

Vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH en la Argentina¹

Mario Pecheny², Georgina Binstock³, Renata Hiller⁴ y Hernán Manzelli⁵

Resumen 300 palabras

Introducción

Pasaron tres décadas desde que se registraran los primeros casos de sida, una enfermedad que produjo una de las epidemias más importantes de la historia y uno de los fenómenos sociales más significativos del fin del siglo XX. A inicios de los años ochenta, se descubrió que el síndrome inmunológico se debía a un retrovirus, bautizado VIH, que se transmitía a través de relaciones sexuales sin protección, por vía sanguínea y de la madre al hijo/a. En esos primeros años también, y por largo tiempo, la noción de grupos de riesgo prevaleció tanto en la epidemiología como en el sentido común. Tanto por inadecuaciones técnicas como por la carga de estigma y discriminación que traía, esta noción fue progresivamente siendo reemplazada por la noción de prácticas o conductas de riesgo, ligadas a la falta de información o a la mala información sobre las consecuencias de la infección, las vías de transmisión y los modos de prevención, así como a la falta de recursos para adoptar prácticas de protección. Sin embargo, las investigaciones e intervenciones sobre la epidemia mostraron que hay condiciones que estructuran la vulnerabilidad, diferencial, ante la infección, el desarrollo de la enfermedad, y la muerte prematura (Ayres et al., en prensa). La vulnerabilidad es diferencial porque si bien la epidemia es una, y de escala global, existen modos específicos de ser vulnerable ante el VIH. En este marco, el presente texto se pregunta por la vulnerabilidad de las mujeres, a partir de examinar quiénes son aquellas mujeres que reciben un diagnóstico positivo.

La pregunta general que orientó la investigación (Pecheny et al., 2012) que da pie al artículo es saber quiénes son las mujeres que hoy, en Argentina, se están infectando con el VIH: cómo es específicamente la vulnerabilidad femenina a la infección, en qué contextos conocen su

¹ “Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012”

² Instituto Gino Germani, UBA y CONICET – pecheny.mario@gmail.com

³ CENEP-CONICET – gbinstock@cenep.org.ar

⁴ Instituto Gino Germani, UBA – renataiah@gmail.com

⁵ CENEP – manzelli@cenep.org.ar

diagnóstico, cómo ha sido la ruta de transmisión del virus, cuándo y cómo acceden al testeo y eventualmente al tratamiento, cuál es el impacto inicial de la noticia.

Compartimos una definición fuerte de vulnerabilidad:

*“El concepto de vulnerabilidad designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a una mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a un padecimiento o perjuicio (agravo) y, de modo inseparable, menos disponibilidad de recursos para su protección [...] Los análisis de la **dimensión individual** de la vulnerabilidad toman como punto de partida la concepción del individuo como ser en relación. [...] La **dimensión social** de los análisis de vulnerabilidad busca [...] enfocar aspectos contextuales que conforman vulnerabilidades individuales. En esta dimensión, hay varios aspectos a considerar, tales como las relaciones económicas, las relaciones de género, las relaciones raciales, las relaciones entre generaciones, las creencias religiosas y la religiosidad viva, la pobreza, la exclusión social o los modos de inclusión que mantienen la desigualdad. ¿Los servicios de salud, partícipes de esa realidad, están atentos a las relaciones entre los diversos contextos sociales locales y a la dinámica del proceso salud-enfermedad observados en su territorio? ¿Están propiciando la construcción de respuestas capaces de problematizar y superar esas relaciones? Esas son las cuestiones que la **dimensión programática** de los análisis de vulnerabilidad procura responder. Es preciso saber cómo las políticas e instituciones, especialmente las de salud, educación, bienestar social, justicia y cultura, actúan como elementos que reducen, reproducen o aumentan las condiciones de vulnerabilidad de los individuos en sus contextos” (Ayres et al., en prensa).*

Estas tres dimensiones de la vulnerabilidad, individual, social y programática, son analíticas e inseparables. En materia de VIH/sida, hay aspectos a considerar en estas tres dimensiones, tanto para investigar de manera comprehensiva como para intervenir de manera adecuada.

Objetivos

La investigación buscó describir y analizar los procesos actuales en relación con la epidemia de VIH/sida en las mujeres de la Argentina, en particular entre aquellas que contrajeron recientemente el virus. Específicamente para esta población, los objetivos fueron describir y analizar: las características demográficas, económicas y sociales; el modo de infección y situaciones de vulnerabilidad; los aspectos ligados a la accesibilidad al diagnóstico; las características de la vida de estas mujeres en términos laborales, económicos, y de sus lazos de pareja y familiares y de sociabilidad; los patrones relacionales de género.

