

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Comunicación Social

**CON UN TERCERO EN LA CAMA:
EL VIH/SIDA COMO RIESGO EN MUJERES CASADAS**
REPORTAJE INTERPRETATIVO

Trabajo especial de grado para optar al título de licenciada en Comunicación Social,
presentado por la Br. Valentina Ruiz Leotaud
Tutora: Profesora Moraima Guanipa

Caracas, octubre de 2007

Taby es fortaleza

Leida es empuje

Elizabeth es sensibilidad

Iris es juventud

“AN” es belleza

Yolimar es entereza

Diana es lucha

A todas... gracias

RESUMEN

Las mujeres casadas y las que viven en otro tipo de uniones estables, como el concubinato, se han convertido en un conjunto vulnerable a la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) debido a la situación de fragilidad y dependencia que aún significa el ser mujer, dentro de sociedades como la venezolana. Hace un cuarto de siglo, cuando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) hizo su aparición, se pensaba que sólo los homosexuales, las trabajadoras del sexo, los hemofílicos, los drogadictos y los haitianos podían contraer la infección, dado que los primeros casos fueron reportados en esas poblaciones. Hoy se sabe que esto no es así. Hoy se sabe que el VIH no ataca a una persona por lo que es, sino por lo que hace. Conductas de riesgo es el término que identifica a aquellos comportamientos que, como inyectarse drogas y compartir las agujas o tener sexo con múltiples compañeros de forma paralela y sin condón, incrementan la exposición de los individuos. Empero, las mujeres que viven en pareja se están infectando sin tomar parte en este tipo de prácticas. Desde el machismo imperante, según el cual un hombre debe tener múltiples compañeras sexuales independientemente de su estado civil, pasando por el sentirse fuera de peligro porque no forman parte de los antiguamente denominados grupos de riesgo, y llegando a las condiciones biológicas que las hacen más propensas a recibir el virus, se intenta identificar y describir los factores que son determinantes para que se dé esta situación. Por medio de las voces de algunas de sus protagonistas, de la experiencia de estudiosos del tema y de innumerables fuentes documentales, datos y estadísticas de organismos nacionales e internacionales, se trata este tópico de interés humano y, por ende, periodístico a través del género investigativo por excelencia: el reportaje de interpretación.

Resumen de palabras clave

Mujeres, VIH/Sida, unión marital, vulnerabilidad, conductas de riesgo, sexo seguro.

ABSTRACT

Married women and those who live in marital unions, such as the concubinage, have become a vulnerable group to the infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) because of the fragility and dependence that defines their role in societies as the Venezuelan. A quarter century ago, when the Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids) appeared, people thought that only homosexual men, sex workers, hemofilic people, drug addicts and haitians could become infected, because the very first cases were reported among these populations. Today we now that this situation isn't like this. Now we know that HIV doesn't attack a person for who he or she is, but because what he or she does. Risky behaviors is the term that identifies those actions, as injecting drugs and sharing the needles or having sex with variety of people simultaneously and without using condoms, which increase the exposition to the virus. However, women who live with their husbands are getting infected without taking part in this kind of practices. The prevailing male chauvinism, that makes men think they must have a lot of sex partners even if they are married; the fact that women don't consider themselves in danger because they aren't in the traditional risk groups; and the biological conditions that make them prone to receive the virus, are some of the factors that we try to identify and describe since they are decisive for this situation to take place. So on, this human interest topic is treated trough the voices of its protagonists, the experience of people who have studied the subject and countless documental sources, facts and statistical data provided by national and international institutions. It is also expressed trough the investigative genre by excellence in journalism: the interpretative report.

Keywords

Women, HIV/Aids, marital union, vulnerability, risky behaviors, safe sex.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I: Matrimonio y VIH.....	9
Las cifras.....	10
Las mujeres, pero ahora en el ámbito internacional.....	11
Lo socioeconómico.....	13
Protección: algo impensable.....	16
Hay algo más.....	19
Los roles.....	21
¿Dónde queda la confianza?.....	23
Ellos también siguen patrones.....	26
Hay unos que sí tienen la culpa.....	27
La tan mencionada vulnerabilidad biológica.....	34
Capítulo II: Los matices del virus.....	39
Blancos de ataque.....	39
Transmisión íntima.....	43
Las etapas del virus.....	47
Si te expones, te infectas.....	51
No se detecta a simple vista.....	60
Tratamientos pero no curas.....	65
Abrazar el tratamiento = salvar la vida.....	69
Embarazadas: un capítulo aparte.....	75
Garantía de suministro.....	80
La epidemia y sus indicadores.....	83

