

La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina

Recibido: 28/09/2012

Aceptado: 17/10/2012

Patricia A Volkow Fernández*, Ana E Rodríguez De Viana[†],
Dulce A Balandrán Duarte[‡].

Resumen Este artículo tiene como objetivo analizar las condiciones, en el contexto de América Latina, que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y que impactan gravemente en su bienestar. La revisión sobre la evidencia disponible y la reflexión de las autoras fue centrada en las experiencias de América Latina incluyendo la experiencia personal de las autoras de México y El Salvador en el seguimiento y atención de mujeres con VIH. Las mujeres de la región de América Latina se encuentran en una posición de enorme vulnerabilidad y con pocos recursos de protección. Los factores relacionados a dicha vulnerabilidad las impulsan hoy al centro de la epidemia teniendo como resultado un crecimiento acelerado de la epidemia entre ellas. El daño producido por el VIH a las mujeres no se limita exclusivamente a ellas sino se ve extendido a su familia acrecentando así el dolor y el sufrimiento de las afectadas.

Palabras clave: vulnerabilidad femenina al VIH en América latina, VIH/sida en mujer, violencia, pobreza, educación.

Introducción

La epidemia de la infección por VIH/sida en la región de la América Latina es compleja, heterogénea y numéricamente diferente. La transmisión homo - bisexual predomina en los países de América Central, México y la Región Andina, mientras que el problema de los usuarios de drogas intravenosas es numéricamente mayor en el cono sur y en el Caribe Latino así como en la frontera norte de México. En todas las áreas se observa una tendencia al incremento en la transmisión heterosexual afectando cada vez más al grupo de mujeres ya que el número de personas infectadas no ha cesado de incrementarse. Las mujeres representan casi la mitad de los 40 millones de personas con VIH en el mundo, afectando principalmente a las que habitan en lugares en donde las relaciones heterosexuales son el principal modo de transmisión (1).

*Instituto Nacional de Cancerología. México. Subdirectora de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Médico Especialista en Infectología.
Email: pvolkowf@gmail.com.

†Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Raúl Arguello Escolán". El Salvador. Jefe del Comité de Atención Integral de VIH/SIDA. Médico Especialista en Infectología.
Email: vianita2@hotmail.com

‡Instituto Nacional de Salud Pública. Investigadora Especialista en Monitoreo y Evaluación de Programas de VIH y Tuberculosis. Médico Especialista en Salud Pública y Maestra en Salud Pública.
Email: dr.balandran@gmail.com

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA
DRA. PATRICIA VOLKOW. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA,
AV. SAN FERNANDO NO. 22, COL. SECCIÓN XVI, DELEG. TLALPAN,
14080 MÉXICO, D.F., MÉXICO. TEL: (+52) (55) 5628-0400,
EXT. 355; FAX: (+52) (55) 5628-0447;
E-MAIL: PVOLKOWF@GMAIL.COM

Objetivo

Este artículo tiene como objetivo analizar las condiciones, en el contexto de América Latina, que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y que impactan gravemente en su bienestar. La revisión se basó sobre la evidencia disponible y la reflexión de las autoras centrada en las experiencias de América Latina incluyendo la experiencia personal de las autoras en la atención clínica de mujeres con VIH en México y El Salvador.

Aspectos Generales

Se estima que en el 2007, en la región de América Latina y el Caribe, nacieron en promedio 21.000 niños infectados con VIH y que un número creciente de ellos han quedado huérfanos a consecuencia de la muerte temprana de sus padres (1). Las consecuencias de esta epidemia, impactan no sólo sobre la salud de las mujeres afectadas y de sus hijos, sino además, sobre el grupo de mujeres adultas mayores que sobreviven a sus hijas enfermas, muchas de ellas, madres jóvenes que mueren de sida dejando huérfanos a sus hijos pequeños e incrementando en ellas la carga social y económica al enfrentarse a una nueva forma de "maternidad no deseada" que las obliga a asumir nuevamente la crianza de sus nietos ("madres-abuelas"), la mayoría de las veces, sin recursos económicos ni apoyo social.

La dinámica de crecimiento de la epidemia en el grupo de mujeres ha dependido de diversos factores (Figura 1) y no únicamente de la situación de pobreza extrema relacionada con la economía de los países más afectados (Tabla 1). Entre estos factores se encuentran los bajos niveles educativos de la población femenina; la falta en algunos países de un sistema de salud organizado y las diferencias abismales que existen, del gasto público en salud, acceso a atención médica y la cobertura de programas preventivos de salud sexual; la insuficiente supervisión de la atención médica pública y privada; la cobertura de la medicina social limitada sólo a sectores muy reducidos de la población; y los presupuestos insuficientes para el área de la salud traducido en altas tasa de mortalidad materna e infantil (Figura 2). Otros factores sociales de gran impacto en los casos nuevos de mujeres y niños afectados con VIH son la violencia contra las mujeres, niños y niñas; y la falta de oportunidades de trabajo que expulsa la mano de obra y empuja flujos migratorios, principalmente de hombres, y que muchas veces culmina en la ruptura del núcleo familiar. Desgraciadamente, muchos de estos factores prevalecen aún en nuestros países, pese a sus diferentes pesos, permitiendo que la epidemia del VIH/sida siga creciendo y afecte cada vez más a más países del área, amenazando incluso a algunos no tan afectados como son los países de la región andina (1).