Metodología

La investigación tuvo un componente cuantitativo (a través de una encuesta, que denominamos Encuesta a Mujeres con Diagnóstico Reciente, EMDR) y un componente cualitativo (a través de entrevistas semi-dirigidas). La meta era conocer quiénes son las mujeres que se han infectado recientemente: sin embargo, es difícil sino imposible determinar con precisión el momento de la infección con sólo preguntar a la persona sobre sus propias estimaciones. Por ello se tomó como *proxy* la fecha en que las mujeres recibieron su diagnóstico de VIH, aun presuponiendo que la infección pudiera haber acontecido con menor o mayor anterioridad. Dado el número de mujeres cuyo diagnóstico fue notificado, se fijó como fecha límite el 1° de enero de 2009, que estableció la elegibilidad de las mujeres a encuestar y entrevistar; la fecha fue determinada en función del número de notificaciones, evaluando alcanzar un universo suficiente en el tiempo y con los recursos previstos.

La encuesta fue realizada a 465 mujeres con diagnóstico de VIH recibido desde el 1° de enero de 2009 en adelante, residentes en ciudades medianas y grandes de la Argentina. Se hicieron también entrevistas a 31 mujeres con dichas características, y 12 varones parejas de mujeres con dichas características. Todos los instrumentos de recolección de datos y éticos fueron elaborados y discutidos por un equipo multisectorial integrado por sector gubernamental, de Naciones Unidas y de la sociedad civil (Pecheny et al., 2012).

La muestra del componente cuantitativo fue intencional, en dos etapas (número mínimo en puntos muestra, según peso poblacional de mujeres con VIH con diagnóstico en 2009 o posteriormente, y completada por cuotas). El estudio comprendió grandes áreas urbanas del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su Área Metropolitana, Rosario, Córdoba, Mendoza, Mar del Plata, La Plata y Tucumán, con la idea de incluir al menos las ciudades de 500.000 habitantes y otras áreas urbanas con incidencia de infección por VIH en mujeres. En la muestra final, se incluyeron las ciudades de Posadas, Formosa y Resistencia (aunque en esta última finalmente no se pudieron realizar encuestas), así como varios centros urbanos del interior de la Provincia de Buenos Aires. La encuesta se aplicó entonces a mujeres que conocen su estado serológico positivo al VIH desde 2009, residentes en la Argentina, de 15 años o más. Por razones éticas y de factibilidad, no se encuestaron mujeres en situación de encierro. Luego de actividades de capacitación sobre procedimientos técnicos y éticos, las encuestadoras fueron mujeres miembros de redes de personas viviendo con VIH, particularmente de la Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida y de la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida, bajo la supervisión de Marcela Alsina (Red Bonaerense), María Eugenia Gilligan (Red Argentina) y Lorena di Giano (Red Argentina) así como de Matías Bruno y el equipo de investigación del CENEP y del Instituto Germani.

Las mujeres participantes en la encuesta fueron contactadas a través de las redes de mujeres y personas viviendo con VIH, en lugares de reunión, consejería, consulta externa de efectores/servicios de salud en muchas ciudades de todo el territorio nacional. Se incluyeron el sistema público, el sistema de obras sociales nacional, PAMI (Obra Social para Jubilados y Pensionados de la República Argentina) y provincial y privado, aunque por razones de factibilidad el peso mayor lo llevó el sistema público. Las “reclutadoras”, así como las encuestadoras, han sido mujeres miembros de las redes de mujeres viviendo con VIH/sida dado su contacto personal y/o organizacional con los mencionados lugares.

Adicionalmente a las encuestas se realizaron treinta y un entrevistas semi-estructuradas a mujeres con diagnóstico reciente, y doce a varones, parejas de mujeres con diagnóstico reciente, residentes en la Ciudad de Buenos Aires, distritos del AMBA y las principales ciudades del Interior. Con entrenamiento y supervisión del equipo investigador, las entrevistas fueron llevadas a cabo entre pares (mujeres miembros de redes, la mayoría de las veces las propias supervisoras del trabajo cuantitativo; y los varones fueron entrevistados por un varón miembro de una red de personas viviendo con VIH, y en algún caso por un investigador del equipo), y en algunas ciudades la tarea fue hecha por entrevistadoras miembros de redes u organizaciones locales (Salta, Tucumán), o de la Universidad (Córdoba). El trabajo de campo fue realizado entre los meses de mayo y julio de 2011. En lo que sigue, se expondrán principalmente resultados del componente cuantitativo relativos a la vulnerabilidad a la infección; no se incluyen otros aspectos investigados (circunstancias del diagnóstico, relación con los servicios de salud, salud sexual y reproductiva, vulnerabilidad actual, por ejemplo).

