



## DISCURSOS Y PRÁCTICAS SEXUALES DE USUARIOS DE SAUNAS GAY. UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS MASCULINIDADES

Constanza Jacques Aviñó

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

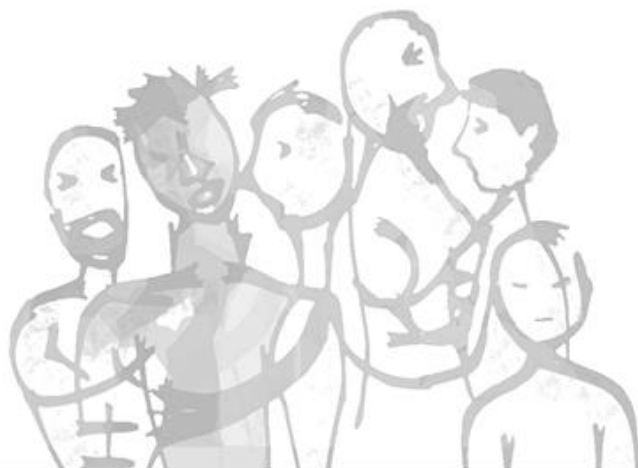


UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI

## **Discursos y prácticas sexuales de usuarios de saunas gay. Una aproximación desde las masculinidades**

---

**Constanza Jacques Aviñó**



**TESI DOCTORAL**

**2018**

# **Discursos y prácticas sexuales de usuarios de saunas gay**

---

**Una aproximación desde las masculinidades**

**Constanza Jacques Aviñó**

Director: Oriol Romaní Alfonso, Universidad Rovira i Virgili.  
Codirector: Joan A. Caylà, Agència de Salut Pública de Barcelona/  
Universitat Autònoma de Barcelona





**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Discursos y prácticas sexuales de usuarios de saunas gay. Una aproximación desde las masculinidades” que presenta Constanza Jacques Aviñó para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social de esta universidad.

Tarragona, a 19 de septiembre 2018

Dr. Oriol Romaní Alfonso  
Director de la tesis doctoral

Handwritten signature of Oriol Romaní Alfonso in black ink.

Dr. Joan A. Caylà  
Co-Director de la tesis doctoral

Handwritten signature of Joan A. Caylà in black ink.

Ilustración: Daniela Jacques Aviñó

A Vicente, Lucas y Elisa.  
La esperanza en el porvenir.







“El salvaje, como la bestia, es cruel, pero está exento de la mezquindad propia del ser civilizado. La mezquindad es el modo que tiene el hombre de vengarse de la sociedad por las restricciones que ésta le impone. Es el sentimiento vengativo que anima al reformista y al chismoso. Un salvaje puede cortarnos la cabeza, devorarnos, torturarnos, pero nos ahorrará los pequeños y continuos aguijonazos que a veces hacen que la vida en una comunidad civilizada resulte casi intolerable... Los hábitos e idiosincrasias más desagradables del hombre, su falsedad, su cobardía, su falta de respeto, son engendros de una adaptación incompleta a una civilización compleja. Son el resultado del conflicto entre nuestros instintos y nuestra cultura”

Entrevista a Freud, a los 75 años,  
publicada en "Las grandes entrevistas de la historia",  
El País-Aguilar, México, 1977

## Agradecimientos

---

Tal vez ésta es una de las partes más difíciles de la tesis. Así que comienzo dando las gracias a todas aquellas personas que (saben) han aportado su tiempo, su paciencia y han suplido mis ausencias (en el mundo de los cuidados y de los afectos).

Gracias a Oriol Romaní y a Joan Caylà, han sido una pareja perfecta para confluír en el mundo de la antropología y la epidemiología y la salud pública. Gracias a Oriol, por su generosidad en los comentarios y su sonrisa siempre tan amigable. Gracias a Joan, por creer en mí, por su perseverancia y su apertura a conocer cosas nuevas.

Gracias a Patricia G. de Olalla, por su apoyo y darme la oportunidad de crecer profesionalmente. Gracias a Àngels Orcau, por su claridad y su empatía. Gracias a Elia Díez por su entusiasmo y ganas de hacer cosas. Gracias a Anna de Andrés y a Llanos Roldán por su incursión en la etnografía, más que compañeras, y gracias a Arantxa Romero y a Silvia Brugueras por sus ánimos. Todas ellas, ahora somos amigas *rulientas*. Gracias a Manu Fernández, por las risas y esa locura lista. Gracias a Miguel Alarcón por llegar en los últimos años a ofrecer esa energía amable y paciente. Gracias a Alicia G. Antelo, por compartir esos viernes a la tarde con galletas y carcajadas. Gracias a Hernán Vargas por estar siempre ahí. Gracias a todo el servicio de Epidemiología de la Agència de Salut Pública de Barcelona que me brindaron un espacio para poder aprender y dar.

Gracias a mis nuevos colegas del edificio de Príncipe de Asturias (Vanessa, Ana F., María, Laura, Andrés, Hugo, Vero, Brenda,...), han sido la mejor terapia para acabar esta tesis. Gracias a María José López y a mis nuevxs comañerxs del SAMI por su actitud tan comprensiva.

Gracias a los amigos y amigas del camino por su disposición a ayudar en todo momento: a Carla, Fran, Pablo, Silvia, Nicole, René, Pau, Alvarito, Javiera, Natalia, Jordi, Moni, Lito, Berit, Marcela, Joan, Esther, Eva, Marisol, Pauli, Lucille, Inés, Lola, Irene, Elena y la lista continúa...

Gracias a mi madre Raquel y a mi padre Nibaldo, por su apoyo incondicional. Por compartir el pasado, el presente y el futuro. Por darme la mejor de las vidas que pudieron darme. A mis abuelos y abuelas que están siempre presentes, por enseñarme que la

diversidad cultural es una diversidad humana imprescindible y enriquecedora. Gracias a mi familia en Chile, que a pesar de la distancia, me recordaban que existía la Cordillera de los Andes.

Gracias a mi familia en Barcelona, a Iván por estar cuando lo necesitaba. Gracias a mi hermana del alma, Daniela, por su amor, su comprensión, su generosidad, su paciencia y su apoyo incondicional. A Elisa, por regalarme la ilusión y recordarme en cada momento, la importancia de la ternura y el amor. A María, por su alegría y su cariño adolescente.

No hay palabras que describan todo el apoyo que me ha dado Fer para que pudiera iniciar y acabar esta tesis. Fer, gracias de corazón. No hay palabras para agradecer a mis dos grandes maestros: Vicente y Lucas. Mis dos pequeños grandes hombres. Infinitas gracias por vuestra empatía, por vuestro amor y por tener tanta comprensión.



## Índice

---

Capítulo I .....	13
Introducción .....	13
1.1 Glosario.....	14
1.2 Resumen.....	16
1.3 Resum.....	17
1.4 Abstract.....	18
1.5 Presentación.....	19
1.6 Antecedentes .....	21
1.7 El nacimiento de una travesía: la pregunta de investigación.....	32
1.7.1 El fenómeno del riesgo .....	37
1.8 Objetivos .....	39
1.9 Tesis doctoral: compilación de publicaciones .....	40
Capítulo II .....	42
Marco Teórico.....	42
2.1 La infección por VIH: hombres que tienen sexo con hombres .....	44
2.2 Aportaciones en materia de VIH/sida .....	46
2.3 Enfoque <i>socio-bio-psico-cultural</i> de la salud.....	49
2.4 Posicionamiento teórico .....	56
2.4.1 Las masculinidades en construcción.....	59
Capítulo III .....	61
Resultados.....	61
3.1 Artículo 1: Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres .....	66
3.2 Artículo 2: <i>The Theory of Masculinity in Studies on HIV. A Systematic Review</i> .	72
3.3 Artículo 3: Trabajadores sexuales masculinos: entre el sexo seguro y el riesgo. Etnografía en una sauna gay de Barcelona.....	93
Capítulo IV .....	120
Discusión .....	120

4.1	Discusión conjunta .....	122
4.1.1	<i>“Ningún hombre ha sido criado como gay”</i> .....	123
4.1.2	<i>“Los hombres somos así”</i> .....	128
4.1.3	<i>“No suele haber problema con esto... pero si por ser inmigrante”</i> .....	131
4.1.4	<i>“No usar el condón con un desconocido es por tontería o por placer”</i> .....	135
4.1.5	<i>“Sabes qué pasa, es que no hay, no existe”</i> .....	141
4.2	Fortalezas y limitaciones .....	145
5.	Conclusiones .....	146
6.	Recomendaciones .....	149
7.	Referencias.....	151
8.	Anexos.....	165
	Anexo 1 Fotos .....	166
	Anexo 2 Consentimiento verbal estudio uno .....	169
	Anexo 3 Informe del Comité Ético .....	171
	Anexo 4 Consentimiento verbal estudio tres .....	173
	Anexo 5 Otra publicación .....	175

## Capítulo I

### **Introducción**



## 1.1 Glosario

**ASPB:** Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Barebacking:** *sexo a pelo*. Sexo anal penetrativo sin preservativo practicado de forma intencional y premeditada entre las personas que intervienen.

**Barebacking parties:** Reuniones de sexo en grupo donde no se permite el uso de preservativos.

**Chemsex:** práctica que consiste en el consumo de determinadas drogas con fines sexuales y que puede durar varios días.

**Cisgénero:** término aplicado a aquellas personas que poseen una identidad de género concordante con los papeles sociales que son asignados al sexo biológico de nacimiento.

**Cohorte:** estudio de seguimiento que se inicia con un grupo de personas, que se clasifican en subgrupos según la exposición a una causa potencial de enfermedad u otro resultado final. Para estudiar, por ejemplo, las incidencias de VIH.

**Counselling:** comunicación con un usuario para facilitar estrategias de cambio hacia prácticas más seguras y promueve la realización de la prueba. También ayuda a potenciar los recursos internos del sujeto para vivir mejor con el VIH.

**Fist Fucking:** introducción de la mano o puño en el ano o la vagina de la pareja.

**HSH:** hombres que tienen sexo con hombres.

**ITS:** Infección de Transmisión Sexual. Son causados por patógenos que pueden ser adquiridos y transmitidos por relaciones sexuales.

**LGTBI+:** Lesbianas, gay, trans\*, bisexuales, intersexuales y el + incluye a otras identidades no heterosexuales.

**Orientación sexual:** es la organización específica del erotismo y/o el afecto de un individuo en relación con el sexo de la pareja sexual. Se puede manifestar en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías y/o deseos sexuales. En la literatura anglosajona se suele utilizar *sexual identity*, es decir, como identidad sexual.

**Serosorting:** relación sexual que se basa en la elección de las parejas sexuales según el estatus serológico respecto al VIH (sea positivo o negativo).

**Sida:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**TSM:** Trabajadores sexuales masculinos.

**Trans\*:** hace referencia a un concepto que está en construcción. Incluye todas las identidades no binarias y no conformes con el género impuesto según su sexo biológico, incluyendo (pero no limitado) a transgénero y transexual.

**UDI:** Usuarios de drogas por vía inyectable.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

## 1.2 Resumen

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son la población más afectada por la infección del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en la mayoría de los países europeos, incluida España. Entre las diferentes ofertas que utilizan los HSH para el contacto sexual están las saunas. El objetivo de esta tesis fue analizar, desde la perspectiva de las masculinidades, el proceso de salud (sexualidad), enfermedad (VIH y otras ITS) y atención (prevención) en diferentes usuarios de saunas gay de Barcelona.

La tesis se presenta mediante la compilación de tres artículos. El primero, es un estudio cualitativo realizado con HSH, procedentes de una cohorte seronegativa al VIH, que habían sido contactados en saunas gay. El segundo, es una revisión sistemática sobre las masculinidades y el VIH. El tercero, es un trabajo de campo, realizado entre el 2012-2016, centrado exclusivamente con trabajadores sexuales masculinos que ofrecían sus servicios sexuales en una sauna gay.

Los principales resultados fueron congruentes y sugieren que la hegemonía masculina relacionada con responder al riesgo y demostrar proezas sexuales es una construcción social que no es exclusiva del mundo heterosexual. Las prácticas sociales y sexuales de los HSH confluyen entre la hegemonía y la trasgresión al visibilizar formas alternativas de identidades masculinas. Sin embargo, existe escasa investigación en esta materia a nivel mundial. Entre los HSH no todos gozan del mismo estatus, factores como la inmigración, el nivel socioeconómico, la orientación sexual, la homofobia interiorizada y la edad establecen diferentes relaciones con el riesgo, la percepción del VIH y la salud. Entre las estrategias de prevención destacaron realizar intervenciones en lugares de socialización gay, considerar el soporte social y los determinantes sociales. Se sugiere potenciar las políticas que promuevan la aceptación a la diversidad sexual y cultural desde una perspectiva de género.

### 1.3 Resum

Els homes que tenen sexe amb homes (HSH) són la població més afectada per la infecció del VIH/sida i altres infeccions de transmissió sexual (ITS) en la majoria dels països europeus, inclosa Espanya. Entre les diferents ofertes que utilitzen els HSH per al contacte sexual estan les saunes. L'objectiu d'aquesta tesi va ser analitzar, des de la perspectiva de les masculinitats, el procés de salut (sexualitat), malaltia (VIH i altres ITS) i atenció (prevenció) en diferents usuaris de saunes gai de Barcelona.

La tesi es presenta mitjançant la compilació de tres articles. El primer, és un estudi qualitatiu realitzat amb HSH, procedents d'una cohort seronegativa al VIH, que havien estat contactats en saunes gai. El segon, és una revisió sistemàtica sobre les masculinitats i el VIH. El tercer, és un treball de camp, realitzat entre el 2012-2016, centrat exclusivament amb treballadors sexuals masculins que oferien els seus serveis sexuals en una sauna gai.

Els principals resultats van ser congruents i suggereixen que l'hegemonia masculina relacionada amb respondre al risc i demostrar proeses sexuals és una construcció social que no és exclusiva del món heterosexual. Les pràctiques socials i sexuals dels HSH conflueixen entre l'hegemonia i la transgressió al visibilitzar formes alternatives d'identitats masculines. No obstant això, existeix escassa recerca en aquesta matèria a nivell mundial. Entre els HSH no tots gaudeixen del mateix estatus, factors com la immigració, el nivell socioeconòmic, l'orientació sexual, l'homofòbia interioritzada i l'edat estableixen diferents relacions amb el risc, la percepció del VIH i la salut. Entre les estratègies de prevenció van destacar realitzar intervencions en llocs de socialització gai, considerar el suport social i els determinants socials. Se suggereix potenciar aquelles polítiques que promoguin l'acceptació a la diversitat sexual i cultural des d'una perspectiva de gènere.

## 1.4 Abstract

Men who have sex with men (MSM) are the most affected population by HIV/AIDS and other sexually transmitted infections (STIs) in most European countries, including Spain. Gay saunas are one of the settings where MSM have sexual contact. The objective of this dissertation was to analyse, from a masculinities perspective, the process of health (sexuality), disease (HIV and other STIs) and care (prevention) in different gay saunas users in Barcelona.

The dissertation is presented through the compilation of three articles. The first, is a qualitative study of MSM, belonging to a cohort without HIV infection, who had been contacted in gay saunas. The second, is a systematic review, which addressed masculinities and HIV. The third is a fieldwork, conducted between 2012-2016 focused exclusively on male sex workers who offered their sexual services in a gay sauna.

The main findings derived from studies are congruent and suggest that male hegemony related to responding to risk and demonstrating sexual prowess is a social construct that is not unique to the heterosexual world. The social and sexual practices of MSM converge between hegemony and transgression by making alternative forms of male identities visible. However, there is scarce research on the subject at the global level. Factors such as immigration, socioeconomic status, sexual orientation, internalized homophobia, and age have a different relationship with risk, HIV perception, and health among MSM. Among the prevention strategies, the most important were to implement interventions in places of socialization for gay, to consider social support and social determinants. The policies that promote the acceptance of sexual and cultural diversity from a gender perspective should be strengthened.

## 1.5 Presentación

La tesis doctoral *Discursos y prácticas sexuales de usuarios de saunas gay: una aproximación desde las masculinidades* se presenta como una compilación de tres publicaciones, de las cuales dos se basan en estudios de campo y una, en una revisión bibliográfica. En el capítulo I se explican los antecedentes que permiten contextualizar el estudio, la fundamentación que da cuenta de la relevancia del tema y se explica cómo se construyó la pregunta de investigación, finalizando con los objetivos.

En el capítulo II se describe el marco teórico, en la que se explican las principales referencias conceptuales desde la cual se llevó a cabo la tesis. Lo que incluye una breve reseña sobre temas relacionados con el VIH, el enfoque sociocultural de la salud y el posicionamiento teórico.

En el capítulo III se presentan los resultados, es decir, los tres artículos publicados en diferentes revistas científicas dentro de la temática de salud pública y de las ciencias sociales. En el primer manuscrito se realizaron entrevistas a hombres VIH negativos contactados en saunas que pertenecían a un estudio de cohorte de la *Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)*. El segundo manuscrito es una revisión sistemática en el cual se recogieron aspectos relacionados con la metodología, los ámbitos temáticos de los estudios realizados sobre masculinidades y VIH, así como los vacíos conceptuales sobre este tipo de estudios. Se analizaron los artículos publicados entre 1992, que da cuenta del primer estudio, hasta el 2015. El tercer artículo es el resultado de un trabajo de campo realizado en una sauna gay donde los trabajadores sexuales ofrecían sus servicios. La observación y las entrevistas se llevaron cabo durante el 2012-2016.

En el capítulo IV, se desarrolla la discusión como producto de todo el proceso de investigación. La discusión se estructuró en cinco apartados temáticos. Se consideró oportuno intercalar algunos verbatims (que fueron recogidos durante el período de estudio) con el texto. Por último, se plantean las conclusiones, las recomendaciones y las referencias bibliográficas. En los anexos se presentan algunas fotografías, los consentimientos informados que fueron firmados por los participantes y la autorización del comité ético, Parc Salut Mar, para llevar a cabo el estudio en saunas. Además, de

un artículo que aún no ha sido publicado, pero que se relaciona con el ámbito temático de la tesis, y que se realizó en paralelo a los demás estudios.

Tanto el proceso como el resultado de los tres estudios fueron permanentemente triangulados por la bibliografía, por el trabajo de campo y por expertos en la materia. Profesionales de la antropología y de salud pública fueron aportando ideas y puntos de vistas durante estos “largos” años de preguntas.

## 1.6 Antecedentes

Esta tesis doctoral nace del estudio de cuatro ámbitos interrelacionados entre sí. La primera trata de la homosexualidad masculina, en la cual se consideraron aspectos relacionados con la orientación y la práctica sexual. El segundo, hace referencia al contexto de este trabajo, las saunas gays de Barcelona. El tercer ámbito, se relaciona con la percepción del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Por último, se aborda la perspectiva de género, concretamente los aportes teóricos sobre masculinidades. Este enfoque es el marco de análisis de esta investigación.

Según la Real Academia Española, la palabra homosexualidad hace referencia a una *“inclinación erótica hacia individuos del mismo sexo”*. Esta práctica es tan antigua y culturalmente diversa como la propia historia de la humanidad, pero la seguridad y el apoyo social de vivir como homosexual varía entre las comunidades y depende de las épocas. Hoy en día, aunque se han visto importantes avances en la protección y en el reconocimiento de la población LGTBI+, todavía existen países donde las relaciones homosexuales se penalizan, incluso con sentencia de muerte. Según el último informe de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex, existen 72 Estados que criminalizan las relaciones sexuales consensuales entre personas adultas del mismo sexo, donde 45 de estos Estados (24 en África, 13 en Asia, 6 en América y 2 en Oceanía) tienen normas que criminalizan tanto a varones como a mujeres (Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Carroll, & Itaborahy, 2015).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la homosexualidad era considerada una enfermedad hasta 1990. Esto significaba que debía curarse y estar sujeto a un tratamiento, ya que era visto como una alteración de la conducta. La teoría de la patología que sostenía esta creencia, señalaba que algún defecto interno o agente patógeno externo causa la homosexualidad y que tales eventos pueden ocurrir pre o postnatalmente; eran visto como un signo de defecto, o incluso moralmente malo (Drescher, 2015). La decisión de descatalogarla como enfermedad fue impulsada por diferentes estudios y por el posicionamiento por parte de la propia comunidad científica. En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría suprimió la homosexualidad del manual de diagnóstico de trastornos mentales y emocionales (DSM). Dos años más tarde, la Asociación Americana de Psicología promulgó una resolución apoyando esta supresión.



La transformación del significado social de la homosexualidad remite a apropiarnos de su vínculo no sólo histórico, sino también, cultural. No es posible hablar de ella en términos universales, ni atemporales. Es cosa de indagar someramente en diferentes contextos sobre las características que son propia de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, concretamente entre varones. Por ejemplo, como es la legitimidad social que ha tenido la homosexualidad en la antigua Grecia o en Roma, en el rito hacia la adultez entre los Sambia en Papúa Nueva Guinea o en la cultura Magrebí, donde las relaciones clandestinas finalizan una vez que el hombre contrae matrimonio con una mujer. Por lo tanto, se entiende que el significado de las conductas sexuales son el resultado de la organización social, con lo cual las sociedades son quienes regulan la sexualidad (Nieto, 2003). Asimismo, en este orden social manifiesto, se expresan diferentes subculturas sexuales<sup>1</sup> que regulan sus prácticas y creencias en base a significados concretos. En este sentido, cabe mencionar que *“no sólo se trata de la forma en que los hombres viven su sexualidad o su hombría, sino de la brecha que se acrecienta entre lo socialmente permitido y lo socialmente sancionado en función de una “orientación sexual” no heterosexual dentro del género masculino”* (Balbuena Bello, 2010: 66).

Actualmente, según el último informe realizado por *Pew Global Researcher* donde fueron estudiados 39 países, España es considerado el país donde hay mayor tolerancia de la homosexualidad, el 88% de la población encuestada señaló aceptarla socialmente (Bell, 2014). Por otra parte, se plantea que la actitud hacia la homosexualidad puede variar dependiendo de diferentes factores y una de ellas es la creencia sobre su origen. Es decir, la actitud hacia la homosexualidad es mejor si es vista como una causa orgánica o genética, donde no hay voluntad de decisión (Frias-Navarro, Monterde-I-Bort, Pascual-Soler, & Badenes-Ribera, 2013). Por otra parte, se ha visto que la imagen social de los homosexuales lleva a establecer juicios morales que le prescribe un tipo de ciudadanía. Un estudio realizado recientemente, señalaba que la idea que el colectivo gay sea promiscuo, debe ser una razón para que tengan menos derechos sociales, a pesar que actualmente exista mayor tolerancia hacia las

---

<sup>1</sup> Tomando como referencia a Nancy Netting, las subculturas sexuales se construyen en base a tres factores: al significado que los sujetos le otorgan a la sexualidad, al proceso de negociación entre las parejas sexuales y a la percepción de riesgo frente al VIH/sida (Netting, 1992).

relaciones entre las personas del mismo sexo (Pinsof & Haselton, 2017). Todo esto lleva a plantear que la homosexualidad sigue ocupando una posición diferenciada entre las personas, donde la orientación sexual juega un factor clave, ya que transgredir la norma heterosexual sigue siendo socialmente estigmatizado. Según Goffman, la homosexualidad pertenecería a la segunda clase de estigma, la que hace referencia “a los defectos del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales...” (Goffman, 2012: 16).

Esta relación entre el deseo, la práctica y la conducta hacia una persona del mismo sexo, en un marco *heteronormativo*<sup>2</sup> produce consecuencias en salud. Se ha demostrado que la orientación sexual es un determinante social que explica las inequidades en salud, es decir influye en la morbilidad y mortalidad de forma diferenciado entre las poblaciones (Hatzenbuehler et al., 2014). La inequidad en salud se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además, también se consideran injustas (Whitehead, 1992). Tienen una dimensión moral y ética, la ventaja o desventaja social subyacente se refiere a la riqueza, al poder o al prestigio, es decir, los atributos que definen cómo las personas están agrupadas en jerarquías sociales, entre los cuales está la orientación sexual (Braveman, 2015).

En cuanto a las saunas gay, éstos se caracterizan por ser lugares visitados únicamente por hombres que buscan relacionarse sexual y socialmente con otros hombres. Estos locales fueron de gran importancia durante la transición democrática en España, ya que la derogación de determinadas leyes de control moral permitió la creación de estos espacios comerciales para clientela únicamente homosexual (Villamil F, Jociles, 2008)<sup>3</sup>. Con lo cual, la clandestinidad que era propia de los encuentros sexuales entre hombres durante la dictadura fue sustituida por espacios más seguros. Fenómeno que fue yendo a la par del alcance de algunos derechos sociales del colectivo LGTBI+, como fue en el 2005 la legalización del matrimonio entre personas del mismo sexo en el estado español.

---

<sup>2</sup> Este término fue creado por Michael Warner en 1991. Se refiere al orden sexual (ideológico e institucional) que asume la heterosexualidad como norma social.

<sup>3</sup> En el estado español, en 1979, se derogaron algunos artículos de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social. Una ley que los legisladores franquistas utilizaron para criminalizar, perseguir y encarcelar a gays y trans\* (Trujillo, 2015).

Los locales de sexo son variados y atraen, por tanto, una diversidad de usuarios que llevan a hacer uso de estos lugares. Uno de los grupos de hombres que cobró especial interés en esta tesis fueron los trabajadores sexuales masculinos (TSM), ya que utilizaban este espacio como fuente de compensación económica y, además, compartían otras características que los situaban en una posición de mayor desigualdad social si se comparaban con los demás usuarios de sauna. Por otra parte, esta población suele ser poco estudiada y visibilizada, la mayoría de las investigaciones se han centrado en la prostitución femenina, tanto desde la vertiente moral, en tanto criminal y víctima, así como por su responsabilidad en la transmisión de la ITS (Juliano, 2002). Los TSM en cambio, suelen ser descritos dentro de la categoría de HSH o como un colectivo de muy difícil contacto, entre otras cosas, por la misma clandestinidad que implica en algunos países mantener relaciones sexuales entre hombres (Baral et al., 2014). Por todo ello, se justifica realizar un estudio exclusivo con ellos, ya que las estrategias de intervención para la prevención del VIH en TSM, no tendrían que centrarse únicamente en el acceso a los tratamientos antirretrovirales, sino también en los contextos psicosociales en los que los TSM se dedican para la venta de sexo (Baral et al., 2014).

Las saunas gay, además de ser un referente de ocio homosexual, han sido objeto de diversos estudios e intervenciones (Bérubé, 2003). De hecho, la irrupción de una nueva enfermedad cambió y cuestionó las relaciones sexuales. Con la aparición del VIH/sida estos lugares cobraron especial interés tanto para el colectivo gay, las organizaciones que luchaban contra el sida, como por las instituciones de salud pública (Woods & Binson, 2003). La discusión giraba en torno al cierre o la permisividad de estos locales con tal de disminuir encuentros sexuales de riesgo y, por lo tanto, crear estrategias de control del sida. Sin embargo, la decisión final fue no clausurar estos espacios, ya que por un lado, se relacionaban con una larga trayectoria de lucha por las libertades sexuales, y por otra parte, se planteó que la clandestinidad podría aumentar más aún la vulnerabilidad del colectivo (Bérubé, 2003).

Con respecto a los estudios realizados en saunas gay, tanto a nivel nacional como internacional, se ha demostrado que los usuarios que frecuentan estos locales tienen una alta prevalencia de VIH, siendo más alta que en HSH que visitan otros lugares para buscar contactos sexuales como son los parques, los cines, los bares, etc. (Binson et al., 2001; Generalitat de Catalunya, 2013; Qi J, Zhang D, Fu X, Li C, Meng S, Dai M, Liu H, 2015; Quinn & Dickson-Gomez, 2015; Reidy & Goodreau, 2010). Datos que llevan

a plantear importantes interrogantes en torno a cómo se articula el deseo sexual y las prácticas entre los hombres que frecuentan estos locales. En este marco, la conducta sexual se ha visto como intencional, es decir, que se configura dentro de contextos específicos de interacciones sociales y que son culturalmente estructuradas (Parker, 2009). En este sentido, comprender el comportamiento individual es menos importante que comprender el contexto de las interacciones sexuales, interacciones que son necesariamente sociales y que implican negociaciones complejas entre diferentes individuos (Parker, 2009).

Desde las políticas de salud pública, la intervención en saunas gays se han llevado a cabo en diferentes contextos, ya que la delimitación de un espacio físico concreto ha permitido, desde los inicios de la epidemia del sida, desarrollar acciones que fomentaran el cribado del VIH, tener contacto con una población que está más a riesgo, así como realizar educación sanitaria (Woods & Binson, 2003). En Barcelona, a partir del 2004, a raíz de un brote de hepatitis A entre HSH se comenzó desde la ASPB a realizar intervenciones de ámbito comunitario en las saunas gay (Díez, E, García de Olalla, P, 2006). En los inicios del “Programa Saunas” un equipo de profesionales sanitarios ofrecía la vacunación contra las hepatitis A y B, posteriormente en el 2007 se añadió la oferta de la prueba rápida del VIH, que fue seguida por la introducción de las pruebas rápidas de sífilis y hepatitis C. La participación en este programa, desde el servicio de epidemiología, fue la plataforma de esta tesis, ya que la colaboración en las intervenciones en saunas, así como en la cohorte compuesta por usuarios de saunas VIH negativos, permitió entrar en un mundo, que, siendo mujer, hubiera sido sino imposible conocer.

En relación al VIH/sida, ésta es una enfermedad que no sólo amenaza al cuerpo físico, sino que también ha sido descrita como una metáfora, que por su propia condición de agente infeccioso proveniente del exterior, se ve acompañada por la vergüenza y la imputación de la culpa (Sontag, 1996). La aparición en los años 80 de esta controvertida enfermedad, que causaba una alta mortalidad, difundió la fábula que se trataba de un padecimiento que afectaba sólo a determinados grupos de personas asociadas a conductas de por sí estigmatizadas, como la homosexualidad. Desde algunos sectores se llegó incluso a hablar de la “enfermedad gay” o la “peste rosa”, y entre los fanáticos de diferentes grupos políticos y religiosos se llegó a decir que el sida era *un castigo de*

*Dios a los homosexuales por su vida en pecado*<sup>4</sup>. Por otra parte, la irrupción del sida replanteó la necesidad desde la antropología de estudiar la sexualidad desde una perspectiva cultural que diera cuenta de la diversidad sexual (Nieto, 2003).

Actualmente, los avances en biomedicina han mejorado considerablemente la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, gracias a los tratamientos antirretrovirales y el acceso a un sistema sanitario público, que ofrece el tratamiento a los residentes en España. Sin embargo, la universalidad de la salud durante el período de estudio se encontró con algunos tropiezos: la puesta en marcha del Real Decreto-ley 16/2012 (RD), impulsada como “medida anticrisis” por el gobierno del Partido Popular (PP). Situación que marcó un punto de inflexión en la política sanitaria española. La entrada en vigor del RD generó claras diferencias entre la ciudadanía, relegando a un segundo plano el acceso a la salud a personas inmigrantes que se encontraban en situación administrativa irregular. Las comunidades autónomas lideradas por el PP apostaron por seguir fielmente el decreto y asumieron las medidas más restrictivas con la población inmigrada, utilizando el argumento del ahorro económico. De hecho, según un estudio con inmigrantes VIH positivos que no disponían de residencia legal, el 46% declaró haber tenido dificultades con la asistencia sanitaria y el 50% no fue atendido o no se les prestó atención con frecuencia según los supuestos del RD (Pérez-Molina & Pulido, 2015). Ante esta situación, Cataluña gestionó mecanismos para paliar esta desigualdad. Se logró crear un convenio con CATSalut para emitir la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) a través de entidades gubernamentales y comunitarias, a todas las personas con VIH/sida que no podían acceder a la TSI por la vía regular.

En cuanto a la epidemiología, a nivel del estado español los HSH están a la cabecera de las nuevas infecciones por VIH, como también de otras ITS como son la infección gonocócica y la sífilis (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Economía y Competitividad; Instituto de Salud Carlos III; 2016). Si bien los casos de transmisión en usuarios por vía parenteral (UDVP) se lograron disminuir y casi

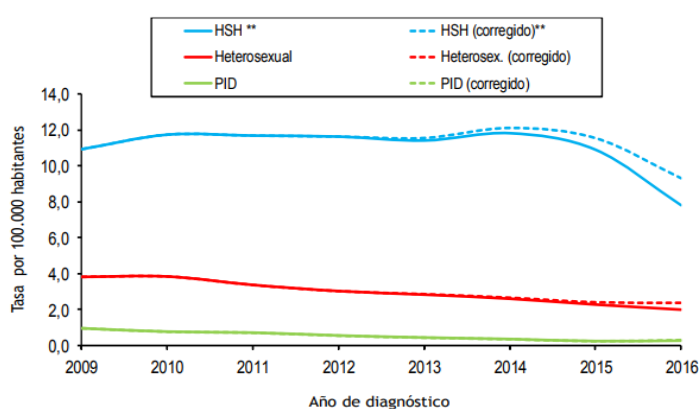
---

<sup>4</sup>*“Si alguien se acuesta con otro hombre como quien se acuesta con una mujer, comete un acto abominable y los dos serán condenados a muerte, de la cual ellos mismos serán responsables” (Levítico 20: 13).* Comentario: No es el Dios de la Vida quien condena a muerte (al infierno eterno) al homosexual, es su propio pecado el que le condena y que le hace responsable y reo de muerte ante la Ley del Dios Santo. El Dios de la Vida quiere que el homosexual como cualquier otro pecador (todos lo somos) se arrepienta de su pecado. (Cristianismo Primitivo)

no existen casos por vía vertical, la situación entre los HSH sigue estando en la agenda como un colectivo de especial interés para salud pública (tabla 1). Según los datos del 2016 sobre nuevas infecciones de VIH, el 83.9% corresponden a hombres y entre los cuales la vía de transmisión más común es las de los HSH con un 53.1% (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Economía y Competitividad; Instituto de Salud Carlos III; 2016).

Tabla 1

**Tasa de nuevos diagnósticos de VIH anuales según modo de transmisión. España\*, 2009-2016. Datos corregidos por retraso en la notificación**



\*\*Tasa por 100.000 hombres

Entre las características de los HSH que viven con la infección por VIH, destaca una población cada vez más joven donde un tercio es inmigrante, procedente sobre todo de Latinoamérica y del África Sub-sahariana (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Economía y Competitividad; Instituto de Salud Carlos III; 2016). Además, la población inmigrante con VIH tiene mayor diagnóstico tardío que las personas nacidos en el país (europeo) de referencia, lo que les sitúa a un mayor riesgo a contraer otras ITS (ECDC Report, 2017). En este sentido, el país de nacimiento se entiende como una variable estructural ligada a las políticas económicas o a la estructura macrosocial con influencia en la vida diaria de las personas (Borrell, Pons-Vigués, Morrison, & Díez, 2013). Lo que da cuenta que la transmisión del VIH y otras ITS no pueden leerse sólo en clave de vías de transmisión, sino que requieren considerar las complejas relaciones que están en juego, como es la interacción con los

diferentes ejes de desigualdad, dada las implicaciones que tienen la educación y las políticas para la salud pública (Cáceres, 2017).

Los datos sobre incidencia del VIH han centrado los esfuerzos para el control y la prevención en los HSH en tanto grupo prioritario de intervención. Entre las estrategias está la promoción de la prueba del VIH para el diagnóstico precoz (conocido en el mundo anglosajón como *test & treatment*), la promoción del uso del preservativo, el *counselling* o consejo preventivo y últimamente, ha adquirido importancia la introducción de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP), que consiste en la administración de un tratamiento antirretroviral, para personas con estatus negativo al VIH, y así evitar infectarse. Tema no menor, al centrar la prevención en la dispensación de fármacos, lo que en un contexto de crisis económica ha generado importantes debates tanto éticos, como sobre su coste-efectividad, dado el alto coste económico que tienen los tratamientos antirretrovirales.

En relación al contexto de este estudio y como se ha mencionado en algunos medios de comunicación, Barcelona se vende con una faceta *gayfriendly*, en la que se ofertan festivales y eventos para población LGTBI+, donde el negocio del ocio y, a veces, la reivindicación van de la mano (Castan, 2012). Es una ciudad que cuenta con múltiples y diversas ofertas de ocio gay, eventos como *Pride* y *Circuit* atraen cada año alrededor de 1.000.000 de población de LGTBI+. Además, se ha visto que viajar es cada vez más accesibles gracias, por ejemplo, al aumento de los vuelos *low cost*. El hecho que estas fiestas tengan una difusión masiva y con tanta atracción al turismo, ha conllevado a que los sistemas de vigilancia de salud pública y las autoridades sanitarias a nivel europeo, les estén prestando cada vez más atención, dado el impacto que estos eventos pueden tener en la salud de la población. No sólo a nivel nacional, sino también internacional, ya que los viajeros y la alta movilidad de los ciudadanos implican mayores riesgos de transmisión de las ITS, así como un posible aumento de casos cuando se realizan macro eventos como fue en el año 2017 el *World Pride* realizado en Madrid (ECDC, 2017). Dicho esto, el desarrollo de esta investigación se posiciona desde una *medical anthropology at home*, donde la salud global juega un rol fundamental, ya que las enfermedades, no olvidemos, traspasan fronteras (Comelles & Romani, 2017).

Lo descrito, justifica la necesidad de articular los estudios epidemiológicos con los antropológicos. Cuando se inició este estudio, se planteaba que entre los objetivos

de la estrategia de ONUSIDA para el 2015 era el de *“Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y dentro del contexto del trabajo sexual”*<sup>5</sup> y que la vigilancia del VIH compete desarrollar programas de prevención en el ámbito local. Su sugerencia era la de hacer intervenciones en poblaciones específicas para identificar a trabajadores/as del sexo, sus clientes, UDVP y a HSH (WHO, 2011). En los mismos documentos de la OMS, se sugería el intercalar investigaciones cuantitativas, cualitativas y entre ellas etnografías que puedan recoger información relevante para futuras intervenciones en materia de salud. La recomendación era aumentar el apoyo para la información estratégica y la investigación, incluida la investigación etnográfica, con el fin de comprender mejor la incidencia, los contextos y los comportamientos de riesgo asociados a las relaciones sexuales entre hombres, así como sus implicaciones para las parejas femeninas (ONUSIDA, 2006).

Actualmente en el último informe de ONUSIDA que data del año 2016, se resalta que desde el 2010 se han logrado reducir las muertes mayoritariamente entre las mujeres adultas (33% disminución) en comparación con los hombres adultos (cuya disminución es del 15%), reflejando una cobertura en el tratamiento más alto entre mujeres que en los hombres (United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2016). Esta brecha de sexos ha implicado considerar el impacto que tienen las normas de género que retrasan el inicio del tratamiento entre los hombres. Mirada que plantea la relevancia de modelar no sólo el acceso a los tratamientos antirretrovirales y la mejora de las condiciones de vida de las personas, sino introducir una perspectiva social y cultural.

He aquí un interés que al inicio de esta tesis se asomaba tímidamente y que fue cobrando importancia al finalizar el primer estudio: la necesidad de incluir la perspectiva de las masculinidades. La introducción de esta mirada ha permitido explicar cómo los hombres, al igual que las mujeres y haciendo alusión a la famosa frase de

---

<sup>5</sup> Declaración Política para eliminar el VIH/sida, adoptada por la Asamblea General el 10 de junio de 2011. Se señaló que las estrategias de prevención del VIH prestan una atención inadecuada a las poblaciones más expuestas al riesgo de infección, a saber, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, UDI y profesionales del sexo, y solicita a los países que adapten su respuesta en función de sus contextos epidemiológicos y nacionales.



Simón de Beauvoir: “*no nacen, sino se hacen*”. Esta perspectiva, que toma en cuenta los patrones culturales, fue la puerta de entrada para sugerir interrogantes que como sociedad tendríamos que hacernos a la hora de pensar en las estrategias de prevención. Ya que la transmisión del VIH/sida entre los HSH, más allá del riesgo biológico de la práctica del sexo anal, es un mapa sobre cómo se construyen las dinámicas afectivas, sociales y sexuales entre las personas. Mapa donde entran en juego el deseo, las expectativas, las carencias y la búsqueda del placer. Como describe Foucault, se trata de ver cómo se ha ido conformando una experiencia por la que los individuos van reconociéndose como sujetos de una sexualidad (Foucault, 2009a).

De esta forma, la inclusión de la perspectiva de género contribuyó al marco explicativo al considerar los condicionantes sociales de forma dinámica y relacional, además de las representaciones que los hombres hacen sobre sí mismos. Los estudios que han abordado la masculinidad se han centrado sobre todo en el modelo tradicional o hegemónico para entender sus repercusiones en la salud, por ejemplo, cómo es la relación que tienen con el riesgo y donde la misma búsqueda de poder y privilegio generan una despreocupación sobre temas de salud y el autocuidado (Courtenay, 2000). Hay que tomar en cuenta que este tipo de conductas masculinas se incorporan como un modelo dominante y agresivo porque son socialmente legitimados en nuestra cultura, como por ejemplo, es el modelo ideal de hombre construido en base al guerrero (Juliano, 2010).

Por lo tanto, la cuestión que se planteó como fundamental, era ver cómo articular los estudios epidemiológicos con los socioculturales, concretamente para analizar los factores que llevan a que una persona tome o no medidas preventivas, asuma o no el riesgo en sus experiencias sexuales. Dicotomía que tiene diferentes matices y que se caracteriza por una serie de procesos de intersección que sitúan al agente social<sup>6</sup> en un juego de alternativas donde se enfrentan y confrontan las prácticas y los discursos. Explorar la interconexión entre la sexualidad y el entorno social, en una población altamente expuesta a contraer ITS y de difícil acceso, como son los usuarios que frecuentan las saunas gay se hizo especialmente relevante. Sobre todo, si se toma en cuenta que este tema requiere ser entendido desde un marco amplio y complejo. El

---

<sup>6</sup> Agentes sociales, en vez de informantes, otorga un carácter activo a las personas que están involucrados en el proceso de investigación y que contribuyen, por lo tanto, a construir la realidad (Jociles, 2018).

interés era comprender los determinantes que intervienen en un problema de salud pública. Ya que, un enfoque basado únicamente en las consecuencias negativas de la actividad sexual acaba desviando la atención para comprender el contexto donde se produce el comportamiento sexual. Puesto que cualquier propuesta, si se quiere efectiva, próxima y ética, necesita conocer el problema por parte de los mismos implicados o grupos prioritarios de intervención.

## 1.7 El nacimiento de una travesía: la pregunta de investigación

Esta tesis es el resultado de un proceso de investigación de más de quince años trabajando en el campo de la salud sexual con poblaciones socialmente más vulnerabilizadas. Nace del intento de articular y acercar dos mundos que aparentemente se retroalimentan poco o modestamente. Se trata de la relación entre la antropología y la epidemiología y la salud pública. Acercar ambas miradas se justifica al entender que los procesos que se relacionan con los comportamientos humanos, sus prácticas y sus creencias, como es la salud y la enfermedad, así como la atención y la prevención necesitan de una mirada transdisciplinar. La transdisciplinariedad es un proceso integrador en el que el equipo de investigación trabaja conjuntamente para desarrollar y usar un modelo conceptual compartido que sintetice y trascienda las teorías específicas de una disciplina, unos conceptos y/o un método (Stokols, Hall, Taylor, & Moser, 2008). Trabajar desde este posicionamiento (de colaboración) quizás tenga mayor potencial para producir resultados científicos altamente novedosos y generativos, pero son más difíciles de lograr y sostener, debido a su mayor complejidad de querer lograr la integración de una supra disciplina (Stokols et al., 2008). A pesar de su carácter casi utópico, este tipo de propuesta debe comenzar a nombrarse para ir mirando más allá de la propia disciplina o más allá de una secuencia de investigaciones recogida por disciplinas anteriores. Esto requiere, por lo tanto, que el estudio de la epidemiología se involucre en un diálogo de saberes, que no sea exclusivo de los expertos, sino que interactúe con los sujetos y sus entornos, quienes son los que realmente están sufriendo los problemas sociales y de salud (J. A. Haro, 2011).

La existencia en salud pública de abundante literatura de base epidemiológica y estadística da cuenta de la magnitud del problema en cuestión. Es una buena fuente de información para conocer el número de casos, el perfil socio demográfico y las vías de transmisión de la población que vive con la infección por VIH. Configura una geografía sobre la carga de enfermedad, que resulta muy útil para prever, por ejemplo, el coste de la asistencia sanitaria y plantearse hacia dónde dirigir los programas de prevención. Sin embargo, además de esta información, se requiere conocer y comprender los patrones sociales que llevan a actuar de una forma y excluir otras. Se necesita entender que detrás de un país de nacimiento, hay una confluencia de modelos culturales que son intangibles en el mundo de las variables, que obedecen más bien a un sistema de orden simbólico y relacional que definen a los humanos y a su vez, los

diferencia entre sí. Ya que el significado que se atribuye a las prácticas sexuales tiene un componente cultural e histórico. Lo que justifica, por lo tanto, el desarrollo de estudios etnográficos que permitan adaptar y acercar las estrategias de prevención a la realidad social de los posibles destinatarios.

El interés era aproximarse a las experiencias sobre una temática que por sí tiene ciertas limitaciones, al pertenecer al ámbito de lo íntimo como es la esfera de la sexualidad. La inquietud estaba en comprender qué es lo que sucede en el comportamiento sexual, más allá del conocimiento que puedan tener las personas sobre las vías de transmisión del VIH. Profundizar sobre los discursos que fundamentan las prácticas sexuales y conocer la percepción sobre el VIH en un grupo de HSH que frecuentaban las saunas gays. Trasladar las observaciones, la experiencia de estar involucrada en interacciones y en conversaciones informales dentro de una sauna, en un material de investigación. Con lo cual, el compromiso de este estudio está estrechamente ligado a la antropología aplicada, al relacionar un problema social con una finalidad práctica y, por lo tanto, complementar el conocimiento para el quehacer. Ya que se entiende que el conocimiento antropológico, por su propia condición de estudiar relaciones sociales e interculturales, aporta información esclarecedora sobre la vida social que puede ser orientada a la acción (San Román, 2006).

Anterior al trabajo en la ASPB, realicé intervención con mujeres y mujeres trans\* que se dedicaban al trabajo sexual<sup>7</sup>. La experiencia de conocer personas con gran coraje y socialmente vulneradas permitió sobre todo al inicio de esta tesis, hacer constantes comparaciones con lo que había sido mi trayectoria laboral. Las mujeres que se dedicaban al trabajo sexual, si bien eran muy diversas, se caracterizaban por asumir un discurso que hacía hincapié en la responsabilidad económica, ya que muchas de ellas eran cabeza de familias *monomarentales*<sup>8</sup>. La gran mayoría eran inmigrantes procedentes de países empobrecidos que a través del trabajo sexual (no incluye a

---

<sup>7</sup> Trabajé durante aproximadamente 6 años en el programa de Àmbit Dona, situado en el Raval, perteneciente a la Fundació Àmbit Prevenció. Paralelamente, realicé trabajo de campo en L.I.C.I.T, asociación liderada por la antropóloga Dolores Juliano.

<sup>8</sup> *Monomarentales* reemplaza el concepto androcéntrico de monoparental. Cambio conceptual que se justifica porque la mayoría de las familias con un progenitor a cargo, suelen estar conformado por mujeres y/o madres.

víctimas de trata de blancas) lograron aumentar su autonomía y su capacidad de gestionar sus propios recursos. Eran mujeres que mantenían muchas y variadas relaciones sexuales y que mostraban una actitud muy profesional sobre su trabajo, entre las cuales, destacaban las estrategias preventivas. De hecho, en Cataluña las mujeres que se dedican al trabajo sexual son una población con bajas tasas de ITS (Folch, Casabona, Sanclemente, Esteve, & González, 2014).

Más de una vez, alguna trabajadora del sexo explicaba que los clientes casados solicitaban determinados servicios sexuales con ellas porque no se atrevían pedirselo a sus mujeres, ya que como bien explica Dolores Juliano, en el imaginario social de algunos hombres se dicotomizan las mujeres en esposas-madres versus amante-puta (Juliano, 2002). Cuando se trataba de salud sexual, el VIH no era una de sus prioridades, mientras que sí lo era el embarazo no deseado, los métodos anticonceptivos y la violencia machista. Lo interesante en este grupo de mujeres era que la mayoría de las veces mostraban control sobre las transacciones económicas, sobre las relaciones con los clientes y con sus propios deseos. Las mujeres trans\* en cambio, fluían en otros estados emocionales, ellas huían de sociedades transfóbicas que las penalizaba, luchaban por el reconocimiento y las despatologización. Buscaban no sólo mejorar sus condiciones materiales sino también, de aceptación social. En ellas la infección del VIH era una amenaza constante, al igual que el consumo de drogas y el experimentar un fuerte estigma social. Sin embargo, lo que tenían en común, mujeres y mujeres trans\*, era la discriminación institucional no sólo relacionado con la dificultad en la obtención de permisos de residencia y/o de trabajo, sino la que recibían por parte de la policía mientras trabajaban en la calle.