Figura 1: Principales factores relacionados con la vulnerabilidad de las mujeres al VIH en la región de América-latina, los aspectos señalados en cada una de las casillas pueden ser modificados e inclusive pudiese situarse en varias de estas por esta razón se encuentran imbricados los cuartos del círculo. Es importante que el lector no los atribuya como aspectos estáticos y reduccionistas, sino dinámicos y modificables entre ellos.

Discusión

Vulnerabilidad femenina frente al VIH

El concepto de vulnerabilidad ha sido definido desde diferentes posturas teóricas. Enfoques reduccionistas y esencialistas consideran la vulnerabilidad en salud como estados o situaciones de excepción que son consecuencia de la pérdida de equilibrio entre el individuo y su medio, en donde el primero se ve expuesto a un mayor riesgo, o bien, a una condición que hace más susceptible al individuo de sufrir daños a la salud (2). Algunas definiciones más heurísticas aluden al proceso por el cual los individuos generan en su vida cotidiana recursos para afrontar riesgos sobre los que no tienen mayor control, pero tampoco tiene control sobre la generación de esos recursos. Ambas definiciones son adoptadas para el caso de la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH; comprendiendo la vulnerabilidad como el hecho y conjunto de hechos que ponen en riesgo la integridad misma de las mujeres antes de la exposición al VIH o lo incrementen cuando estas han sido ya infectadas, partiendo del desequilibrio de algún aspecto biológico, psicológico, económico y social en la vida de la mujer. En este trabajo, abordamos los principales aspectos que consideramos factores clave relacionados con el tema de vulnerabilidad en la mujer: biológicos, sociales, desintegración familiar, migración, adolescencia, drogas inyectables, ser-

Tabla 1. Indicadores económicos, acceso atención médica y educación, gasto público en salud, índice de pobreza humana y prevalencia de VIH en países de Latinoamérica.

País	PIB	MM	MI	GG en salud	% M letradas	IPH	H:M	P VIH adultos
El Salvador	4980	150	24	174	--	34	2.53	0.9
Rep. Domin.	6750	150	27	111	87.2	25	1	1.1
Panamá	6870	160	19	368	91.2	9	2.95	0.9
Nicaragua	3300	230	31	101	76.6	40	--	0.2
Honduras	2710	110	31	104	80.2	39	2.81	1.5
Guatemala	4140	240	33	93	63.3	51	2.68	0.9
Costa Rica	9530	25	11	486	--	3	2.65	0.3
Cuba	NA	33	6	218	99.8	5	0.8	0.1
Bahamas	16140	60	10	579	--	--	0.71	3.3
Belize	6510	140	32	152	77.1	38	2.6	2.5
México	9590	83	23	270	88.7	13	3.28	0.3
Argentina	12460	70	16	518	87.2	--	2.61	0.6
Bolivia	2590	420	54	113	80.4	30	2.57	0.1
Brasil	8020	250	32	270	88.6	20	1.77	0.5
Colombia	6820	130	18	439	94.6	8	2.55	0.6
Ecuador	3690	130	23	85	89.7	22	0.83	0.3
Paraguay	4870	170	21	95	90.2	12	2.71	0.4
Perú	5380	410	24	112	82.1	26	2.5	0.6
Uruguay	9070	20	12	224	--	1	0.79	0.5
Venezuela	5760	78	16	102	92.7	14	2.54	0.7
Guyana	4110	170	47	233	--	31	0.66	2.4
Surinam	NA	110	30	142	84.1	23	2.64	1.9
Haití	1680	689	74	32	--	70	0.87	3.8
Chile	10500	30	8	345	95.8	2	2.68	0.3

Indicadores económicos, de acceso a la atención médica y la educación, gasto público en salud, índice de pobreza humana y prevalencia de VIH en países de Latinoamérica. De izquierda a derecha se enlistan: País de América Latina, Producto interno producto (PIB), mortalidad materna (MM), mortalidad infantil (MI), Gasto gubernamental en Salud (GGS), porcentaje de mujeres que llen y escriben (% de mujeres letradas), Índice de pobreza humana por el Banco Mundial (IPH) [EL IPH desarrollado por las Naciones Unidas, representa la extensión de pobreza en un país. Utiliza los indicadores mas básicos que dimensionan la derivación: esperanza de vida cortos, falta de educación básica, y falta de acceso a recursos públicos y privados], razón hombre: mujer de SIDA y prevalencia de VIH estimada en población adulta UNAIDS 2005.

Fuente: UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2006 Update. World Health Report 2006 WHO, UNESCO, World Bank and 2006 Report on the Global AIDS Epidemic Annex Country Profile.

vicios uniformados, violencia, abuso sexual, población indígena, educación, y atención específica de la mujer.