Resultados

Características socio-demográficas

El rango de edad de las mujeres encuestadas varió entre 17 y 70 años. El promedio de edad es de 34,5 años, el cual es cercano al promedio de edad de notificaciones entre las mujeres a nivel nacional posteriores a 2009, que ronda los 33 años (Ministerio de Salud 2011). La diferencia responde al hecho de que el universo de la encuesta corresponde a mujeres mayores de 15 años (las de menor edad efectivamente encuestadas tienen 17 años), mientras que las notificaciones incluyen casos de sexo femenino de todas las edades, por lo que es esperable que el promedio de edad de la muestra sea más alto que en el universo de las notificaciones.

La mayoría de las encuestadas nacieron en Argentina (93%), y el 7 por ciento restantes oriundas de países limítrofes como Paraguay, Uruguay, y de Perú. El 70 por ciento de las mujeres ha alcanzado como máximo aprobar algunos años del ciclo medio, cifra semejante al

63 por ciento observado entre las mujeres recientemente diagnosticadas a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2011).

El 38 por ciento está unida, y un 10 por ciento casada. El resto, son mayormente solteras (28%), seguidas por separadas y divorciadas (17%) y viudas (6,5%). El 75 por ciento tiene hijos/as. Alrededor del 11 por ciento vive sola, el resto vive mayoritariamente con su pareja y/o con sus hijos. Arreglos familiares que incluyan a los progenitores tienen baja incidencia. En promedio, las encuestadas viven en hogares con 3,84 miembros, y son en proporciones iguales ellas o su pareja la principal proveedora económica de su hogar. La mayoría de las encuestadas vive en casas o departamentos (78%), si bien una proporción no desdeñable lo hace en casillas o ranchos (14%). Algo más de la mitad es propietaria de la vivienda (54%), mientras que el resto la alquila (24%) o se la han prestado (17,6%).

Además del tipo de vivienda, otro indicador relevante a la calidad de vida de las mujeres viviendo con VIH es la condición de hacinamiento de sus hogares. Algo más de la mitad de las mujeres reside en hogares hacinados: 22 por ciento con hacinamiento crítico (es decir, tres o más miembros por ambiente del hogar) y 30 por ciento adicional con hacinamiento moderado (es decir, en promedio entre 2 y 3 miembros por ambiente del hogar).

Menos de la mitad de las mujeres trabaja (46%), y la mayoría de ellas en trabajos precarios que carecen de cobertura y beneficios sociales (70%). El 70 por ciento carece de cobertura social, más allá de la atención pública. Sólo el 23 por ciento tiene obra social (a través de su propio empleo, o a través de su cónyuge o algún familiar), y una pequeña proporción dispone de un servicio de emergencia o de una cobertura privada.

Cuadro 1. Mujeres viviendo con VIH. Características socio-demográficas de las encuestadas. (EMDR, Argentina, 2011)