Capítulo III: La vida con el VIH	89
Reconociendo la infección.....	89
Entender la sexualidad: sexo y género.....	92
Resultado = infección.....	96
Los cambios.....	102
Se puede incluir el sexo.....	109
Más por menos = ¿?.....	113
Serodiscordancia y embarazo.....	116
Las reglas dicen otra cosa.....	119
Los derechos humanos, ¿entran en la casa?.....	125
Las infaltables recomendaciones.....	130
Epílogo: Matrimonio, mujer y VIH: Cuando el género vulnera	136
Referencias.....	143
Fuentes vivas consultadas.....	154
Glosario.....	158
Anexos.....	167

INTRODUCCIÓN

Hasta hace algunos años las mujeres casadas y las que viven en uniones estables¹, como el concubinato, eran consideradas una población exenta del riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y, por ende, de desarrollar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).

Numerosos textos que tratan este tema, como el de la socióloga británica Diane Richardson titulado *La mujer y el SIDA* (1990), aseguran que en 1981 cuando se detectó el primer caso de la enfermedad en Estados Unidos, se pensaba que únicamente afectaba a los hombres homosexuales. Si bien estas personas constituían el grupo de mayor incidencia, no era el único y, con el paso del tiempo, se descubrió que la infección no discrimina tendencia sexual, género, edad, raza, nivel socioeconómico o estado civil.

Hoy en día el VIH/Sida es catalogado por la Organización Panamericana de la Salud como una pandemia que ya suma 40,3 millones de personas en el mundo, de las cuales 17,5 millones son mujeres. Según los reportes anuales de la Organización Mundial de la Salud y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida), la porción de damas infectadas ha crecido en todas las regiones del mundo en los dos últimos años.

En Latinoamérica se registran alrededor de 1,6 millones de individuos viviendo con el VIH y, de acuerdo con el *Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006* de Onusida, “conforme madura la epidemia, aumenta el número de mujeres infectadas, y las que viven en condiciones de pobreza parecen correr un riesgo especialmente alto” (p.45).

Ellas son, precisamente, el eje de este trabajo; pero no en la amplitud del término, sino centrando el foco en aquéllas casadas y en las que viven en concubinato², quienes se han convertido en una población altamente vulnerable a la infección.

Ya para el año 2003, el antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social advertía que el Virus de Inmunodeficiencia Humana se está propagando en Venezuela principalmente a través de prácticas sexuales peligrosas, “muchas de ellas entre varones, una proporción significativa de los cuales tiene relaciones sexuales con mujeres” (citado por Onusida, 2004, p. 59).

¹ En el artículo 40 de la Ley de Protección a la Familia, la Maternidad y la Paternidad, el Estado venezolano reconoce las uniones estables como aquellas entre un hombre y una mujer, solteros, divorciados o viudos, con más de cinco (5) años de constituida.

² Relación marital de un hombre con una mujer sin estar casados. (DRAE, 2001, p. 416)

Ellas, sin embargo, suelen desconocer la vida sexual externa de sus parejas y, al no emplear ningún método de protección durante sus encuentros con esos hombres, resultan infectadas. Éste es uno de los muchos motivos por los cuales, en la actualidad, por cada dos varones hay una mujer VIH positiva.

Los orígenes, las causas y las consecuencias de este “paso atrás”, que cada día le resta calidad y años de vida a miles de féminas, son los factores fundamentales que se tratan de analizar en este trabajo, usando como medio expresivo el reportaje interpretativo.

Siguiendo los postulados del reconocido periodista científico Manuel Calvo Hernando, expuestos en *Divulgación biológico-médica* (2006), se emplea un lenguaje sencillo, claro y accesible que, sin embargo, no cae en simplificaciones alejadas de la realidad. La narración amena, distinta a la de un libro convencional, se ajusta a los estándares de la prensa sin perder la autenticidad y validez propias de un trabajo de investigación.

De esta forma, se reconoce y se pone de relieve la significación social y el interés público del tema abordado. Como afirma Calvo Hernando: “La información médica y sanitaria se ha convertido en objeto de interés general, ante la gravedad de algunos de los problemas mundiales relacionados con ella: el cáncer, el sida, la droga, las técnicas de reproducción asistida, la ignorancia en materia de nutrición, etc.” (§ 6).

Por otro lado, las posibilidades investigativas de un género periodístico como el reportaje se hacen necesarias para salir de las explicaciones científicas que eluden las razones sociales de fondo, subyacentes al fenómeno en estudio; que olvidan que existen toda una serie de antecedentes culturales, económicos y hasta psicológicos que son determinantes de esta situación y que le dan un origen, pero que también establecen un escenario en el presente.