Factores biológicos

La vía de transmisión heterosexual del VIH explica aproximadamente el 90% de los casos de sida y es la vía de transmisión que ha ido creciendo de manera más acente-

rada. En América Latina el sexo no protegido, es la principal forma de transmisión del VIH al grupo de mujeres. La transmisión heterosexual del VIH no es equitativa entre los sexos, ya que parece ser más eficiente de hombre a mujer que de mujer a hombre, debido a que existen diversos factores biológicos que la determinan (carga viral, la mayor superficie de exposición de tracto genital femenino, la presencia de laceraciones o úlceras y

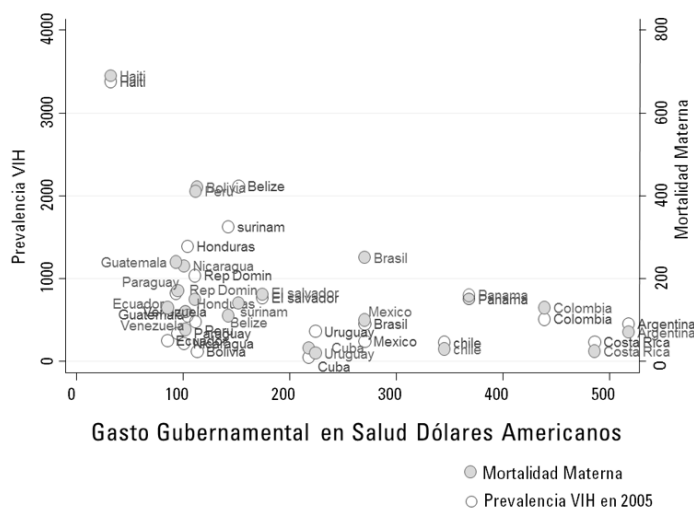


Figura 2: Relación entre la tasa de mortalidad materna, la prevalencia de VIH en adultos y el gasto gubernamental en salud expresado en dólares por país de la región de América-Latina.

Fuentes: Datos obtenidos de UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2006 Update por país.

otras enfermedades de transmisión sexual, etc.) (2,3,4). La concentración del VIH es mayor en el semen que en las secreciones vaginales, incrementando la vulnerabilidad biológica de las mujeres durante el contacto sexual con hombres (5).

El riesgo estimado en parejas discordantes heterosexuales al VIH es de 1 por 10.000 contactos, sin embargo el riesgo de transmisión hombre - mujer, estudiado en parejas discordantes, parece ser de 2,3 a 17 veces más que el riesgo de transmisión mujer a hombre.

Vulnerabilidad social

El informe de ONUSIDA 2007 (1) indica que las mujeres son particularmente vulnerables por su bajo estatus económico y social. El acceso a programas de salud sexual y reproductiva en la atención médica sigue siendo limitado. En la región mueren 63 mujeres cada día por causa del embarazo, parto o puerperio, 27% de las mujeres embarazadas no tienen acceso a control prenatal y 25% no tiene atención profesional del parto. Un 20% de las mujeres de América Latina tienen su primer hijo antes de los 20 años de edad y la tasa de fecundidad promedio es de 3 hijos por mujer. Existe una relación entre alta tasa de mortalidad materna y niveles mayores de prevalencia al VIH en los países de la región (Figura 1). La pobreza se suma con la situación de desventaja social de la mujer para incrementar su vulnerabilidad (6) y a esto se suman los factores sociales, culturales y de género propios de la región, ejemplo de ello es el "machismo".

En los lugares en que la violencia sexual está generalizada, la abstinencia o la negociación para el uso del preservativo no es una opción realista para las mujeres y los jóvenes. El matrimonio tampoco es una solución: un número creciente de mujeres casadas se infectan en sus hogares, con su pareja, y ellas desconocen el tipo de vida o preferencia sexual que sus compañeros despliegan fuera de casa. La homosexualidad es rechazada y muchos hombres esconden en un matrimonio su preferencia sexual para no ser rechazados o estigmatizados.

Migración y desintegración familiar

Las condiciones sociales en las dos últimas décadas han sufrido grandes cambios. Las desigualdades de oportunidades para conseguir trabajo entre los países de ingresos altos y los países de ingresos medios y bajos han sido enormes, impulsando a millones de personas a salir de sus países y trasladarse usualmente hacia países más ricos en busca de trabajo. El establecimiento de políticas migratorias cada vez más estrictas en la última década por parte de estos países, ha propiciado que la migración se lleve a cabo de forma indocumentada, generalmente por vía terrestre, convirtiendo a México en un país de paso obligado e incrementando así los riesgos y los obstáculos en busca de oportunidades laborales para su sustento.

Aunque por un lado el flujo migratorio inicial fue sólo de hombres, pocos años después empezaron a migrar las mujeres. Según estimaciones, 2,5 millones de personas por año emigran en busca de nuevas oportunidades, y de ellas, el 25% son mujeres (7).