Características seleccionadas	%	Características seleccionadas	%
Grupo de edad		Tipo de hogar	
17 a 24 años	18,3	Unipersonal	10,6
25 a 34 años	31,6	Nuclear (propio)	49,7
35 a 44 años	33,8	Nuclear (de origen)	8,6
45 y más	16,3	Extendido	27,4
Edad promedio (en años)	34,5	Compuesto y no familiar	3,7
Nacionalidad		Tamaño promedio del hogar (en individuos)	3,9
Argentina	93,3	Principal sostén económico del hogar	
Países limítrofes	5,2	La entrevistada	35,9
Perú	1,1	Pareja/cónyuge	35,7
Otros países	0,4	Padre	8,0
Máximo nivel educativo alcanzado		Madre	5,6
Hasta primaria completa	39,6	Hermanos/a	3,4
Secundaria incompleta	30,8	Otros	11,4
Secundaria completa	21,1	Tipo de vivienda	
Superior incompleta o más	8,6	Casa o departamento	78,1
Situación conyugal		Cuarto/s en hotel o pensión	5,6
Soltera	28,2	Casilla o rancho	14,2
Unida	38,3	Otro	2,2
Casada	9,9	Régimen de tenencia de la vivienda	
Separada o divorciada	17,2	Propia	54,4
Viuda	6,5	Alquilada	23,7
Trabaja		Prestada	17,6
No	53,5	Otro	4,3
Sí	46,5	Condición de hacinamiento del hogar	
Precariedad del trabajo (entre quienes trabajan)		No hacinado	47,9
Trabajo precario	79,2	Hacinamiento moderado	29,8
Trabajo registrado	20,8	Hacinamiento crítico	22,2
Recepción de planes y subsidios (respuesta múltiple)		Vulnerabilidad económica	
Asignación Universal por Hijo	35,9	<i>"En casa la comida se nos acaba antes de tener dinero para comprar más..."</i>	
Pensión no contributiva (por VIH)	15,5	Siempre	28,2
Plan Argentina Trabaja	2,6	A veces	48,7
Otros planes o subsidios	7,1	Nunca	23,1
No recibe ninguno	45,4		
Cobertura de salud			
Obra social	22,8		
Plan de medicina prepaga	2,4		
Servicio de emergencia	6,9		
Otras	3,4		
Sin cobertura adicional	70,5		

Fuente: EMDR, 2011

La situación de vulnerabilidad social y de precariedad que enfrentan cotidianamente muchas mujeres viviendo con VIH se evidencia en sus respuestas vinculadas con la frecuencia con la que en sus hogares escasean los alimentos necesarios. El 28 por ciento indicó que la falta de dinero para la compra de alimentos es una preocupación permanente en sus respectivos hogares, mientras que el 49 por ciento respondió que eso les suele ocurrir, aunque no siempre. Sólo una de cada cuatro mujeres viviendo con VIH reside en hogares donde disponen de los recursos necesarios para afrontar los gastos familiares de alimentación.

Contexto de infección

En esta sección se describen y analizan las construcciones de sentido que las mujeres realizan sobre sus trayectorias previas y sobre el momento y circunstancias de la infección. La exposición de los datos y el análisis se realizan de manera sincrónica y/o de manera diacrónica, es decir haciendo un corte en un momento presente dado o tomando en cuenta la dimensión temporal de la biografía, el pasado-presente-futuro. El primer abordaje se sintetiza en la idea de escenas (Paiva 2005, 2006): típicas o excepcionales, con pocos o muchos protagonistas, las escenas sintetizan cómo sucede la infección, en qué circunstancias, cuáles son los sentidos de aquellos que están haciendo allí las mujeres y los demás actores (principalmente, la pareja o compañero sexual, cuando se trata de escenas sexuales). El segundo abordaje refiere a las trayectorias (sexuales, afectivas, familiares, “de consumos”, laborales) que pueden explicar cómo se va conformando la vulnerabilidad de las mujeres a contraer el VIH.

Las mujeres encuestadas se mostraron bastante certeras en relación a cómo creen que se infectaron. La absoluta mayoría (92%) creía haberse infectado a través de relaciones sexuales desprotegidas con un varón. Esta alta proporción de infecciones a partir de las relaciones sexuales heterosexuales es consistente con los datos nacionales, que estiman que el 89 por ciento de las notificaciones de casos femeninos se ha infectado por una relación sexual desprotegida (Ministerio de Salud 2011: 7). El porcentaje señalado en el Boletín sobre VIH/sida en Argentina está calculado sobre la totalidad de diagnósticos femeninos, que incluyen en el universo un 3 por ciento de casos de transmisión vertical; si se deja de lado esta vía de transmisión, la vía sexual heterosexual da cuenta del 91,7 por ciento de todos los casos femeninos. Otras vías de infección, tales como a través de relaciones sexuales con una mujer (0,4%) o por uso de drogas inyectables (1,3%) fueron mencionadas de manera marginal por las mujeres encuestadas, como muestra el Cuadro 2.a. El bajo porcentaje de uso inyectable de drogas como vía de transmisión también coincide con los datos del Boletín, y merece un

análisis en relación tanto con la relativamente alta proporción de casos atribuido a esta vía en la década de los noventa, como en relación con la experiencia pasada propia y de alguna de las parejas. Un 4 por ciento manifestó desconocer cómo podría haberse infectado.

