 2011 “Defining cosmopolitan sociability in a transnational age. An introduction” em *Ethnic and Racial Studies* N° 34(3), pp. 399-418.
- Sen, A. 1998 “Mortality as an indicator of economic success and failure” em *The Economic Journal* N° 108(446), pp. 1-25.
- Shadlen, K. 2007 “The political economy of AIDS treatment: Intellectual property and the transformation of generic supply” em *International Studies Quarterly* N° 51(3), pp. 559-581.
- Singer, M. 1994 “AIDS and the health crisis of the US urban poor: The perspective of critical Medical Anthropology” em *Social Science and Medicine* N° 39(7), pp. 931-948.
- Singer, M. 1998 *The political economy of AIDS* (Amityville: Baywood).
- Singer, M.; Erickson, P. (eds.) 2011 *A companion to Medical Anthropology* (Chichester; Malden: Wiley-Blackwell).
- Singer, M.; Herring, D.; Littleton, J.; Rock, M. 2011 “Syndemics in global health” in Singer, M.; Erickson, P. (eds.) *A companion to Medical Anthropology* (Chichester; Malden: Wiley-Blackwell), pp. 159-179.
- Sohoni, D.; Sohoni, T. 2014 “Perceptions of immigrant criminality: Crime and social boundaries” em *The Sociological Quarterly* N° 55(1), pp. 49-71.
- Turcan, R. 2016 “Exploring late globalization: A viewpoint” em *Markets, Globalization & Development Review* N° 1(2), pp. 1-15.

- UNAIDS 2014 90-90-90: *An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf> (29-06-2018).
- UNAIDS 2017 *Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Global AIDS update 2017*. Em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf> (16-06-2018).
- Urry, J. 2007 *Mobilities* (Cambridge e Malden: Polity Press).
- Vertovec, S. 2011 “The cultural politics of nation and migration” em *Annual Revue of Anthropology* N° 40(1), pp. 241-256.
- Vogt, W. 2013 “Crossing Mexico: Structural violence and the commodification of undocumented Central American migrants” em *American Ethnologist* N° 40(4), pp. 764-780.
- Wallerstein, I. 1974 *The modern world system: Capitalist agriculture and the origins of the European world economy in the sixteenth century* (Nova Iorque: Academic Press).
- Welch, M. 2003 “Ironies of social control and the criminalization of immigrants” em *Crime, Law & Social Change* N° 39(4), pp. 319-337.
- Werbner, P. 1999 “Global pathways. Working class cosmopolitans and the creation of transnational ethnic worlds” em *Social Anthropology* N° 7(1), pp. 17-35.
- Wiener, A. 2018 *European citizenship practice: Building institutions of a non-state* (Nova Iorque e Abingdon: Routledge).
- Winter, D.; Leighton, D. 2001 “Structural violence: Introduction” em Christie, D.; Wagner, R.; Winter, D. (eds.) *Peace, conflict, and violence: Peace psychology in the 21st century* (Nova Iorque: Prentice-Hall), pp. 99-101.
- Zarni, M.; Cowley, A. 2014 “The slow-burning genocide of Myanmar’s Rohingya” em *Pacific Rim Law & Policy Journal* N° 23(3), pp. 683-754.
- Zolberg, A. 2003 “The archaeology of remote control” em Fahrmeir, A.; Faron, O.; Weil, P. (eds.) *Migration control in the North Atlantic world: The evolution of state practices in Europe and the United States from the French Revolution to the Inter-War period* (Nova Iorque: Berghan Books), pp. 195-222.

CIUDADANÍA Y EPIDEMIA: EL VIH/SIDA EN EL MARCO DE LAS MIGRACIONES INTERNACIONALES¹

Octávio Sacramento

INTRODUCCIÓN

En las últimas cuatro décadas, el aumento del movimiento internacional de personas, bienes e información constituye una expresión profunda de los procesos de la llamada “globalización tardía” (Turcan, 2016). Ante este contexto se ha reconocido la emergencia de un mundo flexible, en movimiento, posnacional, cosmopolita, ecuménico e híbrido (Appadurai, 1996; Bauman, 2000; Beck, 2002; Elliot & Urry, 2010; Habermas, 2001; Hall, 2006; Hannerz, 1997; Inda, 2000; Inda & Rosaldo, 2002; Matnstik, 1996; Schiller, Darieva & Gruner-Domic, 2011; Urry, 2007). Sin negar la pertinencia de tales concepciones, es importante también tener en cuenta que el modo como se tiende a enfatizar la porosidad de las fronteras, los transnacionalismos y la fluidez de la vida social contemporánea no siempre deja espacio para ponderar con la atención necesaria las múltiples desigualdades históricas del “sistema-mundo” (Wallerstein, 1974) y la economía política de la circulación global de personas. Si las nociones de la fluidez, del hibridismo y de una ciudadanía global sirven, de hecho, para traducir lo que ocurre con determinadas (categorías de) personas y

1 Traducción por Ana Guzzi, Profesora de la Universidad de Puerto Rico, San Juan, PR.

cosas (capital, sobretodo), esas mismas nociones dejan de tener sentido cuando consideramos las pesadas limitaciones que recaen sobre la vida de muchos otros sujetos debido al funcionamiento insensible y selectivo de fronteras político-administrativas y identitarias (Álvarez, 1995; Cunningham & Heyman, 2004; Gaudette, 2013; Kalir, 2013; Martell, 2009; Werbner, 1999).

Las migraciones de personas pobres hacia los países más prósperos del norte evidencian, de forma paradigmática, un escenario en el cual no todos tenemos los mismos recursos, oportunidades y estatutos para movernos, transponer fronteras y garantizar el reconocimiento como ciudadanos de pleno derecho a la escala transnacional. El presente texto busca precisamente debatir las asimetrías, jerarquías y exclusiones de ciudadanía subyacentes a las movibilidades migratorias internacionales, procurando entender algunas de sus principales repercusiones en la esfera epidemiológica del VIH/SIDA, sobretodo en los procesos y en las circunstancias en que se da el contagio, en el acceso a la atención médica adecuada e, incluso, en la gestión de la infección a nivel de la salud pública. En el análisis de estos nexos entre migraciones y VIH asumo que ellos resultan, principalmente, de los posicionamientos políticos de los países receptores de migrantes y no tanto de aspectos intrínsecos a los desplazamientos poblacionales.² Es la progresiva hegemonía de configuraciones represivas-securitarias-excluyentes de gobierno de las migraciones que más contribuye para la vulnerabilidad y la consecuente “sinergia de plagas” (pobreza, marginalización, violencia, racismo) en que se inscribe y de que se alimenta la epidemia del SIDA (Ayres, Paiva & França, 2011; Parker & Camargo, 2000; Singer, 1994; 1998; Singer & Erickson, 2011).

Tratándose de un capítulo inicial de un libro colectivo, las reflexiones desarrolladas a lo largo de este texto son de naturaleza introductoria y asumen una evidente tendencia teórica, intentando construir una breve panorámica a fin de ubicar la discusión y esbozar algunas líneas de análisis que serán profundizadas y debatidas con mayor densidad empírica en los siguientes capítulos. A pesar de su registro eminentemente conceptual, esta contribución es, en gran medida, fomentada por experiencias previas de investigación etnográfica sobre prostitución femenina, movibilidades internacionales, relaciones transnacionales de intimidad y VIH/SIDA. Beneficia, además, como punto

2 No dejo de reconocer, todavía, la existencia de un nexo de casualidad entre el perfil de algunos flujos migratorios, sobretodo los temporeros y masculinizados, y la prevalencia y dispersión del VIH/SIDA (Corno & Walque, 2012; Hohmann & Olimova, 2016), aunque la implementación de encuadramientos políticos de las migraciones más centrados en los derechos y en la integración disminuiría en mucho los potenciales riesgos epidemiológicos que esos flujos podrán comportar.

de partida, de algunas perspectivas delineadas en trabajos resultantes de esas investigaciones (Ribeiro & Sacramento, 2012; Ribeiro *et al.*, 2007; Sacramento, 2014; 2015; 2016a; 2016b; 2017; Sacramento & Ribeiro, 2016), moldeadas y articuladas con la intención de sistematizar y comprender las intersecciones entre las migraciones y el VIH, o mejor, entre los desafíos de la ciudadanía³ y las exigencias de la epidemia.

DESPLAZAMIENTOS MIGRATORIOS Y FRONTERAS DE EXCLUSIÓN

Los movimientos migratorios globales tienen como destinos preferenciales las geografías más prósperas del planeta (Norteamérica, Europa Occidental, Australia y Japón) y están sujetos a procesos de vigilancia y selección de una gran amplitud socio-espacial, desde las acciones en los contextos de origen y de tránsito, teniendo como objetivo la externalización del control⁴ o el “control remoto” (Zolberg, 2003), hasta la detección, detención y deportación de quién se encuentra en situación jurídica irregular en el destino (Broeders, 2007; Genova & Peutz, 2010; Lechevalier & Wielgoths, 2013; Nieuwenhuys & Pécoud, 2007; Sacramento & Ribeiro, 2011). La mayor o menor facilidad de cruzar fronteras y asegurar la aceptación como ciudadano en un determinado país depende, en gran medida, de factores como la nacionalidad, la etnicidad, la cualificación académica y, principalmente, la condición socioeconómica. Con base en estos factores se limita la movilidad de una vasta masa de personas pobres y cuya alteridad étnica tiende a suscitar fobias identitarias exacerbadas (Appollonia, 2012; Delanty, 2008).

Las fronteras político-administrativas (*borders*) actúan además como fronteras de identidad y de exclusión (*boundaries*) (Fassin, 2011). Sustentadas por ideologías capitalistas (condición económica como principal garantía de las posibilidades de tránsito) y culturalistas (diferencias culturales como foco de aprehensión y contención) (Sacramento, 2017), ellas configuran eminentes dispositivos de biopoder —control de los cuerpos y de las poblaciones— invistiéndose a menudo, como es evidente en el caso de los refugiados, de una biopolítica de vida y de muerte (*tanatopolítica*), de “hacer vivir” o “dejar morir” (Agamben, 1998; Agier, 2008; Foucault, 1994). Además de la

3 Aquí entendida como una condición que engloba los derechos civiles, sociales y políticos, la pertenencia e integración en una comunidad y la posibilidad de acceso a la participación política (Wiener, 2018), debiendo ser considerada, simultáneamente, en los ámbitos nacional y supranacional en virtud del aumento de los flujos y de las conexiones mundiales.

4 Se trata de una estrategia muy evidente en la Europa de Schengen y que asienta en la exportación de dispositivos de control de sus fronteras para territorios vecinos, con el propósito de sostener anticipadamente los movimientos migratorios e impedir su llegada al perímetro fronterizo (Lemberg-Pedersen, 2015; 2017).

fuerte restricción de los sistemas de admisión de inmigrantes en los principales países receptores, la biopolítica inhumana que establece la matriz de gobierno de las migraciones es aún más notoria en los largos centenares de centros de reclusión y deportación de *ilegales* y de campos de refugiados existentes un poco por todo el mundo, con especial destaque para la Europa de Schengen y los países vecinos del Mediterráneo.⁵ Considerando la estrategia europea de creación de “archipiélagos para el confinamiento de migrantes”, Ferrer-Gallardo y Albet-Mas (2016) presentan el caso icónico de Ceuta y se refieren al escenario socio-espacial de la ciudad como un ejemplo paradigmático de *limboscape*: “a transitional zone, a threshold or midway territory between two different borders, where the migrants’ trajectories towards the ‘European-EU’ are spatially and temporally suspended, confined between the land border with Morocco and the Straits of Gibraltar” (2016: 528).

La fuerte represión sobre las migraciones internacionales genera innumerables efectos perversos, que, muchas veces e irónicamente, intensifican los propios problemas que las autoridades alegan querer solucionar (Bommes & Sciortino, 2011; Sacramento, 2015). El refuerzo del control social no implica necesariamente la atenuación de lo que se pretende enfrentar, y puede incluso ocasionar su agravamiento y la emergencia de consecuencias negativas inesperadas (Becker, 1966; Lerner, 1972),⁶ como se puede percibir claramente en el contexto de la inmigración: “strict new laws have compounded the problem as well as created others (e.g., a massive increase in detained immigrants, racial discrimination, denials of due process, and various human and civil rights violations)” (Welch, 2003: 327). Casi de inmediato, el endurecimiento de las políticas migratorias acaba por incrementar muchas de las ilegalidades que esas propias políticas intentan combatir. Con el aumento de las restricciones a la movilidad internacional “cada vez mais migrantes têm que recorrer a agentes especializados na migração e maior número de organizações começam a dedicar-se a esta atividade” (Peixoto *et al.*, 2005: 59).⁷ De este modo, lo que era un problema de

5 Véase, por ejemplo, la carta de localización de los principales centros de detención elaborada por el observatorio de fronteras Migreurop (2016).

6 La implementación de la llamada “Ley Seca” en los Estados Unidos, en la década del veinte, es un ejemplo clásico de como el intento de restringir rígidamente, en esto caso la producción y venta de bebidas alcohólicas, acabó por crear un conjunto aun más explosivo de problemas.

7 Además de los casos más mediáticos de Europa Mediterránea, también en América del Norte, por ejemplo, se ha constatado el aumento significativo y la sofisticación de organizaciones criminosas que se dedican a contrabandear personas en la frontera entre el México y los Estados Unidos, recurriendo a trayectos y estrategias

inmigración indocumentada pasa a ser un problema de contrabando (*smuggling*) y de trata de personas, al que están asociadas varias otras manifestaciones de criminalidad, resultantes de la necesidad de camuflar la permanencia irregular en el país de destino o de proceder a su regularización.

En lo que se refiere más específicamente a la creciente sofisticación de los dispositivos de control interno de los inmigrantes —con el objetivo de proceder a la identificación de los que se encuentran en situación irregular, teniendo en vista su deportación—⁸ las consecuencias podrán ser, de igual modo, muy perversas. Se destaca aquí la propagación de lo que varios autores denominan por “foggy social structures” (Bomme & Sciortino, 2011): procedimientos estratégicos más o menos organizados en la forma de mercados informales en diversas esferas (laboral, arrendamiento inmobiliario, matrimonial, documentos) que, al margen de la ley o eludiéndola, permiten a los inmigrantes encubrir su situación irregular o garantizar la respetiva regularización. Muchas de estas instituciones subterráneas que operan como respuesta a una coyuntura represiva, les proporcionan condiciones para iniciar el proyecto migratorio y, ya después de entrar en el país de acogida, permanecer en la sombra protectora de sus comunidades étnicas, beneficiándose, además, de la ayuda de compatriotas y de familiares (Engbersen, 2001). Este tipo de ayuda y de servicios informales generan invisibilidad social y dificultan las acciones de vigilancia de las fuerzas policiales. La respuesta de las autoridades ha sido la creciente sofisticación panóptica de los sistemas digitales de monitorización de las movilidades (Sacramento, 2015). Sin embargo, sigue el ciclo vicioso de efectos perversos. La intensificación del control acentúa la (necesidad de) marginalización de los inmigrantes y crea fronteras de exclusión aún más marcadas, remitiéndoles para fuera del campo de las posibilidades de ciudadanía, para situaciones de extensa vulnerabilidad.

El encuadramiento político hegemónico de las migraciones según lógicas securitarias tiene, casi siempre, subyacente un régimen discursivo estigmatizante-criminalizante que transforma las comunidades de inmigrantes en chivo expiatorio de problemas variados, especialmente en el ámbito de la seguridad y de la economía (Anderson, 2013;

arriesgadas que tienen sido causa de muchas muertes (Guerette & Clarke, 2005; Nevins, 2007).

8 De acuerdo con Peutz y Genova (2010), estamos en presencia de un régimen sociopolítico de deportación globalizado profundamente complejo que “manifiesta nociones dominantes de soberanía, ciudadanía, salud pública, identidad nacional, homogeneidad cultural, pureza racial y privilegio de clase” (p. 2).

Balzacq & Carrera, 2006; Fekete, 2004; Gorodzeisky & Semenov, 2009; Linke, 2010; Saux, 2007). De hecho, muchas de las etiquetas usadas para hacer referencia a la inmigración reflejan esta orientación. El uso habitual de terminologías generadoras de temores (*avalancha, ilegales*) y de metáforas de guerra (*la lucha contra, el combate, la defensa*) promueven la constitución de representaciones estereotipadas del fenómeno asociadas al peligro, la criminalidad y el desorden, suscitando, inevitablemente, sospechas generalizadas y fuertes tensiones y clivajes sociales (Balzacq & Carrera, 2006; Sohoni & Sohoni, 2014). Al mismo tiempo que contribuyen a diseminar y exacerbar miedos, las autoridades, generalmente, proponen más represión y securitarismo para calmar el pánico social, siendo que esta estrategia tiende a revelarse paradójicamente, fomentando aún más inseguridad y muchos otros efectos perversos, como se ha mencionado.

La producción generalizada de procesos de estigmatización y exclusión en la esfera de las migraciones es ideológicamente impulsada por la perspectiva de un “otro” racializado, percibido sobretodo como fuente de peligro, desorden y amenaza a una cultura nacional imaginada como unitaria, homogénea y estática (Vertovec, 2011). Como destaca Linke (2010: 116), “The figure of the enemy-outsider has emerged as a trope for people in motion, including migrants, immigrants, refugees, seekers of asylum and transient border-subjects, who are perceived as potential threats to ‘homeland’ mobile security. Human figures are criminalized as icons of global instability and disorder”. De esta mirada de diabolización de las movilidades de la pobreza ha resultado la creciente hegemonía de la creencia de que la seguridad y la estabilidad solo serán posibles si se superen o, al menos, se moderen las situaciones susceptibles de complicar el ordenamiento de las demarcaciones sistémicas en que se inscriben las identidades y las desigualdades globales (Amoore, 2006). Se trata de una creencia que fomenta el propósito de mantener y, si posible, reforzar las numerosas fronteras (político-administrativas, étnicas, de pobreza) de un mundo organizado según múltiples jerarquías (Sacramento, 2016a), perpetuando el legado colonial de “ciudadanos y súbditos” (Sarró & Mapril, 2011) en el posicionamiento de muchos países frente al “otro” inmigrante, incluso en relación a aquel ya establecido en su territorio y que tanto ha contribuido a su prosperidad.

DE LA CIUDADANÍA OBLITERADA HACIA LA VULNERABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA

La disposición repulsiva de las fronteras y la omnipresencia (a través de la digitalización) de sus funciones de vigilancia producen múltiples exclusiones y tienden a suspender el “derecho a tener derechos”

(Lemberg-Pedersen, 2015), generando “vidas desnudas” sin cabimien- to político y legal, en estado liminar de marginalización y abandono (Agamben, 1998). Además de bloquear la entrada de un amplio contingente de “indeseados”, el monitoreo exacerbado, extensivo y violento (al menos en un plano simbólico) que recae sobre la generalidad de los inmigrantes “is aimed at their exclusion from key societal institutions, discouraging their stay and ultimately, the deportation of apprehended irregular migrants” (Broeders, 2007: 71). Se destaca, por lo tanto, su condición de *atopos*: desplazados, sin lugar, carentes de identidad y de ciudadanía (Bourdieu, 1998). Al mismo tiempo se compromete el espíritu de la propia democracia, basado en la universalidad y “na constante inclusão de mais pessoas no âmbito da cidadania. [...] Não reconhecer a cidadania ao imigrante que trabalha conosco lembra em demasia o modelo social da família vitoriana, de senhores em cima e serviçais em baixo” (Soroa, en Guerrero, 2007: 95).

Frecuentemente tratados como “desechos humanos” de la globalización (Bauman, 2005), los inmigrantes —muy en particular los que no ven reconocida la pertenencia a un Estado y consagrados los respectivos derechos—⁹ están sujetos a una acentuada violencia estructural derivada de ordenamientos sociales subalternantes que, de forma sistémica, producen efectos de opresión e inviabilizan condiciones indispensables para la autorrealización humana (Galtung, 1969).¹⁰ Fomentada por múltiples manifestaciones de desigualdad, por clivajes culturales y identitarias, por la inequidad de funcionamiento del propio Estado y por la consiguiente y severa limitación de la autodeterminación personal —del que resulta sufrimiento social y muerte (Sen, 1998)—, la violencia estructural puede incluso ser entendida según la perspectiva de la violación de los derechos humanos (Farmer, 2005; Ho, 2007). Esta forma de violencia difusa y despersonalizada,

9 El grupo étnico de los Rohingya es uno de los casos actuales más dramáticos de este vacío del Estado y de su protección. El no reconocimiento de la ciudadanía y la feroz persecución a que Myanmar los sujeta resultan, ante todo, del hecho de que son considerados “inmigrantes ilegales”, aunque su presencia en el país sea bastante antigua (Zarni & Cowley, 2014).

10 En el ámbito de sus trabajos sociológicos sobre violencia y paz, Galtung (1969) fue pionero en el uso del concepto de violencia estructural y en la delimitación detallada de su campo semántico. Se trata de una forma de violencia subyacente a la organización estructural de la sociedad y no está asociada a las acciones específicas y deliberadas de determinados agentes y/o instituciones, por lo que tiende a ser naturalizada. Resulta, principalmente, de configuraciones políticas pautadas por la represión y negación de derechos, de la segregación laboral y exploración económica, de la desigualdad social y de los cuadros sociales de marginalización, desprotección, injusticia y sufrimiento. Véanse, entre otros, Benson (2008), Farmer (2004), Parsons (2007), Schepher-Hughes y Bourgois (2004), Vogt (2013), Winter y Leighton (2001).

aunque profundamente constrictiva de la capacidad de agencia y de satisfacción de necesidades básicas, no es generada solo por regímenes de naturaleza dictatorial. Ella está efectivamente presente en el funcionamiento de la propia democracia liberal, fundada en un ordenamiento constitucional que establece un conjunto de garantías a los ciudadanos, reconociendo siempre el primado de la libertad y de la igualdad, pero “não garante a todos o pleno acesso a seus direitos, pois o Estado volta suas atenções para atender aos interesses de uma determinada e privilegiada classe” (Neto & Moreira, 1999: 36).

El resultado intrínseco y simultáneo de la violencia estructural es la vulnerabilidad estructural, una posicionalidad definida en función de la ubicación en la jerarquía social y de las redes de relaciones de poder (y respectivos efectos), que, siendo objeto de procesos de incorporación (*embodiment*), se refleja en comportamientos, prácticas y representaciones individuales (Holmes, 2011; Quesada, Hart & Bourgois, 2011). La situación vulnerable se traduce, por lo tanto, en una posición desfavorable en las escalas de prestigio, poder y posibilidad de ejercicio de la ciudadanía, como consecuencia de la intersección de elementos sociales que remiten, principalmente, a la posición de clase, nacionalidad, etnicidad, “raza” (como construcción social) y género. La configuración de estas categorías y la forma como producen fragilidad social se manifiestan dentro de un escenario macro-estructural determinado, más concretamente “within a complex and historical web of capitalist relations and state-sponsored violence in the fullest sense of the term” (Green, 2011: 367). En un modelo capitalista de organización de las sociedades, generador de profundas asimetrías y amplias ausencias del Estado, la vulnerabilidad se intensifica entre las personas de los estratos más desfavorecidos,¹¹ con nacionalidades poco prestigiadas en la geopolítica mundial, subyugadas a fuertes restricciones en términos de movilidad e incluidas en comunidades étnicas y/o en categorizaciones raciales sometidas a discriminación sistemática.

Circunscritos a los “márgenes”, muchos inmigrantes se encuentran enredados en severas manifestaciones de violencia y vulnerabilidad estructural, directa o indirectamente fomentadas por sistemas de gestión de las migraciones en que prevalecen la represión selectiva, la arbitrariedad, la suspensión de derechos y el control, como ya se ha señalado en la sección anterior del texto. En el campo de la salud, y específicamente en lo que concierne al VIH /SIDA, estos constreñimientos estructurales son responsables por innumerables situaciones de

11 Aquí, el género no es inocuo, como se puede verificar por la tendencia global de feminización de la pobreza, incluso en los países más ricos (Goldberg, 2010).

vulnerabilidad epidemiológica; o sea, por escenarios y circunstancias sociales que favorecen los comportamientos de riesgo y la propagación epidémica, dificultando la prevención y la construcción de respuestas médico-sociales adecuadas para lidiar, individual y colectivamente, con la infección. La liminaridad cívica extrema enfrentada por los inmigrantes en tránsito y la condición de ciudadanía obliterada en que viven muchos otros (sobre todo los dichos *ilegales*) constituyen las grandes barreras estructurales al abordaje institucional del VIH en la esfera de las migraciones: en la implementación de estrategias para neutralizar las ecologías de riesgo y promover entornos favorables y seguros (*enabling environments*) (Campbell & Cornish, 2010, 2012; Rhodes & Simic, 2005; Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman & Strathdee, 2005); en el diagnóstico oportuno del contagio y en el seguimiento socio-sanitario adecuado de las personas afectadas por la enfermedad.

Las manifestaciones de exclusión y pauperización que tienden a caracterizar las migraciones internacionales —desde luego, indisociables de las tendencias políticas globales para las migraciones y de la ausencia de cosmopolitismo emancipatorio (Sacramento, 2016a)— constituyen, por sí solas, factores preponderantes de la vulnerabilidad al VIH (Farmer, 2005; Fassin, 2007; Maia, 2011; Parker & Camargo, 2000; Quesada, Hart & Bourgois, 2011; Singer, 1994; 1998), ya que tienden a estar intrínsecamente asociadas a ambientes de riesgo.¹² En estos ambientes ganan formas cotidianas, estilos de vida, cuadros culturales, sociabilidades y prácticas que, interactuando de modo sinérgico, incrementan de forma sustancial la susceptibilidad a la infección. Se destacan aquí, entre otros: *i*) el mayor distanciamiento social en relación a los sistemas de salud y a las campañas de prevención, lo que se traducirá en escasez de información y sensibilización sobre el VIH/SIDA; *ii*) la propensión para asimetrías de género más acentuadas;¹³ *iii*) el recurso a la prostitución en circunstancias de extrema necesidad y su eventual asociación al consumo de drogas por vía intravenosa; *iv*) las menores posibilidades de acceso a medios de prevención (condones, intercambio de jeringuillas, profilaxis pre-exposición —PrEP—); *v*) la mayor probabilidad de incorporación de *habitus* fatalistas y la

12 La historia de la diseminación del VIH/SIDA está directamente conectada a las condiciones de extrema pobreza y marginalización social en Haití (Farmer, 2004). Si estas condiciones contribuyen, estructuralmente, para la propagación de la epidemia, el nexo en el sentido inverso también se verifica: la infección concurre para la intensificación de la pobreza, de la estigmatización y de la exclusión.

13 Esas asimetrías y las concepciones hegemónicas de masculinidad que se asocian a ellas configuran situaciones de manifiesta vulnerabilidad y riesgo (Higgins, Hoffman & Dworkin, 2010; Leal, Knauth & Couto, 2015).

consecuente tendencia hacia comportamientos negligentes. Además de estas condiciones sociales que fomentan la exposición inmediata de los sujetos al riesgo epidemiológico y comprometen la prevención primaria de la infección, la marginación políticamente inducida de las migraciones tiene aún efectos muy negativos en el ámbito del diagnóstico y de los cuidados a las personas (y familias) que (con)viven con el VIH/SIDA (Amo *et al.*, 2004; Burns *et al.*, 2007; Fakoya *et al.*, 2008; Hohmann & Olimova, 2016), como veremos a continuación.

La escasa eficacia de una gran parte de las políticas de integración, la represión y la necesidad de ocultar la ausencia de permisos de permanencia en el país de destino hacen que muchos inmigrantes adopten una postura de desconfianza y de relativo alejamiento frente a los servicios de salud y a casi todos los demás servicios. A sus ojos, estos servicios representan, generalmente, un Estado poco acogedor, que infunde temores y al cual ellos no quieren exponerse más de lo estrictamente necesario. Según datos del Observatorio de Salud de la organización Médicos del Mundo (MdM), más de la mitad de los inmigrantes indocumentados en países europeos confesaron sentir miedo de ser detenidos cuando han recurrido al sistema de salud y el 70% revelaron que ya han enfrentado allí obstáculos de naturaleza diversa (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009),¹⁴ incluso en países en los que está previsto el acceso generalizado y sin restricciones a la atención médica, como es el caso de Francia (Larchanché, 2012). Obviamente, estos temores y molestias son aún más profundos cuando los inmigrantes diagnosticados con VIH pueden ser deportados, aunque su estancia en el país esté regularizada, como ocurre en Rusia (Hohmann & Olimova, 2016). Independientemente de esta situación más extrema, en la mayoría de los países la autorización de permanencia o de residencia es una condición imprescindible para el ejercicio de una ciudadanía efectiva, aun cuando existe una retórica política inclusiva y que, en bastantes casos, parece no hacer depender el acceso a los servicios de salud del estatuto jurídico de los inmigrantes.

En el marco de esta tendencia global en la que la gestión política de las migraciones acaba por traducirse en la inhibición mas o menos acentuada de las posibilidades de acceso a atención médica, las estrategias de salud pública para el VIH/SIDA pierden, inevitablemente, parte de su alcance, coherencia y eficacia. A este propósito, destaco brevemente tres grandes consecuencias nefastas. En primer lugar, la

14 Más recientemente, otro informe de la responsabilidad de MdM, a través de la red europea para reducir las vulnerabilidades en salud, señala situaciones igualmente preocupantes, destacando en el título “el fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa” (Aldridge *et al.*, 2017).

prevención primaria es limitada por la inexistencia de contactos sistemáticos con instituciones de referencia que promuevan la incorporación de mensajes preventivos, el acceso fácil a recursos para evitar el contagio y la reducción de obstáculos estructurales que contribuyen a la vulnerabilidad epidemiológica. En segundo lugar, los dispositivos de rastreo de la infección y de diagnóstico precoz pierden capacidad de monitoreo debido al alejamiento de muchos inmigrantes del sistema de salud,¹⁵ acentuándose así el problema de la sub-notificación de los casos de VIH, uno de los grandes desafíos que la lucha contra la infección aún tiene por delante (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS —UNAIDS—, 2017). Por último, se compromete la prestación de cuidados, no solo en términos de asistencia médica adecuada y de creación de condiciones esenciales para cumplir los exigentes criterios de adhesión terapéutica —factor esencial para el éxito de la gestión personal y colectiva de la enfermedad (Schaecher, 2013)—, sino también en lo que se refiere a la protección social. Aunque la actuación biomédica es más enfatizada, es importante no olvidar que el apoyo psicosocial es imprescindible en el cuadro general de las respuestas a la epidemia, sobretudo en las “resignificaciones” y “recomposición de la vida” después del diagnóstico (Franch & Neves, 2014) y en la reducción de procesos de estigmatización que, en muchos contextos, pueden incluso comprometer la adhesión a las terapias antirretrovirales (Rivera-Díaz *et al.*, 2015).

Es evidente que las actuales orientaciones políticas dominantes para las migraciones se reflejan de forma particularmente problemática en la epidemia del VIH/SIDA. Es importante no olvidar que los aspectos político-económicos, entre muchos otros elementos socio-culturales, tienen una influencia preponderante en la salud, como nos muestra la perspectiva crítica en el campo de la antropología médica. A través de la noción de “sindemia” (Singer, 1994), esta perspectiva destaca la necesidad analítica de considerar “the vertical linkages that connect a social group or behavior (or health configuration) to larger political and economic systems and to the arrangement of social relationships they help produce and reproduce over time” (Singer, Herring, Littleton & Rock, 2011: 160). El SIDA y muchas otras

15 Este es un escenario bastante preocupante teniendo en cuenta, por ejemplo, lo que es mencionado por Rojas *et al.* para los Estados Unidos: “Early intervention is critical, particularly because Latino men and women are both more likely to engage in multiple sexual relationships while in the United States in comparison to their home countries” (2014: 7). Por lo general, el diagnóstico oportuno es fundamental para el diseño colectivo de contención de la epidemia, al permitir intervenir en las cadenas de transmisión y garantizar respuestas terapéuticas rápidas que reducen la carga viral para valores indetectables, neutralizando eventuales nuevos contagios.

enfermedades son indisociables de ciertas configuraciones de economía política (Fassin, 2007; Johnston, 2013; Parker, 2001; Sacramento & Ribeiro, 2016; Shadlen, 2007; Singer, 1998) en las que se manifiestan marcadas desigualdades en la repartición de recursos, información y conocimientos, tecnologías y poder, que es fundamental comprender y atenuar.

CONSIDERACIONES FINALES

En la actualidad, las fronteras y las migraciones son objeto de intensa disputa política y están sujetas a formas de gestión eminentemente securitarias y selectivas, particularmente en los países ricos. La finalidad prioritaria es establecer, a partir de criterios economicistas, socio-identitarios y/o de seguridad, una estrecha selección entre quién es bienvenido y quién es indeseado, con el fin de reprimir los proyectos de movilidad de sujetos pobres, sin privilegios y, en muchos casos, portadores de una alteridad cultural que el Occidente tiende a mirar con exacerbado temor. Con esta política migratoria implacable se refuerzan clivajes étnicas y económicas que generan profundas demarcaciones, exclusiones y jerarquías sociales en el escenario mundial. El resultado más inmediato es la obliteración de la ciudadanía a largos centenares de miles de personas que se quedan a la puerta de las fronteras, sin tener para dónde ir y con las vidas encerradas en un limbo de incertidumbres, así como a muchos otros centenares de miles que, aunque hayan logrado acceder a las geografías deseadas, están en permanente desasosiego con la posibilidad de deportación y no pueden vivir como ciudadanos de pleno derecho.

La violencia estructural que emerge en estas situaciones se repercute transversalmente en las más diversas esferas de los cotidianos, desde luego en el ámbito de la salud. En el caso específico del VIH/SIDA, como quedó evidente a lo largo del texto, la violencia estructural que emana de las orientaciones políticas represivas-securitarias hegemónicas para las migraciones se traduce en la configuración de condiciones de acentuada vulnerabilidad epidemiológica. Poco sensibles a los derechos humanos y a la ciudadanía, esas políticas son responsables por ambientes de precariedad y marginalización social que intensifican la exposición al riesgo y la susceptibilidad al contagio. Por otro lado, retrasan el diagnóstico y limitan el acceso a atención médica a quien ya vive con el VIH, siendo que la identificación precoz de la seropositividad y la asistencia clínica adecuada son fundamentales para controlar la infección, evitar el estado de SIDA y vivir crónicamente con la enfermedad. Al mismo tiempo, y a una escala colectiva, se ven afectadas las estrategias de prevención de la transmisión del virus y los demás procesos de gestión de la epidemia bajo

la perspectiva de la salud pública, pudiendo incluso quedar profundamente comprometidas algunas de las principales metas mundiales para el fin de la enfermedad, en particular el objetivo “90-90-90”, en el año 2020, de la UNAIDS (2014): el 90 % de las personas seropositivas diagnosticadas, el 90% medicadas de forma adecuada y el 90 % de ellas con supresión viral.

Para evitar que el VIH encuentre en el campo de las migraciones las condiciones favorables de propagación es esencial repensar las políticas migratorias dominantes, desencadenar las transformaciones de las estructuras que limitan las posibilidades individuales de prevención y de acceso a recursos médico-terapéuticos, bien como intensificar la capacidad de las entidades de salud pública para que, más fácil y rápidamente, actúen junto de las poblaciones inmigrantes, casi siempre más alejadas del Estado. En este sentido, se justifican posicionamientos socialmente sensibles y orientados por el propósito central de debelar sus vulnerabilidades estructurales frente al VIH, permitiéndoles disfrutar “do mesmo tipo de fatores protetores da população em geral, tal como recursos sócio-econômicos, condições habitacionais, proteção social e laboral, além de igualdade de oportunidades na educação e saúde” (Rocha, Dias & Gama, 2010: 1010). Esto implicará, necesariamente, que el abordaje político de las migraciones se circunscriba a los imperativos de salvaguarda de los derechos humanos y de promoción de la ciudadanía, alejándose de las perversidades subyacentes a las pulsiones nacionalistas y securitarias.

AGRADECIMIENTOS

Al Centro de Estudios Transdisciplinarios para el Desarrollo (CETRAD-UTAD), entidad financiada por fondos nacionales a través de la FCT - Fundación para la Ciencia y la Tecnología, I.P. (Portugal), en el marco del proyecto UID/SOC/04011/2019.

A la Prof. Ana Guzzi (Universidad de Puerto Rico), por su valiosa contribución al proceso de traducción de este texto del portugués al español.

VIH Y MIGRACIÓN EN EL SALVADOR: APUNTES DESDE LA SALUD INTERNACIONAL

Antonio Hernández, Fátima Alas y Sandra Gómez

EL VIH Y LA MIGRACIÓN

El VIH y las migraciones tienen puntos de intersección que permiten generar miradas integradoras para el abordaje de esta problemática social. Las personas que migran y las personas con VIH comparten el estigma, la discriminación, el rechazo y la violación a sus Derechos Humanos que les implica esta situación. El fenómeno de la migración ha sido ampliamente analizado desde diversas perspectivas; sin embargo, un enfoque desde la medicina social y la salud colectiva contribuye a abordar la relación entre el espacio y la vida social.

Los movimientos físicos a través del espacio es lo natural, normal, dada la vida social humana; lo que es anormal, cambiante e históricamente construido es la idea que sociedades humanas necesitan construir fronteras e instituciones políticas que definen y restringen la movilidad espacial en manera particular, regularizadas, en una manera que la inmovilidad sea la norma (Favell, 2008: 271).

Las personas con VIH al igual que las que sufren otras enfermedades, están en su derecho de desplazarse; sin embargo, las fronteras y las políticas públicas no han facilitado el acceso al tratamiento y control de la enfermedad durante el tránsito entre países. Dichos desplazamientos de la población han tenido múltiples repercusiones en la salud de las personas, enfrentándose en ocasiones a graves obstáculos para la atención

sanitaria ya sea por motivos legales, culturales, idioma, discriminación, problemas económicos o sociales (Burgos & Parvic, 2011).

ANTECEDENTES

En El Salvador, el fenómeno de la migración no es nuevo. Es una historia larga que ha tenido diferentes acentos y altibajos. Según el Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas (SICREMI, 2014), entre los años setenta y ochenta la migración aumentó un 73% en relación a las décadas anteriores. Sin embargo, las razones que impulsaron a las personas a migrar, así como la composición demográfica, han ido cambiando a lo largo del tiempo. Durante la década de los ochenta, la migración se incrementó en un 307%, siendo la mayor parte de migrantes personas afectadas por la guerra civil en la que el país estaba inmerso. En la siguiente década, se impulsaron medidas neoliberales las cuales permearon en todas las políticas públicas, produciendo un incremento en la exclusión social. Como resultado, entre los años noventa y dos mil, la migración de salvadoreños/as hacia Estados Unidos subió a un 400% (SICREMI, 2014), siendo este flujo migratorio mucho mayor en el período de la postguerra que la que se tuvo durante la década del conflicto armado.

De igual manera, se observa un reflujo de población salvadoreña retornada desde Guatemala, México y Estados Unidos habiendo un incremento en las deportaciones de 4.216 en 1999 a 36.689 en 2004 (SICREMI, 2014). Esta circularidad migratoria (López & Godenau, 2015) es inducida por varios factores. Para el caso de El Salvador se encuentran: a) la detención de los migrantes en Guatemala y México que se retornan a El Salvador; b) el nuevo intento del migrante en llegar a Estados Unidos; y c) el extravío en la ruta que obliga al migrante a regresar o quedarse temporalmente en Guatemala o México trabajando mientras logra reiniciar su camino. En este contexto, el abordaje de esta problemática para México y los países del denominado Triángulo Norte (Guatemala, Honduras y El Salvador), quienes tienen una alta población en tránsito y como destino Estados Unidos, es impostergable. En El Salvador, se posee más de un tercio de su población en diferentes ciudades en Estados Unidos (Hernández, 2017), enviando remesas en su mayoría al país, por lo que cualquier política exterior antiinmigrante de parte de Washington, genera especulación e incertidumbre en el ámbito económico y social salvadoreño.

CARACTERIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN Y DE LA PERSONA MIGRANTE

El fenómeno de la migración se puede analizar en tres escenarios: a) En el país de origen; b) durante el tránsito; y c) en el país destino.

En cada uno de estos momentos hay situaciones particulares para las personas migrantes. Según estudios migratorios, en el país de origen las causas principales por las cuales las personas deciden migrar en El Salvador son: a) económicas; b) deseos de reunificación familiar; c) inseguridad; y d) violencia intrafamiliar (Gaborit *et al.*, 2016). La migración es multicausal por lo que habitualmente se encuentran más de una de estas razones. Sin embargo, hay que agregar otra arista al problema: La migración forzosa y los desplazamientos internos a causa de la violencia pandillera en El Salvador que afecta a la población joven en su mayoría (Ramos, 2013). Hecho que ha sido negado por el Gobierno por lo que no se publican cifras oficiales, a pesar de que diversas organizaciones de la sociedad civil se han pronunciado al respecto (Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Centroamericana, 2018).

De acuerdo al Consejo Nacional para la Protección Nacional y el Desarrollo de la Persona Migrante (CONMIGRANTES, 2017), durante el tránsito hacia Estados Unidos, la población de salvadoreños enfrenta situaciones difíciles y extremas en cuanto a las adversidades del clima, la falta de alimentos y agua, el ataque por animales, riesgos a accidentes que les pueden provocar mutilaciones o la muerte. Además, son vulnerables a ser víctimas del abuso de las autoridades, bandas de traficantes o tratantes de personas y delitos como: Asaltos, maltratos, robos, secuestro, extorsión, violencia sexual, ahogamiento, accidentes automovilísticos, desapariciones forzadas, y asesinato (Salgado, González, Bojórquez & Infante, 2007).

De igual manera, el tema de las infecciones de transmisión sexual como el VIH, se considera dentro de los riesgos que los migrantes pueden adquirir durante su trayecto. La transmisión habitualmente se relaciona con la trata de personas y el comercio sexual en las fronteras (Ceja, Lira & Fernández, 2014)

México es, según lo establecido por Knippen, Boggs & Meyer (2015), el territorio de contención de los flujos migratorios que se dirigen hacia los Estados Unidos. Se estima que por esta vía cruza cada año un aproximado de 300.000 personas que viajan sin documentos de todas partes del mundo, de las cuales una cuarta parte es interceptada y retornada a sus países de origen, mientras que otra parte se queda estacionada esperando trabajar para ahorrar y terminar de pagar el costo de cruzar la frontera. Los datos de proyección del censo de 2012 en Chiapas y Tapachula calculan más de 35.000 guatemaltecos, 11.000 hondureños, 8.000 salvadoreños, 3.500 nicaragüenses, más de 2.000 beliceños, 2.000 costarricenses y 1.300 panameños que se han asentado en la zona (Marroquín, 2015). Para el 2013, eran retornados desde Estados Unidos diariamente 62 salvadoreños

en promedio, en 2014 la cifra incrementó a 76 personas retornadas cada día (EMM, 2015).

En cuanto al destino de los salvadoreños que deciden emigrar este es diverso. Según los últimos datos, se encuentran en más de 70 países alrededor del mundo (CONMIGRANTES, 2017). Sin embargo, la inmensa mayoría elige como destino los Estados Unidos y Canadá, seguidos con distancia por Australia, España, Italia, México, Guatemala, Costa Rica, Belice y Honduras (Marroquín, 2015). Al radicarse en Estados Unidos, hasta 2014 se trataba, en su mayoría, de una población masculina (52 %) entre 18 y 64 años que logró insertarse al mercado laboral en los sectores de servicios de alimentos, recreación y hospedaje, así como en la industria de la construcción y la manufactura (CEMLA, BID, FOMIN, 2013). Sin embargo, en esta última década se remarca la feminización de la migración, siendo las mujeres las que mayoritariamente están abandonando su país principalmente a los Estados Unidos (632.554 mujeres), aunque también hacia Canadá (24.075 mujeres) y México (5.262 mujeres para el año 2016) (Sistema de Integración Centroamericano, 2016). Pero no solo es el incremento en la migración de las mujeres, sino que hay una invisibilización de ellas debido a que su situación específica se encuentra marginada dentro de los estudios de migración (Hernández, 2006), haciendo difícil encontrar investigaciones y datos sobre el género y la migración.

Debido a su situación migratoria y por la segregación laboral, las mujeres no pueden acceder a los empleos bien remunerados, más bien, son explotadas laboralmente; estas realizan labores no calificadas independientemente de la preparación o la profesión que tengan antes de migrar recibiendo una muy baja remuneración (Asakura & Torres, 2013). Buena parte de las mujeres migrantes se ocupan del cuidado de niños, niñas y adultos mayores en Estados Unidos; otras en actividades de servicios, ventas y ocupaciones de oficina. Muy pocas trabajan en la agricultura (CEMLA, BID & FOMIN, 2013). Moreno (2006, citado en Olesen, 2014), utiliza el término movilidad de reemplazo para describir el hecho de que las mujeres cuidadoras sustituyen a las mujeres de clase media en el cuidado de sus familias, para que a su vez puedan dedicarse a empleos mejor pagados con un estatus más alto contribuyendo a este movimiento social ascendente de otras mujeres en los Estados Unidos. Cabe mencionar la desigualdad en la remuneración entre salvadoreños y salvadoreñas residentes en Estados Unidos que trabajan en promedio 42 horas semanales y que representa una inequidad de género, ya que en promedio los hombres ganan USD 585.00 mientras que las mujeres USD 400.00 (CONMIGRANTES, 2017).

La población LGBTTIQI es otro grupo migrante muy vulnerable, ya que está comprobado que la identidad de género de una persona,

la expresión de género y la orientación sexual están asociadas con riesgos específicos para la salud como el VIH y la vulnerabilidad diferencial antes, durante y después de la migración (OPS & OMS, 2016).

LA PERSONA MIGRANTE Y SU DERECHO A LA SALUD

Al momento no existen sistemas de información que desagreguen información sobre el perfil de salud de las personas migrantes durante su origen, tránsito y destino. Es decir que, si una persona tiene cáncer en El Salvador y decide migrar irregularmente hacia Estados Unidos, no existe un sistema epidemiológico capaz de darle seguimiento durante su tránsito por Guatemala y México hasta llegar a su destino. La situación empeora ya que entre los riesgos a los que se exponen las personas migrantes se encuentran: Sufrir violencia sexual, embarazos no deseados, víctima de trata de personas y, por supuesto, el contraer infecciones de transmisión sexual como el VIH (Ceja, Lira & Fernández, 2014). Según entrevistas a actores claves del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) en 2017, se ha identificado que solo hay una mínima coordinación con los países destino en los casos de que hay aviso de una persona migrante con una enfermedad de “interés epidemiológico”,¹ como es el caso de la Tuberculosis, para que continúen con su tratamiento en su nuevo lugar de residencia (Funcionario, comunicación personal, 22 de septiembre de 2017).

Para el caso del VIH, son muy pocas las personas que estando bajo tratamiento con antirretrovirales notifican su plan de migrar. Para los pocos que deciden hacerlo, queda a criterio del facultativo la prescripción de suficiente medicamento para que logren seguir tomándolo en su tránsito a Estados Unidos. Para aquellos migrantes que al encontrarse detenidos en Estados Unidos o México se les diagnostica la enfermedad, se les inicia el tratamiento con antirretrovirales según el esquema de cada país. Cuando estas personas son retornadas, se convierte en un reto lograr su pronta identificación y continuar con su tratamiento específico que traen consigo a modo de no interrumpirlo, evitando así la resistencia farmacológica. La falta de continuidad o la suspensión del tratamiento para un paciente con VIH representan una vulneración directa a su derecho a la salud, ya que lo expone directamente a sufrir una recaída o inclusive llevarlo a la muerte.

La Asamblea Legislativa (2011) a través de la Ley Especial para la Protección y Desarrollo de la Persona Migrante Salvadoreña y su

1 Las enfermedades de interés epidemiológico son aquellas que se consideran de alta transmisibilidad y por tanto de vigilancia obligatoria por el peligro que representan para la salud pública. Entre ellas se encuentran: el zika, chikungunya, cólera, rabia, sarampión, dengue, malaria, entre otras.

familia, establece principios para la atención entre los que se encuentran: a) El respeto irrestricto a los Derechos Humanos; b) la no discriminación; c) la protección extraterritorial; d) la protección a grupos vulnerables; e) entre otros. Sin embargo, al constatar las acciones gubernamentales de protección de la salud de las personas migrantes no se encuentra coherencia con estos principios. Ha habido muy poca difusión a la ley y existen muy pocos programas nacionales que le den cumplimiento a la misma. El sistema de salud salvadoreño lleva el registro de personas retornadas con VIH dentro del Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE) que facilita el seguimiento de los pacientes dentro del territorio salvadoreño, sobre todo a aquellos que se encuentran bajo terapia antirretroviral. Sin embargo, el seguimiento del migrante con VIH fuera de las fronteras sigue representando un reto para el sistema de salud, ya que no se han construido mecanismos para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía más allá del territorio nacional; es allí donde la Salud Internacional Sur-Sur puede proveer marcos de análisis útiles para esta problemática.

EL ABORDAJE DEL VIH EN EL SALVADOR DESDE LA SALUD INTERNACIONAL SUR-SUR

Es importante aclarar que la Salud Internacional Sur-Sur se diferencia de la Salud Internacional Panamericanista² en que esta última tiene una tradición ligada a un pasado de las potencias coloniales desde el siglo XIX, generando mecanismos para asumir la salud de los ciudadanos/as de las colonias. La Salud Internacional Sur-Sur, en cambio, plantea la garantía del Derecho Humano a la salud más allá de la concepción de los derechos Estado-céntricos;³ también supera la concepción mercantilista que define la Salud Global⁴ sobre sus acciones y objetivos. Esta Salud Internacional Sur-Sur señala que son los Estados y los organismos regionales los que deben contribuir a la garantía de los Derechos Humanos, y en particular sobre el derecho a la salud y a la migración.

2 En general, la salud internacional panamericanista, conocida como salud internacional, se definió como un campo de conocimiento, investigación y acción-práctica interdisciplinaria, siendo un concepto que analiza la situación de salud poblacional o de la comunidad internacional como un todo.

3 La idea de los derechos Estado-céntricos es aquella en la que el reconocimiento, ejercicio y garantía de los derechos humanos corren por cuenta del Estado.

4 El término Salud Global ha aparecido en las últimas décadas como una nueva vertiente de interpretación de los problemas de salud internacional, basada en la primacía de la globalización. Las expresiones dominantes de la salud global excluyen debates sobre la mercantilización de la salud dando por sentado los lucros privados y el papel del capitalismo de mercado en la salud.

A través de la Salud Internacional Sur-Sur se cuestiona el por qué, a pesar del importante financiamiento internacional que El Salvador ha recibido desde el Fondo Global y otros cooperantes para impulsar el abordaje del VIH en El Salvador, aún existen graves debilidades en el sistema público para garantizar la continuidad de la atención durante el tránsito y el retorno de las personas migrantes con VIH.

Otro hecho importante es evaluar las políticas dictadas por la Organización Internacional de Migraciones (OIM), ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las cuales han sugerido diversas acciones y recomendaciones con una lógica de contención bajo el paradigma que las “enfermedades vienen del sur” en lugar de establecer políticas y acciones internacionales con un enfoque de Derechos Humanos que procure la prevención, atención y seguimiento de migrantes con VIH. Sumado a esto, se identifica la ausencia de mecanismos permanentes de coordinación entre países de tránsito y destino para la garantía del derecho a la salud de los pacientes. Estas coordinaciones se realizan únicamente en los casos de que exista una alerta sanitaria establecida por la OPS o en los que la enfermedad sea de interés epidemiológico dejando a un lado todas las enfermedades no transmisibles y otras que la persona migrante pueda estar padeciendo.

Desde la Salud Internacional Sur-Sur se hace una valoración crítica sobre las políticas internacionales, su efecto en el fenómeno de la migración y sus respectivas consecuencias para El Salvador. Por ejemplo, la suspensión al Estatus de Protección Temporal (TPS)⁵ por parte del gobierno de los Estados Unidos para salvadoreños y salvadoreñas establece nuevas variables para el análisis regional y las repercusiones en la salud. La suspensión del TPS para El Salvador supondría la inclusión de aproximadamente 200.000 salvadoreños a un sistema nacional de salud que no estaría listo para recibirlos por limitantes presupuestarias y de recursos humanos.

La amenaza de un éxodo de cerca de 200.000 salvadoreños implicaría un grave impacto a la economía doméstica y nacional al verse afectadas el envío de las remesas familiares, la cual es usada en su mayoría para consumo. También representa un nuevo escenario social y todo un reto para el Estado salvadoreño a través de sus instituciones (Hernández, 2018).

La relación neocolonial histórica entre Estados Unidos y Centroamérica, en particular con El Salvador, explica los intereses geopolíticos

5 El TPS de El Salvador fue instaurado en 2001 como respuesta humanitaria de carácter transitorio para ayudar al país tras los dos terremotos ocurridos ese año y consistió en un estatus de protección que permitía al inmigrante salvadoreño poder trabajar legalmente en Estados Unidos.

en mantener la dependencia económica de las remesas familiares para instalar nuevamente dispositivos que le permitan imponer políticas económicas y sociales regionales a conveniencia; tal es el caso del Plan Alianza para la Prosperidad del Triángulo Norte (PAPTAN) que incluye a Guatemala, Honduras y El Salvador; con un fuerte componente de seguridad, combate a la corrupción y de prevención de la violencia, pero que también busca incidir en las causas de la migración irregular. Lamentablemente el PAPTAN privilegia los intereses por fortalecer las fuerzas de seguridad y defensa, en detrimento de los esfuerzos nacionales y de la cooperación externa en materia de gasto social y de acciones a favor del desarrollo y bienestar general, desvirtuando el objetivo original de afrontar las causas estructurales de la migración irregular.

REFLEXIONES FINALES

El abordaje de las personas migrantes con VIH tiene varias deudas pendientes con el derecho a la salud en El Salvador: a) Más investigaciones sobre migración y género para ampliar la comprensión del fenómeno de la feminización de la migración; b) visibilizar la exposición al riesgo y la violencia que sufren las mujeres migrantes; c) establecer mecanismos entre países para la protección y seguimiento a los cientos de personas que emigran cada día y que corren un alto riesgo de contraer el VIH durante su tránsito a Estados Unidos, debido a la violencia sexual a la que se ven expuestas y a la limitante estructural de no poder proveer servicios de salud fuera de las fronteras nacionales, y d) atender la migración invisible de la población LGBTTT que con su alta concentración de casos de VIH debe de priorizarse en las políticas regionales por considerarse como una población triplemente vulnerable. Urge el diseño de sistemas regionales de información en salud que permitan proporcionar un seguimiento apropiado a aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles y cáncer que decidan migrar, y no solo para las enfermedades de interés epidemiológico.

Las políticas norteamericanas anti-inmigrantes seguirán impactando la situación económica y social en El Salvador; por tanto, son un reto para los organismos regionales como la OPS, ONUSIDA y la OIM, quienes deben de articularse con los gobiernos de la región para el fortalecimiento de las protecciones sociales de los Estados y para la garantía de los derechos humanos de las personas migrantes. La Salud Internacional Sur-Sur como nuevo campo de estudios debe profundizar en el análisis de la categoría salud-migración con una mirada emancipatoria desde la responsabilidad que tienen los organismos regionales y los Estados de garantizar el Derecho a la Salud de las personas migrantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Legislativa de El Salvador 2011 *Ley Especial para la Protección y Desarrollo de la Persona Migrante Salvadoreña y su familia (Ley 655 de 2011)* (El Salvador).
- Asakura, H.; Torres, M. 2013 “Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites” en *Zona Franca* (Argentina) N° 22, pp. 75-86.
- Burgos M.; Parvic T. 2011 “Atención en salud para migrantes: un desafío ético” en *Revista Brasileira de Enfermagem* (Brasil) N° 64(3), pp. 587-91.
- Ceja, A.; Lira J.; Fernández, E; 2014 “Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos” en *Ra-Ximhai* (México) N° 10(1), pp. 291-306.
- CEMLA, BID, FOMIN 2013 *Programa de aplicación de los principios generales para los mercados de remesas de América Latina y el Caribe* (México: Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos).
- Consejo Nacional para la Protección Nacional y el Desarrollo de la Persona Migrante 2017 *Política Nacional para la Protección y el Desarrollo de la Persona Migrante y su Familia* en <<http://reliefweb.int/report/el-salvador/politica-nacional-para-proteccion-y-desarrollo-de-la-persona-migrante-salvadore-y>>.
- Equipo Multidisciplinario de Migraciones 2015 *Sueños deportados. El impacto de las deportaciones en los migrantes salvadoreños y sus familias* (Antiguo Cuscatlán: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas).
- Favell, A. 2008 “Rebooting Migration Theory. Interdisciplinarity, Globality, and Postdisciplinarity in Migration Studies” en Brettell, C.; Hollifield, J. F. (eds.) *Migration Theory. Talking across Disciplines* (Nueva York; Londres: Routledge; Taylor & Francis).
- Gaborit, M.; Zetino, M.; Orellana, C.; Brioso, L.; Rodríguez M.; Avelar, D. 2016 *Atrapados en la tela de araña. La migración irregular de niñas y niños salvadoreños hacia los Estados Unidos* (San Salvador: Talleres Gráficos UCA).
- García, L 2016 *Migraciones, Estado y una política del derecho humano a migrar: ¿hacia una nueva era en América Latina?* en <<http://dx.doi.org/10.7440/colombiaint88.2016.05>>.
- Hernández, A. 2017 *Construyendo una Respuesta para los Migrantes Frente a las Políticas Migratorias de Trump* en <<http://sincopa-sv.blogspot.com/2017/09/construyendo-respuesta-para-migrantes.html?m=1>>.

- Hernández, A. 2018 *Entre el TPS, el éxodo salvadoreño y la posverdad* en <<http://sincopa-sv.blogspot.com/2018/01/entre-el-tps-el-exodo-salvadoreno-y-la.html?m=1>>.
- Hernández, B. 2006 “Nuevas rutas, nuevas actrices: mujeres migrantes latinoamericanas en Alemania” en García Gossio, M. I. (coord.) *Los nuevos escenarios de la migración: causas, condiciones, consecuencias* (México: Fundación Heinrich Böll).
- Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Centroamericana 2018 *Informe de las Organizaciones de la Sociedad Civil de El Salvador sobre Ejecuciones Extrajudiciales o Arbitrarias* en <<http://fespada.org.sv/wp-content/uploads/2018/02/Informe-para-Relatora-Especial-de-la-ONU-sobre-Ejecuciones-Extrajudiciales-2017.pdf>>.
- Knippen, J.; Boggs, C.; Meyer, M. 2015 *Un camino incierto. Justicia para delitos y violaciones a los derechos humanos contra personas migrantes y refugiadas en México* (Advocacy for Human Rights in the Americas).
- López, A.; Godenau, D. 2015 “En torno a la circularidad migratoria: Aproximaciones conceptuales, dimensiones teóricas y práctica política” en *Migraciones* (España) N° 38, pp. 9-34.
- Marroquín, A. 2015 “La migración centroamericana. Apuntes para un mapa provisional” en *Estudios Centroamericanos* (El Salvador) N° 69(736), pp. 91-103.
- Moreno, G. 2006 “Female Migrant Workers in an era of Globalization” en UNFPA (ed.) *Female Migrants: Bridging the gap through the life cycle* (Nueva York: United Nations Population Fund).
- Olesen, A. 2014 “La política de migración en El Salvador desde un contexto global” en *Entorno* N° 57, pp. 44-55.
- OPS, OMS 2016 *La salud de los migrantes* en <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>>.
- Ramos, E. 2013 *Migración forzada y violencia criminal: Una aproximación teórico práctica en el contexto actual* (San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador).
- Salgado, N.; González, T.; Bojorquez, L.; Infante, C. 2007 “Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos” en *Salud pública de México* (México) N° 49, E8-E10.
- Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas 2014 *El Salvador- Síntesis histórica de la migración internacional en El Salvador* en <<http://www.migracionoea.org/index.php/es/sicremi-es/17-sicremi/publicacion-2011/paises-es/117-el-salvador-1-si-ntesis-histo-rica-de-las-migracio-n-internacional-en-el-salvador.html>>.

Sistema de Integración Centroamericano 2016 *Factores de riesgo y necesidades de atención para las mujeres migrantes en Centroamérica. Estudio de actualización sobre la situación de la violencia contra las mujeres migrantes en la ruta migratoria en Centroamérica* en <<http://rosanjose.iom.int/site/sites/default/files/Factores%20de%20riesgo%20y%20necesidades%20de%20las%20mujeres%20migrantes%20en%20Centroam%C3%A9rica%20-%20WEB.pdf>>.

FRONTERAS DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS: MUJERES INMIGRANTES VIVIENDO CON VIH EN PUERTO RICO

Marinilda Rivera Díaz, Natalie Álamo
y Miriam Ruiz Rapale

INTRODUCCIÓN

La salud de las personas está influenciada por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas que impactan sus vidas (Bernardini, 2012). En el mundo actual hemos sido testigos de cómo la esperanza de vida y la buena salud aumentan en ciertas partes del mundo, mientras que en otros lugares no mejoran o en algunos casos empeoran. Además, hemos sido testigos de los adelantos en materia de derechos humanos, incluyendo la salud, a través de organismos internacionales y movimientos sociales. Sin embargo, tenemos cientos de lugares alrededor del mundo cuyas sociedades están siendo cada vez más vulnerabilizadas y sus condiciones de vida precarizadas, al punto de la deshumanización de esos pueblos. Estas desigualdades son en gran medida el resultado de la globalización y su vertiente neoliberal que genera una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios en los países. Como resultado de esto, actualmente existe una gran cantidad de poblaciones que no tienen acceso a derechos humanos como la salud. Una de estas poblaciones son los inmigrantes, particularmente las mujeres.

La migración como factor socioeconómico juega un papel importante en la transmisión de enfermedades como el VIH/SIDA, generando que esta población tenga mayores posibilidades de morir que el

resto de la población. Esta condición de migrantes les posiciona ante una serie de barreras para el acceso a tratamiento y cuidado médico. En los últimos años, hemos sido testigos de una creciente feminización de los flujos migratorios (Herrera, 2017), intensificando la necesidad de reducir las desigualdades en acceso a los servicios de salud para la mujer migrante. Sin embargo, es muy escasa la información relacionada a asuntos de salud sobre esta comunidad en Puerto Rico. Es importante dejar de observar la transmisión del VIH/SIDA entre la población de migrantes como un problema individual y reconocer que existen factores políticos, sociales, económicos y de género que vulnerabilizan a esta población, violentando los derechos que les cobijan como seres humanos. A pesar de casi 40 años de la infección del VIH/SIDA, así como de las transformaciones sufridas por la globalización y las políticas neoliberales en materia de derechos humanos, particularmente en el sector salud, son pocos los estudios que proponen un entendimiento sobre estas intersecciones, con especial atención en asuntos de género, migración y VIH desde las experiencias mismas de las personas.