Las mujeres migrantes en su camino al norte se enfrentan a situaciones de violencia y abuso de poder de las diferentes autoridades migratorias, traficantes de personas ("polleros") y criminales asaltantes, incrementando, una vez más, su vulnerabilidad al VIH. Algunas se ven orilladas al trabajo sexual o son víctimas de violencia sexual mientras otras tienen que intercambiar relaciones sexuales con los "polleros", oficiales migratorios o compañeros de viaje, para aumentar las probabilidades de tener éxito en su camino. En estas poblaciones las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH resultan extraordinariamente complejas por lo que los logros alcanzados son hasta ahora muy limitados.

✓ Situación de migrantes en los países receptores

Muchos de estos migrantes terminan estableciéndose ilegalmente en el país receptor y por ello carecen de asesoría legal, atención médica u apoyo social frente a los abusos de empleadores, promotores de empleo y caseros. Las parejas y familias, viven habitualmente compartiendo espacios pequeños con varias familias y la condición de hacinamiento favorece que se rompan las estructuras y los roles familiares. Los hijos son frecuentemente abandonados por largos periodos en el día mientras los padres

salen a trabajar, creciendo frente a televisores, con poco contacto social y con falta de lazos y apego a reglas sociales; siempre en espera de satisfactores materiales proveídos por sus padres trabajadores en sociedades orientadas al consumo.

Al paso del tiempo, estos niños que nacen y viven en la ilegalidad al crecer y volverse adolescentes o adultos jóvenes, son presa fácil de actividades ilícitas, abusando de drogas a edades tempranas. Algunos de ellos son regresados a sus países y han dado origen a las bandas de jóvenes (ejemplo de ello son los llamados "maras", que en ritos de hermandad, intercambian sangre y experimentan violaciones tumultuarias con mujeres). Por otro lado, las mujeres adolescentes pertenecientes a estos grupos sociales, se embarazan a edades tempranas y son detectadas con VIH cuando llegan a asistir a alguna consulta prenatal o en trabajo de parto. Ya diagnosticadas y puestas en tratamiento, generalmente son pacientes que tienen problemas de adherencia a los tratamientos antirretrovirales, incluyendo el manejo para la prevención de la transmisión madre-hijo.

La exclusión social, en el país receptor o en el de origen después de la deportación, ha favorecido el surgimiento de diferentes formas de violencia social y sexual y en algunos países de América Central han constituido grupos con mayor vulnerabilidad al VIH donde las campañas preventivas no han permeado.

✓ Mujeres no migrantes, esposas de migrantes

La mayoría de las mujeres que se quedan, esposas de migrantes, viven en áreas rurales donde el conocimiento sobre el VIH es aún limitado, desconociendo los riesgos a los que se exponen sus esposos durante su estancia en el "norte" (tener sexo con trabajadoras sexuales sin protección, abuso de drogas, otra preferencia sexual o el compartir jeringas con "multivitamínicos" o antibióticos entre compañeros (8,9). Los hombres que migraron regresan temporalmente a sus hogares donde tiene relaciones sexuales con sus esposas, usualmente sin protección, a ellas les es prácticamente imposible la negociación del condón o el uso de algún método de protección después de un periodo prolongado de ausencia de estos. Es frecuente que en estas visitas las esposas queden embarazadas "fortaleciendo" el vínculo con su pareja siempre amenazado por la distancia, y muchas de ellas terminan conociendo su estado de infección al VIH hasta que se diagnostica a un hijo con la infección o en el mejor de los casos durante la prueba de detección del VIH en la consulta prenatal.

Adolescencia

La población de mujeres adolescentes de la región de América Latina presenta factores que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH, ya que teniendo poca información sobre sexualidad y prevención de embarazos no deseados

y/o enfermedades de transmisión sexual, inician en forma temprana la vida sexual usualmente con hombres de mayor edad y experiencia sexual y su capacidad para negociar el uso del condón está limitado o si llevan uno son consideradas "mujeres fáciles", prefiriendo no cuidarse a ser juzgadas. Los servicios de salud reproductiva y los métodos anticonceptivos no son fácilmente accesibles a este sector de la población. Por su vulnerabilidad social es frecuente que la joven adolescente se vea sin posibilidad de negociar con su pareja el uso de condones. El machismo limita el poder dar apoyo suficiente y eficiente a las jóvenes infectadas que muchas veces son sacadas fuera de sus ambientes familiares e insertados en un hogar ajeno con la familia de su pareja o en ambientes de adolescentes asociados en bandas de jóvenes.

Evidentemente las campañas preventivas no han permeado o tienen un impacto muy limitado en las mujeres adolescentes que resultan embarazadas a edades muy tempranas y son detectadas con VIH cuando llegan a asistir a alguna consulta prenatal o en trabajo de parto, pudiendo incidir poco en la prevención de la transmisión madre-hijo. La actitud tan frecuente en el periodo de la vida de la adolescencia; que no percibe vulnerabilidad ni tiene conciencia de los riesgos a que está expuesta. La experiencia en la clínica de atención prenatal de El Salvador, ha mostrado que aun siendo la detección temprana, la mujer adolescente embarazada e infectada se encuentra en una situación donde el manejo de la prevención vertical enfrenta problemas importantes como: el pobre apego al tratamiento antirretroviral, uso de drogas; las pacientes adolescentes suelen tener problemas de adherencia al tratamiento favoreciendo el desarrollo de resistencia a antirretrovirales y la posibilidad de la transmisión a su progenie de cepas virales resistentes que limiten el tratamiento adecuado de los niños infectados. Esta situación es aún más difícil en los casos donde no existe un lecho familiar que otorgue un apoyo importante a la adolescente para reforzar el conocimiento sobre la enfermedad, el apego al programa de atención prenatal, el autocuidado y la adherencia a los tratamientos.