Considerando esta experiencia previa, la interacción con el mundo de los hombres fue un paso inflexivo y reflexivo. Era la oportunidad de estar al 'otro lado'. Por una parte, porque los usuarios de saunas no se exponen en el espacio de lo público, ya que su mundo del sexo se mueve en contextos que pueden pasar desapercibidos en la ciudad. Por otra parte, porque la intervención con ellos llevó a escuchar 'discursos masculinos' relacionados con el cuestionamiento de su orientación sexual y algunas veces, la necesidad de justificar una y otra vez, las razones por las cuales mantenían relaciones sexuales con otros hombres. Entre las historias que emergieron, había hombres que se definían heterosexuales, divorciados de parejas mujeres, que argumentaban que mantenían relaciones con hombres porque las mujeres necesitaban

ser halagadas y debían recibir cumplidos y aun así el sexo no estaba garantizado con ellas; otros hombres aludían a que eran adictos al sexo y que sólo otros hombres eran capaces de satisfacer maratones sexuales periódicas. También, había hombres que no aceptaban sus deseos sexuales, que habían internalizado los mismos prejuicios homofóbicos de la sociedad donde habían sido socializados, mostraban un conflicto entre su deseo y la manifestación de un modelo heterosexual...

De esta forma, me fui dando cuenta que si bien, el conocimiento sobre la infección por el VIH y sus vías de transmisión era una información que el usuario recibía con mucha gratitud, surgían otros temas relevantes en el espacio del *counselling*, como era la propia definición de la orientación sexual y la importancia que adquiría el deseo. Por lo tanto, la información sobre lo que implica una práctica de riesgo era necesaria, parecía no ser suficiente. De hecho, muchos estudios han relacionado la transmisión del VIH y otras ITS con la pobreza, argumentando la falta de acceso a la información como el principal motivo de su diseminación (Bertozzi & Opuni, 2008). Además, en el *counselling* se hablaba sobre las opiniones del grupo social al cual pertenecían (lo que podría entenderse como “la cultura gay”<sup>9</sup>), donde algunos sentían pertenencia y otros en cambio no. Esta relación de diálogo con los usuarios planteó algunos retos sobre la misma relación de interventor(a)/intervenido. De hecho, tal como se explicó en una etnografía realizada en Madrid, si la atención con los usuarios se enfoca sólo en hablar del VIH y cómo disminuir el riesgo, se pierde en el camino la oportunidad de reflexionar acerca de los presupuestos sobre el sujeto social que se encuentran implícitos en dicho modelo de intervención (Villaamil, Jociles, & Lores, 2005).

Como se ha mencionado anteriormente, los datos muestran que la principal vía de transmisión es la sexual con una incidencia de casos mucho más elevada en hombres, concretamente en HSH. Con grandes diferencias si se compara con el grupo de hombres que tienen sexo con mujeres. Si bien hay evidencia relacionada con factores biológicos, existen dinámicas que permiten asumir que la sexualidad difiere según el tipo de parejas sexuales. La construcción social de las masculinidades, diversas y jerarquizadas, asume importancia por la misma connotación que los hombres tienen de

---

<sup>9</sup> *Cultura gay*: son las creencias, expectativas, conductas y prácticas sexuales entre hombres gays. Si bien existen diferentes subculturas, al mencionar sólo una de ellas, da cuenta de lo que consensuadamente refieren los agentes sociales.

sí mismo. Tal vez esto no es nuevo. Desde las charlas de bar hasta las peluquerías de barrio se ha escuchado hablar sobre la promiscuidad gay o sobre los deseos sexuales incesantes de los hombres en general. Sin embargo, en la literatura científica, sobre todo a nivel nacional, existe escasa evidencia sobre esta línea de investigación en tanto determinante de la salud. Por ello, cobró fuerza e intención conocer los discursos que tienen los propios hombres sobre sus prácticas, ya que ello permitiría conocer sus modelos de referencia. Por lo tanto, la atención se centró en lo que Parker ha descrito como "guiones" sexuales que existen en diferentes entornos sociales, y que organizan la estructura y las posibilidades de la interacción sexual en una variedad de formas específicas (Parker, 2009).

Es así que, desde el inicio de este estudio surgieron diferentes preguntas: la creciente oferta de estrategias de encuentro sexual, ¿alimentan una cultura gay específica?, ¿la homofobia explica que se produzca una sexualidad transgresora que rompa con el mandato del sexo seguro?, ¿qué sucede con la percepción de riesgo en la sexualidad entre los HSH?, ¿cuáles son las diferentes posiciones que ocupan los HSH en las prácticas sexuales de riesgo?, ¿cuál es el riesgo?, ¿por qué el riesgo?, ¿qué hay detrás del hombre como vector de la transmisión del VIH? ¿qué influencia tienen las expectativas sociales sobre la conducta sexual masculina? Y así sucesivamente.

De esa forma, la pregunta de estudio tuvo la intención de profundizar sobre cómo se construía la cultura sexual con tal de comprender como se lleva a cabo esta forma de relacionarse con la sexualidad. Siempre considerando que la cultura, es una entre otras y que se configura en base a deseos, expectativas, prácticas, normas y creencias. Es así, que la pregunta final del estudio fue:

*¿Cómo se articula la sexualidad del riesgo y el sexo seguro en hombres usuarios de saunas gay?*

### 1.7.1 El fenómeno del riesgo

Los estudios sobre conductas de riesgo se explican desde la epidemiología *“como la probabilidad de que se produzca un acontecimiento (como la aparición de una enfermedad)”* (Gordis, 2005). La definición de la epidemiología del riesgo fluctúa entre el paradigma positivista y el inter-subjetivo que da cuenta de una situación que conlleva vulnerabilidad y verdad por una parte, y la interpretación y las construcción social del término, por otra (De Carvalho Mesquita, 2005). Además, los estudios sobre riesgo se han centrado en discutir el grado de responsabilidad y culpabilidad del individuo al adoptar un estilo de vida y no otro, dado que dicha ‘elección’ puede tener consecuencias directas en su salud (Lupton, 1993).

Desde salud pública y antropología la adquisición de un estilo de vida está condicionada por el contexto social y cultural donde las personas nacen, crecen y mueren. De esa forma, las maneras de asumir el riesgo y vivenciar un enfermedad tienen un valor, un simbolismo que está inscrito en las relaciones que las personas establecen con su entorno socio-cultural donde entran en juego factores como el espacio, el tiempo, la clase social, el género, el territorio y la edad (R. M. Boixareu, 2003; Lupton, 1993; Marmot, 2005). Los determinantes sociales serían quienes condicionan las conductas de los sujetos. Sin embargo, aunque el análisis epidemiológico es consciente de las raíces sociales de algunas morbimortalidades, a veces el propio uso de su metodología exige desvincular los comportamientos individuales de su contexto (O. Romani, 2010).

Por otra parte, los estudios sobre riesgo desarrollado desde las ciencias sociales plantean que las creencias culturales ayudan a las personas a dar sentido al riesgo, por lo tanto, las nociones de riesgo no son individuales sino más bien serían compartidos dentro de una comunidad (Lupton, 2006). En este sentido, cabe plantearse que la noción del riesgo no sólo debe centrarse desde la perspectiva de adquirir la infección por el VIH u otra ITS, sino también desde el significado compartido que el riesgo adquiere en la narrativa histórica y cultural. Por ejemplo, al preguntarnos, cómo se construyen los hombres como tal. Es decir, si el riesgo se asocia a la demostración de virilidad, lo contrario se asociaría a la manifestación femenina de la sexualidad, al relacionárselo con el (auto) cuidado. Esta dialéctica de asumir el riesgo condicionado por las expectativas y los juicios sociales de un quehacer masculino valiente y rudo,



respondería a un estándar tradicional (R. W. Connell, 2005b). Por lo tanto, entender el riesgo como un término sociocultural, implica ver el riesgo no tanto desde la naturaleza misma del peligro, sino desde los propósitos ideológicos que envuelven el riesgo y el miedo (Lupton, 1993).

Por otra parte, el hecho de vivir con el VIH/sida, además del daño físico que produce, podría leerse como una amenaza a ese patrón fuerte e invulnerable. En este sentido, se deja de hablar de la posibilidad de estar a riesgo, para pasar a la identificación del riesgo con el peligro o el daño (O. Romaní, 2010). Es así, que la pregunta de investigación se ha formulado para dejar entrever esta posible dicotomía entre la imagen de lo invencible (“el guerrero”) y de quien padece la enfermedad (en el imaginario social “el débil”). En este sentido, la práctica etnográfica, y asumiendo una mirada crítica de la reducción del riesgo, resulta una herramienta ideal para captar la experiencia y la dinámica de las poblaciones (a riesgo) con las que se desea trabajar (O. Romaní, 2013).

## 1.8 Objetivos

### Objetivo general

Analizar desde la perspectiva de las masculinidades el proceso de salud (sexualidad), enfermedad (VIH y otras infecciones de transmisión sexual) y atención (prevención) en diferentes usuarios de saunas gay de Barcelona.

### Objetivos específicos

- 1.- Conocer las experiencias y representaciones sobre prácticas sexuales de riesgo en trabajadores sexuales masculinos y otros usuarios de saunas gay.
- 2.- Explorar sobre la socialización de la sexualidad y los discursos asociados a la homosexualidad en trabajadores sexuales masculinos y otros usuarios de saunas gay.
- 4.- Conocer las representaciones del VIH (y otras ITS) en trabajadores sexuales masculinos y otros usuarios de saunas gay.
- 4.- Conocer las necesidades y propuestas de intervención para la prevención del VIH y otras ITS para diferentes perfiles de HSH.
- 5.- Describir las características metodológicas y los ámbitos temáticos de los estudios sobre VIH y masculinidad, así como identificar aquellos factores ausentes pero relevantes para las estrategias de intervención.

## 1.9 Tesis doctoral: compilación de publicaciones

La principal razón de presentar la tesis doctoral vía publicaciones reside en el hecho de facilitar el acceso, más rápido y fácil, a diferentes profesionales de la salud pública, de las ciencias sociales y a cualquier persona interesada.

El primer manuscrito “Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres” consta de la realización de 13 entrevistas a HSH procedentes de una cohorte de VIH negativos contactados en saunas gay. Son personas que se realizaban las pruebas de VIH periódicamente en la ASPB y a los cuales se les invitó desinteresadamente a participar. Esta cohorte fue creada en el año 2007 entre los servicios de *Epidemiología* y de *Programes i Intervencions Preventives*. Actualmente está compuesta por algo más de 1.000 personas (que constan de una primera visita) y la mediana de edad de sus participantes es de 35,5 años. En cuanto al país de nacimiento, un 51% había nacido en España, es decir, casi la mitad eran inmigrantes con diferentes perfiles sociodemográficos.

El segundo estudio “*The theory of masculinity in studies on HIV. A systematic review*” nace a partir del resultado del primero, ya que los entrevistados argumentaron que el riesgo a tener una ITS o el VIH se explicaba, entre otras cosas, por el hecho social de ser hombre. Por ello, y para conocer la literatura existente en esta materia, comenzó la búsqueda. Inicialmente el objetivo era conocer la evidencia existente sobre masculinidad y VIH para explorar y contrastar los resultados desde la perspectiva de género, pero al observar que ésta era escasa y que había información relevante que no se recogía, este estudio cambió de rumbo. La revisión se transformó en una laboriosa búsqueda bibliográfica sobre masculinidades y VIH que acabó siendo una revisión sistemática en el que se consideró toda la literatura existente a nivel mundial. Se consideró relevante conocer la aproximación metodológica de los estudios. Se incluyeron los manuscritos de base empírica publicados en dos de las más importantes bases de datos, Pubmed como referente de la biomedicina y Scopus, de las ciencias sociales, desde sus inicios en 1992 hasta diciembre del 2015.

Finalmente, entre la observación en saunas gay y el conocimiento sobre los diferentes perfiles que frecuentaban las saunas, el tercer manuscrito “Trabajadores sexuales masculinos: entre el sexo seguro y el riesgo. Etnografía en una sauna gay de

Barcelona” se centró en los trabajadores sexuales masculinos (TSM). Esta sauna en concreto se diferenciaba de las demás, porque había sexo de pago y porque los hombres que se dedicaban al trabajo sexual manifestaban mayor diversidad en cuanto a la orientación sexual autoreportada. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad y se presentó la información recopilada de la observación y las interacciones informales durante los años 2012-2016. El estudio se pudo llevar a cabo gracias a que durante ese período tenía las funciones de coordinador la gestión del “Programa Saunas” de la ASPB, lo que permitió visitar las saunas, y concretamente ésta, de forma periódica permitiendo tener mayor proximidad con los usuarios. Este programa de intervención de salud pública y de base comunitaria, implica la presencia de profesionales, hombres y mujeres, pero sobre todo mujeres, en los mismos locales de ocio homosexual.

## Capítulo II

### **Marco Teórico**

“Pero, una vez su hijo mayor ha alcanzado la pubertad, este hombre importante ya puede retirarse; ya no necesita dirigir ni gritar, ya no necesita ir por las celebraciones en busca de oportunidades para insultar a su *buanyin*; puede quedarse tranquilamente en casa, educando a sus hijos cultivando la tierra, y arreglando los matrimonios de sus hijos. Puede retirarse de la vida activa de competencia que la propia sociedad considera, muchas veces con razón, como algo antipático y desagradable para él mismo.”

Margaret Mead (1935: 58), *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*.

## 2.1 La infección por VIH: hombres que tienen sexo con hombres

La taxonomía hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es un término utilizado por la epidemiología desde los años '90, para tratar de conceptualizar la diversidad de gamas de comportamientos sexuales en los hombres. Este concepto fue utilizado inicialmente en Londres por el activista Peter Scott, que quería distinguir entre los gay relativamente seguros de su identidad sexual, y los "otros" hombres más ocultos con tal de incluirles en las estrategias comunitarias de prevención del VIH (Aggleton & Parker, 2015). De esta forma se evitaba la caracterización de los hombres en función de su orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual, gay...) o su identidad de género (hombres, mujeres, transgénero, *queer*...).

Por lo tanto, el término HSH incluye tanto a hombres que se identifican como gays, heterosexuales que tienen sexo con hombres, hombres bisexuales y trabajadores sexuales masculinos que pueden tener cualquier orientación (Beyrer et al., 2012). Es decir, es un concepto que permite identificar la vía de transmisión del VIH poniendo el acento en la conducta sexual y en las prácticas. Las mujeres trans\* por otra parte, podrían compartir algunos riesgos biológicos con los HSH, como es el coito anal, pero su identidad de género que incorpora elementos de lo femenino las coloca en una categoría diferente a los HSH, por lo que no se incluyen como un subgrupo. Razón por la cual no fueron incluidas las mujeres trans\* en este estudio, sino sólo personas cisgénero.

Cabe mencionar que en los últimos años se ha publicado bastante literatura crítica sobre el concepto de HSH como categoría epidemiológica. Un ejemplo de ello es el que realiza Carrillo y sus colaboradores, quienes señalan que el uso de HSH es un eufemismo para los homosexuales, sin embargo, ha tenido el efecto de excluir a los mismos hombres cuya etiqueta originalmente debía incluir (Carrillo & Hoffman, 2016). Los autores plantean que, en lugar de asumir un enfoque único en el comportamiento sexual, desde salud pública se tendrían que reconocer los deseos e identidades sexuales de esos hombres, evitando en el proceso la tendencia a verlos como anómalos debido a su falta de concordancia con definiciones estrictas de heterosexualidad, bisexualidad y homosexualidad. En esta misma línea, también se ha criticado que las clasificaciones tan claras sobre identidad y orientación sexual no permiten entrever la complejidad existente no sólo en términos de género, sino también en cuanto a los

significados culturales, donde las relaciones norte-sur tienen bastante que decir (Parker, Aggleton, & Perez-Brumer, 2016).

A pesar de la controversia existente con respecto a este término, para esta tesis se ha decidido mantener la muestra bajo la denominación de HSH desde el siguiente posicionamiento: el concepto HSH reconoce la complejidad existente en la construcción de las identidades y las orientaciones del sistema sexo / género, pero se centra en la práctica que conlleva a la transmisión. Este estudio si bien es dinámico y es crítico ante la mirada dicotómica del género (hombre-mujer), no profundiza en las identidades, aunque sí las reconoce y asume su importancia a la hora de configurar la heterogeneidad existente bajo el paraguas de los HSH. Por ello, durante el trabajo de campo se consideró la autodenominación de los usuarios y siempre se les preguntó sobre cómo se identificaban a sí mismos en términos de orientación o identidad sexual. Sin cuestionar en ningún momento la posible paradoja que pueda haber entre alguna identidad, como la heterosexual y no haber mantenidos relaciones sexuales con mujeres desde hace varios años.

Con lo cual, a pesar de las limitaciones del concepto de HSH, se ha considerado este término asumiendo que incorpora una red compleja de identidades y deseos, que desafía la configuración de un sistema *heteronormativo* de la sociedad, factor especialmente relevante si se considera la histórica y estigmatizada asociación entre “homosexualidad y sida”. Es decir, se han incluido a todos los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y no sólo a aquellos que se definen homosexuales o gay, ya que se entiende que existe un abanico de posiciones en cuanto a la identidad sexual. Esta distinción no es trivial. Tal es así, que actualmente algunas entidades de base comunitaria hablan de hombres gay y otros HSH, justamente para diferenciarse entre sí. Esta forma de clasificar adquiere valor entre la comunidad LGTBI+, al reivindicar el reconocimiento de la diversidad sexual.



## 2.2 Aportaciones en materia de VIH/sida

Desde las ciencias sociales y de la salud, las publicaciones en materia del VIH/sida han sido muchas. Actualmente la evidencia explica, y situándose sobre todo en el contexto de Europa occidental, que entre los factores que se han relacionado con el incremento del VIH entre los varones, está el mayor riesgo biológico que implica tener prácticas de sexo anal (Patel et al., 2014), práctica más común entre los HSH. También se habla de una especie de “fatiga en el uso del preservativo”. Esta relajación de las prácticas de sexo seguro, sobre todo en población joven (Folch Cinta, Casabona Jordi, Muñoz Rafael, González Victoria, 2010), se ha explicado por el cambio en la percepción a contraer el VIH gracias a los avances en los tratamientos antirretrovirales, lo que ha creado un imaginario social de “cronicidad débil” (Conde, Santoro, & Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Seisida, 2012). Además, se ha asociado al consumo de alcohol y a las influencias de las drogas, específicamente aquellas que se utilizan con fines recreacionales y para tener sexo, práctica conocida como *Chemsex* o “*party and play*” (Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, 2014). La participación en estos encuentros sexuales ha ido modificando el escenario de la sexualidad, ya que las drogas se han transformado, en algunos casos, en imprescindibles para mantener relaciones sexuales.

A su vez, vivimos en un contexto donde las redes sociales han facilitado la posibilidad de conocer parejas sexuales y en donde cobra cada vez más fuerza, el uso de aplicativos móviles (*apps*) geolocalizadores que permiten contactar con sus usuarios según disponibilidad y cercanía geográfica. De hecho, algunos estudios han señalado que desde que se han popularizado estas *apps* de contacto, se han facilitado las relaciones sexuales y se han incrementado las prácticas sexuales de riesgo (Holloway, Pulsipher, Gibbs, Barman-Adhikari, & Rice, 2015; Zou & Fan, 2016).

Además, los estudios sobre el VIH han abordado la calidad de vida de las personas que viven con esta infección (Nobre, Pereira, Roine, Sintonen, & Sutinen, 2017). Así como las barreras en el acceso a los servicios sanitarios para la realización de las pruebas, sobre todo en poblaciones más vulnerabilizadas (Scheim & Travers, 2016).

Por otra parte, la irrupción del VIH desarrolló estrategias de adaptación donde los sujetos que se percibían a riesgo de adquirir o transmitir infecciones cambiaron sus prácticas, fenómeno que recibió el término de "seroadaptación" (McConnell, Bragg, Shiboski, & Grant, 2010). Este cambio en el patrón de las conductas sexuales en los HSH llevó más adelante a desarrollar prácticas como son el *serosorting* y el *barebacking*. La primera, nació en San Francisco en el año 2006, para explicar el aumento de las ITS y la disminución de las nuevas infecciones por el VIH. La explicación –que se dio por parte de los profesionales de salud pública- era que las personas elegían a sus parejas sexuales según su estado serológico, las personas VIH seronegativas buscaban parejas seronegativas y los VIH seropositivos buscaban parejas seropositivas (Siconolfi & Moeller, 2007). Este tipo de práctica sexual existió desde los primeros años de la infección, cuando mucha gente VIH seronegativa optó por no tener relaciones sexuales con parejas VIH positivas. Es decir, se entendía como una medida de protección de la salud. Actualmente, se puede observar que las prácticas de *serosorting* entre los HSH se llevan cabo con personas sin VIH y con VIH pero sin diagnosticar, lo que ha explicado la ausencia en la disminución de la incidencia de esta infección a pesar de los esfuerzos de prevención (Aghaizu et al., 2016). Por otra parte, se ha observado que la disminución de la carga viral a indetectable, gracias a estar con el tratamiento antirretroviral, ha conllevado a que aumenten las relaciones sexuales sin preservativos.

En relación al *barebacking* o tener "sexo a pelo", es interesante una revisión bibliográfica en el que se identificaron las siguientes motivaciones, que resume lo que se ha estado explicando sobre las prácticas sexuales de riesgo (Ávila Rodríguez & Montenegro Martínez, 2011):

- i. Los grandes avances en la farmacología con los antirretrovirales han cambiado la percepción de severidad de la infección y por tanto ha aumentado el riesgo en las prácticas sexuales.
- ii. La relación con la edad, los más jóvenes tienden a tener menor práctica de sexo seguro dado su falta de experiencia en la asociación del sida y la muerte. Que, por otro lado, los mayores sufren de la "fatiga del sida".
- iii. La responsabilidad de ofertas de contactos sexuales, como páginas web, chats.
- iv. Relación del sexo no seguro y el consumo de drogas.

v. Entender el *barebacking* como una resistencia o trasgresión de los hombres homosexuales, desde los inicios del movimiento de la liberación gay.

Al respecto, se debería partir de la hipótesis de que el contraste sexo seguro / de riesgo, las representaciones del riesgo, la seropositividad y la prueba se pueden hacer comprensibles en el marco de la conformación de las identidades subjetivas de los HSH (Villaalmil, Jociles, Lores, & Urzelai, 2006).

### 2.3 Enfoque *socio-bio-psico-cultural* de la salud

Este estudio se ha basado en las aportaciones de la Antropología médica, que puede entenderse como una perspectiva *socio-bio-psico-cultural* de la enfermedad o el bienestar de una persona o población. Es decir, considera los factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que intervienen en su manifestación (Bailey, 2004). Esto lleva implícito reflexionar en torno a las interrelaciones entre el cuerpo humano y las ideas e ideologías que se construyen sobre él, para determinar la salud, el diagnóstico y curar una enfermedad (Stolcke, 2008). Realizar un estudio desde este enfoque implica asumir la importancia que tiene la experiencia y las creencias de los propios sujetos, en tanto protagonistas claves de aquello que se desea estudiar. En otras palabras, como señala Geertz (Geertz, 1994), interesarse por *el punto de vista del nativo*<sup>10</sup>, lo que significa incorporar un análisis sobre las representaciones sobre salud, enfermedad, atención y medidas de prevención (E Menéndez, 2008).

Por otra parte, cabe mencionar que las líneas de investigación de la Antropología de la salud y del género en España, suelen abordar sobre todo temáticas como son la salud reproductiva, los trastornos de la alimentación, el uso de drogas y los fármacos, las mutilaciones genitales femeninas y los dispositivos de atención a la salud (Esteban, 2010). El enfoque de género o los estudios de talante feminista suelen poner el acento en estudios relacionado con mujeres. Por otro lado, si bien para la Antropología el interés en los estudios sobre minorías sexuales se inició en la década de los `60 o `70 (Sánchez, 2009), estos temas no volvieron a despertar el interés desde la antropología de la sexualidad, hasta la aparición del VIH/sida, ya que los estudios estrictamente biomédicos no ofrecían resultados esclarecedores sobre las dinámicas y prácticas sexuales de la población sobre todo homosexual (Nieto, 2003). Sin embargo, al día de hoy la antropología de la sexualidad en España sigue siendo abordado de forma más o menos tímida y de hecho, no abundan las etnografías sobre lugares donde se producen interacciones sexuales entre hombres (Mas Grau, 2015).

---

<sup>10</sup> Lo que supone, como se señala Geertz, un cuestionamiento epistemológico, en el que surgen preguntas fundamentales para el trabajo de campo: *¿cómo se alcanza el conocimiento antropológico del modo en que piensan, sienten y perciben los nativos?*

La aproximación a un fenómeno que puede entenderse como oculto o poco visible, plantea una serie de cuestiones relacionadas con el contacto y acceso a una muestra que tiene el rótulo de estigmatizada (O. Romani, 2011). Por ello, el hecho que la aproximación hacia los usuarios lo realizara una mujer que contara con el respaldo de una institución de salud pública, no sólo facilitó, sino que permitió el trabajo de campo. Las relaciones que se establecieron en el contexto de la sauna fueron adquiriendo cada vez más proximidad y creando mayor confianza con los usuarios. La observación y el intercambio de palabras fueron generando vínculos y relaciones que permitieron profundizar en temas personales e incluso florecer emociones. A diferencia de otros estudios de campo con colectivo homosexual, “yo no formaba parte de ellos”, con lo cual no se interpelaban deseos, aunque sí algunas veces, exageradas demostraciones de virilidad. De esa forma, el grado de implicación directa con el proceso de intervención fue el pilar para la construcción de esta etnografía, que se vio implicado en la complejidad y en la reflexión ética (San Román, 2006). Ya que el rol de salubrista se intercambiaba con la de etnógrafa, lo que significaba que la sólo presencia del equipo de profesionales dentro de la sauna era una intromisión en sus espacios privados y ocultos. Esto quiere decir, que el propio sistema de relaciones sociales que se establecía entre los TSM y los TSM con los clientes, se readecuaba ante nuestra presencia. La participación en un espacio exclusivamente masculino y de alto contenido sexual, dejó entre ver algunas veces, la tensión y las miradas que evitaban el juicio.

Por lo tanto, la propuesta es articular la epidemiología y la salud pública con la antropología para complementar ambas disciplinas. Tal como propone la *Etnoepidemiología* (Fernandes, 2003) o la *Epidemiología Sociocultural* (E Menéndez, 2008), resulta fundamental para fortalecer el conocimiento en el ámbito de la salud. Su propuesta es articular y complementar la antropología médica y la epidemiología, a partir de ambas disciplinas y no sólo desde una de ellas. Ya que a medida que la atención de la investigación comenzó a enfocarse en temas de culturas y subculturas sexuales, se hizo evidente que muchas de las categorías y clasificaciones claves que se han utilizado para describir la vida sexual en la biomedicina occidental (y más recientemente, en la epidemiología) están lejos de ser universales (Parker, 2009). Por el contrario, categorías tan diversas como "homosexualidad", "prostitución" e incluso "masculinidad" y "feminidad" pueden estructurarse de manera muy diferente en diversos entornos sociales y culturales, mientras que puede haber muchas otras categorías importantes

que no conforman o encajan perfectamente en los sistemas clasificatorios de la ciencia occidental (Parker, 2009).

Entre las críticas que se le ha realizado a la epidemiología tradicional está el énfasis en focalizar y fragmentar la vida y la experiencia humana sobre los fenómenos de salud enfermedad, con la idea de ubicar (Forni, Gallart, & Vasilachis de Gialdino, 1992), estabilizar -o congelar- y aislar (Gregg, 2002). Es decir, se descontextualiza el continuum espacio temporal en el que ocurre la enfermedad. Los estudios se transforman en ahistóricos y arelacionales. Por otra parte, se ha cuestionado el paradigma de la causalidad, cuyo énfasis está en la búsqueda de las causas, entendiéndose como objetivas y desligadas de la persona y de la comunidad (Breihl, 2007). La definición de la enfermedad se convierte en un patrimonio de los expertos, los técnicos sanitarios, y los procesos culturales complejos se reducen a variables esquemáticas y cuantificables. Desde una perspectiva antropológica además, se critica la falta de legitimidad que se otorgan a sistemas médicos diferentes al del modelo hegemónico.

Por lo tanto, la reubicación de estudios socioculturales en salud, requiere de una reflexión epistemológica en el que se incluyan taxonomías de culturas diferentes y se incorpore una consciencia subjetiva por parte de la comunidad en la definición de los problemas de salud (Breihl, 2007). Como propone Menéndez, es necesario articular una epidemiología no sólo de *disease* (enfermedad), sino también del *illness* (padecimiento), en el que además de considerar las condiciones económicas-políticas, se tengan que incluir los comportamientos y las experiencias (E Menéndez, 2008). Esta distinción en la comprensión de la enfermedad es esencial para diferenciar la infección del VIH en tanto mirada biomédica vs el significado y las experiencias que las personas, en tanto sujetos culturales, hacen de ella.

Fabregas en su artículo define ambos conceptos de la siguiente manera (Fabrega, 1972):

- *Disease* hace referencia a la dimensión biológica de la enfermedad. Se puede definir como un fenómeno caracterizado por la alteración del cuerpo como organismo biológico y que es etiquetada por los profesionales sanitarios según su clasificación nosológica. También recoge enfermedades que en

principio, no son exclusivamente disfunciones orgánicas, como muchos trastornos de salud mental.

- *Illness* nos introduce en la dimensión cultural de la enfermedad. Hace referencia a la percepción y a las vivencias que el propio afectado y su entorno inmediato tienen de este proceso y que se expresan a partir de representaciones simbólicas, que también tienen su expresión en las prácticas. Es una visión que permite el análisis de la diversidad cultural de los procesos de enfermedad.

También podemos incluir el concepto de *sickness*, que hace referencia a la dimensión social de la enfermedad.

Además, hay que considerar que en la infección por VIH, una persona puede vivir con ella y aparentemente no tener ninguna molestia o signo que delate la existencia de la infección durante años. Puede ser asintomática e invisible ante sí mismo y ante los demás. Tal vez ahí radique la complejidad del tema: el cambio que ha suscitado la dimensión biológica de la enfermedad. Ya que, cuando *disease* era sida, la alarma sanitaria y social generaba tal impacto que determinaba muchas de las elecciones de prácticas y parejas sexuales. En muchos casos existía una manifestación del síntoma, lo que fue amortiguándose con la introducción de los tratamientos antirretrovirales, a partir del año 1997, permitiendo alargar la vida de las personas con la infección por VIH y retrasar e incluso evitar la aparición del sida. Con lo cual, el sida sigue existiendo, pero cada vez en menor medida, sobre todo en el contexto de los países con políticas que promueven el diagnóstico precoz y que cuentan con recursos para hacer el seguimiento de los casos seropositivos mediante el ofrecimiento de los tratamientos antirretrovirales. No obstante, debemos prestar atención del *illness*, lo que implica el significado compartido e individual que las personas hacen de la infección por VIH. Incluido las diferencias socioculturales que los sujetos realizan en base a construcciones que pueden diferir del sistema de salud del país de destino, quien es el que asume el lugar del saber y el conocimiento sobre la(s) enfermedad(es) (O. Romaní, 2002).

Las propuestas de realizar estudios sociobioculturales de salud implican, por tanto, reconocer el saber popular ante las formas de entender la salud, la enfermedad y la atención (s/e/a). Significa considerar estos aspectos no sólo como variables epidemiológicas, sino como procesos socioculturales y bio-ecológicos (E Menéndez, 2008). Por ejemplo, como es la necesidad de incorporar fenómenos de discriminación

como son el racismo y la homofobia. En este sentido, se ha creído oportuno incorporar en el estudio las experiencias de discriminación como una categoría de análisis, presentando especialmente atención a las narrativas procedentes de la población inmigrada.

Siguiendo a Menéndez, estudiar el comportamiento de s/e/a implica comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales (Eduardo Menéndez, 2003). En este sentido, la etnografía exige el seguimiento riguroso y sistemático de los procesos implicados en la vida de los sujetos (O. Román, 2011). Razón por la cual, este estudio fue adquiriendo cuerpo mediante la propia madurez que según Wolcott, otorga la variable tiempo, además del continuo análisis e interpretación del fenómeno a estudiar (Wolcott, 1985).

La salud conlleva prácticas terapéuticas y también elementos culturales de referencia, procesos de información y toma de decisiones, de diagnóstico y pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y promoción de la salud (J. Haro, 2000). Es decir, el propio sujeto, ante las alternativas posibles, hace frente a lo que entiende como problema de salud y realiza la actuación para curar o prevenir, lo que puede leerse como autocuidado. Este concepto, según Menéndez, fue desarrollado desde la biomedicina y desde la salud pública a partir del concepto de *estilo de vida*, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer ciertos aspectos de salud positiva (Eduardo Menéndez, 2003).

Sin embargo, cabe plantearse desde un sentido crítico la comprensión que se realiza sobre las conductas que se traducen en estilos de vidas, ya que suelen entenderse como actos individuales y volitivos; por el contrario, más bien son patrones de conductas que responden a una serie de determinantes de carácter social y estructural como son la economía, la política y/o la educación además del barrio donde las personas nacen, crecen y mueren (Benach, Vergara, & Muntaner, 2008; Eduardo Menéndez, 1998). De hecho, es común escuchar en el ámbito de la epidemiología social, que la salud de las personas depende más de su código postal que de su código genético. Por lo tanto, la importancia reside en estudiar los determinantes sociales en salud. Entendiéndose que las desigualdades en salud responden a determinantes estructurales, que atraviesan diferentes ejes de desigualdad como son la edad, la clase



social, la etnia, el territorio y el género (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015).

Por otra parte, los estilos de vida hay que entenderlos dentro de un marco en el cual los grupos sienten pertenencia a un sector social determinado, a una cultura de salud<sup>11</sup>, es decir, los comportamientos y el riesgo de los individuos son comprensibles desde una esfera holística y no meramente individual (Eduardo Menéndez, 1998). Tal vez por ello, la investigación en diversos entornos se ha centrado cada vez más en los procesos de socialización sexual y en la experiencia sexual de los jóvenes, no solo en sí misma, sino también como una ventana especialmente importante para la dinámica de la vida sexual, para ver las formas en que los significados sexuales intersubjetivos se internalizan y reproducen (Parker, 2009). De hecho, el conocido trabajo de Margaret Mead en Papúa Nueva Guinea, revela las diferentes maneras de expresar la masculinidad y la femineidad desde la adolescencia según la pertenencia a diferentes pueblos (Mead, 1973). Como explica en su obra, los hombres y las mujeres *arapesh* tenían roles sociales muy similares a lo que estereotópicamente era considerado femenino, eran sociedades amorosas, protectoras y orientadas al cuidado de las nuevas generaciones donde no existía diferencia sexual. La guerra era prácticamente desconocida y no existía la idea de que los hombres, para ser valientes y masculinos, debían salir a matar. En cambio, el pueblo *mundugumor*, descritos como caníbales y guerreros, se les enseñaba que los otros hombres serán sus enemigos, por lo tanto, la seguridad se lograba mantener mediante conductas violentas.

Además, como comenta Menéndez (2003), es importante considerar el concepto de autocuidado, ya que constituye una variante del de autoatención impulsado a través de determinadas ideologías no sólo técnicas, sino sociales. A partir de esta conceptualización, surge el interés de querer comprender cómo los usuarios de saunas perciben sus propias conductas sexuales y sus riesgos. Cuando, además, consideramos que los avances de la tecnología médica han logrado prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. Asimismo, los temas de salud se han ido politizando en aquellas sociedades de modelo social “desarrollado”, como son las europeas. Convirtiéndose en un tema de debate si su responsabilidad es del Estado o de los individuos y colectivos (J. Haro, 2000). Por ello, la utilidad de estudiar

---

<sup>11</sup> En este trabajo se entenderá desde una cultura sexual.

las narrativas de la gente, ya que permite acceder a las experiencias personales, que nos pueden llevar a averiguar las estructuras de significado que cada uno realiza desde su contexto determinado y que es primordial para poder interpretar (O. Romani, 2013).

Por otra parte, debemos preguntarnos cómo se han elaborado y focalizados las campañas de intervención. Al respecto, es interesante la crítica que realiza Martínez ante el enfoque de promoción de la salud basado en un modelo *monológico* y unidireccional (Martínez, 2008). Es decir, cuyo punto de partida es entender a las personas como un *Homo economicus*, en el que se presupone la existencia de una lógica comportamental racional e idéntica transculturalmente. Por el contrario, él propone el modelo *dialógico* constituido por principios inversos como la multidimensionalidad, la bidireccionalidad y las relaciones simétricas. Basado en la participación de los grupos sociales y el intercambio de saberes en ambas direcciones, donde la función del profesional no es el de dictar la normatividad de la acción sino comprenderla. Así mismo, una relación simétrica, en igualdad de condiciones, fomenta la participación social en salud. Un ejemplo de ello es el modelo participativo, donde se propone que el análisis se realice en conjunto con la comunidad, con tal del identificar los problemas y las soluciones mediante los canales habituales de socialización (González, Funes, González, Mayol, & Romani, 1989).

## 2.4 Posicionamiento teórico

Este estudio recoge las aportaciones del paradigma del construccionismo social o el socioconstruccionismo. Esta perspectiva adopta una actitud crítica respecto a la epistemología representacionista y respecto al conocimiento objetivo como instrumento de *descubrimiento* de la realidad (Burr, 2015; Gergen, 1994). Este enfoque considera que el conocimiento es un producto socialmente elaborado mediante prácticas sociales colectivas. El socioconstruccionismo tiene un carácter nominal de la realidad y esto es especialmente importante cuando lo que se desea es ‘ordenarla’, ya que el proceso de construcción social tiene implicancias directas en los seres humanos. Como señala Hacking, las clasificaciones en las ciencias sociales tienen efectos profundos sobre los sujetos de esa clasificación y pueden verse afectados por ellos (Hacking, 1999).

La comprensión de la sexualidad como construcción social había comenzado a surgir a fines de la década de 1970 y principios de la década de 1980 volvió a centrar la atención de la investigación en los sistemas sociales y culturales que moldean no solo nuestra experiencia sexual, sino que la interpreta (Parker, 2009). Esta visión de la sexualidad y la actividad sexual se centró en investigar la naturaleza intersubjetiva de los significados sexuales, su cualidad colectiva y compartida, no como propiedad de individuos atomizados o aislados, sino de personas sociales integradas en el contexto de una sexualidad distinta y diversa (Parker, 2009). A pesar de lo que plantea Parker, el trabajo de Margaret Mead realizado por los años '30 ya aportaba evidencia sobre la impronta de la cultura -y la construcción social- en las diferencias de sexo. Tal como relata en su obra:

*“Como en cualquier sociedad humana, en cada una de estas tribus el tema de las diferencias sexuales formaba parte de la trama de la vida social, y cada una de ellas lo había desarrollado de forma diferente. Si comparamos el modo como han dramatizado las diferencias sexuales, conseguiremos comprender mejor qué elementos son construcciones sociales, originariamente sin conexión con los hechos biológicos de género sexual”*

Margaret Mead (1935: 23), *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*.

Según Gergen, la especificidad histórica y cultural del conocimiento son las condiciones políticas, económicas y culturales de un determinado momento histórico que sostienen la producción y el tipo de conocimiento aceptado (Gergen, 1982). La producción del discurso de la objetividad y los efectos de verdad que tiene son, por lo tanto, producto de unas prácticas sociales concretas y están inscritos en una cultura y en unos valores determinados, que posibilitan algunos discursos al mismo tiempo que los reproducen. Por ejemplo, conviene recordar que el término “homosexual” fue acuñado desde la biomedicina en el siglo XIX y que durante el XX adquirió diferentes significados, que construido desde una base biomédica, lo llevan a gozar de una connotación cercana a la patología, por más que esté sujeta a cambios (Mérida Jiménez, 2002).

En este sentido, cumplen un rol fundamental las instituciones, que son tipificadas y producto de los hábitos (por su recurrencia), estableciendo el (un) orden social (Berger & Luckmann, 1998). Las instituciones son los marcos de referencias valóricas de una sociedad. De esta forma, la sexualidad humana, pierde el sentido biológico, al ser controlado socialmente por la institucionalización durante el curso de la historia. La institucionalización en los discursos significa que las personas incorporan los mensajes que reproducen en su entorno, incluso a sus descendientes, como si fuese la realidad, la única realidad. Situación que puede provocar una dialéctica en las nuevas generaciones y lo que explica el mundo social o, en otras palabras, la construcción social de la realidad. Un claro ejemplo de ello es la función de la iglesia y los manuales científicos que han categorizado la homosexualidad como un pecado, una disfunción o una enfermedad. Tal es así, que es la consciencia del investigador o de la investigadora la que delinea el cuerpo del conocimiento, que no precede, sino que se construye. Como señala Stolcke, al plantear la discusión entre la antropología moderna y postmoderna: *“Es evidente que no podemos escapar de nuestros propios códigos culturales y de nuestra manera de ver el mundo y la historia”* (Stolcke, 2008: 43).

Por lo tanto, tal como plantea Nancy Krieger, la sexualidad se refiere a convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que suponen expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones, mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (por ejemplo, clase, raza/grupo étnico, etc.) (N Krieger, 2001). Esto implica destituir una mirada de la sexualidad centrada únicamente en la intimidad para desplazarla a un sistema social, económico y político. Es decir, la

sexualidad, así como otras prácticas que componen la vida de las personas, también responde a determinantes estructurales, donde la salud pública juega un rol clave por su responsabilidad en la ejecución y puesta en marcha de determinados programas. Ya que las directrices políticas y sociales, al igual que los actores sociales, intervienen y dan forma a la sexualidad (Nieto, 2003). Como señala Foucault, entra en juego el poder y la sexualidad, es decir, el deseo y las prácticas han estado condicionados y mediatizados por discursos sexuales ostentando por los aparatos del Estado y las ciencias, estructuras que han acabado formando subjetividades y controlando el placer cotidiano (Foucault, 1998).

La sexualidad, por lo tanto, sería el resultado de una herencia que se adquiere en el proceso de interacción y aprendizaje. Esto implica que ni las personas ni lo que nos rodea “tienen” una naturaleza determinada, sino que las cosas son en la medida que las hacemos y por tanto, depende de nosotros los humanos de otorgarle un significado u otro (Iñiguez, 2003). De hecho, si nos remontamos a la historia vemos de qué forma Galeno o Rufo otorgaban un valor especial al esperma<sup>12</sup>, además de ambiguo, en la medida que el acto sexual ayudaba a curar determinados males como podía ser la epilepsia o los espasmos (Foucault, 2009b). Este valor que se le otorga al semen incluso se puede observar actualmente en la literatura gay.

Como se ha señalado, los modelos teóricos en materia de salud han desarrollado diversas interpretaciones sobre el proceso mismo de enfermar y de atender o actuar ante dichos problemas. Se denominan Teorías Críticas (TC), ya que proponen incorporar el contexto social y la subjetividad en la salud, asumen las insuficiencias en la explicación del clásico modelo biomédico, que entiende la enfermedad como resultado de causas biológicas y modelos psicosociales, donde el ambiente cercano es el factor influyente en las enfermedades (Velasco, 2009). Las TC se pueden entender como el supuesto del conjunto de teorías contextuales en que la persona vive y enferma según la impronta que le causan la cultura y las situaciones sociales. Donde se desplaza

---

<sup>12</sup> El esperma según los textos médicos de los siglos I y II dice ser “preciosa sustancia para cuya formación la naturaleza ha tomado, en el arreglo el cuerpo humano, tantas precauciones: recoge lo más potente que hay en la vida, lo transmite, permite escapar a la muerte; es en el macho donde encuentra toda su fuerza y su más alta perfección. Es ella la que le da superioridad. Contribuye ‘a la salud, al vigor del cuerpo y del alma, a la generación”.

la mirada puesta únicamente en el cuerpo biológico hacia la escucha de un sujeto con cuerpo, un sujeto social que ha encarnado la historia de su contexto y su posición social en la producción de la enfermedad (Nancy Krieger, 2005).

### **2.4.1 Las masculinidades en construcción**

Los estudios sobre masculinidades han adquirido gran relevancia en los últimos años. Desde la teoría de género y los movimientos feministas se han cuestionado las relaciones de desigualdad de poder, donde el modelo de la supremacía masculina ha sido socialmente naturalizado. En este sentido, el socioconstruccionismo es una buena plataforma para dar cuenta del carácter social e histórico del concepto, y ver cómo se ha ido desarrollando según los diferentes contextos. Las investigaciones sobre masculinidades emergieron a mediados de la década de los '80 con autores como Connell y Kimmel, quienes comenzaron a interesarse sobre la posición de los hombres dentro de un orden de género (R. W. Connell, 2005b; M. Kimmel, 1996). Connell, de hecho planteaba que cualquier persona interesada en las estructuras de poder tenía el desafío feminista de estudiar el patriarcado para cambiar las vidas de los hombres (R. W. Connell, 2005b).

Es así, que el interés sobre las masculinidades se centró sobre todo en el modelo de la hegemonía masculina, en tanto proceso construido por las instituciones y prácticas discursivas, quedando así normalizados determinados patrones del quehacer masculino (R. W. Connell, 2005a). De hecho, en sus inicios, los estudios sobre las masculinidades se basaron en un modelo único, en cambio actualmente las formas de masculinidad se entienden diversas (R. W. Connell, 2012). Sin embargo, en el ámbito de la epidemia del VIH, la atención se ha centrado sobre todo, en la salud reproductiva de las mujeres, en las minorías sexuales, mientras que, el trabajo sobre la masculinidad en general (y en los hombres heterosexuales en particular) ha recibido poca atención (Parker, 2009).

Además del interés que cobró el estudio de la hegemonía, como legado de las aportaciones de Gramsci, las masculinidades, como manifestación social de carácter temporal y situado, comenzaron a ser exploradas desde diferentes ámbitos. En los últimos años, por ejemplo, han surgido diferentes estudios que hablan de las 'nuevas

masculinidades' o 'masculinidades alternativas'. Estos modelos vendrían a ser aquellos que apuestan por una mayor equidad de género y tienen una actitud crítica a las conductas violentas de los hombres (Flecha, Puigvert, & Ríos, 2013).

Sin embargo, como señala Oscar Guash “*La masculinidad forma parte de un relato mítico mediante el cual se ofrece a los hombres la tierra prometida (en forma de reconocimiento social) siempre y cuando se adecuen a las normas de género que les corresponden. Es una promesa fáustica.*” (Guash, 2006: 15). El autor continúa señalando que a los hombres no se les ha explicado el precio que deben pagar por ser varones o tener el estatus de *hombre de verdad*, ya que no todos gozan de los mismos privilegios y existen masculinidades que se presentan en forma hegemónica y otros en cambio, como subalternos. Al respecto, Laqueur explica que desde la antigüedad hasta el siglo XVII el hombre era la medida de todas las cosas, las representaciones de la anatomía del cuerpo humano eran únicamente masculinas, con lo cual la concepción del sexo estaba determinada políticamente con el fin de mantener la jerarquía sexual y por lo tanto, el orden social (Laqueur, 1994). No obstante, esta concepción de hombre (en tanto referente de las ciencias médicas, sociales y políticas) ha permanecido, pero no es cualquier hombre. Se trata de un hombre blanco, de clase media y heterosexual, aquel que responde a un estatus, a un patrón social más legítimo.

Con lo cual, cuando nos referimos al género en términos clásicos y binarios, no sólo hacemos alusión a lo que significa ser un hombre y una mujer, sino en lo que significa ser un homosexual. Desde una perspectiva socioconstruccionista, adquiere relevancia las diferentes formas en la que los hombres ordenan de significados el hecho social de sentir un deseo, de dar pertenencia a una identidad o explicar una conducta sexual hacia una persona del mismo sexo.

Por último, cabe señalar que, desde las últimas décadas, asistimos a una transformación de la vida cotidiana de un sector muy amplio de personas que no se ajustan a la norma heterosexual. Movimientos sociales y políticos han reivindicado y visibilizado a sujetos con identidades sexuales y de género diversas. Como plantean algunos autores y activistas hablamos de *sexualidades transgresoras*. En concreto, este auge de los estudios LGBTI+, nace como iniciativa de los movimientos feministas que en los años ochenta se preocuparon de estudiar la sexualidad y sus diversas formas de opresión (Mérida Jiménez, 2002).

## Capítulo III

### **Resultados**



"Si el dominante conoce el dominio, no conoce la experiencia de la opresión, es decir, del otro lado. En mi trabajo, siempre me ha sorprendido lo poco que los hombres escuchan a las mujeres"

MATHIEU N.-C. (1985). «*Quand céder n'est pas consentir, des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie*». In N.-C. Mathieu, *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Paris: EHESS, p. 169-245.