Es esa actualidad la que permite adaptar un tópico como éste, que puede dar para miles de páginas de un tratado, a los parámetros de los medios de comunicación. Citando a Federico Álvarez: “Todo aquello que represente una modificación del status vigente, todo aquello que implique transformación en las situaciones establecidas pasará a tener mayor interés para el periodista” (1978, p.101).

Y es que parece inconcebible que, en pleno siglo XXI, en una sociedad que se jacta de haber logrado una incorporación masiva de la mujer al sector escolar y laboral, e incluso

de que unas cuantas ocupen posiciones de poder, los tabúes, las creencias y costumbres heredadas en cuanto a la sexualidad y el machismo predominante perpetúen la posición subordinada y dependiente de las damas que, entre muchas otras cosas, las hace vulnerables de contraer el VIH.

Como todo proceso social digno de investigación e interpretación, esta situación ha seguido un largo transcurso que, en Venezuela, comenzó a ser registrado de forma sistemática hace menos de una década, a partir del informe sobre la epidemia realizado por el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales en 1998.

Dos años antes, un estudio de carácter cualitativo y descriptivo elaborado por la periodista Albor Rodríguez había logrado identificar el fenómeno: “En su mayoría, las mujeres reciben el virus en su casa. El principal factor de riesgo es estar casadas. Para ellas, instar al uso del preservativo por lo general debe estar acompañado de enormes dosis de persuasión” (1996, p. 29).

Una de las bases esenciales del problema es que se pensaba que el matrimonio y el concubinato, como promesas de fidelidad, hacían inmunes a las esposas de contraer el VIH. Empero, el patriarcado tan arraigado en el país, según el cual la masculinidad va en proporción directa con el número de mujeres que tiene un hombre, hace del propio compañero un sujeto “peligroso” capaz de convertirse en un ente diseminador de la enfermedad, dentro del hogar y fuera de él.

Ese mismo machismo que lo lleva, muchas veces, a satisfacer sus urgencias sexuales con otros hombres, porque la ausencia de la mujer debe ser suplida ante lo “incontrolable” de sus impulsos. Esto, sin necesariamente tener una clara identificación con la homosexualidad ni la bisexualidad y, por supuesto, sin emplear el condón, dado que no se asume como grupo de riesgo.

Por confiar en sus maridos y no indagar en su vida sexual previa y/o extra, muchas mujeres tampoco se preocupan por practicar el llamado sexo seguro con ellos y, por consiguiente, desechan cualquier posibilidad de emplear métodos anticonceptivos de barrera.

“Por paradójico que parezca, la confianza y el afecto del matrimonio y otras relaciones a largo plazo son a veces una parte del problema. Los estudios efectuados en diversas partes del mundo indican que las parejas casadas tienen relaciones sexuales con

mayor frecuencia que los individuos no casados, pero utilizan menos preservativos” (Onusida, 2004, p. 68).

Otros factores también se conjugan aquí, como por ejemplo las féminas que no se fían del todo de sus maridos pero, al explorarlos, piensan más en el deshonor que implica una infidelidad que en el riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS). Se añaden además las que al dejarse manipular, o vivir en situación de violencia, carecen de las herramientas para exigir el profiláctico.

Más allá de esto, “¿cómo puede una mujer practicar el coito seguro cuando su compañero varón rechaza utilizar condones o tener relaciones sexuales sin penetración? Si es económica y emocionalmente dependiente de su compañero afronta un conflicto muy importante” (Richardson, 1990, p.2).

Y es que la mujer promedio suele recibir una educación de hogar, académica cuando la tiene, eclesiástica y hasta comunicacional que le dice y le reafirma que su seguridad y su “representación” se encuentran en un hombre. Él debe ser el encargado de cuidarla, mantenerla y, finalmente, hacerla madre, que es la razón última por la cual todos estos factores se conjugan.

“Partiendo de la diferencia sexual, se organiza la sociedad de manera que el poder, en la más fundamentales de sus manifestaciones, queda asignado al mundo público y por ende a su actor principal -el hombre- y, justificándose sobre la relación más evidente y tenida por natural entre las mujeres y la reproducción humana, se le asigna a ésta el espacio en el cual se considera que no se ejerce el poder más allá de lo afectivo y doméstico: el hogar, lugar en donde, sin embargo, el poder sigue siendo sostenido por el padre” (Huggins, 2005, p. 42).

Este nexo indeleble con el mundo privado conduce a muchas damas a limitarse a él y a no intentar inscribirse en la esfera pública de la educación, el trabajo y otras actividades separadas de la familia, que le permitan reducir la dependencia del sujeto masculino. Claro está que muchas, aunque lo deseen, tienen pocas posibilidades de acceso por cuestiones económicas o de otra índole.

