La epidemia del VIH/SIDA y la vulnerabilidad de las mujeres

Silvia Puente Pérez

Las voces de otras mujeres

"Cuando me dijeron que esta enfermedad se trans mite principalmente por el contacto sexual, me em pecé a preocupar por mi esposo... Mientras que nos diera suficiente dinero para nuestras necesidades yo estaba agradecida. Nunca podría preguntarle sobre sus novias. Yo supongo que siempre esperé que él tuviera otras mujeres. Así son los hombres, ¿no es verdad?" *Una mujer de Zimbabwe.*

"Como en el caso de las píldoras anticonceptivas, los hombres sospecharán que las mujeres que quieran usar condones están acostándose con otros hombres." *Una mujer de Uganda.*

"Estar sola y muriendo y sin embargo tratando de cuidar al propio hijo, infectado con el VIH, es una tragedia cuyas dimensiones muy pocos de nosotros podemos verdaderamente comprender." *Catherine Hankins, Canadá.*

"Vivo en un pueblo de Morelos, tengo 33 años y un hijo de siete. Desgraciadamente mi esposo ya falleció a consecuencia del SIDA, yo también lo tengo, fue la herencia que me dejó, mi hijo está sanito gracias a Dios. A mí este virus me ha enseñado a ver la vida de otra forma, no es como dicen SIDA y ya nos quieren ver muertos, acabados. Yo vivo el presente pensando en el futuro y olvidándome del pasado, porque ya no puedo cambiarlo ni puedo cambiar mi seropositividad. Siento que todavía soy útil, aunque hay momentos en que quisiera ya colgar los tenis y desapartarme de esta vida, pero me pongo a pensar en mi hijo y le pido a Dios que me deje vivir más"

"El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es un problema de Salud Pública, que como cualquier otra epidemia se desarrolla en las grietas y aberturas de las desigualdades sociales. No podemos enfrentar la epidemia si tratamos de esconder las contradicciones y conflictos que pone al descubierto." *Herbert Daniel, Brasil.*

Situación actual del VIH/SIDA

La epidemia del SIDA está completamente atada a los valores sociales y culturales y a las relaciones económicas que subyacen en la interacción entre los individuos. Es un síndrome que no sólo implica diferentes manifestaciones clínicas sino también un impacto desproporcionado sobre aquellos que son vulnerables social, sexual y económicamente.

Debido precisamente a las relaciones de dependencia económica y social (que implica la subordinación sexual), las mujeres en cualquiera de los roles que desempeña están siendo afectadas desproporcionadamente por la epidemia: como esposas, amantes, novias o trabajadoras sexuales, las mujeres están en riesgo de transmisión sexual; como madres las mujeres deben enfrentar las implicaciones de la infección por VIH en los hijos; como tías, hermanas, abuelas e hijas las mujeres tendrán que cuidar a niños que queden huérfanos por la epidemia. Como cuidadoras las mujeres tienen la carga de cuidar de las parejas, hijos, familiares y vecinos enfermos o moribundos e intentar mantener a la familia unida ante la enfermedad y la muerte.

Para finales de 1997, la Organización Mundial de la Salud estimaba que existían 30.6 millones de personas en el mundo viviendo con el VIH, de las cuales 12,2 millones eran mujeres; se calculó que a esas fechas habrían muerto ya 3.9 millones de ellas.

Actualmente 16 000 personas se infectan de VIH diariamente en el mundo.[1]

En México, hasta el primero de enero de 1999, la proporción de casos de SIDA que corresponde a mujeres es de un 14%, es decir, que de los 38, 390 casos acumulados de SIDA notificados, 5, 412 corresponden a mujeres. En el estado de Colima, la razón de masculinidad es 6-1 (es decir, que por cada seis hombres infectados existe una mujer infectada), muy similar a la media nacional,[2] esto sin considerar el importante problema de subregistro, ya que se estima que el número real de casos puede ser tres veces mayor que el notificado.[3]

Las tendencias observadas en los últimos años en nuestro país son:

- Disminución progresiva de los casos de SIDA por transfusión sanguínea.
- Aumento de la proporción de casos en zonas rurales.
- Aumento diligente de casos secundarios a la transmisión heterosexual y
- Derivado de lo anterior un concomitante aumento de los casos en niños por transmisión perinatal.