GLOBALIZACIÓN NEOLIBERAL Y MIGRACIÓN

Una causa importante de la migración es la creciente desigualdad de ingresos y de seguridad humana entre países más y menos desarrollados (Castles, 2014). Actualmente, la globalización y su vertiente neoliberal promueven un mercado enfocado en la creación y acumulación de riqueza de parte de unos sectores, la canalización de mano de obra barata, la flexibilización del mercado de trabajo, la privatización del sector público y consigo los servicios llamados a garantizar los derechos humanos tales como la salud (Guinsberg, 2004). El afán de lucro, la competencia y el individualismo promovidos por este sistema ha traído un sinnúmero de consecuencias negativas para la sociedad, que van desde la explotación de los seres humanos hasta la naturaleza, implicando esto problemas de exclusión, salud y contaminación. En palabras de Hinkelamert y Mora, “el capitalismo ha traído como resultado desigualdad y exclusión social creciente, crisis ecológicas y la crisis de las relaciones humanas” (2009: 26). El cambio climático y la contaminación ambiental que hemos estado experimentando en los últimos años remiten a este modelo económico de producción y consumo basado en la extracción y explotación de los recursos naturales finitos, generalmente de países más pobres y con menos poder, para ser consumidos en el mundo rico (Del Viso, 2016). Como consecuencia de esto, muchas personas se han visto forzadas a emigrar de sus países, ya que sus recursos naturales han sido destruidos y la contaminación ambiental y el cambio climático han hecho imposible

la vida en sus lugares de origen. De esta manera, como establece Del Viso, “el cambio climático, con sus impactos diferenciados, empobrece más a los pobres y agudiza las desigualdades” (2016: 121). Por lo que, “las consecuencias de este sistema económico no se limitan a devastar los sistemas naturales; también tienen graves repercusiones sociales y profundos impactos en los derechos humanos de las personas” (2016: 120).

El sector de la salud también ha sido uno de los más trastocados por la ideología neoliberal, convirtiéndole en mercancía rentable y alejándolo de ser un bien colectivo y un derecho humano. Aunque la salud es el elemento más apreciado por los pueblos, Pazos (2002) nos indica que también es la de mayor carencia para la humanidad. Dicha deficiencia está íntimamente vinculada a la pobreza y a las consecuencias del sistema económico neoliberal. La transferencia de los servicios públicos al sector privado, bajo la lógica neoliberal del reduccionismo del aparato gubernamental, la mercantilización de los derechos humanos, la costo-efectividad y el individualismo, tuvo repercusiones en la garantía de acceso y disponibilidad a servicios de prevención y salud de la población. La aplicación de los postulados del llamado Consenso de Washington (1989) se acompañó con reformas en los sistemas de salud y seguridad social promovidas por organismos financieros internacionales (Stolkiner, 2010). Por ejemplo, las reformas de salud emprendidas en muchos países en la década del 1980 y 1990, década que igualmente iniciaba la infección del VIH a nivel mundial, se enfocaron en tratar los problemas económicos y estéticos de los sistemas de salud. Como consecuencia, hubo una reducción significativa del papel del Estado en el sector salud y en áreas de servicios sociales, disminución de servicios de salud, privatización de instituciones sanitarias, exclusión de miles de personas de cubiertas nacionales, agudización de condiciones de salud, eliminación de políticas universales de salud, entre otras. Ello desmanteló la retórica de un Estado garante de derechos humanos, imponiendo la idea de que los derechos son un asunto de responsabilidad individual y movilizándolo a las personas como objetos dentro de la lógica mercantilista de la industria de la salud. No se equivocaba Galeano cuando nos dijo: “En estos tiempos neoliberales, los derechos públicos se reducen a favores del poder, y el poder se ocupa de la salud pública y de la educación pública, como si fueran formas de la caridad pública, en vísperas de elecciones” (2009: 21). La migración o desplazamiento de las poblaciones se convierte entonces en la única alternativa de sobrevivencia ante un Estado desmantelado de servicios sociales, de salud y viabilidad económica.

La Organización Mundial de la Salud (2014) expresa que la carencia en salud, el gradiente social de salud dentro de los países y las

grandes desigualdades en salud entre países son resultados de una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios. El sistema neoliberal ha empobrecido aún más a muchos países, evidenciándose una distribución desigual de los recursos económicos y el poder provocando un detrimento en las condiciones de vida de los/as ciudadanos/as. Caravanas de migrantes procedentes de Honduras, Guatemala, El Salvador, Nicaragua y otros pueblos hermanos latinoamericanos, dan cuenta de los efectos nefastos de la globalización neoliberal para la humanidad. De acuerdo a Herrera (2017), la movilidad humana es el resultado de la pobreza, el hambre, la violencia, los desastres ambientales a causa de la explotación de la tierra y el medio ambiente, y los efectos expulsivos que generan las economías extractivistas. Estas situaciones obligan a miles de personas a migrar diariamente a otros países en busca de una mejor calidad de vida y oportunidades. Sin embargo, cuando llegan a estos países se enfrentan a una serie de dificultades sociales, económicas y políticas que los vulnerabiliza y que los hace objeto de desigualdades en acceso a sus derechos humanos, entre ellos los servicios de salud. En el caso de los Estados Unidos, Grice (2013), menciona que la salud de los inmigrantes se ha convertido en un *issue* prominente en muchas partes de este país, debido a la expansión de la población migrante.

Los invitamos a que miremos, aunque muy brevemente, algunos datos sobre el estado de situación del VIH a nivel global, la situación particular que enfrentan los y las inmigrantes ante el VIH, algunas políticas estadounidenses en materia de inmigración y VIH y la situación particular de la mujer dominicana en Puerto Rico. Esto último lo estaremos trabajando a través de los resultados de un estudio que documentó las experiencias migratorias y de servicios de salud en mujeres inmigrantes dominicanas que viven con VIH en Puerto Rico. Comencemos por mirar el VIH a nivel global.

INFECCIÓN DEL VIH A NIVEL GLOBAL

La infección del VIH/ SIDA sigue siendo un serio problema de salud pública tanto en Puerto Rico como a nivel mundial. Para tener una idea, en el 2017, 36,9 millones [31.1 millones - 43.9 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo (UNAIDS, 2018). Para este mismo año 1,8 millones [1.4 millones - 2.4 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH y se reportaron 940,000 [670 000 - 1.3 millones] muertes (UNAIDS, 2018). En términos de la situación de las mujeres, cada semana alrededor de 7,000 mujeres entre 15 a 24 años de edad es infectada con VIH (ONUSIDA, 2018). En Estados Unidos, esta infección ocurre desproporcionadamente a mayor escala entre

hispanos y latinos (Polanco, 2006; Chen, Gallant & Page, 2012; Morales & Sutton, 2014). El VIH/SIDA es la cuarta causa principal de muerte entre hispanos de 35 a 44 años (Chen, Gallant & Page, 2012). Esto debido en parte al diagnóstico tardío y al hecho de que no reciben un cuidado de salud adecuado. Según Chen, Gallant y Page (2012), los hispanos son más propensos a ser diagnosticados tarde en comparación con las personas blancas.

En el caso del Caribe, estadísticas de la región indican que estos y estas tienen la segunda tasa más alta de VIH en el mundo (Hires, 2012; ONUSIDA, 2009). De los 315,000 casos de personas que se estima vivían con VIH en el Caribe para el año 2017, 217,00 se concentran en los países de República Dominicana y Haití, representando esto un 70% de los casos (ONUSIDA, 2019). En esta misma región del Caribe, el VIH/SIDA ha afectado desproporcionadamente a las mujeres, donde actualmente el 50 % de los casos son mujeres en comparación con el 35% en el 1990 (ONUMujeres, 2017), en su mayoría pobres (Cáseres, 2009), cuya vía principal de transmisión son las relaciones heterosexuales sin protección (Thompson, 2011; Alexander, 2013). Es importante señalar también que la República Dominicana es uno de los países con las tasas de VIH más altas en mujeres en etapa reproductiva. En 2009, 67,000 personas vivían con VIH en la República Dominicana y 33,000 de estas eran mujeres (ONUSIDA, 2019).

La vulnerabilidad de la mujer, incluyendo las mujeres trans, al VIH en gran medida es el resultado de factores socioeconómicos y de la cultura patriarcal imperante que encarga al hombre a ser promiscuo, infiel y no utilizar profilácticos, mientras que a la mujer se le exige ser fiel y no se promueve la comunicación sexual, lo que aumenta el riesgo de infección al VIH dentro de esta población (Jiménez, 2014). Es importante señalar, además, que estas personas viviendo con VIH, particularmente en la República Dominicana, reciben servicios muy limitados de salud, y no tienen protección sobre su derecho a trabajar (Juárez, 2012), lo que empeora aún más su situación en el país. En Puerto Rico, de los 47.676 casos de VIH reportados en la Isla desde el año 1981 al 2016, 570 eran personas cuyo país de origen era República Dominicana, representando esto un 1,20% del total de casos reportados para dicha fecha (Departamento de Salud, 2016). De estos casos, 246 eran mujeres dominicanas (Departamento de Salud, 2016).

VIH Y MIGRACIÓN

Como hemos mencionado, esta infección afecta desproporcionadamente a ciertos sectores de la población que son más vulnerabilizados.

Uno de estos sectores son las personas migrantes, particularmente las mujeres. La migración se ha convertido en la única alternativa de sobrevivencia de miles de personas que en su país de origen no cuentan con la economía y los servicios sociales y de salud efectivos para atender sus necesidades. En las últimas décadas, la migración de economías de bajos ingresos a economías de altos ingresos ha aumentado (Teté-Kafui, 2012). Esto es en gran medida debido a los procesos de globalización y su vertiente neoliberal que en los últimos años se ha ido expandiendo y afectando a un sin número de países y sus poblaciones.

Son muchas las barreras políticas, sociales, culturales y económicas que enfrentan las personas migrantes para poder acceder a servicios de salud tanto en los países por donde transitan como en aquellos donde arriban. En muchas ocasiones no reciben los servicios y tratamientos necesarios para atender sus condiciones de salud, crónicas o infecciones como el VIH/SIDA, lo que redundo en una tasa mayor de muerte entre estas personas. Por ejemplo, investigaciones han señalado que los latinos extranjeros viviendo en los Estados Unidos no se benefician completamente de un continuo de cuidado efectivo para el VIH (Sheehan, Trepka & Dillon, 2016). Una de estas barreras principales es el estatus migratorio. Varias investigaciones han demostrado que aquellas personas que no cuentan con un estatus regulado en el país extranjero son menos propensas a buscar y recibir servicios de salud (Madden *et al.*, 2011; Sheehan, Trepka & Dillon, 2016; CDC, 2017). Esto por varias razones, una de ellas es el miedo a la deportación que muchas de estas personas experimentan (Thomas, Aggleton & Anderson, 2010; Chen, Gallant & Page, 2012; Sheehan, Trepka & Dillon, 2016; CDC, 2017; Morales & Sutton, 2014). Además, gran parte de ellos y ellas que no tienen un estatus regulado en el país de destino, no cuentan con seguros médicos que les ayuden a costear los gastos de tratamiento, por lo que son menos propensos a usar los servicios de salud (Chen, Gallant & Page, 2012; Gant *et al.*, 2014; Sheehan, Trepka & Dillon, 2016; Morales & Sutton, 2014). Se han documentado además otras barreras sociales y culturales que enfrentan las personas migrantes con VIH/SIDA a la hora de buscar servicios de salud para atender su condición. Entre estas se encuentran las barreras con el idioma, el estigma, rechazo, discriminan en los servicios de salud y vergüenza (Chen, Gallant & Page, 2012; Gant *et al.*, 2014; Morales & Sutton, 2014; Serrano-Sánchez, 2013; Sheehan, Trepka & Dillon, 2016; Thomas, Aggleton & Anderson, 2010).

Centrándonos particularmente en el caso de las mujeres, las migrantes latinas, cuando entran al país de destino experimentan una serie de dificultades para satisfacer sus necesidades básicas y alcanzar

una vida saludable. La falta de documentación que certifique su residencia legal obliga a muchas de ellas a no buscar atención médica cuando la necesitan. Además, las características de sus trabajos pobremente remunerados y sin ningún tipo de beneficios, les obliga a mantenerse en sus espacios laborales pese a sufrir condiciones de salud. Sin acceso a servicios de salud preventivos, de diagnóstico, de tratamiento y atención médica adecuada, es inevitable detener la infección del VIH y la cronicidad de otras condiciones de salud en la población migrante.

POLÍTICA PÚBLICA EN VIH Y MIGRACIÓN EN ESTADOS UNIDOS

En el actual clima político, la respuesta a la migración está cada vez más militarizada y enfocada en la seguridad. Las personas migrantes han sido concebidas como objetos mercancías, deshumanizadas, o como diría Alicia Stolkiner (2010) como “vidas que no merecen ser vividas” o (*Lebensunwertes Leben*), y como amenaza a la seguridad y la salud de los países de destino. En este sentido, las regulaciones y políticas sobre inmigración en los gobiernos son un factor importante que determina el tipo de acceso a cuidado médico que tiene esta población. Este elemento influye muchas veces en la decisión de las personas de evadir los servicios de salud formales, buscar otros recursos de terapias alternativas y en ocasiones inefectivas o potencialmente adversas, así como a retrasar la prueba del VIH y la adherencia al tratamiento (Thomas, Aggleton & Anderson, 2010). Según el Centro para la Ley y Política sobre el VIH (2017), las inequidades en el sistema de inmigración en los Estados Unidos causan un daño desproporcionado a las personas afectadas por el VIH, con estatus regularizado o no, y sus familias. Las barreras legales, culturales, de salud pública y socioeconómicas creadas por el sistema de inmigración en los Estados Unidos crean obstáculos sustanciales para las personas que viven con VIH (The Center for HIV Law and Policy, 2017). El aislamiento y la falta de atención médica disponibles para las poblaciones inmigrantes impide las pruebas de VIH, el tratamiento y los esfuerzos de prevención (The Center for HIV Law and Policy, 2017). Latinos en Estados Unidos nacidos en México, América del Sur y Central y otros países del Caribe que llegan de forma no autorizada a Estados Unidos no se benefician de muchas políticas y servicios sociales y de salud (Sheehan, Trepka & Dillon, 2014).

Puerto Rico, como colonia de los Estados Unidos, es partícipe de las políticas migratorias y de salud aprobadas por el Congreso de los Estados Unidos u órdenes ejecutivas del presidente de los Estados Unidos. En 1990, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE),

como respuesta a la proliferación de la infección en dicho país (Aids Watch, 2014). La misma es identificada como un recurso importante dedicado exclusivamente al tratamiento de VIH, y servicios de apoyo. El programa provee servicios a personas que no están aseguradas, o bajo aseguramiento o que no tienen ninguna forma de pago (Health Resources and Services Administration, 2014). Sin embargo, estos servicios son solamente accesibles a personas con permiso legal en los Estados Unidos como residente o visitante. De esta manera, la ley no autoriza a brindar la atención médica necesaria a las personas con VIH/SIDA que no están establecidas legalmente en los Estados Unidos. En un análisis realizado por el Centro de Información Censal (2018) de la Universidad de Puerto Rico en Cayey, solo 68% de la población dominicana en la Isla cuenta con un plan médico. Como resultado de esto, sus condiciones de salud empeoran y quedan excluidas del sistema.

Existe lo que se conoce como el Programa de Asistencia a Medicamentos de VIH (ADAP, por sus siglas en inglés). Este Programa provee medicamentos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para tratar la condición del VIH/SIDA, prevenir el deterioro de la salud, incluyendo las enfermedades oportunistas y tratar efectos secundarios de la condición (Departamento de Salud, 2016). Este programa asiste a personas médico indigentes que no poseen un seguro médico o que, si poseen alguno, no tienen cubierta de farmacia o tienen una cubierta limitada de medicamentos (Departamento de Salud, 2016). El mismo comenzó a funcionar en el 1987 para ayudar a los estados a comprar AZT, un medicamento antiretroviral (Departamento de Salud, 2016). Luego, en 1990, se incorporó al Título II de la Ley Ryan White. Provee servicios a personas sin autorización para residir en Estados Unidos y se le concede elegibilidad por 6 meses.

Por otro lado, existe la Estrategia Nacional de VIH/SIDA que originalmente fue diseñada para ser ejecutada entre el período de 2010-2015. Esta estrategia pretendió impactar directamente la vida de las mujeres que viven con VIH/SIDA asistiéndoles en la búsqueda de atención médica y cuidados especializados. En el 2015, dicha Estrategia Nacional fue actualizada hasta el año 2020, teniendo como objetivos principales reducir las nuevas infecciones por el VIH, aumentar el acceso a la atención y optimizar los resultados de salud para las personas que viven con el VIH, reducir las desigualdades y la falta de equidad relacionada con el VIH y lograr una respuesta nacional más coordinada a la epidemia de VIH (White House, 2015). Aunque en general estas estrategias parecen responder en la atención al VIH, todavía es limitante para aquellas mujeres sin permiso migratorio. No todos los beneficios de las leyes que se crean sobre el derecho a la salud aplican

a aquellas personas que no tienen su estatus legal regulado, por lo que quedan excluidos del sistema, empeorando su condición de salud.

Es importante destacar, como parte de la historia de las políticas migratorias, que La Reforma Migratoria de 1986 prohibió la entrada de personas positivas VIH a los Estados Unidos (National Archives and Records Administration, 2009). No fue hasta el 4 de enero de 2010, y como resultado de luchas sociales, que el presidente Barack Obama enmendó dicha regulación para no considerar el VIH como criterio para denegar el acceso al país.

Este breve contexto presentado pone de manifiesto no solo la desigualdad social provocada por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas, sino que paralelamente nos refleja sus vínculos con la desigualdad en salud y al derecho de las poblaciones migrantes a vivir dignamente. La desigualdad en salud como vemos, es resultado de políticas que tienen efectos nocivos en la vida y en la salud, colocando a unos sujetos en ventaja sobre otros en tanto expectativas de vida y acceso a tratamiento.

MIGRACIÓN DOMINICANA EN PUERTO RICO

Tomando lo anteriormente expuesto en consideración, y pese a la limitada literatura sobre la inmigración en Puerto Rico, es importante evaluar la situación de los inmigrantes que llegan a la Isla, particularmente desde la República Dominicana. Los tres destinos de mayor concentración de migrantes dominicanos son: Estados Unidos, España y Puerto Rico (Abaunza, 2016). La literatura sobre migración en el Caribe indica que Puerto Rico actúa como *steppings-stones* para los Estados Unidos (Ferguson, 2003). En Puerto Rico, históricamente se ha evidenciado la presencia de una gran cantidad de migrantes procedentes de la República Dominicana. Para tener una idea, en el 2010 la población dominicana en la Isla era de 68.036, representando la población más numerosa de todos los migrantes autorizados o regularizados que viven en Puerto Rico (Puerto Rico Censo, 2010). Sin embargo, se estima que esta cantidad puede ascender a los 200.000 dominicanos y dominicanas viviendo en la Isla de Puerto Rico, si se toma en consideración aquellos y aquellas que no cuentan con un estatus regularizado (Duany, 2007; Rodríguez, 2018). Esta migración está compuesta predominantemente por trabajadores sin estatus regularizado, especialmente mujeres con poco acceso a educación formal y bajos ingresos económicos (Duany, 2007). De acuerdo con Duany (2007), tres de cada cinco migrantes dominicanos en Puerto Rico son mujeres en edad reproductiva, lo que evidencia una feminización de la migración en el Caribe. Hernández Angueira (1990), explica que la feminización de esta migración, particularmente en Puerto Rico, se

enmarca en el contexto de la transformación económica puertorriqueña en las últimas décadas, de una economía manufacturera a una de servicios y la demanda de mano de obra poco calificada con bajos salarios (Hernández Angueira, 1990). Un estudio reciente del Centro de Información Censal (2018) reveló que durante el período de 2011-2015, 17.9% de los dominicanos en la fuerza laboral estaban desempleados. El deseo de mejorar sus condiciones de vida para ellas y sus familias, por medio del trabajo arduo y obtener mejores salarios que les permitan escalar de posición social, son factores importantes en la decisión de migrar de la mujer dominicana. No hay evidencia reciente que demuestre que esto ha cambiado, debido a los limitados estudios sobre esta población en Puerto Rico. Estos factores a nivel personal están sujetos a procesos macroestructurales relacionadas a las transformaciones neoliberales del mercado internacional y su injerencia en los procesos sociales, políticos y económicos de los países de origen.

Los tratados de libre comercio (TLC) son un ejemplo de ello. De acuerdo con León y Guzmán un TLC es “una herramienta de impulso al comercio mundial, y forman parte de una larga historia de dominación política y explotación económica para el control y acumulación de capital de unos países sobre otros” (2008: 187). Estos representan los intereses de los consorcios comerciales más poderosos, propiciando el desarrollo de leyes, políticas, decisiones que benefician mayormente a los países poderosos en esa negociación (León & Guzmán, 2008). El tratado de libre comercio entre República Dominicana-Centroamérica-Estados Unidos (CAFTA-DR, por sus siglas en inglés) se firmó el 5 de agosto de 2004 en Washington, D.C. Aunque cabe destacar que ya contaban con un tratado de libre comercio firmado en 1998 (Sistema de información sobre comercio exterior, 2014). Estos acuerdos promovieron la manufactura, el turismo y las exportaciones agrícolas no tradicionales, redundando en un crecimiento económico sostenido. Sin embargo, a pesar de este desarrollo en la economía dominicana, no mejoraron las condiciones de vida de la población. No hubo una distribución equitativa de los recursos. No hubo una inversión en los servicios que el gobierno brinda a la población. Por el contrario, aumentó el desempleo y la pobreza, lo que agudizó una crisis económica no para el país, sino para la ciudadanía que vive en él. Es por esto que la emigración se convirtió en una estrategia de sobrevivencia para muchas personas dominicanas (Duany, 2007).

Las personas que deciden migrar sin autorización de su país, tienen que embarcarse en una travesía sumamente peligrosa para poder llegar a la Isla. Estas personas se arriesgan en embarcaciones pequeñas traídas por contrabandistas que les cobran cantidades de dinero y que muchas veces les engañan. Habitualmente, los y las migrantes

deben nadar largas distancias hasta llegar a la orilla de la isla de Puerto Rico. Agentes de Patrulla Fronteriza adscritos al Negociado de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP) han declarado a la prensa local, que frecuentemente encuentran, rescatan y deportan a personas haitianas y dominicanas que son abandonadas por contrabandistas en estos lugares.

Las personas migrantes se aventuran a cruzar las 80 millas náuticas (130 kilómetros) entre Puerto Rico y República Dominicana, abordando embarcaciones rústicas e inadecuadas. El viaje dura días, y en el camino se exponen a la muerte. Si son interceptadas estas personas, son procesadas bajo el ordenamiento migratorio de Estados Unidos, y agentes del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE, por sus siglas en inglés) toman custodia para su deportación. Estos viajes en pequeñas embarcaciones llamadas “yolas” son sumamente peligrosos, debido a la velocidad del viento y la altura del oleaje en el Canal de Mona, en especial cuando las inclemencias del tiempo empeoran las condiciones del mar. Esto nos da un panorama de lo difícil y arriesgado que es para estas personas intentar llegar a la Isla con la idea de que encontrarán una mejor calidad de vida, pero en muchas ocasiones esto no sucede.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA MUJER INMIGRANTE EN PUERTO RICO

Las y los inmigrantes que llegan a Puerto Rico de la República Dominicana, particularmente las mujeres, atraviesan una serie de dificultades económicas y sociales. Según Duany (2007), a pesar de su creciente importancia demográfica, la diáspora dominicana aún experimenta una aguda exclusión económica y política en la sociedad puertorriqueña, lo que redundará en una opresión y marginalidad social, económica y cultural para esta población. Campani (2010) habla de la triple opresión que sufren las mujeres inmigrantes que se manifiesta en dos aspectos. En primer lugar, el carácter de su trabajo, una vez que llegan al país receptor, “un trabajo en un mercado laboral segmentado por el género y por la etnicidad” (Campani, 2010). En segundo lugar, la invisibilidad en la que se encuentran, tanto en la jerarquía laboral, como en la vida social, dan la impresión de que no forman parte de la sociedad donde están trabajando y residiendo (Campani, 2010).

Las dominicanas están empleadas predominantemente en el servicio doméstico, el cuidado de niños/as y ancianos/as y otras ocupaciones tradicionalmente dominadas por mujeres, como el servicio y la limpieza en restaurantes (Duany, 2007), siendo en muchas ocasiones explotadas. Entre las razones principales por las cuales muchas de estas mujeres deciden migrar a la Isla se encuentra el deseo de mejorar

sus condiciones de vida para ellas y sus familias por medio del trabajo arduo y mejores salarios. Muchas veces dejan en su país a sus hijos e hijas al cuidado de otros familiares, y les envían remesas, cuyos impuestos y pagos por transacciones reducen la cantidad de dinero que ellas pueden enviar a sus familias y con lo que pueden quedarse para apenas sobrevivir. De esta manera, a pesar de su trabajo arduo muchas veces son explotadas y en la mayoría de los casos sus condiciones de vida no mejoran. Es enorme el sacrificio realizado por los y las inmigrantes para enviar dinero a sus familias, mientras sobreviven a la inflación del costo de vida en Puerto Rico y los bajos salarios.

Por otro lado, muchas de estas mujeres inmigrantes día a día tienen que enfrentar manifestaciones de violencia, incluyendo explotación sexual, hostigamiento sexual, violencia doméstica y abuso sexual (Grullón, 2011). Según Rey y Hernández (2010), mujeres dominicanas que llegan voluntariamente buscando mejores oportunidades de vida en ocasiones son forzadas al trabajo sexual, principalmente en los *massage parlors* o casas de masajes y muchas se mantienen ejerciendo estas actividades en situaciones de explotación por miedo a ser deportadas. Según Nigro (2006), las trabajadoras sexuales son comúnmente percibidas como pertenecientes a un grupo social que se involucra en comportamientos de alto riesgo para la infección del VIH/SIDA. Por lo tanto, esta situación puede ponerles en riesgo de infectarse con el VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Además, se les complica el panorama, al ellas no poder contar con acceso adecuado a servicios de salud y prevención.

Como hemos podido ver, las condiciones macrosociales, económicas y políticas juegan un rol protagónico en la vulnerabilidad hacia el VIH e inequidad en salud que enfrenta la población de mujeres inmigrantes, especialmente aquellas con estatus no regulado. Por lo tanto, la creciente feminización de los flujos migratorios, particularmente de la República Dominicana a Puerto Rico, ha intensificado la necesidad de reducir estas desigualdades en acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay una falta de investigaciones sobre mujeres dominicanas con VIH/SIDA en Puerto Rico y Estados Unidos. Un estudio reciente con madres dominicanas en Puerto Rico evidenció la falta de investigación sobre el estado de salud de esta comunidad en Puerto Rico y recomendó examinar los factores sociales y los factores individuales (vida diaria) en un intento por identificar las variables que influyen en la desigualdad en salud de esta población (Colón, Colón, Reyes, Marín & Ríos, 2013). Es por esto que se hace necesario desarrollar estudios para conocer los factores sociales, económicos, culturales y políticos que influyen en la infección del VIH/SIDA en esta población, así como sus experiencias con el cuidado y el acceso a servicios de salud.

MÉTODO

Los objetivos específicos de esta investigación fueron: 1) explorar las experiencias de las mujeres dominicanas en el manejo de la condición del VIH/SIDA en Puerto Rico; y 2) explorar los factores relacionados al acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de mujeres dominicanas que viven con VIH/SIDA en el contexto migratorio en San Juan, PR. Para ello se llevó a cabo un diseño cualitativo de tipo exploratorio que fue aprobado por el Comité Revisor de Sujetos Humanos en la Investigación de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras (# UPR 1350114). Como parte de esta investigación se realizaron cinco entrevistas a informantes claves a saber: 1) empleado del Departamento de Salud; 2) empleada de organización sin fines de lucro dedicada al servicio de mujeres dominicanas; 3) a empleados que ofrecen servicios de salud para el VIH en la zona de San Juan. Además, se llevaron a cabo veinte (20) entrevistas semiestructuradas a mujeres dominicanas mayores de 21 años de edad que viven con la condición del VIH en Puerto Rico. Todas las participantes estaban activas en tratamiento al momento del estudio y llevaban 6 meses o más viviendo en Puerto Rico.

Las entrevistas fueron realizadas a participantes voluntarias en diversas clínicas especializadas para el tratamiento de VIH ubicadas en la zona metropolitana de San Juan. Las mujeres fueron reclutadas a través de promociones colocadas en los centros y provistas al personal de servicio. En algunas clínicas, las participantes fueron identificadas por el personal de manejo de casos e invitadas a participar si cumplían con los requisitos previamente descritos. Una vez identificadas, se les orientaba sobre la investigación y se coordinó una cita para llevar a cabo la entrevista de acuerdo a la disponibilidad de la participante. El día de la entrevista, cada participante completó la Hoja de Consentimiento Informado y procedió a contestar un cuestionario sociodemográfico. La guía utilizada para la entrevista comprendía de ocho (8) preguntas semi estructuradas explorando las siguientes cuatro (4) dimensiones: a) experiencia migratoria; b) impacto de VIH en su vida diaria; c) recursos de apoyo; y d) percepción de los servicios de salud. Una vez completada la entrevista, cada participante obtuvo un incentivo de \$25 dólares para cubrir gastos de dieta y transportación.

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PARTICIPANTES

En cuanto al perfil sociodemográfico de las entrevistadas, el 50% de las mujeres se encontraban entre las edades de 34 a 41 años de edad. La mayoría de ellas eran solteras (45%) y residentes de la zona de San Juan (75%). El 50% llevaba entre 10 a 15 años viviendo en Puerto

Rico. En cuanto a las razones para emigrar, se encontró que el factor económico era el principal representado en el 60% de los casos. Otras de las razones era la pareja (15%) y la salud personal, de los hijos o familiar (15%). El 82% de las entrevistadas tenía un trabajo a tiempo completo y el 72% estaba empleada en trabajo doméstico. La mayoría de ellas indicó vivir con menos de 500 dólares mensuales. En cuanto a cubierta médica, se encontró que el 55% no tenía plan médico, el 40% tenía el plan de seguro del gobierno y el 5% tenía ADAP PURO. Es importante señalar que el 40% de las entrevistadas indicaron haberse sentido discriminadas por ser dominicanas y que la gran mayoría de ellas (90%) fueron infectadas vía relaciones sexuales sin protección. Finalmente, el 30% de las entrevistadas llevaban entre 7 a 9 años viviendo con VIH/SIDA.

Las verbalizaciones producto de las entrevistas realizadas a las veinte mujeres dominicanas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico se presentan en este escrito bajo las siguientes categorías de análisis: a) *estatus migratorio/experiencias en procesos migratorios*; b) *razones para emigrar*; c) *acceso a servicios de salud*; d) *acceso a servicios de salud/servicios de prevención y diagnóstico*; e) *limitaciones de acceso a servicios/política migratoria VIH*; f) *limitaciones a servicios de salud en general*; y g) *recomendaciones a servicios*.

Estatus migratorio/experiencias en procesos migratorios: definido como aquellas experiencias anecdóticas vinculadas al proceso de migrar desde la etapa de la idea y planificación de cómo migrar, el tránsito migratorio y hasta la llegada a Puerto Rico. El estatus migratorio se vinculaba como categoría dado el tipo de experiencia migratoria que las participantes narraban. Dos participantes expresaron a través de sus entrevistas:

¿Sabes lo que es cruzar ese mar? Y después que pasamos tanto trabajo, ya estábamos de camino, ¿virar de nuevo? Estábamos deshidratados. ¿Entiendes? Salimos con poca comida. Hubo unos cuantos que murieron deshidratados. No fue fácil. Yo no le aconsejo a ningún joven a la edad que nosotros vinimos acá, que se invente eso. Porque tú te ves en el medio del mar, que tu no ves ni tierra. (MD20)

Otra mujer verbalizó:

Pues la experiencia fue horrible, en el sentido que cuando salimos de allá pues se pronuncia el mal tiempo y llevamos en el mar un promedio como de una semana. Y en el sitio mío, en Baní, creían que el viaje se había perdido, pensaban que yo me había muerto. Cuando llegamos aquí, pierdes como que la noción del tiempo y cuando llegamos no sabíamos si era en Cuba, en Santo Domingo o era en Puerto Rico que estábamos. Y ya después de que llegamos que se te va el frío, pues fue una emoción, porque llegamos con vida, después

de tanto tiempo en el mar. Fue una experiencia bien... pues que no se lo recomiendo a nadie. No me atrevería a volverlo hacer. Y no porque abusaran de mí, sino por el tiempo, pues que uno expone la vida de uno. (MD2)

Estas verbalizaciones relatan la difícil y arriesgada travesía en la que tienen que embarcarse estas mujeres inmigrantes para poder llegar a Puerto Rico en busca de una mejor calidad de vida. En el camino arriesgan su vida y atraviesan por experiencias que les dejan una marca. La falta de agua, comida y las malas condiciones en las que viajan representan un peligro para estas personas, que, por diversas situaciones, se ven obligadas a dejar su país de origen.

Razones para emigrar: definida como aquellas situaciones descritas por las participantes que les llevó a considerar la migración como una opción. A continuación, tres mujeres participantes expresan razones distintas que consideraron para iniciar el proceso migratorio.

Mis razones para venir fueron los problemas económicos de mi país. Mucho problema, tenía dos hijos pequeños. Los trabajos estaban bien difíciles. Tenía muchas deudas. Tenía mucho problema económico. Y decidí venir en el 2003 (MD1).

Aunque los asuntos económicos a raíz de la limitación del acceso al derecho al trabajo fue una de las razones, dos mujeres entrevistadas expresaron las razones familiares como una de gran peso en su decisión de migrar.

Pues mis razones para venir fueron que tenía mi esposo que había venido para acá. En realidad vine siguiéndolo a él. Porque él era el que proveía el sustento a la casa y él estaba acá. Pues él los dejó conmigo y se vino para acá primero. Pero después de eso yo vine con él. Como dos años después. Dejé los nenes con mi mamá en lo que resolvía, pero yo les mando el dinero siempre. (MD11)

Pues porque a ella y a mis tíos los pidió mi abuela. Y pues ya después que ellos todos viajaron, pues empezaron todos a pedir sus hijos. Bueno, fue difícil porque nosotros somos 8. Y ella nos pidió en dos grupos, cuatro y cuatro. Yo fui la primera que vine, porque yo soy de todas la más pequeña. Entonces el proceso fue medio largo, porque duramos por lo menos yo duré 11 años. Ya los otros que vinieron detrás de mí cumplieron 11 años allá esperando papeles. Pero es un proceso bien largo. (MD5)

Como se puede apreciar a raíz de las verbalizaciones de las participantes, la situación económica y la necesidad de reunirse con sus familiares representan las principales razones por las que estas mujeres optan por emigrar a otro país. La falta de empleos y las malas condiciones económicas en su país obliga a las familias a separarse y migrar en

busca de una mejor vida y así poder proporcionar el sustento a sus familias que dejan al otro lado. Se percibe la esperanza siempre puesta en la reunificación, aunque este proceso muchas veces dure años.

Acceso a servicios de salud: esta categoría fue definida como aquellas experiencias con programas que facilitaron la inserción de las mujeres participantes a los servicios de salud en Puerto Rico. Dos mujeres dominicanas participantes del estudio indicaron:

ADAP Puro, que es un programa del gobierno federal que nos cubre todos los medicamentos y los servicios aquí, los laboratorios, todo lo que nos hacen. En eso no tengo problemas. Y es un plan que yo lo renuevo cada seis meses. (MD1)

Yo ahora le digo yo ahora me hice mis laboratorios, son gratis gracias a los fondos Ryan White, a ADAP, son gratis igual también este... laboratorios, dentistas. (MD16)

El programa ADAP Puro que, como mencionamos anteriormente, asiste a personas que tienen un seguro limitado o no tienen seguro médico para que puedan cubrir el tratamiento para el VIH/SIDA, se constituye en una herramienta esencial para estas mujeres inmigrantes que no cuentan con los recursos para atender su condición. Sin embargo, este programa se centra en el tratamiento del VIH/SIDA, por lo que aquellas mujeres inmigrantes con estatus migratorio irregular que padecen de alguna otra condición se encuentran desprovistas de servicios médicos.

Acceso a servicios de salud/servicios de prevención y diagnóstico: esta categoría fue definida como aquellas experiencias en general con servicios de prevención y diagnóstico de la condición de VIH que tuvieron las mujeres participantes. Estas experiencias pudieron haber sido calificadas por las participantes como positivas o negativas. Esta categoría, a diferencia de la de “acceso a servicios de salud” previamente discutida, se enfoca en las experiencias al acceder servicios para la prevención y el diagnóstico de la condición. Dos mujeres dominicanas participantes del estudio expresan su experiencia con estos servicios cuando quedan embarazadas. Ellas indicaron:

Voy al chequeo prenatal. En la primera visita, pues me atendieron normal. Me hicieron el Pap que es el Papanicolaou. Y de ahí me mandan a realizar los laboratorios. Como me pusieron la próxima cita para un mes, no me llamaron antes para decirme los resultados habían salido uno malo. Me vienen a dar la noticia un mes después. Ahí tengo que esperar más tiempo porque como de todos los laboratorios que me hacen, nada más sale ese alterado piensan que era un falso positivo. Porque todo estaba bien, no tenía una infección vaginal, nada. Entonces me mandan a hacer nuevamente la que comprueba que si uno es portador. Entonces como esa prueba se tarda

como un mes más. O sea que tuve que esperar casi dos meses después que me enteré. Una vez me entero pues de una vez empiezo a recibir tratamiento por el embarazo. (MD19)

Yo salí, pero salí bajita, el porcentaje del contaje estaba bien bajito. Entonces ellos no me pusieron en tratamiento, yo seguí sin tratamiento. En el 2010, salí embarazada de mi nene, y ahí entonces me refirieron aquí. Y ahí decidieron ponerme en tratamiento para proteger al bebé, que gracias a Dios mi bebé es negativo. (MD1)

Estas verbalizaciones recogen las experiencias de dos mujeres: una que es diagnosticada durante su embarazo y la otra, que es puesta en tratamiento posterior a quedar embarazada, pese a que ya vivía con la condición. La limitación a acceso a servicios preventivos y servicios de salud en general a la población migrante, particularmente con estatus migratorio irregular, les coloca en una posición de mayor vulnerabilidad, pues pueden vivir con la condición sin saberlo, teniendo repercusiones en procesos de embarazos y en el desarrollo de otras condiciones que ponen en amenaza su derecho a la vida y la salud.

Limitaciones de acceso a servicios/política migratoria VIH: esta categoría fue definida como aquellas experiencias verbalizadas por las mujeres participantes donde la política migratoria y su estatus migratorio restringen su derecho al acceso a los servicios de salud y su derecho a migrar. Estas experiencias son diversas, que abarcan desde la solicitud de visados para migrar hasta acceso al sistema de salud una vez completan los requerimientos para estar legalmente en el país. Dos mujeres dominicanas participantes del estudio expresaron:

Me hice la prueba, luego de eso fue que me di cuenta de eso. Yo me [la] hice en inmigración. O sea, me mandaron a hacer la prueba en inmigración y no. Luego de eso me sentí mal, me hospitalizaron y ahí me dijeron que tenía eso. (MD10)

Otra de las participantes expresó:

Pero cuando yo vine a PR yo no tenía VIH. Si yo lo tengo de allá, no me dejan venir...porque allá mandan a todas las personas a hacer todos sus laboratorios y lo mandan directo al consulado y si tiene tuberculosis o VIH no le dan VISA. (MD14)

Esta experiencia deja entrever que el proceso migratorio de esta participante fue antes de enero 2010, cuando el presidente Obama levantó la restricción de la política migratoria estadounidense que prohibía la entrada a territorio norteamericano de personas con la condición del VIH.

De igual manera la limitación a los servicios de salud por el estatus migratorio queda plasmado claramente en esta próxima verbalización, donde dos participantes hacen una crítica a como a pesar de que una persona migrante tenga toda su documentación actualizada y residir autorizadamente en Puerto Rico, debe esperar 5 años a partir de haber regularizado su estatus para poder acceder al sistema de salud.

Yo no, por mi estado migratorio no puedo. Una vez yo tenga mis papeles al día, me legalice, tampoco puedo durante 5 años. Que eso es lo que yo no veo bien. Con respecto a los planes médicos porque si ya está legal en el país, entonces, ¿por qué esperar 5 años para que te den un plan médico? Ahora mismo, yo estoy en el proceso de migración, entonces tengo que esperar 5 años, o sea que tengo que seguir con estas personas a través de Ryan White, ADAP, para que me sigan cubriendo mis medicamentos. Si vas a trabajar en el país, te vas a poner un seguro social, que esa era una de las cosas que yo quería, mi seguro social para poder trabajar legalmente, entonces para poder llenar planillas. Entonces, si tú vas a estar contribuyendo al país, ¿por qué? Ahora mismo yo aparte de esta condición de VIH tengo un tumor en la espalda en el lado derecho. Yo me tengo que tratar eso porque cada vez está más grande... Y no tengo plan médico. A través de la clínica de VIH no me dan. De ahí me refieren a otro médico. No tengo para cubrir ese gasto y tengo que cuidarme porque cada vez sigue creciendo. (MD19)

No, porque para uno aquí tener servicios, tiene que tener los 5 años. Y yo pues una o dos veces llegué a ir al CDT, por la presión. Pero después visitas al médico o recibir charlas ni nada de eso, no. (MD5)

Aquí podemos ver cómo las políticas migratorias tienen un impacto adverso en la salud de estas mujeres inmigrantes, vulnerabilizándolas y violentándose su derecho a la salud. Varias de estas mujeres, además del VIH/SIDA, se encuentran enfrentando otras condiciones serias de salud para las que no tienen el tratamiento necesario, ya que los servicios que reciben a través de programas como ADAP, están dirigidas únicamente al tratamiento para el VIH/SIDA. Esto sin duda alguna, pone en riesgo la vida de muchas mujeres inmigrantes que no cuentan con acceso a servicios médicos ni asistencias económicas para tratar sus condiciones. Además de esto, según estas políticas públicas, los/as inmigrantes deben esperar alrededor de 5 años, luego de haber recibido su residencia legal, para poder ser elegibles a servicios como el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Limitaciones de acceso servicios de salud en general: esta categoría fue definida como las experiencias que limitan el acceso a servicios de salud física y mental en general, no solo a servicios para pacientes con VIH. Ello pudiera incluir: costos de servicios médicos

por no poseer una cubierta de seguro de salud, negación de servicios, entre otros. Dos mujeres dominicanas expresaron su angustia ante experiencias de negación de referidos y cobros de dinero por servicios que ellas no podían pagar para atender su salud:

Pero una sola vez fui a pedir un referido a mi médico primario y no me lo dieron. Me proponían y nunca me lo dieron. Para hacerme algo en el seno, y nunca me lo dieron. Pero gracias a Dios tenía como una bolita y después se me quitó. (MD7)

El me cobra treinta y cinco pesos y que no podía hacer nada si no tenía el dinero y abrió la puerta y me dijo: “ehh, cuando tú lo consigas eh me dice”. Doctor yo no estoy trabajando, no tengo dinero, yo estoy aquí hasta sin papeles. Me dijo: “cuando tú lo consigas” y llamó a la persona que seguía y yo cogí y me fui, que voy a esperar ahí. Así me hizo el doctor. Mientras me tomaron los vitales, tenía una fiebre en 42, con el Chikungunya, yo andaba así caminando, como si fuera un zombie y así me fui con un dolor llorando, mis amigas cuando me vieron llegar al hogar se incomodaron y unas amigas se pusieron a llorar, se pusieron a llorar porque le incomodó el maltrato. Yo no tengo papeles, yo no tengo Reforma, yo no tengo dinero, no te voy a atender y tiene VIH vamos a bregar con este caso sobre todo. (MD16)

Otra de las participantes expresa la contradicción entre acceso a servicios de VIH para la población migrante pero la restricción para otros servicios de salud que bien pudieran ayudarle a prevenir condiciones.

Yo creo que si yo no hubiera tenido VIH yo no hubiera tenido un servicio de Papanicolau, de hacerme una mamografía, de hacerme un sonograma. Hay más servicios para mujeres VIH que para las mujeres normales, porque yo quería hacerme antes de yo enterarme de la condición, yo quería hacerme mis laboratorios, me estaban cobrando 85 pesos, que si una sonografía era... digo un Papanicolau eran 85 pesos también, que también el dinero del ginecólogo, del especialista... las inmigrantes que no se han enterado que tienen la condición de VIH quizás y como no hay [para] migrantes, no hay ninguna ayuda eh como inmigrante indocumentada, como indocumentada vivir en Puerto Rico pues las mujeres no tienen ninguna ayuda médica. (MD16)

Las experiencias de estas participantes ponen al descubierto la falta de acceso a servicios de salud general que tienen la población de inmigrantes en la Isla, ya que la mayoría de los programas existentes se centran en la condición del VIH/SIDA, dejándolas descubiertas ante otras condiciones de salud. Esto limita su acceso a servicios preventivos y rutinarios necesarios para detectar y tratar condiciones de

manera temprana, ya que muchas de ellas no cuentan con planes médicos y no tienen el dinero para cubrir dichos servicios, particularmente aquellos relacionados con la salud reproductiva. Cuando las mujeres inmigrantes van en busca de asistencia médica, le son negados los servicios por no contar con el dinero para cubrir los gastos. Esto es una clara violación al derecho humano a la salud.

Recomendaciones a servicios: esta categoría es definida como aquellas recomendaciones verbalizadas por las mujeres participantes del estudio para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluyendo los servicios de VIH. Bajo esta categoría surgieron recomendaciones sobre: a) acceso a pruebas de VIH y servicios de salud preventivos; b) cambios en la política migratoria que le permita acceder a servicios de salud; c) acceso a información sobre los diversos programas y servicios de salud que existen para atender la población inmigrante en el país. A continuación, las verbalizaciones que recogen algunas de las recomendaciones de las mujeres participantes:

Mi recomendación es que le hagan la prueba, mientras más rápido se enteren mejor puede ser la situación. Yo me estuve muriendo, ya mis CD4 llegaron a menos de 10. (MD16)

Hay personas que como quiera le dan su residencia de 10 años y tienen que esperar sus cinco años (para solicitar la reforma de salud). Podría ser menos tiempo. Por ejemplo, yo entiendo que puede ser un año, dos años. Yo diría que hasta después que sea legal. Porque ahora mismo pensando en tener un empleo legalmente y poder pagar mis planillas. Entonces yo no voy a esperar cinco años para hacer eso. (MD19)

Orientar más donde pueden buscar ayuda. Porque si nosotros en ese momento que nos dicen que eres positivo y tú dices para donde voy a mirar y tú no encuentras a donde y tú vas con miedo. Por eso te digo, yo quisiera que anunciaran más donde están los sitios donde las personas puedan acceder a esos servicios porque yo no lo tuve. (MD17)

Como se puede apreciar en las verbalizaciones, entre las recomendaciones que ofrecieron las participantes de este estudio se encuentra el que las pruebas de VIH sean más accesibles para que haya una detección temprana de la condición y poder atenderla de manera más efectiva, así como prevenir que mujeres positivas a VIH/SIDA queden embarazadas sin el tratamiento necesario. Además, entienden que se debería acortar el tiempo que tienen que esperar, una vez obtienen su permiso legal, para poder ser elegibles al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Finalmente, recomiendan que se ofrezca mayor orientación sobre los diversos programas y servicios que existen actualmente para ofrecer tratamientos de VIH/SIDA a

personas inmigrantes. Muchas personas, una vez son diagnosticadas, no saben a dónde acudir para buscar servicios, lo que puede agravar su situación y privarlos de recibir un tratamiento adecuado.

DISCUSIÓN

Las tendencias globales y su impacto adverso en la salud, el VIH y otras enfermedades e infecciones crónicas se mantienen entre los mayores y más urgentes retos de nuestros tiempos. Estas enfermedades crónicas pueden emerger debido a la falta de acceso a servicios por las propias restricciones de las políticas migratorias y de la mercantilización del derecho a la salud que se hacen parte del andamiaje neoliberal, generando que esta población presente mayor precarización de sus condiciones de vida en comparación con el resto de la población del país de destino.

Las condiciones macrosociales, económicas y políticas juegan un rol protagónico en la vulnerabilidad hacia el VIH e inequidad en salud que enfrenta la población femenina inmigrante, especialmente aquellas con estatus no regulado. Además, las mujeres inmigrantes sin estatus migratorio regulado enfrentan circunstancias que actúan como fronteras limitantes para alcanzar una vida saludable. En primer lugar, la falta de documentación que certifique su estatus migratorio las obliga a no buscar servicios médicos. A esto se le añade, la falta de conocimiento sobre servicios de prevención, la percepción sobre los servicios de salud y los derechos de pacientes inmigrantes que viven con VIH, manteniéndoles al margen de los servicios y posicionándoles en condiciones de mayor vulnerabilidad para otras condiciones de salud y la vida misma. Otra de las fronteras que enfrentan estas mujeres es el hecho de que muchas veces logran tener acceso a servicios únicamente cuando ya son VIH positivo, limitando esto las opciones de prevención. Finalmente, es necesario reconocer que la pobreza y la desigualdad por género juegan un rol protagónico en la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA. Estas condiciones de pobreza muchas veces las obliga a mantenerse trabajando, en ocasiones en condiciones de precariedad, aunque estén enfermas.

RECOMENDACIONES FINALES

Tomando en consideración los resultados de esta investigación, y las experiencias más recientes de las caravanas migratorias en toda América Latina, es evidente que: 1) existe una necesidad de actualizar los datos sobre la población inmigrante en los países de Latinoamérica y el Caribe para que de esta forma nos preparemos para proveer servicios de salud preventivos y no remediativos, que a la larga son más costosos; 2) se hace además imperativo cambiar paradigmáticamente

el enfoque de salud mercantilista prevaleciente al reconocimiento de esta como derecho humano. Ello requiere una política de integralidad de derechos, incluyendo el derecho a la no mercantilización de la vida ni la salud (Stolkiner, 2010). En el caso de los y las inmigrantes, este derecho requiere de un esfuerzo colectivo internacional de movilización que exija acciones que permitan fortalecer las políticas universales y los sistemas universales de salud en todos los países; 3) nos urge tomar acciones entre países latinoamericanos y caribeños de tránsito y destino migratorio que propicie la coordinación eficiente de esfuerzos para garantizar el derecho a la salud de las poblaciones migrantes, con particular atención a las mujeres, niños y niñas; 4) finalmente, es necesario concretizar esfuerzos de colaboración, intercambio e integración regional como propuesta para hacer frente a las inequidades sociales y de salud producidas por las políticas neoliberales que afectan directamente las poblaciones migrantes. Mantener políticas de represión y control de los flujos migratorios es mucho más costoso que garantizar el derecho a la salud de las personas inmigrantes. Posicionar a las personas en primer lugar donde la solidaridad supere las lógicas de la mercantilización de la vida se nos hace urgente.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean agradecer profundamente a las mujeres dominicanas y centros de servicios de VIH quienes nos abrieron sus puertas para hacer posible esta tan necesaria investigación. Agradecemos de igual manera a los Institutos Nacionales de la Salud que financian el HIV/AIDS, Substance Abuse & Trauma Training Program de la Universidad de California, mecanismo R25 DA035692 que hizo posible este trabajo exploratorio. Además, al Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Puerto Rico, por el tiempo y los recursos para poder llevar a cabo esta investigación; al Dr. Jesús Marrero por sus revisiones a este artículo, a la Dra. Carmen Zorrilla de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico por compartir sus experiencias y valiosos conocimientos en el campo del VIH con mujeres en nuestro país. Por último, pero no menos importante, agradecemos a las trabajadoras sociales Liara Martínez, Neisha Serrano y Angélica García, por todo el apoyo en diversas fases de este proyecto de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abaunza, C. 2016 “La emigración dominicana: cifras y tendencias” en OBMICA 2016 “Estado de las migraciones que atañen a la República Dominicana” en <obmica.org/images/Publicaciones/ Informes/2.-La-emigración-dominicana-cifras--y-tendencias.pdf>.

- Aids Watch 2014 “The Ryan White Program A Critical Component for Ending AIDS in America” en <http://www.aidsunited.org/data/files/Site_18/2014AidsUnited-FactSheet-RyanWhiteProgram.pdf>.
- Alexander, C. 2013 “Oír su voz: Defining Influences of Sexual Communication on the Risk for HIV/AIDS Among Latinas”, Disertación sometida a la facultad de *Chicago School of Professional Psychology* (Estados Unidos).
- Bernardini, D. 2012 “El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades” en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* (Perú) N° 29(2), pp. 287-288.
- Campani, G. 2010 “Género e inmigración” en *Intervención Social y género* (Madrid: Narcea) pp. 133-152.
- Caseres, F. 2009 *República Dominicana: Estigma y discriminación en personas que viven con el VIH* (República Dominicana: Mediabyte).
- Castles, S. 2014 Las fuerzas tras la migración global en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* (México) N° 220, pp. 235-260.
- Center for Disease Control and Prevention 2017 “HIV Among Hispanics/Latinos” en <<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/group/raciaethnic/hispaniclatinos/cdc-hiv-latinos.pdf>>.
- Center for HIV Law and Policy 2017. The PJP Update- July 2017. The Newsletter of the Positive Justice Project. Accedido en <<https://www.hivlawandpolicy.org/resources/pjp-update-july-2017>>.
- Centro de Información Censal (CIC) “Situación socioeconómica de la población dominicana en Puerto Rico” en *Cayey* N° 28 (Universidad de Puerto Rico). En <<https://www.upr.edu/iii-cayey/mdocs-posts/notas-del-centro-de-informacion-censal-cic-28-situacion-socioeconomica-de-la-poblacion-dominicana-en-puerto-rico/>>.
- Chen, N.; Gallant, J.; Page, K. 2012 “A Systematic Review of HIV/AIDS Survival and Delayed Diagnosis Among Hispanics in the United State” en *Journal of Immigrant and Minority Health* (Springer) N° 14(1), pp. 65-81.
- Colón, J.; Colón, H.; Reyes, V.; Marin, H.; & Rios, R. 2013 “Disparities and Barriers encountered by Immigrant Dominican Mothers Accessing Prenatal Care Services in Puerto Rico” en *Immigrant Minority Health* N° 15(4). DOI 10.1007/s10903-013-9875-8.
- Del Viso, N. 2016 “Cambio climático y desplazamiento forzado, signo y síntoma de un modelo político-económico en aprietos” en *Documentación Social* (España) N° 183, pp. 117-132.

- Departamento de Salud 2016 “Informe semestral de la vigilancia del VIH en Puerto Rico” en <<http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas>>.
- Departamento de Salud 2016 “Manual para Determinar la Elegibilidad de Pacientes al Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/Sida (ADAP) y al Programa de Asistencia en Co-Pagos, Coaseguros y/o Deducibles (HIAP)” en <<http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/Manual>>.
- Duany, J. 2007 “La diáspora dominicana en Puerto Rico: su persistente exclusión étnica, racial y genérica” en *La diversidad cultural: Reflexión crítica desde un acercamiento interdisciplinario* (San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas).
- Ferguson, J. 2003 *Migration in the Caribbean: Haiti, the Dominican Republic and Beyond* (Minority Rights Group International).
- Galeano, E. 2009 *Patas Arriba: La escuela del mundo al revés* en <http://resistir.info/livros/galeano_patas_arriba.pdf> (Coyhaique: Talleres gráficos FURIA).
- Gant, Z.; Bradley, H.; Hu, X.; Skarbinski, J.; Hall, I.; Lansky, A. 2014 *Hispanics or Latinos Living with Diagnosed HIV: Progress Along the Continuum of HIV Care - United States, 2010* (Estados Unidos: Centers for Disease Control and Prevention).
- Grice, A. “Relationship between marianismo and sexual factors in Hispanic Immigrant women”, Disertación sometida para el grado de doctorado en filosofía en salud pública (Walden University).
- Grullon, R. 2011 “Centro para la Mujer Dominicana: Fuente de servicios para la mujer inmigrante” en <www.cemud.org/blog/centro-de-la-mujer-dominicana-fuente-de-servicios-para-la-mujer-inmigrante>.
- Guinsberg, E. 2004 *La salud mental en el neoliberalismo* (México: Plaza y Valdés).
- Guinsberg, E. 2016 “Health-anexplicit human right. Editorial” en *The Lancet* N° 387. En <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00629-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00629-2/fulltext)>.
- Inter News Service 2014 “Rescatan a 32 haitianos varados en Monito” en <http://www.wapa.tv/noticias/locales/rescatan-a-32-haitianos-varados-en-monito_20131122246445.html>.
- Health Resources and Services Administration 2014 “Part D - Services for Women, Infants, Children, Youth & Their Families” en <<http://hab.hrsa.gov/about/partd.html>>.
- Hernández Angueira, L. 1990 “La migración de mujeres dominicanas hacia Puerto Rico” en *Los dominicanos en Puerto Rico: Migración en la semi-periferia* (Río Piedras: Huracán).

- Herrera, G. 2017 “Migraciones internacionales contemporáneas: violencia y desigualdad global” en *Megafón* (CLACSO) N° 14(1), agosto. En <https://www.clacso.org.ar/megafon/pdf/Megafon_14_1_GIOCONDA_HERRERA.pdf>.
- Hikelammert, F.; Mora Jiménez, H. 2009 *Economía, sociedad y vida humana. Preludio a una segunda crítica a la economía política* (Buenos Aires: Altamira) pp. 25- 59.
- Hires, K. 2012 “Predictors of HIV/AIDS related stigma and discrimination among anglophone caribbean women”, Disertación sometida a la facultad de la Universidad de Miami como requisito para el grado de doctorado en filosofía (Miami).
- Jiménez, M. 2014 “Gender disparities in HIV Risk in the Dominican Republic: How do gendered power indicators explain sexual behaviors and HIV-related attitude?”, Disertación sometida como requisito para el grado de doctorado en filosofía en salud comunitaria en el colegio graduado de la Universidad de Illinois (Estados Unidos).
- Juárez, A. 2012 “Cultural contextual influence on behavioral antecedents of HIV testing in an urban, hispanic population”, Disertación sometida como requisito para el grado de doctorado en filosofía en Investigación en enfermería y desarrollo de teoría, Universidad de Nueva York (Estados Unidos).
- León López, A.; Guzmán Gómez, E. 2008 “Determinantes para la no renegociación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte” en *Nueva Época* N° 21(57), pp. 175-208. En <<http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v21n57/v21n57a8.pdf>>.
- Madden, H.; Phillips, P.; Hargreaves, S.; Downing, J.; Bellis, M.; Vivancos, C.; Syed, Q.; Cook, P. 2011 “Access to HIV community services by vulnerable populations:evidence from an enhanced HIV/AIDS surveillance system” en *AIDS Care* N° 23(5), pp. 542-549.
- Morales, M.; Sutton, M. 2014 “Hispanics/Latinos and the HIV continuum of care in the Southern USA: a qualitative review of the literature, 2002–2013” en *AIDS Care*.
- National Archives and Records Administration 2009 Department of Health and Human Services. 42 CFR Part 34. Medical Examination of Aliens- removal of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection from Definition of Communicable Disease of Public Health Significance en *Federal Register* N° 74 (2010). En <<https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2009-11-02/pdf/E9-26337.pdf>>.

- Nigro, L.; Larocca, L.; Celesia, B.; Montineri, A.; Sjoberg, J.; Caltabiano, E.; Fatuzzo, F. 2006 "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases among Colombian and Dominican Female Sex Workers Living in Catania, Eastern Sicily" en *Journal of Immigrant and Minority Health* (Springer) N° 8, pp. 319-323.
- ONU mujeres 2017 *Hechos y cifras: el VIH y el SIDA* (ONU). En <<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>>.
- ONUSIDA 2009 "Situación de la epidemia de sida" en <data.unaids.org/pub/report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud 2014 "¿Qué es la cobertura sanitaria universal?" en <http://www.who.int/universal_health_coverage/es/>.
- Pazos, C. 2002 "La Globalización Económica, neoliberal y su incidencia en la salud" en *Revista Cubana Salud Pública* N° 28(1), pp. 22-37.
- Polanco, R. 2006 "Los hijos de María: Dominican cultural responses to HIV/AIDS in New York City", Disertación sometida a la facultad de la división de humanidades para el grado de doctorado en filosofía (Chicago).
- PR Censo 2000 *Población de Puerto Rico-Hispanos o Latinos* (Puerto Rico). En <www.ceepur.org>.
- Rebeiro, P.; Cesar, C.; Shepherd, B.; De Boni, R.; Cortés, C.; Rodríguez, F.; Belauzarán, P.; Pape, J.; Padgett, D.; Hoces, D.; McGowan, C.; Cahn, P. 2016 "Assessing the HIV Care Continuum in Latin America: progress in clinical retention, cART use and viral suppression" en *Journal of the International AIDS Society* (Wiley) N° 19, pp. 1-8.
- Rey, C.; Hernández Angueira, L. 2010 *La trata de personas en Puerto Rico: Un reto a la Invisibilidad* (Río Piedras: Ricky Martin Foundation; Universidad de Puerto Rico).
- Rivera- Díaz, M. 2015 "Neoliberalismo, colonialismo y derecho a la salud mental de la niñez en Puerto Rico" en *Revista de Ciencias Sociales* N° 28, pp. 58-73.
- Serrano-Sánchez, A. 2013 "The Migratory Experiences, Access to Health Care and Employment of Immigrant and Refugee Latinos and Latinas Living with HIV in Toronto", Disertación sometida a la facultad de estudios graduados del Departamento de Sociología, Antropología y Criminología como requisito para el grado de doctorado en filosofía (Universidad de Windsor).

- Sheehan, D.; Trepka, M.; Dillon, F. 2016 “Latinos in the United States on the HIV/AIDS care continuum by birth country/region: A systematic review of the literature” en *International Journal of STD & AIDS* (SAGE) N° 26(1), pp. 1-12.
- Sistema de información sobre comercio exterior 2014. En <www.sice.oas.org>.
- Stolkiner, A. 2010 “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente” en *Medicina Social* N° 5(1), pp. 89-95.
- Strauss, A. 2003 *Qualitative analysis for social scientists* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Rodríguez, J. 2018 “Puerto Rico: Población dominicana enfrenta grandes retos” en <<https://almomento.net/puerto-rico-poblacion-dominicana-enfrenta-grandes-retos/>>.
- Teté-Kafui, M. 2012 “Two essays on economic growth, workers’ remittances, human immunodeficiency virus, and foreign direct investment”, Disertación sometida a la facultad de la Universidad de Delaware como requisito para el grado de doctorado de filosofía en economía (Estados Unidos).
- The White House 2015 Estrategia Nacional Contra el VIH/SIDA para los Estados Unidos: Actualizada hasta el 2020. En <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/docs/estrategia_nacional_contra_el_vih sida_2020.pdf>.
- Thomas, F.; Aggleton, P.; Anderson, J. 2010 “‘If I cannot access services, then there is no reason for me to test’: the impacts of health service charges on HIV testing and treatment amongst migrants in England” en *AIDS Care* N° 22 (4), pp. 526-531.
- Thompson, A. 2011 “Knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS and sexual practices of Caribbean women living in New York City”. Tesis de maestría (Mount Sinai School of Medicine).
- UNAIDS 2012 “Regional Fact Sheet 2012: Latin America and the Caribbean” en <http://www.avert.org/hiv-aids-caribbean.htm#footnote4_kryrc1i>.
- UNAIDS 2018 “Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida” en <<http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>>.

HIV AMONG LATINO IMMIGRANTS IN THE UNITED STATES: THE IMPACT OF SOCIO-CULTURAL DETERMINANTS AND MIGRATION

Mariana Sánchez, Diana Sheehan y Derrick Forney

INTRODUCTION

In this chapter, we describe key HIV-related issues affecting Latino¹ immigrants in the United States. We begin by discussing the disproportionate impact of HIV among Latinos. We summarize issues related to migration that can serve to exacerbate HIV risk among Latino immigrants, then describe health disparities experienced by Latino immigrants living with HIV across the continuum of care. We provide an overview of various sociocultural determinants that act as risk and protective factors for HIV in this population. Finally, we discuss policy consideration as well as challenges and opportunities in the development of effective strategies for reducing HIV-related health disparities among Latino immigrants in the United States.