Es frecuente además observar en mujeres muy jóvenes, menores de 18 años, que se vean frente a hogares desintegrados y supeditadas al envío de remesas de los migrantes que radican en Norteamérica, que luego se ven mermadas por las dificultades de empleos o la creación de una nueva familia por parte de su pareja en su lugar de trabajo, con ellos migra así mismo las infecciones por VIH a una sociedad sin oportunidades de acceso a servicios médicos ni sociales y no es infrecuente que sus parejas terminan repatriándose en condiciones terminales de la enfermedad.

Drogas inyectables en la frontera norte

El abuso de drogas inyectadas como vía de transmisión del VIH es importante en la zona del cono sur y Brasil, mien-

tras que para el resto de la región esto representa un problema focal como es la situación de la frontera norte de México. Las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez son reconocidas como un foco de alarma para este problema ya que son lugares con un creciente uso de drogas inyectadas y en donde algunas personas se quedan sólo por la disponibilidad de drogas al no poder cruzar la frontera o ser deportados de los Estados Unidos. La sola deportación se ha asociado con un riesgo mayor de uso compartido de drogas inyectables (10). Estas ciudades tienen las poblaciones de adictos a drogas inyectadas más grandes de México, y en estas, el sexo comercial está ligado al abuso de drogas (11,12). La prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales (TS) es mayor que en el resto de México alcanzando el 6% en TS que usan drogas inyectadas. El impacto de programas de prevención de la transmisión del VIH en ellas es significativamente menor que en TS que no abusan de drogas inyectables. En estas áreas el abuso de drogas inyectables juega un papel importante en la transmisión de VIH a las mujeres sea como usuarias o como parejas de usuarios (13,14).

Servicios uniformados y mujeres

Las mujeres insertas en los diferentes servicios uniformados se enfrentan a situaciones particulares de desigualdad que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH y las enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres en estos servicios, aunque integradas en la línea militar, están excluidas de la toma de decisiones y muchas veces viéndose involucradas en situaciones de acoso sexual y que en cuyo caso de atreverse a presentar una denuncia, sufren represalias como la discriminación, la exclusión de ascensos o cambio de adscripción.

La preocupación del tema del VIH en servicios uniformados no es nueva. Existen esfuerzos regionales que datan desde 1995 (15) en la creación del Comité de Prevención y Control del VIH/sida/ITS en las Fuerzas Armadas y Policiales de Latinoamérica y el Caribe (COPRECOS-LAC), presidencia se encuentra actualmente en la República Dominicana y la misión con la que fue fundado es "prevenir y controlar la infección del VIH/sida y las ITS, así como promover la salud sexual en las instituciones militares y policiales de Latinoamérica y el Caribe realizando acciones de capacitación, información, educación y comunicación, que fomenten el cambio de actitudes y comportamientos hacia estilos de vida saludables".

No todos los países de la región han creado su COPRECOS a nivel país, por lo que replicar este programa preventivo representa un reto para la región, de manera que toda la población uniformada tenga acceso a información y se promuevan en ellos una cultura de la prevención del VIH. El trabajo de este sector social está tan cercanamente ligado a toda la población, que esta estrategia de sector augura tener un impacto positivo en la lucha contra esta epidemia.

Violencia

La violencia ha vivido siempre junto al hombre aunque algunas sociedades tiendan a desalentarla en la actualidad. Lamentablemente factores prevalentes como las desigualdades sociales y de género, la violencia como diversión y la pérdida de valores sociales y familiares siguen fomentando la violencia en muchos de los países. Millones de personas mueren cada año a causa de diferentes formas de violencia. En muchos países es una de las primeras causas de muerte en los grupos de 15 a 44 años (16). El dolor, el daño o el miedo que la violencia directamente produce a la humanidad son incalculables. De manera paradójica, la violencia forma parte de la cultura escondiéndose en tradiciones en cualquiera de los sectores sociales y es fuente de diversión para millones, que frente a las pantallas de cine o televisión ven morir, sufrir y padecer a miles de seres humanos todos los tipos de violencia imaginables.

Conductas abiertamente agresivas y violentas contra las mujeres son vistas como normales en muchas sociedades, esperando de ellas una actitud sumisa, de obediencia y subordinación, dejándola en total indefensa frente a éste rol. Por ende, no es esperable que en este escenario la mujer pueda pedir ni negociar el uso del condón aun sabiendo a la pareja infectada.

