

# Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina

Resumen ejecutivo 2012



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**GINO GERMANI**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Buenos Aires



Con apoyo de

Para acceder al informe completo:  
[www.onusida-latina.org](http://www.onusida-latina.org), [ucoarg@unaids.org](mailto:ucoarg@unaids.org)  
[www.ramvihs.com.ar](http://www.ramvihs.com.ar) [redargentinademujeres@hotmail.com](mailto:redargentinademujeres@hotmail.com)

### **Iniciativa, seguimiento y gestión**

- Marcela Alsina, Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida
- María Eugenia Gilligan y Lorena di Giano, Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida
- Paula Ferro y Erika Rofler, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud de la Nación)
- Carlos Falistocco, Valeria Levite, Silvina Vulcano y Vanesa Kaynar, Dirección de Sida y ETS (Ministerio de Salud de la Nación)
- Rubén Mayorga y Clarisa Brezzo, ONUSIDA
- Sergio Maulen, UNFPA
- Marcelo Vila, OPS/OMS
- Eleonora Roestel, ONU-Mujeres
- Adriana Durán, UNICEF

### **Equipo de investigación**

- Mario Pecheny, Instituto Gino Germani/UBA y CONICET
- Georgina Binstock, CENEP-CONICET
- Hernán Manzelli, CENEP
- Renata Hiller, Instituto Gino Germani/UBA
- Matías Bruno, CENEP
- María Eugenia Gilligan y Lorena di Giano, Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida
- Marcela Alsina, Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida

### **Centros de investigación**

Instituto Gino Germani, UBA y Centro de Estudios de Población (CENEP)

### **Financiamiento**

ONUSIDA

### **Diseño**

Andrés Venturino (OPS/OMS Argentina)

# Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina

Resumen ejecutivo 2012



En 2011 se hizo una investigación para conocer quiénes son las mujeres que hoy, en Argentina, se están infectando con el VIH: cómo es la vulnerabilidad femenina a la infección, cómo ha sido la ruta de transmisión del virus, cuándo y cómo acceden al testeo y eventualmente al tratamiento.

El proyecto articula un componente cuantitativo (sobre la base de una encuesta a una muestra intencional con cuotas por distrito de 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) y uno cualitativo (sobre la base de entrevistas a 31 mujeres con dichas características, y a 12 varones que son parejas de mujeres con dichas características). Los instrumentos y procedimientos de consentimiento fueron evaluados por un comité de ética independiente. Salvo excepciones, las encuestas y entrevistas fueron realizadas por mujeres miembros de las redes de mujeres o personas viviendo con VIH, con capacitación y supervisión del equipo de trabajo. Una de las principales enseñanzas del proyecto es que la colaboración multi-sectorial entre individuos y organizaciones de la comunidad, sector gubernamental, internacional y académico, garantiza la calidad de la información y el fortalecimiento de cada uno de los sectores.

## Características socio-demográficas de las mujeres encuestadas

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

Características seleccionadas	%	Características seleccionadas	%
<b>Grupo de edad</b>		<b>Tipo de hogar</b>	
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
<b>Nacionalidad</b>		<b>Tamaño promedio del hogar (en individuos)</b>	3,9
Argentina	93,3	<b>Principal sostén económico del hogar</b>	
Países limítrofes	5,2	La entrevistada	35,9
Perú	1,1	Pareja/cónyuge	35,7
Otros países	0,4	Padre	8,0
<b>Máximo nivel educativo alcanzado</b>		Madre	5,6
Hasta primaria completa	39,6	Hermanos/a	3,4
Secundaria incompleta	30,8	Otros	11,4
Secundaria completa	21,1	<b>Tipo de vivienda</b>	
Superior incompleta o más	8,6	Casa o departamento	78,1
<b>Situación conyugal</b>		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	<b>Régimen de tenencia de la vivienda</b>	
Separada o divorciada	17,2	Propia	54,4
Viuda	6,5	Alquilada	23,7
<b>Trabaja</b>		Prestada	17,6
No	53,5	Otro	4,3
Sí	46,5		