HIV DISPARITIES AMONG US LATINOS IN THE UNITED STATES

Latinos in the United States (US) are disproportionately impacted by HIV. In 2015 Latinos represented approximately 17% of the US

¹ Latino is a term used in the United States that refers to people who are native to or have cultural ties to Latin America. The term Latino may be understood as a shorthand for the Spanish word *latinoamericano* (Latin American in English) or the Portuguese phrase *latino americano*, thus excluding speakers of Spanish or Portuguese from Europe. In this text, we refer to Latinos as individuals of Latino ethnicity of any race.

population, yet accounted for approximately 24% of people living with HIV and 24% of all new diagnoses [United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2018]. According to the CDC, if current rates persist, one in 48 Latino men, one in 227 Latina women, and one in four Latino gay and bisexual men will receive an HIV diagnosis in their lifetime (CDC, 2017).

Migration is often considered a risk factor for the acquisition of HIV and other sexually transmitted infections (STIs) (Deane, Parkhurst, & Johnson, 2010), predominantly via increased alcohol (Lara, Gamboa, Kahramanian, Morales, Hayes-Bautista, 2005; Rojas *et al.*, 2014) and drug use (Organista & Kubo, 2005) and sexual risk behavior (Alderete, Vega, Kolody, & Aguilar-Gaxiola, 2000; Gindi, Erbeling, & Page, 2010; Kissinger *et al.*, 2008; Organista & Kubo, 2005). Among Latino immigrants, experiences associated with the migration process including family separation, isolation, depression, and increased substance use after immigration have been associated with increases in HIV risk behaviors (e.g., infrequent condom use, casual sex, and sex work) (Kissinger *et al.*, 2008; Mills *et al.*, 2013; Organista & Ehrlich, 2008; Organista & Kubo, 2005; Winnett, Harvey, Branch, Torres, & Hudson, 2011).

While Latino immigrants have lower rates of morbidity and mortality than their US-born counterparts across a number of health conditions, this is not the case with HIV/AIDS (Cunningham, Ruben, & Venkat, 2008; Markides & Eschack 2011; Ruiz, Steffen & Smith, 2013). It is possible that the healthy immigrant effect (Kennedy, Kidd, McDonald, & Biddle, 2015), thought to be due to the healthiest and wealthiest individuals being most likely to migrate, may not hold for Latinos living with HIV. Push-pull migration factors for these individuals may or may not be HIV related. For example, migration from El Salvador is often due to violence, from Venezuela due to political unrest, and from Mexico due to economic hardship (Gonzalez-Barrera & López, 2014). Additionally, individuals may migrate for HIV-related reasons, such as HIV- and/or sexual orientation-related stigma or in search of better treatment options.

Latinos continue to experience disparities even after HIV acquisition across each step of the HIV care continuum. In 2015, 23.1% of Latinos living with HIV in the US received an AIDS diagnosis within three months of HIV diagnosis (Gant, Dailey, Hu, & Johnson, 2017). Among Latinos living with HIV in the US in 2014, an estimated 70.2% were engaged in HIV care compared with 76.1% of non-Latino Whites, and 58.2% were virally suppressed compared with 65.0% of non-Latino Whites (Gant *et al.*, 2017). Further, a 2010-2013 study of 11 states and the District of Columbia suggests that only 49.5% of

Latinos living with HIV were consistently retained in care (Dasgupta, 2016). Latinos also experience disparities in survival after HIV diagnosis. The all-cause mortality rate for Latinos with HIV is more than 2.5 times the rate of non-Latino Whites (National Center for Health Statistics, 2014).

Immigrant Latinos are particularly affected by disparities in HIV care and survival compared with non-immigrant Latinos in the US. Latinos born in Mexico and Central America are at particularly high risk of delayed diagnosis (Espinoza, Hall, Selik, & Hu, 2008; Sheehan, Trepka, & Dillon, 2015; Wohl, Tejero, & Frye, 2009), non-retention in HIV care, and non-viral suppression compared with their US-born counterparts (Sheehan *et al.*, 2017a). For example, a study conducted in Florida found that, compared with US-born Latinos, retention in HIV care is 2 times less likely among Latinos born in Mexico and 1.3 times less likely among Latinos born in Central America (Sheehan *et al.*, 2017a). Research suggests that Latinos living with HIV in Latin America are less likely to experience treatment interruption and virologic failure than Latinos living in the US (Cesar *et al.*, 2016). Moreover, in the US, the three-year survival rate for immigrant Latinos with AIDS is significantly lower than for US-born Latinos (Espinoza, Hall, & Hu, 2012).

PRE- TO POST-IMMIGRATION HIV RISK TRAJECTORIES AMONG LATINO IMMIGRANTS

Recent studies have found that pre-immigration experiences considerably influence immigrants' adaptation patterns to the US, including their HIV risk behaviors (Berger-Cardoso, Ren, Swank, Sanchez, & De La Rosa, 2016; Dillon, De La Rosa, Sánchez, & Schwartz, 2012; Ertl, Dillon, Tineo, Verile, Jurkowski, & De La Rosa, 2017; Sánchez, De La Rosa, Blackson, Sastre, Sanchez, & De La Rosa, 2015). Yet, the lack of information regarding immigrants' pre-immigration experiences hinders our capacity to fully understand how shifts in the pre- to post-immigration context may impact Latino immigrants' health behaviors.

Evidence suggests that recent Latino immigrants may be at particularly higher risk of engaging in high HIV risk behavior as they are more likely to be misinformed about HIV/AIDS and have limited access to health care (Bustamante *et al.*, 2012; Dang, Giordano, & Kim, 2012; Grieb, Desir, Flores-Miller, & Page, 2015). Moreover, recent Latino immigrants have been found to have less perceived HIV risk, less accurate knowledge about HIV and higher stigma associated with HIV/AIDS (Grieb *et al.*, 2015; Shedlin, Decena, & Oliver-Velez, 2005), a factor known to deter HIV screening (Bums, Imrie, Nazroo, Johnson, & Fenton, 2007; Dodds *et al.*, 2004).

Conversely, evidence has indicated that HIV risk decreases among Latino immigrants as their time in the US and levels of acculturation increase (Shedlin *et al.*, 2005; Kinsler *et al.*, 2009). This is due to more exposure to HIV information and testing and to other social factors (e.g., establishing support networks, familiarity with resources, etc.) related to increased time in the US (Levy *et al.*, 2005). Inconsistent findings on HIV risk trajectories, coupled with the dearth of knowledge on the impact that sociocultural factors may have on these behaviors, suggest a need to better understand changes in pre- to post-immigration HIV risk behaviors among recent Latino immigrants. Gaining insight on differences in the HIV risk behavior patterns of Latino immigrants before and after immigration can provide a richer contextual understanding of how shifts from pre- to post-immigration contexts distinctly affect risk behaviors.

A number of studies have used retrospective, pre-immigration sexual risk and substance use histories to examine how the context of immigrating to the US may increase risk-taking, especially among individuals who do not report sexual risk and substance use behaviors prior to immigration (Berger Cardoso, 2016; Mills *et al.*, 2013; Sanchez *et al.*, 2014; Sastre *et al.*, 2015). Mills and colleagues (2013) examined pre- to post-immigration sexual risk and alcohol behavior changes among Latino migrant men in the context of post-Hurricane Katrina in New Orleans. In their research, environmental stressors such as family separation, cultural changes, and language barriers were associated with an increase in sexual risk taking (commercial sex, same-sex encounters) and drug use (specifically crack cocaine) post-immigration; however, binge drinking behaviors were constant during the transition. The findings of Mills and colleagues (2013) may be unique given that the increased Latino immigrant population in New Orleans was largely focused on rebuilding following Hurricane Katrina. However, New Orleans is not a traditional immigrant-receiving context, which may be associated with greater challenges for recent Latino immigrants in this host community.

A longitudinal study conducted by Sastre and colleagues (2015) in Miami-Dade County (Florida), investigated the pre- to post-immigration HIV risk trajectories of young adult Latinos who had immigrated to the US less than one year prior to baseline assessment. The demographic composition of Miami-Dade County Florida is predominantly Latino (65%; mainly Caribbean and South and Central-American Latino immigrants). It also has the dubious distinction of leading the nation with the highest rate of new cases of HIV infection and the highest rate of people living with HIV/AIDS (CDC, 2016).

Findings from this investigation suggested differential gender effects in risk behavior trajectory between men and women, with women reporting increased sexual risk behaviors. Specifically, males reported decreases in both condom use and sexual partners from pre- to post-immigration. Women reported simultaneous decreases in condom use and increases in the number of sexual partners. Latino immigrants with lower levels of education, younger age, and higher income were found to have steeper declines in pre- to post-immigration condom use.

While results of the above-mentioned investigations have laid the groundwork for understanding how changes in the pre- to post-immigration context may impact HIV risk behaviors among recent Latino immigrants, future studies are needed to provide a more comprehensive understanding of how social determinants and changes in pre- and post- immigration context impact HIV risk trajectories among recent Latino immigrants. In addition, there is a need to examine how factors such as country of origin, length of time in the US, and the context of the immigrant-receiving community can influence HIV risk and protective factors among diverse Latino immigrant groups (Sastre *et al.*, 2015)

SOCIAL DETERMINANTS AND HIV AMONG LATINO IMMIGRANTS

As migration continues to expand worldwide, social determinants of health affect the many individuals who either by choice or necessity leave their homelands to establish new lives in a host country (Castañeda *et al.*, 2015). The World Health Organization (WHO) estimates that the lives of at least one billion immigrants across the world are negatively impacted by social determinants within their homelands *prior* to migration (World Health Organization, 2014). They often arrive in unfamiliar countries to face new individual, social, economic, and political challenges (Castañeda *et al.*, 2015; Willen, 2012). For Latino immigrants, HIV vulnerabilities are influenced by a host of complex and overlapping social determinants that are based on the social, economic, environmental, and cultural context in which Latino immigrants live. The social and economic realities of some Latino immigrants' lives, including poverty, discrimination, and lack of access to healthcare, can increase HIV susceptibility (CDC, 2017b).

Poverty often increases Latino immigrants' vulnerability for contracting HIV (Shedlin *et al.*, 2005). Specifically, impoverished socioeconomic conditions, lack of formal education, unemployment, unauthorized legal status, limited or no access to high-quality healthcare, and community and cultural level factors augment Latino immigrants' susceptibility to engage in substance use and sexual risk behaviors, in

turn making them more susceptible to HIV infection (Cianelli & Villegas, 2016; Rojas *et al.*, 2016). Below we discuss some of the primary social determinants leading to HIV risk health disparities among Latino immigrants in the US.

SOCIOECONOMIC STATUS

Exclusion from educational institutions increases Latino immigrants' HIV vulnerability by limiting social and economic opportunities (Galeucia & Hirsch, 2016). Education allows for social mobility and economic stability, and higher levels of health literacy (Marmot, 2005). Higher levels of education have also been associated with a longer life span, better health outcomes, and practicing health-promoting behaviors, such as HIV testing (Cutler & Lleras-Muney, 2010; Idris, Elsamani, & Elnasri, 2015; Montealegre, Risser, Selwyn, McCurdy, & Sabin, 2012; Orish *et al.*, 2014).

In 2014, 15% of Latinos ages 25 to 29, had a bachelor's degree or higher, compared to 41% of Whites, 22% of Blacks, and 63% of Asians (Pew Hispanic Center, 2015). This gap is due in part to the fact that Latinos are less likely than some other groups to enroll in a four-year college or attend an academically competitive institution (Baker, Klaski, & Reardon, 2018). In a 2014 *National Journal* poll, 66% of Latinos who directly enter the workforce or military after high school cited the need to help support their family as a reason for not enrolling in college, compared with 39% of Whites (Pew Research Center, 2015). Additional educational disparities exist among Latinos in the US that may partially explain HIV risk and outcome disparities among specific subgroups. For example, in the US about 49% of Latinos aged 25 and older born in Honduras have less than a high school education compared with 17% of their US-born counterparts (López & Patten, 2015).

In addition to education, poverty has also been associated with increased HIV risk and poor health outcomes after HIV acquisition (Dang, Westbrook, Hartman, & Giordano, 2016). A study of Latino men who have sex with men in three US states found that financial hardship – measured as running out of money for basic needs – was significantly associated with unprotected sex with a partner of serodiscordant or unknown HIV status in the past three months (Ayala, Bingham, Kim, Wheeler, & Millen, 2012). Similar to education, disparities in poverty exist within Latino immigrants living in the US. In the US, 26% of Latinos born in Mexico live in poverty, compared to only 16% of Latinos born in Colombia and 19% of Latinos born in Venezuela (Lopez & Patten, 2015).

ACCESS TO HEALTH CARE

Latinos have the highest uninsured rates in the US; approximately one-in-four (25%) Latinos lack health insurance (Pew Research Center, 2014). Moreover, foreign-born Latinos are more than twice as likely to not have health insurance as their US-born counterparts (Pew Research Center, 2014). Gaps in access to care persist even among those who do have health insurance coverage, as individuals with lower incomes are less able to afford out-of-pocket costs associated with health care (Tienda & Mitchell, 2006). Additional cultural, geographic, and linguistic barriers faced by Latinos affect quality of care that may impact access to HIV knowledge and prevention. Overall, Latino immigrants report lower levels of satisfaction and greater discrimination when accessing health care services than US-born Latinos (Lopez-Cevallos & Harvey, 2016). Language barriers and a lack of culturally congruent health care services may hinder patient-provider communication and the overall quality of health care services Latino immigrants receive (Dunlap *et al.*, 2015).

Unauthorized immigration status is another major barrier to accessing health care due to program ineligibility and fear of stigma and deportation (Perez-Escamilla, Garcia, & Song, 2010). Undocumented Latinos living with HIV enter care later than Latinos who are documented and later than Whites and Blacks, indicating how marginalization, based on immigration status, reduces these individuals' ability to utilize health care services (Dang, Westborrk, Hartman, & Giordano, 2012).

Notably, rates of unauthorized immigration status vary within Latinos partly due to immigration policies that define eligibility for government support (Livingston, 2009). Thus, over 60% of Honduran immigrants are uninsured compared with 32% of Cuban immigrants, creating significant disparities in access and health outcomes (Lopez & Patten, 2015). Overall, lack of health insurance and inability to cover costs associated with health services hinder the capacity HIV prevention, testing, diagnosis, and treatment efforts among Latino immigrants.

In addition to the care Latinos receive in the US, a few studies suggest that Latino immigrants also access care in their birth country (Bergmark, Barr, & Garcia, 2010; Zúñiga *et al.*, 2006). Transnational access to care has been proposed as an integral component of health-care utilization among immigrants by Yang and Hwang (2016). Qualitative research among Latinos from the Dominican Republic, combined with mobility mapping, suggests that some Latinos living with HIV travel back and forth from the US to their birth country, causing HIV treatment disruption (Taylor *et al.*, 2014).

INTERPERSONAL FACTORS

Presence of interpersonal resources – such as social support, particularly familial support among Latino immigrants (Mulvaney-Day, DeAngelo, Chen, Cook, & Alegria, 2012) – have negatively associated with sexual risk behaviors among Latino immigrants (Schwartz *et al.*, 2012). Maintaining close relations with nuclear and extended family members throughout the lifespan is a hallmark of Latino culture. This type of family cohesion serves as a distinctive cultural protective factor against risk behaviors among Latinos in the US (Dillon *et al.*, 2013). Conversely, interpersonal factors may also be a liability. For instance, increased social connections may place Latino immigrants at greater risk for discrimination and other acculturative stressors. The acculturation process can also lead to significant changes in the Latino family structure over time (i.e., differential levels of acculturation between foreign-born parents and their US-born children) that place Latino immigrants at higher risk for substance use and sexual risk behaviors that would, in turn, make them more susceptible to HIV infection (Córdova *et al.*, 2016). Understanding the role of cultural mechanisms in Latino families and its impact of health behaviors, is an important step in predicting and preventing HIV risk among Latino immigrants (Prado, Szapocznik, Maldonado-Molina, Schwartz, & Pantin, 2008).

NEIGHBORHOOD-LEVEL FACTORS

Residential neighborhood characteristics, such as neighborhood disadvantage, have been associated with high HIV rates (Fede, Stewart, Hardin, Mayfield-Smith, & Sudduth, 2011); Ishida, Arnold, Stupp, Kizito, & Ichwara, 2012) and low AIDS survival (Hanna, Pfeiffer, Torian, & Sackoff, 2008; McFarland, 2003). These characteristics have been shown to partially account for racial/ethnic disparities in HIV/AIDS survival (Trepka *et al.*, 2013; Arnold, Hsu, Pipkin, McFarland, & Rutherford, 2009) and antiretroviral initiation (Arnold *et al.*, 2009).

Conversely, resource-rich communities tend to have greater social capital, engagement, and social cohesion, as well as the presence of organizations and institutions of social support (e.g., churches, civic organizations, social and sports clubs, etc.) (Putnam, 2000). Residing in these types of communities can foster social cohesion – or “loose” interpersonal connections – that potentially lead to positive structural benefits including better access to social and health services. These neighborhood-level determinants can serve to mitigate health-compromising behaviors such as risky substance use behaviors among Latinos (Sánchez *et al.*, 2016). Conversely, neighborhoods with poor physical infrastructure, high residential mobility, low social cohesion,

limited social supports, and inadequate health care resources have been found to place residents at risk for HIV (Sheehan *et al.*, 2015, 2017b).

The contextual role of the immigrant hosting community has received increased attention with regard to how it may be associated with health behaviors including substance use among Latino immigrants (Schwartz *et al.*, 2014). Latinos residing in rural or suburban areas with less established Latino immigrant-receiving communities are more likely to experience social constraints such as discrimination, a well-documented correlate of risk behaviors among Latinos (Pascoe & Smart-Richmond, 2008). On the other hand, living in highly bi-cultural environments could potentially make Latino immigrants less prone to encountering culturally related stressors. Well-established Latino communities with dense ethnic enclaves – characterized by the availability of ethnic foods, vernacular language, and other familiar surroundings related to Latino culture – could impact the manner in which social determinants influence risk behavior trajectories among Latino immigrants (Schwartz *et al.*, 2010).

Yet, the literature examining the relationship between ethnic enclaves and HIV among Latinos is inconclusive, suggesting protective effects for delayed HIV diagnosis (Sheehan *et al.*, 2016), but detrimental effects for HIV care and survival (Sheehan *et al.*, 2015). It is possible that the protective mechanisms proposed for other, non-stigmatizing conditions such as lower perceived racism (Becares, Biglan, Ary, & Li, 2009; Whitley *et al.*, 2006), enhanced social support (Das-Munshi *et al.*, 2010; Halpern & Nazroo, 2000) and increased access to culturally appropriate health care services (Benjamins *et al.*, 2004; Whitley, Prince, McKenzie, & Stewart, 2006) functions differently for a stigmatizing condition like HIV.

CULTURAL FACTORS

Culture can be described as knowledge, skills, attitudes, and behaviors shared among a group of people and may be transmitted from one generation to the next (Carter, 1995). Elements of culture may be expressed through “familial roles, values, affective styles, individualism, collectivism, and religiosity” (Betancourt & López, 1993: 630). Although these same contextual processes are important predictors of problematic outcomes across ethnic groups (e.g., Barrera *et al.*, 2001), with foreign-born Latinos, these processes may be exacerbated through immigration-related issues such as acculturation-related stressors. Previous studies have linked acculturative stressors to substance use disorders and engaging in HIV risk behaviors in this population (Guilamo-Ramos, Jaccard, Pena, & Goldberg, 2005).

Acculturation is a multidimensional process by which change in individuals occurs as a result of contact with a new host culture over time (Sam & Berry, 2010). While links between acculturation and sexual risk behaviors have been widely examined, findings have not been uniform across gender or Latino national groups. Overall, acculturation among Latinos has been found to be paradoxical, serving as both a protective and risk factor for HIV. Greater levels of acculturation among Latino immigrants have been linked with greater perceived risk for HIV/AIDS and increased condom use, yet are also associated with more sexual activity and intravenous drug use (Haderxhanaj *et al.*, 2014; Rojas *et al.*, 2016). Additionally, excessive substance use has been found to be higher among US-born compared to foreign-born and less acculturated Latino groups (Caetano, 2009).

Since the beginning of the HIV/AIDS epidemic, researchers noted the need to account for culture and cultural approaches in HIV prevention efforts (Amaro, 1988). Given the impact that culture can have on developing sexual identities, attitudes, and behaviors, the current literature underscores the importance of accounting for the influence of ethnicity and culture in understanding the HIV sexual risk behavior trajectories of Latino immigrants in the US (see Raffaelli & Iturbide, 2009). Below, we discuss cultural factors that should be taken into account when examining HIV trajectories among Latino immigrants in the US.

Familismo. In the Latino culture, familismo is particularly hallmarked by close relations with nuclear and extended family members throughout the lifespan, with pronounced levels of loyalty, reciprocity, and solidarity (Seidel & Contreras, 2003). Familismo is associated with healthy functioning and resilience to psychological distress as well as avoidance of HIV risk and substance abuse (Katiria Pérez & Cruess, 2014). For instance, perceiving family disapproval of substance use or fear of bringing shame to one's family have been associated with lower levels of these risk behaviors across numerous studies with Latinos (Lescano, Brown, Raffaelli, & Lima, 2009; Soto *et al.*, 2011)

Machismo. Machismo refers to traditional Latino male gender roles emphasizing masculinity. Machismo is often associated with risk-taking and male dominance as well as displays of toughness (Arciniega *et al.*, 2008). As a risk factor, machismo has been linked with engaging in risky sexual behaviors as a means of reinforcing masculinity and manhood, including having multiple partners, casual sexual relationships, and engaging in unprotected sex (Daniel-Ulloa, Sun, & Rhodes, 2017; Vincent *et al.*, 2016). In addition, the male pride exercised through *machismo* authority limits women's ability to ask for, suggest, or negotiate the use of a condom (Daniel-Ulloa *et al.*, 2017).

Machismo beliefs have also been linked with negative perceptions of homosexuality and increased homophobia (Estrada, Rigali-Oiler, Arcienega, & Tracey, 2011). Due to strong pressures to conform to these cultural norms, Latino men who have sex with men may choose to hide their sexual orientation, resulting in increased risky behaviors, and increasing vulnerability to HIV (Meyer & Champion, 2008).

Conversely, other aspects of traditional male gender roles lend themselves to function as protective factors, such as being the family provider and protector (Daniel-Ulloa, *et al.*, 2017). This positive form of machismo, referred to as *caballerismo*, is characterized by nurturance and coping skills, and can, therefore, be protective against sexual risk behaviors (Arciniega, Anderson, Tovar-Blank, & Tracey, 2008). Notably, research has suggested that machismo holds different meanings for Mexicans and Puerto Ricans in the US, and also potentially for foreign- and US-born Latinos (Torres, Solberg, & Carlstrom, 2002). Thus, future research is needed to better understand the multifaceted associations between male gender norms and HIV risk among Latino immigrants.

Marianismo. For Latina women, the traditional gender role is often referred to as *marianismo*. Various aspects of marianismo encourage purity, chastity, being a source of familial and spiritual strength, and subservience (Castillo, Pérez, Castillo, & Ghosheh, 2010). These aspects of marianismo can be protective against sexual risk behaviors, others can serve as risk factors. However, conforming to other qualities of marianismo that encourage women to be sexually passive and to accept male partners' sexual behaviors, including intimate partner violence, low condom use, and acceptance of infidelity, can place Latina women at risk for HIV (Ibanez *et al.*, 2017).

Religiosity. Religiosity is a pervasive value within Latino culture guiding attitude, behavior, and even social interactions (Abraido-Lanza *et al.*, 2004). For Latinos, religion is used for assistance, support, and socialization, and it has historically provided hope and meaning during difficult life circumstances. Previous investigations examining the influence of religiosity on HIV risk behaviors have found religious factors to be protective against engaging in substance use and sexual risk behaviors among Latino immigrants (Ertl *et al.*, 2018; Sánchez *et al.*, 2014)

It should be noted, however, that the associations between religiosity and sexual risk behavior can be complex. According to a 2014 US Religious Landscape Study, the majority of US Latinos identify as Catholic or Christian (Pew Research Center, 2014). While these religious faiths stress commitment in marital relationships, abstinence, and monogamy, they do not support condom use and maintain

a stance that sex is intended for procreation, rather than pleasure. These beliefs could impact partner communication about condom use and could explain why Latino women with higher levels of religiosity, particularly those with lower levels of acculturation, often find it difficult to discuss sex with their partners – placing them at higher risk for HIV and other STDs (Cianelli, Ferrer, & McElmurry, 2008; Peragallo, González-Guarda, McCabe, & Cianelli, 2012).

Fatalismo. Another essential theme in Latino culture is *el fatalismo*, or fatalism. Fatalism, entails a cultural belief that circumstances in life are pre-determined and individuals have little control over life events, including health outcomes (Díaz, Blanco, Bajo, & Stavradi, 2015). Latino immigrants that prescribe to this worldview may be less concerned with HIV infection, or taking measures to prevent it. As such, fatalism can lead to a decreased willingness to take active steps in engaging in HIV risk reduction behaviors, including condom use, HIV testing, and seeking early HIV treatment (Cianelli *et al.*, 2013).

HIV RISK ACROSS LATINO SUBGROUPS

LATINA WOMEN

Latina women are disproportionately affected by HIV, with infection rates more than four times greater than that of their White counterparts (CDC, 2018). Approximately 90% of Latina women are infected through heterosexual intercourse (CDC, 2018). Acculturation, older age, undocumented immigration status, low levels of income and education, and alcohol use have been associated with greater sexual risk behaviors among Latina immigrants (Álvarez & Villarruel, 2015; Dillon *et al.*, 2010). Higher level of acculturation has been linked with reports of younger age of sexual initiation and more sexual partners among Latina immigrants (Dillon *et al.*, 2010). Researchers have posited that positive associations between acculturation and sexual activity among Latina immigrants may be due to a greater exposure to more permissive US sexual norms as time in the US increases (Sastre *et al.*, 2015). Conversely, acculturation can be protective against HIV, as acculturated Latinas are more likely to use condoms than their less acculturated counterparts (Gilliam, Neustadt, Whitaker, & Kozloski, 2011; Alonzo *et al.*, 2016). Latina immigrant women with undocumented immigration status are more likely to have unstable romantic relationships and multiple concurrent short-term sexual partners – placing this Latina immigrant subgroup at greater vulnerability for contracting HIV (Montealegre, Risser, Selwyn, McCurdy, & Sabin, 2012).

Low socioeconomic status also places Latina immigrants at greater HIV risk. Economic disadvantage leads to limited power in

relationships, making it difficult to negotiate condom use with their sexual partners (Raj, Silverman, & Amaro, 2004). Lower levels of SES can also make it more challenging for Latina immigrants to afford condoms. Substance use among Latina immigrants across the lifespan has also been linked with increases in sexual risk behaviors in this population (Dillon *et al.*, 2010; George *et al.*, 2009).

Notably, after acquiring HIV, Latina women have been found to have better outcomes than Latino men. Numerous studies have found that Latinas are less likely to receive late HIV diagnoses (Espinoza *et al.*, 2012; Espinoza *et al.*, 2008; Espinoza *et al.*, 2007; Sheehan *et al.*, 2016). Nevertheless, over a quarter of Latinas are diagnosed with AIDS within three months of HIV diagnosis (Espinoza *et al.*, 2012; Espinoza *et al.*, 2008; Espinoza *et al.*, 2007). Furthermore, a recent study suggests that Latina women also do better than Latino men in retention in HIV care and viral suppression (Sheehan *et al.*, 2017).

HETEROSEXUAL MEN

Men account for 88% of diagnoses among Latinos. The rate of HIV diagnosis among Latino men is three times greater than White non-Latino males (CDC, 2017). A multitude of factors contribute to increased sexual risk behaviors among Latino immigrant men. Among these are: (a) cultural gender norms (*machismo*), condom beliefs (i.e., condoms decreasing sensation and reducing spontaneity), (b) distrust in the US healthcare system and lack of confidence in patient-provider confidentiality, (c) loneliness, and (d) fear of being detained if found to be HIV positive (Ibañez *et al.*, 2017; Kim-Godwin, & Bechtel, 2004; Rhodes *et al.*, 2006).

Latino men are particularly prone to social isolation that can lead to greater alcohol use, thereby increasing the likelihood of sexual risk behaviors (Rhodes, Hergenrather, Bloom, Leichter, & Montano, 2009). Many men immigrate to the US in search of a better life for themselves and their loved ones. They leave behind families and must adjust to a new country with an unfamiliar culture and language. This sense of loneliness can lead to episodes of risky behaviors, such as engaging in sexual relations with sex workers (Rhodes *et al.*, 2009). Additionally, those with undocumented immigration status may go into social isolation for fear of being discovered and deported. These same apprehensions can keep undocumented immigrants from accessing health and sexual health education, testing, and treatment.

A subset of Latino males at particular risk for contracting HIV are migrant workers. A confluence of socio-demographic, ecological, and behavioral factors contribute the high rates of HIV risk in this population (Knipper *et al.*, 2007; Organista & Kubo, 2005; Viadro &

Earp, 2000). These men often face social and structural barriers, including immigration status (fear of deportation), geographical isolation, language barriers, separation from extended families, hazardous working conditions, substandard living conditions, limited access to health services, poverty/economic stress, and ethnic/racial intolerance (Carroll *et al.*, 2005; Carroll *et al.*, 2011); Many migrant workers report high levels of depression and anxiety, which exacerbate health-compromising behaviors (Sánchez, Serna, & De La Rosa, 2012). Socio-cultural risk factors [e.g., acculturation and acculturation-related stress, traditional gender roles (*machismo*), poor family functioning, and stigma] also place migrant workers at greater HIV vulnerability (Sánchez, Serna, & De La Rosa, 2012; Sánchez, 2015).

LATINO MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (MSM)

The HIV epidemic in the US was first identified among men who have sex with men (MSM) and continues to have marked effects in this population. Latino MSM, in particular, account for a significant portion of new HIV diagnoses (CDC, 2017). While men accounted for 88% of all new HIV cases, in the Latino community, in 2015, 85% of those were due to male-to-male sexual contact (CDC, 2018). At the current rate, 1 in 4 Latino MSM will be diagnosed with HIV during their lifetime (Hess *et al.*, 2016). From 2010 to 2014, HIV diagnoses in the US decreased among most groups, including White gay and bisexual men, but increased 14% among Latino gay and bisexual men (CDC, 2017).

Contributing factors to high rates of HIV in this population include being unaware of HIV status, stigma, homophobia, lack of family support, and discrimination (CDC, 2017). As with other Latino immigrant subgroups, previous research suggests that low SES, language barriers, and a lack of knowledge about HIV and HIV testing place Latino MSM at greater risk of HIV infection (Vega *et al.*, 2009). Research also suggests the need to address issues related to mental health, intimate partner violence, and substance use when engaging this population HIV prevention and treatment services (De Santis, Colin, Provencio-Vasquez, & McCain, 2008; Gonzalez-Guarda *et al.*, 2011; Ramirez-Valles *et al.*, 2008; Wu, El-Bassel, Witte, Gilbert, & Chang, 2003).

Consistency in condom use among Latino MSM has been found to vary across age, education, and use of club drugs (Ramírez-Vallas *et al.*, 2008). Previous studies have found unexpected associations between education and HIV risk. Specifically, higher education among Latino MSM has been associated with increased sexual partners, sexual networks, and accessibility to greater outlets for engaging in sexual activities, and unprotected sex (Ramírez-Vallas *et al.*, 2008).

Researchers have also posited that highly educated Latino MSM may perceive themselves at lower risk for contracting HIV, thus engaging in risk behaviors with higher frequency (Ramírez-Vallas *et al.*, 2008). The use of club drugs (i.e., cocaine, crystal methamphetamine, ketamine, and volatile nitrites) among Latino MSM is a significant contributor to HIV risk in this population (Ramírez-Vallas *et al.*, 2008).

Older age has been associated with increased condom among Latino MSM (Ramírez-Vallas, *et al.*, 2008). This generational difference has been attributed to the era of HIV in which men first learned of the virus. Older generations experienced the devastating effects of HIV/AIDS in its early years. Improved treatment for HIV is allowing people living with HIV to live longer and healthier lives. Young Latino MSM, who did not witness the toll of AIDS epidemic in the 1980s and 1990s, might view HIV as less threatening and disregard prevention messages and practices (García, Betancourt, Scaccabarozzi, & Jacinto 2014; Ramírez-Vallas *et al.*, 2008).

Are at considerable risk for contracting HIV, particularly those with early sexual debut and older sexual partners (García *et al.*, 2014). Bullying, harassment, family disapproval, social isolation, and sexual violence are experienced frequently by Latino youth MSM (García *et al.*, 2014). These experiences can cause poor self-esteem and depression, leading to substance use and risky sexual behavior (CDC, 2018b; García *et al.*, 2014). Additionally, sex education programs that are not sensitive to the needs of Latino youth MSM may be ineffective in reducing HIV vulnerabilities in this population.

POLICY CONSIDERATIONS

Political climates and policies across multiple sectors help to shape health and health disparities, including HIV vulnerability among Latino immigrants in the US. These policies can serve to either exacerbate or mitigate Latino immigrants' HIV risk through the development of legislation that establishes supportive or hostile environments and facilitate or limit access to institutions (Galeucia & Hirsch, 2016). Examples of policies that reduce Latino immigrant's vulnerability to HIV include labor policies protecting migrant and domestic workers against wage theft and employer discrimination. These policies aid to reduce stress by increasing economic empowerment and access to health care services. Various states have also passed laws that expand access to driver's licenses and identification for undocumented immigrants. As of 2018, there are currently 12 states and the District of Columbia with policies in place-granting immigrants' access to driver's licenses (National Immigration Law Center, 2015). These laws reduce fear by limiting opportunities for the detainment of undocumented

by law enforcement and increasing access to employment, social services, and bank accounts (Galeucia & Hirsch, 2016).

Other policies that decrease Latino immigrant's vulnerabilities to HIV include legislation that places limits on the amount of required cooperation local law enforcement must provide Immigration and Customs Enforcement (ICE). This includes setting limits on the mandatory involvement of local police in assisting with the identification and deportation of undocumented immigrants. These policies aid in reducing fears of accessing health care and social services. Further policies allow for enhanced access to education and related social and economic opportunities for unauthorized youths. According to the National Council of State Legislatures, 15 states have passed legislation that permit undocumented students to qualify for in-state college tuition and other financial aid. Some states, including Hawaii and Michigan, have initiated state legislation supporting in-state tuition rates at their public colleges and universities for students who meet certain criteria, regardless of legal status (National Immigration Law Center, 2015).

In contrast, policies that serve to exacerbate HIV vulnerability among Latino immigrants include, enacting legislature that allows the US government, namely ICE, to collaborate with state and local police to enforce federal immigration laws. While some states such as New Mexico and Oregon have policies in place to engage in immigration enforcement (Mitnik, Halpern-Finnerty, & Vida, 2008), others such as Arizona have sought to expand the police force's cooperation with ICE. For example, Arizona's Support Our Law Enforcement Safe Neighborhoods Act (SB 1070) permits the police to detain individuals on "reasonable suspicion" that they are in the US illegally and makes the failure to possess immigration documents a crime (Martínez *et al.*, 2015). The presence of ICE in communities has exacerbated fears related to immigration status. The apprehension by Latino migrants' in having their immigration status disclosed has led to a reduction in the likelihood of accessing HIV-prevention services; getting tested for HIV and other cofactors, including STIs; receiving adequate treatment if they are living with HIV (Martínez *et al.*, 2015).

In addition, national policies such as the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act (1996) and the Patient Protection and Affordable Care Act (2010) have barred undocumented immigrants from receiving Medicaid benefits and purchasing private insurance via the ACA exchanges (Marrow & Joseph, 2015)—further marginalizing and limiting undocumented immigrants access to health care services (Galeucia *et al.*, 2016).

FINAL REMARKS: CHALLENGES, FUTURE DIRECTIONS, & OPPORTUNITIES

Existing research indicates that most Latino immigrants living with HIV become infected in the US (Harawa, Bingham, Cochran, Geenland, & Cunningham, 2002). Thus, developing intervention strategies that effectively reach out to Latino immigrants is key to decrease the increasing rates of HIV in this population. The development of successful strategies will require an understanding of the social determinants and migration-related factors that may contribute to increased risk for HIV transmission among Latino immigrants. Improving our understanding of the HIV risk behavior trajectories of recent Latino immigrants, particularly those of women, may assist health care providers and public health professionals in developing programs to prevent HIV transmission early in the immigration process for these populations. The early stages of acclimating to a new country often involve particular challenges and stresses, exacerbate pre-existing difficulties, and, at least for some subsets of Latinos, may contribute to the manifestation of health-compromising behaviors. As such, this transition period may offer a critical point in time for prevention-oriented interventions (Sastre *et al.*, 2015).

Several qualitative studies with Latino immigrants have noted that potentially successful approaches to prevention should include dissemination of HIV information through media outlets such as Spanish-language television and radio shows, print ads at bus stops, markets, and bars, including health messages into telenovelas, radionovelas, or fotonovelas, and through naturally existing social networks such as recreational and league sports teams (e.g., soccer teams) (Rhodes *et al.*, 2006). These strategies are currently proving to be effective in increasing rates of HIV testing among Latino immigrants (Dolwick *et al.*, 2015; Martínez-Donate *et al.*, 2010).

Among effective HIV prevention interventions have primarily used lay health advisor (LHA) models. Lay health advisors are informal community leaders trained to work with other community members within their social networks to access hard-to-reach populations, bridge gaps in health care access, and extend health services (Rhodes *et al.* 2017). Researchers attribute the success of these models to LHA's who (a) reside in the community, (b) understand the community's strengths and needs, (c) communicate in the language of the community, and (d) share cultural (e.g., identity, values, belief) similarities with the community to promote health outcomes within their communities (Rhodes *et al.*, 2009).

Latino cultural values such as *familismo* (i.e., strong family bond), religiosity, and *caballerismo* (i.e., positive *machismo*; e.g., dignity,

honor, man's role as provider) have been found to be protective against HIV risk behaviors (Arcieniega *et al.*, 2008; Cauce & Domenech-Rodriguez, 2002). As such, culturally tailored prevention efforts aimed at expectations regarding masculinity, building social support systems, debunking stigma and myths, and increasing knowledge and accessibility of available HIV testing and services can potentially lead to significant HIV risk reduction among Latino immigrant men.

Among Latino youth MSM, culturally tailored prevention efforts are being implemented to encourage collaborations with community-based organizations, health departments, and other health care organizations. These efforts include data collection, promotion of safe and supportive environments, increased HIV/STD testing and treatment in schools and school-based health centers, youth-friendly health services, and implementing evidence-based HIV/STD education and prevention activities that are relevant to and address challenges faced in this population (García *et al.*, 2014). Increasing rates of new HIV infections among Latino MSM are indicative that greater targeted efforts are needed in the development of effective prevention strategies with this population.

Overall, differences in cultural norms and values, levels of acculturation, national origin and immigration status influence HIV risk trajectories across diverse Latino immigrant subgroups. The diverse sub-groups that make up the Latino population must be accounted for when designing HIV prevention and intervention strategies. In addition, structural barriers such as poverty, prohibitive immigration policies, access to health care, limited culturally relevant health services, and a misunderstanding and mistrust of US healthcare system create barriers to HIV prevention/treatment needs of Latino immigrants.

Despite the most current research conceptualizing culture and acculturation as complex multifaceted constructs, most research examining acculturation's influence on Latino health has been measured in a unidimensional manner through demographic proxies such as language spoken at home, place of birth, and number of years in the US (Lara *et al.*, 2005). Recent studies have revealed far more intricate and complex associations between cultural mechanisms and health risk behaviors such as substance use. Future research is needed that provides a more comprehensive and multidimensional understanding of how socio-cultural determinants and migration-related factors impact HIV trajectories among Latino immigrants in the US. This knowledge will assist in the development of prevention interventions that target identified vulnerability factors and take advantage of key protective factors associated with HIV among the largest immigrant group in the US.

REFERENCES

- Abraído-Lanza, A. F.; Vásquez, E.; Echeverría, S. E. 2004 “En las manos de Dios [in God’s hands]: religious and other forms of coping among Latinos with arthritis” en *Journal of consulting and clinical Psychology* N° 72(1), p. 91.
- Alderete, E.; Vega, W. A.; Kolody, B.; Aguilar-Gaxiola, S. 2000 “Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California” en *American Journal of Public Health* N° 90(4), p. 608.
- Alonzo, J.; Mann, L.; Tanner, A. E.; Sun, C. J.; Painter, T. M.; Freeman, A.; Rhodes, S. D. 2016 “Reducing HIV risk among Hispanic/Latino men who have sex with men: Qualitative analysis of behavior change intentions by participants in a small-group intervention” en *Journal of AIDS & clinical research* N° 7(5), pp. 1-8.
- Alvarez, C.; Villarruel, A. 2015 “Association of gender norms, relationship and intrapersonal variables, and acculturation with sexual communication among young adult Latinos” en *Research in nursing & health* N° 38(2), pp. 121-132.
- Amaro, H. 1988 “Considerations for prevention of HIV infection among Hispanic women” en *Psychology of Women Quarterly* N° 12(4), pp. 429-443.
- Arciniega, G. M.; Anderson, T. C.; Tovar-Blank, Z. G.; Tracey, T. J. 2008 “Toward a fuller conception of Machismo: Development of a traditional Machismo and Caballerismo Scale” en *Journal of Counseling Psychology* N° 55(1), p. 19.
- Arnold, M.; Hsu, L.; Pipkin, S.; McFarland, W.; Rutherford, G. W. 2009 “Race, place and AIDS: the role of socioeconomic context on racial disparities in treatment and survival in San Francisco” en *Social science & medicine* N° 69(1), pp. 121-128.
- Ayala, G.; Bingham, T.; Kim, J.; Wheeler, D. P.; Millett, G. A. 2012 “Modeling the impact of social discrimination and financial hardship on the sexual risk of HIV among Latino and Black men who have sex with men” en *American Journal of Public Health* N° 102(S2), pp. S242-S249.
- Baker, R.; Klasik, D.; Reardon, S. F. 2018 “Race and stratification in college enrollment over time” en *AERA Open* N° 4(1).
- Barrera Jr., M.; Biglan, A.; Ary, D.; Li, F. 2001 “Replication of a problem behavior model with American Indian, Hispanic, and Caucasian youth” en *The Journal of Early Adolescence* N° 21(2), pp. 133-157.
- Bécares, L.; Nazroo, J.; Stafford, M. 2009 “The buffering effects of ethnic density on experienced racism and health” en *Health & place* N° 15(3), pp. 700-708.

- Benjamins, M. R.; Kirby, J. B.; Huie, S. A. B. 2004 "County characteristics and racial and ethnic disparities in the use of preventive services" en *Preventive medicine* N° 39(4), pp. 704-712.
- Berger Cardoso, J.; Ren, Y.; Swank, P.; Sanchez, M.; De La Rosa, M. 2016 "Pre-to post-immigration sexual risk behaviour and alcohol use among recent Latino immigrants in Miami" en *Culture, health & sexuality* N° 18(10), pp. 1107-1121.
- Bergmark, R.; Barr, D.; Garcia, R. 2010 "Mexican immigrants in the US living far from the border may return to Mexico for health services" en *Journal of Immigrant and Minority Health* N° 12(4), pp. 610-614.
- Betancourt, H.; López, S. R. 1993 "The study of culture, ethnicity, and race in American psychology" en *American Psychologist* N° 48(6), p. 629.
- Burns, F. M.; Imrie, J. Y.; Nazroo, J.; Johnson, A. M.; Fenton, K. A. 2007 "Why the (y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain" en *AIDS care* N° 19(1), pp. 102-108.
- Bustamante, A. V.; Fang, H.; Garza, J.; Carter-Pokras, O.; Wallace, S. P.; Rizzo, J. A.; Ortega, A. N. 2012 "Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status" en *Journal of Immigrant and Minority Health* N° 14(1), pp. 146-155.
- Caetano, R.; Ramisetty-Mikler, S.; Rodriguez, L. A. 2009 "The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): the association between birthplace, acculturation and alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups" en *Drug & Alcohol Dependence* N° 99(1), pp. 215-221.
- Carroll, D.; Georges, A.; Saltz, R. 2011 *Changing Characteristics of U.S. Farm Workers: 21 Years of Findings from the National Agricultural Workers Survey* (Washington: Immigration Reform and Agriculture Conference: Implications for Farmers, Farm Workers and Communities). En <<http://migrationfiles.ucdavis.edu/uploads/cf/files/2011-may/carroll-changing-characteristics.pdf>>.
- Carter, R. T. 1995 *The influence of race and racial identity in psychotherapy: Toward a racially inclusive model* (John Wiley & Sons).
- Castañeda, H.; Holmes, S. M.; Madrigal, D. S.; Young, M. E. D.; Beyeler, N.; Quesada, J. 2015 "Immigration as a social determinant of health" en *Annual review of public health* N° 36, pp. 375-392.
- Castillo, L. G.; Perez, F. V.; Castillo, R.; Ghosheh, M. R. 2010 "Construction and initial validation of the Marianismo Beliefs Scale" en *Counselling Psychology Quarterly* N° 23(2), pp. 163-175.

- Cauce, A. M.; Domenech Rodríguez, M. 2002 “Latino families: Myths and realities” Contreras, J.; Neal-Barnett, A.; Kerns, K. (eds.) *Latino children and families in the United States: Current research and future directions* (Westport: Praeger).
- Centers for Disease Control and Prevention 2018a *HIV Among Hispanic/Latinos* en <<https://www.cdc.gov/hiv/group/raciaethnic/hispaniclatinos/index.html>>.
- Centers for Disease Control and Prevention 2018b *HIV Among Youth* <<https://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html>>.
- Centers for Disease Control and Prevention 2017 *HIV and AIDS among Latinos* en <<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-hiv-latinos-508.pdf>>.
- Cesar, C.; Koethe, J. R.; Giganti, M. J.; Rebeiro, P.; Althoff, K. N.; Napravnik, S.; Sierra-Madero, J. 2016 “Health outcomes among HIV-positive Latinos initiating antiretroviral therapy in North America versus Central and South America” en *Journal of the International AIDS Society* N° 19(1).
- Cianelli, R.; Villegas, N. 2016 “Social determinants of health for HIV among Hispanic women” en *Hispanic Health Care International* N° 14(1), pp. 4-9.
- Cianelli, R.; Villegas, N.; Lawson, S.; Ferrer, L.; Kaelber, L.; Peragallo, N.; Yaya, A. 2013 “Unique factors that place older Hispanic women at risk for HIV: Intimate partner violence, machismo, and marianismo” en *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* N° 24(4), pp. 341-354.
- Córdova, D.; Schwartz, S. J.; Unger, J. B.; Baezconde-Garbanati, L.; Villamar, J. A.; Soto, D. W.; Lorenzo-Blanco, E. I. 2016 “A longitudinal test of the parent-adolescent family functioning discrepancy hypothesis: A trend toward increased HIV risk behaviors among immigrant Hispanic adolescents” en *Journal of youth and adolescence* N° 45(10), pp. 2164-2177.
- Cunningham, S. A.; Ruben, J. D.; Narayan, K. V. 2008 “Health of foreign-born people in the United States: a review” en *Health & place* N° 14(4), pp. 623-635.
- Cutler, D. M.; Lleras-Muney, A. 2010 “Understanding differences in health behaviors by education” en *Journal of health economics* N° 29(1), pp. 1-28.
- Dang, B. N.; Giordano, T. P.; Kim, J. H. 2012 “Sociocultural and structural barriers to care among undocumented Latino immigrants with HIV infection” en *Journal of Immigrant and Minority Health* N° 14(1), pp. 124-131.

- Dang, B. N.; Westbrook, R. A.; Hartman, C. M.; Giordano, T. P. 2016 “Retaining HIV patients in care: the role of initial patient care experiences” en *AIDS and behavior* N° 20(10), pp. 2477-2487.
- Daniel-Ulloa, S.; Rhodes, S. D. 2017 “The Intersection Between Masculinity and Health Among Rural Immigrant Latino Men” en *International Journal of Men’s Health* N° 16(1), p. 84.
- Dasgupta, S. 2016 “Disparities in consistent retention in HIV care—11 states and the District of Columbia, 2011–2013” en *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* N° 65. En <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6504a2.htm>>.
- Das-Munshi, J.; Becares, L.; Dewey, M. E.; Stansfeld, S. A.; Prince, M. J. 2010 “Understanding the effect of ethnic density on mental health: multi-level investigation of survey data from England” en *BMJ* N° 341, p. c5367. En <<https://www.bmj.com/content/341/bmj.c5367.full.pdf+html>>.
- Deane, K. D.; Parkhurst, J. O.; Johnston, D. 2010 “Linking migration, mobility and HIV” en *Tropical Medicine & International Health* N° 15(12), pp. 1458-1463.
- De Santis, J. P.; Colin, J. M.; Provencio Vasquez, E.; McCain, G. C. 2008 “The relationship of depressive symptoms, self-esteem, and sexual behaviors in a predominantly Hispanic sample of men who have sex with men” en *American journal of men’s health* N° 2(4), pp. 314-321.
- Díaz, D.; Blanco, A.; Bajo, M.; Stavradi, M. 2015 “Fatalism and well-being across Hispanic cultures: The social fatalism scales (SFS)” en *Social Indicators Research* N° 124(3), pp. 929-945.
- Dillon, F. R.; De La Rosa, M.; Ibañez, G. E. 2013 “Acculturative stress and diminishing family cohesion among recent Latino immigrants” en *Journal of Immigrant and Minority Health* N° 15(3), pp. 484-491.
- Dillon, F. R.; De La Rosa, M.; Sánchez, M.; Schwartz, S. J. 2012 “Preimmigration family cohesion and drug/alcohol abuse among recent Latino immigrants” en *The Family Journal* N° 20(3), pp. 256-266.
- Dillon, F. R.; De La Rosa, M.; Schwartz, S. J.; Rojas, P.; Duan, R.; Malow, R. M. 2010 “US Latina age of sexual debut: long-term associations and implications for HIV and drug abuse prevention” en *AIDS care* N° 22(4), pp. 431-440.
- Dodds, C.; Keogh, P.; Chime, O.; Haruperi, T.; Nabulya, B.; Ssanyu Sseruma, W.; Weatherburn, P. 2004 “Outsider status: stigma and discrimination experienced by gay men and African people with HIV. Technical Report” (Londres: Stigma Research).

- Dunlap, J. L.; Jaramillo, J. D.; Koppolu, R.; Wright, R.; Mendoza, F.; Bruzoni, M. 2015 “The effects of language concordant care on patient satisfaction and clinical understanding for Hispanic pediatric surgery patients” en *Journal of pediatric surgery* N° 50(9), pp. 1586-1589.
- Ertl, M. M.; Dillon, F. R.; Cabrera Tineo, Y. A.; Verile, M.; Jurkowski, J. M.; De La Rosa, M. 2018 “Sexual risk during initial months in US among Latina young adults” en *AIDS care* N° 30(3), pp. 353-360.
- Espinoza, L.; Hall, H. I.; Selik, R. M.; Hu, X. 2008 “Characteristics of HIV infection among Hispanics, United States 2003-2006” en *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* N° 49(1), pp. 94-101.
- Espinoza, L.; Hall, H. I.; Hu, X. 2012 “Diagnoses of HIV infection among Hispanics/Latinos in 40 states and Puerto Rico, 2006–2009” en *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* N° 60(2), pp. 205-213.
- Espinoza, L.; Hall, H. I.; Hardnett, F.; Selik, R. M.; Ling, Q.; Lee, L. M. 2007 “Characteristics of persons with heterosexually acquired HIV infection, United States 1999–2004” en *American Journal of public health* N° 97(1), pp. 144-149.
- Estrada, F.; Rigali-Oiler, M.; Arciniega, G. M.; Tracey, T. J. 2011 “Machismo and Mexican American men: An empirical understanding using a gay sample” en *Journal of Counseling Psychology* N° 58(3), p. 358.
- Fede, A. L. D.; Stewart, J. E.; Hardin, J. W.; Mayfield-Smith, K.; Sudduth, D. 2011 “Spatial visualization of multivariate datasets: an analysis of STD and HIV/AIDS diagnosis rates and socioeconomic context using ring maps” en *Public health reports* N° 126, sup. 3, pp. 115-126.
- Galeucia, M.; Hirsch, J. S. 2016 “State and local policies as a structural and modifiable determinant of HIV vulnerability among Latino migrants in the United States” en *American journal of public health* N° 106(5), pp. 800-807.
- Gant, Z.; Dailey, A.; Hu, X.; Johnson, A. S. 2017 “HIV Care Outcomes Among Hispanics or Latinos with Diagnosed HIV Infection—United States, 2015” en *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* N° 66(40), p. 1065.
- Garcia, D.; Betancourt, G.; Scaccabarozzi, L.; Jacinto, A. 2016 “The HIV crisis among Hispanic/Latino MSM” en *New York: Latino Commission on AIDS*. En <<https://www.latinoaids.org/publications/hiv-latino-msm-brief-2016-english.pdf>>.

- George, W. H.; Davis, K. C.; Norris, J.; Heiman, J. R.; Stoner, S. A.; Schacht, R. L.; Kajumulo, K. F. 2009 "Indirect effects of acute alcohol intoxication on sexual risk-taking: The roles of subjective and physiological sexual arousal" en *Archives of sexual behavior* N° 38(4), pp. 498-513.
- Gilliam, M. L.; Neustadt, A.; Whitaker, A.; Kozloski, M. 2011 "Familial, cultural and psychosocial influences of use of effective methods of contraception among Mexican-American adolescents and young adults" en *Journal of pediatric and adolescent gynecology* N° 24(2), pp. 79-84.
- Gindi, R. M.; Erbedding, E. J.; Page, K. R. 2010 "Sexually transmitted infection prevalence and behavioral risk factors among Latino and non-Latino patients attending the Baltimore City STD clinics" en *Sexually transmitted diseases* N° 37(3), p. 191.
- González-Barrera, A.; Krogstad, J. M.; Lopez, M. H. 2014 "DHS: Violence, poverty, is driving children to flee Central America to US" en *Pew Research Center Fact Tank* (Washington D.C.).
- González-Guarda, R. M.; Florom-Smith, A. L.; Thomas, T. 2011 "A syndemic model of substance abuse, intimate partner violence, HIV infection, and mental health among Hispanics" en *Public Health Nursing* N° 28(4), pp. 366-378.
- Grieb, S. M. D.; Desir, F.; Flores-Miller, A.; Page, K. 2015 "Qualitative assessment of HIV prevention challenges and opportunities among Latino immigrant men in a new receiving city" en *Journal of immigrant and minority health* N° 17(1), pp. 118-124.
- Guilamo-Ramos, V.; Jaccard, J.; Pena, J.; Goldberg, V. 2005 "Acculturation-related variables, sexual initiation, and subsequent sexual behavior among Puerto Rican, Mexican, and Cuban youth" en *Health Psychology* N° 24(1), p. 88.
- Haderxhanaj, L. T.; Dittus, P. J.; Loosier, P. S.; Rhodes, S. D.; Bloom, F. R.; Leichter, J. S. 2014 "Acculturation, sexual behaviors, and health care access among Hispanic and non-Hispanic white adolescents and young adults in the United States, 2006–2010" en *Journal of Adolescent Health* N° 55(5), pp. 716-719.
- Harawa, N. T.; Bingham, T. A.; Cochran, S. D.; Greenland, S.; Cunningham, W. E. 2002 "HIV prevalence among foreign-and US-born clients of public STD clinics" en *American Journal of Public Health* N° 92(12), pp. 1958-1963.
- Halpern, D.; Nazroo, J. 2000 "The ethnic density effect: results from a national community survey of England and Wales" en *International Journal of Social Psychiatry* N° 46(1), pp. 34-46.

- Hanna, D. B.; Pfeiffer, M. R.; Torian, L. V.; Sackoff, J. E. 2008 "Concurrent HIV/AIDS diagnosis increases the risk of short-term HIV-related death among persons newly diagnosed with AIDS, 2002–2005" en *AIDS Patient Care and STDs* N° 22(1), pp. 17-28.
- Hess, K. L.; Hu, X.; Lansky, A.; Mermin, J.; Hall, H. I. 2017 "Lifetime risk of a diagnosis of HIV infection in the United States" en *Annals of epidemiology* N° 27(4), pp. 238-243.
- Ibañez, G. E.; Whitt, E.; Avent, T.; Martin, S. S.; Varga, L. M.; Cano, M. A.; O'Connell, D. J. 2017 "'Love and trust, you can be blinded': HIV risk within relationships among Latina women in Miami, Florida" en *Ethnicity & health* N° 22(5), pp. 510-527.
- Idris, A. K. M.; Elsamani, E. Z.; Elnasri, A. E. A. 2015 "Sociodemographic predictors of acceptance of voluntary HIV testing among pregnant women in a large maternity hospital, Omdurman, Sudan/Facteurs sociodemographiques predictifs de l'acceptation d'un dépistage volontaire du VIH chez des femmes enceintes dans une grande maternité hospitalière à Omdurman (Soudan)" en *Eastern Mediterranean Health Journal* N° 21(4), p. 273.
- Ishida, K.; Arnold, M.; Stupp, P.; Kizito, P.; Ichwara, J. 2012 "Exploring the connections between HIV serostatus and individual, household, and community socioeconomic resources: evidence from two population-based surveys in Kenya" en *Social Science & Medicine* N° 74(2), pp. 185-195.
- Katiria Pérez, G.; Cruess, D. 2014 "The impact of familism on physical and mental health among Hispanics in the United States" en *Health psychology review* N° 8(1), pp. 95-127.
- Kennedy, S.; Kidd, M. P.; McDonald, J. T.; Biddle, N. 2015 "The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries" en *Journal of International Migration and Integration* N° 16(2), pp. 317-332.
- Kim-Godwin, Y. S.; Bechtel, G. A. 2004 "Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural southeast North Carolina" en *The Journal of Rural Health* N° 20(3), pp. 271-278.
- Kinsler, J. J.; Lee, S. J.; Sayles, J. N.; Newman, P. A.; Diamant, A.; Cunningham, W. 2009 "The impact of acculturation on utilization of HIV prevention services and access to care among an at-risk Hispanic population" en *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* N° 20(4), p. 996.
- Kissinger, P.; Liddon, N.; Schmidt, N.; Curtin, E.; Salinas, O.; Narvaez, A. 2008 "HIV/STI risk behaviors among Latino migrant workers in New Orleans post-Hurricane Katrina disaster" en *Sexually transmitted diseases* N° 35(11), pp. 924-929.

- Knipper, E.; Rhodes, S. D.; Lindstrom, K.; Bloom, F. R.; Leichter, J. S.; Montañó, J. 2007 "Condom use among heterosexual immigrant Latino men in the southeastern United States" en *AIDS Education and Prevention* N° 19(5), p. 436.
- Lara, M.; Gamboa, C.; Kahramanian, M. I.; Morales, L. S.; Hayes Bautista, D. E. 2005 "Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context" en *Annu. Rev. Public Health* N° 26, pp. 367-397.
- Lescano, C. M.; Brown, L. K.; Raffaelli, M.; Lima, L. A. 2009 "Cultural factors and family-based HIV prevention intervention for Latino youth" en *Journal of pediatric psychology* N° 34(10), pp. 1041-1052.
- Levy, V.; Page-Shafer, K.; Evans, J.; Ruiz, J.; Morrow, S.; Reardon, J.; Molitor, F. 2005 "HIV-related risk behavior among Hispanic immigrant men in a population-based household survey in low-income neighborhoods of northern California" en *Sexually Transmitted Diseases* N° 32(8), pp. 487-490.
- Livingston, G. 2009 *Hispanics, health insurance, and health care access* (Washington, D.C.: Pew Research Center). En <<http://www.pewhispanic.org/2009/09/25/hispanics-health-insurance-and-health-care-access/>>.
- López, G.; Patten, E. 2015 "The impact of slowing immigration: foreign-born share falls among 14 largest US Hispanic origin groups" en *Pew Research Center* N° 15, septiembre.
- López-Cevallos, D. F.; Harvey, S. M. 2016 "Foreign-born Latinos living in rural areas are more likely to experience health care discrimination: results from Proyecto de Salud para Latinos" en *Journal of immigrant and minority health* N° 18(4), pp. 928-934.
- Markides, K. S.; Eschbach, K. 2011 "Hispanic paradox in adult mortality in the United States" en *International handbook of adult mortality* (Dordrecht: Springer) pp. 227-240.
- Marmot, M. 2005 "Social determinants of health inequalities" en *The Lancet* N° 365(9464), pp. 1099-1104.
- Marrow, H. B.; Joseph, T. D. 2015 "Excluded and frozen out: unauthorized immigrants' (non)access to care after US health care reform" en *Journal of Ethnic & Migration Studies* N° 41(14), pp. 2253-2273.
- Martínez, O.; Wu, E.; Sandfort, T.; Dodge, B.; Carballo-Dieguez, A.; Pinto, R.; Chavez-Baray, S. 2015 "Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: a systematic review" en *Journal of Immigrant and Minority Health* N° 17(3), pp. 947-970.

- Martínez-Donate, A. P.; Zellner, J. A.; Sañudo, F.; Fernandez-Cerdeño, A.; Hovell, M. F.; Sipan, C. L.; Carrillo, H. 2010 “Hombres Sanos: evaluation of a social marketing campaign for heterosexually identified Latino men who have sex with men and women” en *American Journal of Public Health* N° 100(12), pp. 2532-2540.
- McFarland, W.; Chen, S.; Hsu, L.; Schwarcz, S.; Katz, M. 2003 “Low socioeconomic status is associated with a higher rate of death in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco” en *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* N° 33(1), pp. 96-103.
- Meyer, M. A.; Dimmitt Champion, J. 2008 “Motivators of HIV risk-taking behavior of young gay Latino men” en *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* N° 14(4), pp. 310-316.
- Mills, J.; Burton, N.; Schmidt, N.; Salinas, O.; Hembling, J.; Aran, A.; Kissinger, P. 2013 “Sex and drug risk behavior pre-and post-emigration among Latino migrant men in post-Hurricane Katrina New Orleans” en *Journal of immigrant and minority health* N° 15(3), pp. 606-613.
- Mitnik, P. A.; Halpern-Finnerty, J.; Vidal, M. 2008 *Cities and immigration: Local policies for immigrant-friendly cities* (Madison: University of Wisconsin-Madison).
- Montealegre, J. R.; Risser, J. M.; Selwyn, B. J.; McCurdy, S. A.; Sabin, K. 2012 “Prevalence of HIV risk behaviors among undocumented Central American immigrant women in Houston, Texas” en *AIDS and Behavior* N° 16(6), pp. 1641-1648.
- Mulvaney-Day, N.; DeAngelo, D.; Chen, C. N.; Cook, B. L.; Alegría, M. 2012 “Unmet need for treatment for substance use disorders across race and ethnicity” en *Drug & Alcohol Dependence* N° 125, pp. S44-S50.
- National Center for Health Statistics 2014 *Health, United States, 2013: With special feature on prescription drugs* (Estados Unidos).
- National Immigration Law Center 2015 “Inclusive policies advance dramatically in the states immigrants’ access to driver’s licenses, higher education, workers’ rights, and community policing” en <http://www.nilc.org/pubs.html>.
- Organista, K. C.; Ehrlich, S. F. 2008 “Predictors of condom use in Latino migrant day laborers” en *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* N° 30(3), pp. 379-396.
- Organista, K. C.; Kubo, A. 2005 “Pilot survey of HIV risk and contextual problems and issues in Mexican/Latino migrant day laborers” en *Journal of Immigrant and Minority Health* N° 7(4), pp. 269-281.