Una realidad en muchos países de América Latina es la que las mujeres son infectadas por sus parejas estables, en su propia casa, desconociendo el estado de salud de su pareja e inclusive sus preferencias sexuales. Es conocido también el hecho de la sub identificación de hombres que tienen sexo con otros hombres fuera del hogar, y que en ocasiones bajo los efectos del alcohol y/u otras drogas han favorecido su "no protección". Una doble vida y el abuso de sustancias producen actitudes de violencia y explosividad y que en muchas ocasiones se vuelcan contra sus parejas mujeres. En estas condiciones, las posibilidades de que las mujeres se protejan son casi inexistentes, esto hace que la prevención del VIH en este escenario sea particularmente difícil. Por otra parte, la mujer, ya sabiéndose infectada guarda silencio por el miedo a la discriminación, el estigma y al abandono de su pareja, en ocasiones, siendo esto también, causa de no acudir oportunamente a los servicios de salud y a la no utilización del condón en el futuro.

Abuso sexual

La violencia y el abuso sexual exponen a las víctimas directamente al riesgo de quedar infectadas. La relación sexual forzada o con violencia incrementa el riesgo de transmisión del VIH, ya que en estas condiciones se producen abrasiones y heridas en las paredes de la vagina o recto facilitando la entrada del virus (17). El número de personas infectadas por VIH a consecuencia de una violación sexual es desconocido, no existen cifras, ya que muchas

veces las víctimas no denuncian por miedo y falta de apoyo social y familiar, aunque tampoco ha habido un interés importante para estudiar este problema y por ende estrategias para prevenirlo.

En un estudio realizado en 66 pacientes con VIH, en México se encontró que el 7% de los entrevistados (18) habían sufrido violación y que ésta había sido la vía de infección del VIH. Se sabe que el uso de medicamentos antirretrovirales de forma preventiva después de la exposición al VIH en los trabajadores de la salud que sufren accidentes con material corto punzante, y en los niños nacidos de mujeres infectadas (conocido como profilaxis post-exposición) ha mostrado ser útil en disminuir el riesgo de infección a más del 80% (19). De ahí que a pesar de que información científica sobre la utilidad de la terapia preventiva posterior a una violación sexual sea escasa, es una acción preventiva de la transmisión del VIH recomendado por muchas organizaciones (20,21). En víctimas de violencia sexual las recomendaciones actuales, orientan a ofrecer tratamiento antirretroviral post-exposición además de la consejería y apoyo psicológico (22,23). Los programas de prevención de la transmisión del VIH a víctimas de violencia no están suficientemente extendidos en la región. Es necesario trabajar conjuntamente con los ministerios públicos y tener disponibilidad rápida de antirretrovirales para disminuir el riesgo de infección de las víctimas.

Población indígena

A excepción de Uruguay, todos los países de América Latina tienen población indígena (24). Se estimaba que existían 42 millones de indígenas agrupados en 400 etnias representando el 10% del total de la población de la región (25). En esta población se concentran la pobreza, discriminación, la falta de servicios sanitarios básicos y el acceso a los servicios de atención a la salud. En una revisión de los estudios científicos publicados en el tema de la salud en población indígena de América Latina (26), de casi 700 publicaciones, el tema de salud de las mujeres sólo representaba el 6,2% de los artículos y el tema de salud reproductiva tan solo el 1,6%. La ausencia de estudios que señalen los factores que impactan en la diseminación de la epidemia del VIH entre las comunidades indígenas es reflejo de la marginalidad en que viven y el desinterés de científicos y políticos de los diferentes países en el tema de etnias.

Tenemos que reconocer que las barreras de comunicación que dificultan el acceso a la información y el conocimiento del VIH y su prevención han permitido la extensión del VIH en la población indígena de la región y donde las mujeres son aun más vulnerables por los usos y costumbres. Se requieren acciones de prevención, atención y sensibilización en este sector de la población con un "enfoque intercultural y de equidad de género". De no ser así, las condiciones de extrema pobreza, discriminación, marginalidad y pobreza extrema prevalentes entre los grupos indí-

genas de la región, pronostican que la epidemia crecerá aceleradamente entre estos grupo impactando de forma aun mayor a las mujeres.

La educación y prevención del VIH

En la lucha contra la epidemia, que hoy crece en forma más rápida que en el pasado, en las mujeres es indispensable estructurar sistemas educativos preparados para brindar información relevante que permitan incidir sobre roles genéricos; la modificación de actitudes; el respeto a terceras personas; prevenir las diferentes formas de violencia, estigma y discriminación; y habilitar a las personas para que tomen decisiones libres y responsables sobre su sexualidad, su salud y su proyecto de vida como personas y como miembros de una familia.

En mujeres de grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad resulta una herramienta útil el aprendizaje de un oficio o carrera que les permita acceder a un empleo remunerado otorgándole opciones laborales e independencia para tomar decisiones.