Los resultados se dividen en tres artículos que fueron publicados durante el período de la tesis. A continuación, se describe brevemente el contexto desde el cual se llevaron cabo los estudios.

- 1) El primer artículo '**Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres**' publicado en *Gaceta Sanitaria* es el resultado de un estudio que se realizó como tesina del Máster de 'Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales', realizado en la Universidad Autónoma de Barcelona. Las personas que fueron invitadas a participar se realizaban las pruebas del VIH con cierta regularidad en la ASPB, pero yo no había tenido contacto con ellos previamente. Una vez, que se les ofrecía el servicio de la prueba rápida y se le daba el resultado, se les invitaba a participar en la entrevista. Todas las personas firmaron un consentimiento verbal (anexo 2).
  
- 2) El segundo artículo "**The Theory of Masculinity in Studies on HIV. A Systematic Review**" publicado en la revista *Global Public Health* nace como resultado del primer estudio, donde se comienza a hablar sobre masculinidad. La idea inicial era conocer el 'estado del arte' sobre las publicaciones existentes en VIH y masculinidades, pero dado que en el contexto europeo eran muy escasas, se decidió realizar una revisión más exhaustiva. La búsqueda no se limitó a encontrar la mejor evidencia disponible, sino en mostrar la evidencia existente, justamente para dar cuenta de los vacíos metodológicos y temáticos que hay en los estudios que abordan esta materia. Realizar la revisión e ir contrastando la información con la investigadora (en el caso de Pubmed) y el otro investigador (en el caso de Scopus) se tardó aproximadamente dos años.
  
- 3) El tercer artículo "**Trabajadores sexuales masculinos: entre el sexo seguro y el riesgo. Etnografía de una sauna gay**" publicado en la revista *Ciência & Saúde Coletiva* (por ahora disponible sólo on-line) es el producto de una etnografía que se inició durante la realización del primer estudio (2012) y finalizó en el 2016. En este trabajo pude contar con la colaboración de dos compañeras y un compañero del "Programa Saunas", que también realizaban intervención.

Una vez finalizada la observación y las entrevistas realizadas a los TSM, ellos participaron de forma activa en la triangulación de los datos. Este estudio tiene la particularidad (y la ventaja) de que podía entrar y salir del trabajo de campo varias veces durante los años de estudio, lo que permitió ir contrastando continuamente las observaciones y los discursos. Este estudio contó con la aprobación del comité ético del Parc Salut Mar (anexo 3) y todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento verbal (anexo 4).



### 3.1 Artículo 1: Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres

Original

# Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres



Constanza Jacques Aviñó<sup>a,b,\*</sup>, Patricia García de Olalla<sup>a,b</sup>, Elia Díez<sup>b,c</sup>, Silvia Martín<sup>c</sup> y Joan A. Caylà<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Servei de Programes i Intervencions Preventives, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 22 de diciembre de 2014

Aceptado el 10 de marzo de 2015

On-line el 11 de abril de 2015

### Palabras clave:

Homosexualidad masculina

VIH

Conductas de riesgo

Prevención primaria

Estudio cualitativo

## R E S U M E N

**Objetivo:** Conocer las explicaciones sobre prácticas sexuales de riesgo, la percepción del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y propuestas de intervención para prevenir infecciones por VIH en un grupo de hombres que tienen sexo con hombres.

**Métodos:** Estudio cualitativo con una muestra de 13 hombres que tenían sexo con hombres, participantes de una cohorte de VIH seronegativos contactados en saunas gay de Barcelona. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas y un posterior análisis de contenido temático.

**Resultados:** Las prácticas sexuales de riesgo se atribuyeron a una masculinidad asociada a una alta necesidad sexual, a determinados lugares de intercambio sexual (como saunas, fiestas privadas y clubs), al consumo de drogas y al deseo de experimentar con el riesgo y la propia sexualidad. La infección por VIH se percibía como una enfermedad normalizada, aunque contraerla se asociaba a vergüenza y culpa. Entre las propuestas de intervención se encontraban: concienciar sobre lo que significa vivir con el VIH, generar más alarma social, incorporar las nuevas tecnologías en la prevención y aumentar las acciones en lugares de encuentro gay.

**Conclusiones:** El concepto de la masculinidad desempeña un papel fundamental en las prácticas sexuales entre los hombres que tienen sexo con hombres. Se sugiere innovar en los programas preventivos e incorporar la percepción de riesgo y la infección por el VIH desde una perspectiva de género.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men

### A B S T R A C T

**Objective:** To explore views about risky sexual behaviors and perceptions of HIV, and to propose interventions for preventing HIV infections in a group of men who have sex with men.

**Methods:** We performed a qualitative study in a sample of 13 men who have sex with men, who were participating in an HIV-seronegative cohort, and who we contacted via saunas for the gay community in Barcelona (Spain). We performed in-depth semi-structured interviews, followed by content analysis.

**Results:** Risky sexual behaviors were associated with masculinity related to strong sexual needs, certain sexual exchange venues (such as saunas, private parties and clubs), drug use, and a desire to experiment with risk and one's own sexuality. HIV infection was perceived as a normalized disease, although becoming infected was still associated with shame and guilt. Proposed interventions included raising awareness of what it is like to live with HIV, generating greater social alarm, incorporating new technologies in prevention, and intensifying activity at gay venues.

**Conclusions:** The concept of masculinity plays a fundamental role in sexual practices among men who have sex with men. We suggest renewed innovation in preventive programs and incorporating the perception of risk and HIV infection from a gender perspective.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Keywords:

Male homosexuality

HIV

Risky behaviours

Primary prevention

Qualitative study

## Introducción

En España, al igual que en otros países de Europa<sup>1</sup>, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)<sup>2</sup> han pasado a ser la población

con mayor prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de otras infecciones de transmisión sexual (como sífilis y gonorrea)<sup>3</sup>. Este fenómeno, de características similares en la ciudad de Barcelona<sup>4</sup>, constituye un tema relevante para la salud pública y más aún en el actual contexto de crisis económica y social. Entre los motivos que se asocian al incremento de las prácticas sexuales de riesgo se encuentran los avances en los tratamientos antirretrovirales, que han facilitado un imaginario social de “cronicidad débil”, y el descenso de la percepción de peligrosidad<sup>5</sup>;

\* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: [cjacques@aspb.cat](mailto:cjacques@aspb.cat), [cjacques18@yahoo.es](mailto:cjacques18@yahoo.es)

(C. Jacques Aviñó).

también se asocia el consumo de drogas recreacionales y mantener relaciones sexuales con múltiples parejas<sup>6</sup>.

Desde la aparición del VIH se ha interpelado al sujeto como responsable de su adquisición, asociando conducta y juicio moral. La homologación de un discurso que relacionaba sida con homosexualidad tuvo como resultado un modelo centrado en comportamientos sexuales desviados, aumentando la discriminación, la exclusión social y el estigma hacia este colectivo<sup>7</sup>. Esto ha conllevado que muchos programas de intervención, tanto nacionales como internacionales, hayan incorporado acciones dirigidas a reducir el estigma, para de esa forma favorecer el cribado y la adherencia al tratamiento antirretroviral<sup>8</sup>.

Dado que hablamos de una transmisión por vía sexual, con una incidencia de casos mucho más alta que la de los hombres que tienen sexo con mujeres, resulta importante explorar la sexualidad masculina en el marco de un contexto complejo y cambiante. Se consideró que un estudio cualitativo permitiría profundizar en los discursos y significados asociados a la salud y a la sexualidad desde la perspectiva del propio colectivo, es decir, desde una posición *emic*<sup>9</sup>. Esta aproximación contribuye a articular un enfoque epidemiológico no sólo basado en la enfermedad, sino también en la experiencia, teniendo en cuenta los procesos culturales y los significados que realizan las personas sobre las enfermedades<sup>10</sup>.

Este estudio se realizó en Barcelona, ciudad conocida como *gay-friendly*, lo que se entiende como la aceptación y el reconocimiento de la diversidad sexual. Esto ha facilitado la creación de lugares de ocio, entre ellos los dedicados al intercambio sexual.

Los objetivos del estudio fueron conocer las explicaciones asociadas a las prácticas sexuales de riesgo y la percepción sobre el VIH, y establecer propuestas de intervención para prevenir nuevas infecciones por el VIH en el colectivo de HSH.

## Métodos

Estudio cualitativo descriptivo-exploratorio basado en el construcciónismo social<sup>11</sup>. Se asumió un compromiso con los estudios de salud pública desde la antropología médica<sup>12</sup>, lo que comporta incorporar un análisis sobre las representaciones de la salud, la enfermedad y la atención con tal de abordar las pautas sexo-sociales de los HSH. Esto implicó asumir la construcción social de las masculinidades desde una perspectiva de género<sup>13</sup>.

Los participantes formaban parte de una cohorte de VIH seronegativos creada por la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) con usuarios de saunas gay y *sex shops* de la ciudad. La colaboración de la investigadora en el seguimiento de esta cohorte se consideró una buena oportunidad para profundizar en ámbitos complejos de indagar.

La muestra fue intencional<sup>14</sup>. Se contactó con un grupo de hombres españoles y extranjeros que habían tenido intercambios sexuales anónimos, con independencia de cómo se autodefinían en términos de orientación sexual. Se ofreció participar en el estudio a los atendidos entre mayo y junio de 2012, después de realizarles las pruebas de VIH y siempre y cuando su resultado fuese negativo. La muestra final se compuso de 13 HSH, de los cuales siete eran inmigrantes. En la *tabla 1* se describen las características sociodemográficas y las preferencias de los informantes para contactar con parejas ocasionales.

La recogida de información se realizó mediante una entrevista semiestructurada basada en siete temas de interés, que se estructuró considerando las experiencias de los participantes de la cohorte relacionadas en visitas anteriores. El guión permitió conocer la terminología y la percepción de los informantes sobre los ámbitos a tratar (*tabla 2*). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. Los participantes dieron su consentimiento oral y escrito. Se determinó el cierre de la muestra en el momento

en que se recogió información relevante sobre el fenómeno a estudiar<sup>15</sup>.

Se realizó un análisis de contenido temático de las entrevistas, de forma manual, inductiva y asumiendo una perspectiva que buscó conocer las explicaciones y las experiencias de los propios sujetos, así como también indagar sobre la percepción que tienen sobre los HSH y sus conductas sexuales. La información se agrupó por categorías y subcategorías, y se respetó el lenguaje y las opiniones de los entrevistados, relacionando significados, contextos y vínculos sobre cada tema.

Para asegurar la calidad de la interpretación y otorgar validez al estudio se utilizó la triangulación de datos y de investigadores. Expertos en salud pública y en antropología participaron en la discusión y la reflexión sobre el estudio.

## Resultados

A continuación se describen los resultados más destacables organizados en función de las categorías analíticas. En la *tabla 3* se presenta una selección de citas textuales extraídas de las entrevistas.

### *La homosexualidad es algo privado*

Los entrevistados comentaron que la atracción por alguien del mismo sexo se suele vivir en la esfera de lo íntimo. El miedo al rechazo transformaba la homosexualidad en un tema difícil de compartir, sobre todo en el círculo familiar, en el que destacaron diferentes experiencias de discriminación. También se señaló que el deseo de un hombre hacia otros hombres es más común de lo que se cree. De los 13 entrevistados, 12 se identificaron como homosexuales, personas cuyo deseo sexual sólo se dirigía hacia los hombres. Algunos comentaron haber aceptado su homosexualidad desde la adolescencia y otros, en cambio, después de haber vivido varios años como heterosexuales. Sólo un participante se definió como *bicurioso*, término que conoció en los perfiles de Internet. Comentó que era heterosexual y que mantenía relaciones con hombres sólo por curiosidad.

### *Inmigración y libertad sexual*

Aunque se identificaron diferentes razones que motivaron el proceso migratorio, todos comentaron haber sentido la necesidad de alejarse del control social y de tener la posibilidad de experimentar la propia sexualidad en un contexto de mayor anonimato. Un informante procedente de Brasil aludió a la violencia sufrida por parte de la policía en su país de origen y destacó la discriminación que existe hacia los homosexuales. Tanto los entrevistados nacidos en el extranjero como el procedente de otra ciudad de Cataluña comentaron que residir en Barcelona había favorecido su autonomía, su libertad sexual y, en algunos casos, la primera experiencia sexual con otro hombre. Los participantes comentaron que la diversidad de ofertas de ocio gay facilitó el reconocimiento de su propia orientación sexual lejos del juicio social. Barcelona es percibida como una ciudad abierta, que acepta la homosexualidad.

### *El placer del riesgo y como contrapartida a la salud*

Los entrevistados otorgaron un valor fundamental a la salud, que entendían como un equilibrio entre el estado físico y psicológico. Sin embargo, algunos señalaron que no era fácil mantenerla debido a la importancia que ocupa el placer como contrapartida a la salud. De hecho, entre las explicaciones sobre la falta del uso del preservativo destacó la prioridad del placer y la falta de excitación asociada a su uso. Entre algunos entrevistados, el hecho de experimentar riesgos en diferentes ámbitos de la vida, incluido el sexual,

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de los informantes y sus preferencias para contactar con parejas sexuales ocasionales

ID	Edad	Identidad sexual	País de nacimiento	Años de residencia en España	Estudios	Ocupación	Lugar para contactar con parejas sexuales ocasionales <sup>a</sup>
C1	43	Bicurioso	España	N/A	Secundarios	Técnico, cargo jefatura	Internet, clubs
C2	39	Homosexual	Chile	6	Secundarios	Administrativo	Saunas
C3	23	Homosexual	Colombia	8	Universitarios	Estudiante de máster	Internet, saunas
C4	59	Homosexual	España	N/A	Secundarios	Restaurador de muebles	Saunas, bares, calle
C5	30	Homosexual	Colombia	7	Secundarios	Camarero	Internet, geolocalizador
C6	42	Homosexual	Colombia	6	Secundarios	Camarero en paro	Calle
C7	40	Homosexual	Honduras	7	Universitarios	Supervisor en empresa de ingeniería	No mantiene relaciones por enfermedad
C8	45	Homosexual	España	N/A	Universitarios	Educador social	Sex-shop
C9	32	Homosexual	Brasil	7	Secundarios	Limpieza sex shop	Internet, geolocalizador
C10	44	Homosexual	Brasil	14	Universitarios	Administrativo	Bar, calle
C11	39	Homosexual	España	N/A	Universitarios	Periodista	Amigos
C12	40	Homosexual	Marruecos	12	Universitarios	Cocinero y auxiliar de enfermería	Internet, saunas
C13	26	Homosexual	España	N/A	Universitarios	Periodista	Discotecas, geolocalizador

N/A: no aplica.

<sup>a</sup> Información recogida sobre los 12 meses anteriores a la entrevista.

provocaba más excitación. Otros informantes manifestaron haber tenido menos autocuidado en períodos vitales críticos, en los que experimentaban emociones como rabia y baja autoestima.

#### Confianza y consumo de drogas

La elección de una pareja sexual ocasional se asociaba a la familiaridad que puede inspirar otra persona, lo que disminuía la percepción de riesgo. También se comentó que buscar un hombre que tiene sexo con mujeres podía generar mayor sensación de confianza.

El consumo de drogas destacó en las dinámicas sexuales, no sólo porque disminuye la percepción de riesgo, sino porque incide directamente en las prácticas. Por ejemplo, se comentó el uso de la cocaína como anestésico y dilatador anal.

#### Lugares sexualmente permisivos

Se comentó que las prácticas sexuales de riesgo forman parte de un sistema normalizado de relaciones y encuentros sexuales, como fiestas privadas, saunas, clubs, etc. Consideraban estos espacios significativos para conocer y experimentar la propia sexualidad. Se percibían como lugares sexualmente permisivos, dado el carácter anónimo y el tipo de prácticas sexuales que pueden mantenerse, como *fist-fucking* (introducción del puño en el ano), sexo en grupo

**Tabla 2**  
Guión de las entrevistas semiestructuradas

Temas	Contenidos a indagar
Homosexualidad	Construcción de la identidad/orientación sexual
Cambio de contexto	Motivos para emigrar a Barcelona y posibles cambios en la conducta sexual
Concepción de salud y VIH	Significado de salud y percepción del VIH
Contactos sexuales y prácticas de riesgo	Experiencias sexuales relacionadas con el no uso del preservativo y otros factores asociados con el riesgo y la prevención
Lugares de contacto	Lugares y estrategias de contacto con parejas sexuales ocasionales
Percepción de los HSH	Opiniones y explicaciones sobre el comportamiento sexual de los HSH
Propuestas de intervención	Estrategias para prevenir nuevas infecciones entre los HSH

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

o sadomasoquismo. Generalmente, los usuarios de saunas suelen ir solos, pero a veces van acompañados por parejas ocasionales que han contactado vía Internet o mediante geolocalizador de teléfonos móviles. Se comentó que hay usuarios que pasan muchas horas dentro de un local e incluso pernoctan en él.

#### Los hombres somos sexuales

La asociación de hombres y sexualidad se percibió como una relación propia de la masculinidad y como un factor distintivo de su identidad. La diferencia en el comportamiento sexual, según los entrevistados, no se asoció a la orientación sexual sino más bien al género, es decir, al hecho social de ser hombre. Existía la percepción de que los hombres son mucho más activos sexualmente que las mujeres, lo que explicaría y justificaría la multiplicidad de parejas sexuales entre los HSH. Se explicitó que los homosexuales podían llegar a ser la envidia de los heterosexuales. El contacto sexual entre los HSH se percibía como fácil y “desechable”, como parte de un sistema de consumo de sexo rápido, pero no todos los entrevistados se identificaban con él.

#### La paradoja del VIH: “enfermedad normalizada” y castigo social

Los participantes no diferenciaron entre los conceptos de VIH y de sida, y los utilizaban indistintamente. En general, existía la percepción de que es una “enfermedad normalizada”, que no implica grandes cambios en la vida cotidiana y que forma parte de los problemas de salud que tiene la población, específicamente los HSH. Los entrevistados comentaron que antes de frecuentar el ambiente gay tenían menos información sobre el VIH y desconocían que fuese una infección con una alta prevalencia entre el colectivo. Los que conocían a personas seropositivas o habían vivido de cerca la muerte de algún amigo o pareja con sida mostraron mayor conciencia sobre lo que implicaba vivir con el VIH.

Por otra parte, el VIH se consideraba como una infección que genera vergüenza, ya que contraerla se asociaba a haber hecho “algo”. Entre los extranjeros destacó el estigma social que existe en sus países de origen. Por otra parte, se señaló que antes generaba más miedo, era más estigmatizada y que ese castigo social promovía conductas de autocuidado. Se cree que las personas seropositivas son las que mantienen más conductas sexuales de riesgo. Un entrevistado comentó que el VIH era una enfermedad creada artificialmente por la biomedicina con el fin de crear alarma social.



**Tabla 3**

Citas textuales de las entrevistas realizadas a los informantes

Categorías analíticas	Citas
La homosexualidad es algo privado	"Nadie sabe que soy homosexual, ni mis padres ni mi hermana. Sólo los amigos íntimos. . . No hace falta, no se habla de estas cosas en mi familia" (C4) "Hasta a mi padre escuché decir si yo tengo un hijo maricón lo mato" (C10) "Ningún hombre ha sido criado como gay, todos los hombres han sido criados como hombres . . . a nadie crían como gay, porque nadie asume que el bebé es gay, lo descubrirá cuando tenga entendimiento" (C7)
Inmigración y libertad sexual	". . . fue por mi homosexualidad, quería tener libertad sexual sobre todo. . . y realizar el sueño de vivir en Europa" (C12) "Cuando llegué aquí y descubrí todo el mundo este, pues como que se me fue mucho la pinza, es decir, durante 1 año follé lo que en treinta y no sé cuántos años. . ." (C11) ". . . realmente me parecía atractivo el hecho de poder vivir mi vida homosexual plena, siempre siguiendo el esquema de hetero, que yo veo que no a todos nos va" (C4)
El placer del riesgo y como contrapartida a la salud	"Claro, es ese equilibrio de cuidarte, de ser responsable, pero está el placer y siempre está" (C8) "No conseguía tener un orgasmo, el puntito de riesgo, tenerla sin condón me pone a 300, pues antes de irme a mi casa la meto sin condón 2 segunditos, me corro y me voy, por ejemplo. . ." (C13) "Me gusta el riesgo en todos los sentidos, el sexo y en todos los ámbitos, me gusta cruzar el mar cuando está picado" (C4) ". . . no he usado el preservativo porque el hombre está muy bueno y el calentón me ha superado" (C4)
Confianza y consumo de drogas	". . . tenía la impresión y confiaba más en mi criterio de belleza y de familiaridad. . ." (C7) "Ahora me gustan más los bicuriosos y los bisexuales, o los hombres que tienen relaciones estables con mujeres y tienen hijo" (C5) "Cuando pones la cocaína en el ano entonces es el fin del mundo, o sea, puedes meter hasta esto (contenedor amarillo) con mucho respeto. Cuando hice las orgías había de todo, había poppers, había cocaína. . . éramos animales puros, nada de humanidad. . ." (C12)
Lugares sexualmente permisivos	"En este club se practica todo tipo de sexo, desde el sado-maso, el festín, todo tipo de sexo, hasta suave, hasta sexo duro, entonces yo con mis dos amigos paisanos teníamos curiosidad por entrar en este lugar" (C12) "En las saunas se dan las condiciones para pillar de todo, porque es un núcleo de sexo" (C13) ". . . ya no aguantaba más en la sauna teniendo sexo con preservativo" (C13)
Los hombres somos sexuales	"Cómo son los hombres. . . Creo que es algo instintivo, el hombre va por números. . . Busca el número más grande de personas con quien copular" (C9) "Este es el sueño de un tío. . . A ver, a las chicas alguna vez les apeteciera, pero no es su sueño ir a un bar, encontrar a alguien y echar un polvo. . ." (C11) ". . . es que a mí me ha decepcionado eso bastante, todo, todo lo que es el colectivo, es decir, eres kleenex, todo es consumo rápido, fast food. . . es que no es mi ambiente" (C11) "Yo creo que los hombres son así, no hay saunas de chicas, y esto no es casualidad, yo creo que es que quizás, no sé si culturalmente o biológicamente, buscamos más sexo. . ." (C13)
La paradoja del VIH: "enfermedad normalizada" y castigo social	". . . pero puedes llevar una vida completamente normal. . . no me parece una cosa especialmente sórdida ni negativa" (C3) ". . . el tema del sida se ha normalizado, se ha convertido en algo. . . algo muy cotidiano, que se le ha perdido el miedo" (C8) "En el mundo árabe. . . la persona, sea mujer u hombre, que tiene sida es algo fuera de lo normal, es un bicho raro que tiene que morir y aislarse de la sociedad" (C12) ". . . es la gente que ya es seropositiva, porque yo me he encontrado con casos en el geolocalizador, conste que querían follar y que no han accedido a hacerlo conmigo porque yo me quería poner el condón" (C13) "Son pocas las personas. . . seropositivos declarados. . . porque tienen vergüenza, yo entiendo porque hicieron cosas mal hechas, porque si lo haces bien, no pillas nada" (C9)
El conocimiento y el miedo como prevención	"Que en cada lugar de ambiente hubiera una persona responsable de esto. . . Es que no hay, no existe" (C12) "La gente se concienza cuando ve mucho más de cerca el peligro. . . En este caso del sida debería ser lo mismo. Deberían ser campañas superagresivas" (C1) "Le enseñaría a la gente qué es lo que es vivir con el virus: serás esclavo de una pastilla, dos, tres o cuatro una vez al día por toda tu vida, y esto te puede generar problemas neurológicos" (C9) "Aprovechar las nuevas plataformas digitales, ahora todo el mundo tiene facebook, tiene twitter y linkedin. . . No sólo incidir en el ambiente, que es un lugar evidente que se tendría que ir. . ." (C11)
Preocupación y confianza para realización del test del VIH	". . . pero mira, me han llamado, hay alguien que se preocupa de que yo esté bien, hay alguien, el gobierno o alguien. . . Aparte del trabajo profesional está el trabajo personal también, se crean vínculos" (C9) "Me es igual, es un tema que la sociedad debe hablar" (C2) "Mi primera prueba fue ahí. La persona me dio tranquilidad, confianza, algo muy positivo, pero me da igual, la verdad, siempre ha sido en una entidad así o salud pública" (C8)

### El conocimiento y el miedo como prevención

Entre las propuestas de intervención se sugirieron acciones en lugares de encuentro del colectivo gay, incluidos horarios nocturnos o con mayor afluencia, comprometer a las personas a hacerse la prueba y concienciar sobre lo que significa vivir con el VIH y su impacto para la salud. Se comentó también que antes había más actividades de difusión sobre esta infección. Para cambiar de actitud y promover el sexo seguro se propuso crear campañas más agresivas, que generaran miedo y alarma social. Se propuso ofrecer más y mejor información sobre las vías de transmisión, incorporar estrategias utilizando las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y realizar intervenciones dirigidas a jóvenes y turistas. Varios entrevistados señalaron que el uso del preservativo ayudaba a no tener remordimientos y que, a veces, más que como estrategia de prevención se utilizaba como medida de higiene.

### Preocupación y confianza para la realización del test del VIH

En cuanto a la promoción de la prueba del VIH, hubo una buena percepción a ser contactado por teléfono o en un local, ya que generaba sensación de ser cuidado. El tipo de institución que realiza la intervención, así como el perfil o el sexo del profesional, no se percibieron como relevantes. Sin embargo, la proximidad del centro, la inmediatez de la realización de la prueba y la confianza se consideraban elementos fundamentales para crear vínculo y motivar el cribado.

### Discusión

Este estudio permitió conocer las explicaciones asociadas a las prácticas sexuales de riesgo en un grupo de HSH. Se destacó que los hombres, con independencia de cómo se autodefinan en términos

de orientación sexual, tienen mayor necesidad de tener relaciones sexuales que las mujeres, factor que explicaría que los hombres tengan actitudes que busquen el placer asumiendo prácticas sexuales que los hacen más vulnerables al VIH. Dichos resultados coinciden con otro estudio cualitativo que concluye que, según la percepción de los hombres, su naturaleza, temperamento o carácter los impulsa a buscar activamente el tener relaciones sexuales<sup>16</sup>. Las mujeres, en cambio, aparecen como un símbolo de control sexual, lo que marcaría la diferencia en la prevalencia de esta infección.

Realizar demandas sexuales se entiende como un acto de “virilidad”, arraigada en lo que se cree que puede esperarse de un hombre<sup>17</sup>. Desde el construccionismo social, la sexualidad sería la respuesta a determinados roles socioculturales que no se heredan biológicamente, sino que se adquieren en el proceso de interacción y aprendizaje con el grupo social<sup>18</sup>.

Se comentó que, además, las prácticas de riesgo suelen relacionarse con el consumo de drogas y con determinados lugares de contacto sexual, como fiestas privadas, clubes y saunas. Estos contextos en los que se practica el *barebacking*, entendido como el no uso intencional del preservativo, son considerados según algunos estudios como señal de resistencia y transgresión<sup>19</sup>. En estos casos, las aplicaciones de telefonía móvil tienen un papel clave para facilitar el contacto entre los usuarios.

Si bien los entrevistados tenían diferentes posiciones sobre su relación con el colectivo gay, fue compartida la concepción de una cultura sexual en la que los contactos sexuales son fáciles y “desechables”. Esta “sexualización del tejido social” contribuye a entender cómo se construye la identidad social de un grupo que legitima determinadas conductas, y a conocer aquellas valoradas como positivas por los miembros<sup>20</sup>.

Para las personas nacidas en el extranjero o fuera de la ciudad, Barcelona constituía un escenario ideal para tener sexo con otros hombres con mayor libertad. En este sentido, la inmigración fue un proceso motivado por mejorar las condiciones de vida, no sólo en términos materiales, sino también en cuanto a la aceptación de la propia orientación sexual.

En relación a la infección por el VIH, la mayoría de los participantes la concebía como una enfermedad que no genera grandes repercusiones en la salud. Paradójicamente, aunque comentaban la culpa que puede generar contraerla, el menor estigma percibido actualmente había relajado los comportamientos sexuales seguros. De cara al estudio, esta apreciación puede estar relacionada con haber entrevistado a personas VIH seronegativas que, a pesar de ser conscientes de las consecuencias biológicas y sociales de vivir con la infección, tienen una percepción del estigma más asociada al hecho de ser homosexual, sobre todo en el contexto de la familia. Se entiende la homosexualidad como un desafío al sistema “heteronormativo” de la sociedad<sup>21</sup>, donde la masculinidad formaría parte de una promesa de reconocimiento social, en la que no todos gozan de los mismos privilegios<sup>22</sup>. En este sentido, es crucial considerar la relación del estigma como un determinante social que incide en la salud física y mental de las personas<sup>23</sup>.

Por otro lado, se comentó que las parejas ocasionales que proyectan una imagen saludable son consideradas de menor riesgo para la transmisión del VIH. En el *serosorting*, aunque la elección de una pareja sexual se basa en el resultado de una prueba, suele ser la apreciación personal el indicador de confianza, lo que puede favorecer la transmisión del VIH<sup>24</sup>. Parece, por lo tanto, que el VIH se sigue asociando a una imagen visible e identificable, en la que predomina un sentimiento de lealtad que hace pensar que el sexo seguro no siempre es necesario. Según algunos estudios, más que el conocimiento de la infección cobran importancia las valoraciones subjetivas basadas en creencias, mensajes no verbales, intuición e interpretaciones personales, además de la autoestima y los estados de depresión<sup>25,26</sup>.

En relación a las propuestas de intervención, destacó la buena consideración de aquellas dirigidas al colectivo gay en lugares de encuentro. Diversos estudios reconocen la importancia de realizar acciones en las propias saunas dirigidas a la prevención del VIH y de infecciones como la hepatitis en los HSH, sobre todo si se cuenta con el apoyo de los gerentes y de los usuarios<sup>27,28</sup>. También se han valorado positivamente las estrategias de contacto mediante las nuevas tecnologías, de uso habitual para conocer parejas sexuales. De hecho, los contactos por vía virtual constituyen un nuevo modelo de intervención comunitaria<sup>29</sup>.

Por otra parte, se mencionó la necesidad de crear alarma social y el abandono de las campañas de prevención. Tal como se comentó, existe la necesidad de generar conciencia y establecer mejores canales de información sobre el impacto en la salud del hecho de vivir con la infección por el VIH.

Una de las limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra por razón de tiempo, ya que hubiera sido interesante conocer una mayor diversidad de posiciones. Sería conveniente disponer de otros discursos de HSH para futuras investigaciones. A pesar de ello, creemos que se logró aportar información relevante sobre esta línea de investigación. Entre las fortalezas del estudio cabe mencionar el contacto con personas que tenían confianza en el programa de cohorte de la ASPB, lo que facilitó profundizar en experiencias asociadas a la sexualidad.

En síntesis, entre las explicaciones asociadas a las prácticas sexuales de riesgo en un grupo de HSH destaca la concepción de una masculinidad con alta necesidad sexual, la posibilidad de experimentar con la sexualidad y la percepción normalizada de la infección por el VIH. Por lo tanto, es relevante incluir en las intervenciones de prevención, tanto individuales como comunitarias, las actitudes sobre sexualidad, el riesgo y la percepción del VIH desde una perspectiva de género.

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

El aumento de las infecciones por VIH en hombres que tienen sexo con hombres suele explicarse por la disminución de la percepción de riesgo atribuible a los avances en los tratamientos antirretrovirales. Se considera necesario realizar estudios que permitan conocer los motivos asociados a las prácticas sexuales de riesgo desde la perspectiva de los mismos hombres.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La explicación de las masculinidades con alta necesidad sexual legitima las prácticas sexuales de riesgo. Un contexto urbano donde no se percibe homofobia permite explorar y experimentar la sexualidad con mayor libertad. Se sugiere realizar acciones en el colectivo gay desde una perspectiva de género, así como incorporar información sobre lo que implica vivir con el VIH e innovar en las estrategias preventivas utilizando las nuevas tecnologías

#### Editora responsable del artículo

M<sup>ra</sup> Felicitas Domínguez-Berjón.

#### Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente

del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### Contribuciones de autoría

C. Jacques Aviñó diseñó el proyecto, realizó la recogida de datos, su análisis e interpretación, y redactó el artículo. P. García de Olalla y J.A. Caylà colaboraron en el diseño y la interpretación de los resultados del estudio, y en la revisión crítica del artículo. E. Díez y S. Martín realizaron la revisión crítica del artículo. Todos los autores aportaron ideas, revisaron los borradores del original y aprobaron la versión final.

### Financiación

Contó con el apoyo parcial de CIBERESP.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

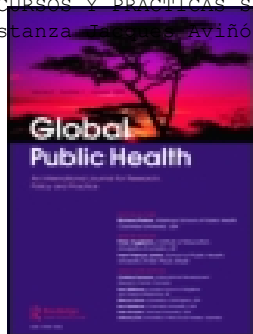
### Agradecimientos

Los autores agradecen sinceramente la participación de los informantes del estudio, sin cuya colaboración no hubiera sido posible este trabajo. Este estudio se realizó como tesina del máster oficial *Investigación etnográfica, teoría antropológica y relaciones interculturales*, de la Universidad Autónoma de Barcelona. También nuestro sincero agradecimiento a Verena Stolcke, tutora de C. Jacques Aviñó durante el máster, que realizó importantes contribuciones intelectuales y metodológicas.

### Bibliografía

1. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
2. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012;380:367-77.
3. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2011. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida; 2014.
4. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2015.
5. Conde F, Santoro P, Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Seisida. Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:139-52.
6. Xu J-J, Qian H-Z, Chu Z-X, et al. Recreational drug use among Chinese men who have sex with men: a risky combination with unprotected sex for acquiring HIV infection. *Biomed Res Int*. 2014;14:642.
7. Estrada MJ. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Acta Bioeth*. 2006;12:91-100.
8. Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned. *AIDS Educ Prev*. 2003;15:49-69.
9. Weiss M. Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry*. 1997;34:235-63.
10. Menéndez E. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*. 2008;20:5-50.
11. McNamee S, Hosking DM. Research and social change: a relational constructionist approach. New York/UK: Routledge; 2012.
12. Campbell D. Anthropology's contribution to public health policy development. *McGill J Med*. 2011;13:76.
13. Connell RW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gender & Society*. 2005;19:829-59.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19:349-57.
15. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet*. 2012;17:613-9.
16. Gayet C, Juárez F, Pedraza N, et al. Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población*. 2011;17:9-40.
17. Marcos Marcos J, Romo Avilés N, Lozano MR, et al. Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Glob Health Action*. 2013;6:21134.
18. Toledo J, Rojas M, Vera L. Masculinidad desde la diversidad. Sexo anal no protegido y su significado en hombres que tienen sexo con hombres en Mérida, Yucatán, México. En: Villagómez G, Escoffié E, Vera L, editores. Varones y masculinidades en transformación. Aspectos socioculturales, psicológicos, biomédicos y sexuales de los hombres. Colección Estudios sobre la Mujer y Relaciones de Género. Mérida, Yucatán: UADY; 2010. p. 289-303.
19. Ávila Rodríguez RM, Montenegro Martínez M. Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athena Digital - Revista de Pensamiento e Investigación Social*. 2011;11:27-49.
20. Tajfel H. Social psychology of intergroup relations. *Annu Rev Psychol*. 1982;33:1-39.
21. Warner M. Introduction: fear of a queer planet. *Soc Text*. 1991;29:3-17.
22. Guash O. Héros, científicos, heterosexuales y gays. En: Los varones en perspectiva de género. Barcelona: Ed. Bellaterra; 2006.
23. Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, et al. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med*. 2014;103:33-41.
24. Matser A, Heijman T, Geskus R, et al. Perceived HIV status is a key determinant of unprotected anal intercourse within partnerships of men who have sex with men in Amsterdam. *AIDS Behav*. 2014;18:2442-56.
25. Wilson P, Stadler G, Boone MR, et al. Fluctuations in depression and well-being are associated with sexual risk episodes among HIV-positive men. *Health Psychol*. 2014;33:681-5.
26. Fernández-Dávila P. «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gac Sanit*. 2007;21:471-8.
27. Huebner DM, Binson D, Pollack LM, et al. Implementing bathhouse-based voluntary counselling and testing has no adverse effect on bathhouse patronage among men who have sex with men. *Int J STD AIDS*. 2012;23:182-4.
28. Díez E, García de Olalla P, Carvajal S, et al. Intervenciones preventivas en saunas de hombres que tienen relaciones con hombres. Premios Virgilio Palacio, 4ª ed. 2006.
29. Holloway IW, Cederbaum JA, Ajayi A, et al. Where are the young men in HIV prevention efforts? Comments on HIV prevention programs and research from young men who have sex with men in Los Angeles county. *J Prim Prev*. 2012;33:271-8.

### 3.2 Artículo 2: *The Theory of Masculinity in Studies on HIV. A Systematic Review*



## Global Public Health

An International Journal for Research, Policy and Practice

ISSN: 1744-1692 (Print) 1744-1706 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/rgph20>

# The theory of masculinity in studies on HIV. A systematic review

Constanza Jacques-Aviñó, Patricia García de Olalla, Alicia González Antelo, Manuel Fernández Quevedo, Oriol Romaní & Joan A. Caylà

To cite this article: Constanza Jacques-Aviñó, Patricia García de Olalla, Alicia González Antelo, Manuel Fernández Quevedo, Oriol Romaní & Joan A. Caylà (2018): The theory of masculinity in studies on HIV. A systematic review, *Global Public Health*

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1493133>



Published online: 04 Jul 2018.



Submit your article to this journal [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



## The theory of masculinity in studies on HIV. A systematic review

Constanza Jacques-Aviñó<sup>a,b</sup>, Patricia García de Olalla<sup>a,c</sup>, Alicia González Antelo<sup>d</sup>,  
Manuel Fernández Quevedo<sup>a</sup>, Oriol Romani<sup>c,e</sup> and Joan A. Caylà<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Epidemiología, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>b</sup>Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, Spain; <sup>c</sup>Epidemiología y Salud Pública, CIBER, Spain; <sup>d</sup>Servicio Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona, Spain; <sup>e</sup>Medical Anthropology Research Center (MARC- URV), Tarragona, Spain

### ABSTRACT

This study aimed to describe the methodological characteristics of publications on HIV and masculinity, to identify possible information gaps and determine the main thematic areas. A systematic review was conducted of gender, masculinity, HIV infection and other sexually-transmitted infections in original articles published between 1992 and 2015. Original studies published from Pubmed and Scopus were included. A total of 303 articles were identified, of which 187 were selected. Most of the studies were qualitative and the most widely used technique was the interview. Twenty-nine-point five percent of studies were performed in South Africa, 20.8% in the USA, and 3.2% in Europe. Fifteen percent of the studies were performed in heterosexuals, 12.8% in men who have sex with men, and 60% did not specify the sexual orientation of the population. Eight thematic areas were defined, the most frequent being sexuality and risk behaviours, defined by men's need to demonstrate they were sexually active and a breadwinner. Most studies on HIV and masculinity show a gender bias by not specifying the sexual identity of the population. Studies should consider diversity in sexual and cultural identity in different contexts, including in Europe, to carry out more effective HIV interventions from a masculinity perspective.

### ARTICLE HISTORY

Received 16 February 2018  
Accepted 23 May 2018

### KEYWORDS

Masculinity; HIV; gender;  
sexual identity; systematic  
review

## Introduction

An estimated 37.9 million people live with HIV worldwide, of whom 17.2 million are men; transmission in women is believed to occur mainly through heterosexual practices (UNAIDS, 2015). In South Africa, men were found to be 25% more likely to die from AIDS than women, although women had a greater probability of becoming infected (Dovel, Yeatman, Watkins, & Poulin, 2015). Among men who have sex with men (MSM), the HIV epidemic continues to spread in most countries, especially in urban areas, where the prevalence of infection can be up to three times higher than in the general population (World Health Organization, 2016). As a social determinant of health, the gender perspective allows a deeper analysis of how the concept of masculinity contributes to the spread of HIV (ECDC, 2013).

Although there is abundant literature on the factors associated with HIV transmission, few studies have incorporated the masculinity (Gash & Tomás, 2015). Masculinity is a social construct that depends on both social interactions and social expectations that judge men and their behaviours in each culture (Fleming, DiClemente, & Barringtons, 2016). That is, masculinity not only refers to what men do but also to what they are expected to do, it is a set of beliefs and practices. This suggests



that a person becomes a man or a woman because he or she acts in a certain way, which is determined by a cultural pattern. On the one hand, there is conformity with traditional masculinity, which represents an increase in health risks, a position that corresponds to hegemonic masculinity (Connell & Messerschmidt, 2005). This masculinity is related to a reluctance to lose the status of supremacy and to advocate greater gender equality (Welzer-Lang, 2010). From this position men faced the ideal stereotype where physical resilience is valorised, avoiding to seek healthcare and engage in preventing activities, since they do not want to show weakness (Jewkes et al., 2015). On the other hand, there is subordinate masculinity, which refers to groups classified as marginal, whether because of their ethnicity or sexual orientation and which is created as a result of comparison of culturally dominant ideals of masculinity, possibly leading to worse health compared with other groups of men (Connell & Messerschmidt, 2005; Evans, Frank, Oliffe, & Gregory, 2011). In other words, not all men enjoy the same status and hierarchy; in fact, in sexual relationships between men, there is probably a lack of horizontality to negotiate preventive measures in collectives that could be more vulnerable, such as immigrants or young men (Connell, 2012).

Therefore, in addition to gender, ethnic-racial origin and social class need to be considered to understand the spread of HIV (Dworkin, 2005). This implies a consideration of gender as a social dimension that involves power relations, the intersection of other axes of inequality and questioning of a dual model of the sex-gender system. Masculinity is not a static category and resists a universal reading of behaviours related to HIV transmission, such as condom use and having multiple partners (Fleming et al., 2016). It also suggests the need to consider sexual orientation and assign visibility to identity, since both are key factors in carrying out effective interventions in HIV prevention (Harper, 2007). In fact, gender framework that only target men as holders of power and privilege miss the many men who do not to identify as such and who may be committed to challenging hegemonic gender roles that negatively impact men and women (Peacock, Stemple, Sawires, & Coates, 2009).

We believe it timely to identify the 'state of art' of a topic that has been little studied by public health researchers. We argue that showing every topic on masculinity and HIV provides relevant information for the critical analysis of existing knowledge. The aim of this study was to describe the methodological characteristics and the thematic areas of studies on HIV and masculinity and to identify missing but important factors for intervention strategies.

## Methods

Search strategy: a systematic review was conducted following the PRISMA statement to identify, evaluate and summarise the current state of a specific topic using systematic and transparent processes (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). We searched for articles exploring HIV within a masculinity framework published between 1992, when the first article was published, and December 2015. We included qualitative studies and original quantitative studies published in Spanish, English and Portuguese.

The search was conducted in Pubmed, as the leading database for biomedical research, and Scopus, from which we selected only manuscripts classified as Social Sciences. Medical subject headings were used with the following key terms: (gender) AND (masculinity) AND (HIV OR AIDS OR 'Viral Sexually Transmitted Disease' OR 'Bacterial Sexually Transmitted Disease').

The following information was gathered from selected articles: type of study, design and data collection techniques. The following information was gathered on the characteristics of the sample: age range, according to the WHO classification, sex/gender and sexual orientation as specified in the article. Although race is a controversial term, we decided to use the same terms as those used in the articles to avoid altering the results; we also gathered data on whether participants belonged to a specific ethnic group or whether they were immigrants. Information was also gathered on any indicators of social position, such as income, occupation, educational attainment and/or a description of the neighbourhood of the sample. Finally, we included the area (rural and/or urban) where the study was performed and the country.

**Selection of reviewed studies:** first, we excluded duplicate studies. Second, we excluded articles that were unavailable or written in other languages. Third, the articles were read in their entirety to select those including the theory of masculinity, note the methodology, and identify the thematic area. The review was conducted by two researchers who collected the data from each manuscript in a database. The findings were discussed to reach a consensus on the results and validate them.

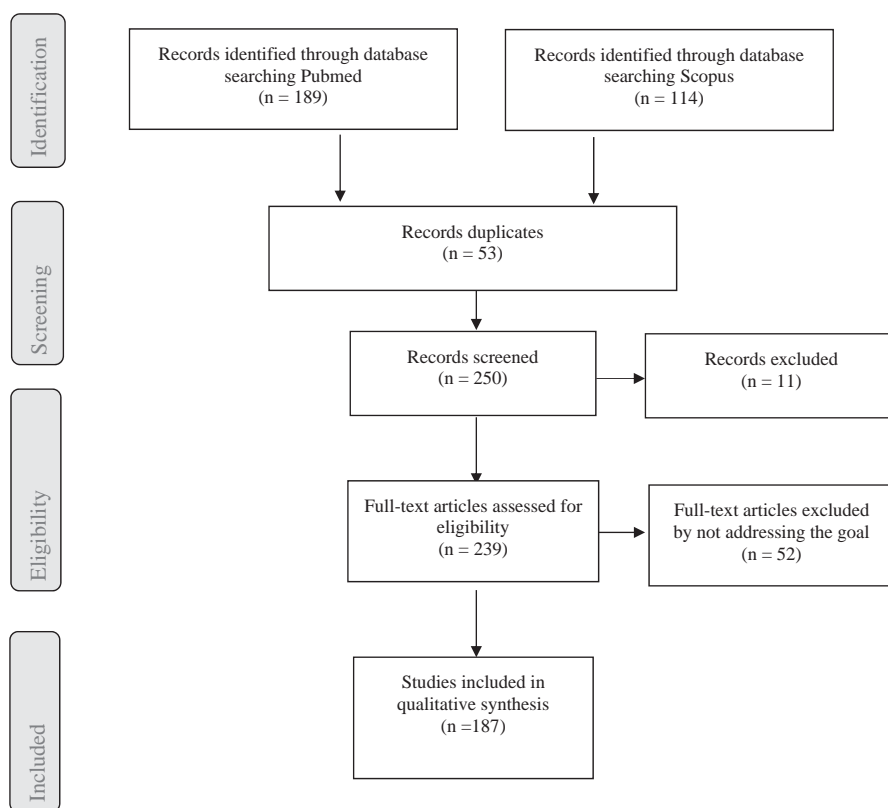
**Selection of themes:** after reading the first 50 articles, we created 8 thematic areas, which were adjusted during the research and triangulated with public health researchers and medical anthropologists. A narrative summary was made of quantitative and qualitative studies.

## Results

A total of 303 articles were identified, of which 115 were excluded because they did not meet the inclusion criteria. The final sample consisted of 187 articles (Figure 1). No articles were found on masculinity and a sexually-transmitted infection (STI) other than HIV.

Most studies were conducted in urban areas (37%), followed by rural settings (20%) and, to a lesser extent, in both contexts (11%). The country producing the most studies was South Africa (29.5%), followed by the United States (20.8%). The continent with the largest percentage of studies was Africa (53%), followed by America (North America: 25.6%; Latin America and the Caribbean: 11.2%), Asia (4.3%), Western Europe (3.2%) and Oceania (2.7%) (Table 1).

Most studies were qualitative (75.4%), mainly using interviews (54.2%), followed by studies combining interviews with focus groups (19.1%). Ethnographic studies were less common (16.3%). Among quantitative studies, the most common design was cross-sectional (90.6%). Mixed studies included cybercartography and Internet-based data collection (Table 2).



**Figure 1.** Flow chart of studies included in analysis on masculinity and HIV.



**Table 1.** Distribution by country of studies on HIV and masculinity reviewed.

Country	Nº de articles	%
South Africa	54	29.0
USA	38	20.3
Brazil	10	5.4
Zimbabwe	9	4.9
Uganda	8	4.3
Tanzania	6	3.2
México	5	2.7
Australia	5	2.7
Canada	4	2.1
Namibia	4	2.1
Swaziland	3	1.6
Kenia	3	1.6
Mozambique	3	1.6
UK	3	1.6
Dominican Republic	3	1.6
China	2	1.1
Spain	2	1.1
Malawi	2	1.1
Peru	2	1.1
Zambia	2	1.1
India	2	1.1
Thailand	2	1.1
Caribbean	2	1.1
Bangladesh	1	0.5
Democratic Republic of Congo	1	0.5
Nigeria	1	0.5
Burkina Faso	1	0.5
Cameron	1	0.5
USA /Canada	1	0.5
Guatemala	1	0.5
Jamaica	1	0.5
Paraguay	1	0.5
Puerto Rico	1	0.5
Sweden	1	0.5
Vietnam	1	0.5
Zimbabwe / South Africa	1	0.5
Total	187	100

**Table 2.** Characteristics of studies on HIV and masculinity according to type of research study and design.

Type of study	N(%)	Study design	N(%)		
Qualitative study	141(75.4)	Ethnography	1 (0.7)		
		Interview	76(53.9)		
		Focus group	14(10)		
		Focus group / Interview	27(19.1)		
		Ethnography / Interview	13(9.2)		
		Ethnography / Focus group	1(0.7)		
		Ethnography / Focus group / Interview	9(6.4)		
		Total	141(100)		
		Quantitative study	32 (17.1)	Cross-sectional	29(90.6)
				Longitudinal	3(9.4)
Total	32(100)				
Mixed methods	14 (7.5)	Cross-sectional / Interview	7(50)		
		Cross-sectional / Focus group	1(7.1)		
		Cross-sectional / Focus group / Interview	4(28.6)		
		Cybercartography	2(14.3)		
		Total	14(100)		

The study population consisted of men only in 66.9% of the studies, while both men and women were included in 27.8%. Few studies included transgender persons (Table 3). Most studies (50.8%) included age groups ranging from adolescents to adults, while no studies were found in persons older than 60 years. There was a predominance of studies performed in heterosexuals only (15%), followed by heterosexuals and MSM (10.7%), and MSM and homosexuals (12.8%). No information was provided on sexual orientation in 60% of the studies. Concerning ethnic-racial origin, notable were studies performed in specific ethnic groups (21.4%), mainly from African countries, and those conducted in black or mulatto populations (15.6%), mainly from the US (Table 3). Most studies (77.5%) reported at least one indicator related to the social position of the population.