- Orish, V. N.; Onyeabor, O. S.; Boampong, J. N.; Afoakwah, R.; Nwaefuna, E.; Acquah, S.; Iriemenam, N. C. 2014 "Influence of education on HIV infection among pregnant women attending their antenatal care in Sekondi-Takoradi metropolis, Ghana" en *Journal of health care for the poor and underserved* N° 25(3), pp. 982-990.
- Pascoe, E. A.; Smart Richman, L. 2009 "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review" en *Psychological bulletin* N° 135(4), p. 531.
- Pérez-Escamilla, R.; Garcia, J.; Song, D. 2010 "Health care access among Hispanic immigrants: ¿Alguien está escuchando?[Is anybody listening?]" en *Annals of Anthropological Practice* N° 34(1), pp. 47-67.
- Pew Research Center 2014 "Hispanic Immigrants More Likely to Lack Health Insurance than US-born" en <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/09/26/higher-share-of-hispanic-immigrants-than-u-s-born-lack-health-insurance/>>.
- Pew Research Center 2014 "Religious Landscape Study: Religious Composition of Latinos" en <<http://www.pewforum.org/religious-landscape-study/racial-and-ethnic-composition/latino/>>.
- Pew Research Center 2015 "5 Facts About Hispanics and Education" en <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/07/28/5-facts-about-latinos-and-education/>>.
- Prado, G.; Szapocznik, J.; Maldonado-Molina, M. M.; Schwartz, S. J.; Pantin, H. 2008 "Drug use/abuse prevalence, etiology, prevention, and treatment in Hispanic adolescents: A cultural perspective" en *Journal of Drug Issues* N° 38(1), pp. 5-36.
- Putnam, R. D. 2001 *Bowling alone: The collapse and revival of American community* (Simon and Schuster).
- Raffaelli, M. A.; Iturbide, M. I. 2009 "Sexuality and sexual risk behaviors among Latino adolescents and young adults" en *Handbook of US Latino psychology: Developmental and community-based perspectives*, pp. 399-414.
- Raj, A.; Silverman, J. G.; Amaro, H. 2004 "Abused women report greater male partner risk and gender-based risk for HIV: findings from a community-based study with Hispanic women" en *AIDS care* N° 16(4), pp. 519-529.
- Rhodes, S. D.; Alonzo, J.; Mann, L.; Song, E. Y.; Tanner, A. E.; Arellano, J. E.; Painter, T. M. 2017 "Small-group randomized controlled trial to increase condom use and HIV testing among Hispanic/Latino gay, bisexual, and other men who have sex with men" en *American journal of public health* N° 107(6), pp. 969-976.

- Rhodes, S. D.; Hergenrather, K. C.; Bloom, F. R.; Leichliter, J. S.; Montaña, J. 2009 "Outcomes from a community-based, participatory lay health advisor HIV/STD prevention intervention for recently arrived immigrant Latino men in rural North Carolina, USA" en *AIDS Education and Prevention* N° 21, sup. 5, p. 103.
- Rhodes, S. D.; Hergenrather, K. C.; Montaña, J.; Remnitz, I. M. 2006 "Using community-based participatory research to develop an intervention to reduce HIV and STD infections among Latino men" en *AIDS Education and Prevention* N° 18(5), p. 375.
- Ramírez-Valles, J.; Garcia, D.; Campbell, R. T.; Diaz, R. M.; Heckathorn, D. D. 2008 "HIV infection, sexual risk behavior, and substance use among Latino gay and bisexual men and transgender persons" en *American Journal of Public Health* N° 98(6), pp. 1036-1042.
- Rojas, P.; Dillon, F. R.; Cyrus, E.; Ravelo, G. J.; Malow, R. M.; De La Rosa, M. 2014 "Alcohol use as a determinant of HIV risk behaviors among recent Latino immigrants in South Florida" en *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* N° 25(2), pp. 135-144.
- Rojas, P.; Huang, H.; Li, T.; Ravelo, G. J.; Sánchez, M.; Dawson, C.; De La Rosa, M. 2016 "Sociocultural determinants of risky sexual behaviors among adult Latinas: a longitudinal study of a community-based sample" en *International journal of environmental research and public health* N° 13(11), p. 1164.
- Ruiz, J. M.; Steffen, P.; Smith, T. B. 2013 "Hispanic mortality paradox: a systematic review and meta-analysis of the longitudinal literature" en *American Journal of Public Health* N° 103(3), pp. 52-60.
- Sam, D. L.; Berry, J. W. 2010 "Acculturation: When individuals and groups of different cultural backgrounds meet" en *Perspectives on Psychological Science* N° 5(4), pp. 472-481.
- Sánchez, J.; De La Rosa, M.; Serna, C. 2013 "Project Salud: Efficacy of a community-based HIV prevention intervention for Hispanic migrant workers in South Florida" en *AIDS Education and Prevention* N° 25, pp. 363-375.
- Sánchez, M.; Rojas, P.; Li, T.; Ravelo, G.; Cyrus, E.; Wang, W.; Kanamori, M.; De La Rosa, M. 2016 "Evaluating a culturally tailored HIV risk reduction intervention among Latina immigrant farmworkers" en *World Medical & Health Policy* N° 8, pp. 245-262.

- Sánchez, M.; Romano, E.; Dawson, C.; Huang, H.; Sneij, A.; Cyrus, E.; De La Rosa, M. 2016 "Drinking and driving among recent Latino immigrants: the impact of neighborhoods and social support" en *International journal of environmental research and public health* N° 13(11), p. 1055.
- Sánchez, M.; Rosa, M. D. L.; Blackson, T. C.; Sastre, F.; Rojas, P.; Li, T.; Dillon, F. 2014 "Pre-to postimmigration alcohol use trajectories among recent Latino immigrants" en *Psychology of addictive behaviors* N° 28(4), p. 990.
- Sastre, F.; Sanchez, M.; De La Rosa, M. 2015 "Changes in pre-to post-immigration HIV risk behaviors among recent Latino immigrants" en *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* N° 27(1), p. 44.
- Schwartz, S. J.; Unger, J. B.; Des Rosiers, S. E.; Huang, S.; Baezconde-Garbanati, L.; Lorenzo-Blanco, E. I.; Szapocznik, J. 2012 "Substance use and sexual behavior among recent Hispanic immigrant adolescents: Effects of parent-adolescent differential acculturation and communication" en *Drug & Alcohol Dependence* N° 125, pp. S26-S34.
- Schwartz, S. J.; Unger, J. B.; Lorenzo-Blanco, E. I.; Des Rosiers, S. E.; Villamar, J. A.; Soto, D. W.; Szapocznik, J. 2014 "Perceived context of reception among recent Hispanic immigrants: Conceptualization, instrument development, and preliminary validation" en *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* N° 20(1), p. 1.
- Schwartz, S. J.; Unger, J. B.; Des Rosiers, S. E.; Lorenzo-Blanco, E. I.; Zamboanga, B. L.; Huang, S.; Szapocznik, J. 2014 "Domains of acculturation and their effects on substance use and sexual behavior in recent Hispanic immigrant adolescents" en *Prevention Science* N° 15(3), pp. 385-396.
- Schwartz, S. J.; Unger, J. B.; Zamboanga, B. L.; Szapocznik, J. 2010 "Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research" en *American Psychologist* N° 65(4), p. 237.
- Soto, C.; Unger, J. B.; Ritt-Olson, A.; Soto, D. W.; Black, D. S.; Baezconde-Garbanati, L. 2011 "Cultural values associated with substance use among Hispanic adolescents in southern California" en *Substance Use & Misuse* N° 46(10), pp. 1223-1233.
- Steidel, A. G. L.; Contreras, J. M. 2003 "A new familism scale for use with Latino populations" en *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* N° 25(3), pp. 312-330.

- Shedlin, M. G.; Decena, C. U.; Oliver-Velez, D. 2005 "Initial acculturation and HIV risk among new Hispanic immigrants" en *Journal of the National Medical Association* N° 97, sup. 7, p. 32S.
- Sheehan, D. M.; Trepka, M. J.; Fennie, K. P.; Prado, G.; Madhivanan, P.; Dillon, F. R.; Maddox, L. M. 2015 "Individual and neighborhood predictors of mortality among HIV-positive Latinos with history of injection drug use, Florida, 2000–2011" en *Drug & Alcohol Dependence* N° 154, pp. 243-250.
- Sheehan, D. M.; Mauck, D. E.; Fennie, K. P.; Cyrus, E. A.; Maddox, L. M.; Lieb, S.; Trepka, M. J. 2017a "Black–White and Country of Birth Disparities in Retention in HIV Care and Viral Suppression among Latinos with HIV in Florida, 2015" en *International journal of environmental research and public health* N° 14(2), p. 120.
- Sheehan, D. M.; Trepka, M. J.; Fennie, K. P.; Prado, G.; Madhivanan, P.; Dillon, F. R.; Maddox, L. M. 2017b "Individual and neighborhood determinants of late HIV diagnosis among Latinos, Florida, 2007–2011" en *Journal of immigrant and minority health* N° 19(4), pp. 825-834.
- Sheehan, D. M.; Trepka, M. J.; Dillon, F. R. 2015 "Latinos in the United States on the HIV/AIDS care continuum by birth country/region: a systematic review of the literature" en *International journal of STD & AIDS* N° 26(1), pp. 1-12.
- Taylor, B. S.; Reyes, E.; Levine, E. A.; Khan, S. Z.; Garduno, L. S.; Donastorg, Y.; Hirsch, J. S. 2014 "Patterns of geographic mobility predict barriers to engagement in HIV care and antiretroviral treatment adherence" en *AIDS patient care and STDs* N° 28(6), pp. 284-295.
- Tienda, M.; Mitchell, F.; National Research Council (US) Panel on Hispanics in the United States 2006 *Multiple origins, uncertain destinies: Hispanics and the American future* (Estados Unidos: National Academies Press).
- Torres, J. B.; Solberg, V. S. H.; Carlstrom, A. H. 2002 "The myth of sameness among Latino men and their machismo" en *American Journal of Orthopsychiatry* N° 72(2), p. 163.
- Trepka, M. J.; Niyonsenga, T.; Maddox, L.; Lieb, S.; Lutfi, K.; Pavlova-McCalla, E. 2013 "Community poverty and trends in racial/ethnic survival disparities among people diagnosed with AIDS in Florida, 1993–2004" en *American journal of public health* N° 103(4), pp. 717-726.
- Vega, W. A.; Rodríguez, M.A.; Gruskin, E. 2009 "Health disparities in the Latino population" en *Epidemiological Review* N° 31(1), pp. 99-112

- Viadro, C. I.; Earp, J. A. L. 2000 "The sexual behavior of married Mexican immigrant men in North Carolina" en *Social Science & Medicine* N° 50(5), pp. 723-735.
- Vincent, W.; Gordon, D. M.; Campbell, C.; Ward, N. L.; Albritton, T.; Kershaw, T. 2016 "Adherence to traditionally masculine norms and condom-related beliefs: Emphasis on African American and Hispanic men" en *Psychology of men & masculinity* N° 17(1), p. 42.
- Whitley, R.; Prince, M.; McKenzie, K.; Stewart, R. 2006 "Exploring the ethnic density effect: a qualitative study of a London electoral ward" en *International journal of social psychiatry* N° 52(4), pp. 376-391.
- Willen, S. S. 2012 "How is health-related "deservingness" reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv" en *Social Science & Medicine* N° 74(6), pp. 812-821.
- Winett, L.; Harvey, S. M.; Branch, M.; Torres, A.; Hudson, D. 2011 "Immigrant Latino men in rural communities in the Northwest: social environment and HIV/STI risk" en *Culture, health & sexuality* N° 13(06), pp. 643-656.
- Wohl, A. R.; Tejero, J.; Frye, D. M. 2009 "Factors associated with late HIV testing for Latinos diagnosed with AIDS in Los Angeles" en *AIDS care* N° 21(9), pp. 1203-1210.
- WHO 2014 *Migrant health* (Génova: WHO). En <<http://www.who.int/migrants/en/>>.
- Wu, E.; El-Bassel, N.; Witte, S. S.; Gilbert, L.; Chang, M. 2003 "Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings" en *AIDS and Behavior* N° 7(3), pp. 291-301.
- Yang, P. Q.; Hwang, S. H. 2016 "Explaining Immigrant Health Service Utilization: A Theoretical Framework" en *Sage Open* N° 6(2), pp. 1-15.
- Zúñiga, M. L.; Organista, K. C.; Scolari, R.; Olshefsky, A. M.; Schulhof, R.; Colón, M. 2006 "Exploring care access issues for Mexican-origin Latinos living with HIV in the San Diego/Tijuana border region" en *Journal of HIV/AIDS & Social Services* N° 5(2), pp. 37-54.

PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF CONDOM USE AMONG A NON-CLINICAL COMMUNITY-BASED SAMPLE OF LATINA MOTHERS AND DAUGHTERS

**Patria Rojas, Mariana Sánchez, Gira Rosado Ravelo,
Christyl Dawson y Stephanie Diez**

INTRODUCTION

Between 2004 and 2010, HIV/AIDS dropped from the fourth to the 10th leading cause of death among U.S. Latinas ages 35-39 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012). The decline in the death rate from HIV/AIDS for this age group may be due in part to innovative treatment options prolonging life expectancies for HIV/AIDS patients. However, significant health disparities in HIV/AIDS continue to impact Latinos in the United States and Latinos represent 18% of the U.S. population and 24% of all newly diagnosed HIV cases (CDC, 2017b). This population has the second highest rate of HIV/AIDS among ethnic groups (CDC, 2017a). Moreover, the HIV/AIDS rate for adult and adolescent Latinas is over three times higher than that of their White counterparts (5.3 vs. 1.6, respectively) (CDC, 2017a) and, among Latinas with HIV, 90% acquired HIV via sexual contact with a heterosexual partner who has HIV/AIDS (CDC, 2017b).-

Consistent and correct use of latex condoms is highly effective in reducing the risk of sexually transmitted diseases (STDs) including HIV (CDC, 2013; Civic *et al.* 2002; Lindemann *et al.* 2005). Although Latinas acknowledge that using condoms reduces the risk of acquiring HIV and other STDs, they use condoms inconsistently (Rocca & Harper, 2012) For Latinas, the risk of acquiring HIV is exacerbated by a low perception of their own risk (Shedlin & Deren, 2002; Ehrhardt

et al., 1992) and a cultural belief that condoms are not needed in primary relationships due to fidelity and trust between partners (Corbett, Dickson, Gomez, Hilario *et al.*, 2009; Wilson & Koo, 2008). Below, we provide an overview of the literature that guided the present study as well as the framework that guided the data analysis.

BACKGROUND

CONDOM USE AMONG U.S. LATINAS

Certain sexual risk behaviors are more prevalent among ethnic minority groups (Dariotis, Sifakis, Pleck, Astone, & Sonenstein, 2011). These behaviors include engaging in sex without condoms with multiple partners and having sex while under the influence of alcohol or other drugs; however, among Latina women inconsistent condom use has been constantly reported (Muñoz-Laboy, Hirsch, & Quispe-Lazaro, 2009; Sowell, Holtz, & Velasquez, 2008). Several factors influence Latinas' use of condoms including: (a) relationship status, (b) cultural gender roles, (c) practical considerations such as not being able to buy them, (d) condom negotiation ability, (e) relationship power dynamics, (f) intimacy needs, and (g) threat of emotional/physical abuse (Salabarría-Peña, Lee, Montgomery, Hopp, & Muralles, 2003; Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gortmaker, & Rudd, 2002; Wingood & DiClemente, 1997; Peragallo, 1996). In terms of relationship status, Latinas' condom use is more likely in transient sexual relationships or in relationships of short duration with a partner they do not know very well (Soler, Quadagno, Sly, Riehman, Eberstein, & Harrison, 2000). Latina condom use with primary partners is comparatively low (Moore, Harrison, Kay, Deren, & Doll, 1995; Dixon, Peters, & Saul, 2003). It has been found that Latinas believe that being in a relationship where they are monogamous (although the man has been found to have multiple partners) will protect them from acquiring HIV and other STIs (Ortiz-Torres, Serrano-Garcia, & Torres-Burgos, 2000).

CONDOM USE AMONG LATINAS AND ACCULTURATION

Cultural gender roles also affect condom use and overall HIV risk among Latinas (Ehrhardt *et al.*, 1992; Abel & Chambers, 2004). An example of gender role that is perpetuated by Latino culture and hinders condom use is Latinas' perceived need to be a "good" wife by following their main partner's decisions regarding economics and sex (e.g., condom use) (Messina, 1994). Notably, in contrast to the prescribed cultural gender roles for females, the traditional gender roles for Latino males are to be independent, have multiple partners, and be sexually assertive (Martinez, Chavez, & Hubbell, 1997). The

expression of these traditional male gender roles places Latina women at a greater risk of acquiring HIV (Amaro, Vega, & Valencia, 2001). The cultural gender roles of machismo and the patriarchal discourse place manhood and fatherhood in the dominant role of a relationship (Demirhan & Cakir-Demirhan, 2015). Marianismo (the cultural value that places women in a submissive and sexually naïve role in intimate relationships) also contributes to discouraging Latinas' condom use negotiation skills in relationships, and open discussions regarding sexual issues. As researcher focus on individual and sexual behaviors within Latino culture, most are not successful in considering how sexual behaviors are a function of the overall lack of power that affect these women in their relational, economic, sociocultural, and political positioning (Abel & Chambers, 2004; Amaro, 1988; Amaro & Raj, 2000; Gómez & Marín, 1996).

On one hand, for Latino women who are involved in sexual risk behaviors with their main partners or husbands, condoms are the most practical way to reduce the risk of HIV infection (Ahmed *et al.*, 2001; Koss, Dunne, & Warner, 2009). On the other hand, there are real considerations that prevent them from consistent and effective condom use, such as Latinas' beliefs and views that condoms are morally unclean because of the perceived association between condoms and unfaithfulness (San Doval, Duran, L. O'Donnell, C. O'Donnell, 1995). In fact, Latino men have similarly been found to be more likely to use condoms with non-primary partners (San Doval, Duran, L. O'Donnell, C. O'Donnell, 1995; Knipper, Rhodes, Lindstrom, Bloom, Leichter, & Montaña, 2007). The association of condoms with sex work, sexually transmitted infections (STIs), and extramarital affairs also impede the negotiation of condom use (Flaskerud & Uman, 1993). Additionally, Latinas who carry condoms risk being regarded as promiscuous and undesirable (Mays & Cochran, 1988; Bogart, Cecil, & Pinkerton, 2000), rather than restrained and judicious in their sexual behavior. In general, women's condom use is related to their capacity to discuss the matter with their partners (Soler *et al.*, 2000). Among Latinas, researchers have shown that the ability to negotiate condom use is related to their comfort level in discussing its use and their financial independence (San Doval *et al.*, 1995; Shedlin & Deren, 2002; Moore *et al.*, 1995). Important factors influencing Latinas' condom use include their lack of real or perceived decision-making power in the relationship and the cultural norm of male patriarchal power difference (Amaro & Raj, 2000; Bowleg, Belgrave, & Reisen, 2000). Even in cases when Latinas suspect or are aware of unfaithfulness, they may refrain from using condoms due to fears of abandonment and being physically abused (Weeks, Schensul, Williams, Singer, & Grier, 1995; Moreno, 2007).

Furthermore, because of the stigma attached to condom use, engaging in unprotected sex is often associated with heightened trust and intimacy in a relationship (Sobo, 1995). Latino young women are less likely to be sexually assertive and to negotiate safer sex behaviors as it relates to family planning (Rickert, Sanghvi, & Wiemann, 2002).

HIV/AIDS PREVENTION EDUCATION

Increasing condom use has been the emphasis of many educational HIV/AIDS prevention interventions, and nearly all these interventions have shown success in achieving this goal (Scott-Sheldon, Huedo-Medina, Warren, Johnson, & Carey, 2011). Yet, prevention efforts need to be expanded to reduce the burden of HIV/AIDS among minority ethnic populations in the world (World Health Organization [WHO], 2010). To reduce HIV/AIDS transmission, it is important to identify and evaluate successful interventions as well as making sure that effective interventions are implemented with appropriate samples in the correct settings. Counseling is frequently included in behavioral interventions to improve condom use; however, interventions may include broader communication campaigns and educational programs (Chapman, Jafa, Longfield, Vielot, Buszin, Ngamkitpaiboon, & Kays, 2012). Interventions should address the advantages of condoms use, barriers to use, and the challenges of using condoms correctly (Maticka-Tyndale, 2012).

These risky sexual health behaviors are often intertwined; along with other factors, the behaviors are influenced by an individuals' level of acculturation and Latino sub-group (Pérez Escamilla & Putnik, 2007). Linguistic competencies and efficient culturally appropriate communication skills affect patient satisfaction as well as the overall quality of care among Latino individuals (Betancourt, Green, Carrillo, & Park, 2005). According to the Pew Research Center and the Robert Wood Johnson Foundation, few Latino adults have a primary health care provider, which presents a major challenge for accessing primary prevention and screening services (Livingston, Minushkin, & Cohn, 2008). For this reason, reporting on HIV/AIDS prevention education among Latinas and their health care providers is important in designing future HIV/AIDS education programs. In that regard, it is also critical to research issues regarding inconsistent condom use, cultural competency, access to care, and service provision.

CONDOM USE AND SUBSTANCE ABUSE

The association of substance abuse and condom use has been extensively explored in populations of young adults and adolescents. Researchers have documented that heavy use of alcohol and illicit drugs

decrease condom use due to impaired judgment (Leigh and Stall 1993). However, condom use and its association with substance abuse among adult Latinas have been less studied. Studies have identified gender differences among Latinos, with women reporting lower substance abuse (Canino, Vega, Sribney, Warner, & Alegría, 2008). However, substance abuse prevalence has been found to be higher among US-born Latinas (Alegría, Mulvaney-Day, Torres, Polo, Cao, & Canino, 2007). Studies have also shown that Latinas may experience more severe medical, psychological, and employment issues than their male counterparts (Volkow, 2006). Moreover, Latinas who are abusing alcohol and other illegal substances may be at increased risk of being in an abusive relationship, in which they are unable to negotiate the use of condoms with their partners—further increasing their risk of acquiring HIV (Davila, 2002).

Given the importance of traditional Latino gender roles and cultural factors that influence Latinas' sexual behaviors, studies need to indicate that even when Latinas feel susceptible to contracting HIV and they discuss condom use with their partners, their actual condom use remains relatively low (Peragallo, Deforge, O'Campo, Lee, Kim, Cianelli, & Ferrer, 2005; Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gortmaker, & Rudd, 2002). These cultural beliefs about condom use guide sexual assertiveness, making Latinas' reasons for using condoms important in designing HIV and STD prevention programs. Hence, the need for community-based studies, such as this one among substance mis-using and non-mis-using Latinas.

Although much is known about condom use among Latinas, there is a dearth of community-based research studies that document the use of condoms by substance misusing Latinas. Thus, in this chapter we report on results from a community based, cross-sectional study that documented the association between HIV prevention information Latinas reported receiving from their health care providers and its influence on condom use. We also examined the underlying individual's social determinants of condom use (e.g., age, income, marital status, and education) and psychosocial factors such as reasons for condom use or lack of use in a cohort of non-clinical sample of adult Latina mothers and daughters. Researchers expected that women who reported receiving HIV prevention education from healthcare providers would be more likely to use condoms during sex. Researchers also anticipated that substance mis-using women are less likely than non-mis-using women to use condoms. Another hypothesis was that women who were married or in committed relationships were going to be less likely to use condoms. Furthermore, researchers expected that younger and more educated women will be more likely

to use condoms, as they may have a less stigmatized view of condom use. To test our hypotheses, an analysis of data was conducted to examine the condom use behaviors of participants who reported talking with their health care providers about HIV preventative education and those who had not reported receiving any such HIV preventative educational information.

GUIDING THEORETICAL FRAMEWORKS

THEORY OF GENDER AND POWER

According to Connell (1987), there is sexual inequality as well as gender and power imbalance between men and women, which include the critical components of the sexual division of labor, the sexual division of power, and investment into the individuals in societies. These components and other social mechanisms inhibit a woman's daily lifestyle practices and choices as they produce gender-based inequities in her economic potential, control of resources, and gender-based role expectations in society. However, it is the gender division of power to negotiate condom use that is noteworthy in this chapter. The resulting inequities that arise within the sexual division of power are expressed as physical exposures and behavioral risk factors (Wingood & DiClemente, 2000). These physical exposures can be theorized as interpersonal social factors that exert power over women, which results in a history of sexual or physical abuse (McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock, 1992), historically significant exposure to sexually explicit media (Brown & Newcomer, 1991), having a main partner with high risk behaviors (Plichta, Weisman, Nathanson, Ensminger, & Robinson, 1992), a partner who disapproves of safer sex practices (Wingood & DiClemente, 1998), a lack of access to drug treatment (Heimer, Kaplan, O'Keefe, Khoshnood, & Altice, 1994), and a lack of access to HIV prevention education (National Abortion Rights Action League Foundation, 1995). The behavioral risk factors manifest in a woman's history as alcohol and substance use (Winters, Stinchfield, & Henly, 1993), a deficiency in assertive communication skills (Morokoff *et al.* 1997), insufficiency in condom use skills (Murphy, Rotheram-Borus, & Reid, 1998), low self-efficacy in preventing HIV infection (Harlow, Quina, Morokoff, Rose, & Grimley, 1993), and a limited awareness of control in personal relationships (Wingood & DiClemente, 1998). The theory of gender and power has helped explain women's health as it outlines a range of gender-based exposures and risks factors in examining their risk of disease in the last twenty five years .

COGNITIVE DISSONANCE THEORY

The cognitive dissonance theory or contradictory cognition may explain the high prevalence of unprotected sex among US Latinas. According to Aronson (1992), cognitive dissonance theory, first proposed by social psychologist Leon Festinger is the mental state in which individuals make statements or engage in behaviors that are incongruent with their beliefs. The dissonance can also happen when people acquire opinions and beliefs that do not fit with their existing opinions and beliefs. According to the theory, when an individual is exposed to knowledge that contradicts what they believe, they try to reduce the contradiction and behave according to their belief prior to the new knowledge. Cognitive dissonance theory has been used in the past to examine different health behaviors including sexual behavior (Greenwald & Ronis, 1978).

In the present study, researchers anticipated that although women received HIV/AIDS prevention education from their healthcare provider, they may still engage in unprotected sex, due to unresolved conflicts between their prevention knowledge and traditional cultural beliefs about condom use. Though the theories of gender and power and cognitive dissonance are guiding the analysis of the data, they are not being tested in this study. Instead, principles from these theories are being adopted to help explain the disagreement between prevention information suggesting consistent condom use and the actual inconsistent practice of condom use among Latinas that may put these women at risk. Researchers anticipate that participants will predominantly choose not to use condoms in an effort to reduce the dissonance between the acquired knowledge about condom use to prevent sexually transmitted infections and their cultural beliefs. The factors associated with the condom use decisions, place Latinas at a higher risk for HIV infection, making condom use behaviors research, a unique and compelling study among the different research on Latinas. Latinos are the fastest growing, and will soon be the largest, minority group in the US—by 2050, one out of every four Americans will be of Latino descent (U.S. Census Bureau, 2014). Understanding the cultural dynamics underlying condom use by Latinas is essential for the development of effective HIV prevention education programs.

METHODS

PARTICIPANTS

Data for the present chapter originate from a study of intergenerational transmission of Substance abuse between Latina mothers and daughters (N=316) in Miami-Dade County, Florida (De La Rosa *et al.*,

2010). The general criteria for inclusion in the current study for both mothers and daughters were congruent with the original study: (1) willingness to be interviewed for at least 2-3 hours; (2) being 18 years of age or older; (3) self-identifying as Latina; (4) living in Miami-Dade; and (5) willingness to provide at least two phone numbers to facilitate correspondence during enrollment in the study. In addition to these criteria, participants' substance use frequency is reported, which includes their alcohol and illegal substance use, and their use of prescription drugs without medical authorization, during the past year. The study was reviewed and approved by the Internal Review Board of a large public university in South Florida.

Participants in the current study were 241 self-identified Latina substance mis-using (n = 129) and non-mis-using (n = 112) adult mothers and daughters. Sixty percent of the current study's sample were daughters (N=145) and 40% were mothers (N=96). Forty-four percent (N=42) of mothers were substance mis-users while 60% of the daughters (N=87) were substance mis-users. In total, 53.5% of the sample was substance mis-using Latinas. Most daughters were single (77%, N=112) compared to slightly more than half of the mothers (53%, N=51). Most participants were foreign-born, mostly from Cuba and South American countries (e.g., Colombia, Perú, and Venezuela). Only participants who were sexually active (male partners) during the last 12 months were eligible for the study. Participants' sexual activity refers to vaginal, anal, and oral sexual activities.

All study participants were recruited between October 2004 and October 2006 by using the snowball sampling method (chain referral) for a one-time face-to-face interview (McCracken *et al.*, 1997). Recruitment strategies included participation in community health fairs, visiting health clinics, advertisements on local radio and television stations, advertising in a local alternative newspaper, and announcements at a drug court program. Potential participants were also recruited at substance abuse support groups such as Narcotics Anonymous (NA) and Alcoholics Anonymous (AA) meetings. Recruitment and participants' interviews were done by two undergraduate and four master's level staff members. Participants chose the language and location in which they preferred to be interviewed. An incentive of \$40 was provided to each participant who met the inclusion criteria and submitted a signed informed consent document.

Interviews were conducted in either Spanish or English using a structured questionnaire. The questionnaire consisted of existing measurement scales that were widely used in other research studies and possessed language sensitivity to Latino culture and women. The questionnaire was pilot-tested prior to the parent study in order

to increase its cultural appropriateness. The questionnaire took 2-3 hours to complete and although most interviews were done at the participants' home, some interviews took place at other locations that were convenient for the participants such as the offices of community-based organizations that collaborated with the researchers.

MEASURES

DEMOGRAPHICS AND HIV RISK ASSESSMENT

General demographic information was collected from all study participants. Participants were asked to indicate their race and ethnicity, age, income level, education level, marital status, and number of children. The study questionnaire collected data on participants' HIV risk behaviors including (a) the number of times the participant engaged in vaginal, anal, and oral sex, and, (b) the number of partners in the last twelve months. As part of the HIV risk assessment questionnaire, participants were also asked whether or not their primary health care provider had spoken to them about HIV prevention in the last 12 months. Exposure to HIV/AIDS prevention education from their healthcare provider was measured by asking women: "*Has your doctor or any other health professional spoken to you about HIV testing, prevention or safe sex during the last 12 months? (Yes or No).*"

CONDOM USE

Condom use was measured using an adapted measure of sexual behavior from Turner's Transition study, a study of substance use and sexual risk behavior trajectories of young adults (*Life Course and Health Research Center, 1997*). Participants answered open ended questions about the reasons why they did or did not use condoms during the last 12 months. Participants were first asked the following questions regarding their sexual behavior first in the last 3 months and then in the last 12 months: "*How many times did you have vaginal sex?*" "*How many times did you have anal sex?*" Subsequently, participants were asked "*How many times did you have oral sex during the last twelve months?*" Based on their responses (if > 0), participants were asked to report how many times they or their partners used condoms ("*How many of those times (reported # of times they had sex in the last 12 months) did you or your partner use condoms?*" If the number of times condoms were used was less than the number of times they had sex, participants were asked "*What were the reasons for not using condoms?*" Participants using condoms sometimes or every time they had sex were asked, "*What were the reasons why a condom was used?*"

DRUG AND ALCOHOL ABUSE

The Drug Use Frequency (DUF) scale by O'Farrell, Fals-Stewart, & Murphy (2003) was applied to assess the frequency of substance abuse. It was used to assess illicit substance abuse and non-medical use of prescription drugs, such as sedatives, in the last twelve months. The DUF scale classifies frequency of use into seven categories that range from 0 to 7 indicating "never uses" (0) to "uses every day" (7). Psychometric properties of this measure include its concurrent validity as being in agreement (0.87) with collateral reports of substance use frequency and with self-reports using the Timeline Follow-back measure (0.83-0.98) (327). In the present study, quantity and substance mis-use frequency were measured based on the following definition: an illicit substance mis-user was as a participant who reported at least 3 days per week of marijuana use, 2 days per week of cocaine use, one or more occasions of heroin use per week, and/or least 3 occasions of ecstasy use per month during the 12 months prior to assessment. Misuse of prescription (opioids, and other pain medication) was measured by asking participants whether they had taken medicine without a doctor's authorization, in larger amounts than prescribed, or for longer periods than prescribed, in the 12 months prior to assessment (Turner *et al.*, 2001).

The Health and Daily Living Form was used to measure alcohol use (Billings, Cronkite, & Moos, 1983). In the present study reported in this chapter, alcohol mis-use was defined as having at least one heavy drinking episode per month (Naimi *et al.*, 2003), which can include at least 4–5 glasses of wine, 3–4 cans/bottles of beer, or 3–4 four-ounce drinks of hard liquor in a single session during the 12 months prior to assessment. Participants were asked, "How often have you drink (did you drink/have you drank) beer during the last 3 months?" "How often have you drank (did you drink/have you drank) beer in the last 12 months? A Likert-type scale range from 1 = Never, 2 = several times, 3 = about once a month, 4 = several times, 5 = 1-2 days a week, 6 = 3-4 days a week, 7 = 5-6 days a week, 8 = every day, 9 = other was used.

STATISTICAL ANALYSES

Preliminary data analysis was done to examine the correlation between condom use among mothers and daughters. There is no significant correlation between mothers' and daughters' condom use. Participants' reasons for using or not using condoms during the 12 months prior to assessment were coded by two master's level researchers and grouped into categories. Due to the use of open-ended questions, participants' reasons for using or not using condoms are not mutually

exclusive (e.g., some women used condoms to prevent STI infection, and as a family planning method, as others used condoms solely for family planning). Responses were separated as shown in Tables 2 and 3. An analysis of variance (ANOVA) was used to examine the age differences among the groups (never used condoms, sometimes used condoms, and used condoms all the time). Chi square and Fisher exact tests were used to compare the distribution of income, education, nativity, marriage status and substance abuse status among these three groups. A logistic model in a Generalized Estimated Equations (GEE) approach, to control the mother and daughter intra-family correlation, was used to test if the condom use is associated with age, income, education, marital status, talking to a healthcare provider about HIV prevention, and substance abuse. Similarly, some of the variables that were associated with participants' report of receiving HIV education from their healthcare providers were explored. All analyses were done using SASS 9.2.

RESULTS

REASONS FOR CONDOM USE

Few Latinas used condoms *all the time* during vaginal sex (18.79%). The primary reason why women reported using condoms all the time during vaginal sex was to prevent HIV/STIs (48%). Women listed six reasons for using condoms all the time during vaginal sex (see Table 2). Conversely, among the reasons for not using condoms during vaginal sex, the most common reason was participants' "trust" in their partner and being in a "monogamous relationship" (43.28%). For more detailed information about the reasons for *never using* condoms please see Table 3. Among the subgroup of women who used condoms *sometimes*, approximately 77% of the participants said that the reasons why they use condoms sometimes were: (a) because they were using another form of contraceptive, (b) because they trusted their partner and were in a monogamous relationship, or (c) because condoms were not available.

SUBSTANCE ABUSE AND CONDOM USE

In the 241 sexually active participants, 19.1% (n=46) of them reported consistent condom use, 23.2% (n=56) reported condom use sometimes, and 54.4% (N=131) reported no condom use. Of all the participants, 3.3% (n=8) were missing values for condom use. Substance mis-use was not significantly associated with lower condom use for vaginal sex among this sample as shown by the analysis. For the non-substance mis-using Latinas, 21.3 % reported consistent use

of condoms compared to 18.4 % of substance mis-using. Women used condoms less frequently during oral sex and there were very few cases of anal sex to include in the analyses.

HIV PREVENTION EDUCATION AND CONDOM USE

HIV prevention was not significantly associated with condom use during vaginal sex in this sample. However, a general estimated equation showed that substance abuse and marital status were associated with participants' reporting HIV prevention education from their main healthcare provider. Compared to non-substance mis-using and married or women in committed relationships, substance mis-using and single women were more likely to report that their healthcare providers talked to them about HIV prevention education, OR=1.97, 95% CI (1.13, 3.43) and OR=1.91, 95% CI (1.04, 3.48), respectively. Age, status as a mother or daughter, income, and education were not associated with HIV prevention education in this study.

SOCIAL DETERMINANTS AND CONDOM USE

The mean age of the participants who used condoms sometimes during vaginal sex (28.96 years) was lower than the age of participants who did not use them or used them all the time (39.87 and 33.37 respectively). Most participants reported some college or training after high school. The education level of condom use among the participants can be found in Table 1. The table also shows that most women had very low annual income despite reporting moderately high education i.e. most participants had graduated from high school). Most participants were foreign-born (62.2%). Married and non-substance mis-using women were more likely than single women to not use condoms; accordingly, non-substance mis-users were more likely than substance abusers to be married.

The logit model showed that condom use was associated with age, marital status, and education. Younger women were more likely to use condoms [OR=1.05, 95% CI (1.01, 1.09)]. Compared to married women or women in committed relationships, single women were more likely to use condoms, [OR = 2.70, 95% CI (1.32, 5.51)]. Women with different levels of education had different odds of using condoms during vaginal sex. When examined the differences among the different levels of education (less than high school, high school, some college, bachelors, and graduate) between these groups, women who had some college education were more likely to use condoms than women with less than high school education [(OR=3.81, 95% CI (1.66, 8.74)]. Furthermore, when compared to women with some college education, women who had bachelor's degrees were less likely to use condoms

(OR=0.27, 95% CI (0.10, 0.72)). However, there were no other pairwise differences in education. Mother or daughter status, substance abuse, talking to a healthcare provider about HIV prevention, and income were not associated with condom use.

DISCUSSION

As the guiding theoretical frameworks posit, participants' condom use was in consonance with their Latinas' beliefs. Results of the present study indicate that not using condoms for vaginal sex among this sample of Latinas was predominantly based on (a) perceived trust in their partners, (b) believing that being in a monogamous relationship eliminated their risk of acquiring HIV or other STDs (37.10%), and (c) in response to their family planning needs (19.89%). A combined fifty-seven percent of the women not using condoms was due to a combination of trust in their partners and the use of other types of contraception. Because of gender roles and power differences in established relationships, condoms may be mainly used for contraceptive purposes. Of the women who used condoms all the time, twenty five percent used condoms exclusively to protect themselves from acquiring HIV/STDs (25.14 %). As expected, the results of these Generalized Estimated Equations suggest that younger Latinas may have a less stigmatized view of condoms, more power to negotiate, and use them more often in their primary relationships, not only when they suspect their partners are engaging in extramarital sex or they are in short term relationships. Other authors have reported similar results suggesting how the patriarchal discourse may be less associated with younger Latinas with less stigmatized views of safer sex negotiation (Rivera-Diaz *et al.*, 2015). The results presented in this chapter highlight the importance of continuing the gender-specific HIV prevention education and equal rights campaigns (McQuiston & Gordon, 2000; Sangi-Haghpeykar, Poindexter, Young, Levesque, & Horth, 2003; Fernandez-Esquer, Atkinson, Diamond, Useche, & Mendiola, 2004).

Unexpectedly, alcohol abuse and illicit substance abuse was not associated with lower condom use in this sample. In this sample of mostly alcohol, marijuana and non-prescribed sedative users, having less than high school education compared to some college was associated with low condom use. These results support previous studies that indicate that condom use is affected by heavy alcohol and substance abuse prevalent among younger single Latinas and it suggests that this relationship is irrespective of their alcohol and illicit substance abuse (Graves & Leigh, 1995; Rehm, Shield, Joharchi, & Shuper, 2012; Abbey, Parkhill, Buck, & Saenz, 2007; Kelly, Masters, Eakins, Danube, George, Norris, & Heiman, 2014). This association points out the

importance of targeting Latinas who are not high school graduates to complete their high school degrees and to continue education beyond high school. The knowledge and skills obtain as a result of their formal education may help these women acquire sexual efficacy and build skills to negotiate safer sexual behaviors with male partners.

As past researchers have found (Bowleg, Belgrave, & Reisen, 2000; Dixon, Antoni, Peters, & Saul, 2001; Salabarría-Peña, Lee, Montgomery, Hopp, & Muralles, 2003; Saul, Noris, Bartholow, Dixon, Peters, & Moore, 2000; Sabogal & Catania, 1996), this study found that women in committed relationships and older women are less likely to use condoms even if they suspect their partners are unfaithful. Thus, health care providers such as nurses should focus as much of an effort on talking to married older women as much as they do Latinas who are substance abusers or young single women about their sexual behaviors and their partner's sexual behaviors. Future HIV prevention and education programs with Latinas, particularly married older Latinas, need to address their beliefs about condoms and educate them to use condoms in order to create a behavior of consistent and appropriate condom use. These prevention education programs should also focus on providing the knowledge and skills necessary for Latinas to talk about safer sex and monogamy in their sexual relationships without the fear of being abandoned or abused. These prevention interventions, for example, can provide knowledge about factors that influence risky sexual patterns (sharing needles to use drugs or medications, having anal sex without condoms, having sex with men with multiple partners). Such programs can also help Latinas have a better understanding of the risks of having unprotected sex with a potentially unfaithful partner.

These findings are a starting point for future HIV prevention education research studies with Latinas in South Florida and elsewhere in the United States. Future studies need to explore more extensively the underlying cultural factors influencing married older Latinas' tendencies to assess incorrectly their risk levels for HIV or STDs, which seem to have an impact on their low levels of condom use as reported by this study. Furthermore, as shown in Table 3, very few women reported that they did not like to use condoms or that their partners did not like using them. However, condom use is being characterized only from the women's perspective, which is believed to be biased and usually overestimates the acceptability of their partners' condom use (da Silveira, dos Santos, Beria, Horta, Tomasi, & Victora, 2005). In fact, some researchers have reported that both men and women usually tend to over-report their condom use (Knipper *et al.*, 2007). Future studies should include the partners' perspectives in order to have a

more complete and exhaustive explanation of condom use. The inclusion of both partner's perspectives would provide a more comprehensive representation of condom use among Latinas.

STUDY LIMITATIONS

Several limitations need to be considered when discussing the results of this study. First, the study is cross-sectional. The results can only point to possible relationships among the variables found at a single assessment point. Second, although it helps to recruit relatively small and dispersed populations, snowball sampling increases the possibility that the participants may not be representative of all Latinas living in the United States. To account for this limitation, efforts were undertaken to include participants from major Latino subgroups such as Cuban Americans and Puerto Ricans. However, some groups (e.g., Mexican Americans and Puerto Ricans) were not well represented due to their underrepresentation in the Miami-Dade County area in general. According to census data, Latino subgroups in Miami-Dade County constituted 60.97% of the county's total population in the year 2000. The largest subgroup was Cuban, followed by Colombians and other Central American groups such as Hondurans and Nicaraguans. Thus, the current study's sample was representative of Latinas living in Miami-Dade County, but not the larger United States. Future studies are needed with more nationally representative samples to enhance the generalizability of the present results. Because sexual behavior is highly taboo, Latinas do not like to discuss it with anyone, including their own partners (Moreno, 2007). In accordance with this concern, some participants may have been untruthful about their condom use. To account for this problem, interviewers confirmed and validated condom use by asking participants these questions on more than one occasion. Additionally, these questions were asked after the first hour of the interview, in an effort to build rapport with the participants.

A major limitation is the assessment of condom use or non-use, in that it was not separately analyzed for sex with single participants with committed partners versus casual partners, which limits the interpretation of condom use correlates. Since only women were interviewed, it was not possible to obtain information from their sexual partners which may or may not have confirmed the accuracy of the information that was reported. Lastly, the amount and quality of the HIV prevention education received by these women was not measured, therefore, it is not possible to quantify how much or the quality of education they received. Future studies need to consider this limitation and include the intervention education to the study design and analysis. Asking women about condom use during the last 12 months

could have resulted in recall bias and idealized condom use rates were reported. To account for this, the Marlowe Crowne Social Desirability Scale was used, which helps inform whether women were responding in a socially desirable manner. Results showed that women answered sensitive questions with honesty regardless of their behaviors.

POLICY IMPLICATIONS

Latinas with less than high school education and older women appear to be the high-risk population for decreased condom use. Although younger (especially single) Latinas were more likely to use condoms, those with less than a high school education or who report substance abuse, also reported less condom use. Additionally, older women, particularly those who reported being married were also less likely to use a condom. Policies that encourage community interventions may be needed. Although there has been some success in promoting condom use among younger single women, there has been less success in the widespread use of condoms among those in long term committed relationships. Such is true particularly among Latina women. Perhaps Latinas would be more likely to negotiate condom use if it had less of an association to promiscuity. Developing better community campaign for condom use would first require an awareness of the risks. Policies that encourage community interventions may be needed to address specific populations and assist in empowering women and increasing the self-efficacy condom use skills. However, current administrative proposal budget cuts of hundreds of millions from CDC prevention efforts and nearly \$1 billion from global HIV/AIDS prevention programs may create “catastrophic damage to HIV prevention”, according to the Presidential Advisory Council on HIV/AIDS. Such moves would hinder prevention efforts for communities and leave them vulnerable to a rise in HIV infection.

CONCLUSIONS

These results remind us that there are psychosocial, structural as well as cultural factors that need to be taken into consideration within the Latina sexual behavior dynamics context. Sexual intercourse often takes place within a relationship in which for the most part there is a level of trust involved. Although women report “not feeling at risk,” with their main partners, they may be at risk because they usually do not talk to their partners about their sexual history or the risk of acquiring an STI (Fernandez-Esquer, Atkinson, Diamond, Useche, & Mendiola, 2004). Trust was reported as the most common reason for not using condoms during sex in this sample, as the guiding dissonance theory posits, as long as Latina women associate condom use

with distrust in the relationship, it is counterintuitive for them to use condoms with their main partners, whom they trust. Future intervention programs must take these psychosocial and structural barriers when addressing condom use among Latinas.

REFERENCES

- Abbey, A.; Parkhill, M. R.; Buck, P. O.; Saenz, C. 2007 "Condom use with a casual partner: What distinguishes college students' use when intoxicated?" en *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* N° 21(1), pp. 76-83.
- Abel, E.; Chambers, K. 2004 "Factors that influence vulnerability to STDs and HIV/AIDS among Hispanic women" en *Health Care for Women International* N° 28(8), pp. 761-780.
- Ahmed, S.; Lutalo, T.; Wawer, M.; Serwadda, D.; Sewankambo, N. K.; Nalugoda, F.; Makumbi, F.; Wabwire-Mangen, F.; Kiwanuka, N.; Kigozi, G.; Kiddugavu, M.; Gray, R. 2001 "HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: A population study in Rakai, Uganda" en *AIDS* N° 15(16), pp. 2171-2179.
- Alegria, M.; Mulvaney-Day, N.; Torres, M.; Polo, A.; Cao, Z.; Canino, G. 2007 "Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States" en *American Journal of Public Health* N° 97(1), pp. 68-75.
- Amaro, H. 1988 "Considerations for prevention of HIV infection among Hispanic women" en *Psychology of Women Quarterly* N° 12(4), pp. 429-443.
- Amaro, H.; Raj, A. 2000 "On the margin: Power and women's HIV risk reduction strategies" en *Sex Roles* N° 42(7), pp. 723-749.
- Amaro, H.; Vega, R. R.; Valencia, D. 2001 "Gender, Context and HIV Prevention Among Latinos" en Aguirre-Molina, M.; Molina, C.; Zambrana, R. E. (eds.) *Health Issues in the Latino Community* (San Francisco: Jossey-Bass).
- Amaro, H.; Raj, A.; Reed, E. 2001 "Women's sexual health: The need for feminist analyses in public health in the decade of behavior" en *Psychology of Women Quarterly* N° 25(4), pp. 324-334.
- Aronson, E. 1992 "The Return of the repressed: Dissonance theory makes a comeback" en *Psychological Inquiry* N° 3(4), pp. 303-311.
- Aronson, E. 1997 "Back to the future: Retrospective review of Leon Festinger's, a theory of cognitive dissonance" en *The American Journal of Psychology* N° 110(1), pp. 127-137.

- Betancourt, J. R.; Green, A. R.; Carrillo, J. E.; Park, E. R. 2005 "Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends" en *Health Affairs* N° 24(2), pp. 499-505.
- Billings, A. G.; Cronkite, R. C.; Moos, R. H. 1983 "Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and non-depressed controls" en *Journal of Abnormal Psychology* N° 92(2), pp. 119-133.
- Billings, A. G.; Moos, R. H. 1983 "Comparisons of children of depressed and non-depressed parents: A social-environmental perspective" en *Journal of Abnormal Child Psychology* N° 11(4), pp. 463-485.
- Bogart, L. M.; Cecil, H.; Pinkerton, S. D. 2000 "Hispanic adults' beliefs, attitudes, and intentions regarding the female condom" en *Journal of Behavioral Medicine* N° 23(2), pp. 181-206.
- Bowleg, L.; Belgrave, F. Z.; Reisen, C. A. 2000 "Gender roles, power strategies, and precautionary sexual self-efficacy: Implications for Black and Latina women's HIV/AIDS protective behaviors" en *Sex Roles* N° 42(7-8), pp. 613-635.
- Brown, J. D.; Newcomer, S. F. 1991 "Television viewing and adolescents' sexual behavior" en *Journal of Homosexuality* N° 21(1-2), pp. 77-91.
- Canino, G.; Vega, W. A.; Sribney, W. M.; Warner, L. A.; Alegría, M. 2008 "Social relationships, social assimilation, and substance use disorders among adult Latinos in the U. S." en *Journal of Drug Issues* N° 38(1), pp. 69-102. En <<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC2792759/>>.
- Centers For Disease Control and Prevention 2007 "Deaths, percent of total deaths, and death rates for the 15 leading causes of death in 5-year age groups, by Hispanic origin, race for non Hispanic population and sex: United States, 2004" en <https://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/LCWK4_2004.pdf>.
- Centers For Disease Control and Prevention 2012 "Deaths, percent of total deaths, and death rates for the 15 leading causes of death in 5-year age groups, by Hispanic origin, race for non-Hispanic population and sex: United States, 2010" en <https://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/LCWK4_2010.pdf>.
- Centers For Disease Control and Prevention 2013 "Condom fact sheet in brief" en <<https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/condomfactsheetinbrief.pdf>>.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC 2017a "CDC fact sheet: HIV among Latinos" en <<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-hiv-latinos-508.pdf>>.

- Centers for Disease Control and Prevention 2017b “CDC fast facts: HIV among Hispanics/Latinos” en <<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/group/raciaethnic/>>.
- Centers for Disease Control and Prevention 2017c “HIV among Hispanics/Latinos” en <<https://www.cdc.gov/hiv/group/raciaethnic/hispaniclatinos/index.html>>.
- Chapman, S.; Jafa, K.; Longfield, K.; Vielot, N.; Buszin, J.; Ngamkitpaiboon, L.; Kays, M. 2012 “Condom social marketing in Sub-Saharan Africa and the total market approach” en *Sexual Health* N° 9(1), pp. 44-50.
- Civic, D.; Scholes, D.; Ichikawa, L.; Grothaus, L.; McBride, C.; Yarnall, K. S.; Fish, L. 2002 “Ineffective use of condoms among young women in managed care” en *AIDS Care* N° 14(6), pp. 779-788.
- Connell, R.W. 1987 *Gender and power: Society, the person, and sexual politics* (Stanford: Stanford University Press).
- da Silveira, M. F.; dos Santos, I. S.; Beria, J. U.; Horta, B. L.; Tomasi, E.; Victora, C. G. 2005 “Factors associated with condom use in women from an urban area in southern brazil” en *Caderno de Saude Publica* N° 21(5), pp. 1557-1564.
- Corbett, A. M.; Dickson-Gómez, J.; Hilario, H.; Weeks, M. R. 2009 “A Little Thing Called Love: Condom Use in High-Risk Primary Heterosexual Relationships” en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* N° 41, pp. 218-224.
- Dariotis, J. K.; Sifakis, F.; Pleck, J. H.; Astone, N. M.; Sonenstein, F. L. 2011 “Racial and ethnic disparities in sexual risk behaviors and STDs during young men’s transition to adulthood” en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* N° 43(1), pp. 51-59.
- Dawson, D. A. 2003 “Methodological issues in measuring alcohol use” en *Alcohol Research & Health* N° 27(1), pp. 18-29.
- Davila, Y. R. 2000 “Hispanic women and AIDS: Gendered risk factors and clinical implications” en *Issues in Mental Health Nursing* N° 21(6), pp. 635-646.
- Davila, Y. R. 2002 “Influence of abuse on condom negotiation among Mexican American women involved in abusive relationships” en *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* N° 13(6), pp. 46-56.
- De La Rosa, M.; Dillon, F. R.; Ganapati, N. E.; Rojas, P.; Pinto, E.; Prado, G. 2010 “Mother-daughter attachment and drug abuse among Latinas in the United States” en *Journal of Drug Issues* N° 40(2), pp. 379-404.

- Deren, S.; Shedlin, M.; Beardsley, M. 1996 "HIV-related concerns and behaviors among Hispanic women" en *AIDS Education and Prevention* N° 8(4), pp. 335-342.
- Demirhan, K.; Çakır-Demirhan, D. 2015 "Gender and politics: Patriarchal discourse on social media" en *Public Relations Review Journal* N° 41(2), pp. 308-310.
- Dixon, D. A. 1997 "Predictors of HIV sexual risk behavior in Hispanic women", Disertación doctoral (Nueva York: Yeshiva University).
- Dixon, D. A.; Antoni, M.; Peters, M.; Saul, J. 2001 "Employment, social support and HIV sexual risk behavior in Puerto Rican women" en *AIDS and Behavior* N° 5(4), pp. 331-342.
- Dixon, D. A.; Peters, M.; Saul, J. 2003 "HIV sexual risk behavior among Puerto Rican women" en *Health Care For Women International* N° 24(6), pp. 529-543.
- East, S.; Africa, S. S. 2010 "Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector" en *Europe* N° 85.
- Ehrhardt, A. A.; Yingling, S.; Zawadzki, R.; Martinez-Ramirez, M. 1992 "Prevention of heterosexual transmission of HIV: Barriers for women" en *Journal of Psychology & Human Sexuality* N° 5(1-2), pp. 37-67.
- Elliot, A. J.; Devine, P. G. 1994 "On the motivational nature of cognitive dissonance: Dissonance as psychological discomfort" en *Journal of Personality and Social Psychology* N° 67(3), pp. 382-394.
- Eitel, P.; Friend, R. 1999 "Reducing denial and sexual risk behaviors in college students: A comparison of a cognitive and a motivational approach" en *Annals of Behavioral Medicine* N° 21(1), pp. 12-19.
- Fernandez-Esquer, M. E.; Atkinson, J.; Diamond, P.; Useche, B.; Mendiola, R. 2004 "Condom use self-efficacy among U.S. and foreign-born Latinos in Texas" en *Journal of Sex Research* N° 41(4), pp. 390-399.
- Festinger, L.; Carlsmith, J. 1959 "Cognitive consequences of force compliance" en *The Journal of Abnormal Psychology* N° 59(2), pp. 203-210.
- Flaskerud, J. H.; Uman, G. 1993 "Direction for AIDS education for Hispanic women based on analyses of survey findings" en *Public Health Reports* N° 108(3), pp. 298-304. En <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403380/pdf/pubhealthrep00067-0036.pdf>>.

- Gómez, C. A.; Marín, B. V. 1996 "Gender, culture, and power: Barriers for HIV prevention strategies for women" en *Journal of Sex Research* N° 33(4), pp. 355-362.
- Graves, K. L.; Leigh, B. C. 1995 "The relationship of substance use to sexual activity among young adults in the United States" en *Family Planning Perspectives* N° 27(1), pp. 18-33.
- Greenwald, A. G.; Ronis, D. L. 1978 "Twenty years of cognitive dissonance: Case study of the evolution of a theory" en *Psychological Review* N° 85(1), pp. 53-57.
- Griffin, E. A. 2006 "Cognitive dissonance theory of Leon Festinger" en Griffin, E. A. (ed.) *A First Look of Communication Theory* (Boston: McGraw-Hill) pp. 206-215.
- Harlow, L. L.; Quina, K.; Morokoff, P. J.; Rose, J. S.; Grimley, D. M. 1993 "HIV risk in women: A multifaceted model" en *Journal of Applied Biobehavioral Research* N° 1(1), pp. 3-38.
- Heimer, R.; Kaplan, E. H.; O'Keefe, E.; Khoshnood, K.; Altice, F. 1994 "Three years of needle exchange in new haven: What have we learned?" en *AIDS Public Policy Journal* N° 9(2), pp. 59-74.
- Hlaing, W. M.; Darrow, W. W. 2006 "HIV risk reduction among young minority adults" in Broward County en *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* N° 17(2), pp. 159-173.
- Kelly, C. D.; Masters, N. T.; Eakins, D.; Danube, C. L.; George, W. H.; Norris, J.; Heiman, J. R. 2014 "Alcohol intoxication and condom use self-efficacy effects on women's condom use intentions" en *Addictive Behaviors* N° 39(1), pp. 153-158.
- Knipper, E.; Rhodes, S. D.; Lindstrom, K.; Bloom, F. R.; Leichliter, J. S.; Montañó, J. 2007 "Condom use among heterosexual immigrant Latino men in the southeastern United States" en *AIDS Education & Prevention* N° 19(5), pp. 436-447.
- Koss, C. A.; Dunne, E. F.; Warner, L. 2009 "A systematic review of epidemiologic studies assessing condom use and risk of syphilis" en *Sexually Transmitted Diseases* N° 36(7), pp. 401-405.
- Leigh, B. C.; Stall, R. 1993 "Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV" en *American Psychologist* N° 48(10), pp. 1035-1045.
- Life Course and Health Research Center 1997 Transitions: A study of stress and wellbeing in young adulthood. Title of Project: Drug Use Trajectories—Ethnic/Racial Comparisons. National Institute on Drug Abuse (NIDA) Grant Number DA10772 (Miami: Florida International University).*

- Lindemann, D. F.; Brigham, T. A.; Harbke, C. R.; Alexander, T. 2005 "Toward errorless condom use: A comparison of two courses to improve condom use skills" en *AIDS and Behavior* N° 9(4), pp. 451-457.
- Livingston, G.; Minushkin, S.; Cohn, D'Vera 2008 "Hispanics and Health Care in the United States: Access, information and knowledge" en <<http://pewhispanic.org/files/reports/91.pdf>>.
- Marotta, S. A.; Garcia, J. G. 2003 "Latinos in the United States in 2000" en *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* N° 25(1), pp. 13-34.
- Martinez, R. G.; Chavez, L. R.; Hubbell, F. A. 1997 "Purity and passion: risk and morality in Latina immigrants and physicians' beliefs about cervical cancer" en *Medical Anthropology* N° 17(4), pp. 337-362.
- Maticka-Tyndale, E. 2012 "Condoms in Sub-Saharan Africa" en *Sexual Health* N° 9(1), pp. 59-72.
- Mays, V. M.; Cochran, S. D. 1988 "Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by Black and Hispanic/Latina women" en *American Psychologist* N° 43(11), pp. 949-957.
- McCraen, C. F.; Boneham, M. A.; Copeland, J. R.; Williams, K. E.; Wilson, K.; Scott, A.; Cleave, N. 1997 "Prevalence of dementia and depression among elderly people in Black and ethnic minorities" en *The British Journal of Psychiatry* N° 171(3), pp. 269-273.
- McFarlane, J.; Parker, B.; Soeken, K.; Bullock, L. 1992 "Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care" en *Journal of American Medical Association* N° 267(23), pp. 3176-3178.
- McLellan-Lemal, E.; O'Daniels, C. M.; Marks, G.; Villar-Loubet, O.; Doherty, I. A.; Simpson, C.; Borkowf, C. B. 2012 "Sexual risk behaviors among African-American and Hispanic women in five counties in the Southeastern United States: 2008-2009" en *Women's Health Issues* N° 22(1), pp. 9-18.
- McQuiston, C.; Gordon, A. 2000 "The timing is never right: Mexican views of condom use" en *Health Care for Women International* N° 21(4), pp. 277-290.
- Messina, S. A. 1994 *A Youth Leader's Guide to Building Cultural Competence* (Washington, D.C.: Advocates for Youth).
- Moore, J.; Harrison, J. S.; Kay, K. L.; Deren, S.; Doll, L. S. 1995 "Factors associated with Hispanic women's HIV-related communication and condom use with male partners" en *AIDS Care* N° 7(4), pp. 415-427.

- Moreno, C. L. 2007 "The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas" en *Qualitative Health Research* N° 17(3), pp. 340-352.
- Morokoff, P. J.; Quina, K.; Harlow, L. L.; Whitmire, L.; Grimley, D. M.; Gibson, P. R.; Burkholder, G. J. 1997 "Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation" en *Journal of Personality and Social Psychology* N° 73(4), pp. 790-804.
- Munoz-Laboy, M.; Hirsch, J. S.; Quispe-Lazaro, A. 2009 "Loneliness as a sexual risk factor for male Mexican migrant workers" en *American Journal of Public Health* N° 99(5), pp. 802-810.
- Murphy, D. A.; Rotheram-Borus, M. J.; Reid H. M. 1998 "Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social cognitive factors and behavioral skills" en *Journal of Adolescence* N° 21(2), pp. 197-208.
- Naimi, T. S.; Brewer, R. D.; Mokdad, A.; Denny, C.; Serdula, M. K.; Marks, J. S. 2003 "Binge drinking among US adults" en *Jama* N° 289(1), pp. 70-75.
- National Abortion Rights Action League Foundation 1995 *Sexuality Education in America: A State-by-State Review* (Washington, D.C.: National Abortion Rights Action League Foundation).
- O'Farrell, T. J.; Fals-Stewart, W.; Murphy, M. 2003 "Concurrent validity of a belief self-report drug use frequency measure" en *Addictive Behaviors* N° 28(2), pp. 327-337.
- Ortiz-Torres, B.; Serrano-Garcia, I.; Torres-Burgos, N. 2000 "Subverting culture: Promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women" en *American Journal of Community Psychology* N° 28(6), pp. 859-881.
- Peragallo, N. 1996 "Latino women and AIDS risk" en *Public Health Nursing* N° 13(3), pp. 217-222.
- Peragallo, N.; Deforge, B.; O'Campo, P.; Lee, S. M.; Kim, Y. J.; Cianelli, R.; Ferrer, L. 2005 "A randomized clinical trial of an HIV-risk-reduction intervention among low-income Latina women" en *Nursing Research* N° 54(2), pp. 108-118.
- Pérez-Escamilla, R.; Putnik, P. 2007 "The role of acculturation in nutrition, lifestyle, and incidence of type 2 diabetes among Latinos" en *Journal of Nutrition* N° 137(4), pp. 860-870.
- Plichta, S. B.; Weisman, C. S.; Nathanson, C. A.; Ensminger, M. E.; Robinson, J. C. 1992 "Partner-specific condom use among adolescent women clients of a family planning clinic" en *Journal of Adolescent Health* N° 13(6), pp. 506-511.