La educación sexual debe permitir a la mujer desde joven entender su cuerpo, conocer los cambios que sufre, las emociones y necesidades que le surgen, pero además debe permitirles identificar las intenciones del otro, manejándolas y protegiéndose, decidiéndose con quién, cuándo y cómo iniciar o conducir su sexualidad. La educación sexual es una herramienta indispensable en la lucha contra el VIH y que ha demostrado que no acelera el inicio de la vida sexual, reduciendo además el número de embarazos no deseados y empoderando a las mujeres en la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

La atención de mujeres con VIH

La epidemia del VIH/sida continua extendiéndose en todo el mundo, particularmente en los países más pobres y las poblaciones más desprotegidas, y a pesar de los avances desarrollados en el área de prevención, particularmente en la de transmisión madre-hijo, no se ha logrado extender su cobertura para que el nacer sin VIH, sea un derecho universal. En el 2005, sólo el 11% de las mujeres embarazadas con VIH tuvieron acceso a la prueba de detección y consejería y a la profilaxis antirretroviral (27). En el 2007 esta transmisión fue causa de una de seis nuevas infecciones de VIH en el mundo (28). El interés en establecer programas de prevención madre-hijo ha sido muy heterogéneo entre los países de la región. En algunos se ha alcanzado el acceso universal a la prueba de detección de todas las mujeres embarazadas y en otros países es prácticamente inexistente.

La atención médica de las mujeres infectadas con VIH debe estar estructurada de manera integral, tratando no sólo los temas inherentes al manejo antirretroviral, sino debe igualmente contemplar el manejo de la salud reproduc-

tiva, prevención de embarazos no deseados, detección oportuna de lesiones pre - malignas o malignas relacionadas con la coinfección por el virus del papiloma humano (VPH) a nivel del cuello de útero, etc. En la región se encuentran países que tienen las prevalencias más altas de infección por VPH y cáncer cérvico-uterino en el mundo, de ahí la importancia de tener programas de detección oportuna de de cáncer cérvico-uterino en mujeres infectadas con VIH (29,30). La prevalencia de coinfección VIH-VPH, particularmente alta y con subtipos de alto riesgo, ha sido descrito en mujeres infectadas con VIH en México (31). Los servicios de atención deben ser de calidad, entendidos como apropiados para las necesidades y demandas de las usuarias, con personal calificado, accesibles geográfica y económicamente, y que brinden atención de manera integral e integrada.

Conclusiones

El futuro plantea grandes retos para detener el crecimiento de la epidemia de VIH en las mujeres y el daño producido a estas, poniendo en el escenario cuentas del pasado que tienen que ser saldadas desde los determinantes de servicios de salud, económicos, políticos y sociales. Los avances en el conocimiento científico y los adelantos técnicos, deben traducirse en beneficios sociales, y esto sólo es posible cuando se transforman en políticas públicas que impliquen la asignación de recursos en áreas prioritarias.

Por heterogéneos que sean los países de la región, comparten valores, problemáticas sociales y formas de con-

vivencia comunes para las mujeres que han hecho que la epidemia de VIH sea hoy uno de los problemas de salud más importantes de este sector de la población en América Latina. Para combatir y prevenir sus daños se ha hecho tarde y por ello es necesario redoblar esfuerzos para impedir que siga creciendo y empeñe aun más el futuro de nuestras sociedades.

Sin duda, se necesitan estrategias urgentes que reduzcan las desigualdades de género si se quiere detener la epidemia de VIH creciente entre las mujeres. En el aspecto jurídico, por ejemplo, es necesario dictar leyes que protejan a las mujeres, particularmente del estigma y discriminación que experimentan las mujeres con VIH, además de leyes que preserven su patrimonio, su derecho al trabajo y su derecho de ser madres y de cuidar a sus hijos.

La agenda para combatir la transmisión del VIH debe tener un lugar primordial en los diferentes escenarios de nuestras sociedades, educar a sus miembros de todos los rangos de edades: en el trabajo, en la escuela, en el seno de la familia, en los medios masivos de comunicación, en la prensa, etc., con el fin de tener una sociedad más informada que fomente la tolerancia, el respeto y promueva formas de convivencia pacífica.

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Dr. Mauricio Hernández Avila por su apoyo en la elaboración de este documento.

Referencias

1. Latin America AIDS epidemic update Regional Summary. World Health Organization UNAIDS/08.12E./JC1530E March 2008.
2. Padian N, Marquis L, Francis DP, Anderson RE, Rutherford GW, O'Malley PM, Winkelstein W Jr Male-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA* 1987; 258 (6):788-90.
3. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Lutalo T, Li X, VanCott T, Quinn TC; Rakai Project Team. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001; 357(9263):1149-53.
4. Nicolosi A, Corrêa Leite ML, Musicco M, Arici C, Gavazzeni G, Lazzarin A. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. *Epidemiology* 1994; (6):570-5.
5. Cohn SE, Clark RA. Human Immunodeficiency in Women in Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases sixth edition Elsevier Churchill Livingstone USA 2005. Pag. 1616-38.
6. Autor no citado ¿Qué hace a las mujeres más vulnerables? http://ews.bbc.co.uk/hi/spanish/science/news-id_4035000/4035373.stm Acceso el 25 noviembre del 2004.
7. Caballero M, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. X Congreso de investigación en Salud Pública Cuernavaca, México, Marzo 2003.
8. Hernandez MT, Sanchez MA, Aoki BA, et al. Epidemiology of HIV and STI among Mexican migrants in California. Presented at: the 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 25-28, 2007; Los Angeles, CA.
9. McVea KL. Lay infection practices among migrant farmworkers in the age of AIDS: evolution of a biomedical folks practice. *Soc Sci Med* 1997;45:91-98.
10. Brouwer C, Lozada R, Cornelius A, Firestone Cruz M, Magis-Rodríguez C, Zúñiga de Nuncio ML, Strathdee S. J Deportation Along the U.S.-Mexico Border: Its Relation to Drug Use Patterns and Accessing Care. *K. Immigrant Minority Health DOI* 10.1007/s10903-008-9119-5.
11. Magis-Rodríguez C, De Luca M, Bravo-García E, Rivera-Reyes P, Ortiz-Mondragón R, Gayet C. The AIDS epidemics in Mexico up to 2008. *Gac Med Mex* 2010;146:45-9.

12. Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, Lozada R, Fraga M, de la Torre A, Staines H, Magis-Rodríguez C, Patterson TL. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend* 2008;92:132-40.
13. Strathdee SA, Lozada R, Semple SJ, Orozovich P, Pu M, Staines-Orozco H, Fraga-Vallejo M, Amaro H, Delatorre A, Magis-Rodríguez C, Patterson TL. Characteristics of female sex workers with US clients in two Mexico-US border cities. *Sex Transm Dis* 2008;35:263-8.
14. Patterson TL, Semple SJ, Staines H, Lozada R, Orozovich P, Bucardo J, Philbin MM, Pu M, Fraga M, Amaro H, Torre Ade L, Martinez G, Magis-Rodríguez C, Strathdee SA. Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US border cities. *J Infect Dis* 2008;197(5):728-732.
15. Conformación COPRECOS LAC 26/5/1995 Perú. "Declaración de Lima". (País signatario).
16. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB y Lozano R. *World Report on Violence and Health*. World Health Organization Geneva 2002.
17. Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A y Moreau JC. Sexual abuse: Epidemiological, clinical aspects and management at gynaecological and obstetrical department of Dakar university hospital. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2008;37:358-364.
18. Tejada Romero C. *VIH/SIDA, Psicopatología y Toxicomanías: "El diagnóstico triple en el Instituto Nacional de Cancerología. Tesis de Especialización en Psiquiatría*. Universidad Nacional Autónoma de México. 2007.
19. International AIDS Society – USA. Occupational and Nonoccupational Postexposure Prophylaxis for HIV in 2009. *Topics in HIV Medicine*, Jul/Aug 2009, 17(3).
20. No hay autor citado. HIV/AIDS. More information about PEP for HIV prevention. World Health organization. Acceso octubre 2012. <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en/index.html>
21. Almeda J, Casabona J, Simon B, Gerard M, Rey D, Puro V, Thomas T; Euro-NOPEP Project group. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill* 2004 Jun;9(6):35-40.
22. Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, Katz MH. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Am J Med* 1999 Mar;106(3):323-6.
23. Roland ME. Postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV. *Curr Opin Infect Dis* 2007 Feb;20(1):39-46.
24. Rodríguez NJ, Soubié. La población indígena en América Latina. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales* 1978;(9):49-66.
25. Hall G, Patrinos HA. Indigenous people, poverty and human development in Latin America 1994-2004. Washington D.C. The World Bank. <http://web.worldbank.org/wbsite/external/bancomundial/extspairs/l> (accesado 17/12/2008).
26. San Sebastian M, Hurtig AK. Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Publica Mex* 2007;49:316-320.
27. Guidance on global Scale-up of the Prevention of Mother to-Child transmission of HIV. *Children*. World Health Organization 2007.
28. Autor no citado. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y Declaración Política sobre el VIH/SIDA: a mitad de camino en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Informe del Secretario General, Asamblea General Naciones Unidas A/62/789 1 de abril del 2008.
29. Eluf-Neto J, Nascimento CM. Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001 Apr;28(2):188-97.
30. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and cofactors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008 Aug 19;26 Suppl 11:L16-36.
31. Volkow P, Rubí S, Lizano M, Carrillo A, Villar-Compte D, García-Carrancá A, Sotelo R, García B, Sierra-Madero J, Mohar A. High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus. *Gynecol Oncol* 2001; 82: 27-31.

Women's vulnerability to HIV in Latin America, HIV/AIDS in women.

Summary *This manuscript is intended to analyze the conditions that contribute to increase women's vulnerability to HIV in the Latin America region and affects and impacts on its wellbeing. The review and reflection of the authors is center in the evidence available and in their experience in Latin America with particular emphasis in the experience in Mexico and El Salvador where they have being involved in the care of HIV infected women. Women in the Latin-American region are placed in a position of great vulnerability, with scarcely preventive resources. The factors related to this vulnerability are impelling them to the center of this epidemic with an accelerated HIV epidemic among women in the region. The damage produced by HIV in women is not exclusively limited to them but is being extended to their families increasing the pain and suffering of those affected.*

Key words: *vulnerability, HIV infected women, Latin America, violence, poverty, education.*