### **Thematic areas**

The most important findings in each thematic area of the studies on HIV and masculinity are described below (Table 4).

#### **Sexuality and risk behaviours**

A total of 41.6% of the studies on this thematic area were from African countries, 20.2% were from Latin America and 20.2% from the US. Almost half (46.4%) of the studies did not specify sexual orientation, while 27.4% were performed in heterosexuals only and in heterosexuals who also identified as other sexual orientations, 19% in homosexuals and MSM and other sexual orientations. In these studies, the ideology of masculinity was related to having multiple partners and being heterosexual. Sexual desire was experienced as uncontrollable, thus justifying risk behaviour. There was a perceived invulnerability to STI/HIV transmission, correlated with condom use among only a minority and its discontinuation after the early stage of a relationship. The dominant masculine norms were related to unprotected sex, rejection of HIV tests, and not seeking help on sexual health; 'real' men were defined as being socially visible and the head of the family. Women were being responsible for condom use and homosexuals for HIV transmission. Among adolescents of any sexual orientation, risk behaviours were frequent, motivated by peer pressure and by early initiation of sexual relations to conform to a hegemonic view of masculinity.

In studies in MSM or homosexuals, participants showed a preference for penetrative anal sex when they wanted to hide their homosexuality; this form of sex was considered low-risk for HIV acquisition. Men adopting the passive position, who were normally younger and with a more 'feminine' phenotype, had a lesser perception of control during the relationship, including their participation in the decision to use a condom. Internet sites used by men to meet bareback sex partners were characterised by a hegemonic profile of masculinity emphasising physical appearance, and sex with multiple partners.

Among non-gay-identified African-American MSM in the US, the risk of HIV infection was related to cultural norms supporting secrecy and privacy in personal matters and to the unpremeditated nature of sexual contacts with other men.

#### **Social and interpersonal relations**

More than half (55.5%) of the studies were performed in African countries. Most (66.6%) did not enquire about the sexual orientation of the sample. Among studies providing this information, 22.2% were conducted in homosexuals and MSM. This section describes how men construct their social identity, highlighting the social group, body image and physical strength. Hegemonic masculinity was characterised by economic power and having multiple sexual partners, leading to shared sexual but not emotional experiences among friends with little discussion about protection measures. Among heterosexuals, reasons for having concurrent sexual relations were an inability to control sexual desire and a lack of trust in women, who were perceived as being too empowered. Also, it

**Table 3.** Characteristics of populations included in HIV and masculinity studies.

Age group		Sex		Sexual Identity		Indicator social class		Race/ Ethnic /migrant	
N(%)		N(%)		N(%)		N(%)		N(%)	
Adolescent 13–19 years	16 (8.6)	Men	125(66.9)	Heterosexual	28(15)	Available	145(77.5)	Black & coloured	29(15.6)
Young 20–24 years	4(2.1)	Women	6(3.2)	MSM	18(9.6)			Latino	6(3.2)
Adult 25–59 years	25(13.4)	Trans <sup>b</sup>	0(0)	Homosexual	6(3.2)			Black & white	6(3.2)
Aging >60 years	0(0)	Men & women	52(27.8)	Bisexual	3(1.6)			Black, white & other	25(13.4)
Adolescent & young (13–24 years)	23(12.3)	Men & trans	3(1.6)	MSM <sup>a</sup> & heterosexual	20(10.8)			Black, coloured & other	1(0.5)
Adolescent & young & adult (13–59 years)	95(50.8)	Men, women & trans	1(0.5)					Black & latino	2(1)
Children (<13 years)	1(0.5)							Ethnic group	40(21.4)
								Migrant	6(3.2)
Not specified	23 (12.3)	Not specified	0(0)	Not specified	112(60)	Not specified	42(22.5)	Not specified	72(38.5)
Total	187(100)	Total	187(100)	Total	187(100)	Total	187(100)	Total	187(100)

<sup>a</sup>MSM: men who have sex with men.

<sup>b</sup>Trans: Transsexual or transgender.

**Table 4.** Thematic areas of the studies on HIV and masculinity.

Themes	N° of articles <i>N</i> (%)	Bibliographic references
Sexuality and Risk Behaviors	84(44.9)	Aubé-Maurice et al. (2012); Baidoobonso, Bauer, Speechley, and Lawson (2013); Bhagwanjee et al. (2013); Bhana and Anderson (2013); Bowleg et al. (2011); J. Brown, Sorrell, and Raffaelli (2005); R. A. Brown, Kennedy, Tucker, Golinelli, and Wenzel (2013); C. A. Campbell (1995); C. Campbell (1997); Carballo-Díeguez et al. (2006); Chapple (1998); Clark et al. (2013); Dahlback, Makelele, Yamba, Bergstrom, and Ransjo-Arvidson (2006); Devries and Free (2010); Do Valle (2008); Dowsett, Williams, Ventuneac, and Carballo-Díeguez (2008); Doyal, Anderson, and Paparini (2009); Fernández-Dávila et al. (2008); Fields et al. (2012); Fontdevila (2006); Fordham (1995); Gonçalves and Da Silva (2002); Graham (2015); Groes-Green (2009); Grov, Parsons, and Bimbi (2010); Guerreiro, Ricardo, Ayres, and Hearst (2002); Halkitis et al. (2008); Harrison, O'Sullivan, Hoffman, Dolezal, and Morrell (2006); Hegamin-Younger, Jeremiah, and Bilbro (2014); Husbands et al. (2013); Jacques Aviñó, García de Olalla, Díez, and Martín (2015); Johns, Pingel, Eisenberg, Santana, and Bauermeister (2012); Joshi (2010); Junior, Gomes, and Do Nascimento (2012); Kendall, Herrera, Caballero, and Campero (2012); Kennedy et al. (2013); M. E. Khan, Mishra, and Morankar (2008); S. I. Khan, Hudson-Rodd, Saggars, and Bhuiya (2005); Kogan, Cho, Barnum, and Brown (2015); Langeni (2007); Larkin, Andrews, and Mitchell (2006); Leidens, Estermann, Sacchi, and Montano (2004); Levinson, Sadigursky, and Erchak (2004); Lorway (2006); Lusey, Sebastian, Christianson, Dahlgren, and Edin (2014); Lynch, Brouard, and Visser (2010); Macia, Maharaj, and Gresh (2011); Malebranche, Gvetadze, Millett, and Sutton (2012); Mankayi and Naidoo (2011); Mankayi (2008, 2009); Mfecane (2012); Mindry, Knight, and van Rooyen (2015); Mufune (2009); Mugweni, Pearson, and Omar (2015); Muparamoto (2012); Murphy and Boggess (1998); Nzioka (2001); Operario, Smith, and Kegeles (2008); Persson and Richards (2008); Pettifor, Macphail, Anderson, and Maman (2012); Plummer (2013); Raiford, Seth, Braxton, and Diclemente (2013); Robertson et al. (2013); Senn, Scott-Sheldon, Seward, Wright, and Carey (2011); Shai, Jewkes, Nduna, and Dunkle (2012); Shefer and Ngabaza (2015); Shefer et al. (2008); Singh et al. (2010); D. J. Smith (2007); Sommer, Likindikoki, and Kaaya (2015); Stern and Buikema (2013); Stern, Clarfelt, and Buikema (2015); Stern, Rau, and Cooper (2014); Taquette, Rodrigues de Oliveira, Bortolotti, and Rodrigues (2015); Uribe-Salas, Conde-González, Magis-Rodriguez, and Juarez-Figueroa (2005); Van Tuan (2010); Walcott et al. (2014); Wamoyi et al. (2015); Wheldon (2010); Wyrod (2011).
Social Relationships	27(14.4)	Artazcoz, Moya, Vanaclocha, and Pont (2004); Bandali (2011); Shari L Dworkin and O'Sullivan (2005); P. J. Fleming, Andes, and Diclemente (2013); P. J. Fleming, Barrington, Perez, Donastorg, and Kerrigan (2014); García, Lechuga, and Zea (2012); McInnes, Bradley, and Prestage (2009); Morrell and Jewkes (2011); Muñoz-Laboy et al. (2012); Muñoz-Laboy, Severson, and Bannan (2014); Pulerwitz and Barker (2007); Ragnarsson, Townsend, Ekstrom, Chopra, and Thorson (2010); Ragnarsson, Townsend, Thorson, Chopra, and Ekstrom (2009); Reihling (2013); Rich, Nkosi, and Morojele (2015); Shefer, Clowes, and Vergnani (2012); A Simpson (2005); Anthony Simpson (2007); G. Smith, Kippax, and Chapple (1998); Tersbøl (2006); Thien and Del Casino (2012); Townsend, Ragnarsson, et al. (2011); Van Klinken (2012); Walker (2005); Wamoyi, Fenwick, Urassa, Zaba, and Stones (2011).
Access to Diagnosis and Treatment	25(13.4)	Barnabas Njozing, Edin, and Hurtig (2010); Bila and Egrot (2009); Chikovore et al. (2014); Chikovore, Hart, Kumwenda, Chipungu, and Corbett (2015); Duck (2009); Galvan, Bogart, Wagner, Klein, and Chen (2014); Gari, Martin-Hilber, Malungo, Musheke, and Merten (2014); Lyttleton (2004); Mavhu et al. (2010); Mburu, et al. (2014); Mfecane (2011, 2012); Natrass (2008); Nyamhanga, Muhondwa, and Shayo (2013); Parent, Torrey, and Michaels (2012); Pearson and Makadzange (2008); Saleh, Operario, Smith, Arnold, and Kegeles (2011); Sikweyiya, Jewkes, and Dunkle (2014); Siu, Seeley, and Wight (2013); Siu, Wight, and Seeley (2012, 2014); Siu and Seeley (2014); Skovdal, Campbell, Nyamukapa, and Gregson (2011); Skovdal, Campbell, Madanhire, et al. (2011); Wyrod (2013).
Prevention and Intervention Evaluation	15(8.0)	Dageid, Govender, and Gordon (2012); Daniels, Crum, Ramaswamy, and Freudenberg (2011); Shari L Dworkin, Hatcher, Colvin, and Peacock (2013); P. J. Fleming, Barringtons, Perez, Donastorg, and Kerrigan (2015); Foley, Powell-Williams, and Davies (2015); Gibbs (2015); Hatcher, Colvin, Ndlovu, and Dworkin (2014); Jobson (2010); Kageha Igonya and Moyer (2013); Mufune (2009);

(Continued)

**Table 4.** Continued.

Themes	N° of articles <i>N</i> (%)	Bibliographic references
Violence	14(7.5)	S. D. Rhodes et al. (2014); Van Den Berg et al. (2013); Verma et al. (2006); Viitanen and Colvin (2015) Brear and Bessarab (2012); Christofides et al. (2014); Clüver, Elkonin, and Young (2013); Decker et al. (2009); Dunkle et al. (2004, 2007); S. L. Dworkin, Colvin, Hatcher, and Peacock (2012); Gibbs, Sikweyiya, and Jewkes (2014); Jewkes, Morrell, Sikweyiya, Dunkle, and Penn-Kekana (2012); Jewkes, Nduna, Shai, and Dunkle (2012); Mugweni, Pearson, and Omar (2012); Mulrenan, Colombini, Howard, Kikvi, and Mayhew (2015); Townsend, Jewkes, et al. (2011); Walsh and Mitchell (2006)
Social Stigma	13(7.0)	Balaji et al. (2012); Fields et al. (2015); Halkitis and Parsons (2003); Harrison (2000); Herrick et al. (2013); Kisler and Williams (2012); LaPollo, Bond, and Lauby (2013); Quinn and Dickson-Gomez (2015); Severson, Muñoz-Laboy, and Kaufman (2014); Tapia (2015); Vasques-guzzi and Varas-diaz (2012); Verduzco (2014)
Paternity	6(3.2)	Asander, Rubensson, Munobwa, and Fixelid (2013); Harrington et al. (2015); Highton and Finn (2015); Jadwin-Cakmak, Pingel, Harper, and Bauermeister (2015); Mbekenga, Lugina, Christensson, and Olsson (2011); Taylor, Mantell, Nywagi, Ciske, and Cooper (2013).
Male Circumcision	3(1.6)	Adams and Moyer (2015); Humphries, van Rooyen, Knight, Barnabas, and Celum (2015); Khumalo-Sakutukwa et al. (2013).
Total	187 (100)	

was a way of coping with the difficulty of complying with a hegemonic masculine role due to unfavourable socioeconomic conditions, unemployment and low self-esteem. Men who reported having an alternative masculinity, were those who most strongly supported gender equity.

In contrast, homosexuals who disclosed their sexual orientation were more likely to reveal their HIV-serostatus, which was associated with better health outcomes. Latino men residing in the US reported that factors favouring communication were acculturation to the host environment and social support.

### **Access to diagnosis and treatment**

This topic was mainly studied in articles from African countries (84%), with most (89.5%) not reporting the sexual orientation of the sample. Hegemonic masculinity implied that a man was respectable, independent, and a breadwinner, which was related to resistance to self-care. This belief was a barrier to accessing the health system for HIV tests or undergoing follow-up, since men did not want to be identified as seropositive in their communities. HIV-seropositive was associated with homosexuality and social stigma and with disappointing social expectations. This rejection led men to deny their illness, with HIV-positive men only accessing the health system when they developed serious complications or were in poor general health; some even used women to obtain anti-retroviral treatment. In contrast, facilitators to HIV-testing were the desire for good health and for a longer life, the perception of family support, faith in a supreme being, and trust in health authorities. Among HIV-positive men, participating in support groups represented an abandonment of hegemonic masculinity and greater treatment adherence.

In the US, heterosexual self-presentation was a barrier to HIV-testing in MSM. A study in African-American MSM who did not identify as gay revealed the huge difficulty of accessing HIV prevention counselling.

### **Prevention and intervention assessment**

A total of 60% of studies on interventions were conducted in African countries, 20% were performed in the US and 8% in Latin-American countries. Eighty percent did not specify the sexual orientation of the sample; among those that did, 13.3% were conducted in MSM and were carried out in

Guatemala and the US. These studies revealed that male sexuality was based on hegemonic masculinity. Studies in Africa assessed mainly educational programmes such as *One Man Can* and *Stepping Stones*. The participants indicated that the programmes had shifted men's attitudes to gender roles and power relations toward greater gender equality, had improved communication with their partners and reduced alcohol consumption, increased safe sex practices and reduced violence. Among the barriers to maintaining these changes were an inability to fulfil the role of breadwinner due to unemployment and peer pressure. It has been proposed that factors such as ethnic group and social class should be integrated into interventions.

Studies exploring factors facilitating HIV-prevention programmes suggest the need to take into account the price men pay when renouncing hegemonic masculinity, that is, the need to propose alternative masculinities and include sociocultural expectations, as well as men's affective relationships. In HIV-seropositive men, steps to increase treatment access included disclosure of serological status, as a first step in accepting the disease, and encouraging participation in support groups to improve psychological and sexual wellbeing. In schools, the use of teaching and learning materials that question dominant forms of masculinity has been proposed as a means to combat HIV-related discrimination and homophobia.

### **Violence**

Most of the studies on violence were from African countries (92.9%). None of them specified the sexual orientation of the population, except one study conducted in heterosexual men. Research centred on sexual violence to explain HIV transmission in women. This behaviour reinforced a model of masculinity promoting recurrent sexual partners and physical violence toward women. Men internalised the idea of having control over women and hierarchical gender roles. In these contexts, adolescent girls felt coerced by older men wanting to buy sex and pressured by their boyfriends to have sexual relations before they felt ready and to increase the frequency of relations. In socially disadvantaged urban areas with a high prevalence of HIV infection, young men saw gang membership and violence as a way of demonstrating their masculinity and position within the social order. Men with a tendency to abuse women were more likely to be HIV-infected and to oblige women to have forced sex.

### **Social stigma**

Studies on stigma were performed mainly in the US (61.5%) followed by Latin-America (23.1%), with no studies were identified from Africa. All the studies were conducted in populations including MSM and homosexuals. Hidden homoerotic desire led to men having fewer strategies to negotiate safe-sex practices, thus exposing themselves to STI infection. These practices produced a series of emotions such as guilt, shame, fear and sadness that may develop into mental health issues such as depression and anxiety.

Studies focusing on African-American men in the US report that social constructs of gender led participants to equate homosexuality with femininity, which in turn led them to adopt a hypermasculine and hypersexualized image with their female partners in order to meet social expectations. Hypermasculine men showed greater internalised homonegativity. Fear of rejection or actual rejection by the social environment led to risk behaviour and a higher probability of HIV exposure. The studies highlight the importance of adopting a traditional masculine role, with no expression of feelings, despite their sexual identity, to integrate in society. Compared with groups of white men, African-American men had a greater fear of 'coming out of the closet' mainly due to a fear of losing the support of the black community, in which the church plays a strong role.

### **Paternity**

Fifty percent of the studies on paternity were performed in Africa and 33.3% in Europe. Half of the studies were conducted in the heterosexual population and 16.6% in MSM and homosexuals.

Hegemonic notions of masculinity intersected with the belief that men needed to demonstrate their sexual prowess and their mental and physical wellbeing; thus, siring a child became a symbol of virility with roles and responsibilities. Some fathers feared transmitting the HIV virus to their children, generating tension in the entire family. In general, men played little part in health services related to reproduction and child raising. HIV-positive immigrant men with children who had difficulty in understanding medical information and who wanted to be involved in child care mistakenly feared infecting their children. Also mentioned was the desire to be seen to be responsible and resilient and to be a committed father as a useful strategy to combat the stigma of HIV infection.

### **Male circumcision**

The 3 studies found on male circumcision were performed in distinct cultural contexts of African countries. None of these studies specified the sexual orientation of the population. Some participants considered it a threat, since it reduced sensitivity and reduced sexual pleasure and could sometimes have irreversible adverse effects on sexual function. In contrast, elsewhere, circumcision was reducing HIV transmission and even with increasing sexual pleasure, for both men and women. It has been suggested that circumcision programmes should be culturally adapted to different contexts and include both men and women in the target population.

### **Discussion**

The studies reviewed highlighted a hegemonic model of masculinity characterised by men's need to demonstrate their sexual prowess and provide for the family. Notions of sexuality were supported by deterministic arguments like 'men will be men'. However, cultural norms have influenced the idea that men are driven to seek opportunities to satisfy their sexual desires (Fleming et al., 2016). The ability to earn money assigned value and status, making work a higher priority than health (Courtenay, 2000). From this viewpoint, men take an instrumental view of health in which the body is seen as an efficient machine with few needs for care and is resistant to disease (Möller-Leimkühler, 2002). These traditional roles assign men qualities such as bravery, risk and other associated characteristics that make them susceptible to contracting HIV and other STI (Möller-Leimkühler, 2002). These behaviours are socially rewarded and may even be admired, since they are ways of achieving power (Juliano, 2010). In this sense, the presence of women in the review was uncommon and when it appeared was normally assuming culpability for the transmission of HIV or the place of the victim. These patterns of violence towards women have been associated with countries where policies with gender inequality predominate and where abuse towards women is a social norm (Heise & Kotsadam, 2015).

Most of the studies on masculinity were conducted in sub-Saharan Africa and the US (73.6%), while studies in Western Europe, despite the number of publications on gender and health, were very scarce (3.2%) and the few identified were performed mainly in the immigrant population. Consequently, persons of Roma ethnicity, for example, were not included in any of the articles reviewed. Studies from the US focused in ethnic minorities (African American or Latino) and mainly concerned conflicts related to same-sex attraction among men. This possible tension in gender role led to men adopting an image of hypersexualized masculinity to gain acceptance by the community (Zeglin, 2015). It would seem, therefore, that western Caucasian men are not seen as suitable for study from the gender perspective. In the US, race and ethnic background have been used as cause of discrimination, marginalisation, and even subjugation (González et al., 2003). Nonetheless, that the invisibility of white American and European in studies of masculinity leads one to think that cultural determinants of gender do not influence their behaviour, but that is not the case. On the contrary, we believe that more studies are needed in this population in order to know the practices and beliefs that are also influenced by the models of masculinity, since focusing just on ethnic minorities or non-Caucasian populations can promote stereotypes and prejudices towards these



communities. In this way, another notable finding was that the studies including an indicator of social class focused on the most disadvantaged classes, suggesting that masculinity is only worth studying in these sectors of the population. These results could be analyzed under a postcolonial approach, when language has been predominantly attached in fixed western epistemologies of class divisions, heterosexism, and racializing reproduction (Darder, 2018).

Most of the studies (60%) contained no information on the sexual orientation of the population, although the contents of these articles suggested that the sample consisted of heterosexuals. That is, there is a denial of homoerotic relationships, taking for granted that men only feel attracted to and have sexual relationships with women. This invisibility of sexual minorities, especially in research conducted in African countries, shows how a heteronormative model is accepted by researchers themselves. In this regard, laws and policies on acceptance or non-acceptance of homosexuality are a structural determinant that varies from country to country, and that influence vulnerability to contracting HIV (Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton, & Mahal, 2008). This gender bias has negative health repercussions, not only in gay-identifying but also in anyone belonging to an identity category other than heterosexual. In fact, the social stigma of same-sex attraction can lead to major conflicts and health repercussions (King et al., 2013). Therefore, the assumption of the health system that the population is heterosexual is a barrier to prevention measures and places homosexual men at risk. As well as men that not define themselves as homosexuals, or are not identified like MSM, but who have sexual relationships with other men (Díaz, 1999; Souleymanov & Huang, 2016).

The lack of research on masculinity in MSM, gay collective or non-straight sexual identities, reveals the need to gain deeper insight into their models of masculinity and how these groups have internalised traditional models in the social fact of being male. On the other hand, the relationship between sexual diversity and the cultural context should be considered. In this sense, it is important to understand the context of sexual interactions which are necessarily social and involves the complex relationship between sexual behaviour, sexual identity and the meaning of sexuality (Parker, 2009).

The predominance of qualitative methodology revealed the aim of articulating data within a theoretical framework. In fact, factors such as ethnicity, economic status and sexuality were frequently treated simply as variables to be controlled in the statistical analysis and were less frequently studied from a social and gender perspective (Courtenay, 2000). Consequently, closer linkage between epidemiology and social sciences is advisable in studies on social determinants in health (Rhodes & Simic, 2005). From public health research it requires us to move beyond the overly neat analytic distinctions and include community experience (Parker, Aggleton, & Perez-Brumer, 2016).

One of the limitations of this study is the lack of inclusion of other bibliographic databases that could have increased the number of studies reviewed. However, the databases chosen are the most widely used in biomedicine and social sciences. On the other hand, not researching the theoretical framework used in the manuscripts was a limitation due to the use of a systematic review that puts the accent on data collection (PRISMA) and not in a theoretical debate. Therefore, we suggest examining models that use the theory of masculinity in public health research, as well as incorporating other disciplines that study this topic in order to learn about different ways of approaching it. The main strength of this review is that it achieved information saturation and included many articles, thus allowing closer assessment of the quality of the scientific literature and identification of gaps in existing knowledge. Therefore this study differs from other reviews; this is the first exhaustive review of the literature on masculinity and HIV that provide lack of relevant information in this issue.

Currently, the challenge for public health lies in incorporating a deeper analysis of distinct masculinities and their underlying power relations. Such an analysis would help to explain the morbidity and mortality of certain health problems affecting mainly men, such as road traffic accidents and problems with drugs (Borrell & Artazcoz, 2007). Analysis of the concept of hegemonic masculinity is important to favour prevention by promoting a change in masculine norms, in which reflection



and dialogue are a fundamental strategy for health promotion and HIV prevention (Connell & Messerschmidt, 2005; Jewkes et al., 2015). The gender perspective not only seeks to find differences between genders but also to investigate the processes reproducing these differences (Buschmeyer, 2013). This requires an understanding of the HIV epidemic from a syndemic model, which takes into account social interactions, social inequalities and the characteristics of HIV infection (Singer, Bulled, Ostrach, & Mendenhall, 2017). In this regard, the perspective of Intersectionality is of interest, as it proposes an analysis of power relations that can give rise to inequality, combining gender, race/ethnicity and social class (Christensen & Jensen, 2014). We believe that both perspectives provide a good public health framework for analyzing the relationship between disease and social research that includes social conditions, stigmatisation, or structural violence.

In summary, most studies on HIV and masculinity show a gender bias by not address the sexual identity of the population. In addition, the most widely investigated topic was sexuality and risk behaviour, demonstrating that men were legitimised by always being ready for sex. On the other hand, studies on masculinity and HIV were invisible from Western culture, a classic discussion between science and power that refers to the hierarchy between the knowledge productions. That issue requires reflexive process into public health to promote an intercultural sensitivity in its research and intervention. Future studies should be considered, diversity in sexual and cultural identity and European population, on the other, the mechanisms (eg, education, the media, nuclei of sociability) through which patterns reinforcing a hegemonic model of masculinity facilitating the acquisition of HIV and other STI.

## Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

## References

- Adams, A., & Moyer, E. (2015). Sex is never the same: Men's perspectives on refusing circumcision from an in-depth qualitative study in Kwaluseni, Swaziland. *Global Health Action*, 10(5–6), 721–738.
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., & Pont, P. (2004). Adult health. *Gaceta Sanitaria*, 18(Suppl. 1), 56–68.
- Asander, A., Rubensson, B., Munobwa, J., & Faxelid, E. (2013). “We have taken care of our children according to an african-swedish method”: HIV-infected ugandan parents in sweden. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(5), 791–808.
- Aubé-Maurice, J., Clément, M., Bradley, J., Lowndes, C. M., Gurav, K., & Alary, M. (2012). Gender relations and risks of HIV transmission in South India: The discourse of female sex workers' clients. *Culture, Health & Sexuality*, 14(6), 629–644. doi:10.1080/13691058.2012.674559
- Baidooobonso, S., Bauer, G. R., Speechley, K. N., & Lawson, E. (2013). HIV risk perception and distribution of HIV risk among African, Caribbean and other Black people in a Canadian city: Mixed methods results from the BLACCH study. *BMC Public Health*, 13, 184.
- Balaji, A. B., Oster, A. M., Viall, A. H., Heffelfinger, J. D., Mena, L. A., & Toledo, C. A. (2012). Role flexing: How community, religion, and family shape the experiences of young black men who have sex with men. *AIDS Patient Care STDS*, 26(12), 730–737.
- Bandali, S. (2011). Exchange of sex for resources: HIV risk and gender norms in Cabo Delgado, Mozambique. *Culture, Health & Sexuality*, 13(5), 575–588. doi:10.1080/13691058.2011.561500
- Barnabas Njizing, N. N., Edin, K. E., & Hurtig, A.-K. (2010). “When I get better I will do the test”: Facilitators and barriers to HIV testing in Northwest Region of Cameroon with implications for TB and HIV/AIDS control programmes. *Sahara J South Africa*, 7(4), 24–32. doi:10.1080/17290376.2010.9724974
- Bhagwanjee, A., Govender, K., Reardon, C., Johnston, L. G., George, G., & Gordon, S. (2013). Gendered constructions of the impact of HIV and AIDS in the context of the HIV-positive seroconcordant heterosexual relationship. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18021.
- Bhana, D., & Anderson, B. (2013). Gender, relationship dynamics and South African girls' vulnerability to sexual risk. *African Journal of AIDS Research South Africa*, 12(1), 25–31.
- Bila, B., & Egrot, M. (2009). Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 69(6), 854–861.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2007). 5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación En Género y Salud. *Sociedad Española de Epidemiología*.

- Bowleg, L., Teti, M., Massie, J. S., Patel, A., Malebranche, D. J., & Tschann, J. M. (2011). "What does it take to be a man? What is a real man?": Ideologies of masculinity and HIV sexual risk among Black heterosexual men. *Culture, Health & Sexuality*, 13(5), 545–559.
- Brear, M., & Bessarab, D. (2012). Perspectives on intimate partner violence in Swaziland amongst 18-29-year-old men undergoing medical circumcision. *Culture, Health & Sexuality*, 14(1), 31–43.
- Brown, J., Sorrell, J., & Raffaelli, M. (2005). An exploratory study of constructions of masculinity, sexuality and HIV/AIDS in Namibia, Southern Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 7(6), 582–598.
- Brown, R. A., Kennedy, D. P., Tucker, J. S., Golinelli, D., & Wenzel, S. L. (2013). Monogamy on the street: A mixed methods study of homeless men. *Journal of Mixed Methods Research*, 7(4), 328–346. doi:10.1177/1558689813480000
- Buschmeyer, A. (2013). The construction of 'alternative masculinity' among men in the childcare profession. *International Review of Sociology/Revue Internationale de Sociologie*, 23(2), Taylor & Francis, 290–309.
- Campbell, C. (1997). Migrancy, masculine identities and AIDS: The psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Social Science & Medicine*, 45(2), 273–281. doi:10.1016/S0277-9536(96)00343-7
- Campbell, C. A. (1995). Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Social Science & Medicine*, 41(2), 197–210. doi:10.1016/0277-9536(94)00322-K
- Carballo-Dieguez, A., Dowsett, G. W., Ventuneac, A., Remien, R. H., Balan, I., Dolezal, C., ... Lin, P. (2006). Cybercartography of popular internet sites used by New York City men who have sex with men interested in bare-back sex. *AIDS Education and Prevention*, 18(6), 475–489. doi:10.1521/aeap.2006.18.6.475
- Chapple, M. (1998). "Semi-straight sort of sex": Class and gay community attachment explored within a framework of older homosexually active men. *Journal of Homosexuality*, 35(2), 65–83.
- Chikovore, J., Hart, G., Kumwenda, M., Chipungu, G. A., & Corbett, L. (2015). "For a mere cough, men must just chew Conjex, gain strength, and continue working": The provider construction and tuberculosis care-seeking implications in Blantyre, Malawi. *Global Health Action*, 8(31), 26292.
- Chikovore, J., Hart, G., Kumwenda, M., Chipungu, G. A., Corbett, L., Desmond, N., & Corbett, E. L. (2014). Control, struggle, and emergent masculinities: A qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health*, 9(14), 1053.
- Christensen, A.-D., & Jensen, S. Q. (2014). Combining hegemonic masculinity and intersectionality. *Nordic Journal For Masculinity Studies*, 9(1), Taylor & Francis, 60–75.
- Christofides, N. J., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., McCarty, F. A., Shai, N. J., Nduna, M., & Sterk, C. E. (2014). Perpetration of physical and sexual abuse and subsequent fathering of pregnancies among a cohort of young South African men: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 14(1), 947. doi:10.1186/1471-2458-14-947
- Clark, J., Salvatierra, J., Segura, E., Salazar, X., Konda, K., Perez-Brumer, A., ... Coates, T. (2013). Moderno love: Sexual role-based identities and HIV/STI prevention among men who have sex with men in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1313–1328. doi:10.1007/s10461-012-0210-5
- Clüver, F., Elkonin, D., & Young, C. (2013). Experiences of sexual relationships of young black women in an atmosphere of coercion. *Sahara J South Africa*, 10(1), 8–16.
- Connell, R. W. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1675–1683.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859. doi:10.1177/0891243205278639
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being, a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401.
- Dageid, W., Govender, K., & Gordon, S. F. (2012). Masculinity and HIV disclosure among heterosexual South African men: Implications for HIV/AIDS intervention. *Culture, Health & Sexuality*, 14(8), 925–940. doi:10.1080/13691058.2012.710337
- Dahlback, E., Makelele, P., Yamba, C. B., Bergstrom, S., & Ransjo-Arvidson, A. B. (2006). Zambian male adolescents' perceptions about premarital sexual relationships. *African Journal of AIDS Research: AJAR*, 5(3), 257–264. doi:10.2989/16085900609490387
- Daniels, J., Crum, M., Ramaswamy, M., & Freudenberg, N. (2011). Creating REAL MEN: Description of an intervention to reduce drug use, HIV risk, and rearrest among young men returning to urban communities from jail. *Health Promotion Practice*, 12(1), 44–54.
- Darder, A. (2018). Decolonizing interpretive research: Subaltern sensibilities and the politics of voice. *Qualitative Research Journal*, QRJ - D - 17-00056. doi:10.1108/QRJ-D-17-00056
- Decker, M. R., Seage, G. R., Hemenway, D., Gupta, J., Raj, A., & Silverman, J. G. (2009). Intimate partner violence perpetration, standard and gendered STI/HIV risk behaviour, and STI/HIV diagnosis among a clinic-based sample of men. *Sexually Transmitted Infections*, 85(7), 555–560.
- Devries, K. M., & Free, C. (2010). "I told him not to use condoms": Masculinities, femininities and sexual health of Aboriginal Canadian young people. *Social Health Illness*, 32(6), 827–842.
- Diaz, R. (1999). Latino Gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(3), 292–293.

- Do Valle, C. (2008). Appropriations, conflicts and negotiations of gender, class and serology: Etnografando situations and performances in the social world of HIV / AIDS (rio de janeiro) [Apropriações, conflitos e negociações de gênero, classe e serologia: Etnografando situa]. *Revista de Antropologia*, 51(2), 651–698.
- Dovel, K., Yeatman, S., Watkins, S., & Poulin, M. (2015). Men's heightened risk of AIDS-related death: The legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *Aids (london, England)* 19, 29(10), 1123–1125.
- Dowsett, G. W., Williams, H., Ventuneac, A., & Carballo-Dieguez, A. (2008). 'Taking it Like a Man': Masculinity and Barebacking Online. *Sexualities*, 11(1–2), 121–141. doi:10.1177/1363460707085467
- Doyal, L., Anderson, J., & Papparini, S. (2009). "You are not yourself": Exploring masculinities among heterosexual African men living with HIV in London. *Social Science & Medicine*, 68(10), 1901–1907.
- Duck, W. (2009). Black male sexual politics: Avoidance of HIV/AIDS testing as a masculine health practice. *Journal of African American Studies*, 13(3), 283–306.
- Dunkle, K. L., Jewkes, R. K., Brown, H. C., Gray, G. E., McIntyre, J. A., & Harlow, S. D. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363, 1415–1421.
- Dunkle, K. L., Jewkes, R., Nduna, M., Jama, N., Levin, J., Sikweyiya, Y., & Koss, M. P. (2007). Transactional sex with casual and main partners among young South African men in the rural Eastern Cape: Prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1235–1248.
- Dworkin, S. L. (2005). Who Is epidemiologically fathomable in the HIV/AIDS epidemic? Gender, sexuality, and intersectionality in public health. *Culture, Health & Sexuality*, 7(6), 615–623. doi:10.1080/13691050500100385
- Dworkin, S. L., Colvin, C., Hatcher, A., & Peacock, D. (2012). Men's perceptions of women's rights and changing gender relations in South Africa: Lessons for working with men and boys in HIV and antiviolence programs. *Gender & Society*, 26(1), 97–120. doi:10.1177/0891243211426425
- Dworkin, S. L., Hatcher, A. M., Colvin, C. J., & Peacock, D. (2013). Impact of a gender-transformative hiv and anti-violence program on gender ideologies and masculinities in two rural, south african communities. *Men and Masculinities*, 16(2).
- Dworkin, S. L., & O'Sullivan, L. (2005). Actual versus desired initiation patterns among a sample of college men: Tapping disjunctures within traditional male sexual scripts. *Journal Of Sex Research*, 42(2), 150–158.
- ECDC. (2013). "STI and HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men in Europe." Edited by European Centre for Disease Prevention and Control. *Tecnical Report*. ECDC. Stockholm.
- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L., & Gregory, D. (2011). Health, illness, men and masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*, 8(1), 7–15. doi:10.1016/j.jomh.2010.09.227
- Fernández-Dávila, P., Salazar, X., Caceres, C., Maiorana, A., Kegels, S., & Coates, T. J. (2008). Compensated sex and sexual risk: Sexual, social and economic interactions between homosexually- and heterosexually- identified men of low income in two cities of Peru. *Sexualities*, 11(113), 352–374.
- Fields, E. L., Bogart, L. M., Smith, K. C., Malebranche, D. J., Ellen, J., & Schuster, M. A. (2012). HIV risk and perceptions of masculinity among young black men who have sex with men. *J Adolescent Health*, 50(3), 296–303.
- Fields, E. L., Bogart, L. M., Smith, K. C., Malebranche, D. J., Ellen, J., & Schuster, M. A. (2015). "I always felt i had to prove my manhood": Homosexuality, masculinity, gender role strain, and HIV risk among young black men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 105(1), 122–131. doi:10.2105/AJPH.2013.301866
- Fleming, P. J., Andes, K. L., & Diclemente, R. J. (2013). "But I'm not like that": Young men's navigation of normative masculinities in a marginalised urban community in Paraguay. *Culture, Health & Sexuality*, 15(6), 652–666.
- Fleming, P. J., Barrington, C., Perez, M., Donastorg, Y., & Kerrigan, D. (2014). Amigos and amistades: The role of men's social network ties in shaping HIV vulnerability in the Dominican Republic. *Culture, Health & Sexuality*, 16(8), 883–897.
- Fleming, P. J., Barringtons, C., Perez, M., Donastorg, Y., & Kerrigan, D. (2015). Strategies for recruiting steady male partners of female sex workers for HIV research. *AIDS and Behavior*, 19(2), 362–368.
- Fleming, P., DiClemente, R., & Barringtons, C. (2016). Masculinity and HIV: Dimensions of masculine norms that contribute to men's HIV-related sexual behaviors. *AIDS and Behavior*, 20(4), 788–798.
- Foley, A., Powell-Williams, T., & Davies, K. (2015). Engaging boys in eradicating Gender-based violence: A pilot study of a profundo-adapted program. *Masculinities and Social Change*, 4(1), 26–43. doi:10.4471/MCS.59
- Fontdevila, J. (2006). Phenomenologies of the akratic self: Masculinity, regrets, and HIV among men on methadone. *Journal of Urban Health*, 83(4), 586–601.
- Fordham, G. (1995). Whisky, women and song: Men, alcohol and AIDS in northern Thailand. *The Australian Journal of Anthropology*, 6(3), 154–177.
- Galvan, F. H., Bogart, L. M., Wagner, G. J., Klein, D. J., & Chen, Y.-T. (2014). Conceptualisations of masculinity and self-reported medication adherence among HIV-positive latino men in Los Angeles, California, USA. *Culture, Health & Sexuality*, 16(6), 697–709.
- García, L. I., Lechuga, J., & Zea, M. C. (2012). Testing comprehensive models of disclosure of sexual orientation in HIV-positive Latino men who have sex with men (MSM). *AIDS Care*, 24(9), 1087–1091.

- Gari, S., Martin-Hilber, A., Malungo, J. R. S., Musheke, M., & Merten, S. (2014). Sex differentials in the uptake of anti-retroviral treatment in Zambia. *AIDS Care*, 121, 37–41. doi:10.1080/09540121.2014.897911
- Gash, A., & Tomás, C. (2015). The gap of masculinity in the research on HIV among men who have sex with men: A review of quantitative literature and theoretical contributions on gender and masculinity approaches. *Social Theory & Health*, 13(2), 202–218.
- Gibbs, A. (2015). Reconstructing masculinity: A qualitative evaluation of the stepping stones and creating futures interventions in urban informal settlements in South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 17(2), 208–222.
- Gibbs, A., Sikweyiya, Y., & Jewkes, R. (2014). Men value their dignity”: Securing respect and identity construction in urban informal settlements in South Africa. *Global Health Action*, 7, 23676.
- Gonçalves, C., & Da Silva, M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados The meaning of fidelity and Aids prevention strategies among married men. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 40–49.
- González, E., Ziv, E., Coyle, N., Gomez, S. L., Tang, H., Karter, A. J., ... Risch, N. (2003). The importance of race and ethnic background in biomedical research and clinical practice. *New England Journal of Medicine*, 348(12), 1170–1175.
- Graham, L. (2015). “I am a mother”: Young women’s negotiation of femininity and risk in the transition to adulthood. *Culture, Health & Sexuality*, 1058, 1–15. doi:10.1080/13691058.2015.1084376
- Groes-Green. (2009). Safe sex pioneers: Class identity, peer education and emerging masculinities among youth in Mozambique. *Sex Health*, 6(3), 233–240.
- Grov, C., Parsons, J. T., & Bimbi, D. S. (2010). The association between penis size and sexual health among men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 788–797.
- Guerreiro, I., Ricardo, J., Ayres, C., & Hearst, N. (2002). Masculinity and vulnerability to HIV among heterosexual men in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*, (4 Suppl.), 50–60.
- Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogen, J. A., Aggleton, P., & Mahal, A. (2008). Series HIV prevention 4 structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, 372, 764–775. doi:10.1016/S0140-6736(08)60887-9
- Halkitis, P. N., Moeller, R. W., Siconolfi, D. E., Jerome, R. C., Rogers, M., & Schillinger, J. (2008). Methamphetamine and poly-substance use among gym-attending men who have sex with men in New York City. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(1), 41–48.
- Halkitis, P. N., & Parsons, J. T. (2003). Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care*, 15, 367–378.
- Harper, G. W. (2007). Sex isn’t that simple: Culture and context in HIV prevention interventions for gay and bisexual male adolescents. *American Psychologist*, 62(8), 806–819.
- Harrington, E. K., Dworkin, S., Withers, M., Onono, M., Kwena, Z., & Newmann, S. J. (2015). Gendered power dynamics and women’s negotiation of family planning in a high HIV prevalence setting: A qualitative study of couples in western Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 1058, 1–17. doi:10.1080/13691058.2015.1091507
- Harrison, L. (2000). Gender relations and the production of difference in school-based sexuality and HIV/AIDS education in Australia. *Gender and Education*, 12(1), 5–19.
- Harrison, L., O’Sullivan, L., Hoffman, S., Dolezal, C., & Morrell, R. (2006). Gender role and relationship norms among young adults in South Africa: Measuring the context of masculinity and HIV risk. *Journal of Urban Health*, 83(4), 709–722.
- Hatcher, A. M., Colvin, C. J., Ndlovu, N., & Dworkin, S. L. (2014). Intimate partner violence among rural South African men: Alcohol use, sexual decision-making, and partner communication HHS Public Access. *Culture, Health & Sexuality*, 16(9), 1023–1039. doi:10.1080/13691058.2014.924558
- Hegamin-Younger, C., Jeremiah, R., & Bilbro, N. (2014). Patterns of Caribbean masculinities and condom compliance among males in Grenada. *American Journal of Men’s Health*, 8(4), 335–338. doi:10.1177/1557988313516356
- Heise, L. L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 3(6), e332–e340. doi:10.1016/S2214-109X(15)00013-3
- Herrick, A. L., Lim, H., Plankey, M. W., Chmiel, J. S., Guadamuz, T. T., & Kao, U. (2013). Adversity and syndemic production among men participating in the multicenter AIDS cohort study: A life-course approach. *American Journal of Public Health*, 103(1), 79–85.
- Highton, S., & Finn, M. D. (2015). HIV positive men as fathers: Accounts of displacement, ir/responsibility and paternal emergence. *Health*.
- Humphries, H., van Rooyen, H., Knight, L., Barnabas, R., & Celum, C. (2015). “If you are circumcised, you are the best”: Understandings and perceptions of voluntary medical male circumcision among men from KwaZulu-Natal, South Africa. *Culture Health & Sexuality*, 17(7), 920–931.
- Husbands, W., Makoroka, L., Walcott, R., Adam, B. D., George, C., Remis, R. S., & Rourke, S. B. (2013). Black gay men as sexual subjects: Race, racialisation and the social relations of sex among Black gay men in Toronto. *Culture, Health & Sexuality*, 15(4), 434–449. doi:10.1080/13691058.2012.763186
- Jacques Aviñó, C., García de Olalla, P., Diez, E., & Martín, S. C. J. (2015). Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252–257.