La mayoría de las mujeres encuestadas (73%) indicó haberse infectado sexualmente de un varón con quien mantenía una relación de pareja estable. Como se observa en el Cuadro 2.b, casi la mitad de las mujeres indicó haberse infectado de su cónyuge (pareja conviviente o marido) y alrededor de un cuarto adicional de quien era su novio en ese entonces. Por otra parte, el 22,5 por ciento se refirió a relaciones sexuales con una pareja ocasional, mientras que un 4 por ciento señaló a relaciones sexuales con clientes, en el marco de actividades de trabajo sexual/prostitución. Cuatro de las entrevistadas (1%) indicaron haberse infectado como resultado de relaciones sexuales forzadas.

Cuadro 2.a. Mujeres con VIH. Distribución de la vía de infección (EMDR, 2011, Argentina)

Vía de infección	%
Por relaciones sexuales con un varón	92,4
Por relaciones sexuales con una mujer	0,4
Por uso de drogas inyectables	1,3
Otra	1,7
No sabe cómo pudo haberse infectado	4,1
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

Cuadro 2.b. Mujeres con VIH que creen haberse infectado por relaciones sexuales con un varón. Distribución del tipo de relación con ese varón (EMDR, 2011, Argentina)

Relación con la encuestada	%
Marido o pareja conviviente	48,8
Novio	24,2
Amante o relación ocasional	22,5
Trabajo sexual, con un cliente	3,6
Forzadas	0,9
Total	100,0
N	425

Fuente: EMDR, 2011.

A las mujeres que indicaron que la vía de infección había sido una relación sexual con su cónyuge o pareja varón, incluyendo al novio, se les hizo una batería de preguntas adicionales sobre dicha relación, vinculadas al tiempo que llevaban en pareja, si tenían conocimiento sobre el estado serológico de su compañero, y sobre las circunstancias por las cuales su pareja pudo haber contraído el VIH. Algo más del 40 por ciento llevaba seis años de relación o más al momento en que presume que se infectó de su pareja, y un 27 por ciento adicional, entre tres y cinco años (no se muestra en cuadros). Esto indica que la infección ocurre en contexto de relaciones no sólo estables sino también duraderas.

Pese a ello, sólo una minoría (menor al 10%) de las mujeres conocía entonces el estado serológico de su compañero. Es posible conjeturar que uno de los motivos de esta falta de información fuera por el desconocimiento de la pareja de su propia infección, pero en las

entrevistas del componente cualitativo, con mujeres y varones, aparece que también es frecuente que los varones – por múltiples razones, como las mujeres – no comenten su diagnóstico con sus parejas, sobre todo en los primeros tiempos de una relación o en relaciones ocasionales.

Al igual que no puede establecerse con certeza si el varón tenía o no conocimiento sobre su estado serológico, tampoco disponemos de información directa sobre el contexto de su infección, es decir, sobre cómo se habría infectado él. Una manera indirecta de aproximarnos es a través de las impresiones de la propia entrevistada sobre las distintas prácticas que pudieron ser motivo de la infección de su pareja. La modalidad de pregunta admitió que la mujer indicara más de una práctica o posibilidad, por lo que los porcentajes de las distintas prácticas no suman cien por ciento.

Cuadro 3. Mujeres viviendo con VIH que declararon haberse infectado de su cónyuge o novio. Proporción que sabía que su pareja vivía con VIH, y proporción que considera que su pareja pudo haberse infectado por práctica especificada (EMDR, 2011, Argentina)

Características seleccionadas	%
% que sabía que su pareja vivía con VIH	8,9
Vías por las que la pareja pudo haberse infectado (respuesta múltiple)	
Relaciones sexuales con una mujer	63,2
Relaciones sexuales con trabajadora sexual	32,9
Uso de drogas por vía inyectable	20,5
Relaciones sexuales con otro hombre y/o con una travesti	12,0
<i>Relaciones sexuales con una travesti</i>	8,5
<i>Relaciones sexuales con otro hombre</i>	6,2
Cuando estuvo privado de libertad	9,4
Por una transfusión	1,6
Nació con VIH	0,3
Otros	4,0
No sabe	14,1
N (mujeres que declararon haberse infectado por compañero estable)	310

Fuente: EMDR, 2011.

Casi dos de cada tres mujeres indican que su marido, pareja estable o novio pudo haberse infectado a partir de relaciones sexuales con una mujer. Alrededor de un tercio menciona la posibilidad de que haya sido a través de relaciones con trabajadoras sexuales.

