

EL GÉNERO Y LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

En América Latina, 1.400.000 personas están infectadas por el VIH o tienen SIDA; 30% son mujeres (1).
 En el Caribe, 420.000 personas están infectadas por el VIH o tienen SIDA; 50% son mujeres (1)

El riesgo de la infección por el VIH es más alto en las mujeres

En todo el mundo, por su condición social desigual, las mujeres corren más peligro de contraer la infección por el VIH. Ellas están en desventaja con respecto al acceso a la información acerca de la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para la infección por el VIH/SIDA una vez infectadas. Como consecuencia de estas inequidades, la tasa de infección por el VIH en las mujeres aumenta más rápidamente que la tasa de infección en los hombres, en el Caribe y América Latina.

En casi todas las sociedades, las normas por razones de género determinan los roles sexuales y las perspectivas de hombres y mujeres (4). Por lo tanto, se da por sentado que las mujeres y las niñas no deben saber de sexo (y en muchas culturas se presume que ni siquiera sean seres sexuales o gocen las relaciones sexuales). Se considera promiscuas o adúlteras a las mujeres que buscan información sobre la actividad sexual sin riesgos (4). En las culturas que atribuyen una gran importancia a la virginidad, algunas jóvenes solteras pueden incurrir en comportamientos de alto riesgo, como el coito anal, para conservar su virginidad. En cambio, a los hombres se les insiste que experimenten sexualmente a una edad temprana para probar su masculinidad. A menudo, esto incluye visitar profesionales del sexo o tener más de una pareja sexual. Los hombres y sus parejas corren el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (4).

Las mujeres no suelen tener opciones con respecto a sus parejas o las circunstancias en las que tienen relaciones sexuales. Las inequidades por razón de género en la distribución del poder y los recursos económicos y sociales desempeñan una función importante. Frecuentemente, las mujeres y las niñas tienen que recurrir a la prostitución para mantener a sus familias porque no tienen otras oportunidades de percibir ingresos (5). Las mujeres y las niñas también se vuelven más vulnerables a prostituirse cuando los hombres que mantienen sus hogares están demasiado enfermos para trabajar o mueren de SIDA.

El riesgo de las mujeres se intensifica porque fisiológicamente son de dos a cuatro veces más susceptibles a la infección por el VIH (4). Las mujeres tienen más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles a las infecciones por el VIH y de transmisión sexual. El riesgo de infección por el VIH en las mujeres con ITS no tratadas aumenta (4, 5).

En muchas culturas, el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia. Las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas están más expuestas a infectarse con el VIH ya

Datos disponibles

- Con una tasa promedio de prevalencia de infección de 2%, el Caribe es la segunda región más afectada del mundo (1).
- En San Pedro Sula, Honduras, la infección por el VIH fluctúa entre 2-5% en las embarazadas (2).
- Como en Argentina se provee ampliamente la orientación de alta calidad, casi todas las mujeres deciden someterse a las pruebas voluntarias del VIH y el tratamiento antirretrovírico se presta gratis a las personas VIH-positivas (2).
- En la costa atlántica de Colombia, 25% de los casos de la infección por el VIH son mujeres, y casi 50% de ellas dicen que son amas de casa con una pareja estable (2).
- Cinco veces más niñas que niños de 15-19 años son VIH-positivos en Trinidad y Tobago (2).
- En un estudio efectuado en la República Dominicana, la mitad de los hombres jóvenes de 13-24 años usaron condón en el último coito, mientras que solo 17% de las mujeres dijeron haberlo usado (2).
- De los profesionales del sexo, en Georgetown, Guyana, 46% son VIH-positivos; la tercera parte dijeron que nunca habían usado un condón con un cliente (2).

Tasas de infección por el VIH en las mujeres (1-49) en determinados países (3)

País	# de adultos infectados	# de mujeres infectadas	%
Argentina	130.000	30.000	23,0%
Bahamas	6.100	2.700	44,3%
Barbados	2.00	N/C	N/C
Belice	2.200	1.000	45,5%
Bolivia	4.500	1.200	26,8%
Brasil	600.000	220.000	36,7%
Canadá	55.000	14.000	25,5%
Chile	20.000	4.300	21,5%
Colombia	140.000	20.000	14,3%
Costa Rica	11.000	2.800	25,5%
Cuba	3.200	830	26,0%
Rep. Dom.	120.000	61.000	50,8%
Ecuador	19.000	5.100	26,8%
El Salvador	23.000	6.300	27,4%
Guatemala	63.000	27.000	42,9%
Guyana	17.000	8.500	50,0%
Haití	240.000	120.000	50,0%
Honduras	54.000	27.000	50,0%
Jamaica	18.000	7.200	40,0%
México	150.000	32.000	21,3%
Nicaragua	5.600	1.500	26,8%
Panamá	25.000	8.700	34,8%
Paraguay	51.000	13.000	25,5%
Perú	N/C	N/C	N/C
Suriname	3.600	1.800	50,0%
Trin. y Tab.	17.000	5.600	33,0%
E.U.A.	890.000	180.000	20,2%
Uruguay	6.200	1.400	22,6%
Venezuela	62.000	N/C	N/C

con profesionales del sexo, exponiéndose y, por asociación, exponiendo a sus parejas a la infección por el VIH. Estos factores también corresponden a períodos de migración forzada, o desplazamiento interno, pero se multiplican por el trauma psicológico y la tensión de la situación de crisis, se trate de conflictos o de desastres naturales. El trauma y la tensión ocasionados por una crisis, junto con las desigualdades persistentes por razón de género, elevan la incidencia de la violencia física y sexual contra las mujeres y los niños, un factor de riesgo notable de infección por el VIH/SIDA.