Si bien es indudable que en las últimas décadas gran cantidad de mujeres ha logrado incorporarse y superarse, no se pueden hacer generalizaciones para todos los sectores. “Aunque persiste la feminización de la pobreza en ALC (América Latina y el Caribe), la

situación económica de la mujer ha mejorado hasta cierto punto, en gran parte como consecuencia del aumento de la escolaridad en más niñas. A pesar de que el porcentaje de mujeres asalariadas que trabajan ha aumentado significativamente en ALC, casi todas ellas son empleadas en los sectores volátiles de la economía”, (OPS, 2002, p.11).

Al tener menos independencia financiera, a la mujer se le dificulta el acceso a los bienes y servicios en general. Muchas se garantizan todo esto a través de su permanencia con un hombre, cumpliendo así con el rol que le ha sido asignado en la sociedad y más allá de las circunstancias a las que pueda estar sometida.

“Las investigaciones revelan que las mujeres económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de terminar una relación posiblemente peligrosa, tener acceso a la información sobre el VIH/Sida y usar preservativos, y más probabilidades de recurrir a comportamientos de alto riesgo para conseguir una fuente de ingresos” (p. 10).

Las escasas entradas económicas, por otro lado, rara vez son utilizadas para acceder a los recursos sanitarios, por lo que muchas féminas no acuden a examinarse ni mucho menos a practicarse pruebas voluntarias de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Por ello, suelen enterarse de su infección en el momento “menos oportuno”, como por ejemplo cuando dan a luz. Esto hace que, a su vez, haya pocas posibilidades de que reciban el tratamiento adecuado para evitar la transmisión del virus al feto, lo que también tiene consecuencias gravísimas en la expansión de la epidemia.

Dentro de todo este contexto socioeconómico y cultural que hace a las mujeres que viven en uniones estables particularmente sensibles de adquirir el VIH, se añade un factor más: la vulnerabilidad biológica.

A diferencia de los tejidos y las células que se encuentran en los genitales masculinos, los de la vagina son sumamente delicados y susceptibles de roturas, desgarros o incluso pequeñas infecciones que multiplican las puertas de entrada para el microorganismo.

Si bien es cierto que todas estas circunstancias la hacen sensible de adquirir muchas otras ITS, el enfoque de este trabajo se centra en el Virus de Inmunodeficiencia Humana como infección todavía incurable, capaz de ser traspasada a los hijos, que impone innumerables cambios a la vida cotidiana, así como estigma social.

Hay que aclarar que, sin embargo, las respuestas a las interrogantes planteadas no surgieron en abundancia. En Venezuela la información sobre la epidemia es escasa³ y la situación empeora cuando se intenta examinarla a través de un grupo social que, en lo tocante a este tópico, apenas empieza a salir a la luz.

“No se conoce con exactitud la magnitud de la epidemia a nivel nacional, y mucho menos cómo es la incidencia a nivel de estados y regiones, ni en los diversos grupos poblacionales y vulnerables (...). Este desconocimiento es aún más notorio cuando de VIH y mujer se trata, la invisibilización de la mujer es una constante mientras la incidencia del virus aumenta vertiginosamente en la población femenina” (Avesa, 2007, p.12).

El reconocimiento de esa realidad fue, precisamente, el punto de partida de esta investigación. ¿Cómo un fenómeno como éste puede ser tan poco indagado en el país? ¿Por qué, si esto está sucediendo, las poblaciones-blancas a las que se dirigen los esfuerzos siguen siendo principalmente los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales? ¿Qué es lo que hace que estas mujeres no estén exentas del riesgo de infección? ¿Qué consecuencias tiene, en el corto y el largo plazo, el incremento del número de damas VIH positivas?

A través de fuentes de carácter bibliográfico, hemerográfico y electrónico, de cifras y datos estadísticos provenientes de organismos tanto nacionales como internacionales, así como del análisis del marco legal y de derechos humanos se logró dar respuesta a muchas de esas preguntas. No se usan aquí términos absolutos puesto que, como esas mismas publicaciones advierten, la información sobre el VIH/Sida es cambiante.

Se agregan, asimismo, fragmentos de entrevistas en profundidad realizadas a expertos, médicos, activistas de la lucha contra el sida, entre otras fuentes vivas importantes para añadirle el elemento humano a la investigación. Las voces de las propias mujeres infectadas, si bien no son el hilo conductor, ofrecen una visión íntima que parte de la propia experiencia; que cuenta, aunque sea desde el anonimato, cómo es vivir con el virus; que ratifica aquello que exponen los números y la teoría.