- Jadwin-Cakmak, L. A., Pingel, E. S., Harper, G. W., & Bauermeister, J. A. (2015). Coming out to dad: Young gay and bisexual men's experiences disclosing same-sex attraction to their fathers. *American Journal of Men's Health*, 9(4), 274–288.
- Jewkes, R., Morrell, R., Hearn, J., Lundqvist, E., Blackbeard, D., Lindegger, G., ... Gottzén, L. (2015). Hegemonic masculinity: Combining theory and practice in gender interventions. *Culture, Health and Sexuality*, 17, Routledge, 96–111. doi:10.1080/13691058.2015.1085094
- Jewkes, R., Morrell, R., Sikweyiya, Y., Dunkle, K., & Penn-Kekana, L. (2012). Men, prostitution and the provider role: Understanding the intersections of economic exchange, sex, crime and violence in South Africa. *PLoS ONE*. doi:10.1371/journal.pone.0040821
- Jewkes, R., Nduna, M., Shai, N. J., & Dunkle, K. (2012). Prospective study of rape perpetration by young South African men: Incidence & risk factors. *PLoS ONE*, 7(5), 38210.
- Jobson, G. (2010). Changing masculinities: Land-use, family communication and prospects for working with older men towards gender equality in a livelihoods intervention. *Culture Health & Sexuality*, 12(3), 233–246.
- Johns, M., Pingel, E., Eisenberg, A., Santana, M. L., & Bauermeister, J. J. (2012). Butch tops and femme bottoms? Sexual positioning, sexual decision making, and gender roles among young gay men. *American Journal of Men's Health*, 6(6), 505–518.
- Joshi, A. (2010). Multiple sexual partners: Perceptions of young men in Uganda. *Journal of Health Organization and Management*, 24(5), 520–527. doi:10.1108/14777261011070547
- Juliano, D. (2010). El Cuerpo Del Guerrero. El Modelo Perverso. In M. L. Esteban, J. M. Comelles, & B. Díez Mintengui (Eds.), *Antropología, Género, Salud y Atención* (p. 352). Barcelona.
- Junior, M., Gomes, R., & Do Nascimento, E. (2012). Hegemonic masculinity, vulnerability and the prevention of HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 511–520.
- Kageha Igonya, E., & Moyer, E. (2013). Putting sex on the table: Sex, sexuality and masculinity among HIV-positive men in Nairobi, Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 15(Suppl. 4), S567–S580.
- Kendall, T., Herrera, C., Caballero, M., & Campero, L. (2012). HIV prevention and men who have sex with women and men in México: Findings from a qualitative study with HIV-positive men. *Culture, Health & Sexuality*, 9(5), 459–472. doi:10.1080/13691050601183629
- Kennedy, D. P., Brown, R. A., Golinelli, D., Wenzel, S. L., Tucker, J. S., & Wertheimer, S. R. (2013). Masculinity and HIV Risk among Homeless Men in Los Angeles. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(2), 156–167.
- Khan, M. E., Mishra, A., & Morankar, S. (2008). Exploring opportunities to project a “Responsible Man” image: Gatekeepers views of young men's sexual and reproductive health needs in Uttaranchal, India. *International Quarterly of Community Health Education*, 28(1), 13–31. doi:10.2190/IQ.28.1.c
- Khan, S. I., Hudson-Rodd, N., Siggers, S., & Bhuiya, A. (2005). Men who have sex with men's sexual relations with women in Bangladesh. *Culture, Health & Sexuality*, 7(2), 159–169. doi:10.1080/13691050412331321258
- Khumalo-Sakutukwa, G., Lane, T., van Rooyen, H., Chingono, A., Humphries, H., & Timbe, A. (2013). Understanding and addressing socio-cultural barriers to medical male circumcision in traditionally non-circumcising rural communities in sub-Saharan Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 15(9), 1085–1100.
- King, R., Barker, J., Nakayiwa, S., Katuntu, D., Lubwama, G., Bagenda, D., ... Molyneux, S. (2013). Men at risk; a qualitative study on HIV risk, gender identity and violence among men who have sex with men who report high risk behavior in Kampala, Uganda. *PLoS ONE*, 8(12), e82937.
- Kisler, K. A., & Williams, J. K. (2012). Image versus health: The role of perceptions of masculinity on sexual risk behaviors among HIV-positive african american men who have sex with men and women. *Journal of AIDS & Clinical Research*, (Suppl. 1(8)).
- Kogan, S. M., Cho, J., Barnum, S. C., & Brown, G. L. (2015). Correlates of concurrent sexual partnerships among young, rural African American men. *Public Health Reports*, 130(4), 392–399.
- Langeni, T. (2007). Contextual factors associated with treatment-seeking and higher-risk sexual behaviour in Botswana among men with symptoms of sexually transmitted infections. *African Journal of AIDS Research*, 6(3), 261–269. doi:10.2989/16085900709490422
- LaPollo, A. B., Bond, L., & Lauby, J. L. (2013). Hypermasculinity and sexual risk among black and white men who have sex with men and women. *American Journal of Men's Health*, 8(5), 362–372.
- Larkin, J., Andrews, A., & Mitchell, C. (2006). Guy talk: Contesting masculinities in HIV prevention education with Canadian youth. *Sex Education*, 6(3), 207–221. doi:10.1080/14681810600836398
- Leidens, D. L., Estermann, D., Sacchi, L. H., & Montano, D. (2004). A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1309–1318.
- Levinson, R., Sadigursky, C., & Erchak, G. (2004). The impact of cultural context on Brazilian adolescents' sexual practices. *Adolescence*, 39(154), 203–227.
- Lorway, R. (2006). Dispelling “heterosexual African AIDS” in Namibia: Same-sex sexuality in the township of Katutura. *Culture, Health & Sexuality*, 8(5), 435–449. doi:10.1080/13691050600844262

- Lusey, H., Sebastian, M. S., Christianson, M., Dahlgren, L., & Edin, K. E. (2014). Conflicting discourses of church youths on masculinity and sexuality in the context of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Sahara J*, 11(1), 84–93.
- Lynch, I., Brouard, P. W., & Visser, M. J. (2010). Constructions of masculinity among a group of South African men living with HIV/AIDS: Reflections on resistance and change. *Culture, Health & Sexuality*, 12(1), 15–27. doi:10.1080/13691050903082461
- Lyttleton, C. (2004). Fleeing the fire: Transformation and gendered belonging in Thai HIV/AIDS support groups. *Medical Anthropology*, 23(1), 1–40. doi:10.1080/01459740490275995
- Macia, M., Maharaj, P., & Gresh, A. (2011). Masculinity and male sexual behaviour in Mozambique. *Culture, Health & Sexuality*, 13(10), 1181–1192. doi:10.1080/13691058.2011.611537
- Malebranche, D. J., Gvetadze, R., Millett, G. A., & Sutton, M. Y. (2012). The relationship between gender role conflict and condom use among black MSM. *AIDS and Behavior*, 16(7), 2051–2061. doi:10.1007/s10461-011-0055-3
- Mankayi, N. (2008). Morality and sexual rights: Constructions of masculinity, femininity and sexuality among a group of South African soldiers. *Culture, Health & Sexuality*, 10(6), 625–634. doi:10.1080/13691050801950884
- Mankayi, N. (2009). Military men and sexual practices: Discourses of “othering” in safer sex in the light of HIV/AIDS. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 6(1), 33–41.
- Mankayi, N., & Naidoo, A. V. (2011). Masculinity and sexual practices in the military: A South African study. *African Journal of AIDS Research South Africa*, 10(1), 43–50.
- Mavhu, W., Dauya, E., Bandason, T., Munyati, S., Cowan, F. M., & Hart, G. (2010). Chronic cough and its association with TB-HIV co-infection: Factors affecting help-seeking behaviour in Harare, Zimbabwe. *Tropical Medicine & International Health*, 15(5), 574–579.
- Mbekenga, C. K., Lugina, H. I., Christensson, K., & Olsson, P. (2011). Postpartum experiences of first-time fathers in a Tanzanian suburb: A qualitative interview study. *Midwifery*, 27(2), 174–180.
- Mburu, G., Ram, M., Siu, G., Bitira, D., Skovdal, M., & Holland, P. (2014). Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: Implications for involving men in HIV programmes. *BMC Public Health*, 14, 1061.
- McInnes, D., Bradley, J., & Prestage, G. (2009). The discourse of gay men’s group sex: The importance of masculinity. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 641–654.
- Mfecane, S. (2011). Negotiating therapeutic citizenship and notions of masculinity in a South African village. *African Journal of AIDS Research South Africa*, 10(2), 129–138.
- Mfecane, S. (2012a). Can women “refuse” condoms? Dilemmas of condom negotiation among men living with HIV in South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 15(3), 1–14. doi:10.1080/13691058.2012.729159
- Mfecane, S. (2012b). Narratives of HIV disclosure and masculinity in a South African village. *Culture, Health & Sexuality*, 14(Suppl. 1), S109–S121. doi:10.1080/13691058.2011.647081
- Mindry, D. L., Knight, L., & van Rooyen, H. (2015). Men’s moralising discourses on gender and HIV risk in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 17(8), 1035–1048. doi:10.1080/13691058.2015.1027877
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264–269. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 1–9.
- Morrell, R., & Jewkes, R. (2011). Carework and caring: A path to gender equitable practices among men in South Africa? *International Journal for Equity in Health*, 10, 17.
- Mufune, P. (2009). The Male involvement programme and men’s sexual and reproductive health in Northern Namibia. *Current Sociology*, 57(2), 231–248. doi:10.1177/0011392108099164
- Mugweni, E., Pearson, S., & Omar, M. (2012). Traditional gender roles, forced sex and HIV in Zimbabwean marriages. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 577–590.
- Mugweni, E., Pearson, S., & Omar, M. (2015). Concurrent sexual partnerships among married Zimbabweans - implications for HIV prevention. *International Journal of Women’s Health*, 29(7), 819–832. doi:10.2147/IJWH.S88884
- Mulrenan, C., Colombini, M., Howard, N., Kikuvu, J., & Mayhew, S. H. (2015). Exploring risk of experiencing intimate partner violence after HIV infection: A qualitative study among women with HIV attending postnatal services in Swaziland. *BMJ Open*, 5(5), e006907–e006907.
- Muñoz-Laboy, M., Perry, A., Bobet, I., Bobet, S., Ramos, H., Quiñones, F., & Lloyd, K. (2012). The “knucklehead” approach and what matters in terms of health for formerly incarcerated Latino men. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1765–1773. doi:10.1002/aur.1474.Replication
- Muñoz-Laboy, M., Severson, N., & Bannan, S. (2014). Occupations, social vulnerability and HIV/STI risk: The case of bisexual latino men in the New York city metropolitan area. *Global Public Health*, 9(10), 1167–1183.
- Muparamoto, N. (2012). “Trophy-hunting scripts” among male university students in Zimbabwe. *African Journal of AIDS Research*, 11(4), 319–326. doi:10.2989/16085906.2012.754831
- Murphy, J. J., & Boggess, S. (1998). Increased condom use among teenage males, 1988–1995: The role of attitudes. *Family Planning Perspectives*, 30(6), 276–280, 303. doi:10.2307/2991503

- Nattrass, N. (2008). Gender and access to antiretroviral treatment in South Africa. *Feminist Economics*, 14(4), 19–36. doi:10.1080/13545700802266452
- Nyamhanga, T. M., Muhondwa, E. P. Y., & Shayo, R. (2013). Masculine attitudes of superiority deter men from accessing antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania. *Global Health Action*, 6, 21812. doi:10.3402/gha.v6i0.21812
- Nzioka, C. (2001). Perspectives of adolescent boys on the risks of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections: Kenya. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 108–117.
- Operario, D., Smith, C. D., & Kegeles, S. (2008). Social and psychological context for HIV risk in non-gay-identified african american men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 20(4), 347–359.
- Parent, M. C., Torrey, C., & Michaels, M. S. (2012). “HIV testing is so gay”: The role of masculine gender role conformity in HIV testing among men who have sex with men. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 463–470.
- Parker, R. (2009). Sexuality, culture and society: Shifting paradigms in sexuality research. *Culture, Health and Sexuality*, 11(3 SPEC. ISS.), 251–266. doi:10.1080/13691050701606941
- Parker, R., Aggleton, P., & Perez-Brumer, A. G. (2016). The trouble with ‘categories’: Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. *Global Public Health*, 11(7–8), 819–823. doi:10.1080/17441692.2016.1185138
- Peacock, D., Stemple, L., Sawires, S., & Coates, T. J. (2009). Men, HIV / AIDS, and human rights. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(Supplement 3), S119–S125.
- Pearson, S., & Makadzange, P. (2008). Help-seeking behaviour for sexual-health concerns: a qualitative study of men in Zimbabwe. *Culture, Health & Sexuality*, 10(4), 361–376.
- Persson, A., & Richards, W. (2008). Vulnerability, gender and “proxy negativity”: Women in relationships with HIV-positive men in Australia. *Social Science & Medicine*, 67(5), 799–807. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.010>
- Pettifor, A., Macphail, C., Anderson, A. D., & Maman, S. (2012). “If I buy the Kellogg’s then he should [buy] the milk”: Young women’s perspectives on relationship dynamics, gender power and HIV risk in Johannesburg, South Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 477–490. doi:10.1080/13691058.2012.667575
- Plummer, D. C. (2013). Masculinity and risk: How gender constructs drive sexual risks in the caribbean. *Sexuality Research and Social Policy*, 10(3), 165–174. doi:10.1007/s13178-013-0116-7
- Pulerwitz, J., & Barker, G. (2007). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil: Development and psychometric evaluation of the GEM Scale. *Men and Masculinities*, 10(3), 322–338. doi:10.1177/1097184X06298778
- Quinn, K., & Dickson-Gomez, J. (2015). Homonegativity, religiosity, and the intersecting identities of young black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 51–64.
- Ragnarsson, A., Townsend, L., Ekstrom, A., Chopra, M., & Thorson, A. (2010). The construction of an idealised urban masculinity among men with concurrent sexual partners in a South African township. *Global Health Action*, 3.
- Ragnarsson, A., Townsend, L., Thorson, A., Chopra, M., & Ekstrom, A. (2009). Social networks and concurrent sexual relationships—a qualitative study among men in an urban South African community. *AIDS Care*, 21(10), 1253–1258.
- Raiford, J. L., Seth, P., Braxton, N. D., & Diclemente, R. J. (2013). Masculinity, condom use self-efficacy and abusive responses to condom negotiation: The case for HIV prevention for heterosexual African-American men. *Sexual Health*, 10(5), 467–469. doi:10.1071/SH13011
- Reihling, H. (2013). Positive men: Searching for relational dignity through health activism in a South African township. *Social Dynamics*, 39(1), 92–107. doi:10.1080/02533952.2013.772738
- Rhodes, T., & Simic, M. (2005). Transition and the HIV risk environment. *BMJ*, 331(7510), 220–223.
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Downs, M., Siman, F. M., & Andrade, M. (2014). Novel approaches to HIV prevention and sexual health promotion among Guatemalan gay and bisexual men, MSM, and transgender persons. *AIDS Education and Prevention*, 26(4), 345–361.
- Rich, E. P., Nkosi, S., & Morojele, N. K. (2015). Masculinities, alcohol consumption, and sexual risk behavior among male tavern attendees: A qualitative study in North West Province, South Africa. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(4), 382–392. doi:10.1037/a0038871
- Robertson, A. M., Syvertsen, J. L., Rangel, M. G., Staines, H. S., Morris, M., & Patterson, T. L. (2013). Concurrent sexual partnerships among female sex workers and their non-commercial male partners in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Sex Transm Infect*, 89(4), 330–332.
- Saleh, L. D., Operario, D., Smith, C. D., Arnold, E., & Kegeles, S. (2011). “We’re going to have to cut loose some of our personal beliefs”: Barriers and opportunities in providing HIV prevention to African American men who have sex with men and women. *AIDS Education and Prevention*. doi:10.1521/aeap.2011.23.6.521
- Senn, T. E., Scott-Sheldon, L. A. J., Seward, D. X., Wright, E. M., & Carey, M. P. (2011). Sexual partner concurrency of urban male and female STD clinic patients: A qualitative study. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 775–784. doi:10.1007/s10508-010-9688-y
- Severson, N., Muñoz-Laboy, M., & Kaufman, R. (2014). “At times, I feel like I’m sinning”: The paradoxical role of non-lesbian, gay, bisexual and transgender-affirming religion in the lives of behaviourally-bisexual Latino men. *Culture, Health & Sexuality*, 16(2), 136–148.

- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389, 941–950.
- Shai, N. J., Jewkes, R., Nduna, M., & Dunkle, K. (2012). Masculinities and condom use patterns among young rural South Africa men: A cross-sectional baseline survey. *BMC Public Health*, 12, 462.
- Shefer, T., Clowes, L., & Vergnani, T. (2012). Narratives of transactional sex on a university campus. *Culture, Health & Sexuality*, 14(4), 435–447. doi:10.1080/13691058.2012.664660
- Shefer, T., Crawford, M., Strebel, A., Simbayi, L. C., Dwa-dwa-henda, N., Cloete, A., ... Kalichman, S. C. (2008). Gender, power and resistance to change among two communities in the Western Cape, South Africa. *Feminism & Psychology*, 18(2), 157–182. doi:10.1177/0959353507088265
- Shefer, T., & Ngabaza, S. (2015). “And I have been told that there is nothing fun about having sex while you are still in high school”: Dominant discourses on women’s sexual practices and desires in Life Orientation programmes at school. *Perspectives in Education*, 33(2), 63–76.
- Sikweyiya, Y. M., Jewkes, R., & Dunkle, K. (2014). Impact of HIV on and the constructions of masculinities among HIV-positive men in South Africa: Implications for secondary prevention programs. *Global Health Action*, 7 (24631), 1–13.
- Simpson, A. (2005). Sons and fathers/boys to men in the time of AIDS: Learning masculinity in Zambia. *Journal of Southern African Studies*, 31(3), 569–586. doi:10.1080/03057070500202873
- Simpson, A. (2007). Learning sex and gender in Zambia: Masculinities and HIV/AIDS Risk. *Sexualities*, 10(2), 173–188. doi:10.1177/1363460707075799
- Singh, S. K., Schensul, J. J., Gupta, K., Maharana, B., Kremelberg, D., & Berg, M. (2010). Determinants of alcohol use, risky sexual behavior and sexual health problems among men in low income communities of Mumbai, India. *AIDS and Behavior*, 14(Suppl. 1), S48–S60. doi:10.1007/s10461-010-9732-x
- Siu, G. E., & Seeley, J. A. (2014). “Dented” and “resuscitated” masculinities: The impact of HIV diagnosis and/or enrolment on antiretroviral treatment on masculine identities in rural eastern Uganda. *Sahara J South Africa*, 11(1), 211–221.
- Siu, G. E., Seeley, J. A., & Wight, D. (2013). Dividuality, masculine respectability and reputation: How masculinity affects men’s uptake of HIV treatment in rural eastern Uganda. *Social Science & Medicine*, 89, 45–52.
- Siu, G. E., Wight, D., & Seeley, J. A. (2012). How masculine work ethic and economic circumstances affect uptake of HIV treatment: Experiences of men from an artisanal gold mining community in rural eastern Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 15(Suppl. 1), 1–9.
- Siu, G. E., Wight, D., & Seeley, J. A. (2014). Masculinity, social context and HIV testing: an ethnographic study of men in Busia district, rural eastern Uganda. *BMC Public Health*, 14(14), 33.
- Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2011). Masculinity as a barrier to men’s use of HIV services in Zimbabwe. *Globalization and Health*, 7(1), 13. doi:10.1186/1744-8603-7-13
- Skovdal, M., Campbell, C., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2011). When masculinity interferes with women’s treatment of HIV infection: A qualitative study about adherence to antiretroviral therapy in Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*, 14, 29.
- Smith, D. J. (2007). Modern marriage, men’s extramarital sex, and HIV risk in Southeastern Nigeria. *American Journal of Public Health*, 97(6), 997–1005. doi:10.2105/AJPH.2006.088583
- Smith, G., Kippax, S., & Chapple, M. (1998). Secrecy, disclosure, and closet dynamics. *Journal of Homosexuality*, 35(1), 53–73.
- Sommer, M., Likindikoki, S., & Kaaya, S. (2015). “Bend a fish when the fish is not yet dry”: Adolescent boys’ perceptions of sexual risk in Tanzania. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 583–595.
- Souleymanov, R., & Huang, Y. T. (2016). ‘Men who use the internet to seek sex with men’: Rethinking sexuality in the transnational context of HIV prevention. *Global Public Health*, 11(7-8), Taylor & Francis, 888–901. doi:10.1080/17441692.2016.1180701
- Stern, E., & Buikema, R. (2013). The relational dynamics of hegemonic masculinity among South African men and women in the context of HIV. *Culture, Health & Sexuality*, 15(9), 1040–1054. doi:10.1080/13691058.2013.805817
- Stern, E., Clarfelt, A., & Buikema, R. (2015). The use of sexual history narratives to assess processes of hegemonic masculinity among South African men in the context of HIV/AIDS. *Men and Masculinities*, 18(3), 340–362. doi:10.1177/1097184X14554950
- Stern, E., Rau, A., & Cooper, D. (2014). Sexual and reproductive health perceptions and practices as revealed in the sexual history narratives of South African men living in a time of HIV/AIDS. *Sahara J South Africa*, 11(1), 233–244.
- Tapia, J. M. (2015). Masculinity in the experience of living with HIV: Stigma, jotería and identity positions. *Prisma Social*, 13, 1020–1048.
- Taquette, S. R., Rodrigues de Oliveira, A., Bortolotti, L. R., & Rodrigues, A. de O. (2015). HIV infection in male adolescents: A qualitative study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2193–2200.
- Taylor, T. N., Mantell, J. E., Nywagi, N., Ciske, N., & Cooper, D. (2013). “He lacks his fatherhood”: Safer conception technologies and the biological imperative for fatherhood among recently-diagnosed Xhosa-speaking men living with HIV in South Africa. *Culture Health & Sexuality*, 15(9), 1101–1114.



- Tersbøl, B. (2006). "I just ended up here, no job and no health ..."—men's outlook on life in the context of economic hardship and HIV/AIDS in Namibia. *Sahara J South Africa*, 3(1), 403–416. doi:10.1080/17290376.2006.9724866
- Thien, D., & Del Casino, J. (2012). (Un)healthy 1 men, masculinities, and the geographies of health. *Annals of the Association of American Geographers*, 102(5), 1146–1156. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Townsend, L., Jewkes, R., Mathews, C., Johnston, L. G., Flisher, A. J., Zembe, Y., & Chopra, M. (2011). HIV risk behaviours and their relationship to intimate partner violence (IPV) among men who have multiple female sexual partners in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 15(1), 132–141. doi:10.1007/s10461-010-9680-5
- Townsend, L., Ragnarsson, A., Mathews, C., Johnston, L. G., Ekstrom, A., & Thorson, A. (2011). "Taking care of business": Alcohol as currency in transactional sexual relationships among players in Cape Town, South Africa. *Qualitative Health Research*, 21(1), 41–50.
- UNAIDS. (2015). Core Epidemiology Slides. 2015. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/core-epidemiology-slides>.
- Uribe-Salas, F., Conde-González, C. J., Magis-Rodríguez, C., & Juárez-Figueroa, L. (2005). Consistency of HIV/AIDS transmission categories reported by the epidemiological surveillance of Chiapas State, Mexico: A problem of method. *Gaceta Médica de México*, 141(5), 401–406.
- Van Den Berg, W., Hendricks, L., Hatcher, A., Peacock, D., Godana, P., & Dworkin, S. (2013). "One Man Can": Shifts in fatherhood beliefs and parenting practices following a gender-transformative programme in Eastern Cape, South Africa. *Gender and Development*, 21(1), 111–125. doi:10.1080/13552074.2013.769775
- Van Klinken, A. S. (2012). Men in the remaking: Conversion narratives and born-again masculinity in Zambia. *Journal of Religion in Africa*, 42(3), 215–239. doi:10.1163/15700666-12341229
- Van Tuan, T. (2010). Meanings of sex, concepts of risk and sexual practices among migrant coal miners in Quang Ninh, Vietnam. *Culture, Health & Sexuality*, 12(Suppl. 1), S31–S40. doi:10.1080/13691051003731296
- Vasques-guzzi, A. C., & Varas-diaz, N. (2012). Experiencias de hombres Puertorriqueños ante el estigma relacionado con el VIH/SIDA (Puerto Rican Men's Experiences with HIV / AIDS Stigma). *Qualitative Report*, 17(37), 1–15.
- Verduzco, I. (2014). Barriers to sexual expression and safe sex among Mexican Gay men: A qualitative approach. *American Journal of Men's Health*, 10(4), 270–284.
- Verma, R. K., Pulerwitz, J., Mahendra, V., Khandekar, S., Barker, G., Fulpagare, P., & Singh, S. (2006). Challenging and changing gender attitudes among young men in Mumbai, India. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 135–143. doi:10.1016/S0968-8080(06)28261-2
- Viitanen, A. P., & Colvin, C. J. (2015). Lessons learned: Program messaging in gender-transformative work with men and boys in South Africa. *Global Health Action*, 8, 2786.
- Walcott, M. M., Ehiri, J., Kempf, M. C., Funkhouser, E., Bakhoya, M., Aung, M., ... Jolly, P. E. (2014). Gender norms and family planning practices among men in Western Jamaica. *American Journal of Men's Health*, 42–51. doi:10.1177/1557988314543792
- Walker, L. (2005). Men behaving differently: South African men since 1994. *Culture, Health & Sexuality*, 7(3), 225–238. doi:10.1080/13691050410001713215
- Walsh, S., & Mitchell, C. (2006). "I'm too young to die": HIV, masculinity, danger and desire in urban south africa. *Gender and Development*, 14(1), 57–68.
- Wamoyi, J., Fenwick, A., Urassa, M., Zaba, B., & Stones, W. (2011). "Women's bodies are shops": Beliefs about transactional sex and implications for understanding gender power and HIV prevention in Tanzania. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 5–15.
- Wamoyi, J., Mongi, A., Sally, M., Kakoko, D., Shamba, D., & Geubbels, E. (2015). A qualitative study of discourses on heterosexual anal sexual practice among key, and general populations in Tanzania: Implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, 15, 417.
- Welzer-Lang, D. (2010). La Mixité Non Ségrégative Confrontée Aux Constructions Sociales Du Masculin. *Revue Française de Pedagogie*, 171, doi:10.2307/41202554
- Wheldon, C. W. P. E. B. (2010). Masculinity and relationship agreements among male same-sex couples. *Journal of Sex Research*, 47(5), 460–470. doi:10.1080/00224490903100587
- World Health Organization. (2016). "Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations – 2016 Update." Geneva.
- Wyrod, R. (2011). Masculinity and the persistence of AIDS stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 13(4), 443–456.
- Wyrod, R. (2013). Dialectics of gender and health: he case of HIV serodiscordance. *Sociology of Health & Illness*, 35(8), 1260–1274.
- Zeglin, R. J. (2015). Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: A systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1979–1990.

### 3.3 Artículo 3: Trabajadores sexuales masculinos: entre el sexo seguro y el riesgo. Etnografía en una sauna gay de Barcelona.

**Trabalhadores do sexo masculinos: entre sexo seguro e risco. Etnografia em uma sauna gay em Barcelona**

**Trabajadores sexuales masculinos: entre el sexo seguro y el riesgo. Etnografía en una sauna gay de Barcelona**

**Male sex workers: between safe sex and risk. Ethnography in a gay sauna in Barcelona**



## Authors:

Constanza Jacques-Aviñó<sup>1,3</sup>. Email: [cjacques18@yahoo.es](mailto:cjacques18@yahoo.es); [cjacques@aspb.cat](mailto:cjacques@aspb.cat)

Anna de Andrés<sup>1</sup>. Email: [aandres@aspb.cat](mailto:aandres@aspb.cat)

Llanos Roldán<sup>1</sup>. Email: [mllanos@aspb.cat](mailto:mllanos@aspb.cat)

Manuel Fernández-Quevedo<sup>1</sup>. Email: [mfernandq@aspb.cat](mailto:mfernandq@aspb.cat)

Patricia García de Olalla<sup>1,2</sup>. Email: [polalla@aspb.cat](mailto:polalla@aspb.cat)

Elia Díez<sup>1,2</sup>. Email: [ediez@aspb.cat](mailto:ediez@aspb.cat)

Oriol Romani<sup>3,4</sup>. Email: [oriol.romani@gmail.com](mailto:oriol.romani@gmail.com)

Joan A. Caylà<sup>1,2,5</sup>. Email: [joan.cayla@uitb.cat](mailto:joan.cayla@uitb.cat)

<sup>1</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España.

<sup>2</sup> CIBER, Epidemiología y Salud Pública, España.

<sup>3</sup> Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España.

<sup>4</sup> Medical Anthropology Research Center (MARC- URV), España.

<sup>5</sup> Fundació Unitat d'Investigació en Tuberculosis de Barcelona (UITB)

Autora correspondiente: Constanza Jacques-Aviñó

Dirección postal: Servicio de Epidemiología, Agència de Salut Pública de Barcelona, Plaza Lesseps, 1, 08023. Barcelona, España.

Teléfono: 34 932384545

Fax: 34 932182275

Email: [cjacques18@yahoo.es](mailto:cjacques18@yahoo.es); [cjacques@aspb.cat](mailto:cjacques@aspb.cat)

## **Resumo (português)**

Esta etnografia foi realizada em Barcelona, uma cidade que oferece diferentes recursos de lazer gay, como saunas gays. O objetivo foi analisar a partir de estudos sobre gênero e masculinidades, como a sexualidade é articulada, a percepção da infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), e medidas preventivas em trabalhadores sexuais masculinos (TSM) usuários de saunas gays. 10 entrevistas e observação entre 2012 e 2016. As práticas de sexo seguro são realizadas com frequência com os clientes, enquanto o risco são feitas mais com parceiros não-comerciais. A orientação sexual desempenha um papel relevante, os homossexuais assumem práticas mais arriscadas no trabalho sexual do que os heterossexuais. Fatores como uso de drogas ou falta de redes de apoio foram associados a maior vulnerabilidade social e comportamentos de risco. Obter o HIV ainda cria medo, enquanto outras ISTs são percebidas como parte da vida sexual de um homem. O TSM reforça uma masculinidade com múltiplos parceiros sexuais, ganha-pão e, por outro lado, questiona um modelo heteronormativo. Intervenções para a prevenção do HIV e ISTs neste grupo devem considerar os determinantes sociais como alternativas precárias de trabalho e oferecer maior apoio social.

**Palavras-chave:** Trabalho sexual; masculinidade HIV; etnografia; sauna

## **Resumen (castellano)**

Esta etnografía se realizó en Barcelona, ciudad que ofrece diferentes recursos de ocio homosexual, como las saunas gay. El objetivo fue analizar desde los estudios sobre género y masculinidades, cómo se articula la sexualidad, la percepción sobre la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y las medidas preventivas en trabajadores sexuales masculinos (TSM) usuarios de saunas gay. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad y observación entre 2012 y 2016. Las prácticas de sexo seguro son más frecuentes con clientes, mientras que las de riesgo se realizan más con parejas no comerciales. La orientación sexual juega un rol relevante, los homosexuales asumen más prácticas de riesgo en el trabajo sexual que los heterosexuales. Factores como el consumo de drogas o la escasez de redes de apoyo se relacionaron con mayor vulnerabilidad social y conductas de riesgo. Contraer el VIH aún genera miedo, mientras que tener otras ITS se percibe como parte de la vida sexual de un hombre. El TSM afianza una masculinidad con múltiples parejas sexuales, *breadwinner* y por otra parte, cuestiona un modelo heteronormativo. Las intervenciones para la prevención del VIH e ITS en este colectivo, deberían considerar los determinantes sociales como las precarias alternativas laborales y el ofrecer mayor soporte social.

**Palabras claves:** Trabajo sexual; masculinidad; VIH; etnografía; sauna.

### **Abstract (English)**

This ethnography was conducted in Barcelona, a city that offers different gay leisure resources, such as saunas. The objective was to analyze from studies on gender and masculinities, how sexuality, perception of HIV infection and other sexually transmitted infections (STIs), and preventive measures is articulated in male sex workers (MSW) users of gay saunas. Ten in-depth interviews and observation were conducted between 2012 and 2016. Safe sex practices are more frequent with clients, while risk practices are carried out more with non-commercial partners. Sexual orientation plays a relevant role, homosexuals assume more risky practices in sex work than heterosexuals. Factors such as drug use or lack of support networks were associated with greater social vulnerability and risk behaviors. Getting HIV still creates fear, while having other STIs is perceived as part of a man's sex life. The MSW strengthens a masculinity with concurrent sexual partners, breadwinner and on the other hand, questions a heteronormative model. Interventions for the prevention of HIV and STIs in this group should consider social determinants such as precarious work alternatives and offer greater social support.

**Key words:** sex worker; masculinity; HIV; ethnography; Steam Bath

## Introducción

Los trabajadores sexuales masculinos (TSM) definidos como hombres que venden o intercambian sexo por dinero o bienes, son una población muy diversa entre los distintos países e incluso dentro de un mismo país<sup>1</sup>. Si bien los TSM ofrecen servicios sexuales a hombres y mujeres, son mucho más frecuente los clientes masculinos<sup>2</sup>. Además del riesgo que comporta la práctica del sexo anal, diversos determinantes sociales como tener oportunidades económicas limitadas, la falta de legislación y de políticas protectoras en materia de trabajo sexual (TS) y la invisibilidad de este oficio sitúan a los TSM en una posición de vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>3</sup>.

A nivel español, en una muestra de 487 hombres que declararon haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero, la prevalencia autodeclarada de VIH fue de 17.5%<sup>4</sup>. En Barcelona de 548 TSM presumiblemente seronegativos al VIH o con serología desconocida, a los cuales se les realizó la prueba rápida en saunas gay, un 8.7% fue reactivo a esta prueba<sup>5</sup>. Sin embargo, los estudios sobre comercio sexual masculino son escasos ya que la investigación del VIH y otras ITS suelen incluirlo en la categoría de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) o dentro del grupo de personas que ejercen la prostitución, donde se incluyen a mujeres y transgéneros, colectivos con características muy diferentes<sup>1</sup>.

En España la prostitución es ilegal, no está regularizada ni penalizada, lo que se condena es el proxenetismo, el hecho de obligar a una persona a prostituirse y obtener beneficios de ello. La prensa y los medios de comunicación sitúan a España como uno de los principales destinos de quien busca sexo de pago<sup>6</sup>. Barcelona ofrece recursos para el ocio y el consumo de sexo de pago dirigido al público homosexual, así como lugares para mantener relaciones sexuales como las saunas gay<sup>7</sup>. Estos lugares favorecen los encuentros anónimos para que los hombres interactúen social y sexualmente. Son espacios percibidos como permisivos y de riesgo a contraer el VIH por los mismos usuarios de estos locales<sup>8,9</sup>.



Los estudios sobre género muestran cómo los patrones socioculturales, prácticas sociales y sexuales van modelando las masculinidades e influyendo en la salud<sup>10</sup>. La literatura sobre este tema se ha centrado sobre todo en el modelo hegemónico relacionado con asumir conductas de riesgo, no mostrar debilidad y exhibir un alto grado de virilidad<sup>11</sup>. Además, señalan que los hombres tienen menor disposición a consultar a profesionales sanitarios y expresar sus miedos a pesar de preocuparse por su salud, situación exacerbada en las clases sociales menos favorecidas y en enfermedades estigmatizadas como el VIH/sida<sup>12,13,14</sup>.

A este respecto se recomienda la realización de investigaciones etnográficas, con el fin de comprender mejor la incidencia, contextos y comportamientos de riesgo asociados a las relaciones sexuales entre hombres y la transmisión a sus parejas sexuales<sup>15</sup>. Este estudio se centró en la prostitución *indoor*, la que transcurre en una sauna gay. El objetivo fue analizar, desde la perspectiva de las masculinidades, cómo se articula la sexualidad, la percepción sobre la infección por VIH y otras ITS, y las medidas preventivas en TSM que ofrecen sus servicios en saunas gay de Barcelona.

## Métodos

Esta investigación se desarrolló desde la perspectiva socioconstruccionista, que propone que la experiencia y los discursos de las personas son producto de los procesos sociales e históricos. Se realizó un estudio exploratorio y etnográfico entre el 2012 y 2016 en una sauna gay de Barcelona y 10 entrevistas en profundidad a TSM en 2015 y 2016. Se realizaron observaciones en la sauna y se tomaron notas de campo. En la sauna el equipo de investigación, formado por una psicóloga y antropóloga, dos enfermeras y un médico, participó en interacciones informales con trabajadores del sexo, clientes y empleados del establecimiento.

Este estudio se realizó en el marco del “Programa Saunas” que se lleva a cabo desde la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), que consiste en el ofrecimiento de las pruebas rápidas de VIH, otras ITS y la vacunación contra las hepatitis A y B en

diferentes saunas gay. Los usuarios recogen los resultados de las pruebas en la ASPB, en la cual se realiza un *counselling* y se derivan los casos VIH positivos a unidades hospitalarias para su confirmación y tratamiento. La selección de la sauna fue por conveniencia, ya que es uno de los lugares donde se ejerce el TS.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, se recogió información sociodemográfica y por medio de un guión se exploraron seis temas sobre las experiencias y creencias de los TSM (tabla 1). Las entrevistas se grabaron, a excepción de una, ya que el TSM deseaba mantener al máximo su anonimato. Una vez transcritas las entrevistas y recopilada las notas de campo, se realizó un análisis temático interpretativo para identificar ideas subyacentes, suposiciones y conceptualizaciones a partir de los cuales se crearon categorías y subcategorías<sup>16</sup>. El análisis fue flexible y realizado a lo largo del trabajo de campo por los investigadores que participaron en la observación y las entrevistas, además fue triangulado por expertos en Salud Pública y Antropología Médica. Este estudio contó con la aprobación del comité ético del Hospital del Mar de Barcelona y con el consentimiento informado de los entrevistados. A los que aceptaron participar se les entregó como compensación una tarjeta de transporte urbano de 10 viajes de un valor de 10 euros.

#### Contacto con los entrevistados

Las entrevistas se ofrecieron a los TSM contactados en saunas y a los que vinieron a recoger el resultado después de la realización de las pruebas. Todas las entrevistas se realizaron en la ASPB con tal de mantener la confidencialidad y la privacidad. De los 12 TSM a los que se les ofreció participar, dos se negaron aduciendo que no querían hablar de sus relaciones sexuales con otros hombres y ambos se autodefinieron heterosexuales. Finalmente, se entrevistaron a 10 TSM procedentes de diferentes países, cuatro se autodefinieron heterosexuales, cinco homosexuales y uno bisexual. Siempre se dejó abierta la posibilidad de añadir alguna información, lo que permitió que a tres de los informantes se les entrevistara más de una vez. Las características de los entrevistados se describen en la tabla 2. Se decidió el cierre del estudio cuando se alcanzó la saturación de los datos.

## **Resultados**

Se establecieron seis categorías temáticas: trabajo sexual en saunas gay; el trabajo sexual: beneficios y desventajas; dinámicas y relaciones sociales en la sauna; el trabajo sexual en tanto hombre; prácticas sexuales según tipo de pareja y VIH/ITS/prevención. En la tabla 3 se presenta una selección de citas textuales extraídas de las entrevistas.

### **Trabajo sexual en sauna gay**

Pudimos observar que la sauna está abierta 24 horas al día. Además de disponer de piscinas y de las ofertas de cualquier spa, tiene un bar y habitaciones a libre disposición y otras más privadas de pago extra. Al usuario que entra se le entrega una toalla, sandalias de piscina, un preservativo y llaves para la taquilla. Este establecimiento no obtiene ningún beneficio económico directo por el TS. Lo que sucede dentro es una transacción que, dicen los encargados, no les compete. La sauna ejerce el derecho de admisión, tal como comentaban algunos TSM, la entrada está restringida, sea por criterio de belleza o por haber ocasionado algún problema previamente.

Entre los beneficios de trabajar en la sauna, respecto a los pisos, se señaló sobre la posibilidad de poder escoger al cliente, administrar libremente el tiempo y tener mayor autonomía económica, ya que la ganancia del sexo transaccional es un beneficio exclusivo para el TSM. Los TSM de sauna en general son jóvenes de cuerpos de gimnasio y fornidos. Algunos TSM pernoctaban en la sauna, sobre todo los que trabajaban por temporadas en diferentes ciudades españolas o europeas, con lo cual ahorraban el alquiler de una habitación o vivienda mientras residían en Barcelona.

Los TSM se referían a la sauna como “la oficina”, como una forma de normalizar el lugar y su actividad profesional, pero en una de las entrevistas, un TSM que se definía heterosexual denominaba a la sauna “el infierno”, ya que era un sitio que cuestionaba su deseo sexual.

### **El trabajo sexual: beneficios y desventajas**

Las razones para ejercer el TS son diversas. En la mayoría de las ocasiones se entra a través de un amigo o conocido. Por un lado, se hablaba de la necesidad económica relacionada con urgencias vividas como extremas, como el pago del alquiler o pagar la operación de la madre en un país extranjero. En otros casos fue por curiosidad, en hombres que sentían deseos homoeróticos pero vivían en entornos homofóbicos donde era difícil relacionarse con otros hombres.

Por otra parte, hombres inmigrantes en situación administrativa irregular se encontraban con oportunidades de empleo muy reducidas y precarias, en especial durante la crisis socioeconómica. Aunque había algunos TSM españoles, la mayoría procedía de países Latinoamericanos y de Europa del Este. La dificultad de entrar en el mercado de trabajo formal no sólo se relacionaba con no tener permiso de trabajo y en algunos casos con el bajo nivel educativo sino, además con haber experimentado racismo estructural. Por otra parte, para algunos TSM las alternativas laborales más accesibles traspasaban el umbral de la legalidad, con lo cual el TS se convertía en una buena alternativa.

Uno de los peores problemas percibidos por los TSM eran las drogas. Se señaló que el consumo se producía a demanda del cliente y para aguantar las largas horas de trabajo. De hecho, algunos entrevistados comentaron que se iniciaron en el consumo en la sauna. También era muy frecuente el uso de estimulantes sexuales. Algunos TSM consumían también drogas fuera del ámbito laboral, en momentos de ocio o en otras saunas, también hubo casos que comenzaron a participar en sesiones de *chemsex*, práctica que consiste en el consumo de determinadas drogas con fines sexuales durante varios días.

Por otra parte, se podía observar que para algunos la experiencia de tener relaciones sexuales con hombres era vivida con conflicto, sobre todo para los heterosexuales o para quienes tenían mayor homofobia interiorizada. Otra desventaja que se comentó era la falta de respaldo legal respecto a sus derechos como TS. Además del riesgo de contraer enfermedades, señalaron la soledad y que pocas personas del entorno familiar o social sabían a qué se dedicaban.

Entre los beneficios del TS destacó sobre todo el económico. Dependiendo de los días y el tiempo de servicio con un cliente se podían alcanzar hasta 8.000 euros al mes. El ahorro permitía comprar viviendas en el país de origen, invertir en cursos de formación y enviar dinero a sus países de procedencia para ayudar a la manutención de la familia, además de adquirir nuevos dispositivos de vanguardia (teléfonos móviles, auriculares, entre otros).

### **Dinámicas y relaciones sociales en la sauna**

La relación con los clientes en general era considerada buena, los problemas aparecían cuando alguno no deseaba pagar lo acordado. Habitualmente los servicios que se solicitaban eran masajes y mantener relaciones sexuales, pero algunas prácticas podían llegar a poner en tensión al TSM, cuando lo que pedía el cliente era que le defecaran o vomitaran encima. Por otro lado, las demandas no siempre respondían a fantasías sexuales, ya que a veces los clientes sólo deseaban compartir el consumo de drogas o hablar. La sauna era considerada un buen sitio para contactar clientes que luego se transformaban en fijos y con los cuales podían mantener relaciones durante años. De hecho, se podía dar el caso de que el cliente se convirtiera en una relación de apoyo no sólo económico, sino también afectivo.

En una entrevista a un cliente, médico jubilado, comentó que el poder en la relación lo tenían *los chicos* (TSM), ya que un hombre mayor no puede mantener relaciones sexuales con un hombre joven y atractivo si no es mediante el pago. Sin embargo, esta no era la percepción que tenían los TSM, que competían por atraer al cliente que pudiera generar mayor beneficio; de esa forma, el dinero se convertía en una demostración del poder que tenía el cliente en la relación con el TSM.

Con respecto a la relación con los compañeros TSM, pudimos observar cómo se establecían relaciones sociales entre los procedentes del mismo país o “países amigos”. También se comentó que había competencia entre ellos, a veces surgían ciertos prejuicios y actitudes racistas entre los diferentes colectivos otorgando a determinados grupos menor estatus social. Por ejemplo, los brasileños comentaban que ellos eran los más antiguos de la sauna y los que generaban menos problemas. Los pocos húngaros que había consideraban tener mejor educación y status económico que los rumanos.

### **El trabajo sexual en tanto hombre**

Pocos TSM manifestaron vergüenza o culpa por realizar el TS, quienes sí lo hicieron fueron algunos heterosexuales, ya que el dinero era considerado una buena fuente de compensación. Algunos no se sentían identificados como trabajadores sexuales, sino que más bien el TS era entendido como una actividad que prolongaba lo que es propio de los hombres: tener muchas y variadas relaciones sexuales.

En cuanto al desarrollo de la sexualidad se comentó que fue el entorno social y no el institucional, la fuente de educación sexual. Por ejemplo, el observar experiencias sexuales durante la infancia o vivir en entornos donde las relaciones sociales estaban mediadas por un fuerte contenido erótico, sobre todo en TSM procedentes de países latinoamericanos. En un caso se comentó un abuso sexual en la pubertad. El entrevistado insinuó que era la razón por la cual mantenía relaciones sexuales con hombres.

Los TSM que aceptaron participar en las entrevistas señalaban no tener prejuicios hacia la homosexualidad, aunque su cultura de origen (religión, familia...) sí la estigmatizaba. En cambio, pudimos observar como algunos TSM mostraban una masculinidad ruda y afirmaban que sólo le gustaban las mujeres, negando sus deseos sexuales hacia los hombres.

Las características consideradas propias de los hombres incluían la honestidad, el cumplimiento de ciertas obligaciones, ser buenas personas y tener un buen empleo. También emergieron discursos que señalaron al hombre como un ser irracional que sólo busca sexo. Si bien se hacía referencia a los hombres como iguales, en las entrevistas aparecieron diferencias entre homosexuales y heterosexuales, aunque algunos ponían en duda que hubiera hombres heterosexuales en la sauna. Se comentó que los homosexuales se enamoraban más fácilmente, eran más sensibles y más viciosos que los heterosexuales, lo que comportaba mayor asunción de riesgos. El hecho de tener pareja estable llevaba a los TSM adoptar más medidas preventivas en por miedo a infectarla.

Los TSM declararon que los clientes buscan hombres con rasgos tradicionalmente varoniles, modelos masculinos que respondan a criterios de belleza relacionados con la fuerza y la juventud. Sin embargo, un TSM señaló que la masculinidad no pasaba por demostrar determinados patrones sino en asumir determinados valores.

### **Prácticas sexuales según tipo de parejas**

En general, los TSM relacionaron las prácticas sexuales de riesgo con el hecho de no usar el preservativo en el sexo anal o vaginal, aunque también lo relacionaron con los besos, meter los dedos en el ano o con la penetración anal sin eyaculación. Las prácticas sexuales y las medidas de prevención eran diferentes con las parejas sexuales no comerciales y los clientes. El uso del preservativo era más frecuente en el sexo de pago, mientras que con las parejas no comerciales, donde las relaciones buscaban el placer, existía menor uso del preservativo, sobre todo después de un tiempo de relación. Es decir, había mayor percepción de riesgo hacia los clientes que con las parejas no comerciales. Sin embargo, en una ocasión uno de los TSM, por una gran suma de dinero asociada a una percepción de confianza, no utilizó el preservativo con un cliente fijo y se infectó de VIH.

Entre los TSM existía la creencia que los homosexuales estaban más expuestos a las ITS, ya que sus relaciones sexuales estaban mediadas por el placer, no sólo en el contexto de parejas ocasionales sino también entre los compañeros TSM, cuando por ejemplo, un cliente solicitaba realizar sexo en grupo. En el caso de los TSM heterosexuales el placer también se relacionaba con una disminución de las medidas de prevención, pero con las mujeres. En alguno de ellos, la única medida de prevención era realizarse las pruebas de VIH de forma periódica. Otro elemento importante era la necesidad de sentirse sexualmente deseado donde situaciones de soledad, falta de redes sociales de apoyo y búsqueda de afecto eran factores que aumentan la vulnerabilidad a participar en encuentros sexuales de riesgo.

### **VIH/ITS/Prevención**

La percepción de la infección por el VIH y las ITS es diferente. En el caso del VIH persiste el estigma social y el miedo, en algunos casos se llegó a relacionar con una sentencia de muerte, lo que llevaba a que algunos TSM, no quisieran realizarse las pruebas. También algunos discursos expresaban serofobia, es decir rechazaban mantener relaciones sexuales con personas con VIH. Existía la percepción que las personas con VIH realizaban más prácticas sexuales de riesgo y algunos afirmaban que todos los clientes tenían esta infección.

La percepción sobre las ITS era más normalizada, considerando que formaban parte de la vida sexual activa. Un TSM que vivía con la infección por VIH comentó que las hepatitis eran enfermedades más peligrosas y destructivas que el VIH pero que los demás chicos no eran conscientes de ello. Por otra parte, se señaló que no se hablaba sobre las ITS ni de otras medidas de prevención entre los amigos, ni en el ambiente de la sauna. Se señaló también que estar bajo los efectos de las drogas llevaba a olvidar las prácticas de sexo seguro.

En relación al acceso al sistema sanitario, se comentaron entre las barreras la dificultad y el desconocimiento para obtener la tarjeta sanitaria individual (TSI). Durante el trabajo de campo, a un TSM que había tenido una penetración anal receptiva sin preservativo, práctica de alto riesgo de infección por el VIH, no se le facilitó el tratamiento profiláctico post exposición por no tener TSI. Por otra parte, existía una percepción de facilidad para obtener medicamentos en las farmacias, con lo cual no era de extrañar que TSM inmigrantes que llevaban años residiendo en España o Barcelona no tuvieran TSI, ya que no lo consideraban especialmente prioritario. Cuando aparecía la sospecha de una ITS y no acudían a un centro de urgencias, se compraban los medicamentos que habían utilizado anteriormente o seguían los consejos de algún compañero. En algunos casos los que no tenían TSI y requerían asistencia médica, utilizaron el sistema privado de salud. Un TSM de Senegal utilizaba plantas medicinales que le enviaban desde su país para la prevención de enfermedades.

En relación a las propuestas de intervención, en general expresaban bajas expectativas. Por un lado, se comentó que el problema estaba en el individuo que a raíz de la soledad y otros problemas sociales no se preocupaba por sí mismo y su salud. Por otra parte, se señaló que disponían de información para prevenir el VIH y otras ITS y que, además, gracias a las tecnologías de la información y comunicación, era de fácil acceso.

Se comentó la falta de campañas de prevención, aunque no se percibían especialmente necesarias ya que la *“mala vida”* que llevaban algunos generaba poco autocuidado. La sauna era percibida como un sitio donde era difícil mantener la salud, un informante señaló que las propuestas de prevención requerían *“sacarlos de la sauna y llevarlos al campo a ver flores”*. Se señaló la necesidad de facilitar el acceso y el abastecimiento de preservativos en locales de ocio gay.



En cuanto a la Profilaxis Pre-Exposición comentaron que era una buena medida para prevenir el VIH, sobre todo para los que se dedican al TS, aunque estos conllevarían a una disminución del uso del preservativo. También se dijo que algunos continuarían usando el preservativo ya que este tratamiento no previene otras ITS.

## Discusión

Este es el primer trabajo etnográfico en una sauna gay en España que aborda las relaciones sexuales y sociales de TSM desde una perspectiva de género. Este estudio muestra que el TS se articula en base a una masculinidad caracterizada por tener múltiples parejas sexuales, una apariencia viril y la capacidad de generar dinero como estrategia para alcanzar estatus. Este patrón responde a un modelo cultural hegemónico asociado a la dominación, al ascenso social y a ocupar posiciones de jerarquía<sup>17</sup>. Por otra parte, el TSM cuestiona el modelo heteronormativo donde coexisten la identidad, el deseo y la conducta sexual en las relaciones entre hombres. En este sentido, residir en una ciudad como Barcelona permite explorar y vivir la homosexualidad con mayor libertad y anonimato, ya que dispone de locales que facilitan los encuentros sociales y sexuales entre hombres, como son las saunas<sup>9</sup>. Estos establecimientos abren opciones para las interacciones, donde se pueden reunir y hasta cierto punto integrar la homosexualidad y la heterosexualidad en el campo erótico de las prácticas con el mismo sexo<sup>18</sup>. De hecho, los TSM que se presentan desde un modelo heterosexual alimentan la fantasía erótica de una masculinidad ruda, fuerte y protectora. Es más, en la iconografía gay una parte importante de los textos dan cuenta de que el culto homofóbico de la virilidad no es una especificidad heterosexual<sup>19</sup>.