- Pulerwitz, J.; Amaro, H.; De Jong, W.; Gortmaker, S. L.; Rudd, R. 2002 "Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA" en *AIDS Care* N° 14(6), pp. 789-800.
- Rehm, J.; Shield, K. D.; Joharchi, N.; Shuper, P. A. 2012 "Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: Systematic review and meta-analysis of experimental studies" en *Addiction* N° 107(1), pp. 51-59.
- Rickert, V. I.; Sanghvi, R.; Wiemann, C. M. 2002 "Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause of concern?" en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* N° 34(4), pp. 178-183.
- Riehman, K. S.; Sly, D. F.; Soler, H.; Eberstein, I. W.; Quadagno, D.; Harrison, D. F. 1998 "Dual-method use among an ethnically diverse group of women at risk of HIV infection" en *Family Planning Perspectives* N° 30(5), pp. 212-217.
- Rivera-Diaz, M.; Varas-Diaz, N.; Coriano Ortiz, D.; Padilla, M.; Reyes Estrada, M.; Serrano, N. 2015 "Ellos de la calle: Nosotras de la casa: Discurso patriarcal y las experiencias de mujeres que viven con el VIH/SIDA en puerto rico" en *Cuadernos De Trabajo Social* N° 28(1).
- Rocca, C. H.; Harper, C. C. 2012 "Do Racial and Ethnic Differences in Contraceptive Attitudes and Knowledge Explain Disparities In Method Use?" en *Perspective of Sexual Reproductive Health* N° 44, pp. 150-158.
- Sabogal, F.; Catania, J. A. 1996 "HIV risk factors, condom use, and HIV antibody testing among heterosexual Hispanics: The National AIDS Behavioral Surveys (NABS)" en *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* N° 18(3), pp. 367-391.
- Sabogal, F.; Perez-Stable, E. J.; Otero-Sabogal, R.; Hiatt, R. A. 1995 "Gender, ethnic, and acculturation differences in sexual behaviors: Hispanic and Non-Hispanic white adults" en *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* N° 17(2), pp. 139-159.
- Salabarría-Peña, Y.; Lee, J.; Montgomery, S. B.; Hopp, H. W.; Muralles, A. A. 2003 "Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American descent" en *AIDS and Behavior* N° 7(2), pp. 163-174.
- San Doval, A.; Duran, R.; O'Donnell, L.; O'Donnell, C. R. 1995 "Barriers to condom use in primary and nonprimary relationship among Hispanic STD clinic patients" en *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* N° 17(3), pp. 385-397.
- Sangi-Haghpeykar, H.; Poindexter, A. N.; Young, A.; Levesque, J. E.; Horth, F. 2003 "Extra-relational sex among Hispanic women and their condom-related behaviours and attitudes" en *AIDS Care* N° 15(4), pp. 505-512.

- Saul, J.; Noris, F. H.; Bartholow, K. K.; Dixon, D.; Peters, M.; Moore, J. 2000 "Heterosexual risk for HIV among Puerto Rican women: Does power influence self-protective behavior?" en *AIDS and Behavior* N° 4(4), pp. 361-371.
- Scott-Sheldon, L. A.; Huedo-Medina, T. B.; Warren, M. R.; Johnson, B. T.; Carey, M. P. 2011 "Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010" en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* N° 58(5), pp. 489-498.
- Shedlin, M. G.; Deren, S. 2002 "Cultural factors influencing HIV risk behavior among Dominicans in New York City" en *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* N° 1(1), pp. 71-95.
- Sobo, E. J. 1995 "Finance, romance, social support, and condom use among impoverished inner-city women" en *Human Organization* N° 54(2), pp. 115-128.
- Soler, H.; Quadagno, D.; Sly, D. F.; Riehman, K. S.; Eberstein, I. W.; Harrison, D. F. 2000 "Relationship dynamics, ethnicity, and condom use among low-income women" en *Family Planning Perspectives* N° 32(2), p. 82.
- Sowell, R. L.; Holtz, C. S.; Velasquez, G. 2008 "HIV infection returning to Mexico with migrant workers: An exploratory study" en *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* N° 19(4), pp. 267-282.
- Turner, B. J.; Fleishman, J. A.; Wenger, N.; London, A. S.; Burnam, M. A.; Shapiro, M. F.; Bozzette, S. A. 2001 "Effects of drug abuse and mental disorders on use and type of antiretroviral therapy in HIV-infected persons" en *Journal of General Internal Medicine* N° 16(9), pp. 625-633.
- U.S Census Bureau 2014 2014 "National Population Projections Tables" en <<https://www.census.gov/data/tables/2014/demo/popproj/2014-summary-tables.html>>.
- Volkow, N. 2006 "Hispanic drug abuse research: Challenges and opportunities" en *Drug and Alcohol Dependence* N° 84, sup. 1, pp. S4-S7.
- Weeks, M. R.; Schensul, J. J.; Williams, S. S.; Singer, M.; Grier, M. 1995 "AIDS prevention for African-American and Latina women: Building culturally and gender-appropriate intervention" en *AIDS Education and Prevention* N° 7(3), pp. 251-264.
- Wilson, E. K.; Koo, H. P. 2008 "Associations Between Low-Income Women's Relationship Characteristics and Their Contraceptive Use" en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* N° 40, pp. 171-179.

- Wingood, G. M.; Di Clemente, R. J. 1997 "The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African American women" en *American Journal of Public Health* N° 87(6), pp. 1016-1018.
- Wingood, G. M.; Di Clemente, R. J. 1998 "Partner influences and gender-related factors associated with non-condom use among young adult African-American women" en *American Journal of Community Psychology* N° 26(1), pp. 29-51.
- Wingood, G. M.; Di Clemente, R. J. 2000 "Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women" en *Health Education & Behavior* N° 27(5), pp. 539-565.
- Winters, K. C.; Stinchfield, R. D.; Henly, G. A. 1993 "Further validation of new scales measuring adolescent alcohol and other drug abuse" en *Journal of Studies on Alcohol* N° 54(5), pp. 534-541.

Table 1. Correlation Table: Vaginal Condom Use

	Didn't use condom (n=130, 56.27%)	Used condom sometimes (n=55, 23.80%)	Used condom all the time (n=46, 19.91%)	P value
Age (years)				
	39.87±12.56	28.96±10.15	33.37±13.65	
Income (%)				0.805
0-14,999	66.15	58.18	63.04	
15,000-34,999	26.15	29.09	28.26	
35,000 or more	7.69	12.73	8.70	
Education (%)				0.103
Less than high school	31.30	14.55	26.09	
High school or equal	19.85	21.82	17.39	
Some college	26.72	42.27	45.65	
Bachelor	17.56	12.73	8.70	
Graduate	4.58	3.64	2.17	
US or Foreign born (%)				0.424
U.S. born	36.64	44.64	32.61	
Foreign born	63.36	56.36	67.39	
Marriage				<0.001
Married or committed	44.27	21.43	15.22	
Single	55.73	78.57	84.78	
Substance use				0.003
Non-mis-user	53.44	26.79	50.00	
Mis-user	46.56	73.21	50.00	

*Sample size = 241. Missing = 8.

Table 2. Reasons for using condoms or insisting for condom use during vaginal sex all the time

Reasons	Frequency	Percent
Only Contraceptive reasons	25	28.41
Condoms were available	6	6.82
Need STD and contraceptive protection	20	22.73
Need HIV/STD protection	23	26.14
Did not know partner well/did not trust partner	12	13.64

Reasons	Frequency	Percent
Do not know or Need contraceptive and did not trust partners	2	2.28
Total	88	100.00

Table 3. Reasons for not using condoms or not insisting on condom use during vaginal sex

Reasons	Frequency	Percent
Using other forms of contraceptives or wanting to have children	37	19.89
Does not like it	13	6.99
Never used it before	8	4.30
Trust and monogamous relationship	69	37.10
Not available	13	6.99
Trust and not contraceptive needed	7	3.76
Careless and negligence	7	3.76
Does not feel at risk of STIs	14	7.53
Drunk or on drugs	3	1.61
Partner does not like it or want	10	5.38
Trust and does not like it	1	0.54
Did not know about condoms	1	0.54
Does not know the reason	2	1.08
Afraid and ashamed to ask for its use	1	0.54
Total	186	100.00

Table 4. Correlates of Condom Use among substance mis-using and non-mis-using Latinas.

Variable	Odds Ratio	95% CI	P- Value
Age			
	0.96	0.92,0.99	0.021
Mother or Daughter			
Daughter	1.04	0.39,2.80	0.937
Mother			
Substance use			
Mis-user	1.62	0.86,3.03	0.133
Non-misuser			
Marriage			
Single	2.70	1.32,5.51	0.006
Married or committed			
HIV prevention			
Yes	0.98	0.51,1.89	0.963
No			
Income			
35,000-	1.50	0.47,4.82	0.495
15,000-34,999	0.91	0.43,1.91	0.804
0-14,999			
Education			
Graduate	1.72	0.37,7.92	0.485
Bachelor	1.05	0.43,2.57	0.922
Some college	3.81	1.66,8.74	0.002
HS or equal	2.34	0.92,5.98	0.075
less than HS			

CHILDREN, WAR, HIV/AIDS AND THE HUMAN RIGHTS IMPERATIVE: BIO-PSYCHO-SOCIAL OUTCOMES

Hugo Kanya

INTRODUCTION

The face of HIV/AIDS has changed considerably over the past 30 years across the world. In Africa, devastating effects can be traced to various populations, including women and children. This article explores the status of children affected by war and HIV/AIDS using key biopsychosocial outcomes.

The effects of the HIV/AIDS epidemic are widespread and persistent, reaching across cultures, borders, and generations. HIV/AIDS has been regarded as one of the most destructive diseases humankind has ever faced, and it has brought profound social, economic, and public health consequences (Verma & Lata, 2016: 315). HIV/AIDS has become one of the world's most serious health and development challenges; however, much progress has been made in recent years. In 2013, there were 210,000 new HIV infections among children in sub-Saharan Africa, which is a 43% decrease of new HIV infections in children since 2009 (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014). Even with overall rates of HIV/AIDS decreasing, the number of children orphaned due to HIV/AIDS remains a social and public health issue.

Global statistics indicate that 90% of all children orphaned as a result of HIV/AIDS live in sub-Saharan Africa (Nabunya & Ssewamala, 2014). Uganda is one of the countries that has been hit the hardest. Even with declining rates of infection, "Uganda, is estimated to have

over 2.7 million orphaned children, with 1.2 million of them directly resulting from HIV/AIDS” (Nabunya & Ssewamala, 2014: 131). While the effects of such great loss due to HIV can be felt by leaders, and community members, it begins long before that for the children of those who are infected. When the adults in the house become sick, it is usually the beginning of a long, painful process that affects the health and wellbeing of dependents in the house.

This distress is intensified in communities with higher levels of poverty, and in areas recovering from war (Sayson & Meya, 2001). In these communities, children are most vulnerable, “often, they cease to receive sufficient parental care and support long before their parents and guardians lose their jobs, their sources of household income, and, eventually, their lives” (Sayson & Meya, 2001: 543). As described in a study in Ghana that investigated children affected by HIV/AIDS, “Parental deaths and illnesses are childhood traumatic events that are associated with several physical, psychiatric and psychosocial health problems” (Doku, Dotse, & Mensah, 2015: 1). Distress related to the illness or loss of parents or caregivers is compounded by increased demands on the children, which might lead to further physical or mental damage (Verma & Lata, 2016: 316). Physical, psychiatric, and psychosocial problems might be better understood as bio-psycho-social outcomes.

This article will examine the bio-psycho-social outcomes for children orphaned due to HIV/AIDS. Many children are often orphaned. It also examines specific issues of war and conflict in the lives of these children. Special attention will be directed to Uganda as a case illustration. These issues are further explored in the context of globalization and human rights.

BIOLOGICAL FACTORS AND THEIR IMPACT FOR CHILDREN DUE TO HIV/AIDS

Orphans of HIV/AIDS may be impacted differently by loss depending on their age, sex, birth order, and many other biological factors including possible transmission of HIV/AIDS. Numerous studies have highlighted the multidimensional disadvantages and stressors associated with orphanhood due to HIV/AIDS, with special attention directed to the toll on female children. One study found that female HIV/AIDS orphans consistently scored higher than their male counterparts on a distress scale, citing that “girls were more likely than boys to have experienced the death of a loved one and other traumatic events and reported more sources of stress in their daily lives” (Verma & Lata, 2016: 321). Indeed, patriarchal family structures help boys early on to be regarded as capable, independent, and streetwise, which is not the case for young girls who are often responsible for household tasks

and other emotional labor (Sayson & Meya, 2001). Outcomes for boys and girls are different even in the absence of parental HIV/AIDS: “following the loss of a parent, girls are more likely to take on additional household responsibilities, such as taking care of a surviving parent and young children” (Nabunya & Ssewamala, 2014: 135).

In general, sub-Saharan culture and traditions prefer boys to girls. Orphaned girls are at particular disadvantage in regard to social isolation, which can result from removal from school early on, and early sexual activity including early marriages and even early infection with HIV/AIDS (Sayson & Meya, 2001). Orphaned girls may feel that their attractiveness or sexuality is an asset to be utilized, putting them at risk for the very disease to which they lost their parents. Some girls seek out, or are sought out by older men who might act as “sugar daddies.” These types of relationships might help the girls in the short term with school fees, food, or others assets but have the potential to cause long term damage due to exchanged sexual favors that increase the child’s physical and emotional risk” (Sayson & Meya, 2001: 546). These factors expose the children to great risk.

PSYCHOLOGICAL FACTORS AND THEIR IMPACT FOR CHILDREN DUE TO HIV/AIDS

There is a certain amount of psychological distress associated with orphanhood. Children who lose their parents to HIV/AIDS, unlike other orphans, “begin to suffer psychologically and emotionally long before the death of their parents” (Nabunya & Ssewamala, 2014: 131). These children are often charged with the care of the sick parent or parents in addition to fulfilling other household tasks, which leaves little time to process the loss and grief they may be experiencing. Additional responsibilities, including caring for a sick parent, can negatively impact children’s psychological well-being (Nabunya & Ssewamala, 2014).

Compared to children orphaned due to other causes, “children orphaned as a result of HIV/AIDS are more likely to experience anxiety, depression, sadness, hopelessness and loneliness, posttraumatic stress and suicidal feelings” (Nabunya, & Ssewamala, 2014: 132). Another study reached similar conclusions, citing that “children orphaned by AIDS are at risks for a range of adjustment difficulties including emotional problems, behavioral difficulties, self-esteem, suicide ideation, anxiety, conduct problems, post-traumatic stress disorder, delinquency problems” (Doku *et al.*, 2015: 1). Psychological trauma presents one of the major negative outcomes for HIV/AIDS orphans.

Indeed, one “major repercussion of the HIV/AIDS epidemic is the challenge of caring for the children who have been dramatically affected by watching their parents fall sick, become incapacitated, lose

their jobs, become stigmatized, and die” (Sayson & Meya, 2001: 541). So much of the burden falls on the children of those who are infected, leaving both parents and children feeling scared, confused, and powerless. Family systems and health systems are unable to meet the growing needs of those infected with HIV/AIDS, often leaving gaps in care for both parents and children. In addition, “the children’s plight is further aggravated by the adults’ loss of income and earning capacity due to illness and to increased costs of health care” (Sayson & Meya, 2001: 544). Distress and adjustment difficulties experienced by children are exacerbated by reduced income, or complete loss of income, and by limited medical treatment available for HIV/AIDS.

Children may incur additional psychological distress when they begin to lose other adults to HIV/AIDS, such as teachers or extended family members. These losses limit the available outside support systems for children, and can lead to further trauma. After parental loss, “children may experience stigma, changes in living situations and a lack of support, which continues to complicate their grieving process” (Nabunya & Ssewamala, 2014: 131). The psychological impact left in the wake of multiple losses can destabilize a child’s sense of self and leave them with long-term adjustment difficulties that may limit their ability to be self-sufficient once they become orphaned.

In some cases, due to the loss of one or both parents, children may be dispersed among relatives or several households without opportunities to engage in collective grieving. Orphaned children are often treated as second class members of society with great burdens placed on them by families that take them in. Often, they are the last to sleep and first to rise—with a massive list of chores to complete. The overall impact of all these conditions is the generational transmission of deprivation among children. Female children often carry the brunt of these effects. Girls often continue the vicious cycle of oppression and suppression into future generations. These girls are often married off at an early age or seek out older men for economic security. In some cases, they become homeless, where social support is reduced and psychosocial distress intensifies. Even for children in less extreme circumstances, psychological problems relating to loss and bereavement may affect behavior and development. Stigma associated with HIV/AIDS frequently compounds their emotional stress and vulnerability.

SOCIAL FACTORS AND THEIR IMPACT FOR CHILDREN DUE TO HIV/AIDS

Children may experience the most negative social stigma associated with HIV/AIDS prior to the death of their parents. According to one study, “children living with HIV/AIDS-infected parents reported lower

perceived social support than children orphaned by AIDS” (Doku *et al.*, 2015: 7). Findings from Doku *et al.* (2015) also suggest that children are often left in limbo during this time, after infection but before the death of their parents. HIV/AIDS infection greatly limits a parent’s “ability to provide quality child care, yet other support systems have not come into play because the parents are still alive and in a caregiving role” (Doku *et al.*, 2015: 7). This difficult situation is intensified by stigma, discrimination, and social exclusion associated with living with someone who is infected with HIV/AIDS. Therefore, children who are living with, and caring for a sick parent or parents, may be at the greatest risk for negative social outcomes.

Indeed, these children have a limited available social network which affects “their ability to seek and receive support from their family, friends and the community at large” (Doku *et al.*, 2015: 7). Family systems of those with HIV/AIDS “suffer disproportionately from stigma, isolation, and impoverishment, an emotional toll that weighs heaviest on the children” (Sayson & Meya, 2001: 544). When children do finally lose their parents to the illness, they also risk losing their shelter, clothes, food, education, and other necessities while trying to manage themselves and possibly their siblings.

In communities where HIV/AIDS is more concentrated, traditional support systems may be unable to accommodate the influx of orphans. Doku *et al.* (2015) noted that “multiple losses such as the death of parents, siblings, relatives and neighbors may overwhelm the traditional support system provided by extended family members and other established supportive environments of community networks” (2015: 2). Because of the impact of HIV/AIDS, children who might have been able to move in with grandparents or neighbors are unable to do so, something that greatly limits the available support for them. In the past, extended family systems were the main safety net for orphans; “today, the age-old traditional social system—which proved itself resilient to so many social changes—is buckling under the unprecedented strain of AIDS” (Sayson & Meya, 2001: 547). Many children are left to their own devices, often forming child-headed households in response to the absence of a parent or caregiver.

The role of stand-in parent disproportionately falls on the oldest children in families, making them responsible for younger siblings and the completion of necessary household tasks. In Uganda, there are many child-headed households. It is estimated that 2% of households in the Rakai district, and 2.8% of households in the Kabarole district, are child-headed (Satzinger, Kipp, & Rubaale, 2012). The overwhelming number of child-headed households highlights a system that is overworked, largely due to the high mortality rate of HIV/AIDS.

One negative social outcome associated with child-headed households is decreased school enrollment. While the desire to attend school may be present, there are many obstacles associated with orphanhood that prevent children from staying in school. For example, “most orphans cannot afford school fees, so they come to school with tattered clothes but without pencils or exercise books” (Sayson & Meya, 2001: 545). It is not surprising that these children are not able to do as well in school, or that they feel forced to drop out. In addition to financial strains, children may have limited food and might have to go to school without eating, which automatically puts them at a disadvantage. Improper nutrition compounded with the stress of running a household or taking care of siblings is exhausting, and many children are unable to stay awake and perform at school (Sayson & Meya, 2001). This brings about a different kind of social outcome for orphan children, one where they are overwhelmed with hardship and humiliation. In such cases, children may simply drop out of school.

As school attendance diminishes and education feels more unattainable, children may try to obtain jobs or turn to the streets. Age and limited education often place orphans at a disadvantage, and some engage in illegal activities such as robbery, prostitution, or selling drugs to make ends meet (Sayson & Meya, 2001: 545). Indeed, these grim prospects represent their own implications for the social outcomes for HIV/AIDS orphans. One study found that the mere act of “attending school is a significant predictor of higher perceived social support from friends and significant others” (Doku *et al.*, 2015: 7). This could mean that the negative outcomes associated with dropping out, especially due to HIV/AIDS-related issues, could be mitigated by allowing children to engage with their peers and develop their own social supports organically.

THE WAR AND ITS IMPLICATIONS FOR CHILDREN IN UGANDA

For 21 years, Northern Uganda was embroiled in a war that has had lasting, devastating effects on vast populations in Uganda. The war at the hands of the Lord’s Resistance Army (LRA) has created a generation of children who have only known a culture of conflict. In 1986, a war in Northern Uganda began between a rebel group, called the Lord’s Resistance Army (LRA) and the Ugandan Government (Amone-P’Olak *et al.*, 2006: 656). The Acholi, the group of people that inhabit the lands of Northern Uganda, were attacked, tortured, and murdered by the LRA over a long term political and economic disenfranchisement (Veal & Stavrou, 2007: 274). The leader of the LRA, Joseph Kony, was believed to be possessed by powerful spirits and his rebel group, “The LRA [was] described more aptly as a warlord and his militia,

where the militia consist[ed] of significant numbers of abducted children and youth” (Veale & Stavrou, 2007: 275). Several attempts to stop this rebel group failed, resulting in massive abductions during this 21-year period. The children were abducted—taken from their families, who were often killed—and turned into child soldiers and forced to fight, steal, beat and kill. The experiences they had while fighting were extensive and severe, including: “...participating in or witnessing terror attacks, bombardments, killings, beating and fighting in battles to witnessing the death of close family members, sexual abuse and exposure to dead bodies” (Amone-P’Olak, 2006: 656). Many of these children suffered psychological and emotional abuse at the hands of the war lords. Even in the aftermath of war, they continue to suffer the consequences of these experiences.

These children began as targets of the war, but many would become perpetrators. They have suffered torture, loss, and exploitation at the hands of warlords. The 21-year war in Northern Uganda led large groups of people, including children to be displaced. They were sent to camps in horrible environments with gross deprivation, extreme overcrowding, limited resources, poor sanitation, limited health services, and lacking in food security (Corbin, 2008; Finnstrom, 2008).

Children who were captured were exposed to a variety of risk factors. Many were exposed to disease and infection, making them susceptible to HIV and AIDS. Some of the effects of war included a weakening of their immune system. Many of these children became targets of warlords. In addition to the violence of the war, many children were exposed to other risk factors, including the use of drugs and alcohol. Female children often became sex slaves of war lords.

The children were easy targets of exploitation. They were often charged with dangerous tasks, including mine setting targets and detection of danger zones. During the war, these children were seen as dispensable. The war created a major disruption of social and family networks, a disruption of economic networks, and a disruption of socio-cultural norms (Adelman & Peterman, 2014; Mels, Derluyn, Broekaert, & Rossee, 2010; Joireman, Sawywer, & Wilhoit, 2011; O’Reilly, 2015; Roberts, Odong, Browne, Ocaka, Geissler, & Scondorp, 2009). Many children did not know why they were fighting and did not know on whose side they were fighting. Many were cast in positions where they were forced to do horrible acts—not only against the enemy but, in some cases, against their own family members. The accounts of these children reveal gruesome stories of abduction, torture, killings, burnings, sexual abuse, starvation, witnessing family members being killed, oppression, and suppression.

One account of a 19 year-old describes fear and hate:

Sometimes, we crossed the same river two or three times to escape being noticed by the enemy. We kept running. We did not know who we were running away from. We could not trust anyone. It was very scary. We had to make it one way or other. Some of the children belonged to the enemy and they reported on us. We were too scared to sleep at night. We wondered what would happen to us. We *hated* them and I suppose they *hated* us. (Mot)

Another account of a 14-year old details the horrible conditions in the warlords' camps:

Life in the camp was very bad. We received small rations of food, cornmeal, nothing much. Sometimes we would have to trade in our food to get other necessities. We had to decide whether we eat in the morning and spend the day on empty stomachs or eat in the evening and have a good night's sleep... (Chet)

Many of these children were caught in a web of vulnerable and gullible cycles. They were used as manual labor, guard duty, front-line fighting, sea and land mine setters, and radio and communication transmitters. These children were used both as targets and perpetrators of war. They suffered various forms of exploitation serving as laborers and sex slaves and often used in ritualistic abuse. They often carried out killings at the bequest of adults and older children. These experiences not only alienated them from others, they also internally created isolation from their own sense of self,

One might ask: why were these children embroiled in this war? What were the conditions under which they fought? What have been the effects on these children? What role(s) do researchers, practitioners, and policy makers at local and global levels play in addressing the violation of human rights in the case of these children?

The case of Uganda illustrates key intersectionalities, including transformations caused by globalization and neoliberal policies and their particular interference in matters of gender, migration, human rights, and the infection of HIV in areas with greater vulnerability toward HIV/AIDS. Certainly, the case of Uganda and the war that raged over 21 years has predisposed many children to expulsion from their homes into new territories where they have become susceptible to disease, including HIV/AIDS.

The war in Northern Uganda echoed a global pandemic. Like many wars, the war in Northern Uganda can be attributed to several factors including economic mismanagement, civil strife, and certainly the negative results of globalization. Many children in Uganda were forcibly recruited and many children joined to seek revenge against

those who killed their families. For some, military life provided them with a needed surrogate family, and such families became a means of survival. Children became easy targets to ensure these wars even as the children did not know who the enemy was.

On yet another level, the negative effects of globalization have been a major factor in the life of the child. Many children have experienced hatred fueled by interethnic conflicts and the history that surrounds them. Indeed, the ease with which weapons technology is accessible to warring groups makes it easier to recruit children and to use them for dangerous tasks. In some cases, the machinery of war has created even more distrust among all parties to war. The competitive edge of globalization has sought to create winners and losers. For children scarred by the violence of war, life is a cheap commodity. Retaliation has continued to create emotional disconnection between the victim and the perceived enemy. For many of these children, growing up in a war zone means seeing too much death too often; it means seeing too much violence. It means living on the brink of death—witnessing violence, perpetrating violence. It means seeing too many losses, separations, and abandonment. It is being raped every night. It is living in constant fear of today and tomorrow.

For many children in Uganda who has survived war, they must live with the aftermath of war. Many children struggle, not only with the visible but also the invisible wounds of war. Many have lost their childhood simply because they lived in these war zones. They have had to grow up overnight to manage their livelihood and well-being. The Convention on the Rights of the Child has come under assault for many of these children.

Many of these children continue to be among the most vulnerable in the population. They live in poverty, are homeless, and often find themselves having to prostitute themselves for survival. The children who were caught in these wars became street children, exposing themselves even to greater violence and abuse. In the Ugandan context, some have contracted HIV while living on city streets.

The impact of war and HIV has had devastating effects on the life of the child. Many children have suffered neglect and abuse. The rights of the child have also been affected. Children affected by HIV or war have been denied equal access to education and health care. In some cases, these children have been placed in early child marriages and trafficked for sex and labor.

THE PLIGHT OF FEMALE CHILDREN

Female children have been targeted in some cases. Often, they have been married off to war lords. They have also given birth to children

who have either been killed or have often been separated from their families of origin. Many have contracted HIV/AIDS. Even after the war, many female children have failed to be reintegrated in their families and communities. Often, they have been seen as having brought a curse on their families of origin during and after the war as families struggle to understand themselves. All these issues have had serious bio-psychosocial outcomes for the children, especially female children.

The plight of the female child must be placed in the context of the overall situation for women in Uganda. "The status of women in Uganda reflects the broader structural inequalities in the country" (Ogland, Xu, Bartkowski, & Ogland, 2014: 874). Women are significantly less educated than men and provided fewer opportunities to attain a formal education. According to the Uganda Bureau of Statistics and Macro International Inc. (2007), 20% of women have no formal education. The number of uneducated men is much lower, at only five percent. Additionally, Uganda's universal primary education policy, implemented in 1997, a national policy aimed at providing free primary education for all children, still sees a large gender gap between girls and boys who complete primary education. Only 42% of girls will complete their primary education compared to 55% of boys (Uganda Bureau of Statistics and Macro International Inc. 2007). Gender inequality between men and women in Uganda is significantly high. There are a number of factors contributing to the problem but, also, there is a tremendous amount of pain and suffering, as a result, among Ugandan women. They suffer from sexism, lack of access to resources, including formal education and employment, and physical and sexual violence as a result of these gender disparities.

When one considers the employment status of women in Uganda, it is important to note that 75% of women are employed in agricultural jobs due to lack of formal education. This employment field is particularly problematic for Ugandan women because the property women are most often tending to is owned by the family, particularly the men. As a result, women are expected to work without compensation. Furthermore, this often leaves women without employment year-round (Ellis, Manuel, & Blackden, 2006). This lack of primary education, and the need to rely on agriculture are major contributors to frequently putting women at the mercy of their husbands and/or family to live sustainably, which can in turn put them at great risk to sexual violence and mistreatment due to a systemic, male dominant society in which men often exert power over women in physically, sexually, and emotionally abusive ways (Ogland *et al.*, 2014). A societal framework in which women and men are unequally educated,

men having more access to educational opportunity, has cultivated a mentality—and resulted in the fact—that men are most frequently the decision makers. Simultaneously, women are given less opportunity to create their own sustainable lives, economically and emotionally, and are frequently subjected to violence as a result of these constructs, and in the lack of opportunity. These implications for women further lead to sexual abuse and non-consensual sex among men and women, both in and outside of marriage in Uganda. Beyond that, women and girls are frequently exposed to unwanted sexual encounters at increasingly early ages.

The Ugandan Demographic and Health Survey showed that 24% of women aged 15–49 reported that their first sexual intercourse was forced against their will, compared to less than 1% of men and that 30% of young women aged 15–24 years had ever experienced ‘sexual violence,’ which includes but is not limited to forced sexual intercourse. (Birdthistle, Mayanja, Maher, Floyd, Seeley, & Weiss, 2013)

It is also important to consider the status of women living with HIV/AIDS and how this societal framework and gender-based violence and sexual abuse in Uganda often contributes to the high number of women who are HIV positive. Notably, HIV incidences with more frequent partner violence in ‘chronically abusive’ relationships have more effect on HIV transmission than single events (Birdthistle *et al.*, 2013). Women living in families and communities, where continuous sexual violence is prevalent, are more likely to test HIV positive. A higher prevalence of HIV in younger women Uganda compared to younger men is also noteworthy when examining gender norms and violence against women, “due to a mix of biological, behavioral and socioeconomic factors, including cultural and financial pressures driving intergenerational and non-consensual sex” (Birdthistle *et al.*, 2013).

In marriages, cultural values often dictate that men want many children, even when women do not want to have many children. While women may want to limit the number of births, men want more children, a practice that puts undue burden on women. The lack of power in decision making often puts women at a disadvantage. Similarly, a lack of power in the negotiation of sexual relations often compromises their sexual health. A lack of power prevents women from being able to protect themselves because they may lack assertive skills needed to discuss protection and prevention with their partners. Those who assert themselves are often rejected or retaliated against for doing so. It is not uncommon that girls grow up in disempowering cultural values that predispose them to even greater victimization. Ogland *et al.* (2014) succinctly captures the contribution of culture to this:

Cross-cultural studies indicate that societies characterized by dominant norms of masculinity and gender inequalities also exhibit strong gender traditionalism or patriarchal ideology. This male-centered ideology, in turn, helps legitimize the power imbalance and polarize gendered violence and inequalities. At the core of this patriarchal ideology, violence is not only tolerated but also promoted. (Ogland *et al.*, 2014)

The life of the female child cannot be overstated from what women suffer in Uganda. These girls have no role models aside from the women who raise them. Many women suffer as a result of the abuse promoted by culture and society, and many are recovering from the wounds of war. Violence and the atrocities of war often put women in precarious situations. They are often rejected by their communities. Turshen (2000) underscores the ways in which rape and other forms of violence affect women.

Communities reject women who have been raped and strip them of their social standing. Their tarnished reputation has economic consequences in societies that base women's access to such resources as land on their relationships with fathers, husbands, brothers, and sons. Customary and statutory laws regulate those relationships and severely limit women's political power in much of Africa. Rape affects women's eligibility (to marry or remain married) and, ultimately, their ability to provide for themselves and their children. (2000: 804)

In discussing gender issues and the systematic violence against women that takes place as part of a larger social construct, evidence proves that women lose their rights to economic prosperity and political assets as they are not only deliberately reduced to a "lesser than" status through male patriarchy but quite literally stripped of resources and any access to these resources that would allow them to gain economic mobility and rights to a formal education. This, thereby, perpetuates the construct of women as property and the violence perpetrated against them (Turshen, 2000). The female child is not spared this cycle of violence and cultural oppression, all of which contribute to the violations of the rights of the child.

The plight of women and the female child require serious responses at local, national, and international levels. A response must take into account social justice issues in the life of the child. Attention to the protection of the life of the child must be the overriding force. Children's rights must be recognized and monitored. Education is key so that all people know their rights in the face of abuse. The rights of the child must be balanced against the socio-cultural traditions that often undermine those rights. But these strategies call for a multi-pronged approach. Attempts to attend to children have often been performed in silos. The need to develop permanent bodies

or mechanisms to promote coordination and evaluation of activities throughout all sectors of influence remain imperative, especially for the most vulnerable populations.

To this end, these strategies ought to make women and children visible in policy development processes. These strategies should raise awareness and the promotion of the Convention of the Rights of the Child. Education that involves all civil society is key. Men must also be included; educating men, too, on the importance of safe sex and addressing the framework from which they operate could also help to alleviate the gender disparities that exist. Government funding to support these efforts must be underscored. A commitment to research, practice, and policy initiatives is also important as part of a comprehensive strategy.

CONCLUSION

While it is vastly important to recognize the work being done in Uganda and other sub-Saharan countries to reduce the rates of HIV/AIDS, there are still numerous long-term implications which must be addressed. The health and general well-being of HIV/AIDS orphans “should be given high priority in all health and social program designs and delivery” (Satzinger, Kipp, & Rubaale, 2012: 430). It is essential to examine the whole picture, and the whole person, when designing and delivering social programs, specifically, the bio-psycho-social outcomes. Social workers, in particular, strive to be culturally responsive. The Convention on the Rights of the Child (CRC) provides an appropriate backdrop to address the issues that affect the life of the child. The CRC advocates for the rights of the child. The CRC outlines children’s rights and standards in health care; education; and legal, civil, and social services. The plight of children affected by HIV/AIDS and war highlights the importance of the Convention on the Rights of the Child. The articles within the CRC relate to the protection of the child:

13. Best interests of the child (Article 3): Decisions affecting children should be made with the best interests of the child as the primary guiding concern.

14. Protection from all forms of violence (Article 19): children has the right to protection from neglect; physical, mental, or emotional abuse; and any other form of maltreatment...

15. Sexual exploitation (Article 34): Governments should protect children from all forms of sexual exploitation and abuse.

16. Separation from parents (Article 9): Children have the right to live with their parents), unless it places them at risk. Children have the right to contact with both parents, even if they do not live together, unless the child is at risk.

In light of numerous studies which demonstrate that HIV/AIDS orphans have higher levels of emotional distress, hopelessness, and frustration than non-HIV/AIDS orphans, any viable solution or intervention must take into account these and other negative bio-psycho-social outcomes (Verma, & Lata, 2016). The link between biological factors, psychiatric distress, and social supports indicates “there is urgent need to strengthen the social support system of orphans and vulnerable children within specific contexts to alleviate psychiatric and psychological distress with high cultural variability” (Doku *et al.*, 2015: 2). Solutions which attend directly to the needs to HIV/AIDS orphans would allow whole communities to regroup, and recover from years of loss and death.

One solution proposed in the literature is to offer attention and affection to orphaned and vulnerable children through increased social interactions (Verma, & Lata, 2016). In the ideal solution, “mental health services including counseling, relaxation, yoga, trips to the zoo, malls etc. and culture activities should be arranged regularly to alleviate stressful life events and improve psychosocial wellbeing of HIV/AIDS orphans” (Verma, & Lata, 2016: 22). Simple acts of care and attention, or even briefly creating an environment where an orphan can feel like a care-free child can help to break the cycle of loss and grief. This seemingly simple solution could provide long-term change for orphaned and vulnerable children.

In addition to increased social supports and interactions, the use of bibliotherapy with HIV/AIDS orphans has been found to increase resilience. The idea stemmed from “the development of resilient coping in AIDS orphans in a culturally-relevant way that was accessible, inexpensive and would not require complicated infrastructure to implement” (Wood, Theron, & Mayaba, 2012: 26). These considerations attend to many aspects of cultural competency and relevance, with emphasis on culturally sensitive stories collected from the orphans’ communities (Wood, Theron, & Mayaba, 2012: 128). The study found that “storytelling could help AIDS orphans to access their inner, hidden strengths and enhance personal and cultural protective factors that would promote resilient coping” (Wood, Theron, & Mayaba, 2012: 126). Storytelling is a powerful tool when utilized, and might help improve some of the negative outcome associated with HIV/AIDS orphanhood.

It may be that more research and evaluation is needed to ensure that the solution or program which is implemented meets the needs of HIV/AIDS orphans. Indeed, “a better understanding of the levels and sources of social support, and differences in access to social support among orphaned and vulnerable children, could facilitate strategies to support these children and enhance their psychiatric wellbeing”

(Doku *et al.*, 2015: 2). While that research is being completed, the issues and negative outcomes associated with HIV/AIDS orphanhood will continue to impact many lives.

Attending to the life of the child in the context of HIV and war, a human rights approach is imperative. Such imperative has important implications for research, practice and policy. One response is an approach that attends to gender inequality and imbalance. In Uganda, and indeed in Sub-saharan Africa, the power imbalance at many levels of society puts women and the children at serious disadvantages not only at protecting themselves from HIV/AIDS and the ravages of war but also accessing services to address HIV/AIDS and the wounds of war in their lives and their children. An important human rights imperative is to provide services and enact policies that target this inequality and imbalance. Research strategies that continue to explore these inequalities cannot be overemphasized.

An important aspect of change is providing women greater educational opportunities to increase women's education and awareness of key issues that affect their lives and their children as well as to reduce the risks of violence. Studies have consistently shown that the risk for violence against women often drops for those women who have attained a higher education. Such women are often in better positions to advocate for themselves and to influence policy.

Access to appropriate knowledge and information is a human rights imperative. Education provides a pathway to empowerment. Learning opportunities ought to target women's self-empowerment toward self-determination while addressing issues of health, safety and well-being for themselves and their children. Practitioners, educators, researchers and policy-makers ought to work together to develop structures that support women and their children. There are cultural beliefs that have increased women's disempowerment. Often these cultural beliefs have been sustained because women's voices have been missing at legislative bodies. Equal representation also affirms the spirit of a human rights perspective. Researchers and policymakers must argue and offer convincing evidence for the value of the presence of women's voices.

Equality in decisions about sexual matters must be addressed. Such attention compels practitioners, educators, researchers and policy makers to engage in practices that address women's sexual citizenship. Women must be seen as equal partners whose human rights and discourse of political participation matters.

Research, policy and practice must also address public health in the context of a human rights perspective. Women's issues (and their children) are public health issues. Any intervention ought to take into

account entire communities and design health intervention programs that promote wellness at all levels, prevent disease, reduce the risk for war and thereby increase the quality of life for all parties involved. A commitment to research, policy and practice must engage a human rights approach in attending to health and appropriate health care as well human rights infringements that increase vulnerability among specific populations. Any response must build inter-professional coalitions and commit to addressing the lives of vulnerable children.

REFERENCES

- Bennett, O.; Bexley, J.; Warnock, K. (eds.) 1995 *Arms to Fight, Arms to Protect: Women Speak Out about Conflict* (London: Panos).
- Birdthistle, I.; Mayanja, B.; Maher, D.; Floyd, S.; Seeley, J.; Weiss, H. 2013 "Non-consensual Sex and Association with Incident HIV Infection Among Women: A Cohort Study in Rural Uganda, 1990-2008" in *AIDS & Behavior* N° 17(7), pp. 2430-2438. In: <doi:10.1007/s10461-012-0378-8>.
- Buyinza, F.; Hisali, E. 2014 "MICROEFFECTS Microeffects of Women's Education on Contraceptive Use and Fertility: The Case of Uganda" in *Journal Of International Development* N° 26(6), pp. 763-778.
- Doku, P. N.; Dotse, J. E.; Mensah, K. A. 2015 "Perceived social support disparities among children affected by HIV/AIDS in Ghana: a cross-sectional survey" in *BMC Public Health* N° 15(1), pp. 1-10. In: <doi:10.1186/s12889-015-1856-5>.
- Ewelukwa Ofodile, U. 2009 "The universal declaration of human rights and the African child today: Progress or problems?" in *American University International Law Review* N° 25(1), pp. 37-76.
- Kamya, H. 2012 "HIV/AIDS: The Global Pandemic" in Healy, M.; Link, R. (eds.) *Handbook of International Social Work* (Oxford: Oxford University Press).
- Nabunya, P.; Ssewamala, F. M. 2014 "The Effects of parental loss on the psychosocial wellbeing of AIDS-orphaned children living in AIDS-imp1acted communities: Does gender matter?" in *Children and Youth Services Review* N° 43, pp. 131-137. In: <doi: 10.1016/j.childyouth.2014.05.011>.
- National Association of Social Workers 2008 *Code of Ethics* In: <<https://socialworkers.org/pubs/code/default.asp>>.
- Ogland, E.; Xu, X.; Bartkowski, J.; Ogland, C. 2014 "Intimate Partner Violence Against Married Women in Uganda" in *Journal Of Family Violence* N° 29(8), pp. 869-879. In: <doi:10.1007/s10896-014-9640-3>.

- Satzinger, F.; Kipp, W.; Rubaale, T. 2012 “Ugandan HIV/AIDS orphans in charge of their households speak out: A study of their health-related worries” in *Global Public Health* N° 7(4), pp. 420-431. In: <doi:10.1080/17441690903339652>.
- Sayson, R.; Meya, A. F. 2001 “Strengthening the Roles of Existing Structures by Breaking Down Barriers and Building Up Bridges: Intensifying HIV/AIDS Awareness, Outreach, and Intervention in Uganda” in *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program* N° 80(5), pp. 541-550.
- Turshen, M. 2000 “The political economy of violence against women during armed conflict in Uganda” in *Social Research* N° 67(3), pp. 803-816.
- United Nations Programme on HIV/AIDS 2014 *Fact Sheet 2014: Global Statistics*. In: <http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_en.pdf>.
- Verma, S.; Lata, S. 2016 “Hope and Nutritional Status in Relation to Psychosocial Distress among HIV/AIDS Orphans” in *Hope and Nutritional Status in Relation to Psychosocial Distress among HIV/AIDS Orphans* N° 11(2), pp. 313-324.
- Wood, L.; Theron, L.; Mayaba, N. 2012 “Collaborative partnerships to increase resilience among AIDS orphans: Some unforeseen challenges and caveats” in *Africa Education Review* N° 9(1), pp-124-141. In: <doi:10.1080/18146627.2012.683631>.

VIH/SIDA, MIGRACIONES Y POLÍTICAS DE AJUSTE NEOLIBERAL

UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA JUNTO A BRASILEÑOS TRABAJADORES SEXUALES EN CATALUÑA¹

Mónica Franch

INTRODUCCIÓN

En este artículo, discuto algunas cuestiones surgidas a partir de una investigación exploratoria, de tipo etnográfico, con el objetivo de comprender las experiencias de migrantes brasileños viviendo con VIH/SIDA en Cataluña. El contexto en que tales experiencias se sitúan está marcado por los efectos de la crisis económica global que afectó, de manera especialmente severa, a los países del sur de Europa desde el año 2008. Como mostraré más adelante, la respuesta adoptada por el Gobierno español frente a la crisis, en consonancia con lo que ocurrió en la mayoría de las llamadas economías desarrolladas, consistió en la aplicación de políticas de ajuste neoliberal, que tuvieron su máxima expresión en la publicación del Real Decreto 16/2012. Tales políticas afectaron negativamente las posibilidades de cuidado y atención de las personas viviendo con VIH/SIDA, especialmente de aquellas en situación más vulnerable, entre los que se destacan los migrantes.

Al margen de ser los más afectados por las nuevas políticas de ajuste fiscal, los migrantes son, igualmente, el grupo en el que,

¹ Este artículo es resultado de la estadia postdoctoral en la Universitat Rovira i Virgili (España), entre los meses de diciembre de 2015 a noviembre de 2016, financiado por Capes (Bolsa de Pós-Doutorado no Exterior).

proporcionalmente, crece más la epidemia de VIH/SIDA en España. Si bien es cierto que los brasileños no constituyen el grupo más significativo entre los migrantes que viven en el Estado Español, ni tampoco son los más afectados por el VIH, también es verdad que ocupan un lugar destacado en ciertos colectivos especialmente vulnerables frente al VIH, sobre todo entre los hombres gay trabajadores sexuales masculinos y las travestis y mujeres transexuales. Es sobre el primero de estos grupos que este capítulo presentará algunas reflexiones.

SOBRE MIGRACIONES, POBLACIONES LGBTI Y VIH/SIDA

Las migraciones constituyen fenómenos complejos, donde se articulan cuestiones estructurales, políticas, colectivas y también individuales. Con frecuencia, son un fiel reflejo de desigualdades en el desarrollo económico entre países, poniendo al descubierto los asimétricos engranajes de lo que Wallerstein (2012) llamó “sistema mundo”. Además, pueden ser motivadas por conflictos políticos y armados, por desastres naturales, entre otras situaciones que favorecen o incluso fuerzan movimientos de poblaciones a escala regional e internacional (Granada *et al.*, 2017).

De acuerdo con Sayad (1998), las migraciones ponen en evidencia orígenes y destinos, lo que implica desafíos teóricos y metodológicos. Al margen de la motivación inicial que lleva a las personas a salir de sus países para establecerse en otros, cuando migran inevitablemente se enfrentan a controles y políticas migratorias, que no se caracterizan por su estabilidad, sino que son mutables a lo largo del tiempo y también de acuerdo con los orígenes sociales y geográficos de las personas en movimiento. Fenómenos como los refugiados y los “sin papeles” dan muestra de maneras políticas de construir ilegalidades que tornan algunos sujetos más susceptibles que otros a una deportación posible, o incluso compulsoria (De Genova, 2002). Sin embargo, esos controles no se aplican con igual rigor para todas las gentes en circulación, fenómeno que Bauman (1999) representó a partir de la metáfora del turista *versus* el vagabundo. Conforme Granada afirma, “Para algunos, la circulación se ve acelerada y facilitada por los pasaportes biométricos y modalidades de transporte eficientes en coste y tiempo. Para otros, sin embargo, migrar es, si no imposible, extremadamente arriesgado: rutas subterráneas, vidas y trayectorias invisibles, recursos escasos; y si consiguen llegar al destino, una cantidad inmensa de incertidumbres y privaciones” (Granada *et al.*, 2017: 289).

En la coyuntura actual y en el espacio/tiempo en el que esta investigación se situó (en la región de Cataluña en 2016), tales controles forman parte de la protección de un “espacio europeo” y son reforzados por temores de todo tipo, desde el miedo a la amenaza terrorista, la

protección del mercado de trabajo, cuestiones consideradas de identidad cultural, etc. La lógica de la salvaguarda de la seguridad del “espacio europeo” domina las políticas macroeconómicas, al tiempo que las acciones de la sociedad civil y de colectivos de ciudadanos se pueden aproximar a lo que Didier Fassin (2016) describe como “razón humanitaria”. Por otro lado, existen desacuerdos a nivel de macropolíticas, como se pudo observar a lo largo de lo que se dio a conocer como la “crisis de los refugiados” en 2016, que ubicó en posiciones diferentes a varios estados europeos, y generó conflictos entre gobiernos, poblaciones y activistas. Tales conflictos reflejan tensiones en torno de una economía moral, en la cual la salud puede jugar un papel importante.

En el campo específico de los estudios de género y de la sexualidad, algunas investigaciones llaman la atención sobre el papel que cuestiones como la existencia de contextos hostiles pueden jugar en las migraciones de las personas LGBTTQI. De acuerdo con França (2017), desde el año de 2002 diversas agencias internacionales defienden la pertinencia de la concesión del estatuto de refugiado en función de orientación sexual e identidad de género. Esta política baliza la opinión que, en las sociedades occidentales, vigoraría una cierta “democracia sexual”, y si ello por un lado es una prueba de la importancia del activismo en pro de los derechos sexuales, también puede apoyar actitudes racistas, xenofóbicas y, principalmente, islamofóbicas, que remontan a antiguas concepciones sobre salvajes y civilizados. Otros estudios, principalmente junto a travestis y mujeres transexuales brasileñas, llaman la atención para la importancia de la circulación internacional en las transiciones de género y en la carrera en el mundo de la prostitución (Teixeira, 2008). Son trabajos que denuncian la criminalización de estos movimientos transnacionales, que son frecuentemente clasificados como “tráfico de personas”, sin considerar especificidades y estrategias nativas de circulación.

Cuanto a la relación entre el fenómeno migratorio y las cuestiones de salud, como Teixeira y Oliveira (2017) observan, esta ha sido comprendida a partir de diferentes puntos de vista, que incluyen, por un lado, las preocupaciones con la circulación de agentes patogénicos y, por otro lado, con su mayor susceptibilidad a enfermedades y otras complicaciones de salud. En general, la literatura consultada destaca que las migraciones, sobre todo cuando están acompañadas de situaciones de clandestinidad, frecuentemente generan vulnerabilidad en salud, posicionando a los migrantes en situación de desventaja comparados a los ciudadanos nativos o naturalizados. En algunos casos, las dificultades en relación a salud pueden verse agravadas por cuestiones lingüísticas, prejuicios, discriminación, estereotipos, sin mencionar las condiciones de vida y de trabajo en destino. La literatura

también alerta sobre la situación de aislamiento, la fragilidad de las redes sociales y la dificultad en obtener información y acceso a los servicios de salud, sobre todo en el caso de los migrantes “sin papeles”.

Al observar la cuestión del VIH/SIDA en las estadísticas e investigaciones españolas, en intersección con la cuestión migratoria, esta situación de vulnerabilidad se destaca. Estudio de la AMASE: Advancing Access to Health Services in Europe (Álvarez-del Arco *et al.*, 2015) señala que 30% de los nuevos casos de VIH notificados en el Estado Español corresponden a la población de migrantes, que constituyen, apenas, el 11% de la población española. Los datos apuntan, además, que grande parte de las infecciones ocurre en destino —30 a 50%, dependiendo del colectivo— lo que está directamente relacionado a situaciones de vulnerabilidad. De acuerdo con el mismo estudio, las personas que tienen más posibilidades de contraer el VIH en destino provienen de Europa Oriental y Central, de América Latina y del Caribe, mientras los migrantes provenientes de África llegan con mayor frecuencia ya infectados.

Ser una persona viviendo con VIH en situación de movilidad puede llevar a situaciones muy diferentes. En algunos países, la condición serológica puede ser una barrera infranqueable; en otros, puede ayudar a conseguir una “ciudadanía biológica” (Petryna, 2016), colocando estos migrantes en situación de ventaja comparativa en relación a colectivos “sanos”. En otros, incluso, como en el contexto español post crisis, ambigüedades pueden acompañar todo el proceso, acentuando la fragilidad de las legitimidades biológicas en tiempos de crisis.

UNA INCURSIÓN ETNOGRÁFICA: LA HISTORIA DE ÍCARO

Para aproximar estas cuestiones, introduzco brevemente la trayectoria de Ícaro (nombre ficticio), un brasileño de casi 40 años, que llegó a Barcelona en 2008, en pleno auge de la crisis económica. Conocí a Ícaro en uno de los espacios por los cuales incursioné buscando brasileños que estuviesen viviendo con VIH en Cataluña. Una pequeña nota metodológica es necesaria aquí. De carácter exploratorio, la investigación en que este artículo se basa fue llevada a cabo por esta autora en los meses de septiembre a diciembre de 2016 en la ciudad de Barcelona. Durante ese período, realicé análisis bibliográfico y documental, visité organizaciones no gubernamentales y servicios de salud especializados en la atención a personas con VIH/SIDA y/o a migrantes, dialogando y haciendo entrevistas a profesionales y usuarios de esos servicios, como una manera de mapear el “mundo social del SIDA”. En una de esas andanzas, conocí a Ícaro.

Ícaro no es una “persona viviendo con VIH” pero trabaja, actualmente, como mediador en una institución que promueve los derechos

de las personas LGBTTTQI; da apoyo a trabajadores sexuales, actúa en la prevención al VIH/SIDA y en la lucha permanente contra la discriminación en torno de esas cuestiones. Es, también, un trabajador sexual (*scort*), lo que le facilita el acceso a las saunas donde realiza parte de sus actividades para la institución. La decisión de irse a vivir a Barcelona fue, según me contó, resultado de la “curiosidad”, atizada por noticias de que era posible ganar mucho dinero (hasta 15 mil euros al mes) como trabajador sexual en Europa. En Brasil, Ícaro trabajaba como recepcionista en un consultorio médico, y calculó que en poco tiempo en España podría conseguir dinero suficiente para montarse algún negocio y ayudar a su familia. Pero la crisis no se lo puso fácil. Al estar “sin papeles” no consiguió continuar en el trabajo que había conseguido en una empresa de limpieza y se tuvo que dedicar exclusivamente al trabajo sexual. Las aplicaciones del teléfono móvil todavía no existían, así que trabajaba exclusivamente en saunas, donde no se sentía muy a gusto. Tenía varios complejos en relación a su propio cuerpo y en la sauna se sentía muy expuesto y algo avergonzado.

Cuando vio que “todo el mundo” en la prostitución usaba drogas, empezó también a usar y se quedó “enganchado” (dependiente). Fueron cuatro meses de uso intensivo de una variedad de sustancias, conocidas en el medio como Chemsex (Ketamina, Poppers, Éxtasis y el Viagra). Cuando lo dejó, sin ayuda médica, le vino un “bajón” que le dejó, según sus palabras, en depresión. La noticia de que su madre se había muerto en Brasil empeoró su condición anímica. Ícaro me dijo que se sintió mal por no haber podido ayudar ni visitar a su madre, en parte porque no tenía dinero, y en parte por vergüenza.

Siguiendo la indicación de un amigo, Ícaro empezó a ir a un grupo de apoyo para narrar su experiencia. Fue así que entró en contacto con la institución en la que, años más tarde, yo le conocí y donde empezó a actuar primero como voluntario y después como un mediador contratado. En su actual función, Ícaro da apoyo a otros trabajadores sexuales, sobre todo a los recién llegados, muchos de ellos en situación irregular. Ícaro les habla sobre salud sexual, les da preservativos y les ayuda a conseguir la “tarjeta sanitaria”. En algunos casos más serios les acompaña al hospital, si están muy débiles o inseguros. Se refiere, especialmente, a los musulmanes, que no tienen información, no tienen email, ni son tan rápidos ni “espabilados” como los brasileños en sus gestiones cotidianas.

También Lorenzo (nombre ficticio), educador social de la institución en la que Ícaro trabaja, considera que los brasileños tienen ventajas en la relación a otros colectivos que llegan a la ONG. Numéricamente, se trata de una comunidad relativamente pequeña, comparada a otros colectivos migratorios. Según datos del Ministerio de Trabajo

y Asistencia Social del año de 2016, la mayoría de las personas clasificadas como migrantes provienen de otros países de la comunidad europea (58,3%), siendo el resto (41,7%) clasificados como de “Régimen General”. Las nacionalidades más presentes en el territorio español son los rumanos, marroquíes, ingleses, italianos y chinos, en esta orden. Los brasileños (estamos hablando aquí de los migrantes “con papeles”) ocupan el 1,6% del total de inmigrantes. Pero en espacios como la institución en la cual conocí a Ícaro, se destacan.

Para Lorenzo, los brasileños que llegan a la institución (hombres gays, muchas veces en el mercado de trabajo sexual) son “los reyes del ambiente”. Se organizan, constituyen redes de acogida para quien llega, poseen innegable influencia en las saunas y definen moda. Pero también, como me dijo Ícaro, se sienten solitarios y tienen dificultades para tener relaciones duraderas porque son vistos como “chapeiros”, cuerpos para el deleite y la diversión, sin ninguna profundidad. Como ya observó França (2016), esos hombres, con sus historias de migración y trabajo sexual, ponen en tela de juicio el imaginario de Barcelona como meca de la diversidad sexual, imagen que oculta una geopolítica de cuerpos en la que el espacio para los brasileños aparece delimitado por cuestiones de clase, raza y nacionalidad.

Lorenzo también comenta que los brasileños son más escolarizados que los otros colectivos, observación que los estudios confirman —la migración brasileña en España es formada por jóvenes (71,8% menores de 35 años), con buena escolaridad (65,2% con enseñanza secundaria) (Solé; Cavalcanti; Parella, 2011)—. Además, se apropian en seguida de las habilidades sociales básicas para su vida en Barcelona —se enteran de las informaciones necesarias para empadronarse y se compran un móvil con internet—. En general, no sufren la discriminación de la que se quejan los migrantes de otras nacionalidades, sobre todo los magrebines y africanos, por lo que podemos pensar que tienen de un cierto “capital nacional”. Como Lorenzo afirmó, “a todo el mundo le gustan los brasileños”. Este “capital nacional”, sin embargo, no es extensible a todas las situaciones. Las travestis y las mujeres transexuales, por ejemplo, pueden tener experiencias bastante negativas, como muestran los estudios sobre el tema (Teixeira, 2008).

Sin entrar en detalles sobre estas cuestiones, el diferencial que más interesa a las reflexiones que traigo, se refiere al modo como los brasileños se integran al cotidiano institucional. “Los brasileños, me dijo Lorenzo, nos piden talleres y charlas; están acostumbrados a esta metodología”. Las personas con VIH que se instalan en Cataluña están medicalizadas, saben lo que necesitan del punto de vista médico y farmacológico y “conquistas sus derechos”. Lorenzo también destacó el autocuidado, estético y de salud, que les lleva a buscar la institución y

los servicios sanitarios. Es más, según Lorenzo “a partir de los brasileños, es fácil empoderar al resto de los trabajadores sexuales”.

Mi hipótesis de trabajo es que ese tipo de inserción refleja, en tierra extranjera, el conjunto de prácticas y conocimientos contruidos alrededor del VIH/SIDA en Brasil, sobre todo durante las décadas de 1990 y 2000, conocido como la “respuesta brasileña al SIDA”. Aunque no hayan tenido necesariamente una experiencia directa con activismo antes de la migración, muchos de los jóvenes y no tan jóvenes que entran en contacto con instituciones como la que visité recibieron alguna influencia. Son portadores de una retórica de derechos que fue construida durante la redemocratización de los años 1980 en Brasil, y que atravesó todas las acciones educativas en torno al SIDA. Pueden, igualmente, tener familiaridad con la cultura de acciones educativas basadas en pedagogías constructivistas (“talleres”), que fueron una marca importante en los trabajos de prevención en ese período. En ese sentido, las migraciones no se resumen a la circulación de personas, sino que incluyen, también, la circulación de modos de hacer (Certeau, 2001). Como intentaré mostrar en la tercera parte de este capítulo, este saber-hacer posicionó a los brasileños de modo diferente en un momento especialmente ambiguo en relación a la garantía del derecho a la salud —la época de la publicación del Real Decreto 16/2012—.

LA CRISIS Y LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD EN LA SANIDAD O LA LÓGICA DEL “NO HAY PAN PARA TODOS”

La crisis de 2008 sirvió como pretexto para la aplicación de políticas de austeridad, de carácter neoliberal, afectando la asistencia, la educación y la sanidad en los países al sur de Europa. En España, y específicamente en la sanidad, el ajuste fiscal fue implementado a partir de la aprobación del Real Decreto 16/2012, que proponía los siguientes recortes: a) disminución de la remuneración del personal sanitario; b) disminución de los recursos financieros para formación e investigación; c) límites a las co-dependencias (división entre asegurados y beneficiarios); y, por último, d) la práctica de exclusión de la atención a los migrantes en situación irregular, con algunas excepciones, urgencia por enfermedad grave o accidente, mujeres embarazadas, menores de 18 años. El RD 16/2012 fue objeto de una fuerte contestación social por parte de organizaciones de derechos humanos, movimientos sociales, partidos políticos de la oposición, organizaciones no gubernamentales y profesionales del sector de la salud. Un estudio realizado por Gesida (Pérez-Molina *et al.*, 2012) llama la atención sobre el profundo impacto que estos cambios tuvieron en la atención a las personas que viven con VIH/SIDA en el territorio español, de acuerdo con la percepción de médicos y activistas.

En el marco de la aplicación de las nuevas normas, en el año de 2013 (como parte del Programa de Reformas del Reino de España), se recogieron todas las tarjetas sanitarias de migrantes, para una reactualización, proceso que dejó 873 mil personas fuera de la atención. La nueva situación, de acuerdo con la literatura consultada, acarreo sensibles problemas éticos para los profesionales de la salud, que se volvieron explícitos cuando un migrante senegalés se murió de tuberculosis. Dos años después de la publicación del RD 16/2012, y debido a la avalancha de críticas a raíz de esta muerte, se hizo un ajuste en las normas vigentes (“Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública”), a fin de garantizar las prestaciones sanitarias de prevención, diagnóstico y tratamiento en los casos considerados necesarios, incluso para aquellas personas que no cumplieren la condición de beneficiario. La atención a las personas con VIH/SIDA fue reconocida como necesaria, junto a otras afecciones como la hepatitis, la leishmaniasis y la tuberculosis.

En mis incursiones etnográficas, el RD 16/2012 y sus efectos también fueron mencionados. De acuerdo con Higia, una de las enfermeras responsables del sector de atención a personas con VIH/SIDA de un reconocido hospital de Barcelona, en ese tiempo se hizo popular la expresión “no hay pan para todos”. Una retórica de los recursos escasos, apoyada en el discurso de la eficacia, la sostenibilidad, la seguridad, la calidad, la modernización y la eficiencia, fue implantada en los servicios. Eso significó la entrada de un vocabulario neoliberal que expresaba la redefinición del derecho a la salud. Higia cuenta que el cambio “comenzó por los administrativos”. El hospital, conocido por su dedicación a la investigación y por estar siempre abierto a todos los usuarios, independientemente de donde viviesen en la ciudad, comenzó a alzar barreras, impidiendo la atención a personas que no estuviesen empadronadas en el barrio. Algunos procedimientos, como la PEP (Profilaxis post-Exposición), se les cobraron a los usuarios. Médicos y enfermeras, sin embargo, no se enteraron de estos cambios hasta mucho tiempo después.

Las barreras también se erigían en los puestos de salud (ambulatorios). Varias personas mencionan que hubo cancelación de las tarjetas sanitarias de aquellos que no tenían residencia, trabajo y número de registro en la seguridad social. Las personas más vulnerables eran las que encontraban mayores dificultades para la expedición de nuevas tarjetas sanitarias. Estos primeros tiempos estuvieron marcados por situaciones atípicas, conflictos entre Estado, organizaciones y usuarios del sistema de salud, en medio de un clima de incertidumbre generalizada.