Como bien lo señala Álvarez: “La investigación documental y la indagación que realicemos en las fuentes vivas servirán para corroborar la hipótesis de trabajo que planteamos” (1978, p. 116).

³ En la mayoría de los informes de las agencias internacionales sobre el tema, los renglones correspondientes a la información actualizada del país aparecen vacíos. Ver anexos.

Esa conjetura inicial que, en efecto, queda demostrada en cada uno de los tres capítulos que constituyen el reportaje, el cual presenta una estructura por bloques “cada uno de ellos compuesto por varios subtemas, unidos entre sí por transiciones, precedidos por una entrada y coronados por un cierre” (Ulibarri, 2003, p. 195).

De este modo, se tocan las distintas aristas del tema y se arma un rompecabezas que, pieza a pieza, profundiza en gran parte de los factores que hacen que la mujer casada o concubina, ahora, forme parte de una población vulnerable al VIH.

Los números que afianzan esta aseveración, así como los que describen el estado de la epidemia tanto en Venezuela como en el mundo, están en el primer capítulo. Su soporte teórico se encuentra, entonces, en las condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas que ponen a la mujer en riesgo y que determinan que, pese a los esfuerzos, las cifras mantengan una tendencia en ascenso. El papel que juega el hombre en cada uno de estos escenarios constituye uno de los ejes de esta primera parte.

Las características biológicas que hacen más propensa a la mujer que al hombre, a adquirir el Virus de Inmunodeficiencia Humana, cierran la sección y dan paso a la necesaria pero concisa explicación sobre las formas en que ataca el microorganismo. Éste es el punto de entrada al segundo capítulo, que posteriormente pasa a aclarar en qué condiciones se transmite el VIH y cuáles son las etapas que cumple dentro del cuerpo humano.

Luego, con un breve regreso al pasado, se explica cómo la información inicialmente difundida sobre la epidemia, aún a 25 años de su inicio, hace que las mujeres en uniones maritales no se perciban como sujetos de riesgo. También se describe cuáles son las conductas, propias de cada quien o comunes al colectivo, que las exponen.

Al llegar a las féminas que viven con la infección se toca el tema de las pruebas y los tratamientos de los que disponen en la actualidad, que son garantizados de forma gratuita por el Estado venezolano, pero cuyo acceso entraña una serie de dificultades que van más allá de lo institucional y que se relacionan con la mera condición de ser mujer. Cómo afecta esto a las embarazadas también constituye un tópico central en esta sección.

El apartado termina con las posibles y nada alentadoras visiones a futuro, definidas por la conjugación de todos los factores expuestos y expresadas en los llamados indicadores de la epidemia.

Al concluir con la cifra de nuevas infecciones y la cantidad de personas seropositivas que hay en el país, se llega a la pregunta obligada: ¿Cómo será vivir con el Virus de Inmunodeficiencia Humana?

Ése es el eje del tercer capítulo: lo que sienten las mujeres al enterarse, las etapas psicológicas por las que atraviesan y las raíces socioculturales que dan pie a patrones de comportamiento que las hacen vulnerables tanto a recibir la infección, como a ser maltratadas y a desvalorizarse una vez que conocen su seroestatus.

Pero luego viene el renacer. Cuando se asume la condición de tener una enfermedad crónica, que no mortal, se toma conciencia de la necesidad de implementar una serie de cambios en la vida diaria y se comienza a tratar de llevar una existencia que, aunque con ciertas restricciones, puede ser como la de cualquier otra persona.

Ni el sexo ni el embarazo se excluyen, como tampoco las posibilidades de trabajar, educarse o recrearse. El cierre del apartado no sólo da a conocer la forma en que las mujeres seropositivas incluyen estas esencias del ser en su vida, sino también la manera en que muchas veces se ven imposibilitadas de ejercer tales garantías fundamentales, debido a la discriminación de la que son víctimas.

El marco de derechos humanos que las ampara y el uso real que pueden hacer de él, tanto en el ámbito doméstico como en el institucional, son los aspectos primordiales que conducen al final del capítulo.

En él se presentan las recomendaciones y estrategias, que promueven las organizaciones que tratan el tema del VIH/Sida, para controlar y revertir la feminización de la epidemia, que afecta de forma especial a las mujeres casadas y a las que viven en uniones estables.

CAPÍTULO I: MATRIMONIO Y VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana: muchos saben, hablan, oyen y murmuran sobre él. A 25 años de la aparición del primer caso de infección por el VIH, gran parte de las y los venezolanos aún tratan el tema bajo el velo del secreto, de lo escondido, de lo reprochable y lo siguen asociando con la denominación que, hace un cuarto de siglo, le daban los medios de comunicación: el cáncer gay.