Porcentajes menores al 10 por ciento de las mujeres indican que la infección de su compañero pudo deberse a relaciones sexuales con otros hombres (6,2%) y/o relaciones con travestis (8,5%); aquellas que respondieron una opción, la otra, o las dos, suman 12 por ciento; es decir, de los compañeros que supuestamente infectaron a su pareja mujer, ese porcentaje entra dentro de la categoría epidemiológica tradicionalmente llamada HSH, hombres que tienen sexo con hombres.

Alrededor de un quinto de las mujeres indicó que su pareja pudo haberse infectado a través del uso de drogas inyectables, lo cual indica que esta vía de transmisión no desapareció del panorama de la epidemia del VIH, y participa de modo significativo en la construcción de la vulnerabilidad heterosexual a la infección. También aproximadamente una de cada diez mujeres apuntó a la privación de libertad de su pareja como contexto en el que el varón contrajo el VIH. Estos resultados deben interpretarse como conjeturas de las mujeres sobre las situaciones de riesgo a las que estuvo expuesto el compañero del cual creen que se infectaron. En varios casos, las mujeres se encontraban estaban en proceso de redefinición de su vida y, retrospectivamente, de su trayectoria pasada. La encuesta y la entrevista fueron parte de ese proceso. El diagnóstico de VIH, sobre todo cuando es inesperado, lleva a la reconstrucción de las propias trayectorias y la detección retrospectiva de situaciones de exposición ante diversos riesgos y daños (Carricaburu y Pierret 1992; Pierret 1998; Pecheny, Manzelli y Jones 2002, 2007; Gianni 2006, Pecheny y Manzelli 2008).

Las entrevistas del componente cualitativo aportan indicios adicionales sobre los contextos de infección. En la enorme mayoría de los casos, las mujeres entrevistadas han contraído el VIH mediante relaciones sexuales desprotegidas con una pareja estable. Los motivos para no haber utilizado preservativo varían de una historia a otra: porque tenían un vínculo de confianza, porque él supuestamente era “sano”, porque “siempre fue así” o “no había”.

En otros casos, han contraído el VIH con parejas ocasionales. Entre quienes se encontraron alguna vez en situación de prostitución o hacían trabajo sexual, muy pocas creen que puede haber sido por relaciones sexuales con un cliente, ya que con los clientes usaban preservativo, incluso contra la voluntad de aquellos.

La gran mayoría de las entrevistadas cree que contrajo el virus en una relación sexual sin protección con quien era su novio, su marido o su pareja más o menos estable. En otros casos, creen haber contraído VIH con alguna pareja ocasional. Algunas mencionan que la infección debió haber tenido lugar por vía sexual en contextos de consumo intensivo de cocaína, alcohol u otras drogas.

Como señala Vera Paiva (2006), las y los protagonistas de las escenas sexuales, cuando tienen sexo, no están “infectándose”, sino viviendo experiencias cuyos sentidos siempre son otros (y a menudo son sentidos diferentes para cada protagonista de la misma escena): buscando pasarla bien, “haciendo el amor”, buscando tener hijos, viviendo una pasión desenfrenada, trabajando, infligiendo o padeciendo violencia, así como también despidiéndose o reencontrándose. Comprender la vulnerabilidad a la infección por el VIH, en resumen, no equivale a identificar las vías de transmisión del virus. Los datos sobre prevalencia de algunas prácticas y situaciones indican ciertas escenas protagonizadas y/o experimentadas por las mujeres y ciertas trayectorias subjetivas y relacionales que pueden materializarse en la infección, pero que van más allá del acto en que esto sucede.

La transmisión del virus puede darse en determinadas escenas muy “excepcionales” (hoy en día, por ejemplo, en una transfusión; o en caso de una violación callejera) o bastante típicas (por ejemplo, en el marco de relaciones sexuales para buscar un embarazo, o en el marco de la vorágine de una situación pasional quizá multiplicada por el uso de drogas y/o alcohol). Asimismo, la transmisión del virus sucede en trayectorias personales (sexuales, afectivas, familiares, laborales, que pueden o no incluir determinadas prácticas y situaciones de mayor riesgo ante la infección). Es por ello que preguntamos a todas las mujeres sobre diversas prácticas y las de su pareja actual o parejas anteriores, y sobre algunas situaciones que pudieran contribuir o haber contribuido a la vulnerabilidad individual y social o relacional.