<b>Precariedad del trabajo</b> (entre quienes trabajan)		<b>Condición de hacinamiento del hogar</b>	
Trabajo precario	79,2	No hacinado	47,9
Trabajo registrado	20,8	Hacinamiento moderado	29,8
<b>Recepción de planes y subsidios</b> (respuesta múltiple)		Hacinamiento crítico	22,2
Asignación Universal por Hijo	35,9	<b>Vulnerabilidad económica</b>	
Pensión no contributiva (por VIH)	15,5	"En casa la comida se nos acaba antes de tener dinero para comprar más..."	
Plan Argentina Trabaja	2,6	Siempre	28,2
Otros planes o subsidios	7,1	A veces	48,7
No recibe ninguno	45,4	Nunca	23,1
<b>Cobertura de salud</b>			
Obra social	22,8		
Plan de medicina prepaga	2,4		
Servicio de emergencia	6,9		
Otras	3,4		
Sin cobertura adicional	70,5		

El promedio de edad es de 34,5 años, cercano al promedio de edad de notificaciones entre las mujeres a nivel nacional posteriores a 2009, que ronda los 33 años. En cuanto a la situación conyugal, el 38% está unida y un 10% casada; 28% son solteras, seguidas por separadas y divorciadas (17%) y viudas (6,5%). El 75% tiene hijos. Alrededor del 11 % vive sola, el resto vive con su pareja y/o con sus hijos.

Menos de la mitad de las mujeres trabaja (46%), y la mayoría en trabajos precarios sin cobertura ni beneficios sociales (70%). El 23% tiene obra social (a través de su empleo, del cónyuge o algún familiar). La vulnerabilidad social de muchas mujeres viviendo con VIH se evidencia en que para el 28% la falta de dinero para la compra de alimentos es una preocupación permanente, mientras que el 49% respondió que eso les suele ocurrir, aunque no siempre. Sólo una de cada cuatro mujeres reside en hogares con recursos necesarios para afrontar los gastos familiares de alimentación.

## Diagnóstico y atención

Todas las mujeres encuestadas recibieron su test positivo entre enero de 2009 y julio de 2011, y se encontraban pues readaptando sus vidas ante la nueva situación.

- Alrededor de un tercio se realizó el análisis a partir de un chequeo médico de rutina o por concurrir al médico por otros problemas de salud; un 13% lo hizo en el contexto de una cirugía o internada en un hospital o sanatorio.
- Un 27,4% se realizó el test porque su pareja o alguna persona con la que había tenido relaciones sexuales vivía con VIH, mientras que un 25,2% lo hizo por haberse preocupado luego de haber tenido relaciones sexuales sin preservativo. Un 2% por haber sido víctima de una agresión sexual.
- El 26,7% de las mujeres fue testeada en un control prenatal y/o en el parto.
- En algunos casos recibieron su resultado, sin confidencialidad ni asesoramiento, en medio o inmediatamente después del parto.
- A varias les han practicado la ligadura tubaria, sin tiempo ni consejería como para decidir de manera informada acerca de la adopción de ese método anticonceptivo.
- El 42,9 por ciento recibió consejería antes del test, mientras que 62,6 por ciento recibió consejería post-test. Es decir, cuatro de cada diez mujeres se enteraron de que eran seropositivas sin ningún tipo de charla ni apoyo. La falta de consejería pre-test y post-test y la falta de confidencialidad al comunicar el resultado son una falla dolorosa del sistema de salud.

- Para el 60 por ciento, el resultado fue totalmente inesperado.
- La atención en los servicios es heterogénea; se refieren prácticas diferenciales según la unidad sanitaria e incluso al interior de cada institución.
- Las mujeres suelen actuar cuidadoras de sus hijos/as, su familia y/o su pareja, lo cual implica una sobrecarga de trabajo y preocupaciones, así como la postergación de su auto-cuidado.