Pese a que ahora se sabe que el virus no distingue sexo, raza, edad, inclinación sexual, estado civil o nivel socioeconómico, esa identificación errónea con una infección que sólo afecta a cierto tipo de comunidades (la homosexual, la de usuarios de drogas inyectables, la de los trabajadores del sexo) ha conducido a que muchas personas, por no pertenecer a tales grupos, se consideren fuera de riesgo.

Entre estos individuos se encuentran las mujeres casadas y en uniones estables quienes, sin embargo, han pasado a formar parte de las llamadas “poblaciones vulnerables” en la epidemia del VIH, debido a la situación de fragilidad y dependencia que aún significa el ser mujer, dentro de sociedades como la venezolana.

“Como no hay conciencia de que hay una posibilidad de infección entonces esta población está creciendo, en especial en amas de casa. Ellas piensan que si eso le da a homosexuales y a las prostitutas, y ellas son heterosexuales y fieles a un solo hombre no tienen por qué cuidarse”, afirma Marlin Bello, una de las psicólogas que trabaja en la asociación civil Acción Solidaria, que trata casos de VIH/Sida.

A lo anterior se añade el hecho de que la mujer suele creer que el matrimonio, como juramento de lealtad, la hace inmune al virus, “cuando de repente no es ella la que se puede infectar por su comportamiento, sino por el de su pareja. En la mayoría de los casos que llegan acá es así: son amas de casa, tienen una sola pareja y es el esposo quien introduce la epidemia en la familia”, agrega Bello.

Más allá de la experiencia del día a día en organizaciones como Acción Solidaria, numerosos estudios comprueban lo antepuesto. El manual *Comunicar en VIH y Sida* (2006), del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida), sostiene que el matrimonio se ha convertido en un gran factor de riesgo, en especial para las jóvenes. “La tasa de infección por VIH de estas mujeres casadas es superior a la de las

mujeres solteras y sexualmente activas de la misma edad, a menudo porque sus maridos tienen varias compañeras sexuales y llevan la infección al hogar”.

Las cifras

Los números que describen la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, tanto en el país como en el resto del mundo, son capaces de ilustrar la situación antes descrita que, por supuesto, no es nueva sino producto de un proceso evolutivo.

Ya hace casi diez años un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales de Venezuela, titulado *El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones*, calificaba de “preocupante el alto índice de mujeres amas de casa, quienes representan un total del 36% de todas las mujeres enfermas. En algunas entidades, este porcentaje está por encima del 50%”.

Los datos más recientes divulgados por el Programa Nacional de Sida/ITS (PNS) del Ministerio de Salud revelan que de las 64.500 personas registradas que viven con VIH en el país, aproximadamente 12.900 son mujeres; esto es 20% del total de casos. La directora del ente, Daisy Matos, reconoce que la mayoría de ellas son casadas o concubinas, en cuyo grupo además se registra gran parte de las nuevas infecciones.

El *Informe de gestión 2006* del organismo antes mencionado también indica que entre 1985 y 1989 la relación hombre-mujer, de casos notificados por sida, fue en promedio 18,5 hombres infectados por mujer. En los siguientes cuatro años “los resultados muestran un descenso a 9,8 hombres por mujer, lo cual evidencia el aumento del VIH en los grupos de mujeres”.

La cifra en la actualidad no es menos alentadora; entre 2000 y 2006 la razón fue de dos hombres por cada mujer. De estas mujeres, relata Libsen Rodríguez, representante en Venezuela de Onusida, “80 por ciento son amas de casa. El incremento del número de damas infectadas es causa y consecuencia de la llamada feminización de la epidemia”.

De igual forma, un estudio realizado en 2007 por la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (Avesa), titulado *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida* y en el cual se entrevistó a 77 féminas viviendo con la infección, demostró que 31,18% son casadas o viven en uniones de hecho. No obstante, las divorciadas, separadas y viudas suman 35,06% de la muestra, es decir, otro grupo

importante de mujeres que sostuvieron relaciones estables con un hombre y cuya infección se produjo en el marco de ese vínculo.

Y los números, en realidad, pueden ser peores. Libsen Rodríguez, quien además es médica infectóloga, explica que al cuantificar los casos de VIH hay que tener en cuenta que el virus tiene un período de latencia prolongado, que puede llegar hasta diez años, por lo que existe un importante sub-registro de las y los pacientes portadores que desconocen su estatus serológico. “A nivel mundial, se estima que entre siete y ocho de cada diez personas infectadas ignoran su condición y, por ende, la fuente de salud tampoco reconoce a tales ciudadanos”.