Comenzando por las experiencias y prácticas de las propias encuestadas, el 6,9 por ciento indicó haberse inyectado cocaína alguna vez en la vida, proporción mayor a la que considera haberse infectado por uso inyectable de drogas (1,3%). El 24,9 por ciento aspiró cocaína y el 13,1 por ciento fumó paco. Según los relatos del componente cualitativo, en muchas trayectorias es posible determinar “períodos” de consumo intensivo seguidos de períodos de menor consumo o sin consumo, a veces solamente en el pasado y no recientemente. A su vez, para muchas otras el consumo de cocaína aspirada ha sido esporádico o puntual. En cuanto al alcohol, el 20,6 por ciento reconoció haber tenido al menos una vez problemas de abuso. El 12,7 por ciento de las mujeres realiza o realizó alguna vez trabajo sexual o estuvo en situación de prostitución. El 6,5 por ciento de las mujeres encuestadas estuvo privada de la libertad alguna vez en la vida.

Cuando se consideran las situaciones de manera relacional, los datos sobre prácticas y situaciones de los compañeros a lo largo de la vida también expresan dimensiones específicas de la vulnerabilidad de estas mujeres a contraer el VIH. Los datos son significativos: al menos el 22,4 por ciento de las mujeres tuvo relaciones sexuales con alguien que estuvo preso; el

26,0 por ciento con un compañero que se inyectaba drogas; el 25,2 por ciento con un varón que utilizaba paco, y el 51,4 por ciento tuvo relaciones sexuales o de pareja con un varón que abusaba del alcohol. Estos porcentajes están estimados incluyendo en el denominador a quienes indicaron no poder saberlo con certeza; es decir, los valores deben interpretarse como mínimos.

Los datos de violencia conyugal son alarmantes. Casi la mitad de las mujeres encuestadas (46,9%) fue alguna vez víctima de violencia por parte de una pareja. En conjunto, estos datos ratifican la impresión señalada por las mujeres de las redes viviendo con VIH, que formaron parte del equipo de trabajo, quienes señalaron a la violencia conyugal como un aspecto central de la vulnerabilidad al VIH: según su impresión, no es en “cualquier relación” ni en cualquier momento de la pareja en que se manifiesta la vulnerabilidad, sino en estos momentos particularmente violentos – acentuados sobre todo por el alcohol primero, y también por otras drogas, particularmente la cocaína.

Calcular los porcentajes de manera combinada permite matizar y contextualizar cómo es la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH, aun cuando la vía de transmisión pueda definirse como “transmisión sexual heterosexual”.

Cuadro 4. Situaciones de riesgo seleccionadas a las que estuvieron expuestas las encuestadas o alguna de sus parejas (EMDR, Argentina, 2011)

Situación de prostitución Privada de libertad Utilizó drogas inyectables		Situación de prostitución Sexo con varón privado de libertad Sexo con varón que usaba drogas inyectables	
Ninguna de estas situaciones	80,0%	Ninguna de estas situaciones	44,1%
Una de estas situaciones	14,8%	Una de estas situaciones	31,4%
Dos de estas situaciones	4,3%	Dos de estas situaciones	17,0%
Tres de estas situaciones	0,9%	Tres de estas situaciones	7,5%

Fuente: EMDR, 2011.

Si se complejiza el análisis, seleccionando tres situaciones sobre las que se indagó en la encuesta, se observa que al tomar las experiencias personales de la mujer considerada individualmente, el 80 por ciento de la muestra estuvo “únicamente” expuesta al VIH en sus relaciones sexuales (ocasionales y/o estables) no comerciales, no usaron drogas inyectables y no estuvieron presas. Casi el 15 por ciento de las mujeres sí estuvo en alguna de estas

situaciones (uso de drogas inyectables, privación de libertad, situación de prostitución) que aumentan la vulnerabilidad. Casi el 5 por ciento estuvo en dos de estas situaciones.

Al tomar a la mujer en su marco de relaciones de pareja, se evidencia que menos de la mitad de la muestra estuvo “únicamente” expuesta al VIH en sus relaciones heterosexuales no comerciales. Estas relaciones fueron desprotegidas, sin uso sistemático de preservativos: algunas de ellas buscaban tener hijos; otras se cuidaban con anticonceptivos (pastillas, DIU), métodos más eficaces para prevenir embarazos no buscados; otras simplemente no habían incorporado los cuidados de embarazo ni ITS a sus relaciones sexuales y afectivas. Suponiendo al compañero seronegativo, o sin haberse planteado la cuestión del sida, lógicamente no usaban preservativos.