## Recomendaciones

- Fomentar el testeo más allá del control prenatal
- Aprovechar la instancia del control prenatal para involucrar a las parejas y hacer seguimiento hasta después del período de amamantamiento, para evitar infecciones en esos períodos
- Tomar en cuenta las circunstancias sensibles de la situación de embarazo/parto para hacer testeo, información del resultado y consejería en condiciones adecuadas
- Asegurar la cobertura universal de consejería pre- y post-test.

## Contextos de infección

Cuadro 1.1.  
Mujeres con VIH. Distribución de la vía de infección

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
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>465</b>



Cuadro 1.2.  
Mujeres con VIH que creen haberse infectado por relaciones sexuales con un varón. Distribución del tipo de relación con ese varón

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
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>425</b>

- Más del 40% llevaba 6 años o más de relación, y un 27% adicional, entre 3 y 5 años. La infección ocurre pues en contexto de relaciones no sólo estables sino también duraderas.
- Pese a ello, sólo una minoría menor al 10% conocía entonces el estado serológico de su compañero.
- Dos de cada tres mujeres indican que su marido, pareja estable o novio pudo haberse infectado a partir de relaciones sexuales con una mujer. Para un tercio pudo haber sido a través de relaciones con trabajadoras sexuales, y para un 12% pudo haber sido por relaciones con otros hombres y/o travestis. Un quinto indicó que él pudo haberse infectado a través del uso de drogas inyectables. Una de cada diez mujeres apuntó que su pareja pudo haberse infectado mientras estuvo preso.

Las mujeres y los varones, cuando tienen sexo, no están “infectándose” sino viviendo experiencias cuyos sentidos siempre son otros: intentando pasarla bien, “haciendo el amor”, buscando tener hijos, viviendo una pasión desenfrenada, trabajando, despidiéndose o reencontrándose, infligiendo o padeciendo violencia. La transmisión del virus puede darse pues en escenas bastante típicas (buscando un embarazo, o en la vorágine de una situación pasional, muchas veces condimentada por uso de alcohol o drogas) o muy excepcionales (por ejemplo, en una transfusión; o en caso de una violación callejera).

La transmisión del virus sucede en trayectorias personales que pueden o no incluir prácticas y situaciones de mayor riesgo ante el VIH. Por ello, independientemente de la vía indicada de infección, generalmente heterosexual, preguntamos a las mujeres sobre diversas prácticas y las de su pareja actual o parejas anteriores, y sobre algunas situaciones. Estas prácticas y situaciones, como el trabajo sexual, el encarcelamiento, el uso problemático de alcohol y uso de drogas en la vida de estas mujeres y/o en sus parejas sexuales, configuran dimensiones de vulnerabilidad específica.

- El 6,9% de las mujeres 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% aspiró cocaína y el 13,1% fumó paco. En muchas trayectorias es posible determinar “períodos” de consumo intensivo seguidos de períodos de menor consumo o sin consumo, a veces en el pasado y no recientemente. Para muchas otras el consumo de cocaína aspirada ha sido esporádico o puntual.
- El 20,6% reconoció haber tenido al menos una vez problemas de abuso de alcohol.
- El 12,7% realiza o realizó trabajo sexual o estuvo en situación de prostitución.
- El 6,5% estuvo privada de la libertad alguna vez en la vida.

Los datos sobre prácticas y situaciones de los compañeros a lo largo de la vida expresan dimensiones específicas de la vulnerabilidad de estas mujeres a contraer el VIH, que calificamos de “relacionales”.

- Al menos el 22,4% tuvo relaciones sexuales con alguien que estuvo preso; el 26,0% con un compañero que se inyectaba drogas; el 25,2% con un varón que utilizaba paco, y el 51,4% tuvo relaciones sexuales o de pareja con un varón que abusaba del alcohol.
- 46,9% fue alguna vez víctima de violencia por parte de una pareja

Estos datos contextualizan la transmisión heterosexual del VIH. Es necesario profundizar en futuras investigaciones los vínculos entre violencia, sexualidad y uso de alcohol/drogas.

Prevenir la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas implica entonces 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 aquellas estructuras sociales que promueven la vulnerabilidad de individuos y grupos ante la infección por VIH, incluyendo la vulnerabilidad programática – aquella derivada de la inacción o acción inadecuada del Estado y el sistema de salud.