Tomando en consideración estos factores, pero basándose siempre en los datos que envía el Ministerio del Poder Popular para la Salud a los organismos internacionales, Onusida deduce que en el país existen alrededor de 110.000 individuos con VIH (el intervalo tiene un máximo de 350.000 y un mínimo de 54.000 personas). Siendo así, el número de mujeres infectadas se eleva a 22.000; todas juntas, llenarían hasta el tope el Poliedro de Caracas.

“El gran problema -explica la directora a nivel nacional del ente- es que como la nación no ha actualizado sus cifras originales desde 2004, en el modelo matemático con el que se calcula el número de casos se sigue manteniendo la data vieja y mientras ésta es más antigua el rango es más amplio, por lo que se tiene menos fuerza estadística”.

Las mujeres, pero ahora en el ámbito internacional

Aunque la cuantificación de los casos de infecciones por VIH no es exacta en ninguna parte del mundo, las estimaciones basadas en investigaciones de entes como las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportan una idea clara del estado de la epidemia.

La delegada en Venezuela de Onusida precisó que todas estas evaluaciones están a cargo de un grupo de vigilancia global, que toma los informes que los países le remiten y, de acuerdo con indicadores preestablecidos de prevalencia (de cada 100 personas cuántas están infectadas con VIH) e incidencia (cantidad de infecciones nuevas durante un año), realizan sus cálculos y proyecciones.

En el caso de las mujeres, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida presume que ellas son alrededor de 18 millones o, lo que es igual, 45% del total de personas viviendo con VIH, en una pandemia que ya suma más de 40,3 millones de individuos infectados.

¿Qué es lo que hace a las mujeres en general, y a las que viven en pareja en particular, más vulnerables que los hombres a infectarse?

“En relación con las mujeres sucede que el hombre, sea homosexual o sea heterosexual, está teniendo contactos y llevando la infección al hogar. Son hombres que tienen sexo con hombres, bisexuales y los que se han infectado con otras mujeres pero que han metido el virus en la casa”, explica Belkis Lugo, representante de Avesa y co-autora de la investigación previamente citada.

Lo anterior tiene lugar debido a la alta valoración que se le da, en el ámbito masculino, a la variedad de relaciones sexuales casuales aunque se conviva con una pareja estable. Así lo comprueba el estudio *Creencias y prácticas sexuales como factores de riesgo de infección de VIH/Sida en hombres venezolanos* (1999), elaborado por el psicólogo social y fundador del Programa de Lucha contra el Sida de Venezuela, Leoncio Barrios, y Bárbara VanOss, profesora asociada adjunta en el Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad de California-Estados Unidos.

Los investigadores corroboran la bajísima tasa de uso del preservativo, tanto en la cópula con mujeres como con hombres. Al mismo tiempo, revelan cómo los varones que tienen sexo con otros varones constituyen uno de los principales puentes, a través de los cuales el Virus de Inmunodeficiencia Humana llega a las damas.

“Si se es penetrador, se piensa que se es masculino y heterosexual. Inclusive, algunos de estos hombres pueden estar casados o mantener regularmente relaciones sexuales también con mujeres”, señala el texto. El problema es que el coito anal entre ellos acarrea mayor riesgo de infección que cualquier otro tipo de práctica pero, al sentirse “machos”, estos individuos no se identifican con las poblaciones vulnerables y eluden cualquier estrategia de protección, sea con sus parejas homo o heterosexuales.

A ellos se suman los hombres que tienen sexo con muchas mujeres, también sin emplear el profiláctico, lo cual es motivo de orgullo. “La mujer que se resbale, la agarro”, es el testimonio que reproduce, en este sentido, el estudio de Barrios y VanOss.

Si debido a tales conductas estos sujetos resultan infectados, la probabilidad de que le transmitan el VIH a sus esposas es sumamente alta. No sólo por el simple hecho de tener encuentros sexuales con ellas, también sin protección, sino además porque en este escenario hay que tener en cuenta la vulnerabilidad biológica innata de las mujeres, producto de la fragilidad de los tejidos genitales femeninos que los hace más propensos a recibir el virus.

A todo lo anterior, Belkis Lugo añade la vulnerabilidad social de ellas: “Si tiene la conciencia de que puede infectarse, no tiene las herramientas para decirle a su marido que no va a tener sexo con él o pedirle que use protección, porque para ella están en juego un montón de circunstancias en su relación con esa pareja”.

La investigadora también explica que, según los resultados de la indagación de Avesa, por lo general estas señoras reciben el VIH luego de una infidelidad de su esposo o concubino y, en menor proporción, conocen al hombre ya infectado pero no están al tanto de su estado.