Por otra parte, los resultados muestran, al igual que en otros estudios, que son los aspectos económicos o los deseos sexuales los que invitan al TS<sup>20</sup>. Además, el dinero está ligado a la independencia y a la aspiración del consumo material, que otorgan prestigio, control sobre el trabajo y autodesarrollo<sup>21,22</sup>. Por tanto, el TS permite alcanzar un estatus económico y social que compensa el dedicarse a una actividad estigmatizada socialmente. El estigma de dedicarse al TS adopta diferencias según el género: mientras

que en las mujeres, se cuestiona moralmente el hecho de tener múltiples parejas sexuales, a los hombres se les incita, además de permitírseles mayor derecho al ocio y al placer<sup>23</sup>. El estigma en ellos se produce al mantener relaciones con hombres. De hecho, para algunos jóvenes el TSM se convierte en una opción para “salir del armario”, sobre todo para quienes tenían pocas opciones de tener relaciones homosexuales en su entorno. Desde una perspectiva de la salud, se ha demostrado que existe una asociación entre sentir atracción por alguien del mismo sexo y peor salud autopercebida, más problemas de trastornos crónicos y mayor consumo de alcohol y otras drogas<sup>24</sup>.

También hay que considerar que en un mercado con alternativas labores precarias se fomenta la etnicidad en la ocupación. Es decir, HSH inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas que experimentan mayor racismo y privación económica, encuentran en el mercado del sexo una alternativa laboral, aunque con mayor proporción de relaciones sexuales sin protección y mayor vulnerabilidad a contraer el VIH<sup>25</sup>.

Un elemento clave de este estudio fue considerar las orientaciones sexuales, el deseo y su relación con las prácticas sexuales en los TSM de la sauna. A pesar de adoptar una actitud de complacencia hacia el cliente, se asumían medidas de prevención, mientras que con las parejas sexuales no comerciales, fueran hombres o mujeres, esto cambiaba. Los que se definían homosexuales realizaban más prácticas sexuales de riesgo en el contexto de la sauna que los heterosexuales, los cuales experimentaban mayor conflicto en este entorno. Existe la hipótesis que los TSM que se definen heterosexuales o bisexuales pueden presentar más síntomas de depresión o ansiedad respectivamente, que varía según la propia definición de la orientación sexual y la actitud hacia la homosexualidad<sup>26</sup>.

Por otro lado, situaciones como la soledad o la falta de redes sociales de apoyo se relacionaron con menos autocuidado. Al respecto, es fundamental considerar un enfoque sindémico que permita explicar los comportamientos desde diferentes niveles, así como los determinantes sociales de la salud<sup>27</sup>. Desde esta perspectiva se ha demostrado la importancia de contar con el apoyo social de la familia y los amigos, ya que la ausencia de capital social es un factor que promueve prácticas sexuales de riesgo

y por tanto, la vulnerabilidad a contraer el VIH y otras ITS<sup>28</sup>. Además, cabe destacar que las ITS son percibidas, a diferencia del VIH, como parte de la vida sexual de un hombre.

También es fundamental abordar el tema de las drogas, considerar la interrelación entre el sujeto, la sustancia y los contextos socioculturales en los cuales se da el consumo<sup>29</sup> para entender mejor, por ejemplo, la emergencia del fenómeno del *Chemsex* y el aumento de las prácticas sexuales que facilitan la transmisión de las ITS. Por ello, sería recomendable intercambiar conocimientos entre los servicios de ITS y especialistas en drogas, así como conocer las razones que envuelven a las personas a participar en estas prácticas<sup>30</sup>.

Una de las limitaciones de este estudio fue no haber profundizado en el conocimiento que tenían los TSM sobre las ITS, aunque sí se pudo explorar las actitudes hacia la prevención y la atención. Por otra parte, el tiempo de observación en la sauna fue suficiente y hubo saturación de la información. Existen pocas oportunidades para participar de forma tan continuada y regular en este ambiente, factor que permitió crear la confianza necesaria para el contacto con los informantes. Además, hay que considerar que los estudios sobre TSM son cada vez más complejos, debido al uso de las *apps* que facilitan contactos sexuales con clientes vía online y encuentros en espacios privados<sup>31</sup>.

Todo lo expuesto permite reflexionar en torno a lo que implica el TS en los hombres. Por un lado, aumenta el estatus económico y social, y hasta puede convertirse en una plataforma de redes afectivas. Por otra parte, implica la entrada a un mundo donde coexiste el riesgo y el daño a la salud personal y colectiva con importantes repercusiones para el propio bienestar. Se sugiere profundizar en este tema e incluir a los clientes de los TSM, ya que pueden aportar información valiosa sobre las relaciones de poder que se establecen, los mecanismos de transacción económica y negociación de las prácticas sexuales y sociales.

En síntesis, se observó que las prácticas sexuales de riesgo ocurrían sobre todo con las parejas sexuales no comerciales. El deseo y el placer mediatizaban las relaciones, lo que conllevaba que los TSM que se definían homosexuales se involucraran en dinámicas sexuales menos seguras. Por otra parte, consumir drogas, no tener pareja estable y no contar con redes sociales de apoyo son factores que aumentan la vulnerabilidad social de los TSM. Las intervenciones para la prevención del VIH e ITS

en este colectivo tendrían que considerar los determinantes sociales y las necesidades de los TSM, crear sinergia con los dueños y trabajadores de estos locales, el sistema sanitario, las entidades comunitarias y la salud pública a fin de responder a problemáticas complejas, que promuevan un modelo de masculinidad dirigido a un mejor cuidado personal y colectivo.

### Referencias

1. Baral SD, Friedman MR, Geibel S, et al. Male sex workers: practices, contexts, and vulnerabilities for HIV acquisition and transmission. *The Lancet*. 2014.
2. Bayer AM, Garvich M, Diaz DA, Sanchez H, Garcia PJ, Coates TJ. “Just getting by”: a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. *Sex Transm Infect*. 2014;90(3):223-229. doi:10.1136/sextrans-2013-051265.
3. ONUSIDA. *Trabajo Sexual Y VIH / SIDA.*; 2003.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/929173201X\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/929173201X_spa.pdf).
4. Ministerio de Sanidad SS e I. *Encuesta “on-Line” europea Para Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales Con Hombres: (EMIS): Resultados En España [CD-ROM]*. Madrid; 2013.
5. García De Olalla P, Jacques Aviñó C, Martín S, et al. Programa saunas de Barcelona: la vulnerabilidad de los trabajadores sexuales. En: SESPAS, ed. *XXXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Sevilla: Gaceta Sanitaria; 2016.  
[http://www.reunionanualsee.org/2016/documentos/gaceta\\_Sanit\\_Reunion\\_SEE\\_2016.pdf](http://www.reunionanualsee.org/2016/documentos/gaceta_Sanit_Reunion_SEE_2016.pdf).
6. Hdez. Velasco I. España, destino de turismo sexual. *El Mundo*.  
<http://www.elmundo.es/sociedad/2016/10/13/57fe88b2e5fdea63208b4583.html>.  
Published October 13, 2016.

7. Villamil F, Jociles M. Etnografía y prevención del VIH en el ambiente sexual madrileño. In: *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: De las teorías a las prácticas académicas y profesionales*; 2008.
8. Downing MJ. Perceptions of HIV transmission risk in commercial and public sex venues. *J Mens health*. 2012;9:176-181. doi:10.1016/j.jomh.2012.04.002.
9. Jacques Aviñó C, García de Olalla P, Díez E, Martín S CJ. Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. *Gac Sanit*. 2015;29(4):252-257.
10. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1675-1683. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.006.
11. Courtenay WH. Constructions of Masculinity and their Influence on men's Well-being, a Theory of Gender and Health. *Soc Sci Med*. 2000;50 (10):1385-1401.
12. Banks I. No man's land: men, illness, and the NHS. *Br Med J*. 2001;323(7320):1058-1060.
13. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord*. 2002;71:1-9. doi:10.1016/S0165-0327(01)00379-2.
14. Mburu G, Ram M, Siu G, et al. Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: implications for involving men in HIV programmes. *BMC Public Health*. 2014;14:1061. doi:10.1186/1471-2458-14-1061.
15. ONUSIDA. *VIH y relaciones sexuales entre hombres*. Vol 82; 2006.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(May 2015):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
17. Connell RW. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gend Soc*. 2005;19(6):829-859. doi:10.1177/0891243205278639.
18. Parker R. Cambio de sexualidades: masculinidad y homosexualidad masculina en Brasil. *Alteridades*. 2002;12(23):49-62.
19. Welzer-Lang D. La mixité non ségrégative confrontée aux constructions

- sociales du masculin. *Rev Fr Pedagog.* 2010;171. doi:10.2307/41202554.
20. Lorway R, Reza-Paul S, Pasha A. On Becoming a Male Sex Worker in Mysore: *Med Anthropol Q.* 2009;23:142-160. doi:10.1111/j.1548-1387.2009.01052.x.
21. Kong TS. Sex and work on the move: Money boys in post-socialist China. *Urban Stud.* 2017;54(3):678-694. doi:10.1177/0042098016658411.
22. Nureña CR, Zúñiga M, Zunt J, Mejía C, Montano S, Sánchez JL. Diversity of commercial sex among men and male-born trans people in three Peruvian cities. *Cult Health Sex.* 2011;13(10):1207-1221. doi:10.1080/13691058.2011.609908.
23. Juliano D. *La Prostitución: El Espejo Oscuro.* Icaria. Barcelona; 2002.
24. Pérez G et al. Salud y conductas relacionadas con la salud según la atracción y la conducta sexual. *Gac Sanit.* 2015;29(2):135-138.
25. Lewis NM, Wilson K. HIV risk behaviours among immigrant and ethnic minority gay and bisexual men in North America and Europe: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2017;179:115-128. doi:10.1016/j.socscimed.2017.02.033.
26. Bar-Johnson M WP. Mental health and sexual identity in a sample of male sex workers in the Czech Republic. *Med Sci Monit.* 2014;20;20:1682-1686.
27. Tsai AC, Mendenhall E, Trostle JA, Kawachi I. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *Lancet.* 2017;389(10072):978-982. doi:10.1016/S0140-6736(17)30403-8.
28. Hart TA, Noor SW, Adam BD, et al. Number of Psychosocial Strengths Predicts Reduced HIV Sexual Risk Behaviors Above and Beyond Syndemic Problems Among Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav.* 2017:1-12. doi:10.1007/s10461-016-1669-2.
29. Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones.* Ariel, S.A. Barcelona; 1999.
30. Frankis J, Clutterbuck D. What does the latest research evidence mean for practitioners who work with gay and bisexual men engaging in chemsex? *Sex Transm Infect.* 2017;93(3):153-155. doi:10.1136/sextrans-2016-052783.
31. Ryan P. #Follow: exploring the role of social media in the online construction

of male sex worker lives in Dublin, Ireland. *Gender, Place Cult.* 2016;23(12):1713-1724. doi:10.1080/0966369X.2016.1249350.

**Tabla 1. Guión de entrevista semi-estructurada realizada a trabajadores del sexo masculino en saunas gay. Barcelona, 2015-2016.**

<b>Temas a explorar</b>
Motivos de haber iniciado el trabajo sexual
Experiencias asociadas al ejercicio del trabajo sexual en la sauna, con clientes y compañeros
Socialización de la sexualidad y actitud hacia la homosexualidad
Experiencias y representaciones sobre prácticas sexuales según tipo de parejas sexuales comerciales y no comerciales
Representaciones del VIH y otras infecciones de transmisión sexual
Necesidades percibidas y propuestas para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en TSM



**Tabla 2. Características sociodemográficas de los 10 trabajadores del sexo masculino entrevistados. Barcelona, 2015-2016.**

<b>Id</b>	<b>Edad</b>	<b>País de nacimiento (año llegada)</b>	<b>Estudios acabados</b>	<b>Estado de pareja / civil</b>	<b>Orientación sexual autoinformada</b>	<b>Lugares/ estrategia contactos clientes</b>	<b>Año inicio trabajo sexual</b>	<b>Estatus serológico de VIH</b>	<b>Situación regular<sup>3</sup></b>	<b>TSI<sup>4</sup></b>
1	26	Panamá (2011)	Primarios	Casado con una mujer	Heterosexual	Sauna	2014	Negativo	Si	Si
2	21	Brasil (2015)	Secundarios	Soltero	Homosexual	Sauna / anuncios <sup>1</sup>	2015	Negativo	No	No
3	29	Rumania (2007)	Sin estudios	Soltero	Heterosexual	Sauna / discotecas	2011	Negativo	Si	Si
4	26	Rumania (2009)	Secundarios (universitarios inacabados)	Pareja Mujer	Heterosexual	Saunas	2010	Negativo	Si	Si
5	37	Brasil (2003)	Secundarios (universitarios inacabados)	Soltero	Homosexual	Saunas / anuncios	2000	Positivo	Si	Si
6	26	Brasil (2014)	Secundarios	Pareja hombre	Homosexual	Sauna / anuncios	2014	Negativo	No	Si
7	29	España	Secundarios	Soltero	Homosexual	Saunas / discotecas	2004	Negativo	Si	Si
8	30	Brasil (2006)	Primarios	Soltero ( <i>follamiga</i> ) <sup>2</sup>	Heterosexual	Sauna / anuncios	2006	Negativo	No	No
9	26	Venezuela (2003)	Secundaria (universitarios inacabados)	Pareja hombre	Homosexual	Saunas / anuncios	2014	Negativo	No	Si
10	34	Senegal (2007)	Primaria	Soltero	Bisexual	Saunas	2009	Negativo	No	Si

<sup>1</sup>Anuncios: ofrecimiento de sexo de pago mediante el anuncio en *app* o Internet destinados a contactos sexuales

<sup>2</sup> *Follamiga*: relación de pareja que combina la amistad y la posibilidad de mantener relaciones sexuales, sin llegar a tener un compromiso como pareja estable.

<sup>3</sup>Situación regular: tener residencia o nacionalidad que permite vivir en la Unión Europea de forma administrativamente legal.

<sup>4</sup>TSI: Tarjeta Sanitaria Individual, documento que permite acceder a las prestaciones del sistema sanitario público español.

**Tabla 3. Citas textuales de las entrevistas realizadas a los informantes. Barcelona, 2015-2016.**

<b>Temas</b>	<b>Verbatim</b>
<b>Trabajo sexual en sauna gay</b>	<p><i>"Por este motivo me fui de ahí (del piso)...una vez me fue a pagar a mí el cliente...y descubrí que pagaban 150 € la hora y... el dueño me pagaba 40€ por hora y cuando descubrí lo que cobraba el dueño vi que no era justo"(Id6)</i></p> <p><i>"Hago un ritual de limpieza espiritual, emocional y física. Despierto, rezo, como bien, hago actividad física y al final voy a trabajar y entro en el infierno, así llamamos a la sauna los que nos gustan las mujeres". (Id8)</i></p>
<b>El Trabajo sexual: beneficios y desventajas</b>	<p><i>"Estuve 4 años en la cárcel...había estado varias veces (por robo), estoy muy agradecido de vivir en España y por la oportunidad de tener un trabajo más honrado que me genera dinero como es la prostitución" (Id3).</i></p> <p><i>"Si tienes buena cabeza, puedes ganar dinero. Yo en 2 años he comprado 2 apartamentos"(Id6)</i></p> <p><i>"La gente necesita la droga pasa estar despierto, para follar con la gente" (Id9)</i></p> <p><i>"(con la tina) Lo que noté sexualmente es que empecé a tener pensamientos que parecía que no eran míos: desde guarradas o fetiches, te atreves a hacer ciertas cosas que no harías habitualmente, vas rompiendo barreras". (Id 5)</i></p>
<b>Dinámicas y relaciones sociales en la sauna</b>	<p><i>"Al cliente le gusto yo y no es cualquiera. Él sabe que hay un precio y un sitio especial para ellos... querrá fiesta blanca y pasarlo bien..." (Id1)</i></p> <p><i>"Caca, meadas, vómitos,... Personas complicadas, que creo que están un poco mal de la cabeza. Si uno no es mentalmente fuerte puedes acabar loco." (Id8)</i></p> <p><i>"Les gusta pagar porque se tiene la idea de que eso es un producto, que es un chico que está alquilado para una práctica específica y ese tipo de idea o de vicio o de morbo al cliente le gusta..." (Id9)</i></p> <p><i>"Muchos clientes te hacen sentir bien, te tratan muy bien y te sientes querido y aceptado..." (Id7)</i></p>
<b>El trabajo sexual en tanto hombre</b>	<p><i>"...no me gusta llamarme prostituto ni tampoco me gusta que me llamen chaperero porque todos somos promiscuos, el hombre en general es promiscuo, por naturaleza es promiscuo" (Id 9)</i></p> <p><i>"Yo empecé muy temprano, con mis primas, con la empleada que trabajaba en mi casa. Nada homosexual. Aprendí a través de la vivencia. En Brasil las cosas son claras. Yo vi a mi tía desde mi habitación, follando... tenía 7 u 8 años. Después vi a otra tía..." (Id 8)</i></p> <p><i>"La mayoría de los gays son muy viciosos y usan muchas drogas y no piensan mucho en los riesgos." (Id2)</i></p> <p><i>"...normalmente buscan tíos muy cachas, cuerpos muy esbeltos, cuerpos currados, incluso los gordos no entrarían ahí... para el trabajo no, cómo clientes sí." (Id9)</i></p> <p><i>"¿Qué es ser un hombre? Ser claro y poner las cosas claras. Yo me busco la vida aquí"(Id1)</i></p>
<b>Prácticas sexuales según tipo de pareja</b>	<p><i>"Con los clientes es más frío que con el chico que estoy. No besos, siempre con condón... con parejas no comerciales, a veces no uso condón". (Id2)</i></p> <p><i>"Yo y la mayoría de los chicos se previenen de los clientes, pero no de sus compañeros". (Id5)</i></p> <p><i>"Con las mujeres al principio lo uso (el condón) pero luego no ¿por qué? porque tengo confianza...con los clientes siempre...con las mujeres les pido las pruebas [¿y si no se la hacen?] luego voy yo a hacérmelas..."(Id3)</i></p> <p><i>"Los gays tienen más posibilidad de coger una enfermedad porque les gusta lo que hacen. Como si yo tuviera que trabajar con mujeres". (Id8)</i></p>
<b>VIH/ITS/Prevencción</b>	<p><i>"Hacerlo sin preservativo... gorronea, cosas así... porque he tocado esa chica que conoces y al mes estás sacando cosas...me pongo bravo porque no me he cuidado y podía haber sido peor"(Id1)</i></p> <p><i>"(El VIH) Que puedes morir, hay medicaciones pero tengo mucho miedo" (Id2)</i></p> <p><i>"He tenido alguna de estas sífilis, quizás,... fui a la farmacia, me dieron un antibiótico y desapareció"(Id7)</i></p> <p><i>"Las que quieren de todo... si un cliente te pregunta si follas sin condón, para mí ya está apuntando como sidoso. Si te traga la leche... y no conoces a esa persona es que lo hace con todos y no está sano."(Id8)</i></p>

	<p><i>“No se puede hacer nada, a ellos les da igual todo, les gusta lo que hay detrás...los chicos tienen la información pero no quieren cuidarse.” (Id 3)</i></p>
--	--



## Capitulo IV

### **Discusión**

La oposición masculina a la independencia femenina  
es quizás más interesante  
que la independencia en sí.

Virginia Woolf

## 4.1 Discusión conjunta

A través de este estudio se ha podido realizar un recorrido sobre el proceso de salud (sexualidad), enfermedad (VIH y otras ITS) y atención (prevención) de los HSH usuarios de saunas gay desde la perspectiva de las masculinidades. Este trabajo finaliza en un periodo donde los derechos LGTBI+ y las cuestiones relacionadas con las libertades sexuales están en la agenda social e incluso política. Estamos atravesando un momento histórico donde el feminismo y la consciencia social sobre las desigualdades de género y otras intersecciones, han retomado fuerza y protagonismo en las calles y en las aulas. Las actitudes masculinas y los roles de género, históricamente naturalizadas, son cuestionadas y el sexismo (aparentemente) más aborrecido que antes.

En definitiva, al comenzar este capítulo y llegado a este punto, el trabajo se podría resumir en dos grandes hallazgos. Por un lado, que los modelos hegemónicos habitan en todos nosotros y en este caso, en ellos: los usuarios de saunas gay. Por otra parte, que profundizar sobre la teoría de la interseccionalidad ha sido un importante aporte, ya que incorpora la coexistencia de diferentes ejes de desigualdad, incluida la ideología en tanto determinante de la salud. Lo que se traduce en explicar que hegemonías como la homofobia, el racismo y el machismo deben ser tratados como factores que influyen en la salud (Larson, George, Morgan, & Poteat, 2016). No se ha querido alterar el orden de la tesis e incluir esta teoría en el apartado de posicionamiento teórico, ya que en estricto rigor no estaba en mente al iniciar esta travesía. Más bien, comenzó a generar interés de forma más activa al finalizar la revisión sistemática sobre masculinidades y VIH (segundo artículo), razón por la cual, se presenta dentro de este capítulo.

En relación con los objetivos específicos 1, 2, 3 y 4 éstos fueron abordados en el artículo “Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres” y en “Trabajadores sexuales masculinos: entre el sexo seguro y el riesgo. Etnografía en una sauna gay de Barcelona”. El objetivo 6 se desarrolló en el artículo “*The Theory of Masculinity in Studies on HIV. A Systematic Review*”. Los resultados más relevantes de estos tres estudios son discutidos a continuación. Cada apartado de la discusión conjunta comienza con citas textuales de las entrevistas realizadas durante las tesis que fueron transformadas en categorías.

#### 4.1.1 “Ningún hombre ha sido criado como gay”

(usuario de sauna participante de la cohorte)

Esta frase continúa y dice:

*“... todos los hombres han sido criados como hombres, por lo cual cuando te sales del esquema, no puedes estar en un tema homologado...a nadie crían como gay, porque nadie asume que el bebe es gay, lo descubrirá cuando tenga entendimiento.”*

Tal como mostraron los resultados de los estudios, y se detalló en la revisión sistemática, el modelo de referencia que existe para los hombres, de forma consciente o inconsciente, es el que Raewyn Connell denomina *masculinidad hegemónica* (R. W. Connell, 2005a). Connell señala que la masculinidad hegemónica se entiende como el patrón de prácticas, es decir, las cosas que se hacen. Lo que incluye un conjunto de expectativas sobre roles o identidades, que permite que el dominio de los hombres sobre las mujeres continúe. Esto implica que la masculinidad hegemónica se distinga de otras masculinidades, especialmente las subordinadas, no por suponer que es la normal en el sentido de mayor frecuencia, sino la normativa. En otras palabras, encarna el camino más honrado de ser un hombre donde todos los demás se posicionen en relación con él, legitimando ideológicamente la subordinación global de las mujeres hacia los hombres y de otros hombres con respecto a esos hombres. En este modelo, de supremacía del varón heterosexual, se espera que ellos sean capaces de asumir riesgos, sean sexualmente activos y nieguen la necesidad de buscar ayuda, actitudes y conductas que tienen efectos directos en la salud (R. W. Connell et al., 2005; Zeglin, 2015).

La hegemonía no significa violencia, aunque podría ser apoyada por la fuerza; significa ascendencia alcanzada a través de la cultura, las instituciones y la persuasión (R. W. Connell, 2005a). Por lo tanto, concebir la hegemonía como modelo normativo, implica asumir que no sólo es un imaginario que habita en los hombres heterosexuales, sino también, en los mismos HSH. Donde las diferentes posiciones que adoptan las masculinidades, son la reproducción de las lógicas de dominación existente entre los propios hombres (R. Connell, 2012).

No obstante, en el mundo de la diversidad de género se requiere comprender y profundizar sobre los efectos de la igualdad, incluida la resistencia, que ésta genera



en todos los hombres, incluido los homosexuales (Welzer-Lang, 2010). Ya que además hay que considerar, tal como plantea Dolores Juliano, que los comportamientos que muestran valentía son socialmente recompensados e incluso pueden ser admirados, al ser formas de alcanzar el poder (Juliano, 2010).

Volviendo a la cita inicial, resulta interesante plantearse qué significa ser criado como hombre para los hombres gay en particular, así como reflexionar sobre la carga valórica que envuelve esa frase. El impacto de las normas sociales puede ser especialmente perjudicial para los hombres jóvenes que perciben que, al explorar su sexualidad, ésta no encaja con el modelo de la hegemonía. La atracción por alguien del mismo sexo suele comenzar antes o durante la pubertad donde el individuo se cuestiona a sí mismo en tanto sujeto sexual. De hecho, estudios realizados tanto en la ciudad de Barcelona como en Holanda, mostraron que la no conformidad con la orientación sexual se relacionó con tener más problemas de salud mental y peor calidad de vida, asociado a experiencias de estigmatización homofóbica y homofobia internalizada en hombres homosexuales, pero no así, en mujeres lesbianas (Marti-Pastor, Perez, German, & Pont, 2018; Van Beusekom, Bos, Kuyper, Overbeek, & Sandfort, 2016). En el estudio realizado en Barcelona, además se planteó que los hombres homosexuales y bisexuales tienen 185% más problemas de ansiedad o depresión en comparación con los hombres heterosexuales (Marti-Pastor et al., 2018).

Como se pudo observar, en algunos usuarios de sauna el deseo homoerótico era vivido como una esfera del ámbito íntimo que no debía ser compartido natural y abiertamente con el entorno social. Lo mismo se pudo observar en el caso de los TSM, cuya actividad profesional era vivida con la mayor discreción posible, ocultándolo incluso a sus parejas afectivas. Daniel Welzer-Lang en sus estudios sobre la socialización masculina y la virilidad, ha mostrado cómo los secretos de los hombres se vinculan con la dominación masculina y más particularmente con los privilegios otorgados a los hombres, por ejemplo, para tener más tiempo libre pero sin verse controlado por el cónyuge (Welzer-Lang, 2010). En este estudio, el secreto cumple la función de manejar y controlar la información, y en algunos casos incluso con mantener una vida paralela, donde se deja entrever el miedo al rechazo social y al propio rechazo que implica cargar con el estigma que comporta tener relaciones sexuales con otros hombres y/o dedicarse a la prostitución. En este sentido, las saunas gays cumplen una función protectora, dado que independientemente de la asunción de la identidad sexual y del rol que se asume,

permite plasmar con mayor libertad las fantasías propias de la sexualidad y compartir un secreto en colectivo.

La homosexualidad masculina en la cultura occidental tiene una enorme carga de descalificaciones originada en su sodomía y acrecentada por una “falta de hombría”, que se explica por la presencia de un heterosexual que hace de la promiscuidad o del libertinaje una “actividad” socialmente positiva (Balbuena Bello, 2010). La homosexualidad en cambio, suele verse como una condición desfavorable, donde los hombres con manierismos, habla o vestimenta afeminada, experimentan actitudes peyorativas como respuesta de su comunidad (Quinn & Dickson-Gomez, 2016). Lo que refiere dos cosas. La primera, es la distancia que los hombres tendrían que asumir con respecto a los roles o actitudes femeninas, ya que todo lo que se asemeja “al sexo débil” es contraproducente para el mantenimiento del estatus o la dominación, reforzando los patrones misóginos de la sociedad. Desde esta perspectiva, los hombres deben ser constantemente diferentes y superiores a las mujeres, ya que los hombres que podrían asimilarse a las mujeres son designados como homosexuales (Welzer-Lang, 2010). Este homosexual que se transforma en un adjetivo calificativo y que a veces es adoptado en clave de broma, como es el de “maricón”, es una forma de insulto que sitúa a los hombres en la frontera del desprestigio (Juliano, 2002). Como comentó uno de los usuarios haciendo referencia a la homosexualidad en su país de nacimiento, Marruecos:

*“el que penetró es azotado, castigado lo que sea y al que lo penetraron lo matan, yo creo que esto debe ser cultural”.*

(usuario de sauna participante de la cohorte)

Es decir, dentro de la misma relación sexual entre hombres, los castigos sociales no son percibidos por igual. De hecho, en uno de los estudios revisados (artículo 2) se hacía mención que los HSH mostraron preferencia por el sexo anal activo cuando querían ocultar su homosexualidad; esta forma de sexo se consideró de bajo riesgo para la adquisición del VIH. Por otra parte, los hombres que adoptaron la posición pasiva, eran normalmente más jóvenes y con un fenotipo más “femenino”, tenían una menor percepción de control durante la relación, incluida su participación en la decisión de utilizar el condón (Johns, Pingel, Eisenberg, Santana, & Bauermeister, 2012). Es decir, se establecen relaciones de poder entre los mismos hombres en función del rol y la actitud que adoptan. Asimismo, se puede hacer una analogía con lo que

simbólicamente es masculino y el riesgo biológico asociado a una práctica de sexo anal. Como señala Bourdieu, la relación sexual aparece como una relación social de dominación donde el masculino es visto como activo y el que cumple el rol de deseo de posesión, mientras que el rol femenino es de la subordinación (Bourdieu, 1999). De hecho, en un estudio realizado en Brasil sobre los significados que se otorgaban a las prácticas sexuales, se observó que, en una relación entre hombres, el que tenía un rol pasivo, de ser poseído, recibía los atributos femeninos estigmatizados socialmente, tales como el *viado* o la *bicha* (literalmente "gusano, parásito intestinal", pero también la forma femenina de bicho "animal" y frecuentemente explicada por los informantes como "animal hembra") (Parker, 1987). Mientras que, el que asumía un rol activo, es decir, que consumía simbólicamente a su pareja sexual sea mujer u hombre, no sacrificaba su identidad masculina en una práctica de sexo anal (Parker, 1987). Esto implicaba que existía una fluidez de las relaciones sexuales entre hombres, y de hombres con mujeres. Sin embargo, señala Parker, el sistema médico/científico, negaba estas diferencias en la clasificación sexual, postulando a una correspondencia estable entre deseo, práctica e identidad, lo que tuvo implicancias negativas en las campañas de prevención del VIH/sida.

Lo segundo, es considerar que estos patrones de hombría, legitimado entre el mundo heterosexual, configuran las representaciones en torno a una cultura o subcultura sexual entre los hombres usuarios de saunas gay. En esta tesis, se pudo observar que los discursos que giran en torno a la definición de ellos como colectivo de hombres se basa en la idea que los hombres tienen mayor necesidad sexual que las mujeres, justificando así, la multiplicidad de parejas sexuales como una condición propia de la masculinidad. Como señala Flood, la actividad sexual es un camino clave hacia el estatus masculino, donde otros hombres son la audiencia, siempre imaginado y algunas veces real (Flood, 2008). Las mujeres en cambio simbolizaron el control sexual, explicando de esa forma las diferencias en las incidencias del VIH y otras ITS entre hombres heterosexuales y homosexuales. Siendo que el control y el ejercicio de dominación han sido descrita como una característica más bien masculina, mientras que a las mujeres se la ha atribuido el mundo emocional, irracional y estratégicamente dependiente (Bourdieu, 1999).

Asimismo, cabe poner atención sobre los mecanismos que generaron esta falta de emancipación consigo mismo, entre los cuales, estaba la religión. La religión apareció como un modelo controlador (o represor) de la conducta sexual. Tanto para los usuarios

de saunas, como en la revisión bibliográfica, la figura de la iglesia simbolizó la coacción de los deseos homoeróticos, lo que en términos de experiencia se transformó en un conflicto relacionado con la propia aceptación de la identidad u orientación sexual. Además de la iglesia, es la familia, en tanto puente a estos lugares de rito, un sistema de control sexual basado en un modelo dicotómico y heterosexual. Al respecto, un estudio realizado con jóvenes afroamericanos exploró las experiencias de homonegatividad en HSH de Wisconsin, Estados Unidos (Quinn & Dickson-Gomez, 2016). Los informantes destacaron la necesidad de ocultar su sexualidad sobre todo con la familia y la iglesia. Señalaron que los pastores de las iglesias negras eran vistos como particularmente influyentes y se consideraban fuentes creíbles de información y orientación para la comunidad. Los jóvenes de este estudio destacaron la homonegatividad propugnada por los líderes de fe, arraigado en el dogma cristiano y en la interpretación de la biblia, donde se les enseñó que la homosexualidad era un pecado y una abominación, y muchas veces se les dijo que irían al infierno. Por otra parte, esto coincide con el estudio internacional realizado por *Pew Research Center*, donde se señala que la aceptación de la homosexualidad es particularmente extendida en los países donde la religión es menos central en la vida de las personas (Bell, 2014).

En la revisión sistemática (artículo 2) se pudo comprobar la falta de interés en investigar sobre la masculinidad en los HSH, en hombres con identidades sexuales gays o no heterosexuales. Al respecto, cabe pensar que dicha ausencia se debe a la creencia de que la hegemonía es constitutiva sólo (o casi exclusivamente) de hombres heterosexuales, situándoles en las relaciones con las mujeres como los responsables de la transmisión del VIH y otras ITS. Lo que revela, por lo tanto, la necesidad de profundizar en los modelos de masculinidad que han interiorizado los HSH por el hecho social de ser varón. Tal es así, que en la misma revisión el 60% de los artículos no describían la orientación sexual de su muestra, asumiendo por el contenido de los manuscritos que los hombres son siempre heterosexuales. Por ende, la suposición por parte de los programas de salud sexual de que la población es heterosexual es una barrera para el desarrollo de medidas de prevención poniendo en riesgo a los HSH y también, a sus parejas sexuales, entre las cuales, hay hombres y mujeres.

Por contra, la homosexualidad se transforma en una manifestación de la transgresión, en una tensión entre la creencia y el deseo. Según mostraron los resultados (artículo 2), esto puede conllevar a una hipersexualización por parte del

sector masculino con el fin de esconder patrones que no respondan a la hegemonía (Zeglin, 2015). Como explicaba uno de los usuarios de sauna:

*“El vicio del hombre por el sexo es demasiado fuerte, no sé si es la testosterona o algo así, el hombre va, mira acabo de hacer sexo con uno, pero al cabo de cinco minutos estoy haciendo sexo con otro, esto a veces me pasa a mí, acabo de tener un polvo de maravilla, pero pasa un tío que está más o menos bueno y mira aquel también me lo tiraría.”*

(usuario de sauna participante de la cohorte)

Ahora bien, hay que considerar que existen diferentes concepciones de la homosexualidad, que rigen determinados estereotipos sociales, dependiendo de la cultura del entrevistado (Parker, 2009). De hecho, no todos los hombres que frecuentaban las saunas buscaban una aventura sexual, también había, sobre todo entre los clientes de TSM, los que deseaban mantener una conversación, buscaban compañía o compartir el consumo de drogas. Por otra parte, si bien la hegemonía del modelo masculino era un referente, no habría que asumir que fuera el deseable, ya que muchos de los agentes sociales eran conscientes del daño que representa el estigma en los homosexuales. Sin embargo, no se observó, al menos no fue la tendencia predominante, una actitud política que cuestionara y confrontara estos modelos, que implica necesariamente reordenar una serie de conceptos en relación con los diferentes hombres, en relación a sí mismo y en relación hacia las diferentes mujeres.

#### **4.1.2 “Los hombres somos así”**

(Trabajador sexual de sauna)

La etnografía sobre trabajo sexual que se presentó en este estudio es el que se denomina *indoor*, el que se desarrolla en espacios acotados y diseñados específicamente para esa actividad como son las saunas (O. Guasch, 2016). La sauna de TSM, con una presencia mayoritaria de inmigrantes, es un lugar escogido especialmente para contactar con los clientes y considerado un sitio que reporta mayor beneficio que otros lugares como la calle o los pisos, sea por seguridad o mayor ganancia. De hecho, en una etnografía realizada en Porto, Portugal, se mostró la

violencia y las agresiones a la que estaban expuestos los trabajadores del sexo no sólo por parte de los clientes, sino incluso por los transeúntes (Oliveira & Fernandes, 2017).

Al igual que en artículo 1 y 2, las nociones de sexualidad fueron apoyadas por argumentos deterministas como "los hombres somos así", justificando y legitimando la conducta sexual. Tanto fue así que, en los TSM, la búsqueda y la capacidad de mantener muchas y variadas relaciones sexuales eran atributos masculinos. De tal forma que en algunos casos el trabajo sexual no fue concebido como una actividad profesional (incluso negando identificación con ella), sino como una manifestación de lo que resultaba intrínseco en los hombres. Como señala Bourdieu (1999: 82) "*lo típico de los dominadores es ser capaces de hacer que se reconozca como universal su manera de ser particular*" (Bourdieu, 1999). Es decir, continúa este autor, un puesto de autoridad incluye capacidades y aptitudes sexualmente connotadas.

Lo que diferenciaba la sauna de TSM de las otras, es que justamente, entre los TSM había una mayor proporción de heterosexuales (García De Olalla et al., 2016). De hecho, los rasgos afeminados no cautivaban la clientela y se dejaba entrever manifestaciones seductoras incluso con las mujeres. Otros trabajos realizados en España plantean resultados similares (O. Guasch, 2016; Villaamil Pérez, Isabel, & Rubio, 2008). Por otra parte, si consideramos lo que Dolores Juliano plantea como modelos que son legítimamente masculinos, vemos que a los hombres se les asocia con un mayor derecho al ocio y al placer y al consumo autónomo (Juliano, 2004). De esa forma, el TSM puede entenderse como una extensión de aquello que se espera que ellos hagan, además de sexo, la búsqueda de placer. Por otra parte, el mayor beneficio que los TSM le otorgaban a su actividad era el poder alcanzar grandes sumas de dinero que con otros trabajos remunerados, no se obtenían. El dinero, les permitía acceder a un mayor nivel de consumo e incluso aumentar su estatus personal y social. Como se vio en el artículo 2 la masculinidad hegemónica, además de la capacidad de tener múltiples parejas sexuales, se relaciona con ser *breadwinner*, es decir, demostrar solvencia económica y poder mantener una familia.

Sin embargo, lo que tiene de particular el trabajo sexual es la estigmatización vinculada a una actividad que no sólo ofrece un cuerpo sino también, los genitales, pero con diferentes connotaciones según el género. La literatura sobre este tema suele abordar sobre todo la prostitución de las mujeres. Por ejemplo, desde algunas posiciones feministas se ha señalado, que al combatir las leyes y actitudes que

estigmatizan y criminalizan a la prostitución, nos encontramos inmediatamente con aquellas actitudes que silencian y dividen a todas las mujeres que se dedican a esta actividad, al ser marcadas con el estigma que les aguarda al transgredir o desafiar el control masculino (Osborne, 1991). Es decir, una mujer puede ser identificada como prostituta a causa de su color, de su clase o por el idioma que hable, por el tipo de persona con quien se asocie, por el lugar en que se encuentre, la hora del día o la ropa que lleve. Es una forma de control social y sexual de los cuerpos mediante el ejercicio de los límites morales y sociales (Juliano, 2002). No obstante ¿qué cabe decir con respecto a los hombres que se dedican al trabajo sexual? Pareciera que la criminalidad no está puesta en su exceso de deseo, sino hacia dónde se dirige el deseo. Tal como se ha mencionado en el artículo 3, el estigma está en la homofobia social y en la homofobia interiorizada por los propios TSM, su práctica significa interpelar el modelo *heteronormativo*, a la vez que lo realza mediante actitudes hipersexualizadas.

Que la mayoría de los hombres que se dedican al comercio sexual tenga a otros hombres como clientes, da cuenta de un mercado homosexual que está dispuesto a pagar por el sexo. A pesar de la mayor facilidad, que existe actualmente, para contactar con personas para tener relaciones sexuales, como es mediante el uso de las *apps* o las páginas web. En la relación con los clientes se establecieron interesantes juegos de poder. Por un lado, la percepción del cliente que debe pagar para tener relaciones con hombres jóvenes y cuerpos fornidos, sin cuya transacción económica no habría posibilidad de un contacto sexual. Por otra, la provocación y la competición entre los TSM para seducir al cliente que genere mayor beneficio, quedando a la merced del cliente el ser el elegido. En este sentido, el atractivo está en pagar por sexo para tener acceso y poder elegir a cualquier TSM para tener relaciones sexuales, con un resultado garantizado del sexo real (Huysamen & Boonzaier, 2015). Sin embargo, y adaptando la analogía con la prostitución femenina que explica Dolores Juliano, el poder del cliente se manifiesta en el plano simbólico (mediante el dinero), mientras que en el plano real se ve obligado a reconocer su dependencia al tener que negociar con el TSM, el servicio y el coste, y además no tiene derecho a exigir otros servicios que los acordados (ni fidelidad, ni lealtad, ni trabajo gratuito) (Juliano, 2004).

En definitiva, se ha visto que las normas culturales han influido en la idea de que los hombres se vean impulsados a buscar oportunidades para satisfacer sus deseos sexuales (Fleming, DiClemente, & Barringtons, 2016). Por otra parte, la capacidad de ganar dinero les asigna un valor y un estatus, haciendo del trabajo una prioridad superior

a la salud (Courtenay, 2000). Lo que en hombres con precarias y limitadas opciones laborales es más exacerbado. Sobre todo, en un entorno donde el trabajo sexual es una alternativa más lucrativa que otras opciones y la más honrada entre otras lucrativas. De hecho, habían TSM que usaban las habitaciones de las saunas para pasar la noche, algunas veces para ahorrar y otras veces, porque no tenían alternativas para pernoctar en otro sitio aludiendo que era por razones económicas. Es decir, las desigualdades sociales son un marco fundamental para elegir el camino del trabajo sexual y explicar los resultados en salud.

#### **4.1.3 “No suele haber problema con esto... pero si por ser inmigrante”**

(usuario de sauna participante de la cohorte)

*“...realmente me parecía atractivo el hecho de poder vivir mi vida homosexual plena, siempre siguiendo el esquema de hetero, que yo veo que no a todos nos va.”*

(usuario de sauna participante de la cohorte)

El proceso migratorio conlleva un cambio de lugar no sólo geográfico, sino un cambio en la posición dentro de la estructura social. Es decir, el itinerario migratorio no acaba en el país de destino, sino que continúa al exigirle a las personas, la capacidad de adaptación para lograr vivir con la mayor dignidad posible en el nuevo país (O. Romani, 2002). Esta transformación del entorno implica un cambio en el orden social que puede leerse bajo dos premisas. Por una parte, la inmigración implica aprobación, en la medida que en el nuevo entorno se recodifican los significados de las prácticas y las creencias, como es la configuración del sistema sexo-género. Los usuarios de sauna coincidieron que el cambio de país (e incluso de ciudad o pueblo para los procedentes del estado español), llevaba implícita la búsqueda de una mejora de las condiciones de vida asociado directamente con la expresión gay, que favoreció la autonomía y la libertad sexual.



*“Cuando llegué aquí y descubrí todo el mundo éste, pues como que se me fue mucho la pinza, es decir, durante 1 año follé lo que en treinta y no sé cuántos años...”*

(usuario de sauna participante de la cohorte)

Es decir, el cambio de contexto reformuló las conductas y las creencias sobre el propio deseo, aquello que se vivía en el espacio de lo prohibido se transformó en una expresión de lo legítimo. En este sentido, la homosexualidad en tanto identidad y práctica, logró expresarse lejos (o más lejos que antes) del control y el juicio social. De hecho, es sabido que las redes migratorias no sólo intercambian flujo de bienes, sino información sobre las oportunidades que puede brindar el lugar de destino. Barcelona en este sentido, se transformó en una plataforma que acoge a aquellos cuyo deseo había sido reprimido y negado durante años en su lugar de origen. Las diferencias en el trato no sólo eran a nivel social, sino también desde el ámbito institucional, donde destacaron experiencias sobre el trato desigual y discriminatorio hacia personas LGTBI+ por parte del cuerpo policial.

Estos discursos se enmarcan en un contexto histórico y político caracterizado por la grave represión social a la cual se han visto sometido diferentes países. De hecho, en el estado español la transición de la dictadura a la democracia se caracterizó por un período de euforia social, justamente motivada por la posibilidad de recuperar las libertades y derechos que fueron negados durante el régimen de Franco durante 1939-1975 (Trujillo, 2015). En Latinoamérica por su parte, existe evidencia de qué forma durante las dictaduras, la homosexualidad era considerada una transgresión, lo que justificaba la persecución, el encarcelamiento e incluso el asesinato (Chant & Craske, 2007). Sin embargo, estas políticas represivas han continuado en los países incluso después de haber recuperado los estados democráticos (Chant & Craske, 2007).

Desde esta forma la masculinidad homosexual, desafía un modelo de sociedad hegemónica que valora el machismo sobrentendido de las estructuras sociales. Donde se entiende la hegemonía masculina, como una alianza de hombres que lleva implícitamente la idea de una expresión que se manifiesta a través de un ritual del sexismo, de la misoginia y de la homofobia (Ó. Guasch, 2008). Por lo tanto, el cambio en el sistema de creencias entre los países de origen y de destino transformó al cuerpo en un nuevo lugar de significados, tal vez desconocidos por el mismo sujeto e incluso irreconocibles por él.

Por otra parte, la inmigración sitúa a las personas en diferentes escalas de privilegio y estatus. Para algunos inmigrantes usuarios de sauna, la llegada a España implicó un enfrentamiento con las leyes de extranjería, debido a los obstáculos de tipo administrativos que debían enfrentar para entrar al mercado laboral. Los llamados *papeles* se transformaron en un bien que no era accesible para todos.

La literatura en materia de inmigración suele poner el énfasis en la procedencia y en la normativa legal, donde se limita la concesión inicial de los permisos de trabajo a extranjeros en función de la existencia de trabajadores españoles en paro en la actividad que se proponga desempeñar el solicitante extranjero (San Martín Mazzucconi, 2006). Además, si el mercado laboral está segmentado para los autóctonos, siendo difícil para cualquiera pasar de un tipo de trabajo a otro, de un segmento a otro del mercado, para los extranjeros la dificultad se incrementa mucho más (Pajares, 1999). De esta forma, y tal como arrojan los resultados de esta tesis, la ocupación de inmigrantes en sectores como el trabajo sexual reproducen un modelo de desigualdades sociales, siendo un espejo del mercado de trabajo precario y abatido en los últimos años por la fuerte crisis económica y social. Este fenómeno de ocupación de los extranjeros se denomina “etnización del mercado laboral” que se da como resultado de la segmentación del mercado laboral por el origen de las personas (Wallerstein & Balibar, 1991). Wallerstein & Balibar, señalan que ésta es la forma que ha adoptado el racismo, pues establece una jerarquía de profesiones y remuneraciones proporcionada a ciertos criterios supuestamente sociales. Las personas pueden ir entrando o escapando de la pertenencia al grupo *racial* (que la sociedad determina como racial), pero el grupo se sigue manteniendo, incluyendo también a los descendientes de los inmigrantes (Pajares, 1999). Este marco es el que se puede entender bajo un modelo ecológico productor de desigualdades sociales en salud al contemplar los determinantes estructurales como son las políticas y la estructura económica.

En esta línea, la perspectiva de la interseccionalidad es un marco teórico que incorpora los diferentes ejes de desigualdad y muestra su grado de complejidad. Para esta tesis ha sido muy útil, ya que permite ver que la homosexualidad no es en sí un factor exclusivo de discriminación, sino que en ella intervienen otros mecanismos que pueden experimentarse como segregación. Tal como se ha visto, hay que considerar la etnia, el estatus migratorio, la clase social, el trabajo sexual, etc. Al respecto, los principios centrales de la interseccionalidad hacen referencia a que las identidades sociales no son independientes y unidimensionales sino múltiples e intersectantes; que

las personas que históricamente han experimentado múltiples formas de opresión y los grupos marginados son el punto focal; que las identidades sociales múltiples en el micro nivel (es decir, intersecciones de raza, género, y nivel socioeconómico) se cruzan con estructuras estructurales de nivel macro (es decir, pobreza, racismo y sexismo) para ilustrar o producir resultados de salud dispares (Bowleg, 2012).

En otras palabras, existen múltiples identidades de intersección, el principio elemental de la interseccionalidad es la noción de que las categorías sociales (por ejemplo, etnia, nivel socioeconómico, género, orientación sexual) no son independientes y unidimensionales, sino más bien múltiple, interdependiente y mutuamente constitutivas. Una investigación que se focaliza en las desigualdades impulsadas por la inequidad en salud requiere, por lo tanto, un enfoque de justicia social, a fin de hacer frente a esta intersección de experiencias de opresión (Bauer, 2014).

Según el género, entre los argumentos que abordan las diferencias en la composición de los flujos migratorios internacionales, ha predominado la inclusión de los factores macroeconómicos o políticos relacionados con la consolidación de un modelo capitalista, por medio de los cuales la emigración de uno u otro sexo responderían a una segmentación del mercado de trabajo según género. Sin embargo, se describe que actualmente, tras la crisis económica el número de residentes extranjeros disminuyó<sup>13</sup> y la decisión de continuar viviendo en el territorio español responde más al buen tiempo o a tener un mejor estilo de vida, asociado sobre todo a personas procedentes de países desarrollados (Alamá-sabater, Alguacil, & Bernatmartí, 2017).