Pasados cuatro años, de acuerdo con Higia, “el discurso caló tanto que si puedo deshacerme de uno, me deshago”. La propia idea de

salud pública estaría siendo gobernada por una “mentalidad economista”, de la gestión empresarial en el servicio público. En relación a los migrantes, el rechazo aumentó: “Pasaron a ver al inmigrante como enemigo”, me dijo Higia. Y Lorenzo complementa: “Yo ya vi a la gente en el ambulatorio diciendo: Si fuera en tu país, tú no me atenderías; esto a ti no te corresponde”.

Al hablar sobre migraciones y sobre la política de la compasión, Didier Fassin (2016) describe tres grandes períodos de la reciente legislación francesa sobre inmigrantes: el paciente sospechoso, en los años noventa, el paciente tolerado, en los años 1990 a 1996 y el paciente legítimo a partir de 1997. Se trata, afirma el autor, de una “biopolítica de la alteridad” en su sentido pleno, o sea, una lógica que tiene en el cuerpo el lugar de inscripción de políticas migratorias, una política del cuerpo. En el escenario que estoy describiendo, ni siquiera esta pequeña legitimidad biológica está garantizada. El “enfermo bajo sospecha” aparece en las declaraciones y en los documentos como el “turista médico”, aquella persona que no vive en España pero intenta beneficiarse de la sanidad pública, a la que no tiene acceso en su país. Es contra esa actitud de sospecha, en favor de la universalidad de la atención y, consecuentemente, en contra de la reducción de la esfera de la ciudadanía que surgen resistencias, algunas de cuño individual, otras colectivas.

En Cataluña se creó el Comité 1 de diciembre, unificando entidades que trabajaban con VIH/SIDA, para hacer lobby político frente al gobierno central y autonómico, habiendo logrado forzar cambios en la normativa y ampliación del acceso. Las ONG, a su vez, y en medio a un escenario de recortes, se vieron obligadas a ampliar sus atribuciones, pasando a “derivar” a las personas para la atención —empadronan y tramitan la tarjeta sanitaria, poniendo a todas las personas dentro de una “categoría de riesgo”, la de trabajadores sexuales—. Como me dijo Higia, esas “bondades” no son dadas para los demás y sí para proteger a “los nuestros”.

Por último, me interesa destacar las resistencias individuales que me han sido relatadas en relación a los migrantes brasileños. En el discurso de Lorenzo: “Los brasileños empezaron a quejarse. Eso es algo que solo vi en los brasileños, en ningún otro grupo. Los demás piensan que no tienen derecho, que no es para ellos. Los brasileños supieron administrarse”. Lejos de querer naturalizar cualquier esencia típicamente brasileña me pregunto si esa diferencia, en algunos casos específicos, puede tener algún significado. Lorenzo llamó la atención sobre el grado de integración e implicación política de los brasileños en Cataluña, facilitada (yo añadido) por el hecho de no tratarse de migrantes tan indeseables. Me pregunto hasta qué punto esas actitudes

no pueden reflejar una cierta socialización en el activismo, o incluso (ya que se trata de una migración masivamente juvenil) el reflejo de haber vivido, antes de la migración, años de una construcción democrática que dejó como legado, entre otras cosas, una fuerte comprensión de sí mismos como sujetos de derechos. Comprensión esta que puede faltarles a las próximas generaciones, una vez que la continuidad democrática está, en este momento, bajo amenaza.

CONSIDERACIONES FINALES

Inspirada en las ideas de Didier Fassin (2016), en este artículo me propuse a reflexionar sobre la “economía moral” que se vislumbra a partir de las políticas y prácticas ligadas al acceso a la salud de la población migrante, sobre todo de aquella en situación irregular. Entiendo que el escenario de la última década, marcado por los efectos de la crisis de 2008 en las economías europeas, especialmente en las mediterráneas, y por la adopción de medidas de ajuste fiscal como respuesta a la crisis, redefinió y acortó el espacio de la ciudadanía, afectando el derecho a la salud de las personas cuyas vidas, parafraseando a Judith Butler (2008), pesan o importan menos, siendo ese peso definido, entre otras cosas, por el pasaporte. Tales redefiniciones no se hacen sin complicidades, pero también provocan resistencias, algunas de las cuales fue posible entrever en las incursiones etnográficas. El “cuerpo enfermo” o biológicamente marcado por su serología (en este caso), apareció, por un lado, como objeto de sospecha y, por otro lado, como soporte de redes de solidaridad y acceso a la ciudadanía. De este modo, entiendo que las migraciones se refieren no solo al flujo de personas y a la condición (importante, por otra parte) de vulnerabilidad en que estas personas se encuentran pero también a la formación de redes y a la circulación de “modos de hacer” (Certeau, 1994) que pueden contrarrestar tendencias excluyentes, aunque también pueden contribuir al establecimiento de jerarquías entre los grupos afectados por esas mismas tendencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Del Arco, D. *et al.* 2016 “Adquisición del VIH en inmigrantes que viven en Europa. Resultados de estudio AMASE – Avanzando en el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud en Europa” en *VIII Congreso Gesida* (Madrid). En <<http://www.sidastudi.org/es/registro/ff80818152732bb601527d3997540063>>acceso 10 de octubre de 2016.
- Bauman, Z. 1999 *Globalização: as consequências humanas* (Río de Janeiro: ZAHAR).
- Butler, J. 2008 *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”* (Buenos Aires: Paidós).

- Certeau, M. 1994 *A invenção do cotidiano* (Petrópolis: Vozes).
- Fassin, D. 2016 *La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente* (Buenos Aires: Prometeo).
- França, I. L. 2016 “Vivendo em liberdade? Homossexualidade, diferenças e desigualdades entre brasileiros na Espanha” en *Travessia* (Brasil) N° 28, pp. 13-28.
- França, I. L. 2017 “Refugiados LGBTI: direitos e narrativas entrecruzando gênero, sexualidade e violencia” en *Cadernos Pagu* (Brasil) N° 50.
- Granada, P. et al. 2017 “Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana” en *Interface* N° 21(61), pp. 285-96.
- Médicos del Mundo 2015 “Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto 16/2012 de la Comunidad de Madrid” en <https://www.ucm.es/data/cont/docs/85-2015-02-23-documentos_Derribando_la_exclusion_sanitaria_okv2_a58192e3.pdf> acceso 20 de octubre de 2016.
- Monge, S.; Pérez-Molina, J. A. 2016 “Infección por el VIH e inmigración” en *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (Elsevier) N° 34(7), pp. 431-435.
- Petryna, A. 2002 *Lifés exposed: biological citizens after Chernobyl* (Princeton: Princeton University Press).
- Sayad, A. 1998 *Imigração ou os paradoxos da alteridade* (São Paulo: Edusp).
- Solé, C.; Cavalcanti, L.; Parella, S. 2011 *La inmigración brasileña en la estructura socioeconómica de España* (Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; Observatorio Permanente de la Inmigración). En <<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/La-inmigracion-brasilena-en-la-estructura-socioeconomica-de-Espana.pdf>> acceso 19 de noviembre de 2016.
- Teixeira, F. do B. 2008 “L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser europeia e o babado da prostituição” en *Cadernos Pagu* (Brasil) N° 31, pp. 275-308.

O TEMPO É HOJE: INTERSEÇÕES ENTRE NEOLIBERALISMO E A EPIDEMIA DA AIDS NA PERIFERIA CAPITALISTA

Solange Rocha, Ana Cristina Vieira, Evandro Alves
Barbosa Filho e Isabel Casimiro

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é analisar a interseccionalidade entre o neoliberalismo e a epidemia de AIDS na África do Sul, no Brasil e em Moçambique. A pesquisa tem natureza qualitativa e foi realizada coleta de dados documentais e de campo nos três países pertencentes às duas regiões mais desiguais do mundo, que concentram respectivamente a primeira e a terceira maior população de pessoas vivendo com HIV e AIDS, dois países que compartilham fronteira e fluxos migratórios na África Austral e um na América Latina.

O Brasil tem fortes vínculos políticos e econômicos com África do Sul e Moçambique, segundo uma proposta de cooperação sul-sul iniciada nos anos 2000 e de integração dos países da África Austral, sobretudo os de língua portuguesa, nos projetos de acumulação de capital de grandes multinacionais do setor agro-minerador, com sede no Brasil. Para o desenvolvimento do estudo, foram analisadas mais de três décadas de epidemia no contexto da supremacia neoliberal, enfocando-se a ação do Estado e as respostas dos movimentos de pessoas com HIV/ AIDS.

Dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ AIDS (UNAIDS, 2016) informam que das 36,7 milhões de pessoas que vivem com HIV no mundo, 19 milhões estão no continente africano.

As determinações socioeconômicas e as normas socioculturais têm afetado particularmente os países da África Austral. A epidemia da AIDS constitui uma ameaça ao desenvolvimento dos países dessa região. Semelhantemente ao que se percebe na África do Sul, em Moçambique os grupos mais afetados são os refugiados, migrantes, militares, profissionais do sexo, prisioneiros, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e mulheres que vivem em situação de desigualdade de gênero (Ministério da Saúde de Moçambique [MISAU] *et al.*, 2013). Considerando o cenário geopolítico dos grupos de Estados nacionais organizados no contexto pós-crise capitalista de 2008 para tornar o mundo mais multipolar e fomentar experiências de desenvolvimento capitalista induzido pelos Estados foi criado o Grupo dos BRICS. Embora não sejam um bloco econômico formal, Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, que formam o acrônimo BRICS, demonstram, desde que se uniram em 2011, a intenção de uma maior cooperação econômica, política e de desenvolvimento no intuito de contrabalançar a hegemonia geopolítica dos países capitalistas centrais, da bacia do Atlântico Norte: União Europeia, Estados Unidos da América e Canadá (Barbosa Filho, 2016). Mas não é apenas agenda políticas que eles compartilham, juntos os cinco grandes países concentram cerca de 31% das pessoas vivendo com HIV. No grupo também estão países localizados no epicentro da epidemia, como a África do Sul, e nações que vêm dando guinadas neoconservadoras nas políticas de direitos sexuais e reprodutivos, com significativas implicações nas políticas de HIV/Aids, como a Rússia, a China e a Índia.

No caso brasileiro, além da onda neofascista e fundamentalista cristã que vem ocupando espaços de poder político, como os partidos políticos representantes das igrejas evangélicas, que vem assumindo uma agenda de desmonte das políticas de equidade de gênero, de direitos sexuais reprodutivos e das comunidades LGBTQTS, o golpe de Estado realizado em 2016 vêm significando um retorno às práticas políticas neoliberais, diminuindo significativamente os investimentos em saúde e colocando em risco o mundialmente conhecido Programa Brasileiro de HIV/Aids (Vieira; Barbosa Filho & Rocha, 2017). Diferente da África do Sul e de Moçambique que têm epidemias de HIV generalizadas, o Brasil tem uma epidemia concentrada em grupos e populações-chave que corporificam as desigualdades de classe, raça e sexo de um país machista, racista, heteronormativo, profundamente desigual e de capitalismo periférico.

Além da epidemia heterossexual e generalizada, o governo moçambicano considera que existe uma subepidemia importante relacionada à migração mineira para a África do Sul com implicações para o controle da epidemia geral. A mobilidade dos mineiros dificulta o

acesso aos programas de prevenção e cuidados de HIV desenhados para a população geral. Percebe-se esse impacto principalmente na região de Gaza, em Moçambique, a província com maior prevalência, onde 25,1% da população com idade de 15 a 49 anos está acometida, sendo tal porcentagem mais que duas vezes maior que a nacional (Instituto Nacional de Saúde de Moçambique [INS], Instituto Nacional de Estatística de Moçambique [INE] & ICF Macro 2010).

O estudo ora apresentado não enfocará particularmente a migração da África Austral, altamente afetada por essa epidemia, mas buscará analisar as relações capitalistas, patriarcais e racistas que conformam um contexto de vulnerabilidades para o avanço da AIDS.

Os países aqui analisados: África do Sul, Brasil e Moçambique, embora possuam realidades distintas quanto aos efeitos migratórios e tenham relações de classe, gênero e raça bastante diferentes, enfrentam os efeitos da acumulação por espoliação de direitos criada pelo projeto neoliberal (Barbosa, Vieira & Rocha, 2017; Vieira, Rocha, Casimiro & Barbosa, 2016). Como se pretende evidenciar neste trabalho, mesmo tendo um cenário comum, marcado pela hegemonia da ideologia, das teorias e das práticas político-econômicas neoliberais, cada conjuntura nacional, a partir das relações entre as classes e movimentos sociais e o Estado, construiu suas próprias respostas à epidemia e estas são indissociáveis da reprodução das desigualdades de classe, raça, sexualidade, gênero, sexo, etnia.

Este trabalho está dividido em três partes. Na primeira, são apresentadas brevemente as escolhas teóricas e metodologias da pesquisa. Na segunda, são apresentadas, a partir de estudos teóricos e empíricos, as interseccionalidades entre o neoliberalismo e a epidemia global da AIDS. A terceira parte explora como essas interseções entre globalização neoliberal e epidemia da AIDS se expressam nas realidades dos três países estudados, por fim, é apresentada a conclusão do estudo.

O trabalho tem uma abordagem qualitativa, baseado na perspectiva crítica do Serviço Social, com o enfoque feminista, tendo o seu *corpus* composto por publicações e documentos dos três países: livros, relatórios de pesquisa, trabalhos monográficos e artigos de periódicos das ciências sociais e humanas e da área da saúde, e documentos oficiais, administrativos e técnicos, entre os anos de 2010 e 2017. Esses *corpora* deram subsídios para identificar as interseções entre a epidemia da AIDS e o neoliberalismo dentro de conjunturas tão distintas.

É válido ressaltar que as análises realizadas se fundamentam na teoria social crítica, a partir da obra de autores anticapitalistas como Patrick Bond (2014), David Harvey (2005;2008), Grace Davie (2015), Sylvia Chant (2004; 2006), Andre José (2006), Joachim Hirsch (2010) e Sampie Terreblanche (2005; 2012), entre outros.

UMA EPIDEMIA NEOLIBERAL? AS INTERSEÇÕES ENTRE GLOBALIZAÇÃO NEOLIBERAL E HIV

A epidemia global de HIV/AIDS, iniciada no princípio da década de 1980, desenvolve-se em um contexto¹ de “espoliação de direitos”, sobretudo dos direitos sociais, onde eles existiam ou ainda existem, ou da mercantilização de esferas do Estado antes não totalmente mercantilizadas, como as políticas e serviços sociais (Harvey, 2005). Pesquisadores apontam que, desde a década de 1980, o adoecimento e a morte são amplamente ocasionados pela inexistência ou insuficiência de políticas e serviços sociais e de saúde, que garantam o direito humano à saúde para mulheres e homens que vivem com HIV/ AIDS, de maneira gratuita, ampliada, integral e humanizada (Pillay, Barron & Zungu, 2015).

Nesse sentido, a Declaração Política das Nações Unidas sobre HIV e AIDS, publicada em junho de 2016, cujo o título é “Acelerar a Resposta para Lutar Contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030”, enfatiza que se as estratégias e programas de controle sobre a epidemia não forem direcionadas à transformação das relações de exploração e desigualdades de poder, que determinam as vulnerabilidades à epidemia, será impossível acabar com esta até 2030.

Esta Declaração, assim como o *GAP Prevention Report* (UNAIDS, 2016b) e os programas de metas globais *Getting to Zero* e 90-90-90, publicados pela UNAIDS, evidenciam que, mesmo que as atuais ações de combate à epidemia tenham continuidade ou apenas expandam a sua cobertura, sem mudar radicalmente suas estratégias e epistemologias, os resultados serão modestos frente a uma pandemia que tende a se concentrar entre os grupos sociais, regiões, etnias e minorias mais estigmatizadas e subalternizadas na sociabilidade capitalista. De acordo com estes Programas, o foco no enfrentamento da pandemia de HIV/AIDS deve ser a promoção de mudanças nas relações de poder que fazem com que homens e mulheres, especialmente na periferia capitalista, continuem a ser vulneráveis a novas infecções ou mortes

1 A conjuntura econômica e política na qual se dá o surgimento da pandemia de HIV e AIDS, com o primeiro caso identificado em 1981 pelo *Center of Disease Control* (CDC) estadunidense, era a de desmonte das experiências de *Welfare State* onde ele existiu, de mercantilização das políticas sociais e sistemas de saúde e de implantação de programas de ajuste estrutural nos países capitalistas, assim como de crise e contestação dos regimes socialistas, tendo por justificativa o argumento da necessidade de promover a globalização a partir do ideário neoliberal (Deacon, 2007; Harvey, 2008; Terreblanche, 2012). Estes processos políticos, orientados à restauração capitalista, se estendem até a atualidade, complexificados por novas determinações e transformações do processo de reprodução social (Barbosa & Rocha, 2016; Davie, 2015; Harvey, 2008).

em decorrência da sua condição de subalternização material, política ou identitária.

Dessa forma, transformações nas estruturas públicas e privadas de bem-estar social, embora fundamentais às classes e grupos mais vulneráveis para infecções, incluindo o HIV, sofrem limites estruturais para transformar às relações sociais que (re)produzem essa mesma vulnerabilidade. Então, mesmo as ações voltadas à expansão de políticas e programas sociais de promoção, prevenção, tratamento² e reabilitação na agenda de HIV/AIDS devem considerar, como elementos centrais, as diretrizes e ideologias no campo da economia, do direito, da cultura etc., que vêm gradativamente contribuindo para que HIV/AIDS se torne uma doença dos mais pauperizados, mais subalternizados e um fator de empobrecimento individual e familiar (Barbosa & Rocha, 2016; Barbosa *et al.*, 2017; Mirowski & Plehwe, 2009).

No centro desse processo de concentração da epidemia entre os setores mais precarizados da classe que vive do trabalho e os grupos mais subalternizados segundo as hierarquias de idade, sexo, raça, etnia e da crescente pauperização de homens e mulheres com HIV/AIDS, está a ideologia que domina o processo de globalização capitalista: o neoliberalismo.

Após mais de três décadas de experiências ao redor do mundo, é reconhecido que o neoliberalismo enfatiza a criação e/ou manutenção das condições mais adequadas à liberalização e à privatização das economias e maximiza o empreendedorismo individual, visando, sobretudo, os interesses das classes dominantes (Terreblanche, 2005, 2012). Neste sentido, não só Estados nacionais, mas também os organismos multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), vêm promovendo/impondo intervenções neoliberais em escala global sob o discurso de promoção do desenvolvimento por meio de programas de ajuste estrutural em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, induzidos por meio de empréstimos justificados para projetos de desenvolvimento (Barbosa & Rocha, 2016; Davie, 2015; Dutta, 2008).

Sobre as desigualdades de classe social, raça, gênero e nacionalidade que se profundaram no contexto da hegemonia neoliberal, pensadores neoliberais como Ralf Dahrendorf (1993) defendiam que os grupos sociais não beneficiados pelo globalismo neoliberal formavam

2 Tratamento que, segundo Heunis, Wouters e Kigozi (2012), Pillay, Barron e Zungu (2015) e Rocha (2011), vai muito além do já restrito acesso aos antirretrovirais, demandando a organização de uma ampla rede de proteção social e a garantia da integralidade do direito à saúde. Demandas estas deslegitimadas pelo discurso neoliberal, para o qual até mesmo as necessidades básicas de saúde devem ser relegadas total ou majoritariamente ao mercado (Barbosa & Rocha, 2016; Bond, 2014; Harvey, 2008).

apenas uma *underclass* de sujeitos anômicos e disfuncionais que precisava ser ajustada para integrar e usufruir das benesses da nova ordem do mercado globalizado. Para ele e outros neoliberais, como Ludwig von Mises, quando as restrições ao livre mercado e à livre circulação de mercadorias fossem retiradas, dinheiro seria transformado em capital e dos novos investimentos surgiriam novos postos de trabalho (Barbosa Filho, Vieira & Rodrigues, 2016; Terreblanche, 2012). O saldo de mais de três décadas de neoliberalismo evidencia que o crescimento econômico, a criação de novos empregos e o acesso aos serviços de bem-estar social foram incipientes.

Sendo assim, o pensamento neoliberal alterou profundamente e de maneira desigual, no tempo e no espaço, as noções de indivíduo, cultura e comunidade e de classes sociais (Chant, 2006; Hart, 2013; Harvey, 2008). Como uma pandemia globalizada, o HIV/ AIDS sintetizou essas mudanças fundamentais em torno de questões de individualidade, sexualidade e gênero e atravessou praticamente todos os contextos culturais nas últimas décadas.

Em outras palavras, as intersecções entre globalização neoliberal e a ascensão da pandemia de AIDS criaram uma lógica global de respostas, uma ordem discursiva em torno da infecção e das responsabilidades sobre ela que tendem a se aproximar mais da perspectiva neoliberal de saúde do que da perspectiva ampliada da relação entre produção social e saúde-doença. Depreende-se, então, que a epidemia da AIDS se origina em um momento histórico em que as responsabilidades dos Estados com a efetivação dos direitos de cidadania são questionadas, já que a direção predominantemente assumida foi de mercantilização dos sistemas e políticas sociais ou de ofertar apenas uma cobertura básica de serviços sociais e de saúde, educação etc. para os mais pobres.

A unidade entre globalização neoliberal, migração e expansão da epidemia de AIDS tem se expressado na criação das condições sociais e econômicas para sua disseminação nos países em desenvolvimento, por meio da mercantilização ou eliminação de infraestrutura e das economias locais e demandam a aceitação da perspectiva liberal de saúde.

Segundo esta perspectiva de saúde, os indivíduos são os únicos ou principais responsáveis por responder às suas necessidades sociais em saúde, sendo o mercado, o melhor provedor na relação entre busca individual por serviços de saúde e disponibilidade, de acordo com o poder de compra.

Para os neoliberais (Mirowski & Plehwe, 2009). Esta perspectiva pretende despolitizar a epidemia e naturaliza a biologização dos corpos e a mercantilização do tratamento, ignorando ou marginalizando a crítica às determinações econômicas, políticas, de gênero e

sexualidade que definem, majoritariamente, quem infecta-se, adocece, morre ou têm suas vidas precarizadas e subalternizadas por causa da epidemia (Barbosa & Rocha, 2016).

Nesse contexto, é exemplar o caso moçambicano com a migração mineira para a África do Sul que teve seu auge no tempo colonial português e durante o Apartheid sul-africano. Desde os anos 1980 a queda do fluxo de mineiros chega a mais de 60%, em razão das políticas neoliberais pós-apartheid que regulamentam o sector econômico, e aprofundada com os incidentes de xenofobia nos anos 2000. Esse novo contexto impacta fortemente a incipiente economia no sul de Moçambique, também marcada pela orientação neoliberal. Soma-se à diminuição de oportunidades de trabalho, à epidemia de AIDS e à manutenção das desigualdades no país com as políticas adotadas, e o resultado é a alta vulnerabilidade para adoecimentos e mortes que poderiam ser evitadas.

Em geral, os Estados neoliberais diminuíram os investimentos em políticas sociais protetivas, de amparo ao trabalho e ao pleno emprego, e se voltaram para políticas e programas sociais focalizados nos mais pobres e na intervenção onde o risco social e a pobreza já estariam instaladas, substituindo as propostas de seguridade pela de seguros e serviços básicos, focalizados no alívio da pobreza extrema (Barbosa & Rocha, 2016; Deacon, 2007; Pereira, 2011). Obviamente, esse quadro foi muito mais acentuado em Estados com sistemas residuais de bem-estar, onde a perspectiva neoliberal era dominante.

Harvey (2008), Hirsch (2010) e Terreblanche (2005) indicam que o Estado neoliberal tende a se articular com outros discursos conservadores como religiões, tribalismos e com o patriarcado para garantir as condições necessárias à reprodução das relações de produção. Nessa perspectiva, a principal resposta doméstica e internacional dos E.U.A. à epidemia foi o Programa ABC – *Abstinence-only, Be faithful, use a Condon*, fortemente propagado no final dos anos 1990. O ABC foi implementado com o apoio do Governo Estadunidense e da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) em países africanos, cristalizando o encontro entre discursos religiosos, neoliberais e moralistas sobre os corpos. Segundo Rocha (2011) e Sastry e Dutta (2013), esse programa não faz avançar ações de prevenção e empoderamento no campo dos direitos sexuais e reprodutivos sobre temas como orientação sexual, contraceptivos e negociações em torno de práticas sexuais mais seguras.

Os trabalhos de Dutta (2006), Jason Hickel (2010) e Sastry e Dutta (2013) analisaram a lógica neoliberal das políticas e programas de HIV/ AIDS, como o Pefar e o ABC, compilando algumas características centrais que expressam a sua conexão com a perspectiva de *empowerment* do *homo economicus* da globalização neoliberal.

Esse compromisso epistemológico neoliberal também se manifesta em ações dos programas de HIV/AIDS, voltadas ao fomento do empreendedorismo das pessoas que vivem com HIV/AIDS ou que estão mais vulneráveis às infecções incluindo HIV, como proposto pelos EUA no programas de empoderamento do *President's Emergency Plan for AIDS Relief* - Pefar (Barbosa & Rocha, 2016; Sastry & Dutta, 2013). Nessas ações, o meio de “emancipação” é o mercado e a inserção na comunidade de negócios, e mesmo o empoderamento deixa de ser uma vivência coletiva, atrelada a algum projeto coletivo ou societário e passa para a esfera individual ou familiar, relacionado às ambições e resiliências de indivíduos ou famílias (Barbosa & Rocha, 2016).

Primeiro, esses programas tendem a atomizar a responsabilidade individual em relação às medidas de prevenção e tratamento. Considerando que o *Pepfar* e o ABC estão centrados na ideia de que a saúde é responsabilidade privada e individual, esses programas tratam as pessoas vivendo com HIV/AIDS como clientes que, eventualmente, depois de empoderadas, podem colher os benefícios da globalização econômica, sem considerar suas condições sociais.

Sastry e Dutta (2013) também afirmam que a ênfase na intervenção de nível individual nos programas de HIV/AIDS tem sua origem na perspectiva ocidental e sua compreensão biomédica sobre o HIV e comportamento sexual. É, portanto, orientada para evitar os comportamentos sexuais que são considerados de risco ou imorais, segundo uma perspectiva ocidental, e fazendo menos do que poderiam no tocante ao tratamento, já que, segundo o *Pepfar*, este deve ser acessível através do mercado.

Paul Farmer (1999, 2003) também demonstrou como as agências nacionais e multilaterais envolvidas na resposta à epidemia têm ignorado sistematicamente o papel estrutural das iniquidades geradas pelas políticas econômicas e sociais, que criam o contexto de vulnerabilidade coletiva de infecção pelo HIV, como as políticas de ajuste neoliberal, enquanto focam no “alto risco” oriundo do comportamento individual ou microssocial, a exemplo dos “key populations” identificados pelo ONUSIDA como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis, estes têm o maior risco de contrair e transmitir o HIV.

Essa configuração hegemônica das respostas globais ao HIV, focalizadas no indivíduo e de “silêncios” sobre as desigualdades estruturais, promove o cenário ideal para as indústrias farmacêuticas internacionais e do setor médico entrarem em países africanos, asiáticos e latinos, transformando corpos adoecidos pela AIDS e pela pauperização em mercados para as intervenções farmacêuticas. Isto se dá sob a tutela dos Estados, que adotam uma resposta política centrada na

responsabilidade individual, sem problematizar por que as mulheres, imigrantes, usuários de drogas, as crianças, a comunidade LGBTQI+ e as frações mais pobres das classes trabalhadoras concentram, desproporcionalmente, a prevalência de HIV/AIDS.

Uma segunda tendência que relaciona diretamente o neoliberalismo aos mais difundidos programas de controle da epidemia é a construção discursiva acerca das relações de gênero. Como é amplamente reconhecido, a epidemia de AIDS é um grande desafio à saúde pública, em escala global, por se disseminar mediada por relações de gênero desiguais associadas a ela. A heterossexualização da epidemia e sua relação direta com a violência baseada em gênero, no contexto das iniquidades sociais evidenciam o patriarcado-sexista-racista-capitalista ao constatar que a infecção do HIV atinge sobremaneira as mulheres dos países da periferia capitalista, que correspondem a mais de 70% dos pobres do mundo (Barbosa & Rocha, 2016; Farmer, 1999; Rocha, 2011).

Os programas bilaterais não tendem a resolver as assimetrias de gênero. Eles vêm, na verdade, exportando as hierarquias de gênero do ocidente cristão, machista e capitalista, para outros países. Nesses programas, as relações de gênero, sexualidade, conjugalidade, a cultura e as tradições dos países em desenvolvimento são classificadas como primitivas, irracionais e baseadas em crenças. Portanto, os programas de HIV/AIDS neoliberais tendem a apresentar o objetivo subliminar de propagar a construção ocidental de sexo e conjugalidade como sinônimos de monogamia e heterossexualidade adulta. A redução de parceiros e a monogamia são os resultados almejados nas intervenções realizadas por essas organizações (Barbosa & Rocha, 2016; Sastry & Dutta, 2013).

A ordem neoliberal, portanto, intervém em duas frentes no tocante à dimensão de gênero da epidemia de HIV/AIDS: a primeira se dá no nível individual, por meio de programas de controle da epidemia focados no controle da sexualidade. A segunda é no plano sistêmico, ao criar as condições estruturais que levam ao empobrecimento e aprofundam as iniquidades, condições estas que fazem as mulheres mais vulneráveis a contrair o HIV e a morrer em decorrência da AIDS (Dutta, 2008; Sastry & Dutta, 2013; Vieira *et al.*, 2016). As mulheres, especialmente, as das classes e grupos étnicos subalternizados e que vivem em áreas rurais, têm dificuldades de acesso a medidas de proteção controláveis por elas mesmas. Por exemplo, o microbicida anti-HIV ainda não se tornou realidade. O preservativo feminino é caro, tornando-se pouco acessível para a população e a distribuição pública não é disponibilizada para todas as mulheres (Barbosa *et al.*, 2017; Rocha, 2011).

LIMITES NEOLIBERAIS AO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS: ÁFRICA DO SUL, BRASIL E MOÇAMBIQUE

A evolução da epidemia de HIV na economia mais desenvolvida da África é determinada pelas dinâmicas econômicas, sociais e políticas da África do Sul contemporânea, que reproduzem e tornam ainda mais complexa a herança colonial (1652-1910), da União Sul-Africana (1910-1948) e do regime do *apartheid* (1948-1994) por meio de uma transição à democracia condicionada por um ajuste neoliberal ultra ortodoxo.

Como afirma Debora Posel (2008), em nenhum outro país a epidemia de HIV foi tão politizada e assumiu proporções tão alarmantes. Em mais de três décadas de epidemia, o modo como o Estado sul-africano aborda o maior desafio nacional no campo da saúde —a grave carga de adoecimentos, mortes e empobrecimento que a AIDS ocasiona— se deslocou da negação e estigmatização do HIV (entre os últimos governos do *apartheid* e os primeiros governos do African National Congress, ANC) ao reconhecimento e priorização por parte dos governos de Jacob Zuma, também pertencente ao ANC, partido que governa o país desde a democratização (Pillay *et al.*, 2015).

É preciso ressaltar que a pauperização crescente que acompanhou a emergência do “país arco-íris” não decorre do fim do regime de *apartheid*, muito pelo contrário, a gravidade das expressões da questão social na África do Sul reside na preservação e aprofundamento da estrutura de propriedade e capital dos sistemas anteriores, dentro dos marcos da globalização neoliberal (Bond, 2014; Hart, 2013; Terreblanche, 2012). Mesmo com o aprofundamento das expressões da questão social, a África do Sul pós-*apartheid* se tornou o destino de milhões de imigrantes. Da atual população de 55,7 milhões, 3,14³ milhões são imigrantes, sendo 75% oriundos de outros países africanos e 8% são asiáticos (United Nations, 2016). A maioria destes deixou seus países por motivos econômicos e políticos e sofre cotidianamente com ataques xenofóbicos, que vão da violência física ao saque das propriedades residenciais e comerciais pertencentes aos imigrantes.

A África do Sul pós-*apartheid* é o epicentro da epidemia de AIDS. O principal fator de infecção no país, assim como é observado na maioria dos países da periferia capitalista, são relações heterossexuais desprotegidas —80% dos casos são oriundos dessa forma de transmissão—. Dados do Departamento Nacional de Saúde apontam que, em 2011, havia uma prevalência de 17,8% de HIV entre sul-africanos de

3 As maiores comunidades de imigrantes no país são oriundas do Zimbábue (574,047 pessoas), Moçambique (293,405 pessoas) e Lesoto (160,749 pessoas) (United Nations, 2016).

15 a 49 anos. Entre a população negra também é crescente a feminização da doença, com uma prevalência de 24,4% entre mulheres negras de 15 a 49 anos (Pillay *et al.*, 2015).

O programa neoliberal pós-apartheid resultou em uma maior precarização da classe trabalhadora, especialmente da força de trabalho não branca e feminina, e na restrição aos investimentos em proteção social e saúde pública (Barbosa & Rocha, 2016). Tudo isso em um cenário em que a pobreza, o desemprego, a migração massiva das zonas rurais e das reservas em que a maioria da população negra era confinada, os bantustões ou homelands, em direção às cidades e de aprofundamento das iniquidades de classe e raça criaram condições não apenas à rápida disseminação do HIV, mas também para uma crescente mortalidade pela doença.

Nos anos 2000 a 2006, o adoecimento generalizado das pessoas que viviam com HIV e o parco acesso ao tratamento, ocasionado pelo negacionismo de algumas autoridades do governo em relação à efetividade do tratamento com antirretrovirais (Posel, 2008), pelo reduzido papel do Estado em promover saúde e serviços sociais básicos e a redução das iniquidades sociais e do desemprego, acentuaram os impactos do adoecimento e mortalidade por AIDS na economia e na sociedade sul-africana. Esta decisão política configurou um ciclo vicioso entre desemprego, iniquidades sociais, pobreza, adoecimento e morte, concentrada, sobretudo, nas classes trabalhadoras negras, as mais penalizadas pelo ajuste neoliberal (Shisana *et al.*, 2009 como citado em Heunis, Wouters & Kigozi, 2012).

Nessa fase da epidemia da AIDS, com aprofundamento das iniquidades sociais, o Governo do ANC lançou em 2005 um novo programa de reforma do Estado: o *Accelerated and Shared Growth Initiative for South Africa* (ASGISA). Por meio do ASGISA, as políticas neoliberais não foram alteradas e o sistema de proteção ao capital financeiro e minerador, os principais defensores do ajuste estrutural no país segundo as diretrizes da globalização neoliberal, foi preservado (Terreblanche, 2012). Porém, ocorreu a ampliação do orçamento para as políticas sociais, especialmente as de educação, saúde e programas de transferência de renda, garantindo a expansão do acesso ao tratamento da AIDS aos mais pobres.

Em 2006 se inicia a chamada “fase do tratamento”, e se estende até a atualidade. A expansão do acesso aos antirretrovirais por meio dos serviços públicos estatais vem sendo acompanhada pelo acesso crescente a serviços sociais básicos e programas de transferência de renda. Da população de 6,4 milhões de pessoas vivendo com HIV, em abril de 2015, pelo menos 3.1 milhões estavam recebendo o tratamento via Estado, contra os 2.6 milhões que recebiam em abril de 2014.

Com estes números, a África do Sul mantém o maior programa de antirretrovirais do mundo (Pillay *et al.*, 2015).

O número de novos usuários incluídos mensalmente no programa público de antirretrovirais é de cerca 50 mil por mês ou 600 mil por ano. A meta governamental é ter 5 milhões de pessoas em tratamento até 2019. Tanto os novos como os antigos usuários do Programa Nacional de Antirretrovirais irão demandar um tratamento de longo prazo e a pressão desse Programa em termos de medicamentos, recursos humanos, informação e aconselhamento, recursos financeiros e gestão é enorme e tende a crescer. Novas formas de organização, gestão e financiamento terão de ser desenvolvidas até 2020 ou o Programa poderá se tornar insustentável ao Sistema Nacional de Saúde. Não que o mesmo esteja entre os mais caros ou que resulte em grandes gastos, muito pelo contrário, o obstáculo central continua a ser o crônico subfinanciamento, instituído pelo programa de reforma neoliberal chamado *Growth, Employment and Redistribution* (GEAR) (Barbosa & Rocha, 2016).

Tão ou mais severa que a transição sul-africana à globalização neoliberal foi a de Moçambique. Entre os três países aqui analisados, Moçambique é o único que desenvolveu um regime de inspiração socialista. Desde a emancipação política de Portugal, em 1975, o país vivenciou dois projetos diferentes de Estado e sociedade.

A primeira experiência, a socialista, foi iniciada logo após a independência, quando o país sob a liderança da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) implantou diversas medidas de socialização da riqueza e nacionalização dos meios de produção, representando uma profunda ruptura com o sistema colonial português.

A concretização desses objetivos na nova Constituição implicou em uma forte intervenção do Estado na economia e na sociedade, em direção às necessidades da classe trabalhadora moçambicana. Nesse intuito, foi realizada a nacionalização dos principais serviços e bens: terra, saúde, educação, habitação, transportes, sistema bancário, seguros, fábricas e fazendas. No período da independência, aproximadamente 90% da população vivia na área rural. Por isso, a lei de nacionalização da terra tinha como foco utilizar o solo moçambicano como meio de garantir a soberania do povo sobre a riqueza nacional (Matos & Medeiros, 2013).

O segundo projeto, implantado desde a década de 1980 e que veio a responder à crise econômica e política enfrentada pelo projeto socialista, foi o neoliberal. A transição para o neoliberalismo está associada à crise econômica e política nacional, à crise estrutural capitalista de 1973, ao colapso do bloco socialista, bem como às pressões internas no sentido de adequar os sujeitos políticos à economia de mercado,

cabendo à FRELIMO deslocar o governo do país de uma agenda comprometida com a socialização da riqueza para a afirmação da supremacia da globalização neoliberal.

Em 1983, menos de uma década após a implantação do socialismo, o país enfrentou uma crise alimentar e social. A ocorrência de uma grave seca, somada à crise de produção ocasionada pelas ofensivas militares da África do Sul do *apartheid*, da Rodésia, atual Zimbábue, e aos ataques do partido de oposição — a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO)— somaram-se aos fracassos de muitas experiências de coletivização da indústria e da agricultura. Isso levou o governo a solicitar auxílio humanitário da comunidade internacional, representada pelos organismos multilaterais, já comprometidos, desde o início da década de 1980, com a globalização neoliberal. Após a FRELIMO assinar acordos com o Banco Mundial e com o Fundo Monetário Internacional, ocorreu a disponibilização imediata de 45 milhões de dólares para Moçambique controlar o quadro de fome e crise humanitária (José, 2006). Nessa década surgem os primeiros casos de HIV e AIDS.

Em 1986, o presidente Joaquim Chissano iniciou a transição do socialismo para o capitalismo. O ajuste estrutural que se seguiu durante a década de 1990 foi realizado por meio de uma massiva internacionalização da economia, segundo os moldes do FMI e do Banco Mundial, assim como as respostas à questão social foram transferidas aos organismos multilaterais e aos parceiros da cooperação internacional, representados por dezenas de organizações não-governamentais e programas de ajuda bilaterais.

Com a adesão aos programas de ajuste neoliberal a ajuda externa aumentou de 360 milhões de dólares em 1985, para pelo menos, 1 bilhão por ano a partir de 1990, transformando Moçambique no maior destino dos investimentos desses organismos, na África Subsaariana (Hanlon, 1996, p. 16 como citado em José, 2006). Os programas seguiam as mesmas diretrizes: austeridade orçamentária, privatização e liberalização. A massiva privatização que, até o ano 2000, atingiu cerca de 1.000 empresas foi aplicada em praticamente todos os setores anteriormente nacionalizados pelo regime socialista: educação, saúde, habitação, transporte, seguros etc. (Cramer, 2001; Isaacman & Pitcher, 2003).

É geral a constatação de que os programas de ajuste acarretaram consequências sociais graves para a sociedade, devendo o seu impacto ser analisado em conjunto, tendo em conta critérios econômicos, como os de natureza social, política e até cultural (Isaacman & Pitcher, 2003). Na atualidade, 68% dos moçambicanos vive com ou menos de US\$ 1,25 por dia e menos de 23% da população tem emprego formal, dos quais apenas 6,2% são mulheres (Mills & Herbst, 2014).

Em consequência, houve uma drástica diminuição dos atendimentos nos serviços de saúde e, diante do empobrecimento crescente, ocorreu a massiva locação de imóveis sem água ou eletricidade (Visentini, 2012). Essa realidade de pauperização e espoliação de direitos é um fator determinante da vulnerabilidade coletiva à epidemia da AIDS.

Moçambique gasta aproximadamente 39 dólares per capita em saúde, o que é muito menos que a média regional. Representa 6,2% do gasto público, sendo que o orçamento do setor saúde depende fortemente do financiamento de doadores internacionais (66% dos gastos totais na saúde) (MISAU, 2012). Os gastos das famílias com seguros privados de saúde são baixos devido ao reduzido poder aquisitivo da maioria da população. A drástica e constante redução do investimento estatal em saúde pública e serviços sociais segue os termos do ajuste neoliberal.

O país tem cerca de 1,4 milhões de pessoas vivendo com HIV e AIDS, cerca de 510.000 crianças órfãs devido à epidemia (Barbosa & Rocha, 2016). Estes dados colocam Moçambique na oitava posição entre os países com as maiores prevalências de HIV/AIDS (Mills & Herbst, 2014). Segundo o INS *et al.* (2010), a prevalência do HIV em Moçambique subiu de 11,5% para 13,2%, entre pessoas de 15 a 49 anos no período de 2009 e 2015 com mais mulheres (13,1%) infectadas do que homens (9,2%). As mulheres são o grupo mais afetado, com uma taxa de prevalência de 20,5%, sendo 15,4% entre as mulheres das zonas urbanas e 12,6% nas zonas rurais, com uma prevalência de 22% entre mulheres grávidas (INS *et al.*, 2012; UNAIDS, 2012).

Porém, as últimas pesquisas indicam que a taxa de prevalência se estabilizou nos últimos anos, assim como apontam para a ampliação do acesso ao tratamento. De 15.900 pacientes em tratamento antirretroviral (TARV), em 2003, passaram a 218.991, em 2011 (MISAU, 2012). Vale ressaltar que até 2001, diante das exigências do ajuste neoliberal de contenção de gastos em saúde, não existia um programa nacional e gratuito de distribuição de antirretrovirais. A desigualdade da cobertura do tratamento com antirretrovirais é um sério problema, com coberturas muito mais altas na região sul, o centro político do país (39% para crianças e 72% para adultos), em comparação com a região norte (17% crianças, 40% adultos) e o centro (11% crianças e 38% adultos).

Em termos de prevenção, o Governo vem implementando programas de educação para a prevenção, especialmente voltados para os jovens, e a educação sobre HIV faz parte do currículo escolar secundário e do treinamento de professores. Alguns desafios ainda encontrados na área de educação para prevenção, identificados pelo Ministério da Saúde (2012), são: a disponibilidade de materiais de informação,

educação e comunicação, assim como de preservativos e testes rápidos; envolvimento das comunidades para aumentar a adesão ao tratamento; o aumento da participação ativa de grupos considerados de alto risco e a diminuição do estigma e da discriminação. Vale ressaltar que, assim como ocorre na África do Sul, em Moçambique as metodologias de educação sexual ofertadas pelo Estado e grande parte das ONGs e entidades filantrópicas se fundamentam no Programa ABC estadunidense, reproduzindo o discurso neoliberal e conservador sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

O inquérito Integrado do MISAU (2012) informa que a prevalência de HIV entre os mineiros moçambicanos foi de 22.3%, 96.3% estava casada ou em união marital, isto quer dizer que, dois em cada 10 mineiros tinham a infecção. A maioria das mulheres desses mineiros, devido a determinações socioculturais patriarcais e à característica rural do país, não é considerada chefe de família, apesar de ser responsável pela reprodução familiar. Os homens a quem elas obedecem voltam das minas com intervalos mínimos de um ano, dessa forma é alta a situação de vulnerabilidade dessas mulheres.

Segundo dados do INS *et al.* (2010), há uma feminização da epidemia, habitualmente atribuída às expressivas iniquidades de gênero da sociedade moçambicana. É válido reafirmar as diferenças entre os sexos nas taxas de infecção, tendo as mulheres de 20 a 24 anos de idade uma probabilidade de ficarem infectadas com HIV quatro vezes superior à dos homens do mesmo grupo etário.

Tal crescimento pode ser analisado sob duas perspectivas: a primeira delas é que as políticas neoliberais causaram o deslocamento, migrações e o empobrecimento em massa. As campanhas de prevenção esbarram no limite do baixo índice de alfabetização, 64,6% comparado com 85,8% entre os homens (INE, 2011), somada ao fato da maioria das campanhas e informações não serem realizadas em línguas locais. A segunda são as determinações sexistas e patriarcais marcadas por normas culturais-sociais, falta de liberdade de tomar decisões e ter mobilidade, violências domésticas e sexuais, obrigações de ter que cuidar da casa e dos filhos sozinhas, e as desigualdades de oportunidades para o acesso e manutenção de trabalhos produtivos.

Entre os países aqui analisados, o Brasil foi uma exceção às ofensivas da globalização neoliberal, pelo menos durante a década de 1980. No contexto da redemocratização do país, depois de uma ditadura militar que se estendeu de 1964 a 1985, a mobilização de movimentos sociais progressistas em torno da restauração da democracia e da criação de um sistema público de seguridade social resultou na formulação da Constituição de 1988. Esta instituiu uma série de obrigações do Estado em torno das necessidades sociais, em um país que

enfrentava desemprego de longa duração, estagnação econômica e inflação elevada.

A partir da nova Constituição, o Brasil institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda em 1990. Na atualidade, o SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo. Porém, como consequência das reformas neoliberais – iniciadas pelo Presidente Fernando Collor de Mello, que governou o país entre 1990 e 1992, aprofundadas durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso e pelo social-liberalismo implantado nos três governos do Partido dos Trabalhadores, a partir de 2003, a realidade do SUS continua a ser de subfinanciamento, com aprofundamento de relações público-privadas desfavoráveis ao público (Carmo, 2014).

O Brasil notificou os seus primeiros casos de HIV em 1982, registrados entre homens gays, reforçando os estigmas e o discurso sobre grupos de risco. A movimentação da sociedade civil e alguns atores governamentais promoveram uma expressiva resistência ao discurso neoliberal de mercantilização do tratamento do HIV/AIDS e à adoção das ideologias conservadoras na elaboração dos programas preventivos, o que levou o Brasil à condição de vanguarda no Programa de HIV/AIDS, diferente do que ocorreu na África do Sul e em Moçambique.

Porém, em decorrência das ofensivas neoliberais às políticas sociais, o amplo acesso aos antirretrovirais é acompanhado por uma acentuada falta de acesso desses usuários às demais especialidades médicas e serviços assistenciais como exames e consultas com especialistas por meio do SUS, sem citar a dificuldade crônica em acessar os serviços de assistência e previdência social (focalizados nas pessoas vivendo com AIDS mais pauperizadas e sintomáticas), como foi identificado por Vieira (2011). Talvez seja a seletividade entre o que pode e o que não pode ser provido pelo Estado neoliberal que ocasione no Brasil uma universalidade fragmentada, na qual existe um expressivo hiato entre o conteúdo das políticas sociais e o modo como elas são implantadas (Barbosa & Rocha, 2016).

Mesmo com essas tensões e limites, segundo o UNAIDS Brasil (2015), o país foi um dos primeiros, dentre os de renda baixa e média, a fornecer tratamento gratuito para pessoas que viviam com AIDS, desde 1996 pelo SUS. Enquanto isso, a maioria dos países da periferia capitalista dependia de financiamento internacional para suas respostas e adotava perspectivas neoliberais e conservadoras em seus programas, como as propagadas pelo Programa ABC.

Em consequência da política de acesso universal, o Brasil teve uma queda acentuada na taxa de mortalidade associada à AIDS. Na atualidade, tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os países de média e baixa renda, com aproximadamente

metade das pessoas vivendo com HIV (48%) recebendo TARV, enquanto que a média global identificada em 2014, era de 41% (Barbosa *et al.*, 2017).

Mesmo não tendo uma população expressiva de imigrantes —menos de 1% dos 208 milhões de brasileiros são imigrantes— número bem inferior à média mundial de 3,7%, o rápido crescimento econômico observado no período 2003-2014 atraiu imigrantes econômicos de vários países. Além disso, logo após o terremoto que devastou a frágil estrutura do Haiti, em 2010, um rápido fluxo migratório daquele país em direção ao Brasil resultou em mais de 48.000 imigrantes que, diante da crise econômica e do racismo velado pelo mito da democracia racial brasileira, vêm sofrendo diversas formas de xenofobia, sendo inseridos, majoritariamente, no circuito do mercado informal e precário. Embora fosse de amplo conhecimento a condição precária de saúde destes homens e mulheres antes mesmo da sua diáspora, não existem estudos ou dados precisos sobre a incidência de HIV/ AIDS entre estes.

Outro fluxo migratório se abriu a partir da crise social, política e econômica da Venezuela. A escassez de alimentos, medicamentos e serviços de saúde fez com que mais de 50.000 imigrantes venezuelanos se estabelecessem no Brasil, especialmente no estado de Roraima. Muitos destes relatam ter escolhido o Brasil para poder acessar os serviços universais e gratuitos do SUS, já que no seu país de origem não conseguem antirretrovirais e até mesmo medicações básicas como analgésicos. Mesmo o Governo Temer, iniciado com o golpe de Estado de 2016 e que oficialmente deve se estender até janeiro de 2019, tecendo profundas críticas ao Governo de Nicolas Maduro, classificando-o de violador dos direitos humanos, este não vem facilitando o acesso dos venezuelanos à condição de refugiados, o que poderia melhorar as possibilidades de acesso a trabalho e à rede de proteção social do Brasil. Além disso, indo contra a Lei Nacional de Imigração, regulamentada em 2017, que aborda a questão da imigração como um problema de direitos humanos, o Presidente brasileiro participou no dia 12 de fevereiro de 2018 um encontro realizado em Boa Vista que visava discutir a situação migratória da Venezuela, no qual só levou membros do Governo Federal das pastas de segurança pública, inexistindo debate sob a perspectiva dos direitos humanos.

Segundo relatório do UNAIDS (2017), em 2016, havia no Brasil 830.000 pessoas vivendo com HIV. A prevalência estimada para o Brasil ficou entre 0,4 e 0,7% da população, que nesse ano era de 207,7 milhões. O grupo populacional que apresenta maior prevalência é o dos adultos jovens: homens e mulheres entre 24 e 49 anos, com incidência na população de jovens gays. A AIDS também vem crescendo entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos: entre estes, o número de

casos subiu de 8,1 por 100.000 para 11,3 a cada 100.000 entre os anos de 2005 e 2012. Além disso, 66% dos novos casos aconteceram dentro de relações estáveis, ou seja, em tese, com apenas um parceiro.

No caso brasileiro, a nova ofensiva das forças conservadoras, iniciada na primeira metade dos anos 2010, tem como aliados partidos e políticos ideologicamente vinculados às Igrejas protestante e católica, que promovem um discurso público de controle dos corpos das mulheres e de interdição ao debate sobre os direitos civis, sexuais e reprodutivos da comunidade LGBTTIQ.

Os problemas crônicos de financiamento, assistência e cobertura fazem com que menos de 50% dos brasileiros e brasileiras vivendo com HIV/ AIDS recebam os antirretrovirais. Como foi apontado por Vieira *et al.* (2014), entre o acesso ao tratamento e sua integralidade existe um grande hiato. A partir de pesquisa empírica e bibliográfica, as autoras apontam a precariedade enfrentada por usuários dos centros de referência de HIV/ AIDS no Brasil.

As autoras também evidenciam que a falta de uma rede de proteção social com recursos humanos e materiais para viabilizar a integralidade do cuidado aos homens e mulheres com HIV, que vá além da Política de saúde, é um dos principais desafios à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e do Programa Nacional de HIV/ AIDS. Obviamente, a resposta a esse conjunto de demandas é obstaculizada pelo programa de contrarreforma do Estado (Barbosa, 2013).

Diante da complexidade e duração do tratamento demandado pelas pessoas que vivem com HIV e AIDS, que não pode ser reduzido a serviços emergenciais e focais, ou a linhas de cuidado fragmentadas, fica evidente que o modelo neoliberal, amplamente difundido pelo Governo Brasileiro, se configura como uma nova barreira à integralidade do tratamento e que este, junto ao crônico subfinanciamento do SUS, coloca em risco as conquistas do Brasil como vanguarda do controle da epidemia de HIV/AIDS e de proteção da vida de mulheres e homens que vivem com HIV e AIDS.

O futuro do SUS e do Programa Nacional de HIV/ AIDS parecem ainda mais incertos desde 2016, quando o Brasil passou por um golpe de Estado que levou ao *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff. Este golpe, conduzido pelo Congresso Nacional, foi fomentado pelos setores mais conservadores da política brasileira. Justamente aqueles que implantaram e defendem o neoliberalismo como ideologia das práticas políticas e orientações conservadoras no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo das mulheres e da população LGBTTIQ, representando um retrocesso às políticas e debates que fizeram o Brasil se tornar uma referência exitosa e contra hegemônica à epidemia de HIV/ AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hegemonia neoliberal teve implicações muito mais deletérias às condições de vida nos países da periferia capitalista. Dentro desses países, as mulheres, crianças, a população LGBTTIQ, os imigrantes e as frações mais pauperizadas da classe trabalhadora sofrem as consequências das reformas neoliberais, destituindo-os dos poucos direitos de cidadania implementados nos países em desenvolvimento. O neoliberalismo criou um cenário de destituição do trabalho e dos sistemas de proteção social propício ao rápido crescimento da pandemia de HIV/ AIDS, da mesma forma que fomentava o empobrecimento dos soropositivos e de suas famílias.

Os três países aqui estudados enfrentaram suas próprias epidemias de HIV em um contexto de forte pressão de sujeitos nacionais e internacionais para a mercantilização dos serviços de saúde e de bem-estar social, segundo as diretrizes da globalização neoliberal. Além disso, com exceção do Brasil, eles implementaram Programas de HIV/ AIDS fundamentados na perspectiva liberal de saúde e em discursos conservadores sobre sexualidade, desejo e identidade, que pouco problematizam as relações de poder que fazem com que determinados grupos sociais adoçam e morram, concentrando desproporcionalmente a carga da epidemia de HIV/ AIDS em decorrência de sua condição de vulnerabilidade social. Como se vê, a mundialização neoliberal não criou apenas uma ordem econômica determinante para a rápida e complexa disseminação do HIV. Também criou uma ordem discursiva sobre o HIV, que neutraliza e interdita o debate sobre a epidemia, criando obstáculos para que este assumira uma radicalidade anticapitalista, antipatriarcal e antirracista e, portanto, crítica ao globalismo neoliberal.

A necessidade de fomentar essa radicalidade é imprescindível, até porque países como a África do Sul, que implantou o maior programa de antirretrovirais do mundo, e o Brasil, que desenvolveu um programa de HIV/ AIDS que serviu de referência internacional, estão correndo riscos de retrocesso, diante da ofensiva dos discursos neoliberais e conservadores.

Portanto, o que se espera é que nos três países as epistemologias críticas sejam resgatadas e fomentadas para criar um debate contra-hegemônico sobre as interseccionalidades entre o neoliberalismo e a epidemia de HIV/ AIDS e que este resulte em novas respostas e práticas políticas. Afinal, se passadas mais de três décadas, o neoliberalismo permanece atual, a validade da organização coletiva dos sujeitos coletivos progressistas também continua a sê-lo. Como se vê, o tempo é agora.

REFERÊNCIAS

- Barbosa, E. A., F^o. 2013 *Coalizão de forças, discursos e conflitos: uma análise do gerencialismo na gestão do consórcio público intermunicipal de saúde do Sertão do Araripe pernambucano (CISAPE)* (Dissertação de mestrado). Curso de Mestrado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
- Barbosa, E. A., F^o.; Rocha, M. S. G. 2016 “Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique” em A. C. de S. Vieira, S. Rocha; E. A. Barbosa, F^o. (orgs.) *HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil Moçambique* (Recife: Editora Universitária da UFPE), pp. 27-155.
- Barbosa, E. A.; F^o, Vieira, A. C. de S.; Rodrigues, C. S. 2016 “A reprodução das relações capitalistas na África do Sul pós-apartheid: a unidade entre transformismo político e reforma neoliberal” em A. C. de S. Vieira; S. Rocha; E. A. Barbosa, F^o. (orgs.) *HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil Moçambique* (Recife: Editora Universitária da UFPE), pp. 157-206.
- Barbosa, E. A., F^o; Vieira, A. C. de S.; Soriano, C. 2016 “A reprodução das relações capitalistas na África do Sul Pós-apartheid: a unidade entre transformismo político e reforma neoliberal” em Vieira, A. C. de S.; Rocha, S.; Barbosa, E. A. F^o. (orgs.) *HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo: África do Sul, Brasil Moçambique* N^o 1 (Recife: Editora Universitária da UFPE), pp. 157-206.
- Barbosa, E. A., F^o; Vieira, A. C. de S.; Rocha, M. S. G. 2017 “Challenges and lessons in three decades of the HIV epidemic and neoliberalism: an analysis of Brazil, Mozambique and South Africa” em Henrickson, M.; Chipanta, D.; Lynch, V.; Muñoz Sanchez, H.; Nadkarni, V.; Semigina, T.; Sewpaul, V. (orgs.) *Getting to zero: Global social work responds to HIV* N^o 1 (Genebra: UNAIDS and IASSW), pp. 426-448.
- Bond, P. 2014 “Consolidating the Contradictions: from Mandela to Marikana” em Saul, J. S.; Bond, P. *South Africa the present as History: from Mrs Ples to Mandela e Marikana* (Johannesburg: Jacana), pp. 176-208.
- Carmo, M. do. 2014 “Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In Fundação Getúlio Vargas” em *Modelo de atenção à saúde no Brasil* (São Paulo: Ministério da Saúde), pp. 1-47. Em: <http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/Maria_do_Carmo.pdf>.

- Chant, S. 2004 “Dangerous Equations? How Female-headed Households Became the Poorest of the Poor: Causes, Consequences and Cautions” em *IDS Bulletin* N° 35(4) (Institute of Development Studies). Em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2004.tb00151.x>>.
- Chant, S. 2006 “Re-thinking the ‘feminization of Poverty’ in relation to aggregate Gender Indices” em *Journal of Human Development* N° 7(2), pp. 201-220. Em: <<http://dx.doi.org/10.1080/14649880600768538>>.
- Cramer, C. 2001 “Privatisation and Adjustment in Mozambique: A ‘Hospital Pass’?” em *Journal of Southern African Studies* N° 27(1), pp. 79-103. Em: <<http://dx.doi.org/10.1080/03057070120029518>>.
- Dahrendorf, R. 1993 *Ensaio sobre o Liberalismo* (Lisboa, Portugal: Casa do Livro).
- Davie, G. 2015 *Poverty Knowledge in South Africa: a social History of human science, 1855-2005*. (New York: Cambridge University Press).
- Davis, M. 2006 *Planeta favela* (São Paulo: Boitempo).
- Deacon, B. 2007 *Global Social Policy and Governance* (Londres: Sage).
- Deutsche Welle 2014 “Mais passado que futuro: mineiros moçambicanos na África do Sul”. Em: <<http://www.dw.com/pt-002/mais-passado-que-futuro-mineiros-mo%C3%A7ambicanos-na-%C3%A1frica-do-sul/a-17762980>>.
- Dutta, M. J. 2008 *Communicating health: a culture-centered approach* (Londres: Polity Press).
- Farmer, P. 1999 *Infections and Inequalities: The Modern Plagues* (Berkeley: University of California Press).
- Farmer, P. 2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (Berkeley: University Of California Press).
- Harvey, D. 2005 *A produção capitalista do espaço* (São Paulo: Anna Blume).
- Harvey, D. 2008 *O neoliberalismo: história e implicações* (São Paulo: Loyola).
- Hart, G. 2013 *Rethinking the South African Crisis: nationalism, populism, hegemony* (Scottsville, South Africa: University of KwaZulu Natal Press).
- Heunis, J. C.; Woulters, E.; Kigozi, N. G. 2012 “HIV, AIDS and Tuberculosis in South Africa: trends, challenges and responses” em Van Rensburg, H. C. J. (ed.) *Health and Health Care in South Africa* (Pretoria: Van Schaik Publishers), pp. 293-360.

- Hickel, J. 2012 “Neoliberal Plague: The Political Economy of HIV Transmission in Swaziland” em *Journal of Southern African Studies* N° 38(3), pp. 513-529. Em: <<http://dx.doi.org/10.1080/03057070.2012.699700>>.
- Hirsch, J. 2010 *Teoria materialista do espaço: processos de transformação do sistema capitalista de Estados* (Rio de Janeiro: Revan).
- Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (INS); Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE); ICF Macro 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009 (Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF). Em: <<http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-nacional-de-prevalencia-riscos-comportamentais-e-informacao-sobre-o-hiv-e-sida-em-mocambique-insida>>.
- Isaacman, A.; Pitcher, M. A. 2003 “Transforming Mozambique: The Politics of Privatization, 1975-2000” em *The International Journal of African Historical Studies* N° 36(2), pp. 436-438. Em: <[http:// dx.doi.org/10.2307/3559393](http://dx.doi.org/10.2307/3559393)>.
- José, A. C. 2006 “Neoliberalismo e Crise do Trabalho em Moçambique: o caso da indústria do caju” em *O Cabo dos Trabalhos Revista Eletrônica* (Coimbra) N° 1(1), pp. 1-38.
- Matos, E. A. C. de; Medeiros, R. M. V. 2013 “Acumulação por espoliação: Uma reflexão sobre a sua introdução em Moçambique” em *Revista Ideas: interfaces em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade* (Rio de Janeiro) v. 7, n°. especial, pp. 228-259. Em: <[http:// r1.ufrjr.br/cpda/ideas/revistas/v07/nesp/8.Elmermatos.pdf](http://r1.ufrjr.br/cpda/ideas/revistas/v07/nesp/8.Elmermatos.pdf)>.
- Mills, G.; Herbst, J. 2014 *Africa's Third Liberation* (Cape Town: Penguin Random House).
- Ministério da Saúde da República de Moçambique 2012 *Relatório da Revisão do Sector de Saúde* (Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique).
- Ministério da Saúde da República de Moçambique (MISAU); Instituto Nacional de Saúde (INS); Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC); Universidade de Califórnia, São Francisco (UCSF); Ministério do Trabalho de Moçambique (MITRAB); Centro Internacional de Formação e Educação para a Saúde (I-TECH) 2013 *Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Trabalhadores Moçambicanos nas Minas da República da África do Sul, 2012* (Maputo: MISAU).