### **Recomendaciones:**

- Crear condiciones para que varones y mujeres puedan confiar a sus parejas que viven con VIH y así adoptar las medidas adecuadas para prevenir la transmisión sexual del VIH y planificar adecuadamente la anticoncepción y los hijos.
- Promover el cuidado sistemático en las relaciones sexuales por fuera de la pareja.
- Promover el testeo voluntario con consejería.
- Integrar las acciones de prevención y apoyo en relación con el VIH, con acciones relativas a la salud reproductiva e integral, la equidad de género, la violencia, uso problemático de alcohol y drogas, protección social, y derechos humanos, de modo tal de encarar la vulnerabilidad de las mujeres en toda su complejidad.

Situación al momento del diagnóstico y en el presente

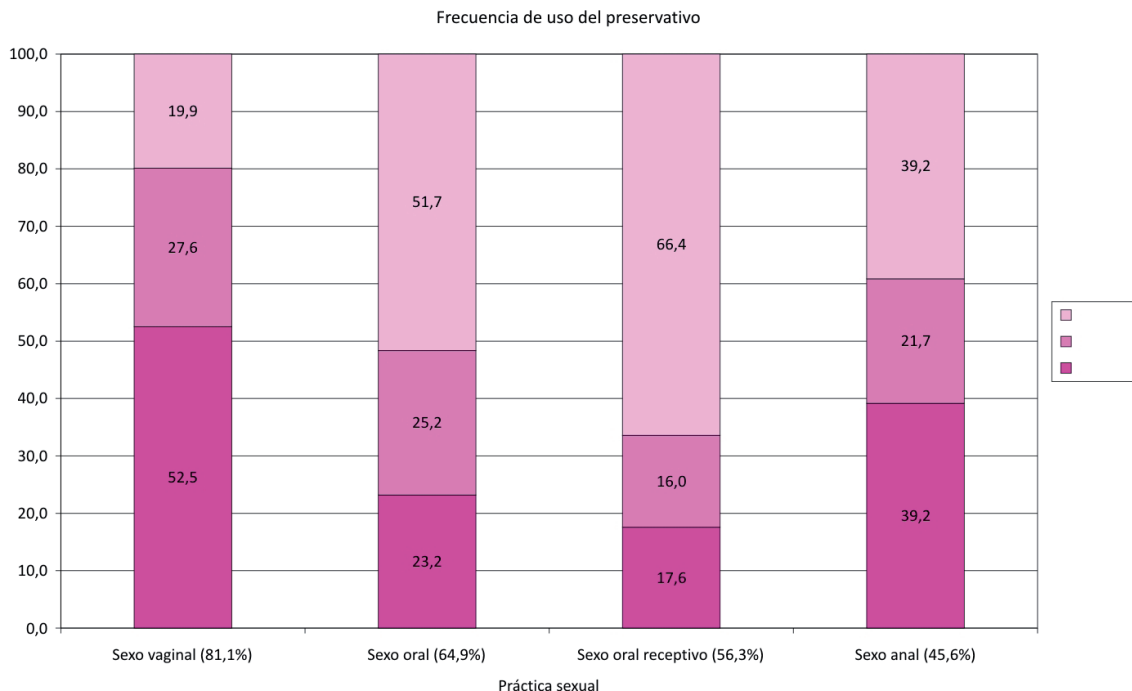
## Pareja y vida sexual

El 75% se encontraba con una pareja estable al momento de realizarse el análisis y tener un resultado positivo: un 11% casada, un 46% conviviendo en pareja y un 18% de novia pero sin convivir. Una de cada cuatro mujeres estaba sin pareja estable. De las que se encontraban con pareja estable al momento del diagnóstico, el 60% siguió con la misma pareja. El 17% se separó por razones vinculadas al VIH; el 7% perdió a su pareja por fallecimiento, mientras que un 15% se separó por razones no vinculadas al VIH.