Los casos acumulados de menores de 15 años hasta el 1 de enero de 1999 fueron 1,002 (2.6%) de los cuales 65% fueron secundarios a transmisión perinatal.[4]

La información antes detallada demuestra el nivel de infección por VIH/SIDA en mujeres y por consiguiente la magnitud y trascendencia del problema; sin embargo la infección por VIH en mujeres es en sí mismo un fenómeno que requiere mucho más que una apreciación de las estadísticas. Los factores sociales y culturales son muy diferentes a los de los hombres, porque se refieren al papel de subordinación y/o falta de poder de las mujeres dentro de sus relaciones, familias y comunidades, que, a su vez, determina la naturaleza y los patrones de actividad sexual que colocan a las mujeres en riesgo ante las infecciones de transmisión sexual y por ende al VIH.

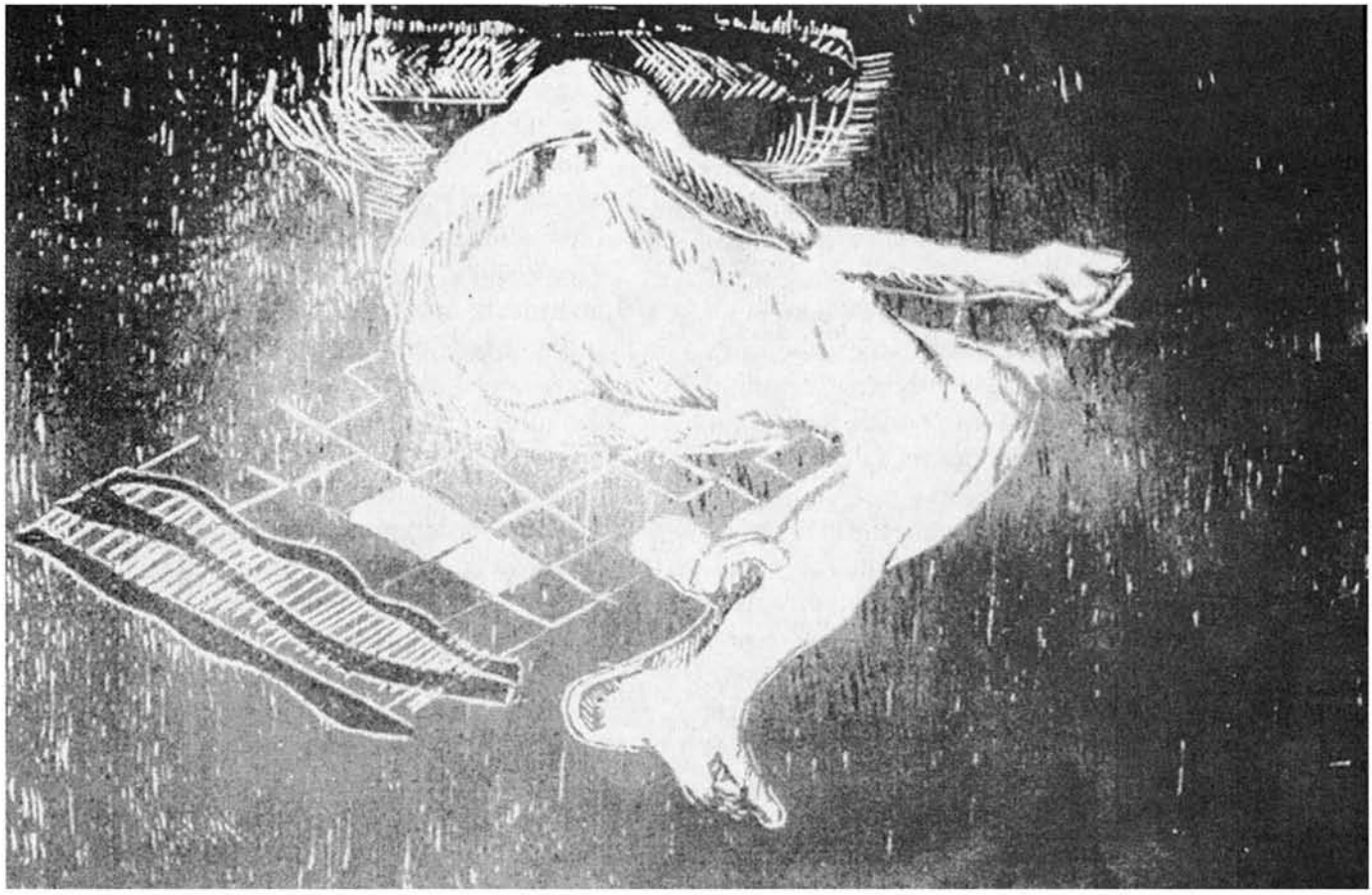
Para muchas mujeres el coito no es una cuestión de elección sino una cuestión de supervivencia. La prostitución, entendida como la amplia variedad de formas en que las mujeres intercambian el coito por dinero en efectivo o por otras formas de apoyo económico, comida, casa o cuidados es frecuentemente la única forma de manutención para las mujeres abandonadas, separadas, divorciadas o solteras ya mayores. De igual manera el matrimonio provee para muchas otras, formas de sustento social y económico que no estarían disponibles para ellas si se mantuvieran solteras. Una mujer casada tiene muy poco o ningún poder para negociar las bases en las que la relación sexual con su esposo se llevará a cabo. Una vez casada se espera que la mujer se mantenga fiel pero no debe exigir fidelidad recíproca. Las relaciones sexuales múltiples de los hombres son consideradas prácticas aceptables: ¡hay de aquél que no las tenga! Pues de ser así se le adjudica el calificativo de "poco hombre".