Las mujeres infectadas y afectadas por la infección por el VIH/SIDA

El género influye en el pronóstico del tratamiento de la infección por el VIH/SIDA en mujeres y hombres (8). Las diferencias en el acceso de las mujeres a la atención sanitaria y médica, la orientación y la información significan que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de recibir un pronóstico exacto y tratamiento para la infección por el VIH. Por lo tanto, las mujeres infectadas por el VIH/SIDA tienen una esperanza de vida más corta que los hombres (8).

En los hogares donde hombres y mujeres están infectados, es más probable que los recursos familiares se gasten en el tratamiento del jefe de familia masculino de un hogar. Generalmente, las necesidades nutricionales de los hombres y los niños se tienen en cuenta antes que las de las mujeres, lo cual debilita el sistema inmunitario de las mujeres VIH-positivas. Las mujeres suelen seguir atendiendo a la familia y las necesidades domésticas, aun cuando estén enfermas. Las mujeres, infectadas y no infectadas, casi siempre son las principales proveedoras de asistencia sanitaria en gran parte de los hogares y llevan la carga psicosocial y física más pesada de la atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA (4). Las mujeres realizan un volumen apreciable de trabajo sanitario no remunerado, atendiendo a los familiares, amigos y miembros de la comunidad (9). Con frecuencia, las mujeres y las niñas se ven obligadas a dejar sus trabajos asalariados y la escuela a fin de proporcionar cuidados (8).

El estigma contra las personas infectadas el VIH es frecuente y conduce a la pérdida de la vivienda y el empleo, a la denegación de la atención de salud y el seguro, y al rechazo de la familia y la comunidad. El estigma de la infección por el VIH/SIDA es la causa de que muchas personas decidan no someterse a las pruebas, aunque estén en el grupo de alto riesgo. Los hombres y las mujeres que saben que son VIH-positivos pueden no estar dispuestos a revelar su estado por miedo al estigma y al rechazo.

Las mujeres VIH-positivas se enfrentan con desafíos y decisiones particularmente difíciles, como por ejemplo si amamantar a sus hijos o no. La lactancia materna ofrece la mejor nutrición para el recién nacido, pero también aumenta el riesgo de la transmisión de madre a hijo (TMAH) en 10-15%. Si una mujer elige no amamantar a su hijo para reducir el riesgo de transmisión, es fácil que su familia y la comunidad sepan que es VIH-positiva y que la estigmaticen (10).

Desafíos y oportunidades

- Ampliar los programas de prevención de la infección por el VIH para incorporar discusiones sobre las funciones y perspectivas por razones de género, las relaciones y la sexualidad. Los beneficiarios principales deben ser los adolescentes con objeto de que entablen relaciones personales y sexuales más equitativas. Lograr la participación de los hombres en las discusiones acerca del VIH, el género y las relaciones.
- Ampliar e integrar servicios para la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en los servicios sanitarios existentes. Se deben ofrecer pruebas voluntarias y orientación, así como tratamiento para las ITS en conjunto. Se tiene que ofrecer prevención de la TMAH a las embarazadas VIH-positivas. Las mujeres que acepten y reciban tratamiento para prevenir la TMAH deberán ser las primeras en recibir tratamiento HAART al asignar el orden de prelación a las candidatas, puesto que ya estuvieron expuestas a medicamentos que pueden crear resistencia.
- Proteger el derecho de las mujeres a la actividad sexual sin riesgos y a la autonomía física en todo momento. Promover los derechos humanos de las mujeres y su protección contra la violencia, conforme a la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1994) (11).
- Promover la independencia económica de las mujeres. Promover la educación y las oportunidades laborales como opciones económicas a los comportamientos arriesgados que hacen vulnerables a las mujeres a la infección (como la prostitución).
- Promover la equidad en el acceso al tratamiento y prestar apoyo a las personas que proporcionan cuidados

1. *AIDS Epidemic Update, UNAIDS/WHO (2001)*
2. *VIH y SIDA en las Américas: Una epidemia con muchas caras. Washington, D.C.: OPS/OMS/ONUSIDA, 2001.*
http://www.unaids.org/hiv/aidsinfo/statistics/june00/map/MAP_Stats_america.pdf.
3. *Compilación. Epidemiological Fact Sheets, UNAIDS* http://www.unaids.org/hiv/aidsinfo/statistics/fact_sheets/index_en.htm
4. *AIDS - 5 years since ICPD, UNAIDS (1999)* <http://www.unaids.org/publications/documents/human/gender/newsletter.pdf>
5. *Women and HIV/AIDS, WHO Fact sheet 242 (2000)* <http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>
6. "Para acabar con la violencia contra la mujer" *Population Reports 27(4). JHUCCP (1999)* <http://www.jhuccp.org/prs/111edsum.stm>
7. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced and Post-Conflict Settings. Reproductive Health for Refugees Consortium (2002)* http://www.rhrc.org/resources/gbv/wc_gbvcontents.html
8. *Gender and HIV/AIDS UNAIDS Fact Sheet (2001)* http://www.unaids.org/fact_sheets/files/GenderFS_en.pdf
9. Gomez, Elsa. "Equity, Gender and Health Policy Reform in Latin America and the Caribbean."
10. *Transmisión maternoinfantil, Fact Sheet, Período Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/specsess/aids/hojas/Fsmotherchild_sp.htm, ONUSIDA, Junio 25-27, 2001*
11. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoc_a.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoc_a.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)