Actualmente, casi la mitad de las mujeres encuestadas vive con una pareja. Alrededor de un 10% adicional mantiene una relación de noviazgo. El 40% restante no tiene una relación de pareja estable. Entre quienes no están en pareja, la preocupación acerca de la posibilidad de entablar una relación es una de las más referidas. Las relaciones de pareja, cuando son estables, parecen ser bastante duraderas. El 35% está en pareja estable desde hace al menos seis años, y casi un 30% adicional entre 3 y 5 años. De las mujeres que están en pareja, la mitad tiene un compañero que es seropositivo; 28% un compañero seronegativo y el 25% restante desconoce el estado serológico de su pareja.

Durante el último año (o desde el diagnóstico, si éste fue más reciente), el 84% tuvo relaciones sexuales (la mayoría con una pareja estable) y el 16% no. El Gráfico 1 muestra la distribución del uso del preservativo entre todas las mujeres que tuvieron cada práctica específica. La proporción de mujeres que tuvo cada práctica está especificada entre paréntesis debajo de cada columna.

Gráfico 1. Mujeres viviendo con VIH que tuvieron relaciones sexuales durante el último año. Porcentaje que tuvo cada práctica sexual, y distribución de la frecuencia de uso del preservativo durante cada práctica.



La prevalencia y frecuencia del uso de preservativo son similares entre las que tuvieron relaciones sexuales con pareja estable y entre quienes tuvieron relaciones con parejas ocasionales.





## Última relación sexual

El 74% de las mujeres que tuvo relaciones lo hizo con su pareja estable, un 23% con una pareja ocasional, y un 3% (12 casos) con un cliente. Del total, 67,3% usaron preservativo en esa relación. Independientemente del carácter de la pareja (estable u ocasional no comercial) los niveles de uso rondan el 65-70 por ciento. Las mujeres en situación de prostitución o trabajo sexual casi en su totalidad indicaron haber usado protección en la última relación sexual con un cliente (once usaron, una no usó). Casi la mitad de las mujeres que han tenido sexo el último año, dijeron que en ese tiempo el uso de preservativo a menudo o a veces fue motivo de desacuerdo o de tensión con una pareja.

## Otras circunstancias de vulnerabilidad actual

Durante el último año: una minoría ha usado drogas inyectables (2,2%). La proporción que utilizó cocaína aspirada o paco es mayor, al igual que el uso problemático del alcohol; cada una de estas prácticas corresponde a 6-10% de la muestra. La prevalencia del trabajo sexual es de alrededor del 6% del total. El 17% fue en este período víctima de violencia física por parte de una pareja.

El uso de drogas está presente por las trayectorias previas de las mujeres y sus parejas actuales o pasadas en el uso inyectable; por las escenas y contextos de vulnerabilidad sexual y relacional que el uso intensivo de drogas alienta y potencia; y por la vulnerabilización subjetiva que el uso de drogas y alcohol produce en mujeres a cargo de sostener relaciones de pareja y familiares con usuarios intensivos o problemáticos.

## Anticoncepción

Del total de encuestadas, 44,7% usan regularmente métodos anticonceptivos; un 2,8% estaban embarazadas y 22,6% no son actualmente fértiles (por post-menopausia o esterilidad; un 13,6% tenían una ligadura tubaria). Calculando los porcentajes de mujeres en riesgo de embarazo, el 73,9% usa métodos anticonceptivos, 5,7% a veces, y 20,4% no usa. La inmensa mayoría usa como método anticonceptivo al preservativo. Cuando se consideran solo a las que están en riesgo de embarazo, la prevalencia de uso de anticonceptivos eficaces es del 42,5%.

## Maternidad e hijos

- Tres de cada cuatro mujeres de la muestra tienen hijos, la mayoría concebidos y nacidos antes del diagnóstico de VIH de la mujer.
- Diecisiete mujeres (4,9% de las mujeres con hijos) dijeron tener un hijo que nació con VIH; treinta mujeres estaban esperando confirmar el estado serológico de un hijo reciente.
- Aun cuando el lapso transcurrido entre el diagnóstico y el momento de la encuesta es inferior a dos años, una de cada diez mujeres indicó haberse quedado embarazada a posteriori de haber sido diagnosticada. Más de la mitad de dichos embarazos no fueron ni buscados ni planeados, dato consistente con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos eficaces.
- El 35% por ciento de las mujeres fértiles quiere tener hijos en el futuro, mientras que un 18% reconoció no estar aún segura al respecto.