No obstante, situar las razones económicas o la búsqueda del sol, como las principales motivaciones para transitar por las fronteras, supone otorgar una invisibilidad a las representaciones y símbolos de los modelos socioculturales que promueven la movilización humana. Esto quiere decir, que se requiere incorporar un sentido del bienestar y de la salud asociado a descubrir lugares de encuentro, estrechamente relacionado con lo que está permitido dentro de un contexto de sistema sexo-género. Tal como se ha visto en el segundo artículo, la masculinidad responde a un carácter

---

<sup>13</sup> En todo caso, hay que considerar que las personas inmigrantes que llevan varios años con residencia legal comienzan a tramitar la nacionalidad española (donde las personas nacidas en países excolonias, como las latinoamericanas, requieren de menos tiempo para iniciar el trámite, aunque éste sea largo, aproximadamente 3,5 años). Razón por la cual, los datos deben interpretarse con cautela.

normativo, valórico y eminentemente social. Con lo cual, la inmigración no puede entenderse sin ese marco cultural que pone en tensión o alivian el hecho de adaptarse a “otras” pautas de relación. Sean, como en este caso no heterosexuales o estrictamente heterosexuales. Esto quiere decir, que hay que poner atención en las formas complejas en que las comunidades sexuales diversas estructuran las posibilidades de interacción sexual entre los actores sociales individuales, definiendo una gama de posibles compañeros sexuales y prácticas (Parker, 2009).

Las saunas, de esta forma, son un espacio libre de los juicios que condenan la orientación sexual pero que, sin embargo, no deben entenderse como un lugar sin juicios. Los valores que dan forma a las reglas in situ adoptan un juego de relaciones que transita en una diversidad de manifestaciones. Hombres extremadamente viriles o groseramente femeninos, procedente de un sitio, de una clase social, de un grupo étnico o, personas con o sin la infección por VIH. Esta posición con relación a sí mismo y al objeto de deseo rompe con ese binarismo fuertemente criticado por el posfeminismo.

*“Claro cuando llegué aquí me solté la melena y al principio...ni siquiera me preocupaba del tema del sida, pensaba que era algo aislado y puntual y tenía relaciones a veces con preservativo, sin preservativo y así estuve años...”*

(usuario de sauna participante de la cohorte)

Por lo tanto, la principal vivencia de discriminación en la adultez no se experimentó por ser homosexual, sino más bien por ser inmigrante. Este ámbito escasamente investigado implica, ampliar la mirada con respecto a las motivaciones que generan la emigración que van más allá de las razones económicas o políticas, como es el caso de las personas sexo diversas o las que se identifican con otros patrones de género

#### **4.1.4 “No usar el condón con un desconocido es por tontería o por placer”**

(usuario de sauna participante de la cohorte)

Centrarse en las representaciones del VIH y otras ITS implicó abordar el placer como un eje de experiencias y expectativas entre los HSH. Durante este trabajo se pudo

observar la prioridad que ocupa el placer por sobre la idea de prevención, e incluso de la salud. Aunque la salud a nivel del discurso se planteaba de importancia vital, parecía más la respuesta a una norma social (incluso moral) que a una práctica. Lo que puede explicarse a partir de la idea de tener una visión instrumental de la salud, en la que el cuerpo es visto como una máquina eficiente con pocas necesidades de cuidado y resistente a las enfermedades (Möller-Leimkühler, 2002). También, se apreció que el discurso sobre el deseo y el placer fue una retórica recursiva en el resultado de toda la tesis. Entre los usuarios de sauna, era común hacer referencia a la continua fantasía de poder tener (la capacidad) de tener muchas parejas sexuales. Sin embargo, entre los espacios de conversación que se establecían entre ellos (amigos o en la sauna), se comentó que no se hablaba de sexo seguro (ni de prevención), ni tampoco sobre temas relacionados con la salud. Lo que concuerda con el artículo 2 y otros trabajos en el que se ha tratado temas de sexualidad entre hombres. Por ejemplo, en un estudio donde se realizaron grupos de discusión con jóvenes en Londres, se observó de qué forma ellos mostraban conductas hipermasculinas, además de bromas, y que no podían hablar en ese ambiente sobre sus experiencias emocionales y deseos sin enfrentarse al ridículo constante de sus compañeros (McGeeney, 2015).

Por otra parte, es importante focalizar el riesgo como un objeto de análisis. Ya se ha comentado que las muestras de valentía, desde una mirada hegemónica, se interpretan como manifestaciones de virilidad, y el riesgo sería la forma de demostrar que no existe el miedo para alcanzar aquello que se desea (poder, estatus y/o privilegio). En el plano de la sexualidad, la asunción del riesgo se relacionó con diferentes factores. En los participantes del estudio (artículo 1) el riesgo, además de estar asociado a una búsqueda del placer sexual y a experimentar mayor excitación, se relacionó con frecuentar los locales de sexo (como saunas, fiestas privadas y clubs) y participar de las dinámicas que eran vistas como novedosas para algunos y perversas para otros. En otros casos las prácticas de riesgo estuvieron asociadas a experiencias vitales difíciles de sobrellevar, donde participar de ciertas dinámicas permitía vivir enajenado del problema afectivo. También se relacionó con la trasgresión o momentos de rebeldía. Desde la epidemiología crítica, el riesgo como unidad reduccionista, debería interpretarse como un proceso que se desarrolla como un movimiento organizado alrededor de los modos de vida o la reproducción social, con sus contradicciones y relaciones (Breihl, 2007). Lo que sugiere que el concepto de riesgo se articula con la de función social. En la medida que las prácticas de riesgo adquieren el valor de libertad y no limitación de la sexualidad, el riesgo pierde aquella connotación “negativa”

relacionada con la probabilidad de adquirir una enfermedad (VIH u otras ITS). Por el contrario, siempre parece estar en juego la idea emancipadora de la vida sexual homosexual que lucha contra el estigma de su orientación y el del VIH/sida, donde el límite del cuidado y cuidar a otros a veces resulta difuso.

Por lo tanto, los procesos que llevan a experimentar el riesgo sugieren un redescubrimiento del nuevo entorno (sauna) y de sí mismo. En ese transitar, la conducta sexual encuentra un momento de euforia. El riesgo que inicialmente simboliza la trasgresión se transforma en una búsqueda de referentes. Tal como se ha visto, la masculinidad se caracteriza por ocupar un lugar de privilegio. Pero para ello, se debe dar respuesta a una serie de patrones. La disonancia de una masculinidad hegemónica se descubre en espacios como las saunas, donde se ofrece un cóctel de deseos que no sólo se satisfacen a través del sexo, sino también a través del reconocimiento de un otro que puede estar en una búsqueda similar.

También fue un tema recurrente el consumo de drogas y su relación con actividades sexuales. Estar bajo los efectos de las drogas se relacionó con realizar determinadas prácticas sexuales como el *fist-fucking* o introducción de objetos en el ano o no utilizar el preservativo, ya que aumenta la sensación de descontrol, placer y permisividad en el sexo. Tal como se ha demostrado en otras etnografías existen diferentes relaciones con la sustancia, ya que unos establecen un relación fiel con ella y otros en cambio, sólo experimentarán puntualmente con ella; unos establecen una relación donde existe diversión, otros en cambio sufren por sienten que han perdido el control sobre su consumo (O. Romani, 2011). En este estudio se ha visto que el contexto de la sauna es un buen promotor del consumo, en la medida que facilita el acercamiento, el ligue y genera mayor goce en las relaciones sexuales, como es la participación del *chemsex*. Este tipo de prácticas de consumo fue un hecho novedoso, no por su intención (consumir para tener sexo), sino por cómo comenzó a desenvolverse dentro de las saunas durante el período de estudio. Las drogas que se suelen utilizar para este tipo de eventos<sup>14</sup>, se caracterizan por ser altamente adictivas y potenciar vivencias sexuales que exacerban el placer en las relaciones, además de mantener a la persona sin dormir ni comer durante 72 horas aumentando las prácticas para la adquisición de las ITS (Bourne A, D, & Torres Rueda S, 2015; McCall, Adams, Mason, & Willis, 2015).

---

<sup>14</sup> Según la literatura anglosajona hace referencia sobre todo a las siguientes drogas: mefedrona,  $\gamma$ -hidroxibutirato (GHB),  $\gamma$ -butirolactona (GBL) y metanfetamina cristalizada (McCall et al., 2015)

Por otro lado, temas como la confianza que pueda inspirar la pareja sexual también llevaron a relajar las prácticas de sexo seguro. En el artículo 1, se asociaba a mantener relaciones con heterosexuales, de hecho, era visto como un desafío poder establecer algún tipo de contacto sexual con ellos, además se percibían como menos promiscuos que los homosexuales, generando la sensación que se cuidaban más y eran más saludables. En el artículo 3, la diferencia estaba en el tipo de pareja, los TSM asumían prácticas de más riesgo con las parejas no comerciales, que podían ser hombres o mujeres. Lo que puede interpretarse como una forma de establecer el límite entre el trabajo (cliente) y de una especie de búsqueda de otros sentimientos como puede ser el afecto (pareja sexual no comercial). De hecho, entre los TSM heterosexuales, tener relaciones con una mujer era una forma de volcar el placer sin restricciones, lo que permitía diferenciarlas del contacto con los clientes. Por otra parte, este cruce entre el deseo y el riesgo facilitaba que los TSM homosexuales abandonaran el sexo seguro en contextos como la sauna, cuando mantenía relaciones con compañeros por iniciativa propia o por demanda del cliente.

De esta forma el riesgo, citando a Ulrich Beck, forma parte de una sociedad donde la seguridad no es constitutivo de ella, por el contrario, desde la lógica de un desarrollo capitalista las necesidades son un barril sin fondo (Beck, 2010). Este autor plantea que actualmente los riesgos (ambientales, toxicidad,...) son reconocidos socialmente, incluso las consecuencias que tienen para la salud. Tanto es así, que se asume que determinadas acciones promovidas desde las políticas pueden tener posibles efectos secundarios en la población. Lo mismo, se pudo observar en este estudio donde los usuarios de saunas están informados sobre las formas de transmisión del VIH y otras ITS, mostrándose conscientes de las prácticas sexuales que envuelven los riesgos y sus consecuencias. Así pues, el riesgo se situaría dentro de las nuevas técnicas de control social<sup>15</sup>, caracterizado sobre todo por la estimulación permanente de los deseos, en un contexto donde domina el mercado y las ideologías que justifican esa posición dominante en la sociedad (O. Romaní, 2013).

De hecho, según los agentes sociales, el riesgo asociado al deseo se veía compensado por los sentimientos de placer, aunque a veces, la relación sexual no resultara satisfactoria e incluso pudiera tener repercusiones consideradas negativas por el propio sujeto. En este sentido, tener prácticas sexuales de riesgo era vivido como una

---

<sup>15</sup> Según Foucault, serían los dispositivos de seguridad (Foucault, 2006)

responsabilidad personal que podía generar fuertes remordimientos de consciencia. De esta forma se pudo observar que la comunicación del riesgo (la información sobre las vías de transmisión, las consecuencias que el VIH y otras ITS tiene para su salud) pueden conferirle al sujeto el privilegio de la información, pero también, como señala Lupton, el sentimiento de ansiedad y culpa (Lupton, 1993). Esta manera de entender las relaciones, pueden explicarse desde el concepto del *riesgo situado*, donde las personas en su cotidianeidad valoran la asunción del riesgo, en asumirlas o no, incluso pueden no tomar decisiones para evitarlas, ya que están determinados por pasiones o por la connotación que el riesgo tiene en el propio contexto (Lupton, 2006; O. Romaní, 2010). Por otra parte, las personas elaboran bajo una especie de balance, los beneficios e inconvenientes que, en este caso tienen las prácticas sexuales de riesgo en el marco de su entorno. Ya que si se asume que la vida es inevitablemente un riesgo, pareciera que de lo que se trata es justamente en aprender a vivir con ello (O. Romaní, 2010)

En relación a cómo se percibe el VIH y otras ITS, cabe decir que no forman parte de una misma concepción. Contraer alguna ITS suele estar asociada a experiencias personales de haber tenido alguna vez una infección o de personas cercanas, donde existe la idea de curación y donde mantener sexo seguro era una forma de evitar remordimientos de consciencia, pero no del “peligro” propiamente tal. De hecho, se planteó que tener una ITS formaba parte de la vida sexual de un hombre (artículo 3) y que el uso del preservativo, no sólo se utilizaba como medida de prevención, sino por razones higiénicas. En el caso del VIH persiste el estigma social y el miedo, en algunos casos se llegó a relacionar con una sentencia de muerte, lo que llevaba a que algunos usuarios de sauna no quisieran realizarse las pruebas. También, algunos discursos expresaban serofobia, es decir rechazaban mantener relaciones sexuales con personas con VIH. Existía la percepción que las personas con VIH practicaban más *barebacking*, utilizaban menos el preservativo y entre los TSM, incluso había quienes afirmaban que todos los clientes tenían esta infección.

En otros usuarios de saunas, aunque el VIH se percibe de forma más normalizada (por su frecuencia) que antes, sigue persistiendo en el imaginario la idea de culpa, como explica un entrevistado: *“son pocas las personas...que son seropositivos declarados...porque tienen vergüenza, yo entiendo porque hicieron cosas mal hechas, porque si lo haces bien, no pillas nada.”* En este sentido, la intersección del VIH con el estigma hacia la población LGBTI+ perpetúa actitudes discriminatorias por parte de la comunidad general, que acaban internalizándose por el mismo colectivo (Logie et al.,



2018). Factores que repercuten en la salud, en la medida que se entrecruzan diferentes ejes desigualdad modelados por ideologías homofóbicas y serofóbicas. Por otra parte, se comentó entre los usuarios mayores que la culpa que significaba adquirir el VIH/sida, hizo que durante los primeros años de la epidemia se mantuviera el miedo y mayor alerta para no contraerlo, situación que actualmente ha cambiado. Al respecto, se ha planteado el carácter ideológico de algunos programas de salud al hacer referencia a los estilos de vida de las personas según lo que se considera socialmente aceptable (Lupton, 1993).

Otro tema que emergió en este estudio es la búsqueda explícita de tener sexo *a pelo* o practicar *barebacking* como una práctica que se realiza en la sauna o que es promovida por los perfiles de páginas web o de aplicativos móviles diseñados para la búsqueda de parejas sexuales (artículo 2). De hecho, se ha observado que consumir material pornográfico se relaciona con HSH que mantienen un alto porcentaje de sexo *a pelo*, hallazgos que destacan el papel que el *barebacking* tiene en los materiales audiovisuales al representar la normalización de este tipo de conductas sexuales (Whitfield, Rendina, Grov, & Parsons, 2018). Lo que pone sobre el tapete los modelos sociales de aprendizaje de la sexualidad. Sobre todo, considerando que los HSH consumen más material pornográfico que los hombres heterosexuales y mayormente en contextos sociales como fiestas sexuales y locales de ocio gay (Downing, Schrimshaw, Scheinmann, Antebi-Gruszka, & Hirshfield, 2017). Sin embargo, hay que considerar que el *barebacking* tiene diferentes interpretaciones y que no toda la comunidad gay se siente representada con esta práctica, además, ha estado en el debate la interpretación moral del término, así como, su manifestación sociopolítica (Girard, 2016).

En este sentido, la dinámica de “sexo fácil” también fue descrita como parte de una cultura sexual que se construye alrededor de la sauna. Un usuario del primer estudio comentaba lo siguiente: “...es que a mí me ha decepcionado eso bastante todo, todo lo que es el colectivo es decir eres kleenex, todo es consumo rápido, fast food... es que no es mi ambiente”. Es decir, el sexo es legitimizado como parte de un sistema de consumo rápido y desechable donde, además, cobra especial importancia el valor físico y el cuidado del cuerpo como objeto de deseo. En este sentido, se ha visto que mostrar una imagen corporal masculina considerada ideal entre los hombres gay, se ha asociado con sentir menos estrés (es decir, homofobia internalizada, estigma y experiencias de ataque físico antigay) (S. B. Kimmel & Mahalik, 2005). De hecho, según Baudrillard,

vivimos en un modelo social basado en una lógica de la carencia donde además ha cobrado especial importancia el cuerpo y donde el cuerpo representa el capital y un fetiche (u objeto de consumo) (Baudrillard, 2009). Por lo tanto, en un marco social donde predomina el valor del capital y la capacidad de consumo, no es de extrañar que el binomio cuerpo y sexo sean vistos simbólicamente como formas de alcanzar bienestar. Como señala Zygmunt Bauman, actualmente estamos viviendo en una sociedad caracterizada por incentivar el consumo mediante el ofrecimiento incesante de deseos que son cada vez más insaciables, entre los cuales está el sexo (Bauman, 2007). Es decir, nos basamos en una lógica donde las necesidades existenciales han pasado a ser necesidades construidas a querer o desear algo permanentemente.

#### **4.1.5 “Sabes qué pasa, es que no hay, no existe”**

(Trabajador sexual de sauna)

Este apartado recoge diferentes propuestas para reducir la incidencia del VIH y otras ITS. En general, durante el desarrollo de las entrevistas y el trabajo de campo, ésta fue una pregunta que requirió más reflexión en los usuarios que otras, y donde hubo más silencios, ya que implicó pensar en ellos mismos y en las posibles respuestas de otros HSH.

Una de sugerencias era el que hubiera mayor presencia de diferentes actores sociales en los lugares de ocio gay, para que pudieran ofrecer material informativo y profiláctico. También surgieron propuestas de intervención más directivas, en la cual se sensibilizara sobre lo que implica vivir con el VIH, enfatizar en la necesidad de dar mayor información sobre la transmisión, y las consecuencias de tomar los tratamientos antirretrovirales de por vida. Había varios entrevistados (artículo 1) que proponían campañas que alertasen de la infección y generaran mayor alarma social y fueran más agresivas, aludiendo que esa era la forma de crear mayor autocontrol. Esto permite reflexionar en torno al estímulo que pueda provocar los cambios conductuales. Ya que el miedo se proponga como un motor de las transformaciones, significa poner en el centro de la prevención el peligro físico y social. En este sentido, el adoptar conductas de riesgo propio de un estilo de vida, puede leerse en clave moral, al incitar el peligro (del contenido de las campañas) como una amenaza no sólo a la salud, sino también, a la responsabilidad (Lupton, 1993).

Por otra parte, suele existir una buena percepción de ser contactado por alguna entidad o profesional, tanto telefónicamente como presencialmente, existe un reconocimiento al ser “buscado”. Entre los TSM en cambio, las propuestas giraban en torno a “sacar” a los chicos de la sauna y del ambiente de la prostitución. En general en ellos, el discurso giraba en torno a que la prevención sólo era posible en un contexto social de cuidados, ambiente que los locales de sexo no ofrecían. Sin embargo, no todos estaban en una misma situación de vulnerabilización. Se pudo observar que las actitudes hacia la prevención se relacionaron con el valor que cada uno le otorgaba al trabajo sexual (versus las alternativas laborales), la configuración de los deseos y los afectos, así como, las redes de apoyo. Por ejemplo, tener pareja estable fuera del ambiente de la prostitución llevaba a tener mayores conductas de cuidado, ya que ellos eran conscientes de su papel en tanto vector de alguna transmisión.

En el artículo 2, las intervenciones en el ámbito de la masculinidad y el VIH giraban en torno a abrir espacios de dialogo y reflexión para cuestionar los modelos hegemónicos. El resultado de estas intervenciones, diseñadas para hombres heterosexuales, era promocionar relaciones de equidad de género, ya que la recurrencia de tener múltiples parejas sexuales era un factor de riesgo a la transmisión del VIH. También se abogaba por trabajar las manifestaciones de violencia hacia las mujeres, específicamente la violación como símbolo de dominio físico y social, con tal de transformar los modelos de inequidad existente con las parejas y con la comunidad en general. No obstante, en la revisión, no se encontraron ejemplos de este tipo para colectivo homosexual, por el contrario, las propuestas para este grupo se relacionaron con flexibilizar los mensajes heteronormativos y construir propuestas más inclusivas, en la que se consideren diversas identidades con tal de acceder a poblaciones claves que no se reconocen como gay. En esta línea, se identificaron las barreras sociales de acceso a los programas de prevención, como es la imagen del hombre fuerte y proveedor, la dificultad de asumir la necesidad de acudir a los servicios sanitarios y en general, a desarrollar prácticas de autocuidado.

Por lo tanto, las intervenciones para la prevención no pueden situarse desde un modelo que ponga el enfoque únicamente en el individuo, en el que se fomente el conocimiento sobre las vías de transmisión y de prevención del VIH /sida, sino que también, se debe poner atención sobre el contexto como promotor de s/a/e. Es decir, las saunas son un lugar estratégico para acceder a determinadas poblaciones, pero son espacios que operan bajo ciertas dinámicas que son fundamentales de conocer y

considerar. Por ejemplo, para el ámbito del consumo de drogas, se sugiere abordar cuatro elementos: el control, la influencia, el diseño ambiental y el desarrollo de las competencias (O. Romaní, 2008). Esto requiere, según Romaní, plantear la influencia y el desarrollo de las competencias tomando en cuenta a la cultura del grupo para que asuma un cierto nivel de autocontrol. Para ello, la propuesta sería trabajar desde un modelo participativo con tal de conocer las necesidades y las posibles vías de prevención tomando en cuenta los intereses del grupo que recibe la intervención. Además, en este caso, añadiría a los gerentes o trabajadores de las saunas como actores claves para generar *advocacy*. En esta línea, la estrategia sería abordar la intervención desde modelos de reducción de daños, no sólo en el ámbito de las drogas, sino también en el de las conductas sexuales.

Por otra parte, se comentó que la información sobre ITS y el VIH, no era el quid de la cuestión, ya que era accesible por diferentes vías. Lo que cuestiona los programas que abordan el ámbito de la sexualidad, centrado exclusivamente en las enfermedades y no en espacios en la que se pueda hablar libremente sobre el placer y las prácticas, siendo que este enfoque promueve relaciones para que exista mayor equidad de género, al ofrecer espacios de diálogo sobre la experiencia emocional (McGeeney, 2015). Espacios que tendrían que ser promovidos desde diferentes niveles, sea desde los programas de salud pública, de atención primaria, entidades de base comunitarias LGTBI+ e incluso desde cualquier institución que aborde temas relacionados con la salud y la sexualidad. De hecho, en el artículo 2, un estudio comentó del sesgo que tienen los materiales escolares con respecto a la diversidad sexual, lo que evidentemente acaba reproduciendo un modelo hegemónico de entender las relaciones afectivas sexuales.

En cuanto a las estrategias comunicacionales cabría hacer uso de las que utilizan los HSH, lo que también surgió como una propuesta por parte de los agentes sociales. Sobre todo, considerando que esta población ha sido activa en el uso de Internet y en la adaptación a las nuevas tecnologías como los móviles, con tal buscar parejas sexuales, buscar información sobre la salud y consumir pornografía (Grov, Breslow, Newcomb, Rosenberger, & Bauermeister, 2014). De hecho, en Barcelona se ha comprobado que ofrecer la pruebas del VIH y otras ITS a través de *apps* con fines sexuales está bien aceptado y permite acceder a una población que no frecuenta ambientes como las saunas (Alarcón Gutiérrez et al., 2018).

Con respecto a los recursos preferentes, se planteó que no existe predilección entre las entidades de base comunitarias y los profesionales de salud, más bien se valora el hecho de que se establezcan relaciones de confianza y que sean cómodas a la hora de hablar sobre temas como el sexo, ya que para algunos incluso puede ser su primera vez. Lo que pone de relevancia abordar temas como el estigma social y la aceptación de uno mismo desde una óptica positiva y resiliente, estrategias que son promovidas entre los expertos en salud LGTBI+ (Meyer, 2014).

Además, si se considera que las prácticas, las relaciones y las intenciones que llevan a visitar locales de sexo son flexibles y variados, no se tendrían que asumir patrones uniformes y rígidos. Sí en cuanto a los objetivos y la metodología, pero considerando que las necesidades y condiciones de vida no son las mismas para todos. Esto requiere considerar que los usuarios que frecuentan estos espacios han atravesado diferentes experiencias e intersecciones de dominación, desigualdad y de prestigio. Lo que implica que promover la salud, requiere tomar en cuenta las historias de vida para generar alianzas que faciliten el diálogo y la consciencia colectiva. Por otra parte, se requiere potenciar políticas de sensibilización sobre todo para determinados grupos más vulnerabilizados, como son las diferentes poblaciones de inmigrantes y los diferentes grupos étnicos. Además de la población que participa en actividades de consumo de drogas con fines sexuales, como es el *chemsex*.

## 4.2 Fortalezas y limitaciones

Una de las mayores limitaciones, aunque parezca una paradoja, podría residir en el hecho de estar desde mi posición de (mujer), respaldada por una institución de salud pública y que cumplía unos fines concretos en las saunas, realizando el trabajo de campo. Situación que podría haberse leído como un compromiso a colaborar por parte de los usuarios (agentes sociales) y una restricción a la hora de involucrarme en espacios dentro de las saunas cuya entrada estaba prohibida para las mujeres. Además, de cara a las entrevistas las respuestas podrían haberse visto condicionadas por esta relación de “interventor/a-intervenido”. Este lugar de la ‘profesional’ que me confería el trabajar en el ‘Programa Saunas’ me permitía estar continuamente en los espacios de interacción donde mis roles se iban intercambiando. Lo que evidentemente era inevitable, lo sugerente en todo caso, era ser consciente en todo momento del lugar que ocupábamos cada uno en esta relación. Por ello, siempre se dejó muy claro que la colaboración en los estudios era independiente de las propuestas del programa y que existía la libertad de no participar, de hecho, así sucedió más de una vez. También, se enfatizó en la confidencialidad de los datos y en la idea de que no existen “respuestas correctas”. Siempre se intentó mantener una relación lo más horizontal posible y ser lo más fiel a los discursos de los agentes sociales. Por otra parte, esta posición en tanto profesional era la única forma de haber podido entrar a las saunas. Es más, la confianza previa y la buena valoración del “Programa Saunas”, es lo que facilitó enormemente el contacto y la voluntad de participar.

En cuanto a la ventaja de este estudio, es la de haber realizado una propuesta no sólo descriptiva sino incorporar un modelo de análisis que hasta ahora pocas investigaciones en el ámbito de la sexualidad y el VIH asumen con las poblaciones gay. Además, la permanencia en el programa permitió contactar con los agentes sociales varias veces durante el período de estudio. También, hay que considerar que el hecho de ser mujer permitió ocupar un lugar cómodo y acogedor en las experiencias de los hombres, sobre todo cuando éstos se definían como homosexuales.

Como propuesta a próximos estudios, sería sugerente profundizar en este tema con diferentes perfiles de HSH y, por otra parte, establecer estudios similares con hombres trans\*, mujeres heterosexuales y lesbianas para poder comparar las prácticas y los discursos sobre la masculinidad y la conducta sexual.

## 5. Conclusiones

Estudiar la conducta sexual de los hombres desde la teoría de las masculinidades, es una interesante herramienta de análisis al considerar las influencias culturales y sociales que conforman los patrones de “ser hombre(s)”. De esta forma, se pudieron conocer los discursos y los significados que giran en torno a las formas de desenvolverse por parte de los usuarios que frecuentan las saunas gays. Destacaron las creencias y las prácticas asociadas a una *sexualización del tejido social* relacionado, entre otros aspectos, por la mayor libertad de *poder ser* y experimentar la homosexualidad. Donde el sexo, se puede entender como una amenaza a la salud, y el riesgo sexual como una respuesta leal a esta *sexualización*. En este sentido, Barcelona es un contexto que juega un rol clave, ya que al ofrecer una variedad de recursos de ocio para el colectivo LGTBI+ permite a los HSH reconocer otras identidades que no obedecen a la heteronormatividad. Este reconocimiento adquiere un valor muy especial, sobre todo para los hombres procedentes de lugares donde la homosexualidad estaba fuertemente rechazada y castigada.

En esta línea, el estigma social asociado a la homosexualidad es un factor que refuerza el conflicto de lo que está o no permitido. Pertenecer a un grupo social estigmatizado conllevaba a que algunos hombres incorporen los mecanismos de rechazo social hacia el colectivo, pero en este caso consigo mismo. Esta homofobia interiorizada acaba influyendo en las conductas sexuales de riesgo y en la relación con el propio autocuidado. En este sentido, los deseos y las prácticas se transformaron en experiencia donde se entrecruzaron la sexualidad y la identidad. Cuando el entorno aceptaba la diversidad de opciones sexuales, lo que puede resultar complejo y lleno de contradicciones para la persona, se acaba reconociendo que la humanidad es diversa y se abren otras oportunidades de trayectorias personales y sexuales.

Con respecto a la llamada *(sub)cultura sexual* de los usuarios de sauna, ésta se ha construido bajo la facilidad para contactar y tener relaciones sexuales. La sexualidad, construida en base a esperanzas y decepciones, se transformó en algunos casos, en el motor central de la vida de una persona. En este sentido, no es casual que muchas de las ofertas de ocio gay, se relacionen con la posibilidad de tener sexo y se faciliten menos, en cambio, otro tipo de encuentros. De hecho, para los TSM esta búsqueda de sexo es una importante oportunidad de compensación económica, en la medida que existan hombres que estén dispuestos a pagar por tener sexo. En este

contexto, los TSM se caracterizaron por tener diferentes orientaciones sexuales que se relacionó con las actitudes hacia las prácticas sexuales seguras. Estas prácticas se mantuvieron sobre todo con los clientes, pero no así con las parejas sexuales no comerciales que variaban según fuera hombres o mujeres. Esta distinción permitió diferenciar el significado de su relación sexual asociado al riesgo, en la medida que el placer y la confianza son demostraciones del deseo “real” con las parejas donde no hay sexo de pago. También, cabe resaltar los juegos de poder que se dieron con los clientes, en la medida que unos deseaban (placer o dinero) y otros decidían (con quién o qué prácticas). Demostración de que no todos los usuarios de saunas gozan del mismo poder, ni privilegio. Factores como la clase social, la falta de soporte social, ser extranjero y el estatus de inmigrante, situaron a los TSM en una posición de mayor desventaja a la hora de escoger alternativas laborales y otras opciones de vida sexual.

Entre las explicaciones que giraron en torno al riesgo, estaba el impulso sexual de los hombres visto como algo irrefrenable e instintivo. Además, en el caso de los TSM se añade el estatus que produjo ser proveedor económico, ambas características configuran el modelo hegemónico de masculinidad que, sin embargo, es cuestionado por el hecho de mantener relaciones sexuales con hombres. Estos discursos sobre “ellos mismos” pone en tensión el dualismo entre lo biológico/natural y de lo cultural/aprendido. Las mujeres aparecieron como una figura de control sexual que explicaría, desde los agentes sociales, la epidemiología del VIH en nuestro contexto. De esa forma, el riesgo en las relaciones sexuales se mueve entre la idea de concebir mayor placer al no usar preservativos, hasta la necesidad (simbólica) de transgredir y experimentar con el morbo de unos límites negociables de sexo no seguro.

Además, se ha de considerar la imagen que proyecta la llamada *(sub)cultura sexual* gay de los usuarios de saunas, donde se legitiman las dinámicas de sexo desechable, estilo *kleenex*. Aunque, no todos se identifiquen con ello. Esta diversidad de subjetividades del ambiente abre un espacio interesante para profundizar sobre nuevas o, mejor dicho, otras masculinidades que estén dispuestas a asumir actitudes cuestionadoras sobre los roles hegemónicos y socialmente esperables. Ya que, además, las nuevas masculinidades apuestan a que exista una mayor equidad de género. Por otra parte, si se asume que la sexualidad es una construcción social, deberíamos apoyarnos no sólo en la diferencia de género, sino también, en las similitudes entre hombres y mujeres para romper con la criticada dicotomía (Esteban, 2006).



Por otra parte, cabe destacar la falta de estudios en Europa que traten las conductas sexuales entre hombres desde las masculinidades. Pareciera que la influencia social y cultural en materia de género fuera propio de los países africanos, donde destacó el modelo heterosexual hegemónico o de EEUU donde predominaron los estudios de determinados grupos étnicos como los afrodescendientes o los latinos. La revisión sistemática realizada para esta tesis, ha sido un claro reflejo de la propia ideología imperante en el mundo de las ciencias, en la medida que las poblaciones procedentes del mundo occidental blanco no son considerados “sujetos de estudios”. También, cabe destacar que preguntas como la orientación sexual no fueron prioritarios en los manuscritos revisados, asumiendo por tanto, que la muestra era siempre heterosexual. Un sesgo de género que debiera hacer reflexionar a quienes realizan estudios sobre el VIH y otras ITS.

En cuanto a las propuestas de prevención, destacó la aceptación de que instituciones gubernamentales y de entidades de base comunitaria se involucren en los espacios de afluencia gay. El vínculo y la relación de cuidado es un bien apreciado. En este sentido, se valoró recibir la información sobre las vías de transmisión y prevención del VIH como necesaria, pero no como suficiente. Por una lado, se comentó que el miedo hacia esta infección había sido, en las personas mayores, un importante freno para involucrarse en prácticas de sexo de riesgo. Por otra parte, entre los TSM la prevención se relacionaba con factores más estructurales como “sacar” a los chicos de la sauna. La droga y la búsqueda de dinero, se transformaron en una dialéctica que en algunos TSM, era difícil de gestionar.

Por lo tanto, comprender el aumento de los casos de VIH implica abordar la relación entre sexualidad, autocuidado y cuidado hacia otros/as como un patrón social que cuenta con escasos modelos alternativos al sexo. Por otro lado, cabría cuestionar la naturaleza de la *cultura sexual* como integrador de todos los HSH y reforzar acciones en salud, considerando la diversidad y las circunstancias estructurales de inequidad social. En la cual la participación de los usuarios de saunas y los HSH en general, resultan cruciales para adaptar las estrategias a sus necesidades.

## 6. Recomendaciones

En cuanto a las recomendaciones para desarrollar programas de prevención del VIH/ITS en saunas, otros locales de ocio gay y en los HSH en general, cabría ser conscientes del hecho que el conocimiento que se tiene sobre esta realidad es parcial. Por lo tanto, sería muy sugerente desde salud pública, apostar por un modelo transdisciplinar en la cual se desarrollen marcos de trabajo procedentes del mundo de las ciencias sociales y de la salud, así como del activismo y de los movimientos sociales con tal de generar alianzas. Tarea compleja pero que podría ser enormemente enriquecedora y con resultados prometedores. En este sentido, la propuesta sería abordar (o reforzar) programas sobre sexualidad que incorporen la diversidad sexual y cultural desde una perspectiva de género tanto a nivel escolar, como en programas para poblaciones específicas. La recomendación sería incluir la teoría de las masculinidades y abordar las expectativas sociales que se tiene sobre los hombres (así como, sobre las mujeres), desde un espacio de confianza y sin juicios, en el que se contemplen aspectos psicoemocionales, sociales y culturales. Además, de potenciar políticas que promuevan la aceptación a la diversidad sexual y cultural desde una perspectiva de género.

Por otra parte, cabe considerar las inequidades sociales existentes dentro del colectivo de HSH. Esto implica identificar aquellos determinantes que sitúan a algunos hombres en una mayor desventaja en cuanto a asumir medidas que privilegien el cuidado de la salud. Entre otras, se requeriría facilitar el acceso al sistema sanitario, a las oportunidades laborales, así como a redes sociales de soporte que permitan acompañar situaciones críticas en la trayectoria de vida de las personas. Entre las cuales, estaría el momento del diagnóstico de la infección por VIH, en episodios de consumo de drogas (específicamente en la participación en *chemsex*)<sup>16</sup> o el estrés que produce estar en una situación administrativa irregular en el caso de las personas inmigrantes. Además, de fomentar la formación de pares o *peers*, como estrategia para contactar con poblaciones más ocultas o vulnerabilizadas. En este sentido, la sugerencia sería implicar a personas claves como trabajadores del sexo, masajistas de las saunas u otros actores involucrados en los locales para formarles como agentes de salud comunitario.

---

<sup>16</sup> Desde una perspectiva de reducción de daños y tomando en cuenta los factores que dan lugar al consumo.

Tomando en cuenta las estrategias de contacto para conocer parejas sexuales, sería recomendable, por un lado, utilizar las innovaciones comunicacionales utilizados por los HSH como son las *apps*, y así promover mensajes claros, directos y coloquiales. Así como aproximarse a lugares de encuentro y de socialización de hombres gay, considerando los horarios y los diferentes perfiles de gente. Las estrategias de contacto permitirían, entre otras, difundir y facilitar el test rápido de VIH y otras ITS acompañado de un *counselling*.

Por último, cabe enfatizar en la necesidad de hacer partícipe a la diversidad de HSH para identificar sus necesidades y sus propuestas de intervención. También, se tendría que realizar más etnografías en diferentes puntos de encuentro de HSH y realizado por diferentes observadores, con tal de compartir (y contrastar) las miradas (y posiciones) sobre su situación.

## 7. Referencias

- Aggleton, P., & Parker, R. (2015). Moving beyond biomedicalization in the HIV response: Implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1552–1558. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302614>
- Aghaizu, A., Wayal, S., Nardone, A., Parsons, V., Copas, A., Mercey, D., ... Johnson, A. M. (2016). Sexual behaviours, HIV testing, and the proportion of men at risk of transmitting and acquiring HIV in London, UK, 2000–13: a serial cross-sectional study. *The Lancet HIV*, 3(9), e431–e440. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30037-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30037-6)
- Alamá-sabater, L., Alguacil, M., & Bernat-martí, J. S. (2017). New patterns in the locational choice of immigrants in Spain. *European Planning Studies*, 25(10), 1834–1855. <https://doi.org/10.1080/09654313.2017.1344622>
- Alarcón Gutiérrez, M., Fernández Quevedo, M., Martín Valle, S., Jacques-Aviñó, C., Díez David, E., Caylà, J. A., & Gracia de Olalla, P. (2018). Acceptability and effectiveness of using mobile applications to promote HIV and other STI testing among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Sexually Transmitted Infections*, sextrans-2017-053348. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053348>
- Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, T. e I. (ILGA):, Carroll, A., & Itaborahy, L. P. (2015). *Homofobia de Estado 2017: Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento*. Ginebra.
- Ávila Rodríguez, R. M., & Montenegro Martínez, M. (2011). Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la Salud Sexual. *Athenea Digital - Revista de pensamiento e investigación social*. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v11n3.752>
- Bailey, E. (2004). African American. In C. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the world's Cultures*. (Vol. 2: Culture, pp. 545–557). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-27848-8>
- Balbuena Bello, R. (2010). La construcción sociocultural de la homosexualidad. Enseñando a vivir en el anonimato. *Culturales*, VI, 63–82.
- Baral, S. D., Friedman, M. R., Geibel, S., Rebe, K., Bozhinov, B., Diouf, D., ... Cáceres, C. F. (2014). Male sex workers: practices, contexts, and vulnerabilities for HIV

- acquisition and transmission. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60801-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60801-1)
- Baudrillard, J. (2009). *La Sociedad del Consumo. Sus mitos y estructuras*. Madrid: Siglo XXI. <https://doi.org/M.7.402-2009>
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science and Medicine*, 110, 10–17. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- Bauman, Z. (2007). *Vida de Consumo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (2010). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad (3ª)*. Madrid: Ediciones Paidós.
- Bell, J. (2014). *The Global Divide on Homosexuality*. Pew Research Center.
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, Y. C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29–40.
- Berger, P. L., & Luckmann, Y. T. (1998). *Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bertozzi, S., & Opuni, M. (2008). An Economic Perspective on Sexually Transmitted Infections Including HIV in Developing Countries. In K. Holmes, P. Frederik, W. Stamm, P. Piot, J. Wasserheit, L. Corey, ... D. H. Watts (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases, 4th ed.* (4ª, p. 2166 p). New York: Mc Graw Hill.
- Bérubé, A. (2003). The History of Gay Bathhouses. *Journal of Homosexuality*, 44(3–4), 71–129. <https://doi.org/10.1300/J082v44n03>
- Beyrer, C., Baral, S. D., van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380, 367–377. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60821-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60821-6)
- Binson, D., Woods, W. J., Pollack, L., Paul, J., Stall, R., & Catania, J. A. (2001). Differential HIV risk in bathhouses and public cruising areas. *American Journal of Public Health*, 91, 1482–1486. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.9.1482>
- Boixareu, R. M. (2003). Factors importants per a una comprensió actual de la malaltia. In R. M. (Coor. . Boixareu, N. Pallarés, F. Cónsola, F. Torralba, I. Pérez, J. Fatjó, ... X. Cardona (Eds.), *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut* (1ª, pp. 155–161). Barcelona: Càtedra Ramon Llull, Blanquerna.
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., & Díez, È. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 389–391. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202014>

- Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina. Mouvements* (Vol. 20). Barcelona: Editorial Anagrama. <https://doi.org/10.1017/UPO9781844654031>
- Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, W. P. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.* London.
- Bourne A, D, R., & Torres Rueda S, W. P. (2015). Illicit drug use in sexual settings (“chemsex”) and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 91(8), 564–568. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality— an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Braveman, P. (2015). Defining Equity in Health AND METHODS Defining. *J Epidemiol Community Health*, 57(4), 254–258.
- Breihl, J. (2007). *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Intercultural.* Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Burr, V. (2015). *An introduction to social constructionism* (3ª). London: Routledge.
- Cáceres, C. F. (2017). Educational attainment and intersectionality in the response to HIV antiretroviral treatment in Europe. *AIDS*, 31, 305–307. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001271>
- Carrillo, H., & Hoffman, A. (2016). From MSM to heteroflexibilities: Non-exclusive straight male identities and their implications for HIV prevention and health promotion. *Global Public Health*, 11(7–8), 923–936. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134272>
- Castan, P. (2012). Barcelona, capital gay de verano. *El Periódico*, p. 33.
- Chant, S., & Craske, N. (2007). *Género en Latinoamérica.* México: CIESAS.
- Comelles, J. M., & Romaní, O. (2017). Antropologías médicas en Europa Medical anthropologies in Europe. *Salud Colectiva*, 13(2), 153–156. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1467>
- Conde, F., Santoro, P., & Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Seisida. (2012). Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública*, 139–152. Retrieved from [http://www.scielosp.org/pdf/resp/v86n2/03\\_original2.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/resp/v86n2/03_original2.pdf)
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and

- world perspective. *Social Science & Medicine*, 74, 1675–1683.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
- Connell, R. W. (2005a). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Connell, R. W. (2005b). *Masculinities* (second). Berkeley: University of California Press: University of California Press.
- Connell, R. W. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 167.
- Connell, R. W., Jewkes, R., Morrell, R., Hearn, J., Lundqvist, E., Blackbeard, D., ... Gottzén, L. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- De Carvalho Mesquita, J. R. (2005). El concepto del riesgo y el espacio público de la Salud. In *Acerca del Riesgo. Para comprender la Epidemiología* (1ª, pp. 95–111). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Díez, E, García de Olalla, P, C. S. et col. (2006). *Intervenciones preventivas en saunas de hombres que tienen relaciones con hombres. SIDA STUDI. Premios Virgilio Palacio* 4ª Edición 2006. Retrieved from <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042259b3e4012259c1c55a0022>
- Downing, M. J., Schrimshaw, E. W., Scheinmann, R., Antebi-Gruszka, N., & Hirshfield, S. (2017). Sexually Explicit Media Use by Sexual Identity: A Comparative Analysis of Gay, Bisexual, and Heterosexual Men in the United States. *Archives of Sexual Behavior*, 46(6), 1763–1776. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0837-9>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- ECDC. (2017). WorldPride Madrid, June 2017, ECDC rapid risk assessment. Retrieved July 6, 2017, from <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/worldpride-madrid-june-2017-ecdc-rapid-risk-assessment>
- ECDC Report, S. (2017). *SPECIAL REPORT. HIV and migrant*. Stockholm.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9–20.
- Esteban, M. L. (2010). La investigación antropológica en salud, atención y género en el estado Español. Tesis doctorales y grupos de investigación. In M. . Estbean, J. M. Comelles, & C. (eds) Díez (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 329–

- 345). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Fabrega, H. (1972). The study of disease in relation to culture. *Behavioral Sciences*, 17(2), 183.
- Fernandes, R. de C. P. (2003). Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 765–774. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300010>
- Flecha, R., Puigvert, L., & Ríos, O. (2013). Las nuevas masculinidades alternativas y la superación de la violencia de género. *International Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 2(1), 88–113.
- Fleming, P., DiClemente, R., & Barringtons, C. (2016). Masculinity and HIV: Dimensions of Masculine Norms that Contribute to Men's HIV-Related Sexual Behaviors. *AIDS and Behavior*, 20(4), 788–798.
- Flood, M. (2008). Men, sex, and homosociality: How bonds between men shape their sexual relations with women. *Men and Masculinities*, 10(3), 339–359. <https://doi.org/10.1177/1097184X06287761>
- Folch, C., Casabona, J., Sanclemente, C., Esteve, A., & González, V. (2014). Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gac Sanit*, 28(3), 196–202.
- Folch Cinta, Casabona Jordi, Muñoz Rafael, González Victoria, Z. K. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Gac Sanit*, 24(1), 40–46.
- Forni, F., Gallart, M. A., & Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos II: La práctica de la investigación*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber*. (S. XXI, Ed.) (25th ed.). Madrid: Siglo XXI. <https://doi.org/10.1177/1536504214522011>
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Poblacion*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009a). *Historia de la Sexualidad II: El uso de los placeres*. (Siglo XXI, Ed.). Madrid.
- Foucault, M. (2009b). *Historia de la sexualidad III: el cuidado de sí* (Segunda re). Madrid, España: Siglo XXI.
- Frias-Navarro, D., Monterde-I-Bort, H., Pascual-Soler, M., & Badenes-Ribera, L. (2013). Etiology of Homosexuality and Attitudes Toward Same-Sex Parenting: A Randomized Study. *Journal of Sex Research*, 52(2), 37–41. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.802757>



- García De Olalla, P., Jacques Aviñó, C., Martín, S., Díez, E., Fernández, M., Santoma, M., ... Caylà, J. A. (2016). PROGRAMA SAUNAS DE BARCELONA: LA VULNERABILIDAD DE LOS TRABAJADORES SEXUALES. In SESPAS (Ed.), *XXXIV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA*. Sevilla: Gaceta Sanitaria. Retrieved from [http://www.reunionanualsee.org/2016/documentos/gaceta\\_Sanit\\_Reunion\\_SEE\\_2016.pdf](http://www.reunionanualsee.org/2016/documentos/gaceta_Sanit_Reunion_SEE_2016.pdf)
- Geertz, C. (1994). Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. In C. Geertz (Ed.), *Conocimiento Local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Piados Básica.
- Generalitat de Catalunya. (2013). *SIVES Sistema integrado de vigilancia epidemiologica del Sida/VIH/SIDA en Catalunya. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i la Sida de Catalunya (CEEISCAT)*. Retrieved from <http://www.ceeiscat.cat/>
- Gergen, K. (1982). *Towards transformation in social knowledge*. New York: Springer Verlag.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Piados.
- Girard, G. (2016). HIV risk and sense of community: French gay male discourses on barebacking. *Culture, Health and Sexuality*, 18(1), 15–29. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1063813>
- Goffman, E. (2012). *Estigma*. (A. Editores, Ed.) (2ª). Buenos Aires.
- González, C., Funes, J., González, S., Mayol, I., & Romaní, O. (1989). Repensar las drogas. Barcelona: Grup Igia. Retrieved from [http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar\\_las\\_drogas.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/repensar_las_drogas.pdf)
- Gordis, L. (2005). Estimación del riesgo: ¿existe alguna asociación? In *Epidemiología* (3ª, pp. 177–190). Madrid: Elsevier.
- Gregg, M. (2002). Conduciendo una Investigación de Campo. In M. Gregg (Ed.), *Epidemiología de campo*. New York: Oxford University Press.
- Grov, C., Breslow, A. S., Newcomb, M. E., Rosenberger, J. G., & Bauermeister, J. A. (2014). Gay and bisexual men's use of the internet: Research from the 1990s through 2013. *Journal of Sex Research*, 51(4), 390–409. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.871626>
- Guasch, O. (2016). Masculinidades y trabajo sexual entre varones en España. In Rafael M. MÉRIDA JIMÉNEZ (Ed.), *Masculinidades disidentes*. Barcelona: Icaria.
- Guasch, Ó. (2008). Los varones en perspectiva de género. Teorías y experiencias de

- discriminación. *Asparkia*, 19, 29–38.
- Guash, O. (2006). *Heroes, Científicos Heterosexuales y Gays* (Bellaterra). Barcelona: Ed Bellaterra. Retrieved from <http://es.scribd.com/doc/38340039/Heroes-Científicos-Heterosexuales-y-Gays>
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Haro, J. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención a la salud. In E. Pediguero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ed Bellaterra.
- Haro, J. A. (2011). Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. *Epidemiología Sociocultural. Un Diálogo En Torno a Su Sentido, Métodos Y Alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science & Medicine*, 103, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.005>
- Holloway, I. W., Pulsipher, C. A., Gibbs, J., Barman-Adhikari, A., & Rice, E. (2015). Network Influences on the Sexual Risk Behaviors of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men Using Geosocial Networking Applications. *AIDS and Behavior*, 19, 112–122. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0989-3>
- Huysamen, M., & Boonzaier, F. (2015). Men's constructions of masculinity and male sexuality through talk of buying sex. *Culture, Health and Sexuality*, 17(5), 541–554. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.963679>
- Iñiguez, L. (2003). *LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN LA ENCRUCIJADA POSTCONSTRUCCIONISTA. HISTORICIDAD, SUBJETIVIDAD, PERFORMATIVIDAD, ACCION*. Associação Brasileira de Psicologia Social.
- Jociles, M. I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*, 54(April).
- Johns, M., Pingel, E., Eisenberg, A., Santana, M. L., & Bauermeister, J. J. (2012). Butch tops and femme bottoms? Sexual positioning, sexual decision making, and gender roles among young gay men. *Am J Mens Health*, 6(6), 505–518.
- Juliano, D. (2002). *La prostitución: el espejo oscuro* (Icaria). Barcelona.
- Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginadas* (Catedra). Madrid.
- Juliano, D. (2010). El cuerpo del guerrero. El modelo perverso. In C. (eds) Esteban, ML, Comelles, JM, Díez Mintengui (Ed.), *Antropología, género, salud y atención* (Bellaterra, p. 352). Barcelona.