El resto de la muestra, más de la mitad, estuvo expuesta a la transmisión heterosexual del VIH de manera algo más compleja: un tercio estuvo en al menos una de las tres situaciones seleccionadas (situación de prostitución, haber tenido sexo con un varón que estuvo preso, haber tenido sexo con un varón que hubiera usado drogas inyectables). No se incluyen aquí otras posibilidades (por ejemplo varón con prácticas sexuales con otros varones o con travestis).

A modo de conclusión

Los datos evidencian, una vez más, que las mujeres que contraen el VIH tienen características sociodemográficas muy variadas – aun considerando los sesgos de la muestra, correspondiente a mujeres que se atienden en su mayoría en el subsector público de salud. Si bien la mayoría está en edad reproductiva, hay mujeres de todas las edades. También hay variabilidad socioeconómica, de nivel de instrucción alcanzado, de lugar de origen y residencia, de organización familiar, de protección social, e incluso sin y con experiencias de trabajo sexual/prostitución, y de orientación sexual.

Los datos relativos a la infección muestran que la prevención de la “transmisión sexual heterosexual” del VIH requiere considerar una multiplicidad de escenas y procesos que son complejos, pero que pueden conocerse y sobre los cuales se puede intervenir preventivamente: en términos epidemiológico-comportamentales, en términos de sentidos y valores culturales, y en términos estructurales o político-económicos (Manzelli y Pecheny 2003). El modelo epidemiológico-comportamental, centrado en las conductas de riesgo individuales, apunta a modificar conductas a través de la información adecuada, la percepción del riesgo y del control del propio comportamiento, y de intervenir en relación con las

actitudes de los distintos grupos de la población ante la infección. El modelo antropológico-cultural, centrado en los significados que los sujetos otorgan a sus prácticas en determinados contextos, apunta a modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, y alienta la promoción de normas y valores que hacen viable los comportamientos saludables. El modelo político-económico, basado en la movilización comunitaria, apunta a reducir la vulnerabilidad social más que la individual, considerando que la desigualdad estructural produce y dinamiza la epidemia.

Algunas prácticas y situaciones dan cuenta de escenas protagonizadas y/o experimentadas por las mujeres, y de trayectorias subjetivas y relacionales que se materializan aquí en la infección, pero que van más allá del VIH. La transmisión del virus puede darse en determinadas escenas excepcionales o típicas: buscando un embarazo, o en una pasión quizá potenciada por drogas o alcohol. La transmisión del virus sucede en trayectorias sexuales, afectivas, familiares, laborales, que pueden o no incluir determinadas prácticas y situaciones de mayor riesgo ante la infección. Prevenir la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas implica entonces encarar estos tres niveles y desde estas tres estrategias: a nivel individual, garantizar el acceso a información adecuada a cada mujer, pareja, familia, y los recursos para poner en práctica el cuidado; a nivel de los valores, modificar patrones de relacionamiento entre mujeres y varones, de las mujeres con sus propias familias y entorno, y “consigo mismas”, que pueden atentar contra las prácticas de cuidado y auto-cuidado; y a nivel estructural, reconocer e intervenir ante aquellas estructuras sociales que promueven la vulnerabilidad de individuos y grupos ante la infección por VIH, incluyendo lo que Ayres y Paiva llaman vulnerabilidad programática – aquella derivada de la inacción o acción inadecuada del Estado y el sistema de salud.

Referencias bibliográficas

Ayres José Ricardo, Paiva Vera y França Jr Ivan, *en prensa*. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En Paiva Vera, Ayres José Ricardo C.M., França Jr Ivan, Calazans Gabriela, Buchala Cassia, Pupo Ligia y Segurado Aluisio, *Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde*.

Manzelli Hernán y Pecheny Mario (2003) HIV/AIDS Prevention in Men Who Have Sex with Men. En Cáceres Carlos et al. (Eds.) *AIDS and Male-to-Male Sex in Latin America: Vulnerabilities, strengths and proposed measures – Perspectives and reflections from the*

point of view of public health, social sciences and activism. Lima: UPCH/UNAIDS. Pp. 99-132.

Paiva Vera (2006) *Analizando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos.* En Cáceres Carlos, Careaga Gloria, Frasca Tim y Pecheny Mario (Eds.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina.* Lima: FASPA/UPCH. Pp .23-51.

Pecheny Mario y Manzelli Hernán (2008) *Estudio nacional sobre la Situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Pecheny Mario et al. (2012) *Barreras de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable: problemas emergentes.* Buenos Aires: Salud Investiga – Ministerio de Salud.