- Menos de un cuarto de las mujeres indicó que, desde el diagnóstico, algún médico le sugirió realizar una consulta de salud reproductiva y/o planificación familiar. La proporción que efectivamente realizó una consulta desde su diagnóstico es del 11%.
- Entre quienes recibieron la sugerencia de un médico de hacer una consulta ginecológica el 35% efectivamente la realizó, mientras entre quienes no la recibieron la proporción que tuvo consulta ginecológica desde el diagnóstico desciende al 3,5%.

#### **Recomendaciones:**

- Garantizar de manera integral la atención y cuidado reproductivo de las mujeres y parejas viviendo con VIH, es decir la “doble protección”, superando el prejuicio de muchos profesionales que suponen que indicar métodos anticonceptivos que no sean el preservativo puede desalentar el uso de este método, que también protege de las infecciones y reinfecciones.
- Garantizar la consejería y acceso a técnicas de reproducción asistida.

## **Conclusiones**

1. La sinergia positiva entre habilidades, inserciones, responsabilidades y motivaciones diferentes pero compatibles redundan en mejores emprendimientos. La energía personal y política, los conocimientos adquiridos por años de experiencia con trabajo en las propias comunidades, y el papel fiscal de las mujeres de las redes de personas viviendo con VIH imprimieron un dinamismo, una profundidad y una sutileza que de no ser por ellas, no habrían existido. Las mujeres de las redes colaboraron en la confección de los cuestionarios y guías, proponiendo la inclusión de temas emergentes y preocupaciones a menudo vividas desde la experiencia de trabajo de las redes, pero sin tener dimensión de cuán extendidos están en el conjunto: así, fueron incluidas por ejemplo preguntas sobre violencia y sobre uso abusivo de alcohol. También fue fundamental su intervención para lograr instrumentos en lenguaje claro e inmediatamente comprensible. Las organizaciones de Naciones Unidas y la participación gubernamental incluyendo no sólo al sector del VIH y sida, sino también a la salud sexual y reproductiva otorgaron una mirada comprensiva y técnica a los diversos aspectos de la investigación, supervisaron las sucesivas etapas, así como obligaron a nunca perder de vista las agendas política, científica y epidemiológica nacional y global en las que se inserta este trabajo. La confianza y los controles mínimos pero estrictos permitieron la fluidez de los pagos y de los adelantos, también condición necesaria para poder trabajar en tiempo y forma. La sistematización y difusión de estas buenas prácticas, y eficientes prácticas, es una recomendación que puede extraerse de este Informe.
2. La validación ética de los instrumentos y procedimientos hace a una mejor investigación. Los estudios en ciencias sociales son oportunidades de conocer las historias y experiencias de las personas y grupos sociales. Los protocolos, instrumentos, análisis, y “aplicación” de los resultados, así como los riesgos y daños, y beneficios potenciales, tienen una lógica que no siempre coincide con las investigaciones biomédicas, e incluso pueden hasta contradecirlas. Es necesario institucionalizar procedimientos éticos que den cuenta de los desafíos de las investigaciones en ciencias sociales con participación comunitaria.
3. La capacitación previa al trabajo de campo y la realización del trabajo (encuestas, entrevistas, organización logística, administración y pago de gastos y compensaciones), no sólo han sido un medio para alcanzar el objetivo investigativo, sino que han sido un fin en sí mismo. Las mujeres y las redes se han visto fortalecidas por el propio proceso de investigación, así como también les ha significado una oportunidad de establecer nuevos lazos con nuevas mujeres (y sus parejas y familias) viviendo



con VIH, y reforzar su presencia local. Esto permite prever la replicación y multiplicación de sus actividades, no sólo en cuestiones de VIH y sida.