En los primeros años del surgimiento del VIH/SIDA se señaló a las trabajadoras sexuales como el grupo blanco o de alto riesgo, esto distorsionó el análisis de la realidad, pues se soslayó el hecho de cómo la epidemia ha afectado a las mujeres casadas o en unión libre con pareja estable, las cuales constituyen también un grupo de alto riesgo. Por otro lado, enfocarse en las trabajadoras sexuales alienta la culpa, el estigma y la discriminación no sólo contra ellas sino contra todas las mujeres. Sin embargo ha traído algunos beneficios a las sexo-servidoras, pues ha ayudado a que estas mujeres adopten el uso del condón en su trabajo; en algunos casos han sido empoderadas a través de acciones colectivas y han instituido políticas de "sólo con condón" en sus áreas de operación.

En México al 1 de enero de 1999, de los casos de SIDA reportados, sólo el 0.8% se registró entre trabajadoras sexuales, mientras que el 9% se dio entre las amas de casa; *sin otro factor de riesgo que el de ser esposa.*[5] Además de los factores ya expuestos, existe el riesgo de transmisión del VIH por la presencia de lesiones genitales, inflamación, secreción y escarificación. La Organización Mundial de la Salud (OMS), dictaminó en 1989 que todos los agentes patógenos de las infecciones de transmisión sexual que causen úlceras o inflamaciones genitales son un factor que aumenta la infectabilidad o susceptibilidad al VIH.

Aún cuando las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son una fuente importante de daños al tracto genital femenino, existen fuentes adicionales de infección y traumatismo que pueden dañar la barrera epitelial, entre ellas: el parto, la inserción de objetos en la vagina y el traumatismo durante el coito genital, especialmente cuando no existe el intercambio o juego erótico previo.

Por otro lado, el semen (además de ser más rico en células que los fluidos vaginales) se mantiene vivo en la vagina o recto por más tiempo que el fluido vaginal en el pene, por lo tanto, la exposición de la mujer al riesgo de ser infectada es mayor que la del hombre.



Prevención del VIH en mujeres

Las medidas de prevención del VIH por transmisión sexual no han ofrecido a las mujeres formas eficaces y factibles de reducir su exposición. Saber qué hacer para protegerse de la infección pareciera no tener sentido si se carece del poder para controlar las circunstancias y condiciones que provocan el riesgo.

Hasta la fecha, los esfuerzos de prevención se han enfocado a los siguientes puntos:

- Reducción del número de parejas sexuales.
- Monogamia o fidelidad.
- Sexo seguro y protegido mediante el uso del condón.
- Tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual

Analicemos cada una de éstas: la reducción del número de parejas sexuales no ayuda a las mujeres que sólo las tienen con su esposo o pareja regular. El tener una sola pareja ha fallado trágicamente para muchas mujeres que están infectadas o han muerto por SIDA. Frecuentemente aún quienes por circunstancias diversas se ven forzadas a vender o intercambiar relaciones sexuales, están imposibilitadas para cambiar esta conducta debido a que es producto, muchas de las veces, de su necesidad y dependencia económica.

De igual manera ocurre con los mensajes de prevención que enfatizan la importancia de la monogamia, en una sociedad donde es culturalmente aceptable que los hombres, pero no las mujeres, tengan relaciones sexuales fuera del matrimonio. Según estimaciones hechas por CONASIDA, el 80% de las mujeres infectadas de VIH por transmisión sexual, sólo ha tenido relaciones sexuales con su esposo. El problema por tanto no es que ellas no sean fieles a sus maridos, sino que éstos lo sean a su pareja.

Ante esta evidencia, la falta de opciones para decidir se ve exacerbada una vez más por la dependencia económica, la cual provee un poderoso desmotivador para que las mujeres abandonen una relación marital sexualmente insegura.

El único método de barrera para prevenir la transmisión del VIH que se promueve actualmente es el condón masculino. Es una realidad que las mujeres tengan que pedirle a los hombres que usen el condón y no al

♦♦♦

revés. Si las mujeres no tienen poder para negociar las bases sobre las cuales se desarrollan sus relaciones sexuales, de igual manera tampoco tendrán ningún poder para obligar a sus parejas a usar el condón, o para negociar la abstinencia. A excepción de algunos grupos de trabajadoras sexuales que han demostrado habilidad en la negociación del uso del condón con sus clientes, para la mayoría de las mujeres esto es improcedente. Por tanto, el condón sigue siendo una estrategia de prevención predominantemente masculina, que se usa o no de acuerdo con la manera de pensar y el estilo de vida masculino, toda vez que como medio a través de los cuales las mujeres pueden protegerse a sí mismas del VIH/SIDA resulta desconsoladoramente inútil.

En lo que se refiere al manejo adecuado de las Infecciones de Transmisión Sexual, si bien es cierto que las causas de daño a la barrera epitelial que permite la transmisión del VIH son numerosas, los obstáculos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento también son numerosos. Muchos están implementados en el contexto cultural de las mujeres, con frecuencia los hombres fungen como intermediarios entre las mujeres y los servicios de salud o bien una mujer debe obtener el permiso del esposo para poder acudir a la atención medica. Una fuerte barrera es la renuencia de las propias mujeres para someterse a un examen pélvico por pudor personal.

Pareciera que con todo lo anterior, se pinta un cuadro desolador de un ciclo de dependencia en el que las mujeres son forzadas a actividades que las colocan en riesgo de infección por VIH y donde su habilidad para liberarse de este papel de dependencia se ve más reducido por la realidad cotidiana de tener que enfrentar las consecuencias de la epidemia del VIH. ¿Acaso no hay esperanza para las mujeres? El sida aún con todas las implicaciones descritas, *es prevenible.*

Necesariamente tiene que cambiar el desequilibrio de poder en las relaciones sociales y de pareja, que generan y reproducen la subordinación del género femenino. Si bien es cierto que las mujeres en lo individual pueden sentirse impotentes —y en realidad serlo— para cambiar la conducta masculina, colectivamente las mujeres pueden lograr cambios extraordinarios. Es urgente y necesario intensificar investigaciones de VIH en mujeres desde el punto de vista biomédico y social, buscando ponderar medidas preventivas que las mujeres puedan controlar, dirigidas hacia el desarrollo de métodos de protección de barrera que no dependan de la cooperación masculina.

Consideraciones finales

- La epidemia del VIH representa un fenómeno complejo en el mundo de hoy. La dispersión del virus es facilitada por las desigualdades sociales que a su vez refleja y refuerza.
- La relación entre la falta de poder y el riesgo de exposición al VIH provee la clave para entender la fuente de la vulnerabilidad de las mujeres. Por lo que se requiere de una reorientación fundamental de los valores, creencias y leyes que dan forma a la percepción y los papeles de las mujeres dentro de sus relaciones de pareja, familiares y sociales.
- Si la mucosa del epitelio vaginal —barrera natural contra las infecciones— no está intacta, la susceptibilidad a la transmisión del VIH puede verse significativamente aumentada. El epitelio vaginal se puede dañar a través de las diferentes infecciones de transmisión sexual, así también por los traumatismos derivados del parto y de la violencia sexual. Es importante recalcar el acceso que las mujeres deben tener a los servicios médicos para la detección oportuna y el tratamiento adecuado de las diferentes infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, mediante la realización de la citología vaginal o papanicolaou.
- La infección por VIH se puede prevenir; sin embargo las estrategias preventivas más eficientes y eficaces son aquellas que los hombres controlan. Por lo tanto se deberán identificar e instituir diferentes estrategias y prioridades que garanticen mejores resultados que los actuales. ♦

Notas

[1] Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. June 1998. UNAIDS/WHO.

[2] CONASIDA/SS. Reporte de Registro Nacional de Casos. Enero de 1999.

[3] Manual para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología. México: Primera edición, febrero de 1998.

[4] Documentos Temáticos Programa sobre VIH y Desarrollo PAUD, New York. Números 3, 6 y 8.

[5] CONASIDA/SS. Guía para el manejo de la mujer embarazada con infección por VIH, 1999.