- Mirowski, P.; Plehwe, D. 2009 *The Road from Mont Pèlerin: The Making of the Neoliberal Thought Collective* (Cambridge: Harvard University Press).
- Pereira, P. 2011 *Política Social: temas e questões* (São Paulo: Cortez).
- Pillay, Y.; Barron, P.; Zungu, S. 2015 “Service Delivery Through the lens of strategic health programmes” em Matsoso, M. P.; Fryatt, R. J.; Andrews, G. (eds.) *The South African Health Reforms 2009-2014: moving towards universal coverage* (Cape Town: Juta), pp. 36-62.
- Posel, D. 2008 “AIDS” em Shepherd, N.; Robins, S. (orgs.) *New South African Keywords* (Johannesburg/Athens: Jacana/Ohio), pp. 13-24.
- Rocha, M. S. G. 2011 *Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil* (Doutorado). Curso de Doutorado em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Recife, Pernambuco, Brasil.
- Sastry, S.; Dutta, M. J. 2013 “Global Health Interventions and the ‘Common Sense’ of Neoliberalism: A Dialectical Analysis of PEPFAR” em *Journal of International And Intercultural Communication* N° 6(1) (UK Limited). Em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17513057.2012.740682>>.
- Terreblanche, S. 2005 *A History of Inequality in South Africa 1652-2002* (Pietermaritzburg: University of Natal Press/KMM Review Publishing).
- Terreblanche, S. 2012 *Lost in transformation: South Africa’s search for a new future since 1986* (Johannesburg: KMM).
- Tvedten, I.; Paulo, M.; Montserrat, G. 2008 *Políticas de Género e Feminização da Pobreza em Moçambique* (Bergen: Chr. Michelsen Institute). Em: <<http://www.cmi.no/publications/file/3340-politicas-de-genero-e-feminizacao-dapobreza-em.pdf>>.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2012 *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. (Genebra: UNAIDS). Em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf>.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2015 *90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS* (Genebra: UNAIDS). Em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2016a *Global AIDS update* (Genebra: UNAIDS). Em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf>.

- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2016b *Prevention GAP Report* (Genebra: UNAIDS).
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2017 *UNAIDS Data Book 2017* (Genebra: UNAIDS).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs 2016 *International Migration Report 2015* (New York: United Nations Press).
- Vieira, A. C. de S. 2011 “Determinações Sociais da Saúde e Aids na Realidade Brasileira” em Rocha, S.; Vieira, A. C. de S.; Soares, R. C. (orgs.) 2011 *Desafios à vida: desigualdades e HIV/ Aids no Brasil e na África do Sul* (Recife: UFPE), pp. 49-68.
- Vieira, A. C. de S.; Rocha, M. S. G.; Head, J. F.; Casimiro, I. M. A. P. C. 2014 “A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique” em *Rev. Katálysis* N° 17(2), pp. 196-206.
- Vieira, A. C. de S.; Rocha, M. S. G.; Casimiro, I. M. A. P. C.: Barbosa, E. A., F°. 2016 “Brasil, África do Sul e Moçambique: particularidades socioeconômicas e políticas e a epidemia de HIV e Aids” em A. C. de S. Vieira; S. Rocha; E. A. Barbosa, F°. (orgs.) *HIV AIDS e as Teias do Capitalismo, Patriarcado e Racismo. África do Sul, Brasil e Moçambique* (Recife: Editora Universitária da UFPE), pp. 215-266.
- Visentini, P. F. 2012 *As revoluções africanas: Angola, Moçambique e Etiópia* (Revoluções do Século 20) (São Paulo: UNESP).

PREVENÇÃO DO VIH/SIDA E TRABALHADORES DO SEXO IMIGRANTES. O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL EM PORTUGAL

Marta Maia, Camila Rodrigues y Ana Rita Peres

INTRODUÇÃO

Segundo o relatório do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2015), 37% dos novos casos diagnosticados de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) na Europa ocorrem na população imigrante. Esta é, pois, uma população vulnerável. O grupo das pessoas que fazem trabalho sexual (TS) é também mais vulnerável ao risco de contrair infeções sexualmente transmissíveis (IST). Daí resulta uma elevada prevalência da infeção por VIH entre as pessoas que fazem TS¹ em Portugal. O artigo debruça-se sobre a atividade de organizações da sociedade civil (OSC) na área da prevenção das IST em Portugal, de modo a analisar como se relacionam com as populações que exercem TS e concebem as ações de prevenção e o apoio social que lhes dirigem.

O trabalho do sexo é entendido como toda e qualquer prestação remunerada de serviços sexuais. Pode revestir variadas formas, tais como “serviços, desempenhos ou produtos sexuais comerciais (prostituição, pornografia, striptease, danças eróticas, chamadas eróticas)” (Oliveira, 2011: 14). O trabalho do sexo de interior ou *indoor* é aquele

1 Utilizaremos o termo no masculino quando nos referirmos a toda a população, sem distinção de género, ainda que a maioria das pessoas que exercem TS sejam mulheres.

que decorre entre muros, nomeadamente em apartamentos, em oposição ao de rua, e representa a maior fatia da atividade prostitucional em Portugal (Oliveira, 2004; Ribeiro *et al.*, 2007). Esta atividade é alvo de estigma, pois afronta os valores culturais e morais que regulam a sexualidade. No século XIX, os discursos médicos e criminológicos consolidaram a imagem da prostituta como marginal, imoral e poluente. Atualmente, os discursos sociais tendem a atribuir às pessoas que se prostituem uma roupagem de vítima (Parent & Coderre, 2000; Ribeiro, Silva, Ribeiro & Sacramento, 2005), a par com a de risco, sobretudo quando esses discursos as relacionam com a propagação de infeções sexualmente transmissíveis (IST) (Oliveira, 2011).

A falta de regulamentação do trabalho do sexo e o estigma que pesa sobre os que o exercem constituem não só fatores de vulnerabilidade social como também de risco para a saúde, pois são uma potencial barreira aos cuidados de saúde e à prevenção de doenças, por razões tais como a falta de confiança nos serviços de saúde e o medo da discriminação. Por um lado, essa situação contribui para a representação das pessoas que fazem TS como população vulnerável. Por outro lado, os discursos sociais associam esta atividade à marginalidade, à imoralidade e ao risco de propagação de IST. A dicotomia vulnerabilidade/ameaça marca assim a figura do trabalhador do sexo (TS) e o debate público em torno desta atividade (Santos, Gomes & Duarte, 2009), no qual as OSC se destacam pelo papel ativo na afirmação social e capacitação dos TS, como bem o mostrou a Rede sobre Trabalho Sexual (RTS), inicialmente impulsionada pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), que advoga os direitos humanos, o reconhecimento e a dignificação desta população (Aboim, 2016).

A esmagadora maioria da população que exerce TS em Portugal é constituída por mulheres (Machado, Silva & Silva, 2002), grande parte das quais são imigrantes (Costa, Rocha & Eusébio, 2015), o que, como veremos, reforça a situação de vulnerabilidade (Delor & Hubert, 2000), tanto social como económica e psicológica, desta população com quotidianos marcados pelo risco e pela insegurança.

A pesquisa visou analisar o papel das OSC² que desenvolvem projetos de prevenção das IST e de apoio social a esta população; o modo como organizam as suas intervenções de forma a responder aos objetivos de prevenção junto de populações “chave”, como é o caso dos TS,

2 Adotamos um entendimento da sociedade civil enquanto esfera intermediária entre o Estado, o mercado e a esfera privada (em detrimento de uma visão da sociedade civil enquanto esfera independente do Estado), focando essencialmente a “sociedade civil organizada” (Cohen & Arato, 1997).

marcadas pela vulnerabilidade³ decorrente das condições sociais das pessoas que fazem TS, da migração, por vezes em situação de irregularidade, e, em alguns casos, do género; e a relevância da intervenção destas entidades ao nível do apoio social e da advocacia dos direitos humanos desta população, em Portugal.

Foram feitas entrevistas semidiretivas a dez técnicos⁴ de OSC que desenvolvem projetos de prevenção de IST dirigidos a pessoas que exercem trabalho do sexo (TS) na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Em 2012, realizámos uma entrevista na APDES, duas na Associação Positivo, duas no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) e uma na associação O Ninho. Em 2017, realizámos duas entrevistas na Associação Positivo e duas no GAT, a fim de validar e atualizar os dados anteriormente recolhidos no quadro de uma pesquisa desenvolvida no seio do Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Pólo ISCTE-IUL⁵ (Maia & Rodrigues, 2014).

QUADROS SOCIOPOLÍTICOS DO TRABALHO SEXUAL, VULNERABILIDADES E O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL

No século XIX vigorava o sistema regulamentarista em quase todos os países europeus, incluindo Portugal. A atividade prostitucional era regulamentada pelo Estado por motivos de saúde pública. Nas casas de “toleradas”, as prostitutas estavam sujeitas à inspeção sanitária, a restrições e controlo policial motivados por preocupações morais e de saúde pública, numa tentativa de esconder a prostituição, vista como necessária mas imoral, e de controlar as mulheres consideradas responsáveis pela propagação de doenças venéreas. A regulamentação sugeria que a raiz do mal residia nelas e que os homens deveriam ser protegidos contra as prostitutas (Corbin, 1978; Handman & Mossuz-Lavau, 2005; Ribeiro *et al.*, 2005). No século XX foi imposto o modelo proibicionista, que assentava na ideia de que a prostituição é um

3 O conceito de vulnerabilidade aqui adotado é fundamentado em recomendações da Organização Mundial de Saúde e da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), que estimam que os trabalhadores do sexo (TS) e seus clientes, os homens que têm sexo com homens, os utilizadores de drogas injetáveis e os seus parceiros, os jovens desempregados e a população reclusa são as populações mais vulneráveis às IST (UNAIDS, 2012).

4 Adotamos o termo “técnico” para designar os trabalhadores que colaboram nos diversos projetos e serviços das OSC, nomeadamente de prevenção das IST, promoção da saúde sexual, apoio social e psicológico, e advocacia dos direitos dos cidadãos, sejam eles formados em serviço social, rastreio, cuidados de saúde e psicologia ou outra área, pois mais do que a formação académica é na longa experiência de trabalho nas organizações da sociedade civil que forjam os seus saberes e competências.

5 Esta pesquisa inseriu-se no projeto *Immigrants and social care sector*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (referência: PTDC/CS-ANT/101179/2009).

desvio moralmente condenável e que degrada a condição da mulher, devendo, por isso, ser proibida (Manita & Oliveira, 2002). Em Portugal, entre 1963 e 1982, a prostituição era considerada crime (Oliveira, 2011). Atualmente, o modelo abolicionista é o mais difundido na Europa e aquele que vigora em Portugal. Esse modelo admite a venda de serviços sexuais enquanto assunto privado, mas pune a sua exploração comercial por considerá-la lesiva da condição humana. Pressupõe que a prostituição deve ser abolida e que a pessoa que se prostitui assume um estatuto de vítima, particularmente da dominação masculina. O termo trabalhador do sexo foi substituindo o de prostituta/o a partir do final do século XX. Tal como destaca Alexandra Oliveira, “o termo trabalho sexual implica que se considera tratar-se de uma atividade de prestação de serviços sexuais. O que implica a defesa da profissionalização destas atividades, sem estigma, e de forma a dignificar este trabalho exercido por mulheres, homens e transsexuais” (Oliveira, 2011: 14).

No atual quadro legislativo, embora as pessoas não sejam penalizadas pela venda de serviços sexuais, não lhes é permitido trabalhar de forma legal, o que as mantém numa situação de exclusão e estigmatização (Cazals, 1995; Gil, 2008; Ribeiro *et al.*, 2005; Weitzer, 2007). Ademais, é por vezes negado o acesso aos serviços de saúde a estas pessoas, que muitas vezes são perseguidas e enfrentam acusações criminais e detenções (Brussa & Munk, 2010).

A crescente repressão das migrações por parte de muitos países condiciona o acesso aos cuidados de saúde (Gil, 2005; Sacramento & Ribeiro, 2014) e gera vulnerabilidades (sociais e sanitárias) entre populações já de si tendencialmente vulneráveis, como é o caso dos TS imigrantes, sobretudo as mulheres em situação irregular, as mais expostas à situação extrema de tráfico para fins de exploração sexual. Como notam Santos, Gomes e Duarte (2009: 73).

Temos mulheres obrigadas a trabalhar como prostitutas (contra a sua vontade). Encontramos ainda situações em que a mulher prostituta é obrigada a trabalhar em condições que não pôde escolher. Ora, aquilo que o capitalismo traz de diferente relativamente à escravatura é que o trabalhador é livre para vender a sua força de trabalho. Neste sentido, segundo algumas perspectivas, as mulheres devem ser livres para vender a sua disponibilidade sexual enquanto força de trabalho. Esta não é uma posição consensual, como veremos adiante. Contudo, as formas de sobre-exploração de que temos dado conta, de que o tráfico sexual é expressão, levam a que mulheres que vendiam a sua disponibilidade sexual enquanto força de trabalho sejam obrigadas a vender não só a sua disponibilidade, mas também a sua liberdade e a sua identidade.

Como afirmam Sacramento e Ribeiro (2014), a condição de imigrante intensifica o estigma, a discriminação e a vulnerabilidade, devido a fatores tais como a insuficiência de laços sociais e familiares, a falta de conhecimentos dos mecanismos sociais e administrativos do país de acolhimento, e a precariedade económica de uma grande parte da população imigrante. Por sua vez, estes fatores potenciam os comportamentos de risco para a saúde. É neste âmbito que se inscrevem os projetos de prevenção das IST de organizações tais como o GAT. Este, além de ter atendimento direto nas suas instalações, tem uma equipa de rua que intervém predominantemente em contexto de *indoor*. É uma organização que se destaca pelo seu intenso trabalho de advocacia e *networking*, para além de possuir um caráter marcadamente inclusivo ao apostar em mediadores de pares, ou seja, oriundos dos seus próprios grupos alvo.

Apesar de se tratar de projetos na área específica da prevenção do VIH/SIDA e de outras IST, estes acabam por constituir um apoio social importante para esta população, contribuindo para minimizar o estigma que pesa sobre ela e para aumentar a sua capacitação para lá da saúde sexual. A execução destes projetos assenta numa lógica multidimensional, tendo parcerias com outras instituições (por exemplo, no âmbito do apoio aos imigrantes) para uma resposta integrada a cada situação. Existe também uma preocupação em ultrapassar barreiras linguísticas e assim facilitar o acesso dos imigrantes aos serviços prestados. A maioria das entidades presta serviços e disponibiliza material informativo em mais do que uma língua.

De notar que a sociedade civil portuguesa é, na sua generalidade, pouco emancipada e o envolvimento de grupos de pares e da comunidade não é frequente (Sacramento, Ribeiro & Maia, 2016), pelo que o trabalho desenvolvido por estas organizações, nomeadamente a APDES, a Associação Positivo e o GAT, pode ser considerado como inovador.

As organizações envolvidas constituem uma referência incontornável na prevenção e controlo das IST em pessoas que fazem TS, dada a abrangência e representatividade da sua intervenção. São organizações que surgem regularmente enquanto parceiras institucionais em projetos e estudos nessa área, e as atividades por elas implementadas constituem, em conjunto, uma parte significativa da oferta de apoio ao dispor desta população na AML. Por outro lado, o tipo de estratégias que desenvolvem é diversificado e permite captar diferentes populações em contextos distintos. Se uma organização trabalha numa lógica de proximidade na rua, outra fá-lo em *indoor*. Enquanto uma organização desenvolve ações de formação profissional com vista à reorientação da atividade desenvolvida por TS, outra procura reduzir

riscos no desempenho dessa mesma atividade mediante a oferta de um conjunto diversificado de serviços sociais, jurídicos e de saúde nas suas instalações.

Grande parte, senão a maioria dos utentes das OSC que trabalham com TS são mulheres imigrantes. Uma técnica da APDES entrevistada refere que, apesar desta organização não desenvolver projetos especificamente dirigidos a imigrantes, na realidade, acaba por “trabalhar quase só com imigrantes”, pois “cerca de 80% a 90%” dos TS (que são na sua grande maioria trabalhadoras) no contexto *indoor* em que intervêm são imigrantes. Os TS imigrantes acabam por ser abarcados pelas valências e projetos que, de forma mais genérica, envolvem os TS independentemente da sua nacionalidade e situação administrativa no país, embora possam articular-se com organizações que trabalham com imigrantes, a fim de encaminhar utentes que necessitem de apoio específico pela sua situação administrativa de permanência no país.

Os TS imigrantes representam um grupo diversificado pela sua situação legal ou irregular ou regularizada em Portugal; pelos seus países de origem, que lhes conferem um estatuto particular no universo do sexo comercial; pelo tempo de presença em território português; pela situação socioeconómica; pelas redes sociais de apoio que possuem ou são capazes de mobilizar; pelo tipo de sexo comercial que praticam (venda de serviços sexuais na rua ou em apartamentos, danças eróticas e *striptease* em clubes, conversas eróticas ao telefone e via internet, etc.), etc. O grau de vulnerabilidade difere, obviamente, em função destes fatores.

A maioria dos clientes são homens. Ribeiro *et al.* (2005) constataram que as escolhas dos clientes se centram nas TS latino-americanas, em particular as brasileiras, consideradas mais carinhosas e mais permissivas. Uma da técnica da APDES afirma que “existe uma imagética acerca do que é que é exótico, do que é que é erótico, e a mulher brasileira está conotada dessa forma. [...] isso está presente no imaginário dos homens que as procuram”.

Os técnicos entrevistados relatam que a chegada de mulheres brasileiras ao mercado do sexo português, conjugada com a preferência de muitos clientes por estas, aumentou a concorrência entre as TS e, por conseguinte, fez aumentar as práticas de risco, dado que um dos argumentos de venda de serviços sexuais é o sexo desprotegido. Não existem estatísticas sobre as nacionalidades dos TS, no entanto, as mulheres brasileiras tendem a ser associadas na sociedade portuguesa ao trabalho do sexo, o que lhes pode acarretar estigmatização, discriminação e uma vulnerabilidade social acrescida (Miranda, 2009).

Apesar de reconhecerem a sua diversidade, essa população é descrita pela maioria dos técnicos entrevistados que com ela lidam como

vulnerável,⁶ em particular os que estão em situação irregular no país. Com efeito, como notaram Silva e Ribeiro (2010), muitas das pessoas que exercem são imigrantes, principalmente da América Latina e Europa de Leste, vivem em situação de precariedade socioeconómica, têm um reduzido capital social e cultural, e praticam uma atividade não regulamentada pelo direito do trabalho e estigmatizada.

Outro elemento de vulnerabilidade das pessoas que fazem TS, sobretudo das mulheres, que trabalham em clubes e pensões, apontado por alguns autores (Costa & Alves, 2001; Ribeiro *et al.*, 2007; Sacramento, 2005), para além da informalidade da atividade, prende-se com a procura constante de novidades por parte dos clientes, que as obriga a circular em permanentemente por diversas zonas do país, fazendo aquilo que na gíria da profissão se denomina “uma praça”, não lhes permitindo ficar muito tempo num mesmo local e numa mesma residência. Segundo Ribeiro *et al.* (2005, 2007), o trabalho sexual torna-se assim uma prática informal, exercida em boa parte por imigrantes, entre os quais muitas mulheres em situação irregular, em pensões, clubes ou bares de alterne. Estes estabelecimentos têm em vigor um conjunto de regras, geralmente sob forma de regulamento interno, ao qual estas mulheres estão sujeitas, que escapam a qualquer enquadramento legal.

O trabalho sexual não é regulamentado. A sua informalidade, à qual se acrescenta a situação de ilegalidade da permanência no país para algumas das pessoas que se dedicam ao TS, constitui uma barreira aos cuidados de saúde, pelo receio de identificação por instituições cuidadoras que possam partilhar os dados pessoais com as autoridades policiais, o que pode levar à expulsão do país. Esta situação inibe as pessoas em situação irregular de recorrerem a estruturas de diagnóstico e de cuidados de saúde, traduzindo-se, assim, num fator de risco para a saúde. Também a dificuldade ou impossibilidade de se deslocarem a instituições de saúde por desconhecimento, a falta de confiança no sistema de saúde, a falta de autoestima e conseqüente desleixo em relação à sua saúde, e o medo de serem discriminadas representa uma barreira aos cuidados de saúde (Deschamps, 2006; Brussa & Munk, 2010; Sacramento, 2005, 2011). Como testemunha uma técnica da Associação Positivo, entrevistada, em 2012,

6 A concepção de vulnerabilidade aqui adotada distancia-se de uma visão caritativa/assistencialista e procura assumir um caráter pragmático com base científica, sendo fundamentada em recomendações da Organização Mundial de Saúde e da UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), que estimam que os TS e seus clientes, os homens que têm sexo com homens, os utilizadores de drogas injetáveis e os seus parceiros, os jovens desempregados e a população reclusa são as populações mais vulneráveis às IST (UNAIDS, WHO, 1999; UNAIDS, 2012).

Em relação aos imigrantes, o acesso à saúde é uma situação difícil em Portugal [...] é o receio de irem aos serviços e serem sinalizados ao SEF [Serviço de Estrangeiros e Fronteiras], é o receio de não serem aceites, de serem estigmatizados e irem de volta para o país de origem. Se as pessoas tiverem coragem de enfrentar todo o processo, que não é fácil, depois têm o processo burocrático de irem à Junta de Freguesia buscar o atestado de residência com duas testemunhas que residam ali, com cartão de eleitor, que afirmem que aquela pessoa vive ali há mais de noventa dias [...] Depois há a questão da comunicação, das barreiras, as pessoas não conhecem as leis, as circulares que passam, porque existe uma lei em que isto está tudo contemplado, mas por vezes não é efetivada. Até chegar à prática é um processo burocrático. E depois as pessoas não estão totalmente informadas sobre os seus direitos, daí o receio, não sabem qual é a lei, estão num país novo, um país diferente.

Vários autores (Ribeiro *et al.*, 2005, 2007; Ribeiro & Sacramento, 2005) observaram que a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, o isolamento e as carências sociais dos TS aumentam as dificuldades interpessoais, o desconforto psicológico e os comportamentos de risco. Por sua vez, a multiplicidade de parceiros sexuais e a pressão por parte de alguns clientes para não usar preservativo, aumentam o risco de contrair uma IST. Uma técnica entrevistada no GAT em 2017 descreve essa situação nos seguintes termos:

Há relatos de clientes que insistem muito para não usar preservativo e, às vezes, é difícil para as pessoas que estão sem dinheiro resistir a isso. Claro que é sempre trabalhado isso, o cuidar de si, pensar primeiro na sua saúde, é mais importante, mas a situação atual também não ajuda. Uma aceita, outra não aceita, tenta aqui, tenta ali, mas o nosso objetivo aqui, nesse sentido, é o empoderamento da mulher em relação ao cliente.

SITUAÇÕES DE RISCO E O APOIO DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Segundo Beck (1992), vivemos numa fase da modernidade na qual os riscos individuais e coletivos, apesar de serem monitorizados e controlados pela sociedade contemporânea, tendem a escapar às instituições sociais de controlo e de proteção. A procura da excitação pelo risco pode ser entendida como uma forma de escape aos mecanismos de controlo social (Rojek, 1995; Maia, 2010b). Existe uma cultura do risco que, em alguns espaços, encarna uma dimensão transgressora (Lagunes, 1998; Maia, 2010a; Ribeiro, 2003). A relação entre as pessoas que vendem serviços sexuais e os clientes é, frequentemente, marcada pelo desencontro entre os interesses de segurança dos primeiros e o gosto pelo risco de boa parte destes últimos (Oliveira, 2004; Ribeiro *et al.*, 2005; Sacramento, 2005).

Vários estudos (Manita & Oliveira, 2005; Muianga, 2009; Ribeiro *et al.*, 2005) mostraram que, de um modo geral, as pessoas que fazem TS têm conhecimento dos riscos e poder de autodeterminação sexual, preocupam-se com a sua saúde e praticam sexo protegido. Pelo contrário, os clientes procuram amiúde a experiência do risco por meio do sexo desprotegido, que usam como um mecanismo para a busca de excitação. Algumas mulheres entrevistadas no quadro do estudo de Ribeiro *et al.* (2005) revelam-se chocadas com a acentuada procura de sexo desprotegido por parte dos clientes portugueses, contrariamente ao uso inquestionável do preservativo que vigora noutros contextos de trabalho que conhecem. Quando existe tensão entre a pessoa que vende serviços sexuais e o cliente, está quase sempre relacionada com desejos de certas práticas, como a penetração anal por parte do cliente, às quais a mulher não se mostra recetiva, e o uso do preservativo, que muitos clientes recusam. As mulheres cedem, por vezes, a essas solicitações quando se encontram numa situação de grande precariedade económica ou devido à urgência de angariar dinheiro para o consumo de droga, no caso das mulheres toxicodependentes, e uma redução da consciência e do autocontrolo no caso das mulheres alcoólicas (Oliveira, 2004; Ribeiro *et al.*, 2005; Sacramento, 2005).

Os clientes constituem um grupo bastante heterogéneo, tanto ao nível social como ao nível dos motivos que estão na origem do recurso ao sexo pago e do tipo de relação e de serviços que procuram, mas, segundo Ribeiro *et al.* (2005), a procura de práticas sexuais de risco parece transversal à clientela. Estes autores apontam quatro razões para a busca deliberada do perigo: os valores da masculinidade hegemónica; as situações de “indigência”/“imaturidade” sexual (tais como limitações físicas ou relacionais que dificultam o processo de sedução do sexo oposto, desconhecimento e pudor relativos às questões da sexualidade); as ligações afetivas que por vezes os clientes estabelecem com as pessoas que lhes vendem serviços sexuais, levando ao relaxamento da prevenção e à interpretação do preservativo como um obstáculo à intimidade; e o desconhecimento acerca das IST e suas formas de prevenção, ou ainda a visão da infeção por VIH como uma “doença do outro” (Ribeiro *et al.*, 2005: 77).

O afrontamento do risco tende a ser visto pelos homens como uma forma de superação dos limites e do medo, uma prova de valentia e potência sexual, um indício de virilidade (Delicado & Gonçalves, 2007; Maia, 2009; Ribeiro, 2003; Sacramento, 2005). O risco é visto como algo a ser enfrentado e não evitado (Lagunes, 1998). Os TS “desempenham um papel decisivo na sensibilização dos clientes, muitos deles com uma certa ‘propensão’ ou ‘gosto’ manifesto para o relacionamento sexual desprotegido” (Ribeiro *et al.*, 2005: 49). Os programas

de prevenção das IST desenvolvidos nos últimos cinco anos defendem, pois, a tomada em conta tanto do TS como do cliente, embora na prática tal proposta seja de difícil execução devido à dificuldade de acesso aos clientes.

O estudo de Ribeiro *et al.* (2005) refere a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde devido ao estigma social que pesa sobre as pessoas que fazem TS, a rotatividade e mobilidade a que obriga, por vezes, o trabalho do sexo e a impossibilidade, no caso das mulheres indocumentadas, de aceder, em igualdade de direitos com os cidadãos estrangeiros em situação de permanência regularizada, a serviços de saúde públicos, exceto em situações que ponham em perigo a saúde pública.

Quem está em situação de permanência irregular tem também uma maior dificuldade em encontrar outra ocupação profissional para além do trabalho sexual e assim entrar no mercado de trabalho formal, na medida em que “é difícil ser aceite por uma entidade patronal que fica com receio das consequências perante o SEF” (Costa *et al.*, 2015: 37). Neste contexto, emerge como fundamental o apoio prestado ao nível dos processos de regularização.

Em Lisboa, destacam-se dois projetos de intervenção junto das pessoas que exercem TS: o Red Light e o Espaço Intendente. O projeto Red Light, da Associação Positivo, envolve apoios que visam prestar uma resposta integrada às necessidades desta população e que incluem atividades de *outreach*, apoio médico, apoio psicológico, apoio social, apoio jurídico e animação sociocultural. As atividades de *outreach* envolvem rondas noturnas e diurnas nos principais locais de trabalho do sexo, tanto na rua como em bares e apartamentos, com a entrega de material de prevenção, ações de sensibilização e aconselhamento relativamente a IST, e divulgação de serviços. O apoio médico disponibiliza uma consulta que, mediante um acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, possibilita a prescrição de exames clínicos e de prescrições médicas. Um protocolo com um laboratório permite fazer rastreios de IST e testes de gravidez e é ainda disponibilizado um serviço de enfermagem. Em casos de testes reativos ao VIH, o Red Light facilita o acesso aos prestadores de cuidados de saúde mediante referência hospitalar e acompanhamento às consultas. No que se refere particularmente aos imigrantes em situação irregular, em casos reativos de VIH/SIDA, o projeto apresenta-se, pois, como uma resposta de referência em termos de acesso aos cuidados de saúde e de prevenção de riscos para a saúde pública. Quanto ao apoio psicológico engloba consultas individuais e sessões em grupo, aconselhamento e avaliação psicológica e workshops de relações interpessoais. Ao

nível social, o projeto providencia informação e mediação relativa ao acesso a direitos fundamentais, assim como apoio na procura de emprego e formação profissional. Para os imigrantes em particular, disponibiliza aulas de português para estrangeiros e apoio nos processos de regularização em território nacional. Desenvolve ainda atividades de animação sociocultural que incluem festas, ateliers e atividades desportivas e culturais. O apoio jurídico abrange situações relacionadas com cidadania e direitos humanos, estando direcionado para a discriminação relativamente ao VIH.

Entre 2003 e 2015, o Red Light (Costa *et al.*, 2015) acompanhou 372 utentes elegíveis em termos amostrais, na maioria do sexo feminino (68%), solteiros (63%), com idades entre os 26 e os 45 anos e com um nível de escolaridade concentrado entre o primeiro ciclo e o secundário, com uma maior prevalência deste último. Dos 97% que ainda estavam no ativo, apenas 18% desenvolviam outra atividade em paralelo. A população imigrante totaliza metade dos utentes (49%). Verifica-se uma prevalência considerável de imigrantes brasileiros (38%), sendo as restantes nacionalidades residuais (5% da Nigéria, 2% dos PALOP, 2% do Leste europeu e 2% de outras proveniências). Entre os utentes imigrantes, 67% encontravam-se em situação de permanência irregular em Portugal.

Costa *et al.* (2015) não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre nacionalidade e infeção VIH à partida, mas observaram uma relação entre estatuto legal e infeção VIH. Segundo o relatório de atividades da Associação Positivo, ter a situação regularizada em território nacional apresenta um efeito protector de 48% na infeção por VIH à partida. Como causa possível para esta relação, o relatório menciona que os imigrantes indocumentados, tendo já conhecimento da sua situação clínica, recorrem ao Red Light para ter acesso a cuidados de saúde, procurando nomeadamente uma referenciação para consulta de especialidade. Segundo uma técnica desta organização, a situação de permanência irregular em território nacional para portadores de VIH representa limitações no acesso à saúde.

No caso de uma pessoa que é imigrante e está em situação irregular, se tiver VIH tem direito ao tratamento, mesmo sem número de utente. Não tem direito a número de utente. Pode fazer uma inscrição esporádica em termos de saúde, tem direito a isso, tem que levar o documento comprovativo da residência, pode ser da Junta ou pode ser outro documento, e tem que levar o seu passaporte, todos os documentos que tenha, número de contribuinte, etc. [...]. Tendo VIH tem direito à isenção [...] de taxas da consulta, da medicação toda e dos exames que tenham a ver com esta área, tudo o resto pagam. [...] Fica isento mas só na área do VIH.

No relatório supracitado, Costa *et al.* (2015) fazem referência às imigrantes transsexuais, nomeadamente brasileiras, que na Europa procuram assumir abertamente a sua condição e ganhar dinheiro suficiente para as transformações corporais. A melhoria da condição económica é apresentada como um fator que pode contribuir para mitigar a postura discriminatória das famílias nos países de origem, mas os sacrifícios exigidos para atingir este fim são por vezes pesados, considerando que as transformações são por vezes realizadas sem as devidas exigências clínicas, originando problemas de saúde. É uma população que tende a circular entre países europeus, de forma a manter a procura motivada pela novidade da oferta. Esta circulação pode levar as pessoas seropositivas em tratamento a interromper a medicação para a infeção VIH/SIDA, sobretudo quando os direitos à saúde nos novos países são desconhecidos ou quando o acesso aos cuidados de saúde é dificultado por processos administrativos demorados e complicados, enquanto o receio da discriminação, esse, está sempre presente. Existe, assim, uma tripla estigmatização enfrentada pelas transsexuais imigrantes, traduzida na sua invisibilidade perante os serviços de saúde. As próprias contribuem para esta situação, dado que a invisibilidade surge como uma estratégia de defesa relativamente à discriminação de que se sentem alvo (Costa *et al.*, 2015).

Os imigrantes constituem, assim, uma população particularmente fragilizada, sendo essa fragilidade acrescida quando estão em situação de permanência irregular em Portugal. Esse facto retarda o seu acesso à saúde e aumenta a probabilidade de recorrerem ao Red Light já em situação de infeção pelo VIH (Costa *et al.*, 2015).

O Espaço Intendente, em Lisboa, é um projeto do GAT que procura dar resposta às múltiplas e diversas contingências da população alvo com que trabalha, as pessoas que exercem TS. Os técnicos entrevistados referem que é um serviço feito à medida de cada um e que se rege pela flexibilidade: se for necessário atender aos fins-de-semana, isso será feito. Entre os apoios quantitativamente mais significativos, destaca-se a distribuição de material, tanto no local de trabalho sexual como no Espaço Intendente, assim como a realização de rastreios. Entre os seus parceiros encontra-se a Rede de Rastreio Comunitária e entre as suas entidades financiadoras destaca-se a Câmara Municipal de Lisboa, sendo que com a crise económica as fontes de financiamento diversificaram-se mais, observando-se uma maior prevalência de apoios internacionais. O projeto articula igualmente com prestadores de cuidados de saúde públicos, como hospitais e centros de saúde.

O Espaço Intendente está aberto à comunidade em geral mas é particularmente direcionado para TS. Visa reduzir a prevalência de infeções não diagnosticadas mediante o diagnóstico precoce, a distribuição

de materiais de prevenção, o aconselhamento e a divulgação de informação. Promove a deteção precoce de IST (clamídia, sífilis, gonorreia, HPV e VHB) e hepatites virais, sendo efetuada a referência para o tratamento em casos reativos. Segundo os técnicos entrevistados, metade dos rastreios realizados em *outreach* envolveram imigrantes em situação de permanência irregular em território nacional.

Os utentes que são imigrantes formam uma população descrita pelos técnicos entrevistados como heterogénea, em termos de nível de instrução, faixa etária, sexo, situação familiar, motivações e necessidades. A maior fragilidade social é encontrada nos imigrantes que estão em situação irregular. A complexidade burocrática dos processos de regularização, nomeadamente a exigência de vínculos laborais que devem obedecer a critérios que remetem para as entidades empregadoras, torna o processo inexecutável para muitos imigrantes indocumentados, que posteriormente encontram barreiras acrescidas no acesso aos serviços de saúde. Para agravar este facto, a situação de regularização exige a renovação da documentação, o que poderá ser dificultado por situações de desemprego ou doença. Há, por isso, imigrantes que se encontram numa situação de irregularidade intermitente. Neste contexto de alguma hostilidade institucional face à situação migratória, à qual se junta o estigma do trabalho sexual, a “qualidade humana” do Espaço Intendente é referida como fundamental, na medida em que nele os imigrantes encontram um serviço de proximidade que os recebe, independentemente do seu estatuto legal, sem qualquer tipo de discriminação ou contingência, à semelhança dos outros projetos do GAT (tais como o CheckpointLX, o IN-Mouraria ou o Move-se).

A dificuldade inerente ao processo de regularização pode determinar a opção pelo trabalho sexual de alguns imigrantes indocumentados. Como explica um técnico do GAT,

A dificuldade de regularizar as pessoas, inclusivamente com trabalhos formais, é uma questão que leva muitas pessoas a chegar ao trabalho sexual... Há uns anos atrás, nos homens, era muito comum eu encontrar homens que me diziam que chegavam ao trabalho sexual porque tinham estado a trabalhar um mês, dois meses, três meses num espaço, que lhe tinham prometido a regularização, que não lhe davam o ordenado porque diziam “não tens os papéis, não te posso pagar” e a pessoa ia pedir dinheiro emprestado, tinha familiares e tinha pessoas dependentes e depois dizia “a única coisa que eu posso fazer para ter dinheiro rápido é esta noite ir fazer trabalho sexual.

No geral, a relação dos imigrantes com as instituições é descrita pelos técnicos entrevistados como problemática, considerando as

discrepâncias que se observam entre a legislação e a sua aplicação. Na prática, surgem dificuldades de acesso dos cidadãos aos serviços, motivadas pela ambiguidade do sistema burocrático. “Há muita interpretação” e “muito desconhecimento” tanto por parte dos cidadãos como das próprias entidades. Ocorrem situações de discriminação declarada, em que os administrativos, à revelia da lei, vedam o acesso dos imigrantes aos serviços de prestação de cuidados de saúde. O poder discricionário do pessoal administrativo assume grande relevância, considerando que este representa a porta de entrada dos serviços públicos. Como nota uma técnica entrevistada, “os administrativos são logo a primeira barreira que nós temos, antes de chegar ao médico, portanto há muitos casos que nós, quando fazemos as referenciações, em que vamos contra a parede.”

Num contexto de arbitrariedade burocrática, os contactos pessoais com elementos dentro dos serviços públicos de saúde permitem ultrapassar barreiras e garantir o acesso a direitos fundamentais e legalmente previstos, os quais de outra forma poderiam ser irremediavelmente negados. O Espaço Intendente possui estes contactos que podem ser acionados em situação de necessidade, constituindo assim um recurso fundamental para esta população, como exemplifica a seguinte situação, relatada por um técnico do GAT entrevistado em 2017:

Eu recordo uma situação de profilaxia pós-exposição de uma pessoa que até estava regular em Portugal, teve um acidente, era um acidente de risco, foi ao Hospital de Santa Maria, posso falar porque nós apresentámos queixa no Ministério, e como é que ela disse? “Venho para o comprimido para evitar o AIDS”. E a doutora meteu-a na rua e disse “não há nada para isso”. [...] Agarrámos [nela], chegámos a outro hospital, entrou logo, porque eu já tinha telefonado para o hospital e havia lá alguém que fazia parte dos contactos e que facilitou.

AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E NA ADVOCACIA DOS DIREITOS HUMANOS

As OSC têm contribuído para um aumento da literacia em saúde e dos conhecimentos dos direitos sociais, uma maior capacidade de reivindicar e uma crescente capacitação⁷ das pessoas que exercem TS. As entrevistas efetuadas a técnicos de OSC permitiram constatar que o discurso de vitimização associado ao trabalho do sexo assume um

7 De destacar o mais recente projeto do GAT, dirigido à população em geral, particularmente a membros de associações que trabalham na área da saúde e do consumo, que promove a participação cidadã e a advocacia na esfera da saúde, o Mais Participação melhor saúde (Crisóstomo *et al.*, 2017).

carácter residual. Salvo casos específicos de manifesta exploração sexual, a maioria das organizações que prestam apoio a TS entende como uma opção consciente e livre de quem a pratica, independentemente das razões inerentes a esta escolha, que não são questionadas na medida em que são entendidas enquanto um elemento do foro privado de cada um.⁸

As OSC visam acima de tudo minimizar potenciais riscos para a saúde inerentes à prática do trabalho do sexo. As suas respostas sociais abrangem a generalidade das pessoas, independentemente da sua nacionalidade. Em regra, é favorecida uma intervenção de proximidade, na qual os técnicos atuam no espaço físico onde se desenrola o trabalho do sexo, seja na rua seja em contexto de *indoor*. O contacto regular favorece a confiança entre os utentes e os técnicos, criando condições para o trabalho de prevenção das IST.

Algumas organizações, tais como as Irmãs Oblatas, a Novos Rostos Novos Desafios, a Positivo e a APDES, divulgam os seus serviços e distribuem material em contexto de rua, sendo comum o uso de carrinhas pelas equipas técnicas. Esse trabalho de rua é complementado com o apoio prestado em contexto de gabinete, como acontece no projeto Red Light, da Associação Positivo.

Na implementação dos seus projetos, as OSC puderam contar com o apoio financeiro do Estado, nomeadamente através do Programa ADIS/SIDA, da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, extinta desde 2012. Porém, com o fim deste concurso, os apoios ao terceiro sector na área da prevenção do VIH/SIDA foram fortemente reduzidos. Existem algumas poucas iniciativas governamentais, como o programa de saúde Auto-estima, da responsabilidade da ARS Norte, cuja população alvo é a das pessoas que exercem TS. Dado que o apoio a esta população é feito sobretudo pelo viés da saúde sexual, a redução de meios financeiros alocados a esse tipo de intervenção traduz-se numa redução do apoio a populações tão vulneráveis quanto os imigrantes em geral e os indocumentados em particular, o que, por sua vez, tem também efeitos negativos a nível da saúde pública, como é evidente.

O GAT, através do projeto PREVIH, tendo por parceiras a APDES e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade

8 A este respeito, as Irmãs Oblatas do Santíssimo Redentor e O Ninho constituem exceções na medida em que entendem que uma pessoa que vende serviços sexuais é forçosamente “vítima da prostituição”. Como refere a técnica desta entidade que entrevistámos, assumindo que só existe prostituição forçada e não voluntária. O trabalho desta instituição é orientado para retirar a mulher da prostituição. Para tal oferece apoio social, alojamento e formação. Sobre o trabalho de prevenção das IST junto das mulheres que vendem serviços sexuais das Irmãs Oblatas, ver Saraiva (2009).

do Porto (UP-FPCE), promoveu a formação de pares. Na primeira fase do projeto, que decorreu entre novembro de 2011 e maio de 2012, a APDES implementou uma metodologia de educação de pares com um grupo de pessoas que fazem ou fizeram TS que já havia testado com consumidores de drogas (Oliveira & Mota, 2013), depois de efetuadas as devidas adaptações. A UP-FPCE, de acordo com o solicitado pelo GAT, além de ter incluído neste projeto uma componente de capacitação e ativismo, ficou responsável pela supervisão científica com vista a validar o modelo de formação e integração de pares. Este projeto de educação de pares teve dois objetivos principais: a profissionalização e integração dos pares em equipas de redução de riscos, e o desenvolvimento, a capacitação comunitária e o ativismo político dos educadores de pares com vista a estimular a sua associação num coletivo (Oliveira & Mota, 2012).

O projeto “PREVIH - Infecção VIH nos grupos de homens que têm sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes e intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde”, promovido pelo GAT, teve também uma componente de pesquisa, em parceria com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, entre 2009 e 2013 (Oliveira, 2013). No contexto desta pesquisa foram questionados 1.040 indivíduos, 853 dos quais do sexo feminino, correspondendo a 82% do total. Dessas, 460 (57,4%) trabalhavam na rua, 301 (37,5) exerciam a atividade *indoor* e 41 (5,1%) trabalhavam tanto na rua como em *indoor*; 91% reportavam ter usado sempre preservativo com os clientes no último mês, 8,3% afirmavam tê-lo utilizado por vezes e 0,7% admitiam que raramente ou nunca usavam preservativo; 41,6% tinham sido abrangidas por campanhas de prevenção no último ano e 91,4% haviam recebido preservativos gratuitamente em alguma ocasião; 67,5% tinham realizado o teste e conhecido o seu resultado, sendo que em 6,6% dos casos fora positivo; 58,5% das inquiridas seropositivas que conheciam a sua situação afirmavam estar em tratamento (APDES, RTS & Peixoto, 2012; Oliveira, 2013). A prevalência da infecção por VIH parece pois bastante elevada entre as pessoas que fazem TS.

A elevada prevalência da infecção por VIH nesta população contrasta com o uso reportado de meios de prevenção e diagnóstico. A discrepância verificada poderá indicar uma adesão formal, mas não necessariamente real, por parte das pessoas que fazem TS, a uma retórica socialmente valorizada de prevenção, a qual é canalizada pelas organizações.

Apesar da relevância concedida às IST, a vulnerabilidade relativamente à saúde sexual não é o único risco identificado pelos técnicos entrevistados, que salientam igualmente a problemática da violência,

a que é exercida pelos clientes e a que é exercida pelas instituições, ambas potenciadas pelo desempenho de uma atividade que não possui enquadramento legal. Com efeito, não sendo uma atividade criminalizada, o trabalho do sexo não é uma profissão formalmente reconhecida enquanto tal. No caso da população imigrante, em que o processo de regularização em território nacional surge associado à prática de uma atividade profissional legalmente reconhecida, as dificuldades são evidentes, dado que esse processo fica inviabilizado.

É notória a articulação entre as OSC, embora esse trabalho em parceria não assuma um carácter sistemático. É exemplo do trabalho em conjunto a constituição, em 2011, da RTS, que reúne organizações e pessoas que exercem TS, numa experiência inovadora de participação. Os objetivos consistem na partilha de boas práticas, na maximização dos recursos, na promoção do debate, na elaboração de documentos conjuntos, na promoção de ações de sensibilização e no acompanhamento das políticas relativas ao trabalho sexual, procurando igualmente assumir o *lobbying* relativamente ao trabalho sexual em Portugal.

Uma questão que emerge como fundamental é a questão da participação das pessoas que exercem TS nessas organizações e nos projetos que lhes são dirigidos. As entrevistas evidenciaram que as OSC tendem a assumir um discurso pragmático e não discriminatório. Os projetos que desenvolvem oferecem serviços que visam melhorar as condições de saúde de quem pratica o trabalho sexual. No entanto, os visados permanecem ausentes das estruturas dirigentes e executivas dessas organizações e o seu envolvimento nos projetos é quase nulo, apesar de algumas experiências de formação e de educação pelos pares. A sua reduzida participação dos TS na concepção, execução e avaliação de projetos que os visam, pode propiciar uma noção de “bem” que não é a sua, mas a daqueles que controlam as políticas e serviços ou que neles trabalham. Aquilo que os agentes políticos que financiam os projetos e os dirigentes e técnicos das organizações que os implementam consideram que é desejável para os desta população, pode não coincidir obrigatoriamente com o que estes estimam ser necessário. Esse facto pode originar dinâmicas de manipulação mútuas: das organizações em relação aos seus utentes, ao tentarem promover comportamentos e encaminhá-los para serviços que consideram benéficos ou que têm a responsabilidade de implementar, mas que não são forçosamente do interesse destes; e dos TS em relação às organizações, ao adotarem uma postura que acreditam corresponder àquilo que é percebido pelos técnicos como sendo adequado, mas que não corresponde à sua verdadeira forma de estar e ser. Como nota uma técnica da APDES, o discurso dos utentes tende a ir ao encontro

das expectativas que têm relativamente àquilo que consideram que o técnico espera ouvir, como forma de obter determinados bens ou serviços. Por seu turno, o técnico fornece esses mesmos bens e serviços com o objetivo de promover a adesão a comportamentos que considerava desejáveis.

As entrevistas permitiram aferir que a auto-organização não é uma realidade entre as pessoas que exercem TS, devido a uma diversidade de potenciais fatores causais que carecem de aprofundamento e clarificação: fatores político-institucionais, como a ausência de um enquadramento legal para o desempenho do trabalho do sexo; fatores sociais, como a discriminação associada à atividade; e fatores individuais, como a desmotivação relativamente a um envolvimento cívico mais profundo. Todos esses fatores apontam para hipóteses em aberto na explicação de uma maior ou menor auto-organização desta população, sendo que, na ausência de um movimento associativo consistente, a defesa dos seus direitos recai essencialmente sobre as OSC.

CONCLUSÃO

O caráter pré-moderno da administração pública portuguesa emerge em todo o seu esplendor quando estão em causa populações particularmente fragilizadas, como é o caso dos imigrantes que exercem trabalho sexual. Impossibilitados de se regularizarem por via de uma atividade profissional que não é legalmente reconhecida, encontram-se num limbo legal que compromete o seu acesso a direitos fundamentais, tais como direito à saúde.

Existem direitos legalmente consagrados que nem sempre são respeitados devido a uma micro-gestão arbitrária exercida por funcionários públicos por vezes pouco esclarecidos quanto às leis que deveriam fazer cumprir. Oliveira (2013) expõe a este propósito atitudes discriminatórias que envolvem insultos, humilhações e negligência, o que leva a que, em situações mais extremas, o imigrante recorra a cuidados de saúde amadores que podem comprometer a sua saúde. Neste contexto, o desenvolvimento de estratégias de acesso aos serviços de saúde torna-se uma necessidade essencial e envolve, por exemplo, inscrições no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e prescrições médicas passadas em nome de outrem, e a busca de centros de saúde específicos, reconhecidamente considerados mais recetivos.

Os prestadores públicos de cuidados de saúde não atuam todos da mesma forma, de acordo com um quadro legislativo e regulamentar claramente definido. Uma relativa autonomia burocrática, resultante de um enquadramento regulamentar que deixa espaço para a ambiguidade, permite que as questões sejam resolvidas por funcionários administrativos que selecionam as regras a serem aplicadas, pois

as suas ações não são passíveis de monitorização e os procedimentos corretos são de difícil verificação. Os imigrantes que exercem trabalho sexual, quando confrontados com esta situação, dificilmente possuem os recursos necessários para enfrentar o sistema. A solução mais exequível que se lhes apresenta consiste em contorná-lo.

A relação que o Estado estabelece com as OSC é essencial para colmatar as suas próprias deficiências. O Estado financia projetos que se apresentam como um sistema paralelo que presta apoio direto ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento de IST, abrangendo os imigrantes indocumentados que o SNS tende a excluir, seja por determinação legal seja por capricho burocrático. Sempre que o encaminhamento para os prestadores públicos de cuidados de saúde se torna necessário e possível, as OSC acionam a sua rede de parcerias e medeiam o contacto do imigrante com o serviço em causa, tentando ultrapassar os obstáculos que surgem. Este papel mediador é de extrema importância num sistema personalista que se apoia fortemente em relações diretas entre indivíduos e não em relações imparciais entre instituições e cidadãos. O papel de apoio direto e de mediação das OSC assume uma importância primordial na resolução de casos por vezes dramáticos. No entanto, por si só, não contribui significativamente para a alteração de um sistema que apresenta lacunas consideráveis. Por vezes, ocorre um confronto direto com os prestadores públicos de cuidados de saúde que negam o acesso a direitos fundamentais,⁹ mas esta confrontação envolve sobretudo casos particulares e não o SNS no seu todo.

O trabalho de advocacia desempenhado pelas OSC, baseado em anos de experiência no terreno, traduz-se, por exemplo, na criação da RTS, que visa a partilha de boas práticas e conhecimentos, e a consciencialização dos direitos e deveres das pessoas que exercem TS. A ação de sensibilização e de pressão política exercida por via deste tipo de intervenção concertada, envolvendo uma diversidade de atores sociais, tem potencial para incentivar o SNS a ultrapassar as suas disfunções, no sentido de se tornar mais justo, equitativo e inclusivo, respeitador das diferenças que caracterizam os seus utentes. Para atingir este objetivo não basta cultivar a consciência e a sensibilidade cultural dos profissionais de saúde, que nem sempre estão suficientemente conscientes das suas próprias limitações culturais, dando azo a entropias na prestação dos serviços de saúde (Gailly, 2009). Esta consciência pode ser trabalhada. No entanto, é necessário modernizar o próprio SNS, de forma a que o acesso dos imigrantes à saúde

9 O Centro Anti-Discriminação, um projeto do GAT e da Ser+, é exemplo, no domínio dos direitos dos cidadãos, da atuação da sociedade civil.

não esteja na dependência das particularidades do funcionário X ou Y, mas decorra antes de um quadro legal facilitador, claramente definido e implementado. Assim, o delineamento de políticas sociais e de saúde no campo do trabalho do sexo deve: envolver as pessoas TS nos projetos de prevenção a que lhes são destinados (*peer-education approach*); tomar os clientes como alvo de ações de prevenção; orientar as políticas de prevenção numa perspetiva mais holística e abrangente; melhorar a acessibilidade das pessoas indocumentadas aos serviços do SNS; e combater o estigma social que pesa sobre essa população (Ribeiro et al, 2005).

A responsabilidade assumida pelas OSC é considerável, dado que surgem não apenas como prestadoras de serviços, mas também como representantes dos seus utentes. No Livro Branco sobre a Governança (Comissão das Comunidades Europeias, 2001), a Comissão Europeia refere que uma maior participação das organizações nos mecanismos governativos implica uma maior responsabilidade e exige o respeito por princípios de boa governação. As políticas sociais da União Europeia (UE), que exercem uma influência indiscutível na prática social em Portugal, prescrevem o envolvimento ativo dos cidadãos nos mecanismos políticos que os afetam, de forma a promover o *empowerment*, entendido enquanto capacidade de gerir a própria mudança (Bureau Internacional do Trabalho, 2003).

Alguns Estados utilizam a exclusão no acesso à saúde (Gil *et al.*, 2014), procurando assim desincentivar a imigração ilegal, o que produz consequências negativas não só para a saúde dos próprios imigrantes, mas também para a saúde pública, nomeadamente ao nível da propagação das IST. O Comité para os Direitos Sociais do Conselho da Europa reconhece esse facto, ao estipular que qualquer legislação ou prática que negue o acesso à saúde a cidadãos estrangeiros em território de um Estado membro, mesmo que esses cidadãos se encontrem em permanência irregular, é contrário à Carta Social Europeia. Em conformidade com esse princípio, a Constituição da República Portuguesa estabelece o direito de todos os cidadãos a cuidados de saúde, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais, e da sua situação administrativa de permanência no país. É aqui que o ativismo político das OSC em prol do efetivo acesso à saúde para todos assume maior relevância. Esse ativismo poderá implicar uma confrontação nem sempre politicamente correta com as entidades estatais que habitualmente surgem como aliadas e financiadoras das OSC.

REFERÊNCIAS

Aboim, S. 2016 *A Sexualidade dos Portugueses* (Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos).

- APDES; RTS; Peixoto, V. 2012 *Recomendações para a redefinição do enquadramento jurídico do trabalho sexual em Portugal* (Vila Nova de Gaia: Agência Piaget para o Desenvolvimento e Rede sobre Trabalho Sexual). Em: <<http://www.apdes.pt/assets/apdes/RTS/Recomendacoes%20RTS.pdf>> (acedido em 31 de janeiro de 2018).
- Beck, U. 1992 *Risk society: towards a new modernity* (London: Sage).
- Bourdieu, P. 1994 *Raisons pratiques* (Paris: Seuil).
- Brussa, L.; Munk, V. 2010 “Vulnerabilities and rights of migrant sex workers in Europe” em *HIV AIDS Policy Law Review* N° 15(1), pp. 61-62.
- Bureau Internacional do Trabalho 2003 *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza* (Genebra: Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza).
- Cazals, A. 1995 *Prostitution et proxénétisme en Europe* (Paris: La Documentation Française).
- Cohen, J.; Arato, A. 1997 *Civil Society and Political Theory* (New Baskerville: MIT Press).
- Comissão das Comunidades Europeia 2001 *Governança Europeia - Um livro branco* (Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias).
- Corbin, A. 1978 *Les filles de noces. Misère sexuelle et prostitution (19e siècle)* (Paris: Flammarion).
- Costa, J. M. B.; Alves, L. 2001 *O masculino e o feminino de rua* (Lisboa: Colibri).
- Costa, J.; Rocha, J.; Eusébio, M. 2015 *12 anos de Red Light* (Relatório da Associação Positivo).
- Crisóstomo, S.; Matos, A. R.; Borges, M.; Santos, M. 2017 “Mais participação, melhor saúde: um caso de ativismo virtual na saúde” em *Forum Sociológico* N° 30 (II série), pp. 7-16.
- Delicado, A.; Gonçalves, M. E. 2007 “Os portugueses e os novos riscos: resultados de um inquérito” em *Análise Social* N° 52(184), pp. 687-718.
- Delor, F.; Hubert, M. 2000 “Revisiting the concept of `vulnerability” em *Social Science & Medicine* N° 50, pp. 1557-1570.
- Deschamps, C. 2008 *Le sexe et l'argent des trottoirs* (Paris: Hachette Littératures).
- ECDC 2013 *Sex workers: monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Thematic Report* (Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control).

- Frigon, S.; Kérésit, M. (eds.) 2000 *Du corps des femmes: contrôles, surveillances, résistances*. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gailly, A. 2009 "Teoría y Políticas, la atención sensible a la cultura" em Comelles, J.; Allué, X.; Bernal, M. et al. (eds.) *Migraciones y Salud* (Tarragona: URV), pp. 17-54.
- Gil, F. 2008 "La prostituée, une invention sociale" em *Sociétés* N° 1(99), pp. 21-32.
- Gil, F.; Hedjerrassi, N.; Rullac, S. et al. 2014 *Discrimination et stigmatisation d'une population. Le cas des femmes trans' migrantes. Programme de soutien en faveur de la lutte contre les discriminations en Ile-de-France* Convention N° 12-744-06, Dossier N° 12009925.
- Handman, M.-E.; Mossuz-Lavau, J. (eds.) *La prostitution à Paris* (Paris: La Martinière).
- Lagunes, L. 1998 *La supuesta invulnerabilidad de los varones: serio obstáculo para prevenir el VIH/Sida* (Oaxaca: Servicio Informativo de CIMAC).
- Machado, H.; Silva, M. C.; Silva, S. 2002 "Direito, ciência e corpo feminino: a prostituição como 'objecto' de fronteira" em *Sociedade e Cultura 4. Cadernos do Noroeste* N° 18 (1-2), pp. 183-203.
- Maia, M. 2009 *Sexualités adolescentes* (Paris: LHarmattan; Éditions Pepper).
- Maia, M. 2010a "Construction identitaire, relations amoureuses et comportements sexuels à risque de jeunes de la banlieue parisienne" em *Compaso. Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, N° 1(1), pp. 73-89.
- Maia, M. 2010b "Prática de risco no contexto das relações homossexuais" em Ferreira, P. M.; Cabral, M. V. (eds.) *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos* (Lisboa: Bizâncio), pp. 387-416.
- Maia, M.; Rodrigues, C. 2014 "Civil society organizations in the prevention of sexually transmitted infections among female sex workers, in Portugal" em *Saúde e Sociedade* N° 23(1), pp. 50-62.
- Manita, C.; Oliveira, A. 2002 *Estudo de Caracterização da Prostituição de Rua no Porto e em Matosinhos* (Porto: CIDM).
- Miranda, J. 2009 *Mulheres Imigrantes em Portugal. Memórias, dificuldades de integração e projectos de vida* (Porto: ACIDI).
- Muianga, B. S. 2009 *Risco e saúde no contexto do VIH/SIDA. O caso da prostituição na cidade de Maputo*. Tese de Mestrado em Estudos Africanos, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa.
- Oliveira, A. 2004 *As vendedoras de ilusões. Estudo sobre prostituição: alterne e striptease* (Lisboa: Editorial Notícias).

- Oliveira, A. 2011 *Andar na vida. Prostituição de rua e reacção social* (Coimbra: Almedina).
- Oliveira, A. 2013 “PreVIH: Projeto de educação de pares para trabalhadores do sexo” em *Ação & Tratamentos* N° 31.
- Oliveira, A.; Mota, M. 2013 *Desenvolvimento e avaliação de um modelo de educação de pares para trabalhadores(as) do sexo. Relatório final da supervisão científica da segunda fase do projeto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto / GAT.
- Oliveira, A.; Mota, A. M. 2012 *Implementação e avaliação de um modelo de educação de pares para trabalhadores(as) do sexo. Relatório final da supervisão científica* (Porto: FPCEUP).
- Parent, C.; Coderre, C. 2000 “Le corps social de la prostituée: regards criminologiques” em Frigon, S.; Kérisit, M. *Du corps des femmes. Contrôles, surveillances et résistances* (Ottawa: Les Presses de l’Université d’Ottawa), pp. 93-123.
- Perseil, S. 2009 *Les cadres de la prostitution* (Paris: L’Harmattan).
- Ribeiro, F. B. 2003 “Os modernos cavaleiros do asfalto: risco e transgressão nas estradas portuguesas” em Branco, J. F.; Ramos, M. J. (eds.) *Estrada viva? Aspectos da motorização na sociedade portuguesa* (Lisboa: Assírio & Alvim), pp. 31-50.
- Ribeiro, F. B. 2010 “Proibições, abolições e a imaginação de políticas inclusivas para o trabalho sexual” em Silva, M. C.; Ribeiro, F. B. (orgs.) *Mulheres da vida, mulheres com vida. Prostituição, estado e políticas* (Famalicão: Húmus), pp. 277-288.
- Ribeiro, M.; Sacramento, O. 2005 “Violence against prostitutes. Findings of research in the spanish-portuguese frontier region” em *European Journal of Women’s Studies* N° 12(1), pp. 61-81.
- Ribeiro, M.; Silva, M.; Ribeiro, F. B.; Sacramento, O. 2005 *Prostituição abrigada em clubes (zonas fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes): práticas, riscos e saúde* (Lisboa: CIDM).
- Ribeiro, M.; Silva, M.; Schouten, J.; Ribeiro, F. 2007 *Vidas na raia: prostituição feminina em regiões de fronteira* (Porto: Afrontamento).
- Rokek, C. 1995 *Decentring leisure: rethinking leisure theory* (London: Sage).
- Sacramento, O. 2005 *Os clientes da prostituição abrigada: a procura do sexo comercial na perspectiva da construção da masculinidade*. Tese de Mestrado em Sociologia, Universidade do Minho, Braga.
- Sacramento, O. 2011 “Liminal spaces: reflections on the proxemia of cross-border demand for prostitution” em *Space and Culture* N° 14(4), pp. 367-383.

- Sacramento, O.; Ribeiro, M. 2014 “Mulheres marcadas: prostituição, ordem e exclusão” em *Cuadernos de Trabajo Social* N° 27(1), pp. 197-209.
- Sacramento, O.; Ribeiro, F. B.; Maia, M. 2016 “Sida, Estado e sociedade civil: contornos da epidemia, políticas e intervenção social em Portugal” em Sacramento, O.; Ribeiro, F. B. (orgs.) *Planeta Sida. Diversidade, políticas e resposta sociais* (Famalicão: Húmus), pp. 105-126.
- Santos, B. S.; Gomes, C.; Duarte, M. 2009 “Tráfico sexual de mulheres: Representações sobre ilegalidade e vitimação” em *Revista Crítica de Ciências Sociais* N° 87, pp. 69-94.
- Saraiva, L. J. C. 2009 *O renascer de Vénus. Prostituição, trabalho e saúde em tempos de SIDA (Belém-Brasil e Lisboa-Portugal)*, Tese de doutoramento, ICS, Universidade de Lisboa.
- Silva, M. C.; Ribeiro, F. B. 2010 *Mulheres da vida, mulheres com vida: prostituição, estado e políticas* (Famalicão: Húmus).
- UNAIDS 2012 *Report on the global AIDS epidemic* (WHO).
- Weitzer, R. 2007 The social construction of sex trafficking: Ideology and institutionalization of a moral crusade em *Politics and Society* N° 35(3), pp. 447-475.

THE HISTORY OF THE AIDS EPIDEMIC IN THE UNITED STATES: LESSONS LEARNED AND FUTURE DIRECTIONS

**Karina Villalba, Jennifer Attonito, Wissam Al Khoury
y Patria Rojas**

ADVOCACY AND AIDS ACTIVISM

Public advocacy is a model for social action; it is shaped by the political culture, social systems, and the constitutional framework of the country in which it is being practiced. Advocacy is defined as guardians of patient's rights, conservation of patients' best interest and champions of social justice in the provision of health care (Annas, 1997). There are different models of advocacy, some are related to patient's legal rights to healthcare treatment, others refer to inequalities and inconsistencies in healthcare provision, while others focus on patient's autonomy and empowerment (Platner, 2002). The relationship between patient and doctors has evolved in the last decades where the patients are the central figure in the healthcare system (Annas, 1997). Thus, patient's involvement at all levels of the health services is important especially in areas of policy, research and practice (Nilsen, 2013; Platner, 2002). The field of health advocacy can be traced to organizations focused on raising awareness of specific diseases. Among the first such health advocacy organizations was the American Society for the Control of Cancer, the predecessor of the American Cancer Society (ACS), which was founded in 1913 (Platner, 2002). It was followed by the Prevention and Relief of Heart Disease, the predecessor of the American Heart Association in 1915, and other similar organizations (Collyar, 2005).