4. La vulnerabilidad al VIH, fenómeno complejo, involucra dimensiones individuales, sociales y programáticas. Las prácticas de cada una de las personas, sus relaciones sociales a lo largo de la vida y en el presente, y el impacto por acción u omisión del Estado, todo ello se refleja en historias a lo largo del tiempo (“trayectorias”) y se condensa en situaciones (“escenas”) de vulnerabilidad ante la infección por VIH, así como ante otros padecimientos y daños en salud y sociales: otras enfermedades, uso abusivo de drogas, violencia social, violencia sexual y de género.

Las dimensiones de la vulnerabilidad son inseparables para la investigación y análisis e – idealmente – para la intervención. A treinta años de la epidemia, pensar las investigaciones e intervenciones implica hacerlo de manera integral: al nivel individual, estudiando y trabajando sobre los conocimientos, actitudes, valores y prácticas; al nivel de los grupos sociales, tomando por objeto a las prácticas culturales, los modos de socialización, los contextos particulares y los conocimientos locales; y al nivel estructural y económico, dando cuenta de los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan los sujetos, los insumos de prevención, las condiciones de las prácticas de riesgo, daño, cuidado y auto-cuidado.

En el caso de las mujeres viviendo con VIH que han participado de este estudio, hemos encontrado puntos para investigar e intervenir en relación con cada una de las dimensiones de la vulnerabilidad (individual, social, programática) así como en cada uno de estos niveles (individual-comportamental, grupal-cultural, estructural-político/económico).

5. Las mujeres que contraen el VIH tienen características sociodemográficas muy variadas.

6. Es menester escapar tanto a la responsabilización a priori de los varones como a la victimización de las mujeres, y considerar la naturaleza de las relaciones asimétricas y que pueden incluir subordinación, dominación, explotación y violencia. Esto nos invita a una mayor flexibilidad de los métodos y técnicas de investigación sustentada en una reflexión más profunda sobre el género y el hacer investigación social en salud sexual y reproductiva, a partir de un enfoque de género inclusivo de los varones.

7. Las mujeres se han testeado en circunstancias diversas y por variados motivos. Es necesario reforzar la oferta y acceso al diagnóstico por fuera de la situación de embarazo y parto. El control prenatal sigue siendo una de las situaciones más frecuentes de detección del VIH, es decir en un momento problemático para enterarse de un resultado positivo. Se registran situaciones incluso de tensión y violencia, como dar el resultado a la pareja o la madre de la mujer, antes que a ella; la falta de confidencialidad y de orientación, o el maltrato. En otros casos, el trato de los profesionales y los servicios ha sido encomiable, y dio inicio a un vínculo terapéutico que prosiguió luego del nacimiento del hijo o la hija.

El diagnóstico, para la mayoría, no tiene lugar enseguida después de la probable circunstancia de infección; el diagnóstico tardío puede tener consecuencias negativas para la salud de las mujeres.

El alto porcentaje de mujeres con VIH con ligadura tubaria invita a investigar el tipo de consejería y consentimiento para la adopción de métodos anticonceptivos permanentes.

8. La cobertura de la consejería pre-test y, muy especialmente, post-test, es baja. El impacto emocional del resultado y los caminos a seguir dependen en gran medida de la consejería. Y la falta de consejería post-test aunada al diagnóstico tardío complica considerablemente el seguimiento de estas mujeres.

9. La necesidad de intervenir en los contextos inadecuados de la realización del test y la comunicación del diagnóstico se refuerza al conocer los datos sobre “expectativa ante el resultado”: para seis de cada diez mujeres, el resultado positivo fue totalmente inesperado; sólo dos de cada diez dijeron que esperaban un resultado así.



10. Noventa por ciento de la muestra se había hecho ya al menos un primer conteo de CD4. Un tercio no recuerda el resultado. Del total de la muestra, cuatro de cada diez dijeron haber recibido un resultado de 350 CD4 ó más, y dos de cada diez dijeron haber recibido un resultado de menos de 350 CD4 (y una de cada diez refirió un resultado de 200 CD4 o menos).