- Kimmel, M. (1996). *Manhood in America: A Cultural History*. New York: Free Press.
- Kimmel, S. B., & Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1185–1190. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1185>
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55*(10), 693–700. <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(5), 350–355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Catedra.
- Larson, E., George, A., Morgan, R., & Poteat, T. (2016). 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning, 31*(8), 964–969.
- Logie, C. H., Perez-brumer, A., Jenkinson, J., Madau, V., Baral, S., Logie, C. H., ... Nhlengethwa, W. (2018). Marginalization and social change processes among lesbian , gay , bisexual and transgender persons in Swaziland: implications for HIV prevention. *AIDS Care, 1*–8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1468011>
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services, 23*(3), 425–435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
- Lupton, D. (2006). Sociology and risk. In G. Mythen & S. Walklate (Eds.), *Beyond the risk society: Critical reflections on risk and human security*, (pp. 11–24). London: Open University Press.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marti-Pastor, M., Perez, G., German, D., & Pont, A. (2018). Health-related quality of life inequalities by sexual orientation: Results from the Barcelona Health Interview Survey. *Plos One, 13*(1), e0191334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191334>
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica*. Barcelona: Anthropos.
- Mas Grau, J. (2015). *Reseña "En tu árbol o en el mío". Una aproximación etnográfica a la práctica del sexo anónimo entre hombres de José Antonio Langarita*. Barcelona.
- McCall, H., Adams, N., Mason, D., & Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *BMJ (Online), 351*(November), 2–3. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5790>
- McConnell, J. J., Bragg, L., Shiboski, S., & Grant, R. M. (2010). Sexual Seroadaptation:

- Lessons for Prevention and Sex Research from a Cohort of HIV-positive Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE*, 5(1), e(8831).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008831>
- McGeeney, E. (2015). A focus on pleasure? Desire and disgust in group work with young men. *Culture, Health and Sexuality*, 17(sup2), S223–S237.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1038586>
- Mead, M. (1973). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Editorial Laia.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46), 37–68.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región Y Sociedad*, 20, 5–50.
- Mérida Jiménez, R. (2002). *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona, España: Icaria.
- Meyer, I. H. (2014). Minority stress and positive psychology: Convergences and divergences to understanding lgbt health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 348–349. <https://doi.org/10.1037/sgd0000070>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Economía y Competitividad; Instituto de Salud CarlosIII; (2016). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida*. Madrid.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)
- Netting, N. (1992). Sexuality in youth culture: identity and change. *Adolescence*, 27(108), 961.
- Nieto, J. A. (2003). Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad. In J. A. Nieto (Ed.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural* (pp. 2–26). Madrid: Talasa Ediciones.
- Nobre, N., Pereira, M., Roine, R., Sintonen, H., & Sutinen, J. (2017). Factors associated with the quality of life of people. *AIDS Care*, 29(8), 1074–1078.  
<https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1281879>
- Oliveira, A., & Fernandes, L. (2017). Trabajadores del sexo y salud pública:

- Intersecciones, vulnerabilidades y resistencia. *Salud Colectiva*, 13(2), 199–210.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1205>
- ONUSIDA. (2006). *VIH y relaciones sexuales entre hombres. Informe de Política del ONUSIDA* (Vol. 82).
- Pajares, M. (1999). *La inmigración en España*. Barcelona: Icaria.
- Parker, R. (1987). Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(2), 155–175. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/648755>
- Parker, R. (2009). Sexuality, culture and society: Shifting paradigms in sexuality research. *Culture, Health and Sexuality*, 11(3 SPEC. ISS.), 251–266.  
<https://doi.org/10.1080/13691050701606941>
- Parker, R., Aggleton, P., & Perez-Brumer, A. G. (2016). The trouble with “Categories”: Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. *Global Public Health*, 11(7–8), 819–823.  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1185138>
- Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*, 28, 1509–1519. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000298>
- Pérez-Molina, J. A., & Pulido, F. (2015). ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 33(7), 437–445. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.017>
- Pinsof, D., & Haselton, M. G. (2017). The effect of the promiscuity stereotype on opposition to gay rights. *Plos One*, 12(7), 1–10.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178534>
- Qi J, Zhang D, Fu X, Li C, Meng S, Dai M, Liu H, S. J. (2015). High Risks of HIV Transmission for Men Who Have Sex with Men - A Comparison of Risk Factors of HIV Infection among MSM Associated with Recruitment Channels in 15 Cities of China. *PLoS One*, 2;10(4).
- Quinn, K., & Dickson-Gomez, J. (2015). Homonegativity, Religiosity, and the Intersecting Identities of Young Black Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*, 51–64.
- Quinn, K., & Dickson-Gomez, J. (2016). Homonegativity, religiosity, and the intersecting identities of young Black men who have sex with men. *AIDS Behav*, 20(2), 51–64.  
<https://doi.org/doi:10.1007/s10461-015-1200-1>
- Reidy, W. J., & Goodreau, S. M. (2010). The role of commercial sex venues in the HIV epidemic among men who have sex with men. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*,

- 21(3), 349–359. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181d62147>
- Romaní, O. (2002). La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 9(7), 498–504.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301–318. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652008000300004>
- Romaní, O. (2010). De jóvenes y riesgos, algunas propuestas teóricas. In O. (Coord. . Romaní (Ed.), *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?* (pp. 15–32). Barcelona: Bellaterra.
- Romaní, O. (2011). La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. In J. A. (Comp. . Haro (Ed.), *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 89–113). Buenos Aires: Editorial Lugar-El Colegio de Sonora.
- Romaní, O. (2013). La reducció de riscos, entre l'experiència i els experts. Risk reduction: between experience and the experts. *QuAderns-E. Institut Català d'Antropologia*, 18(1), 52–64.
- San Martín Mazzucconi, C. (2006). El acceso de los extranjeros al mercado de trabajo: Régimen general y contingente. *Revista Del Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales*, (63), 139–173.
- San Román, T. (2006). ¿Acaso es evitable? El impacto de la Antropología en las relaciones e imágenes sociales. *Revista de Antropología Social*, 15, 373–410. <https://doi.org/>
- Sánchez, R. (2009). *La etnografía y sus aplicaciones. Lecturas desde la antropología social y cultural*. (Ed. Universitaria Ramón Areces, Ed.). Madrid.
- Scheim, A. I., & Travers, R. (2016). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- Siconolfi, D. E., & Moeller, R. W. (2007). Serosorting.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas* (Taurus). Madrid.
- Stokols, D., Hall, K. L., Taylor, B. K., & Moser, R. P. (2008). The Science of Team Science. Overview of the Field and Introduction to the Supplement. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2 SUPPL.). <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.05.002>
- Stolcke, V. (2008). De padres, filiaciones y malas memorias ¿Qué historia de qué

- antropología? *Revista Pós Ciências Sociais-Sao Luís*, 5, 9/10.
- Trujillo, G. (2015). Archivos incompletos. Un análisis de la ausencia de representaciones de masculinidades femeninas en el contexto español (1970-1995). In R. Mérida Jiménez & J. L. Peralta (Eds.), *Las masculinidades en la transición*. Barcelona: Egales.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2016). *Global AIDS UPDATE. UNAIDS* (Vol. 17 Suppl 4). Geneve, Switzerland.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.86.15.5781>
- Van Beusekom, G., Bos, H. M., Kuyper, L., Overbeek, G., & Sandfort, T. G. (2016). Gender nonconformity and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults: Homophobic stigmatization and internalized homophobia as mediators. *Journal of Health Psychology*, 135910531664337.  
<https://doi.org/10.1177/1359105316643378>
- Velasco, S. (2009). *Sexo, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva.
- Villaamil, F., Jociles, M. I., Lores, F., & Urzelai, A. (2006). *La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) hacia un modelo complejo de investigación e intervención. Documentos Técnicos de Salud Pública*. Madrid. Retrieved from <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D46+La+p+prueba+del+VIH+en+hombres+que+tienen+relaciones+sexuales+con+otros+hombres.pdf&blob>
- Villaamil, F., Jociles, M. I., & Lores, F. (2005). La concepción del sujeto en los estudios sobre el riesgo y la prueba del VIH en HSH. *Revista Internacional de Sociología*, 99, 69–99.
- Villaamil Pérez, F., Isabel, M., & Rubio, J. (2008). Diferencias y desigualdades entre los HSH usuarios de locales comerciales de encuentro sexual: algunas contribuciones a las estrategias comunitarias de prevención del VIH. *Etnográfica*, 12(2), 285–321.
- Villamil F, Jociles, M. (2008). Etnografía y prevención del VIH en el ambiente sexual madrileño. In *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*.
- Wallerstein, I., & Balibar, E. (1991). *Raza, Nación y Clase*. Madrid: Lepala.
- Welzer-Lang, D. (2010). La mixité non ségrégative confrontée aux constructions sociales du masculin. *Revue Francaise de Pedagogie*, 171.

<https://doi.org/10.2307/41202554>

- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Whitfield, T. H. F., Rendina, H. J., Grov, C., & Parsons, J. T. (2018). Sexually Explicit Media and Condomless Anal Sex Among Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior*, 22(2), 681–689. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1952-x>
- WHO. (2011). *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. World Health Organisation. Geneve, Switzerland. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44619/1/9789241501750\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44619/1/9789241501750_eng.pdf)
- Wolcott, H. (1985). On ethnographic Intent. *Educational Administration Quartely*, 21(3), 187–2013.
- Woods, W. J., & Binson, D. (2003). Public Health Policy and Gay Bathhouses. *Journal of Homosexuality*, 44(3–4), 71–129. <https://doi.org/10.1300/J082v44n03>
- Zeglin, R. (2015). Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: a systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1979–1990.
- Zou, H., & Fan, S. (2016). Characteristics of Men Who Have Sex With Men Who Use Smartphone Geosocial Networking Applications and Implications for HIV Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0709-3>





## **8. Anexos**

## Anexo 1 Fotos

---

Fotos realizadas por C. Jacques al interior de las saunas, a excepción de la foto de la piscina que es extraída de las redes sociales.

Interior de las saunas



Al lado de los vestidores de los clientes.



Piscina y bar dentro de la sauna



Sala de masajes adaptada para realizar la intervención en la sauna de los TSM.



## Anexo 2 Consentimiento verbal estudio uno

---

Consentimiento que se aplicó a los entrevistados del primer estudio perteneciente a la cohorte de VIH negativos que se realizaban las pruebas del VIH y otras ITS de forma periódica en la ASPB.

## CONSENTIMIENTO VERBAL

### **Estudio “Hombres que tienen sexo con hombres: ¿de aquellos tabúes, estos riesgos?”**

Yo, .....(Nombre y apellidos de la persona que informa) declaro que he informado verbalmente al usuario, identificado con el código ....., acerca del estudio que pretende indagar sobre las explicaciones asociadas a la conducta sexual de riesgo en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), y sobre la percepción del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como conocer el significado sobre su salud. Esta información será utilizada para la elaboración de la tesina del master de “Investigació Etnogràfica, Teoria Antropològica i Relacions Interculturals” de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Para ello le realizaremos una entrevista semiestructurada de unos 30 minutos de duración, en la que se recogerá información sobre clase social, significados de salud, representaciones del riesgo, identidad de género y propuestas de intervención.

La entrevista es anónima, y su nombre y apellidos no son necesarios que figuren, ya que la identificación se hará mediante un código. Si en algún momento no está de acuerdo en que se incluya sus datos en el estudio usted puede retirarse, ya que su participación es totalmente voluntaria.

Así mismo le he informado que los datos recogidos están sujetos a la ley de protección de datos, son confidenciales y podrán ser utilizados solamente con fines científicos, siempre bajo el amparo de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999) asegurándole que no se podrá identificar su nombre.

Se le ha preguntado al usuario si tenía dudas o preguntas tras las explicaciones ofrecidas.

El usuario declara que ha entendido correctamente las explicaciones y concede su consentimiento verbal para realizar la entrevista propuesta

Firma de quién recibe el consentimiento.

En....., a..... de..... 2

### Anexo 3 Informe del Comité Ético

---

Informe del Comité Ético del Parc Salut Mar de Barcelona para autorizar el tercer estudio sobre “*Trabajadores sexuales masculinos de saunas gay de Barcelona: entre el riesgo y el sexo seguro*”.





## Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica Parc de Salut MAR

### CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2015/6371/I titulado "Trabajadores sexuales masculinos de saunas gay de Barcelona: entre el riesgo y el sexo seguro" propuesto por la Dra. Constanza Jacques Aviñó de la Agència de Salut Publica de Barcelona - ASPB.

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en la ASPB por la Dra. Constanza Jacques Aviñó, como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 10 de Noviembre de 2015.

Lo que firmo en Barcelona, a 11 de Noviembre de 2015

COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA  
CEIC - PARC DE SALUT MAR



Firmado de  
Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo

#### Anexo 4 Consentimiento verbal estudio tres

---

Consentimiento que se aplicó a los entrevistados del tercer estudio de trabajadores sexuales masculinos contactados en una sauna gay.

## CONSENTIMIENTO VERBAL

### **Estudio “Trabajadores sexuales masculinos de saunas gay de Barcelona: entre el riesgo y el sexo seguro”**

Yo, ..... (nombre y apellidos de la persona que informa) declaro que he informado verbalmente al usuario, identificado con el nombre (Nick) ....., acerca del estudio que pretende indagar sobre las prácticas sexuales de riesgo según pareja sexual y orientación sexual en Trabajadores Sexuales Masculinos (TSM). Esta información será utilizada para la elaboración de la tesis doctoral de la línea de investigación de “Antropología médica y salud global” de la Universidad Rovira i Virgili.

Para ello le realizaremos una entrevista semiestructurada de unos 40 minutos de duración, en la que se recogerá información sobre trabajo sexual, consumo de drogas, prácticas sexuales con parejas comerciales y no comerciales, orientación sexual y actitud hacia la homosexualidad y propuestas de intervención para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La entrevista es anónima, y su nombre y apellidos no son necesarios que figuren, ya que la identificación se hará mediante un Nick. Si en algún momento no está de acuerdo en que se incluyan sus datos en el estudio usted puede retirarse, ya que su participación es totalmente voluntaria.

Así mismo le he informado que los datos recogidos están sujetos a la ley de protección de datos, son confidenciales y podrán ser utilizados solamente con fines científicos, siempre bajo el amparo de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999) asegurándole que no se podrá identificar su nombre.

Se le ha preguntado al usuario si tenía dudas o preguntas tras las explicaciones ofrecidas.

El usuario declara que ha entendido correctamente las explicaciones y concede su consentimiento verbal para realizar la entrevista propuesta

Firma de quién recibe el consentimiento.

En ....., a ..... de ..... 201

## Anexo 5 Otra publicación

---

Estudio realizado en paralelo a la tesis en fase de publicación. Se adjunta como anexo, ya que trata sobre ámbitos relacionados con el contenido de la tesis.

## Manuscript Details

**Manuscript number** APRIM\_2018\_312

**Title** Opiniones sobre prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual de hombres gay profesionales de la salud

**Short title** Prevención del VIH de hombres gay profesionales de la salud

**Article type** Original article

### Abstract

**Title:** Opinions on HIV and other sexual transmitted infection prevention among a group of gay male health professionals  
**Summary Introduction** The aim was to gather opinions on strategies for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections (STIs) among a group of gay men and health professionals. **Methods** Study based on the Delphi technique through three rounds of consultation. Convenience and snowball sampling were used to identify the participants. The questionnaires were available in an online application. The results were presented to the experts through a discussion group. **Results** Eight out of 12 experts contacted responded to all three rounds. The factors that explain why gay men are more vulnerable to contracting HIV and other STIs were mainly related to the ease of contact with sexual partners, where cultural patterns about masculinity play a key role. The strategies that should be strengthened for the prevention of HIV and other STIs in the gay community are the promotion of sexual and emotional health from an early age and the reflection on the socialization of gay men and their causes. **Conclusions** It is suggested to address sexual health and sexual diversity from an early age and to deepen masculinity in gay men in sexual health programs. **Resumen español** **Introducción** El objetivo fue conocer las opiniones sobre las estrategias de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en un grupo de hombres gay profesionales de la salud. **Métodos** Se realizó un estudio Delphi a través de tres rondas de consulta. El muestreo fue por conveniencia y a través de la técnica de bola de nieve. Los cuestionarios estaban disponibles en una aplicación online. Los resultados finales se presentaron a los expertos mediante un grupo de discusión. **Resultados** De 12 personas expertas, ocho respondieron a las tres rondas. Los factores que explican que los hombres gay sean más vulnerables a contraer el VIH y otras ITS se relacionaron, sobre todo, con la facilidad para contactar con parejas sexuales, donde los patrones culturales sobre la masculinidad juegan un rol clave. Las estrategias que deberían potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS, son las relacionadas con la promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad y la reflexión en torno a la socialización de los hombres gay y sus causas. **Conclusiones** Se sugiere abordar la salud sexual y la diversidad sexual desde edad temprana y profundizar sobre la masculinidad en hombres gay en los programas de salud sexual.

**Keywords** Homosexuality, Delphi, HIV, prevention, sexual diversity Homosexualidad, Delphi, VIH, prevención, diversidad sexual

**Taxonomy** Sexual Health, Sexually Transmitted Infection, Public Health, Qualitative Research, Gender

**Manuscript category** Investigaciones cualitativas

**Corresponding Author** Constanza Jacques Aviñó

**Order of Authors** Constanza Jacques Aviñó, Mario Martín-Sánchez, Patricia García de Olalla

## Submission Files Included in this PDF

### File Name [File Type]

Carta de presentación.docx [Cover Letter] Palabras\_claves.docx [Highlights] abstract.docx [Abstract]

titulo\_autores.docx [Title Page (with Author Details)]

Delphi\_HSH\_FINAL-.docx [Manuscript (without Author Details)]

Tablas\_finales.docx [Table]

To view all the submission files, including those not included in the PDF, click on the manuscript title on your EVISE Homepage, then click 'Download zip file'.

Estudio cualitativo:

**Opiniones sobre prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual de hombres gay profesionales de la salud**

Constanza Jacques-Aviñó<sup>a</sup>, Mario Martín-Sánchez<sup>a, b</sup>, Patricia García de Olalla<sup>a, b, d</sup>

<sup>a</sup> Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, España.

<sup>b</sup> Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Parc Salut Mar-Universitat Pompeu Fabra-Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. <sup>c</sup> CIBER, Epidemiología y Salud Pública, Barcelona, España. <sup>d</sup> Universitat Pompeu Fabra, Spain

Autor para correspondencia:

Constanza Jacques Aviñó

Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, España.

Plaza Lesseps, 1

08023 Barcelona Teléfono:

932027749 e-mail:

cjacques@aspb.cat

Recuento por palabras:

Texto: 2499

Resumen castellano: 203

Resumen inglés: 186

## **Resumen**

### **Introducción**

El objetivo fue conocer las opiniones sobre las estrategias de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en un grupo de hombres gay profesionales de la salud.

### **Métodos**

Se realizó un estudio Delphi a través de tres rondas de consulta. El muestreo fue por conveniencia y a través de la técnica de bola de nieve. Los cuestionarios estaban disponibles en una aplicación online. Los resultados finales se presentaron a los expertos mediante un grupo de discusión.

### **Resultados**

De 12 personas expertas, ocho respondieron a las tres rondas. Los factores que explican que los hombres gay sean más vulnerables a contraer el VIH y otras ITS se relacionaron, sobre todo, con la facilidad para contactar con parejas sexuales, donde los patrones culturales sobre la masculinidad juegan un rol clave. Las estrategias que deberían potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS, son las relacionadas con la promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad y la reflexión en torno a la socialización de los hombres gay y sus causas.

### **Conclusiones**

Se sugiere abordar la salud sexual y la diversidad sexual desde edad temprana y profundizar sobre la masculinidad en hombres gay en los programas de salud sexual.

**Palabras claves:** Homosexualidad, Delphi, VIH, prevención, diversidad sexual



## **Abstract**

**Title:** Opinions on HIV and other sexual transmitted infection prevention among a group of gay male health professionals.

## **Summary**

### **Introduction**

The aim was to gather opinions on strategies for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections (STIs) among a group of gay men and health professionals.

### **Methods**

Study based on the Delphi technique through three rounds of consultation. Convenience and snowball sampling were used to identify the participants. The questionnaires were available in an online application. The results were presented to the experts through a discussion group.

### **Results**

Eight out of 12 experts contacted responded to all three rounds. The factors that explain why gay men are more vulnerable to contracting HIV and other STIs were mainly related to the ease of contact with sexual partners, where cultural patterns about masculinity play a key role. The strategies that should be strengthened for the prevention of HIV and other STIs in the gay community are the promotion of sexual and emotional health from an early age and the reflection on the socialization of gay men and their causes.

### **Conclusions**

It is suggested to address sexual health and sexual diversity from an early age and to deepen masculinity in gay men in sexual health programs.

**Keywords:** Homosexuality, Delphi, HIV, prevention, sexual diversity

## **Agradecimiento**

Al grupo de expertos que participaron de forma desinteresada y motivados en todo el proceso de consulta.

## **Financiación**

Ninguna

## **Contribuciones de autoría**

C. Jacques, M. Martín, P. G. de Olalla participaron en el diseño e interpretación de los resultados. C. Jacques y M. Martín realizaron la búsqueda bibliográfica y recogida de datos. C. Jacques, y M. Martín y P. G. de Olalla prepararon el manuscrito, colaboraron en la revisión crítica y aprobaron el manuscrito final. Todos los/as autores se hacen responsables y garantes de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión, transparencia e integridad.

## **Conflicto de intereses**

Ninguno

## Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por VIH, son un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por las complicaciones que pueden conllevar a corto y largo plazo (1). A pesar de la implementación de programas de prevención y control de estas infecciones, que han permitido evitar y reducir enormemente la infección por vía parenteral del VIH, las ITS/VIH se mantienen desproporcionadamente altas en el colectivo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tanto en el ámbito nacional como internacional (2,3).

Estudios recientes han recogido las perspectivas de HSH sobre los programas de prevención de estas infecciones. Por ejemplo, en Berlín, los entrevistados manifestaron la necesidad de reforzar la prevención en las personas que viven con el VIH, comentaron la falta de distribución gratuita y universal de preservativos (4). Así mismo, opinaron que era necesario actualizar las campañas de prevención, expandir el acceso a la profilaxis post-exposición al VIH (PEP) y a las pruebas rápidas del VIH (4). En Barcelona, se recogió la opinión de HSH usuarios de saunas gay, donde sugirieron concienciar sobre lo que significa vivir con el VIH, incorporar las nuevas tecnologías en la prevención y aumentar las intervenciones en lugares de encuentro gay (5).

Por otra parte, se ha recogido la opinión de profesionales de la salud que trabajan con HSH, donde se analizaron las deficiencias en los mensajes transmitidos por los programas preventivos relacionados con el VIH, siendo considerados heterocentristas (6). Algunos de ellos, mostraron desconocimiento sobre las prácticas específicas de los HSH y la realidad de las personas que vivían con el VIH (6). La perspectiva de las personas trabajadoras en el ámbito sanitario ha sido menos estudiada tanto en el contexto nacional, como europeo.

En este estudio se incorpora la perspectiva de personas que, además, de tener experiencia y formación como profesionales de la salud son hombres gay. Este grupo de participantes con doble experticia puede aportar una visión complementaria a la abordada en la literatura científica. El objetivo de este estudio fue conocer las opiniones de un grupo de hombres gay profesionales de la salud sobre las razones que influyen en la vulnerabilidad del colectivo gay frente al VIH y otras ITS, así como las estrategias de prevención que deberían llevarse a cabo.

## Métodos

Estudio cualitativo descriptivo realizado en dos fases; la primera mediante la técnica Delphi y la segunda, con un grupo de discusión. El estudio se realizó en Barcelona entre mayo del 2017 y febrero del 2018. Para configurar el grupo de expertos se tomaron en cuenta el pertenecer al grupo de categorías profesionales del ámbito de la salud (7) y considerarse hombre gay. Se seleccionó una muestra por conveniencia y a través de la técnica de bola de nieve. Se envió un correo electrónico a los participantes explicándoles los objetivos, el procedimiento que se seguiría y preguntándoles como preferían que se les identificara.

De las 12 personas contactadas, nueve aceptaron participar y ocho respondieron a las tres rondas. Los participantes fueron seis médicos y dos enfermeros, entre 29-59 años, de los cuáles cinco trabajaban en el momento del estudio en actividades dirigidas al colectivo gay (Tabla 1).

La primera fase constó en tres rondas de consulta en la cual se enviaron los cuestionarios que estuvieron disponibles durante 15 días en una aplicación online (*fluidSurveys*). En la primera ronda se envió un cuestionario (Q1) estructurado en tres bloques de preguntas abiertas: 1) ¿Crees que el colectivo gay es especialmente vulnerable a las ITS, incluyendo el VIH? ¿Cuáles serían las razones? 2) ¿Qué estrategias preventivas han resultado más efectivas para la prevención del VIH y otras ITS? ¿Cuáles no? 3) ¿Qué estrategias deberían crearse o potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay?

El segundo cuestionario (Q2) tenía por objeto conocer el grado de conformidad de los participantes con las respuestas obtenidas a las preguntas del Q1. Todas las respuestas del Q1 se transformaron en enunciados que debían ser evaluados. Se elaboró una escala de Likert con el fin de medir el grado de acuerdo con las respuestas obtenidas que eran: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, totalmente desacuerdo.

El tercer cuestionario (Q3) se creó a partir de las respuestas que más grado de acuerdo obtuvieron en el Q2. Para ello se otorgó un valor de 5 a la categoría de totalmente de acuerdo y un valor de 1 a la totalmente en desacuerdo. Se calculó la mediana para cada

una de las respuestas y se seleccionaron las respuestas con las medianas más altas. En caso de medianas iguales, se escogieron las respuestas con los rangos más estrechos. Este último cuestionario se envió con los siete enunciados que presentaron las medianas más altas. Se solicitó a los participantes que ordenaran los enunciados de mayor a menor prioridad, otorgando una puntuación de 7 a la respuesta que ocupaba el primer lugar y de 1 a las que ocupaba el último lugar, ordenándose según la mediana y su rango.

Para la segunda fase del estudio, y tal como sugieren algunas guías de estudios cualitativos (8), se constituyó un grupo de discusión con los expertos. Se comentaron los resultados obtenidos en la tercera ronda, con el fin de conocer con mayor profundidad los argumentos que dieron lugar a los acuerdos y desacuerdos. La información fue registrada mediante notas de campo que luego fueron trianguladas por el equipo investigador. El análisis se realizó desde la teoría del socioconstruccionismo.

Se contó con el consentimiento informado de los participantes.

## **Resultados**

Las respuestas a las preguntas formuladas en el Q1 se recogen la tabla 2. En relación a los factores de vulnerabilidad en el Q2, la respuesta que obtuvo mayor acuerdo fue la que sostuvo que la cronificación del VIH ha cambiado la percepción y el miedo a adquirir la infección (mediana: 4.5; rango: 2-5). Con respecto a las estrategias de prevención que tendrían que potenciarse, siete respuestas obtuvieron una mediana de 5 y todas con un rango 4-5 (promocionar la salud sexual y afectiva desde temprana edad; crear estrategias de promoción de la salud que permitan reflexionar sobre la socialización de los hombres gay y sus causas; formar en la autogestión de la salud; realizar estudio de contactos a parejas sexuales e incluir a la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención).

La pregunta sobre las estrategias preventivas más efectivas para la prevención del VIH y otras ITS se eliminó en la segunda y en la tercera ronda de la consulta, ya que la información podía ser obtenida a partir de la tercera pregunta del Q1.

Los factores que mejor explican la vulnerabilidad al VIH/ITS en el colectivo gay (Tabla

3) fueron: la facilidad que tienen los hombres gays para mantener relaciones sexuales (mediana 6,0; rango 2-7) y la cronificación del VIH que ha cambiado la percepción y el miedo a adquirir la infección (mediana: 5,0; rango 3-7). Con respecto a las estrategias que deberían crearse o potenciarse, destacaron: la promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad (mediana: 7,0; rango: 2-7), la promoción de la salud que permita reflexionar sobre la socialización de los hombres gay y sus causas (mediana: 5,0; rango 2-7), y la autogestión en salud para potenciar el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud (mediana: 5,0; rango: 1-7).

En el grupo de discusión, los expertos plantearon que la vulnerabilidad no debe reducirse a la facilidad del contacto sexual, sino a los determinantes que conllevan a tener dicha facilidad. Se señaló que ésta se relaciona con la educación, es decir, socialmente está permitido y aceptado que los hombres tengan muchas parejas sexuales, mientras que en las mujeres es diferente: *“las mujeres si follan mucho son putas, los hombres en cambio son machos”*. Por otra parte, se comentó que la hipersexualización de los hombres gay puede verse como un acto de transgresión o como respuesta a la búsqueda de afecto. También, se comentó que vivimos en una sociedad que está muy sexualizada.

En cuanto al consumo de drogas, mientras que algunos comentaron que era más frecuente en el colectivo gay, otros señalaron que era el mismo que el observado en los heterosexuales, pero lo que cambiaba era el tipo de drogas. Se comentó que el consumo se produce por la búsqueda de placer, para evadirse y por haber sufrido experiencias de discriminación que llevan a padecer más angustia y estrés. También, se argumentó que existe una normalización del consumo en el colectivo gay. Otros factores que se relacionaron con la vulnerabilidad fueron el hecho de vivir en una gran ciudad y la dificultad que tienen los profesionales de la salud para hablar sobre sexualidad.

Respecto a la estrategia prioritaria de prevención del VIH y otras ITS, se comentó que la promoción de la salud sexual y afectiva desde la temprana infancia se debería abordar desde diferentes ámbitos y durante todo el desarrollo de la persona. Se señaló la importancia de hablar sin tabúes sobre sexo, de incluir formación desde una perspectiva de género, de incorporar los afectos, así como trabajar en un modelo que incluya la diversidad sexual.

También, se argumentó que los programas dirigidos a los hombres gay deberían promocionar reflexiones sobre su socialización y se comentó que faltan espacios grupales para este tipo de debate. Al respecto, se planteó que se vive en una sociedad individualista, narcisista y hedonista. Además, se comentó que en estos programas se debería incorporar la promoción del uso del preservativo, aunque hubo divergencia en este punto, ya que algunos señalaban que esta información ya era suficientemente conocida. Otra propuesta fue la dispensación de la PrEP, siempre y cuando estuviese acompañada de otras estrategias de prevención, además se habló de su efectividad y de ser críticos a las necesidades que va generando la industria farmacéutica.

Por último, se señaló que la cultura gay se asocia a un estereotipo caracterizado por una hipersexualidad, sin embargo, la realidad es que existen diversas subculturas en el mundo homosexual.

## **Discusión**

Este estudio recoge, por primera vez en España, las opiniones de un grupo de hombres gays profesionales de la salud sobre la vulnerabilidad y las estrategias de prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay. Según este grupo, los factores que se relacionan con la vulnerabilidad se explican por la facilidad para contactar con parejas sexuales, por los medios que se disponen para ello y por la influencia que las expectativas sociales tienen sobre los hombres, donde los patrones culturales juegan un rol clave. También, se comentó que se ha producido un cambio en la percepción del riesgo relacionado con la disminución del miedo a adquirir el VIH, debido a los avances en los tratamientos antirretrovirales. La vulnerabilidad, se relacionó con el consumo de drogas y con la importancia que se le otorga al cuerpo, al sexo y al placer en el medio gay. Tal y como se comentó en el grupo de discusión, creemos que esta facilidad debe entenderse dentro de una óptica social más amplia que no sólo explica el comportamiento de los hombres gay. De hecho, algunos autores señalan que, actualmente, estamos viviendo en una sociedad caracterizada por incentivar el consumo mediante el ofrecimiento incesante de deseos que son cada vez más insaciables, entre los cuales está el sexo (9,10).

Según el grupo de expertos, se planteó que la práctica del sexo anal es un determinante biológico asociado a la infección por VIH. Se ha demostrado que el sexo anal es la práctica sexual de mayor riesgo en la transmisión del VIH (11). Por otra parte, la vulnerabilidad, también, se relacionó con determinantes estructurales, como la falta de sensibilidad de la clase política para crear leyes contra la discriminación por razones de diversidad sexual y de género. Al respecto, diferentes estudios apoyan un marco explicativo similar al de este grupo, en la que se consideran las políticas, las desigualdades de género, el estigma social relacionado con la homosexualidad, los problemas afectivos, la disminución del uso del preservativo y el consumo de drogas como factores que explican el riesgo de contraer el VIH y otras ITS (11–14).

Sobre las medidas de prevención, resaltó la necesidad de fomentar la promoción en temas de salud sexual en la temprana infancia y de reflexionar en torno a la socialización de los hombres gay. A la luz de estos resultados, se propone desarrollar programas de educación sexual que contemplen la diversidad sexual y la afectividad. Otras investigaciones también han puesto de relieve la importancia de abordar la identidad sexual, donde se aconseja incluir la vivencia de la sexualidad y el estigma en las campañas para la prevención de las ITS (15).

Por otra parte, según el grupo de expertos resulta necesario profundizar en los mecanismos que construyen el estereotipo de la cultura gay y el rol que ocupa el sexo, temas escasamente abordados desde el ámbito de la salud pública. Desde las políticas públicas las estrategias de intervención tendrían que asumir una perspectiva de género y abordar las normas sociales que construyen los modelos de masculinidad de los hombres en general y de los gay en particular (16,17). En este sentido, resulta importante abordar la masculinidad hegemónica, aquella que establece una supremacía del varón y donde se espera que los hombres asuman riesgos, sean sexualmente activos y nieguen la necesidad de buscar ayuda, conductas que tienen un efecto directo en la salud (18) (17,19). Es decir, abordar la reflexión y el diálogo sobre la masculinidad hegemónica, con tal de promover un cambio dirigido al cuidado de la salud, como estrategia para la prevención del VIH y otras ITS (20,21).

Entre los resultados de este estudio, llamó la atención que un modelo estrictamente biomédico de la prevención, relacionado con la dispensación de la PrEP, haya quedado en un segundo plano. Más bien se propusieron estrategias combinadas, como la



promoción del uso del preservativo y el autocuidado. Por otra parte, si bien, el estudio de contactos de parejas sexuales de las personas diagnosticadas con VIH u otras ITS se ha demostrado como una estrategia efectiva para la prevención (22), ésta no se priorizó.

Una limitación de nuestro trabajo hace referencia al bajo número de participantes que no permitió identificar con mayor precisión el grado de consenso. Probablemente, esto fue debido al límite de dos meses que se propuso para el reclutamiento. De todas maneras, creemos que se cumplió con el propósito del estudio, sobre todo si consideramos que en la investigación cualitativa lo decisivo no es el tamaño de la muestra, sino el aporte y la riqueza de la información obtenida (23).

En síntesis, las razones que influyen en la vulnerabilidad del colectivo gay frente al VIH y otras ITS están relacionados con determinantes sociales, como las normas de género que llevan a una mayor facilidad para el contacto sexual y a la pérdida del miedo a contraer infecciones. Entre las estrategias de prevención se debería priorizar la promoción de la salud sexual, considerando el mundo afectivo y la diversidad sexual. Además, de abordar la reflexión en torno a la masculinidad en hombres gay, así como potenciar la responsabilidad colectiva e individual del autocuidado en la salud.

## Referencias

1. Aral SO. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences. *Int J STD AIDS*. 2001;12(4):211–5.
2. Europe EC for DP and CRO for. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe; 2017.
3. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2016 [Internet]. Barcelona; 2017. Available from: [https://www.aspb.cat/wpcontent/uploads/2017/11/Informe\\_Salut\\_2016.pdf](https://www.aspb.cat/wpcontent/uploads/2017/11/Informe_Salut_2016.pdf)
4. Grov C. Gay Men's Perspectives on HIV Prevention and Treatment in Berlin, Germany: Lessons for Policy and Prevention. *Int J Sex Heal*. 2017;29(2):124–36.

5. Jacques Aviñó C, García de Olalla P, Díez E, Martín S CJ. Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. *Gac Sanit.* 2015;29(4):252–7.
6. Gasch A, Tomás C. Risk practices of HIV in men who have sex with men are gender practices. A training of health professionals in a transcultural perspective. *Procedia-Social Behav Sci.* 2014; 132:25–31.
7. Estado J del, «BOE» núm. 280 de 22 de noviembre de 2003, BOE-A-200321340 R. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2012 p. 1–24.
8. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos [Internet]. Vol. 617, Organización Panamericana de la Salud. Washington. D.C.; 2006. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Bauman Z. *Vida de Consumo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
10. Baudrillard J. *La Sociedad del Consumo. Sus mitos y estructuras* [Internet]. Madrid: Siglo XXI; 2009. 255 p. Available from: [www.sigloxxieditores.com](http://www.sigloxxieditores.com)
11. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating peract HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS* [Internet]. 2014; 28:1509–19. Available from: <http://www.hubmed.org/display.cgi?uids=24809629>
12. Hess K, Crepaz N, Rose C, Purcell D, Paz-Bailey G. Trends in Sexual Behavior Among Men Who have Sex with Men (MSM) in High-Income Countries, 1990-2013: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2017;1–24.
13. Mayer K, Wheeler D, Bekker L, Grinsztejn B, Remien R, Sandfort T, et al. Overcoming biological, behavioral, and structural vulnerabilities: new directions in research to decrease HIV transmission in men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;63 Suppl(2):S161–7.
14. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Series HIV Prevention 4 Structural approaches to HIV prevention. 2008; 372:764–75.
15. Mirandola M, Gios L, Sherriff N, Pachankis J, Toskin I, Ferrer L, et al. Sociodemographic Characteristics, Sexual and Test-Seeking Behaviours Amongst Men Who have Sex with Both Men and Women: Results from a Bio-behavioural Survey in 13 European Cities. *AIDS Behav.* 2017; 10:3013–25.

16. Fleming P, DiClemente R, Barringtons C. Masculinity and HIV: Dimensions of Masculine Norms that Contribute to Men's HIV-Related Sexual Behaviors. *AIDS Behav.* 2016;20(4):788–98.
17. Jacques-Aviñó C, García de Olalla P, González Antelo A, Fernández Quevedo M, Romaní O, Caylà JA. The theory of masculinity in studies on HIV. A systematic review. *Glob Public Health* [Internet]. 2018;1–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29972098>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29972098>
18. Connell RW, Jewkes R, Morrell R, Hearn J, Lundqvist E, Blackbeard D, et al. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gend Soc* [Internet]. 2005;19(6):829–59. Available from: [10.1080/13691058.2015.1085094%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111070743&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111070743&site=ehost-live)
19. Zeglin R. Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: a systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. *Arch Sex Behav.* 2015;44(7):1979–90.
20. Connell RW. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gend Soc.* 2005;19(6):829–59.
21. Jewkes R, Morrell R, Hearn J, Lundqvist E, Blackbeard D, Lindegger G, et al. Hegemonic masculinity: combining theory and practice in gender interventions. *Cult Health Sex.* 2015;17(March 2016):96–111.
22. Olalla PG De, Molas E, Jesús M, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a Pilot Partner Notification Program for New HIV Cases in Barcelona, Spain. *PLoS One.* 2015;10(4):1–11.
23. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet.* 2012; 17:613–9.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes y su relación con el colectivo gay**

<b>Año de nacimiento</b>	<b>País de nacimiento</b>	<b>Profesión</b>	<b>¿Has estado asociado alguna vez a una entidad comunitaria LGTBI+?</b>	<b>¿Trabajas o has trabajado en actividades dirigidas al colectivo gay?</b>	<b>De tus amigos y relaciones sociales ¿cuántos de ellos son hombres gay?</b>
1983	España	Médico	Si, lo estoy actualmente	Sí, continuo actualmente	La mitad
1987	España	Médico	Si, lo estoy actualmente	No	La mitad
1988	España	Enfermero	No	No	Menos de la mitad
1985	España	Médico	Si, lo estoy actualmente	Sí, continuo actualmente	La mitad
1987	España	Médico	No	Sí, continuo actualmente	Menos de la mitad
1958	España	Médico	No	Sí, con anterioridad	La mitad
1974	España	Enfermero	No	Sí, continuo actualmente	La mitad
1984	Chile	Médico	Si, lo estoy actualmente	Sí, continuo actualmente	La mitad

**Tabla 2. Respuestas al cuestionario 1: factores que determinan la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en el colectivo gay; estrategias que han resultado efectivas o no efectivas en su prevención y estrategias que deberían crearse o potenciarse en su prevención en el colectivo**

Preguntas	Respuestas del primer cuestionario
<b>1) ¿Cuáles crees que son los principales factores que determinan la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH en el colectivo gay?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existencia de un mayor riesgo biológico debido al tipo de prácticas sexuales, como el sexo anal.</li><li>▪ Los homosexuales tienen mayor número de parejas sexuales que los heterosexuales, lo que está más aceptado dentro del colectivo</li><li>▪ Los homosexuales no siguen el patrón heteronormativo de formar familia.</li> <li>▪ El homosexual vive su vida afectiva y sexual de un modo más desinhibido y libre, hay mayor deshumanización del sexo e individualismo.</li><li>▪ A los homosexuales, a diferencia de los heterosexuales, se les permite vivir como eternos adolescentes</li><li>▪ Existe una mayor facilidad para el acceso al contacto sexual.</li> <li>▪ Descenso del uso del preservativo</li><li>▪ En la cultura gay se le da una gran importancia al cuerpo, al sexo y al placer.</li><li>▪ Los homosexuales no tienen referentes sólidos y modelos claros, por lo que es fácil dejarse llevar por patrones de comportamiento en su entorno.</li><li>▪ Existencia de una falta de cuestionamiento sobre el hedonismo y el placer dentro del colectivo.</li><li>▪ La homofobia interiorizada o problemas de aceptación que dificultan el autocuidado.</li><li>▪ Las lógicas capitalistas de consumo (por ejemplo, la publicidad) que favorecen la adicción al sexo y el uso de drogas</li><li>▪ La existencia de discriminación social por orientación sexual.</li> <li>▪ Elevada prevalencia de consumo de drogas dentro del colectivo.</li><li>▪ La cronificación del VIH ha cambiado la percepción y el miedo a adquirirlo.</li><li>▪ Falta de formación del personal sanitario.</li><li>▪ Falta de sensibilización de la clase política y social para crear leyes contra la discriminación homosexual.</li></ul>

<p><b>2) ¿Qué estrategias preventivas crees que han resultado más efectivas para la prevención del VIH y otras ITS? ¿Cuáles no?</b></p>	<p>Más efectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Intervenciones poblacionales de promoción del uso del preservativo</li><li>▪ Promoción de la prueba de VIH y otras ITS para iniciar su tratamiento y disminuir la transmisión de estas infecciones</li><li>▪ Sensibilización de la clase política y social para crear leyes contra la discriminación homosexual</li> <li>▪ Políticas para disminuir el estigma hacia las personas que viven con el VIH</li> <li>▪ Crear miedo a infectarse del VIH</li><li>▪ Promover el estudio de contactos de parejas sexuales</li><li>▪ Informar y formar sobre el VIH, las ITS y el sexo seguro</li></ul>
	<p>Menos efectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anuncios y campañas en medios de comunicación (como televisión, revistas...)</li><li>▪ Programas de educación sexual vigentes que no toman en cuenta la esfera afectiva y el contexto socio-histórico</li> <li>▪ Tratamiento para la profilaxis preexposición al VIH (PrEP)</li> <li>▪ La abstinencia sexual</li><li>▪ Ninguna ha resultado efectiva</li></ul>

**3) ¿Qué estrategias crees que deberían crearse o potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay?**

- Promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad (infancia y adolescencia)
- Estrategias de promoción de la salud que permitan reflexionar sobre la socialización (medicalización, sexualización, culto al cuerpo,...) de los hombres gay y sus causas.
- Formación en la autogestión de la salud, encaminado a potenciar el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud.
- Intervenciones poblacionales sobre el uso del preservativo.
- Disminuir el estigma asociado al VIH, no asustar.
- Promover cribados de VIH y otras ITS generalizados y con continuidad.
- Crear estrategias específicas para personas que viven con el VIH.
- Estudio de contactos a parejas sexuales
- Autorización y distribución de la PrEP, acompañada de otras medidas de prevención
- Autorización y distribución de la PrEP
- Creación de centros comunitarios para abordar la salud del colectivo desde un modelo biopsicosocial
- Crear estrategias específicas para grupos de alto riesgo dentro del colectivo: personas con problemas de salud mental, consumidores de drogas, inmigrantes, etc.
- Inclusión de la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención

**Tabla 3. Resultados del cuestionario tres: factores que explican la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en el colectivo gay y estrategias que deberían crearse o potenciarse para su prevención en el colectivo según prioridad**

Pregunta	Ítems	Suma	Mediana	Rango
<b>Factores que mejor explican la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en el colectivo gay</b>	La facilidad para el contacto sexual	44	6	(2-7)
	La cronificación del VIH que ha cambiado la percepción y el miedo a adquirirlo	39	5	(3-7)
	La elevada prevalencia de consumo de drogas dentro del colectivo	29	4	(2-5)
	Existencia de un mayor riesgo biológico debido al tipo de prácticas sexuales como el sexo anal	31	4	(1-7)
	La importancia que se le da al cuerpo, al sexo y al placer en la cultura gay	30	3.5	(2-6)
	Falta de sensibilización de la clase política y social para crear leyes contra la discriminación homosexual	33	3.5	(1-7)
	La falta de formación del personal sanitario	18	1.5	(1-4)
<b>Estrategias que deberían crearse o potenciarse para la prevención del VIH y otras ITS en el colectivo gay.</b>	Promoción de la salud sexual y afectiva desde temprana edad (infancia y adolescencia)	44	7	(2-7)
	Promoción de la salud que permita reflexionar sobre la sociabilidad (medicalización, sexualización, culto al cuerpo, ...) de los hombres gay y sus causas	38	5	(2-7)
	Formación en la autogestión en salud, para potenciar el autocuidado y la responsabilidad sobre la propia salud	32	4	(1-7)
	Creación de centros comunitarios para abordar la salud del colectivo desde un modelo biopsicosocial	31	3.5	(1-6)
	Creación de estrategias específicas para grupos de alto riesgo dentro del colectivo: personas con problemas de salud mental, consumidores de drogas, inmigrantes, etc.	29	3.5	(1-6)
	Inclusión de la comunidad gay en las campañas de prevención e intervención	27	3	(1-6)
	Autorización y distribución de la PrEP, acompañada de otras medidas de prevención	23	2.5	(1-6)





*“La protesta más anticapitalista es cuidar a otros y cuidarse a uno mismo. Adoptar la práctica históricamente femenina y por tanto invisible, de cuidar, atender, nutrir. Tomarse en serio las vulnerabilidades y fragilidades y precariedades de cada uno, y apoyarlas, honorarlas, empoderarlas. Protegernos, promulgar y practicar comunidad. Una afinidad radical, una socialización interdependiente, políticas de cuidado.”*

Hedva, Johanna (2015: 15) Teoría de la mujer enferma.

Traducción del texto adaptado de la charla: *“My Body Is a Prison of Pain so I Want to Leave It Like a Mystic But I Also Love It & Want It to Matter Politically”*, realizada en Human Resources (Los Ángeles, el 7 de octubre de 2015).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DISCURSOS Y PRÁCTICAS SEXUALES DE USUARIOS DE SAUNAS GAY. UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS MASCULINIDADES

Constanza Jacques Aviñó



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI