



unicef.es

La mujer y el SIDA a fines del siglo XX

GUNTHER BALAREZO LÓPEZ*

En las descripciones epidemiológicas del VIH/SIDA se ha producido una mezcla contradictoria de mucha y poca visibilidad de la mujer, lo que ha ido en perjuicio de esta. El estereotipo de la buena y la mala mujer ha influido considerablemente en la percepción general de la relación existente entre la mujer y el VIH. Ante los elevados índices de infección entre las trabajadoras sexuales en algunos países, se llegó a creer que el grueso de la infección se concentraba en este grupo, aunque la mayoría de las pruebas indicaban lo contrario. Por ejemplo, el primer caso de SIDA registrado en Nigeria fue el de una niña de 13 años, y la primera mujer diagnosticada con SIDA en México fue un ama de casa de 52 años cuya única conducta de riesgo había sido mantener relaciones sexuales con su marido sin utilizar condones.

Asimismo, muchas personas creían que el VIH era una enfermedad “de mujeres promiscuas”, como ocurría en el caso de las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los primeros carteles relacionados con el SIDA advertían a los hombres que se cuiden de “ese tipo de mujeres”, al igual que lo hacían los carteles durante la Segunda Guerra Mundial sobre las ETS. Otro ejemplo es el de los mensajes educativos en Tailandia, donde se afirmaba que las mujeres buenas transmitían el SIDA a través del embarazo y las mujeres malas a través de agujas y el sexo.

* Sociólogo y magíster en Salud Pública. Docente de Medicina en la Universidad Científica del Sur, la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y la Universidad Ricardo Palma.

Por eso, muchos hombres buscaban tener relaciones sexuales con mujeres jóvenes e incluso niñas, creyendo que así evitaban el riesgo de contagio del SIDA. En algunos países se extendió la idea de que tener relaciones sexuales con una mujer virgen podía curar el SIDA. En África Oriental y Nigeria, se consideraba que las vírgenes jóvenes tenían menos probabilidades de estar infectadas por el VIH o de padecer SIDA, por lo que eran muy solicitadas en matrimonio.

Por otro lado, cada vez más mujeres mayores de 60 años se infectaban con el VIH, en parte debido a que con la edad el sistema inmunológico se debilita y además porque no se visualizaban a sí mismas ni eran vistas por los expertos como expuestas al riesgo.

Con frecuencia, la mujer se entera de que es portadora del VIH durante el embarazo, el parto o cuando solicita los servicios obstétricos o se detecta la seropositividad en sus hijos. La pareja y sus familiares la responsabilizan de haber infectado tanto al esposo como a los hijos. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), existe una tendencia a estigmatizar a las mujeres como vectores del SIDA masculino. De hecho, algunos autores afirman que la mayor parte de la bibliografía científica sobre el tema trataba a las mujeres como transmisoras del virus a los hombres y los niños. Por otro lado, la infección de la mujer podía ser tomada por los varones como el primer indicador de infidelidad.

Un problema mayor era cómo decirle al esposo o pareja que se era seropositiva,

pues muchas mujeres habían experimentado rechazo, abandono y violencia por parte de su compañero al saber la noticia. Para las mujeres que dependían económicamente de los hombres este era un gran riesgo. Además, las mujeres que eran diagnosticadas antes que sus parejas, eran habitualmente humilladas y abandonadas.

Una razón por la que la mujer fue ignorada en la epidemia del SIDA fue por el error inicial de definir en los países desarrollados la enfermedad por grupos o individuos (especialmente del sexo masculino), es decir, como una “enfermedad rosa, de homosexuales varones, bisexuales o drogadictos”. Esta imagen se mantuvo vigente no obstante que la principal forma de contagio entre las personas heterosexuales era por la vía sexual.

Para mediados de 1996, más de diez millones de mujeres en todo el mundo habían contraído el VIH; de un total de veinticinco millones de adultos infectados, las mujeres representaban alrededor de la tercera parte; dos tercios de las infecciones eran en mujeres jóvenes, pobres, casadas, que no consumían drogas y que no tuvieron relaciones sexuales con otras personas en los últimos años; más de cuatro quintas partes de todas las mujeres infectadas contraían el virus a través de su compañero sexual (transmisión heterosexual), mientras el resto se infectaba mediante transfusiones de sangre o inyectándose droga con una aguja contaminada. Las mujeres infectadas eran más jóvenes que los varones por razones biológicas, de comportamiento,

su inferior condición socio-económica y cultural y sus limitadas opciones.

Biológica y fisiológicamente, las mujeres a cualquier edad (en especial las más jóvenes y en la posmenopausia) son más vulnerables que los hombres a contraer el virus. Ello se debe principalmente a tres razones: (i) el semen contiene una cantidad mucho mayor de VIH que la mucosidad vaginal, y por consiguiente, una mayor cantidad de virus a transmitir; (ii) el revestimiento vaginal y rectal de la mujer es más vulnerable a la infección que el pene, y para cualquier virus es más fácil penetrar la superficie de las membranas mucosas; y (iii) el semen permanece a temperatura corporal dentro de la vagina y el recto por un período mayor del que permanecen las mucosidades vaginales/rectales en el pene, por lo tanto, el período de exposición es más prolongado.

Se sabía más acerca del curso de la enfermedad en los varones que en las mujeres, razón por la cual una vez que se manifestaban los síntomas, las mujeres vivían menos tiempo. Esta diferencia podría atribuirse al hecho de que las mujeres tenían un acceso más limitado a los medicamentos antivirales así como a la diferencia en la cantidad de servicios médicos generales existentes para mujeres infectadas.

Una consecuencia de la expansión de la epidemia del SIDA en el ámbito privado era que tanto el hombre como la mujer, por temor al contagio, reprimieran y ocultaran sus deseos sexuales, sin gozar y sentir placer durante una relación. Al parecer, la mujer era más vulnerable socialmente porque los valores que impone



A tirar a pelo, esa es la consigna, sin condón ni anticonceptivos.

la sociedad hacen que el tema sexual sea un tabú, y por lo tanto, no se pueda informar. Además, al no tener a su alcance las medidas preventivas, la mujer no tenía el control sobre su cuerpo y la infección, salvo la abstinencia.

Asimismo, existían algunos factores que incrementaban el riesgo de la mujer de infectarse con el VIH como: factores socio-sexuales, la edad, la migración, los viajes, la inestabilidad laboral, la clase y situación de clase, la pobreza, la discriminación de género, la falta de poder para negociar

en la relación sexual y la ausencia de oportunidades educativas y económicas. Estos factores contribuían a la propagación del virus VIH en grados distintos, siendo las mujeres de los países subdesarrollados las que sufrían mayores desigualdades y falta de oportunidades que un hombre y una mujer (ambos) en los países desarrollados. Según la OMS, la mayoría de infecciones ocurría en mujeres pobres, adquiridas a través de relaciones vaginales y facilitadas por la presencia de otras ETS. Por eso, el problema de la



El SIDA entra a la casa del brazo del marido y ella, ama de casa, pone en riesgo su salud al echarse un polvo con su único hombre.

infección con el VIH en las mujeres no podía solucionarse con afiches, campañas de información o sistemas de distribución de condones; el punto central no era tecnológico o biológico, era el rol o estatus inferior de las mujeres.

La epidemia del VIH también venía produciendo un trastorno social importante. En algunas sociedades, las mujeres que quedaban viudas debido al SIDA eran rechazadas, despojadas y/o quemados sus bienes; en África, las mujeres eran

devueltas a sus familias o abandonadas cuando mostraban los síntomas del SIDA antes que sus maridos. Peor aún, en las áreas donde la tasa de infección por el VIH era alta, los niños quedaban huérfanos a temprana edad y los abuelos u otros familiares no podían hacerse cargo de ellos en forma adecuada. El SIDA no solo afectaba a las mujeres individualmente, sino también en su papel de madres, esposas, educadoras, sostén económico y de cohesión familiar.

Para el Programa Mundial de Lucha Contra el SIDA de la OMS, “aparte de la enorme carga emocional que acarrea la pérdida de personas cercanas, la familia enfrentaba la pérdida de ingresos a medida que iban enfermando y muriendo los que mantenían a la familia; en las zonas rurales, dado que el SIDA acababa con la mano de obra disponible para cultivar los huertos familiares, se llegaba a enfrentar a veces la falta de alimentos”. Se debía tener en cuenta que esta pérdida era mayor cuando la mujer era quien desarrollaba dichas actividades.

Para el Dr. Jonathan Mann, Profesor de Salud y Derechos Humanos del Centro Internacional sobre el SIDA de la Universidad de Harvard, “la discriminación creaba un marco de mayores riesgos para la mujer, vinculado directamente a las desigualdades en su papel, sus derechos y su condición. Las mujeres no podían decir ‘no’ a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, a menos que poseyeran el poder económico y social para que ese ‘no’ sea real”. Además, según UNFPA, la epidemiología había demostrado que en un contexto heterosexual, las mujeres tenían mayores probabilidades que los hombres de infectarse.

Para la Dra. Ankrah, Asesora Ejecutiva de Family Health International, “mejorar la condición de la mujer mediante la educación, un mayor acceso al empleo y al crédito y acrecentando sus derechos legales podría ayudar a disminuir la transmisión del VIH. Puesto que el papel de las mujeres es crucial en la agricultura, el comercio, la crianza de los hijos y el apoyo familiar, la rápida propagación del

virus VIH entre las mujeres entorpecía el desarrollo social y económico en muchas partes del mundo”.

La eficacia de la comunicación cuando se trata de cuestiones sexuales depende de la autoestima de la persona y lo que esta cree que vale. Por eso, cuanto más confianza en sí misma tenga la mujer, más puede hablar de sus necesidades, del sexo y de sus sentimientos, incluso en las culturas donde ese tipo de comunicación es considerado tabú. Se debía entonces tener en cuenta los dos factores que hacen a la mujer más vulnerable que el hombre al contagio: (i) el biológico: los tejidos vaginales están expuestos al contagio durante un tiempo más prolongado y en el semen hay una mayor cantidad del virus; y (ii) el psicosocial: los obstáculos sociales, económicos y culturales para evitar el riesgo de infección por el VIH eran particularmente grandes. Su posición dentro de la familia y la sociedad implicaba a menudo que no eran libres de tomar decisiones y que no habían sido educadas para negociar, conciliar o rechazar las relaciones sexuales.

Finalmente, las actividades de prevención y tratamiento del SIDA a nivel mundial habían descuidado cinco puntos centrales relacionados con la mujer: (i) la revisión de datos; (ii) los métodos de prevención controlados por la mujer; (iii) los programas de información y educación para la mujer (la mayoría de estos se limitaban a las trabajadoras sexuales y a las mujeres embarazadas); (iv) la exclusión de las mujeres de las investigaciones clínicas; y (v) la exclusión de las mujeres en la formulación de políticas. ■