11. La absoluta mayoría refirió haberse infectado a través de relaciones sexuales desprotegidas con un varón (generalmente su pareja estable). Un cuarto dijo que se trataría de una relación ocasional. Un pequeño porcentaje (3,6% de quienes dijeron haberse infectado a través de sexo con un varón) dijo que se trataría de un cliente sexual. El porcentaje de transmisión por uso inyectable de drogas es muy bajo.

12. Al momento del diagnóstico, menos del 10% de las mujeres que estaban en pareja sabían que su compañero era seropositivo. Luego del diagnóstico de ellas, sea porque él se testea o porque le cuenta su estado serológico que mantenía oculto, 50% de las mujeres que están en pareja saben que conviven con un compañero seropositivo.

13. ¿Cómo se infectó el varón que les transmitió probablemente el VIH a ellas? La mayoría señala a relaciones sexuales con otra mujer; un tercio menciona relaciones con una trabajadora sexual; 20% lo atribuye al uso inyectable de drogas, y 12% al sexo con travestis y/o con otros varones; 10% dice que su compañero se infectó cuando estuvo privado de libertad; y 14% no sabe cómo pudo él haberse infectado.

Queda claro que el involucramiento de las parejas masculinas en la prevención, tratamiento y acompañamiento de infección por VIH necesita ser estudiada en mayor profundidad, con el fin de proponer medidas para reducir el impacto del VIH en las mujeres.

14. La combinación de situaciones y prácticas relativas al uso de alcohol y drogas, con otras que suelen estar asociadas, como las experiencias de privación de la libertad, las relaciones sexuales y afectivas en contextos de tranquilidad o descontrol, así como la situación de prostitución que una de cada diez mujeres señalaron haber transitado, confluye en un cuadro de vulnerabilidad individual y social que permite, si no potencia, la transmisión del VIH. La vulnerabilidad programática, es decir la que resulta de las acciones e inacciones del sistema de salud y del Estado en general, aparece aquí mediante la criminalización de ciertas prácticas, la estigmatización y la insuficiente intervención en materia de discriminación e inequidad de género.

15. Hoy, la mayoría de las mujeres encuestadas viven en pareja con un varón, de manera estable: 60% de la muestra se encuentra en esta situación (un uno por ciento está en pareja con otra mujer). Para ellas, ya sea que se trate de una pareja serodiscordante o no, el desafío de sostener el sexo seguro a lo largo del tiempo no es menor. También lo es compatibilizar el hecho de vivir con VIH con los proyectos de maternidad y/o con la planificación familiar. Para el 40% restante, el desafío pasa por rearmar la vida y una nueva pareja. La incertidumbre de si, cómo y cuándo contar al otro que se vive con VIH es una de las principales preocupaciones de estas mujeres.

16. El 80 por ciento de la muestra tuvo relaciones sexuales el último año, en mayor proporción las mujeres con pareja estable que quienes no están en pareja. En general dicen tener una vida sexual muy o bastante satisfactoria.

17. La mayoría de las mujeres usa preservativo, pero no siempre. Para el sexo vaginal, lo usan siempre algo más de la mitad de las mujeres, mientras que para el sexo anal (sin riesgo de embarazo) sólo un 40% y para el sexo oral menos del 25%. Respecto de prácticas de riesgo, el uso inyectable de drogas fue muy bajo, el uso no inyectable fue más alto (10% aspiró cocaína o tuvo problemas con el alcohol). Casi el 20% fue víctima de violencia física por una pareja, y más del 20% estuvo con alguien con problemas con el alcohol



18. Casi la mitad de las mujeres se cuidan de un embarazo no buscado, pero no necesariamente con métodos considerados eficaces, ya que el uso del preservativo muchas veces es entendido en su doble función de prevenir ITS y embarazos. Tres de cada cuatro mujeres encuestadas tiene hijos. Un tercio dijo querer o planear tener (más) hijos en el futuro. Integrar entonces seguimiento y tratamiento de la infección por VIH, con anticoncepción y planificación familiar (para no tener o para tener hijos) es uno de los principales desafíos para una política integral destinada a estas mujeres, parejas y familias.