In the early 1900s, the focus of health advocacy expanded beyond education and awareness to fundraising for research (Collyar, 2005). Many other nonprofits were founded in the second half of the twentieth century and they focused on education and awareness, as well as in fundraising for research (Clark, 2015). In 1973, the model of Patient Bill of Rights was established (Clark, 2015).

Activism and advocacy for AIDS used the cancer advocacy movement as a platform to go further and to transition from an exclusive focus on support to an action-oriented advocacy movement (Annas, 1997). Health advocacy in HIV/AIDS has changed the environment by heightening the significance of patients and becoming advocates themselves (Platner, 2002). HIV/AIDS activists were masterful in their ability to utilize the media and demonstrations to put a human face on the disease. Stories such as Rock Hudson, a Hollywood actor, who died in his home after one year of struggling with AIDS, strengthen the movement and the realization that AIDS can reach even Hollywood (Nilsen, 2013). In 1990, an Indiana teenager who suffered from hemophilia contracted HIV through a blood transfusion, and died of AIDS at age 18, was another icon for the movement (Johnson, 1990). He was the poster child for the AIDS epidemic and a catalyst for the advocacy movement (Johnson, 1990). Another notable advocacy story is that of Vivian Torres, one of the early AIDS activists; a recovering addict who contracted HIV and decided to make it public by attending many public appearances (Friedland, 1993). She transformed her infection into a mission and, through her honesty, she helped break down barriers that surrounded misperception of HIV/AIDS (Friedland, 1993).

In the face of stigma, discrimination, and indifference to their friends dying, affected communities organized to provide prevention advice, care, and support (Manganiello, 2010). Community groups like Gay Men's Health Crisis sprang up, delivering services and engaging in political activities (Colvin, 2014). Organizations such as ACTUP undertook acts of civil disobedience to influence the research agenda, improve access to HIV drugs, and lower the cost of treatment (Colvin, 2014). In 1983, people living with AIDS (PLWAs) stormed the stage at the Second National AIDS Forum, declaring the right of PLWAs to be at the policy-making table, to be treated with dignity, and to be called "people with AIDS," not "AIDS victims" (Colvin, 2014). These demands, among others, became known as "The Denver Principles," and served as the initial charter for the National Association of People with AIDS (NAPWA) (AIDS, 2016). Activists mounted demonstrations that offended people and made policymakers and federal officials uncomfortable. Furthermore, they engaged in civil disobedience to get

the nation's attention (AIDS, 2016). Never before had the U.S. seen thousands of sick people laying their bodies down on Wall Street, chaining themselves to the fence of the US Food and Drug Administration (FDA), or storming the National Institute of Health (NIH) (Manganiello, 2010).

The HIV epidemic is widely recognized as having prompted one of the most remarkable intersections ever of illness, science and activism. AIDS activists became “patient experts” both in the political and bureaucratic processes in Washington and in the scientific process. While protests opened the door, their knowledge and the sophistication of their demands were ultimately allowed them to become effective advocates for change (Colvin, 2014). Expert patients were trained on the existing evidence and use this knowledge to engage with health-care workers and the wider community (Manganiello, 2010). They connected with each other and with academic researchers through advocacy networks and worked with researcher and practitioners in the areas of epidemiology, virology and health economics to develop legal and political campaigns against governments and drug companies (Marx, 2012). They helped foster the creation of a new range of HIV surveillance mechanisms and databases, contributed to clinical trial research, and worked to energize conferences aimed at generating evidence to be used in response to HIV and AIDS (Marx, 2012).

Activist mobilization of scientific knowledge during earlier eras in the epidemic was framed and energized through the lens of crisis and emergency. During the initial “plague years”, when HIV represented a terrifying death sentence, activists demanded awareness efforts and effective prevention strategies, more rapid treatment research, and social solidarity for stigmatized and marginalized populations (Colvin, 2014). During the second period, the struggle for treatment access, activists called for global regulation of pharmaceutical pricing and changes in the attitudes of the philanthropic organizations, known for steering money away from poor African countries and their citizens, claiming these countries were unable to effectively implement life-saving medications (De Cock, Jaffe, & Curran, 2011). In both periods, the urgent plea of activists was to end the needless death and suffering resulting from human rights violations. The late Jonathan Mann, founder of World Health Organization (WHO) Global Program on AIDS, was one of the first public health professionals during the early epidemic to advocate non-discrimination, an ideal that reached beyond borders regardless of race, ethnicity, gender, sexual orientation, socioeconomic status, and access to care (Fee, 2008). Mann proposed a three-pronged approach to linking health and human rights (Fee, 2008).

- Health is a human rights issue.
- Human rights are a health issue.
- Human rights violations result in adverse health effects.

The accomplishments of the AIDS movement throughout the years have been colossal, with the greatest achievements including (1) Self-educated patient activists in conjunction with physician and scientist allies set the NIH agenda for research and clinical trials; (2) AIDS activists, in a race to save their own lives, reduced regulatory hurdles to accessing drugs; and (3) Funding for AIDS research at the NIH increased from \$5.6 million in 1982 to \$1.62 billion in 1998. By 1998, AIDS research represented 12% of the entire NIH budget (Manganiello, 2010).

In addition to research, Congress invested in services for prevention, care, and assistance for people living with HIV (Manganiello, 2010). Today the U.S. government spends \$3 billion per year in public funds for the research of HIV/AIDS. According to the FDA, there are now 33 drugs, in seven classes, developed and distributed by the ten largest pharmaceutical companies in the world for the treatment of this disease (Manganiello, 2010). Most importantly, for those who are able to access treatment, AIDS, once a death sentence, is now a chronic disease.

The new era of HIV activism has shifted focus to developing effective prevention interventions, continued research for lifelong treatment, improved treatment adherence practices in the context of chronic care and reducing drug resistance to HIV medications. In addition, activists seek to address the long-term sustainability of antiretroviral medication on the consumer level (Colvin, 2014). In many developed countries where antiretroviral therapy has been accessible, the issue is not whether the health care system can afford to pay for HIV medications. Rather, the question is whether the marginalized groups who experience the greatest burden of HIV will be able to access this care (Reif, Whetten, Wilson & Gong, 2011). Today there is a need for developing sustainable and effective HIV programs that involve technical, social and political problems not previously or adequately addressed (Colvin, 2014). These efforts require the development of new concepts and theoretical frameworks in the basic, clinical and social sciences as well as new activist strategies for mobilizing this evidence in ways that maintain research, practice, advocacy, and policy.

HIV/AIDS EPIDEMIC: PAST AND PRESENT

The 42nd president of the United States (U.S.), William Jefferson “Bill” Clinton, stated that “we live in a completely interdependent world, which means we cannot escape each other. How we respond to AIDS depends, in part, on whether we understand this interdependence. It is not someone else’s problem. This is everybody’s problem”(De Clercq, 2016). Although we continue to face many challenges while responding to HIV/AIDS, the scientific, social, and human accomplishments of the past three decades is a testimony to our efforts as a society (De Cock *et al.*, 2011). Despite the human and financial costs, millions of infections have been prevented and millions of life-years saved (Chambers *et al.*, 2015). Thus, the response to the AIDS epidemic has become an example for future health threats.

On June 5 1981, the Center for Disease Control’s Morbidity and Mortality Weekly Report published the first mention of what later was determined to be HIV (Kramer, 1990). The report mentioned five cases of *pneumocystis carinii* pneumonia in young men (Kramer, 1990). In June 1982, the occurrence of these sudden cases of sarcoma or pneumonia infection among gay men suggested that the cause was sexual and so the syndrome was initially termed “gay-related immune deficiency (or GRID)”(De Cock *et al.*, 2011). The term was changed later that year to “AIDS” (Kramer, 1990). In 1983, the US Public Health Service published the first recommendations for AIDS prevention, including a recommendation that members of risk groups limit their numbers of sex partners and not donate blood or plasma (De Cock *et al.*, 2011; Manganiello, 2010). In 1985, the Food and Drug Administration approved the first licensed test for HIV (Wilson, 2011). The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) played a central role in the dissemination of health information for policy decisions. The initial risk groups identified by the CDC were men who have sex with men (MSM) and injection drug users (IDU) (De Cock *et al.*, 2011). Field investigations and surveillance activities demonstrated sexually linked cases in MSM, in persons with hemophilia, and in transfusion recipients, implicating transmission by male-to-male sexual contact as well as through blood and blood products (Kippax, 2013). Cases in heterosexual persons and infants indicated that transmission could also occur through heterosexual contact and from mother to child (M, 2011; Manganiello, 2010; Wilson, 2011). As evidence accumulated that AIDS would not be confined to MSM and IDU, media interest grew and fears of contagion increased (Kippax, 2013). Fear about transmission through casual contact led to discrimination against persons with AIDS, including barring HIV-infected children from school (De Cock *et al.*, 2011). While cases of AIDS in MSM and IDU began to be reported

in other countries, several European countries reported cases in black Africans with no history of drug use or male-to-male sex (Wilson, 2011). In the United States, cases also occurred in recent migrants from Haiti, consequently designated as a risk group. Although this designation was useful for public health purposes, it resulted in discrimination against Haitian Americans (Colvin, 2014). The labeling of “risk groups” led to titling AIDS the “4H Disease,” affecting Haitians, hemophiliacs, heroin users, and homosexuals (Wilson, 2011).

The gravity of HIV/AIDS was acknowledged early, but efforts to control it came late. In 1986, Dr. David Baltimore, president of Rockefeller University, called for the “Manhattan Project” for AIDS, an equivalent of the scientific effort that produced the atomic bomb (De Clercq, 2016). A year later, the American Medical Association declared that physicians had an ethical obligation to care for people with AIDS as well as for those who had been infected with the virus but showed no symptoms (De Cock *et al.*, 2011). Scientific advances resulted in the development of lifesaving, albeit not curative, treatment for HIV. In 1987, the first antiretroviral drug, Zidovudine, or AZT (a nucleoside analog) got approved by U.S. Food and Drug Administration (Chambers *et al.*, 2015). It was only during the Clinton Administration that laws started to be drafted which funneled AIDS research money through the National Institute of Health’s Office of AIDS Research (OAR) (Kramer, 1990).

Another important stride toward eliminating HIV infection came from research on the prevention of mother-to-child transmission of HIV leading to interventions with the potential to virtually eliminate HIV infection in children (De Cock *et al.*, 2011). Screening of donated blood and plasma for HIV and heat treatment of blood products have virtually eliminated transfusion-related HIV in high-income countries and vastly reduced its occurrence throughout low- and middle-income settings (Deeks, Lewin & Havlir, 2013). Hospital hygiene and safe injection practices, previously neglected in much of the developing world, became topics of global concern (De Clercq, 2016). Countries around the world fought the spread of the virus by introducing HIV medications, developing effective prevention strategies and increased community awareness. However, this revolutionizing approach to curb the HIV infection would not have been possible without the mobilization of communities who took collective action to advocate for effective prevention/intervention measures (De Clercq, 2016; De Cock *et al.*, 2011).

HIV activists were members of their own community, they were aware of their communities’ vulnerabilities and were motivated to take action and become part of nationalized movement for developing

a centralized system for better care for HIV patients, streamline of new HIV medication, greater resource and funding for HIV research and increase political power (M, 2011). Despite the advances in HIV prevention and treatment, the challenges remain daunting. In 1984, the US Secretary of Health and Human Services famously predicted the availability of an HIV vaccine within 2 years (Deeks *et al.*, 2013). Now, more than 25 years later, an effective vaccine remains elusive. Although billions of dollars have been expended on prevention research, an estimated 2.6 million persons acquire HIV annually (Deeks *et al.*, 2013). Only about a third of patients who qualify for treatment under the relatively conservative WHO guidelines actually receive it, and neither the optimal time for treatment initiation nor the optimal use of antiretroviral drugs to interrupt transmission have been determined (De Cock *et al.*, 2011).

HIV EPIDEMIC IN THE US - YOUNG VS. OLD

An estimated 2.1 million adolescents, aged 10–19, are living with HIV in the US (Kasedde, Luo, McClure, & Chandan, 2013). This estimate includes both adolescents who acquired HIV during the perinatal period, those infected through breastfeeding (mother-to-child transmission), as well as adolescents who acquired HIV behaviorally (e.g., through unprotected sex or the sharing of nonsterile injecting equipment) (Kasedde *et al.*, 2013). Some of the greatest reductions seen in new infections have been among newborns, a result of strong leadership and concerted global effort and resources invested in eliminating mother-to-child transmission of HIV (Kasedde *et al.*, 2013). Young men who have sex with men (MSM) are also at a high risk of infection with 1 out of every 3 new HIV infections each year occurs in adolescents and young adults (aged 13–29) and 9 out of 10 new HIV infections in adolescents (aged 13–19). (US Centers for Disease Control and Prevention, 2012). In 2010, 69% of all diagnosed HIV infections in adolescents (male and female) aged 13–19 years were among black adolescents (US Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Structural factors that influenced HIV infection includes lower access and utilization of health and HIV services, HIV testing and counseling, lack of antiretroviral therapy (ART) and sexually transmitted infections (STIs) care among minority groups, high levels of STI and HIV in social networks contribute to the disparity in infections seen among adolescent MSM from racial minorities (Beyrer, 2012).

The Centers for Disease Control and Prevention estimate that 10.8% of new HIV infections which occur annually are among persons aged 50 years or older (Centers for Disease Control and Prevention.

HIV Surveillance Report). Although sexual activity tends to decline with age, the majority of Americans aged 57 to 65 years, and a substantial fraction aged 66 years or older, remain sexually active, including persons who are HIV-infected (Brooks, 2012). The reasons why older Americans continue to become infected are multifactorial. Older persons who have been recently widowed or divorced, after having been in a long-term monogamous relationship, have a poor understanding of their risk for a disease that they often perceive as predominately affecting young people or gay men (Levy, 2003). Furthermore, only a minority of patients aged 50 years and older report having discussed sexual activity with their care providers (Brooks, 2012). Conversely, care providers are generally poor at routinely collecting and recording the sexual histories of their patients, particularly for those aged 50 years or older (Levy, 2003). According to the 2008 National Survey of Sexual Health and Behavior, among all persons aged 50 years or older, condoms were not used during most recent intercourse with 91.5% of casual partners, 76.0% of friends, 69.6% of new acquaintances, and 33.3% of transactional sexual partners (Schick, 2010). Postmenopausal women who no longer require birth control to prevent pregnancy may not consider the need for condoms during intercourse (Brooks, 2012; Meditz, 2012). The decreased levels of circulating estrogen following menopause lead to a thinner vaginal epithelium and decreased mucus production, making these tissues more susceptible to micro-abrasions that could facilitate HIV infection (Meditz, 2012). Recent data suggest that the postmenopausal cervix may undergo immune changes that also favor HIV acquisition; these tissues become more enriched with target cells (i.e., CD4+ and CCR5+ T cells) and produce greater amounts of inflammatory factors that favor HIV replication (Meditz, 2012). For older men, the availability of erectile dysfunction medications, through both prescription and nonprescription sources, and easier access to sexual intercourse, including commercial sexual encounters (Brooks, 2012). Thus, it is imperative to increase awareness about the risk for HIV infection as well as early diagnosis and treatment among older adults.

HIV EPIDEMIC IN THE US - RECENT IMMIGRANTS

For the last two decades, HIV status was considered a ground for inadmissibility into the United States (Martinez-Donate, 2015). However, in 1993, more than 250 Haitians refugees who tested positive for HIV were held for longer than one year at the US Naval Base in Guantanamo, Cuba (Castaneda, 2016; Martinez-Donate, 2015; Wasem, 2009). This brought a surge of political outcry from advocacy groups. Several lawsuits were filed, but it was not until the Haitian refugees went on a

hunger strike that a federal judge ordered their immediate release and closing of the Guantanamo base in Cuba (Wasem, 2009). In 2010, the HIV ban on travel and immigration came to an end.

Now being HIV positive is no longer an automatic ground of inadmissibility for foreign nationals seeking to enter as tourists or short-term visitors (Wasem, 2009). Furthermore, HIV status may be a basis for applying for asylum, if an immigrant is able to show past persecution, or fear of future persecution, because of their HIV status. However, for lawful permanent resident applicants, being HIV-positive could still affect the outcome of their becoming a US resident (Castaneda, 2016; Martinez-Donate, 2015). While doctors will no longer perform an HIV antibody test as part of the medical examination, they can still ask a question about overall health. Thus, these inequities in the immigration system still disproportionately affect documented and undocumented people and their families. For example, the lack of healthcare available to immigrant populations impedes HIV testing, treatment, and prevention efforts. This is shown by national estimates suggesting that Latinos are significantly less likely to be engaged at any stage of the HIV continuum of care including diagnosis, linkage, retention, prescription of antiretroviral therapy, and viral suppression. This disparity is likely related to high rates of being uninsured, community stigma, and legal status.

Immigrants are approximately 1 billion people worldwide who reside outside their country of birth (WHO, 2010). This group includes labor migrants, refugees, asylum seekers, returnees, and undocumented migrants who have chosen to either settle in the host country, relocate, or move to another country (Tanser, Barnighausen, Vandormael, & Dobra, 2015). Migrants are at a higher risk of HIV acquisition, and will be less likely to benefit from the survival and preventive impact of HIV care (Tanser *et al.*, 2015). Immigrants require very specific health systems infrastructure and interventions to rapidly and successfully progress through the HIV treatment cascade. In addition, immigrants commonly have distinct health profiles that are closely linked to their social values, cultural norms, and geographic backgrounds (Schulden, 2014). The health needs and expectations of the immigrant are also likely to be at odds with the host country, the U.S., which will have important implications for the timely entry into, and retention within, the HIV cascade of care (Martinez-Donate, 2015). A large body of research has shown that immigrants learn about their HIV status a particularly long time after infection, attributing delays in HIV testing to feelings of vulnerability, loneliness, confusion, helplessness, and other social acculturation experiences related to their new environment (Schulden, 2014). Furthermore, access to HIV testing is not always

facilitated by service providers in the healthcare system itself (Martinez-Donate, 2015). Immigrants also face challenges in linking to, and remaining in, HIV treatment. Barriers which reduced linkage to, and retention within, the healthcare system were associated with unfamiliarity with the new host environment, miscommunication with HIV service providers, and a lack of knowledge about patient rights and obligations (Tanser *et al.*, 2015). Individuals tended to seek care only once they feel sick or show severe symptoms because of a lack of, or inability to secure, health insurance (Tanser *et al.*, 2015).

The government estimates that 11.2 million of undocumented immigrants are ineligible for health insurance. A relatively small number of undocumented immigrants obtain health insurance through private employers. Many undocumented immigrants who are college students have the option of obtaining health insurance through a student health plan (Castaneda, 2016). The nationwide network of about 1,400 community health clinics provides an array of basic health services, including basic dental care, to unauthorized immigrants (Castaneda, 2016). Under federal law, hospitals that receive federal funding are required to care for patients who need emergency care, regardless of their immigration status or whether they are insured (Tanser *et al.*, 2015). For some undocumented patients, community and free clinics provide the only care available to battle a deadly disease (Castaneda, 2016). Furthermore, community health clinics can only serve a fraction of the undocumented population; there is approximately one community health clinic for every 85,000 unauthorized immigrants, and one free health facility for every 100,000 undocumented immigrants (Tanser *et al.*, 2015). While community and free clinics do a commendable job providing services to unauthorized immigrants and others, the health care resources available for undocumented immigrants are insufficient to cover the need. The lack of health care options for unauthorized immigrants costs more people seek medical attention at hospital emergency rooms for conditions that might have been prevented or managed.

HIV EPIDEMIC IN THE US - MINORITIES

Latinos bear a disproportionate the burden of the HIV epidemic. In 2015, Latinos accounted for 20% of new HIV infections (Sheehan, Trepka, & Dillon, 2015). Additionally, they are at greater risk for delayed HIV care when compared to Whites and African American (Garland, Andrade, & Page, 2010). In addition, HIV risk behaviors among Latinos vary based on the region of origin. For example injection drug use is reported more frequently as a mode of HIV transmission among people born in Puerto Rico compared with Latinos born in other areas

(Espinoza, 2008). Among Latinos, cultural differences and exposure to HIV in their home country, may impact HIV knowledge, testing and healthcare seeking behaviors, as well as perceived stigma (Guarnaccia, 2005).

Latinos migrate to the U.S. for economic or political reasons (Wasem, 2009). Thus, Latinos in the U.S. born in Cuba and South America report higher levels of education and lower socioeconomic status than Latinos from Mexico and Central America (Guarnaccia, 2005; Sheehan *et al.*, 2015). For example, 32% of Colombians living in the U.S. have received a bachelor's degree or higher compared with 13% of all Latinos, and only 13% live in poverty, compared with 25% of all Latinos (Motel, 2012). Conversely, only 9% of Latinos born in Mexico and living in the U.S. have a bachelor's degree or higher, and 27% live in poverty (Motel, 2012). This may due to permanent resident status in the U.S. For example, Cuban immigrants have the opportunity to get legal status as soon as they arrive to the U.S. and access government healthcare and social services offer to U.S. citizens (Sheehan *et al.*, 2015). Puerto Ricans have the same benefits as U.S. citizens (Wasem, 2009). On the other hand, Latinos from Mexico, Central and South America, and other Caribbean countries who arrive at the U.S. undocumented do not benefit from such policies (Sheehan *et al.*, 2015).

Access to health care varies by country of birth for Latinos. Studies have linked lower levels of education and high levels of poverty with increased risk for HIV (Rosenblum, 2013). Education and socioeconomic status may explain in part, the reason why Latinos born in Mexico and Central America are more likely to be diagnosed late compared with Latinos born in Cuba and South America (Motel, 2012; Rosenblum, 2013). A study found that Latino participants from Central America infected with HIV had less knowledge on HIV transmission and infection and demonstrated negative attitudes towards HIV infected people than Latinos from South American countries (Rosenblum, 2013). They attributed HIV infection to prostitution and homosexuality and that these beliefs negatively impacted their care-seeking behaviors (Shedlin, 2014). Participants also stated that poverty in their home country, pride, denial, shame and fear stopped them from seeking care (Shedlin, 2014).

Additionally, Latinos are less likely to have a primary care physician, and access to care and government services than all Latinos partly for fear of deportation and lack of health insurance (Dang, 2012). These barriers may increasingly affect access to care for Latinos born in Mexico and Central America when compared with Latinos from countries with opportunities for permanent legal U.S. residency putting them at

an additional risk for delayed HIV/AIDS diagnosis (Dang, 2012). In addition to socio/cultural context and immigration factors, the healthy migrant effect (i.e., the idea that those who immigrate are healthier than the native-born) and salmon bias (i.e., the idea that less-healthy immigrants return to their birth country) may also increase disparities between U.S.-born and foreign-born Latinos (Dang, 2012). These theories may hold for Latinos born in certain countries/regions of birth and not others given differences in the reason for immigrating and the ability to travel back to their home country (Sheehan *et al.*, 2015). Thus, to eliminate disparities among Latinos the most important factor is to increase access to medical care in the U.S.

African American men are 9 times more likely and African American women are 21 times more likely to die from an HIV and AIDS-related illness (OMH, 2006). For African Americans, access to care is linked to trust in the medical community. Research shows that African Americans distrust the health care system, and many African American patients have experienced discrimination by health care providers (Gaston & Alleyne-Green, 2013). These attitudes have become a barrier to engaging African Americans in HIV prevention and medical care (Eiser, 2007). One study conducted a national telephone survey of 500 African Americans between the ages of 15 and 44 to examine whether conspiracy beliefs about HIV and AIDS affected attitudes about condoms and condom use (Bogart, 2005). The findings of this survey indicated that many participants endorsed the conspiracy beliefs, with stronger conspiracy beliefs among African American men being associated with negative attitudes about condoms and with inconsistent condom use (Bogart, 2005). High levels of mistrust of health care in African American communities suggest that interventions promoting adherence should demystify conspiracy beliefs and be delivered in culturally sensitive ways (Gaston & Alleyne-Green, 2013).

The behaviors of medical providers can also be a source of treatment barriers, including misperceptions regarding patient adherence that lead to the delay of treatment, lack of competency with social or cultural issues, and reluctance to manage patients who are viewed as different from the provider (Brawner, 2014). According to the Office of Minority Health, those health care professionals who are most effective in providing culturally sensitive care for African American patients with HIV or AIDS have good knowledge and understanding of their own world views, understand the cultures of particular groups and subgroups with which they are working, have knowledge of sociopolitical influences, respect spirituality and its potential role in patients' health-related decision making, and engage in distinct intervention techniques and strategies necessary to address sensitive

behaviors associated with the transmission of HIV (OMH, 2006). Central to cultural competence is the concept of placing the patient first and providing an environment that meets their needs (Gaston & Alleyne-Green, 2013). Provider mistrust and the perception of racism and discrimination in health care settings play a significant role in the engagement in medical care by HIV-positive African American patients (Brawner, 2014). Optimal adherence to antiretroviral medication may allow infected patients to live with HIV/AIDS as a chronic illness rather than a death sentence.

HIV EPIDEMIC IN THE SOUTHERN US

Southern states including Alabama, Georgia, Florida, Los Angeles, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee, and Texas have been particularly affected by the HIV epidemic in recent years (Reif, 2015). These states share similar characteristics, including overall poor health, high poverty rates, and poor health outcomes for those infected with HIV (Reif, Whetten, Wilson & Gong 2011). Furthermore, the high levels of sexually transmitted disease (STDs) have been linked with increased HIV risk transmission (Reif, 2015). High levels of poverty and disease may result in greater difficulties for Southern states to adequately respond to the health care and resource needs for their citizens due to insufficient tax bases and competing needs for limited resources (Haan, 1998). The cultural conservatism in the South likely plays a role in perceptions and experiences of stigma among people living with HIV in this region (Reif, Wilson, McAllaster, Pence, Legrand & Gong, 2014). HIV-related stigma has been shown to have negative effects on preventive behaviors and health outcomes (Whetten, 2008). Some of the Southern laws and policies have been implicated in fostering the spread of HIV. For example, most Southern states have abstinence-based sex education, which ineffective in STD prevention (Reif, Whetten, Wilson & Gong, 2011; Whetten, 2008). Also, laws that criminalize HIV-related sexual behaviors and prohibit syringe exchange. These laws further marginalize populations high risk for acquiring HIV, such as sex.

FUTURE DIRECTIONS FOR HIV CARE AND IMPLEMENTATION

SELF-TESTING - HIV

Optimizing HIV prevention, care, and treatment requires regular testing by most adults (WHO, 2010). HIV self-testing is defined as any form of HIV testing in which an individual collects his or her own sample; performs rapid laboratory test; and knows the results first hand (Napierala Mavedzenge, Baggaley & Corbett, 2013). Self-testing could add a

new approach to support scaling up testing with potential to be high impact, low cost, confidential, and empowering for users (FDA, 2016). Policymakers and local health authorities have reservations about self-testing due to potential inaccuracy of results, psychological risks, and difficulty ensuring onward referral for positive individuals (Spielberg, 2003, 2004). Proponents cite potential benefits, including increased knowledge of HIV status, facilitation of repeat testing, earlier diagnosis, treatment and care, and destigmatization through normalization of HIV testing (Spielberg, 2004). Rapid tests can be highly sensitive and specific (Napierala Mavedzenge *et al.*, 2013). Options such as oral fluid tests can achieve high accuracy, are less technically demanding than blood-based tests, and eliminate sharps and biohazard disposal problems—although a loss in sensitivity as compared to blood based testing has been documented it is still the best option for self-testing (Pant Pai, 2012).

As compared to earlier in the epidemic, HIV knowledge is now more widespread, and antiretroviral therapy is increasingly available. However, the challenge of linking testing and care remains a significant concern (Napierala Mavedzenge *et al.*, 2013; Spielberg, 2004).

Recommendations for HIV testing and counseling in the United States, issued by the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 2006, aimed to minimize barriers to testing (Branson B, 2006). The guidelines addressed fear of stigmatization and supported the integration of HIV screening into routine healthcare services. Prevention counseling at the time of testing was no longer recommended. The US Food and Drug Administration (FDA) approved home blood sample collection for HIV testing in 1996 (Napierala Mavedzenge *et al.*, 2013). Sale of the over-the-counter (OTC) OraQuick in-home oral HIV test was approved by the FDA in 2012, after unanimous recommendation from the Blood Products Advisory Committee (Napierala Mavedzenge *et al.*, 2013). Self-testing could enable those people reluctant to test or retest through existing approaches to learn their status and benefit from treatment and prevention. This is a benefit for effective self-testing, monitoring for quality assurance, confirmation of test results, and appropriate and acceptable links to counseling, care, treatment, and prevention (Spielberg, 2004). High uptake will require active promotion and community-level distribution of test kits. Recent global policy has moved toward simplifying HIV testing and counseling, resulting in a more routine approach to testing without requirements for lengthy pretest counseling (Napierala Mavedzenge *et al.*, 2013). As oral fluid HIV tests become more widely available, there is a need to explore self-testing by assessing approaches that provide safe environments that link self-testing to other HIV services and carefully monitoring and

evaluating these approaches to provide evidence for larger-scale implementation (Napierala Mavedzenge *et al.*, 2013; Spielberg, 2004).

PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS (PrEP)

HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) provides a promising new approach for slowing the spread of HIV in the United States and worldwide (McMahon *et al.*, 2014). Oral PrEP entails providing HIV-negative individuals with oral antiretroviral (ARV) medication for the prevention of HIV acquisition. In July 2012, the US Food and Drug Administration (FDA) approved the use of daily oral emtricitabine [FTC]/tenofovir disoproxil fumarate [TDF] (Truvada, Gilead Sciences) as the first PrEP agent for HIV prevention among adults at high risk (Baeten, 2012). The US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommended that Truvada use be part of a comprehensive package of prevention services that includes HIV counseling and testing, adherence to PrEP, condom promotion, and screening and treatment of sexually transmitted infections (CDC, 2014). Three groups have been prioritized for initial implementation of PrEP by the CDC: injection drug users (IDUs), men who have sex with men (MSM) at substantial risk of HIV acquisition, and HIV-negative partners within serodiscordant heterosexual couples (CDC, 2014). Implementation of PrEP among adults at risk for HIV infection in real-world settings presents a number of concerns and challenges that must be resolved before the public health benefits of this approach can be realized. PrEP is still not widely adopted among HIV-negative people because of the misunderstandings surround PrEP as well as the social stigma and the erroneous perceptions of PrEP (Baeten, 2012). Despite high levels of efficacy, PrEP uptake.

CDC clinical practice guidelines for PrEP provision recommends initial screening for HIV, Hepatitis B virus, and renal function, in addition to clinical monitoring at least every 3 months for HIV, symptoms of sexually transmitted infections (STIs), side-effects, adherence, and pregnancy, and at 3 months and every 6 months thereafter for STIs and renal function (McMahon *et al.*, 2014). Qualitative research conducted with young heterosexual African American men and women in Atlanta found that most did not perceive repeated HIV testing as a barrier to taking PrEP (Smith, 2012). Concerns have been raised that PrEP initiation could lead to increased HIV transmission rates by decreasing condom use because they believe that barrier protection is no longer necessary (Eaton, 2007; Smith, 2012). Studies modeling the impact of PrEP heterosexuals and MSM suggest that risk compensation could negate any population benefits afforded by PrEP

implementation, unless PrEP has high efficacy and optimal adherence is attained (Eaton, 2007).

Daily oral PrEP is an efficacious method for the primary prevention of HIV transmission of uninfected individuals as such, it represents a paradigm shift in HIV prevention science that has specific relevance and consequences for men, women and the LGBTQ community. However, a number of challenges and critical questions remain involving PrEP implementation in US. These include the development and evaluation of optimal strategies for PrEP-related outreach, uptake, clinical monitoring, and adherence, as well as evidence regarding long-term safety, effects on risk behavior, and ethical concerns (Baeten, 2012). Successful integration of PrEP into comprehensive prevention programs will require innovative models of care delivery that are yet to be developed (Eaton, 2007; Smith, 2012). PrEP has the potential to improve HIV prevention. However, stigma and the associated stereotypes of promiscuity may undermine its preventive potential. The stereotypes and stigma surrounding its use may also delay access and adoption of PrEP. For example, healthcare providers might be discouraged to prescribe PrEP given the propensity of its users to increase their high-risk sexual behaviors (Adams, 2015). Also, potential PrEP users themselves might want to conceal the fact that they are taking the medication, or even not take it, in order to avoid stigmatization and those individuals who are indeed candidates for PrEP might internalize those negative associations and avoid seeking PrEP altogether. As such, novel conceptual frameworks need to be developed involving critical determinants of PrEP outcomes at multiple levels – provider, dyads, PrEP user, and HIV-provider partner.

President Trump in 2019 State of the Union vowed to end the HIV epidemic in the U.S. by 2030. However, experts working on HIV/AIDS research and treatment say that to achieve such goal several key domestic policies need to change including the Affordable Care Act (ACA), LGBTQ rights, and women's health care. The CDC Director Robert R. Redfield, MD, stated that President Trump plans to develop key prevention and treatment strategies needed to reduce new HIV infections by 75% over the next 5 years, with the hope of a 90% reduction within 10 years. Part of the plan will be improving access to comprehensive prevention and treatment, including medications that can prevent infection, such as PrEP and the establishment of "HIV elimination teams to support communities with the greatest burden make progress.

CONCLUSIONS

In summary, the HIV epidemic is widely recognized as having prompted one of the most remarkable intersections ever of illness,

science and activism. AIDS activists helped foster the creation of a new range of HIV surveillance mechanisms and databases, contributed clinical trial research, and worked to energize conferences aimed at generating evidence to be used in response to HIV and AIDS. However, the face of HIV as a chronic disease has changed due to advances in HIV treatment in the last three decades. Combination antiretroviral therapy improves health, prolongs life, and substantially reduces the risk of HIV transmission. Advances in treatment and prevention have led some to now ask if the “end of AIDS” is possible. Making the bold assumption that challenges of HIV testing and linkage to care can be overcome, we are of the opinion that although AIDS is now preventable, substantial limitations of current therapeutic approaches persist. Rather than dealing with acute potentially life-threatening complications, clinicians now are confronted with managing a chronic disease that, in the absence of a cure, will persist for many decades. HIV care requires new skills on the part of the clinical workforce and a reshaping of those health care systems initially designed for acute care. In 1984, the US Secretary of Health and Human Services famously predicted the availability of an HIV vaccine within 2 years. Now, more than 25 years later, an effective vaccine remains elusive.

REFERENCES

- Adams, L. M. B. B.; Packett, B.J. II; Brown, K.; Catz, S. L. 2015 “Providers’ perspectives on prescribing pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention” en *HIV Specialist* N° 7(1), pp. 18-25.
- AIDS, A. T. o. H. a. (2016).
- Annas, G. 1997 “Patients’ rights in managed care--exit, voice, and choice” en *N Engl J Med*. N° 337(3), pp. 210-215.
- Baeten J. M. D. D.; Ndase, P. *et al.* 2012 “Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women” en *N Engl J Med*, N° 367, pp. 399-410.
- Beyrer. C. B. S.; van Griensven, F. *et al.* 2012 “Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men” en *Lancet* N° 380, pp. 367-377.
- Bogart, L. M. T. S. 2005 “Are HIV/AIDS conspiracy beliefs a barrier to HIV prevention among African Americans” en *J Acquir Immune Defic Syndr*. N° 38(2), pp. 213-218.
- Branson, B. H. H.; Lampe, M. A. *et al.* 2006 “Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings” en *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* N° 55 (RR14), pp. 1-7.

- Brawner, B. M. 2014 “A multilevel understanding of HIV/AIDS disease burden among African American women” en *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* N° 43(5), pp. 633-643; quiz E649-650.
- Brooks, J. T. B. K.; Gebo, K. A.; Mermin, J. 2012 “HIV Infection and Older Americans: The Public Health Perspective” en *Am J Public Health*, N° 102(8), pp. 1515-1515-1523.
- Castaneda, R. 2016 “Where Can Undocumented Immigrants Go for Health Care?” en *U.S. News*.
- CDC 2014 “Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States—2014. A Clinical Practice Guideline” en *U.S. Public Health*.
- Centers for Disease Control and Prevention 2012 *HIV Surveillance Report* (Estados Unidos) Vol. 22. En <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports>> acceso 5 de febrero 2018.
- Chambers, L. A.; Rueda, S.; Baker, D. N.; Wilson, M. G.; Deutsch, R.; Raeifar, E. 2015 “Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis” en *BMC Public Health* N° 15, p. 848.
- Clark, K. P. K.; Snatalucia, C. 2015 “Patient Advocate: A Critical Role in Patient Experience” en *The Beryl Institute*.
- Collyar, D. 2005 “How have patient advocates in the United States benefited cancer research?” en *Nat Rev Cancer* N° 5, pp. 73-78.
- Colvin, C. J. 2014 “Evidence and AIDS activism: HIV scale-up and the contemporary politics of knowledge in global public health” en *Glob Public Health* N° 9(1-2), pp. 57-72.
- Dangm B. N. G. T.; Kim, J. H. 2012 “Sociocultural and structural barriers to care among undocumented Latino immigrants with HIV infection” en *J Immigr Minor Health* N° 14(1), pp. 124-131.
- De Clercq, E. L. G. 2016 “Approved antiviral drugs over the past 50 years” en *Clin Microbiol Rev* N° 29, pp. 695-747.
- De Cock, K. M.; Jaffe, H. W.; Curran, J. W. 2011 “Reflections on 30 Years of AIDS” en *Emerging Infectious Diseases* N° 17(6), pp. 1044-1048.
- Deeks, S. G.; Lewin, S. R.; Havlir, D. V. 2013 “The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease” en *The Lancet* N° 382(9903), pp. 1525-1533.
- E Fee, M. P. 2008 “Jonathan Mann, HIV/AIDS, and human rights” en *J Public Health Policy* N° 29(1), pp. 54-71.
- Eaton, L. A. K. S. 2007 “Risk compensation in HIV prevention: Implications for vaccines, microbicides, and other biomedical HIV prevention technologies” en *Curr HIV/AIDS Rep* N° 4, pp. 165-172.

- Eiser, A. R. E. G. 2007 "Cultural competence and the African American experience with health care: the case for specific content in cross-cultural education" en *Acad Med* N° 82(2), pp. 176-183.
- Espinoza, L. H. H.; Selik, R. M.; Hu, X. 2008 "Characteristics of HIV infection among Hispanics, United States 2003–2006" en *J Acquir Immune Defic Syndr* N° 49(1), pp. 94-101.
- FDA 2016 *Testing for HIV* (Estados Unidos).
- Friedland, S. 1993 "She Has AIDS: She Has a Mission" en *New York Times*.
- Garland, J. M.; Andrade, A. S.; Page, K. R. 2010 "Unique aspects of the care of HIV-positive Latino patients living in the United States" en *Curr HIV/AIDS Rep* N° 7(3), pp. 107-116.
- Gaston, G. B.; Alleyne-Green, B. 2013 "The impact of African Americans' beliefs about HIV medical care on treatment adherence: a systematic review and recommendations for interventions" en *AIDS Behav* N° 17(1), pp. 31-40.
- Guarnaccia, P.J. M. I. 2005 "Mental health in the Hispanic immigrant community: an overview" en *J Immigr Refug Serv* N° 3(21), pp. 21-46.
- Haan, M.; Kaplan, G.; Camacho, T. 1998 "Poverty and health prospective evidence from the Alameda county study" en *Am J Epidemiol* N° 125(6), pp. 989-998.
- Johnson, D. 1990 "Ryan White Dies of AIDS at 18; His Struggle Helped Pierce Myths" en *New York Times*.
- Kasedde, S.; Luo, C.; McClure, C.; Chandan, U. 2013 "Reducing HIV and AIDS in adolescents: opportunities and challenges" en *Curr HIV/AIDS Rep* N° 10(2), pp. 159-168.
- Kippax S, S. N.; Parker, R.G.; Aggleton, P. 2013 "Between individual agency and structure in HIV prevention: understanding the middle ground of social practice" en *American Journal of PublicHealth* N° 103(8), pp. 1367-1375.
- Kramer, L. A. 1990 "Manhattan Project' for AIDS" en *The New York Times*.
- Levy, J.A. O. M.; Crystal, S. 2003 "HIV/AIDS interventions for midlife and older adults: current status and challenges" en *J Acquir Immune Defic Syndr* N° 33, sup. 2, pp. S59-67.
- M, W. J. a. B. 2011 "30 Years of AIDS Moments To Remember" en *CNN Health*. En <<http://www.cnn.com/2011/HEALTH/05/25/aids.timeline/index.html>>.

- Manganiello, M. A. M. 2010 "Back to Basics HIV/AIDS as a Model for Catalyzing Change" en *The Movement Change in the medical research paradigm*.
- Martinez-Donate, A. P. R. M.; Rhoads, N.; Zhang, X.; Hovell, M.; Magis-Rodriguez, C.; Gonzalez-Faroaga, E. 2015 "Identifying opportunities to increase HIV testing among Mexican migrants: a call to step up efforts in healthcare and detention settings" en *PLoS One* N° 10(4).
- Marx, C. H. A.; Barnett, C. 2012 "Locating the global governance of HIV and AIDS: exploring the geographies of transnational advocacy networks" en *Health and Place* N° 18(3), pp. 490-495.
- McMahon, J. M.; Myers, J. E.; Kurth, A. E.; Cohen, S. E.; Mannheimer, S. B.; Simmons, J.; Haberer, J. E. 2014 "Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for prevention of HIV in serodiscordant heterosexual couples in the United States: opportunities and challenges" en *AIDS Patient Care STDS* N° 28(9), pp. 462-474.
- Meditz, A. M. K.; MaWhinney, S. *et al.* 2012 "CCR5 expression is elevated on endocervical CD4+ T cells in healthy postmenopausal women" en *J Acquir Immune Defic Syndr* N° 59(3), pp. 221-228.
- Motel, S. P. E. 2012 "The 10 largest Hispanic origin groups: characteristics, rankings, top counties" en *Pew Research Center*.
- Napierala Mavedzenge, S.; Baggaley, R.; Corbett, E. L. 2013 "A review of self-testing for HIV: research and policy priorities in a new era of HIV prevention" en *Clin Infect Dis* N° 57(1), pp. 126-138.
- Nilsen, E.S. M. H.; Johansen, M.; Oliver, S.; Oxman, A. D. 2013 "Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material" en *Cochrane Database of Systematic Reviews* N° 3.
- OMH 2006 *Office of Minority Health: HIV/AIDS and African Americans*.
- Pant Pai, N. B. B.; Shivkumar, S. *et al.* 2012 "Head-to-head comparison of accuracy of a rapid point-of-care HIV test with oral versus whole-blood specimens: a systematic review and meta-analysis" en *Lancet Infect Dis* N° 23, pp. 373-380.
- Platner, J. B. L.; Millikan, R.; Bark, M. D. 2002 "The partnership between breast cancer advocates and scientists" en *Environ Mol Mutage* N° 3(39), pp. 102-107.

- Reif, S. P. B.; Hall, I.; Hu, X.; Whetten, K.; Wilson, E. 2015 "HIV Diagnoses, Prevalence and Outcomes in Nine Southern States" en *Community Health* N° 40(4), pp. 642-651.
- Reif, S.; Whetten, K.; Wilson, L.; Gong, W. 2011 "HIV/AIDS epidemic in the south reaches crisis proportions in the last decade" en <<http://globalhealth.duke.edu/news/2011/ResearchReportFinal3-12.pdf>> acceso 10 de enero de 2018.
- Reif, S. W. K.; Wilson, E.; McAllaster, C.; Pence, B.; Legrand, S.; Gong, W. 2014 "HIV/AIDS in the Southern USA: a disproportionate epidemic" en *AIDS Care* N° 26(3), pp. 351-359.
- Rosenblum, M. R. B. K. 2013 "US immigration policy and Mexican/Central American migration flows: then and now" en *Migration Policy Institute*.
- Schick, V. H. D.; Reece, M. *et al.* 2010 "Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults" en *J Sex Med* N° 7, sup. 5, pp. 315-329.
- Schulden, J. D. P. T.; Song, B. *et al.* 2014 "HIV testing histories and risk factors among migrants and recent immigrants who received rapid HIV testing from three community-based organizations" en *J Immigr Minor Health* N° 16, pp. 798-810.
- Shedlin, M. G. S. L. 2014 "Qualitative needs assessment of HIV services among Dominican, Mexican and Central American immigrant populations living in the New York City area" en *AIDS Care* N° 16(4), pp. 434-445.
- Sheehan, D. M.; Trepka, M. J.; Dillon, F. R. 2015 "Latinos in the United States on the HIV/AIDS care continuum by birth country/region: a systematic review of the literature" en *Int J STD AIDS* N° 26(1), pp. 1-12.
- Smith, D. K. T. L.; Smith, D. J.; Adams, M. A.; Rothenberg, R. 2012 "Attitudes and program preferences of African-American urban young adults about pre-exposure prophylaxis (PrEP)" en *AIDS Edu Prevent* N° 24, pp. 408-421.
- Spielberg, F. L. R.; Weaver, M. 2003 *Home self-testing for HIV: directions for action research in developing countries* (Seattle: The Synergy Project).
- Spielberg, F. L. R.; Weaver, M. 2004 "Self-testing for HIV: a new option for HIV prevention?" en *Lancet Infect Dis* N° 4, pp. 640-644.
- Tanser, F.; Barnighausen, T.; Vandormael, A.; Dobra, A. 2015 "HIV treatment cascade in migrants and mobile populations" en *Curr Opin HIV AIDS* N° 10(6), pp. 430-438.

- US Centers for Disease Control and Prevention 2012 “H. A. Y. i. t. U. p. a. g.” en *CDC vital signs*.
- Wasem, R. 2009 *Cuban migration to the United States: policy and trends* (Congressional Research Service).
- Whetten, K.; Reif, S.; Whetten, K.; Murphy-McMillan, K. 2008 “Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: Implications for effective care” en *Psychosomatic Medicine* N° 70(5), pp. 531-538.
- WHO 2010 *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults*.
- Wilson J, B. M. 2011 “30 Years of AIDS Moments To Remember” in *CNN Health*.
- World Health Organization *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity* (Copenhague: WHO Regional Office for Europe).

LAS AUTORAS Y LOS AUTORES

NATALIE ÁLAMO

Estudiante doctoral del programa de psicología social-comunitaria de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Posee certificaciones en abuso sexual e intercesoría en agresión sexual. En los pasados años ha trabajado como asistente de investigación con diversos profesores/as en temas como bienestar psicosocial en jóvenes, VIH e inmigración, violencia vial, VIH y estigma, entre otros. Actualmente se encuentra trabajando en su disertación doctoral sobre la construcción de los encuentros sexuales en los jóvenes heterosexuales y el riesgo a VIH y otras ITS. Correo-e: natalie.alamo1@upr.edu.

FÁTIMA ALAS

Con estudios en Educación para la Salud de la Universidad de El Salvador. Forma parte del núcleo investigador salvadoreño del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Posee formación complementaria en Cooperación para el Desarrollo y Políticas de salud y abogacía del Derecho Humano a la salud. Correo-e: fatima.alvaz@gmail.com.

WISSAM AL KHOURY

Nació y creció en Líbano. Se graduó con un grado de doctor en medicina de la University of Balamand. Además, tiene un grado de bachillerato en Biología y un grado de maestría en Administración de Negocios de la American University of Beirut (AUB). Dr. Khoury realizó su residencia en medicina interna en la Florida International University, donde también actualmente cursa su Ph.D. en el Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. Correo-e: wis-samelkhoury1@hotmail.com; walkh002@fiu.edu.

JENNIFER ATTONITO

Obtuvo su Ph.D. en Promoción de la Salud y Trabajo Social en la Florida Atlantic University. Su disertación abordó los efectos neurocognitivos del VIH y el abuso del alcohol. Actualmente es miembro facultativo en la Florida Atlantic University en el área de Administración de Servicios de Salud donde es miembro fundador de una colaboración universitaria en investigación sobre adicciones. Además, ejerce en la Junta Concejal del programa de Coordinación de Cuidado del *Palm Beach County Opiate Task Force*. Dr. Attonito analiza resultados de intervenciones basadas en evidencia para mejorar la adherencia al tratamiento del VIH entre adultos consumidores de alcohol e investiga la combinación de efectos del VIH, el envejecimiento, y el abuso de alcohol en el deterioro neurocognitivo. Además, su investigación actual se refiere a los enfoques regulatorios de la epidemia de opiáceos en la Florida, EU. Correo-e: miamijen@gmail.com.

EVANDRO ALVES BARBOSA FILHO

Becario CAPES/FACEPE de Postdoctorado en Brasil. Doctor en Trabajo Social por la Universidad Federal de Pernambuco, con pasantía en el Programa de Postgrado en Sociología de la University of Cape Town – UCT, África del sur (beca Capes). Asistente Social con máster en Trabajo Social en la UFPE. Investigador del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais - NEPPS/CNPq, del Postgrado em Trabajo Social de la UFPE. Investigador del Grupo de Pesquisa Práxis - Política, Planejamento e Gestão em Saúde do Núcleo Integrado de Saúde Coletiva - NISC/CNPq, de la Universidade de Pernambuco - UPE. Correo-e: evealves85@yahoo.com.br.

ISABEL CASIMIRO

Doctora en Sociología, con grado y postgrado en Historia y Estudios del Desarrollo. Es profesora auxiliar e investigadora en el Centro de Estudos Africanos de la Universidade Eduardo Mondlane, Mozambique, desde 1980. Fue Directora Adjunta (1982-83) y Directora (1990-95)

del CEA, donde imparte cursos de grado y de postgrado. Cofundadora e investigadora del CESAB-Centro de Estudos Sociais Aquino de Bragança. Académica, feminista y activista mozambicana, fue Presidente del Consejo de Dirección del Fórum Mulher (1993-2000; 2006-2015), miembro fundador del WLSA Regional (1988) y del WLSA Mozambique y miembro de asociaciones de derechos humanos de las mujeres, WLDAF y MULEIDE. Diputada de la Asamblea de la Republica, 1994-99. Miembro del Secretariado Ejecutivo de CODESRIA desde junio de 2015. Con varias publicaciones en revistas científicas, es también autora y coautora de libros sobre mujer y género en Mozambique. Correo-e: isabelmaria.casimiro@gmail.com.

CHRISTYL DAWSON

Es una estudiante de doctorado en Epidemiología en la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Florida International University. Recibió una beca del Instituto Nacional de Salud (P20- NIMHD por sus siglas en inglés) a través del proyecto de investigación del Center for Resesarch on Latinos in the United States (C-SALUD) que está asociado con el Center for Research on US Latinos, HIV/AIDS and Drug Abuse (CRUSADA). Correo-e: cdaws011@fiu.edu.

ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA

Postdoctora en Sociología por la University of Cape Town, en África del Sur, con Doctorado en Trabajo Social por la Pontificia Universidade Católica (PUC) São Paulo, y máster en Trabajo Social por la Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Es asistente social, docente del Departamento de Trabajo Social de la UFPE, investigadora, autora de diversas publicaciones y vice-líder del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais – NEPPS. Investigadora becaria 1B/CNPq. Desde 2009, coordina varias investigaciones y programas de intercambio entre Brasil, África del Sur y Mozambique. Correo-e: anacvieira12@gmail.com.

STEPHANIE DIEZ

Se graduó de la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel College de la Florida International University. Ha recibido tres premios del Instituto Nacional de Salud (NIMHD por sus siglas en inglés) por su excelente trabajo doctoral. Recibió una beca del Center for Research on US Latino HIV/AIDS and Drug Abuse. Los estudios de investigación de la Dra. Diez se enfocan en las conductas adictivas y las intervenciones relacionadas con los efectos psicológicos, sociales y emocionales causados por estas adicciones. Correo-e: sdiez002@fiu.edu.

MÓNICA FRANCH

Licenciada en Historia, con especialización en Antropología por la Universidad de Barcelona, Mestre en Antropología por la Universidad Federal de Pernambuco y Doctora en Antropología por la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Es profesora de antropología en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Federal de Paraíba, y miembro de los programas de postgrado en Antropología (PPGA) y Sociología (PPGS) en la misma universidad. Coordina el GRUPESSC - Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura. Correo-e: monicafranchg@gmail.com.

DERRICK FORNEY

Obtuvo una maestría en salud pública. Ejerce en el Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, el Center for Research on U.S. Latino HIV/AIDS and Drug Abuse (CRUSADA), y en la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Florida International University. Correo-e: dforn004@fiu.edu.

SANDRA GÓMEZ

Médica de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. Forma parte del núcleo investigador salvadoreño del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Correo-e: drasandragomez@outlook.es.

ANTONIO HERNÁNDEZ

Investigador de El Salvador en el Grupo de Trabajo CLACSO Salud Internacional y Soberanía Sanitaria. Miembro del Equipo Coordinador Regional Red de Sistemas y Políticas de Salud. Miembro de ALAMES/ Movimiento por la Salud Dr. Salvador Allende.

HUGO KAMYA

Es profesor en la Simmons University donde imparte los cursos de práctica clínica, trauma, y terapias narrativas y de familia. Originario de Uganda, Kamyá llegó hacen más de 30 años a los Estados Unidos. Estudio en Harvard University donde obtuvo un grado de maestría en Divinidad. Además, obtuvo una maestría en Trabajo Social del Boston College y obtuvo el grado de doctor en Psicología de Boston University. El trabajo de Dr. Kamyá se ha enfocado en las poblaciones inmigrantes y esfuerzos internacionales para acceder a necesidades de servicios sociales de personas afectadas por el VIH/SIDA. Continúa consultando y desarrollando asociaciones de colaboración con agencias y organizaciones, y presentando a nivel nacional e internacional, e investigando y publicando sobre VIH/SIDA. Colabora en un

proyecto sobre servicios basados en la comunidad para refugiados e inmigrantes que examina el capital social, cultural y humano hacia el funcionamiento y el bienestar familiar. En el 2014, Dr. Kamya fue galardonado con la beca Fulbright Specialist Roster Program. Correo-e: hugo.kamya@simmons.edu.

MARTA MAIA

Doctora em Antropología Social, investigadora del Centro em Rede de Investigação em Antropologia / Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - Instituto Universitário de Lisboa (CRIA/ISC-TEIUL). Correo-e: marta.maia@iscte-iul.pt.

GIRA J. RAVELO

Profesora de investigación en el Center for Research on US Latinos HIV/AIDS and Drug Abuse (P20-CRUSADA) en la Florida International University (FIU). Su investigación se enfoca en estudios basados en la participación comunitaria (CBPR) y las influencias socioculturales en la disparidad de la salud de los latinos, en particular el abuso de drogas, VIH/SIDA, y otras poblaciones vulnerables como los latinos envejecientes, los inmigrantes latinos y los trabajadores de la industria agrícola en EUA. Correo-e: gravelo@fiu.edu.

ANA RITA PERES

Nacida en enero de 1998, se licenció en Antropología en el ISCTEUIUL, en Lisboa, en 2019. Sus principales intereses de investigación son la violencia de género y las poblaciones en riesgo. Actualmente, cursa maestría en Ciencias en Emociones en el ISCTEUIUL. Correo-e: rita.peres.1998@hotmail.com

MARINILDA RIVERA DÍAZ

Posee una maestría en Trabajo Social de la Universidad de Illinois, doctorado de la Universidad de Puerto Rico en Administración y Análisis de Políticas Sociales, Postdoctorado en Investigaciones sobre VIH auspiciada por los Institutos Nacionales de Salud y una maestría postdoctoral en Investigación Clínica y Transnacional de la Escuela de Medicina y Escuela de Profesionales de la Salud de la Universidad de Puerto Rico. Investigadora social del Centro de Investigaciones Sociales y profesora de Trabajo Social de la Universidad de Puerto Rico. Profesora del Programa Doctoral en Determinantes Sociales de la Salud del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Miembro del Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de las Ciencias Sociales. Correo-e: marinilda.riveradiaz@upr.edu.

SOLANGE ROCHA

Doctora en Trabajo Social por la Universidade Federal de Pernambuco, con pasantía de doctorado en el Programa de Postgrado en Sociología de la University of Cape Town – UCT, África del Sur (becaria CNPq). Es periodista e investigadora asociada de la University of Cape Town e investigadora del Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais e Direitos Sociais - NEPPS/CNPq, especializada en los temas: movimientos sociales, comunicación, sanidad, VIH/Sida, políticas públicas, derechos humanos. Desde 2009 coordina varias investigaciones entre Brasil, África del Sur y Mozambique. Actualmente es consultora en género y derechos de las mujeres asociada a la red Gender At Work (www.genderatwork.org). Correo-e: msolgrocha@gmail.com.

CAMILA RODRIGUES

Estudiante de Doctorado en Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidade Nova de Lisboa (FCSH-UNL). Investigadora del Instituto Português de Relações Internacionais (IPRI). Correo-e: camilapombeiro@gmail.com.

PATRIA ROJAS

Posee una maestría en salud pública de la Escuela de Salud Pública de la Boston University y una maestría en Bienestar Social de la Escuela de Trabajo Social de la misma institución. Obtuvo su doctorado en Administración de Bienestar Social de la Florida International University. La Dra. Rojas es catedrática auxiliar de la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Florida International University. Su investigación se enfoca en los comportamientos saludables de los latinos, el uso de sustancias, la salud mental y el VIH/SIDA entre latinos y latinas. Correo-e: patria.rojas@fiu.edu.

MIRIAM RUIZ

Posee un bachillerato en Arte en Historia de las Américas con una segunda concentración en Educación en Historia, para Escuela Secundaria de la Universidad de Puerto Rico. Completó una maestría en Educación en Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Actualmente se desempeña como educadora en salud. Correo-e: miriam.ruiz@upr.edu.

OCTÁVIO SACRAMENTO

Doctor en Antropología (ISCTE-IUL), Master en Sociología de la Cultura y de los Estilos de Vida (Universidade do Minho) y Licenciado en Antropología Social y Cultural (Universidade Nova de Lisboa). Es profesor en la Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD,

Vila Real, Portugal) e investigador en el Centro de Estudios Transdisciplinarios para o Desenvolvimento (CETRAD-UTAD). Sus principales experiencias de investigación incluyen trabajo de campo etnográfico sobre trabajo sexual femenino en regiones ibéricas de frontera; VIH/sida en el nordeste de Portugal; movilidades turísticas-migratorias y configuraciones transnacionales de intimidad euro-brasileñas. Más recientemente tiene trabajado sobre la renta social de inserción en la región del Duero (Portugal) y sobre los procesos de acogida y integración local de los refugiados que llegan a Portugal a través del sistema de recolocación europeo. Correo-e: octavsac@utad.pt.

MARIANA SANCHEZ

Posee una maestría en Trabajo Social y un doctorado. Labora para el Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades y el Center for Research on U.S. Latino HIV/AIDS and Drug Abuse (CRUSADA) en la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Florida International University. Correo-e: msanche@fiu.edu.

DIANA SHEEHAN

Posee una maestría en salud pública y un doctorado. Labora para el Departamento de Epidemiología y el Center for Research on U.S. Latino HIV/AIDS and Drug Abuse (CRUSADA) en la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Florida International University. Correo-e: dsheehan@fiu.edu.

KARINA VILLALBA

Tiene una maestría en Salud Ambiental y un doctorado en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. La investigación de Dr. Villalba se enfoca principalmente en el VIH, los desórdenes de uso de sustancia, neurocognición y genómica. Su interés incluye la contribución de la interacción gene-ambiente en la etiología de los desórdenes de uso de sustancias, la adaptación y evaluación de intervenciones basadas en teorías para el VIH/SIDA y los desórdenes de uso de sustancias y la comprensión de los efectos de los eventos traumáticos durante la niñez y adultez en el VIH + personas con desórdenes de uso de alcohol. Su investigación integra ciencias básicas y conductuales con la meta de que puedan resultar en intervenciones basadas en la población. Actualmente, está realizando un estudio para determinar como el grado de lograr abstinencia a corto plazo o reducir notablemente el consumo de alcohol mejora la función cognitiva y cerebral. Correo-e: kvill012@fiu.edu.

LAS COMPILADORAS Y LOS COMPILADORES

MÓNICA FRANCH

Licenciada en Historia, con especialización en Antropología por la Universidad de Barcelona, Mestre en Antropología por la Universidad Federal de Pernambuco y Doctora en Antropología por la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Es profesora de antropología en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Federal de Paraíba, y miembro de los programas de postgrado en Antropología (PPGA) y Sociología (PPGS) en la misma universidad. Coordina el GRUPESSC - Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura. Correo-e: monicafranchg@gmail.com.

MARINILDA RIVERA DÍAZ

Posee una maestría en Trabajo Social de la Universidad de Illinois, doctorado de la Universidad de Puerto Rico en Administración de Políticas Sociales, Postdoctorado en Investigaciones sobre VIH financiada por los Institutos Nacionales de Salud y una maestría postdoctoral en Investigación Clínica y Transnacional de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Investigadora social del Centro de Investigaciones Sociales y profesora de Trabajo Social y del Programa Doctoral en Determinantes Sociales de la Salud de la Universidad de Puerto Rico. Miembro del Grupo de Trabajo Salud

Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de las Ciencias Sociales. Correo-e: marinilda.riveradiaz@upr.edu.

PATRIA ROJAS

Posee una maestría en salud pública de la Escuela de Salud Pública de la Boston University y una maestría en Bienestar Social de la Escuela de Trabajo Social de la misma institución. Obtuvo su doctorado en Administración de Bienestar Social de la Florida International University. La Dra. Rojas es catedrática auxiliar de la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Florida International University. Su investigación se enfoca en los comportamientos saludables de los latinos, el uso de sustancias, la salud mental y el VIH/SIDA entre latinos y latinas. Correo-e: patria.rojas@fiu.edu.

OCTÁVIO SACRAMENTO

Doctor en Antropología (ISCTE-IUL), Master en Sociología de la Cultura y de los Estilos de Vida (Universidade do Minho) y Licenciado en Antropología Social y Cultural (Universidade Nova de Lisboa). Es profesor en la Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD, Vila Real, Portugal) e investigador en el Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento (CETRAD-UTAD). Sus principales experiencias de investigación incluyen trabajo de campo etnográfico sobre trabajo sexual femenino en regiones ibéricas de frontera; VIH/sida en el nordeste de Portugal; movilidades turísticas-migratorias y configuraciones transnacionales de intimidad euro-brasileñas. Más recientemente tiene trabajado sobre la renta social de inserción en la región del Duero (Portugal) y sobre los procesos de acogida y integración local de los refugiados que llegan a Portugal a través del sistema de recolocación europeo. Correo-e: octavsac@utad.pt.

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

Las enfermedades son manifestaciones que sobrepasan la biología y el individuo, reflejando aspectos e implicaciones socioculturales. La infección por el VIH/SIDA es un caso paradigmático de localización social de la enfermedad y de cómo ésta nos interpela no sólo individualmente sino también a escala de la vida colectiva, como miembros de grupos, sociedades y Estados fundados sobre determinados cuadros de normas y valores. Es precisamente en esta dimensión colectiva que se sitúa la discusión propuesta en este libro, presentando un aporte teórico crítico e interdisciplinar, desde las ciencias sociales, sobre las transformaciones causadas por la globalización y por las políticas neoliberales, y su impacto particular en las cuestiones de género, migración e infección por el VIH en países y grupos poblacionales más vulnerables a la epidemia.

Patrocinado por



Agencia Sueca
de Desarrollo Internacional

ISBN 978-987-722-419-1



9 789877 224191



FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

FIU FLORIDA
INTERNATIONAL
UNIVERSITY

utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO-DOURO