Esto pudo ser comprobado posteriormente: “Me imagino que él tenía algo por fuera, porque era un hombre muy elegante, con mucha labia; nadie le decía que no. Cuando me salió positiva la prueba, él ya tenía un mes de fallecido y yo lo que pensé fue: ‘¡oye Piero! Tremenda vaina me echaste, ¿no?’”, confiesa Taby Zambrano, una de las siete mujeres viviendo con VIH entrevistadas a efectos de este reportaje.

Lo socioeconómico

Situaciones como la antes descrita parecen ser el pan diario de cada día en Venezuela y, por qué no, en la mayor parte de los países de Latinoamérica. Independientemente de que en un caso en particular se involucre al VIH o no, la mujer “promedio” de estas sociedades suele ocupar un puesto de subordinación y dependencia con respecto al sujeto masculino, lo que le conduce a soportar una serie de situaciones que la dañan y la ponen en riesgo.

De acuerdo con el texto *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002), de la Organización Panamericana de la Salud, “diversas investigaciones prueban que muchas mujeres toleran un esposo con varias parejas sexuales, a fin de garantizar su estabilidad financiera y la de sus hijos. Algunos

estudios demuestran que la variedad de parejas es una prueba de masculinidad entre los hombres en el Caribe”.

“AN”, una mujer viviendo con VIH y cuya verdadera identidad se mantiene en reserva para protegerla, comentó: “Una persona se introdujo en nuestras vidas y se lo llevó; pasamos tres años separados y luego volvió. Aunque al principio yo no quería, luego lo acepté porque yo estaba sola y la broma de la lucha por los muchachos, que ya eran adolescentes. Ahí fue cuando pasó, ahí fue cuando me infectó”.

Está claro que, en la actualidad, no se puede decir que todas de las mujeres viven en escenarios como éste y son sumisas, dependientes y dominadas por un hombre; sería cerrar los ojos a la enorme realidad de su emancipación e incorporación masiva al ámbito escolar, universitario, laboral e institucional.

Empero, los números revelan que la participación de las damas en el mundo público, por oposición al privado o doméstico, sigue siendo inferior a la de ellos. Según el censo nacional del año 2000, la cifra de ocupación en hombres superaba por 2.484.716 personas a la de mujeres. Incluso, a nivel de la fuerza de trabajo con estudios superiores, las mujeres sobrepasaban en 46.806 casos a los hombres en situación de desocupación.

Un análisis realizado por la experta en temas de desarrollo Rosaura Sierra, en 2003, titulado *Feminización de la Matrícula de Educación Superior y Mercado de Trabajo en Venezuela*, dio a conocer que 10% de las mujeres con formación académica de tercer nivel se dedica a quehaceres del hogar. “Si relacionamos esto con el aumento de la tasa específica de actividad femenina podría pensarse que para las mujeres con estudios universitarios -igual que para las mujeres en general- opera el fenómeno del trabajador adicional”.

Sierra puntualiza que existen factores extra laborales, como el estado civil, número de hijos, la doble jornada, entre otros, que pueden influir en la contratación y en la exclusión de las féminas. Por ello concluye que, “si bien las oportunidades educativas se han ampliado significativamente, el mercado de trabajo se muestra insuficiente para incorporar a las mujeres con estudios superiores”.

Entretanto, la Oficina Internacional del Trabajo alerta, en el dossier *La desigualdad de ingresos entre mujeres y hombres ha disminuido en la década, pero sigue siendo*

elevada (2001), que los hombres continúan devengando salarios mensuales superiores a los de las mujeres en 34%.

“AN”, quien se formó y se dedicó durante muchos años a las Artes Gráficas, refirió que mientras su marido vivió, si bien ambos trabajaban, él contribuía con la mayor parte del ingreso familiar y le proponía a ella que no laborara. “Yo estaba haciendo un proyecto, entonces él me dijo: ‘si tú quieres trabaja para ti hasta que logres lo que quieres, que yo cubro lo demás’. Pero luego vino todo esto y él se fue. En la actualidad, yo no ejerzo y a veces sólo me gana 10.000 bolívares semanales con unos arreglitos de costura”.

Circunstancias como éstas demuestran el estado de sujeción y subordinación en el que, aún a comienzos del siglo XXI, viven muchas mujeres. “Cuando la pobreza, la inequidad y el sida se combinan, el mayor impacto lo reciben las mujeres y las chicas. De los 1.2 billones de personas que viven con menos de un dólar al día en todo el mundo, 70% son mujeres. En muchas sociedades, para poder sobrevivir ellas dependen económica, financiera y socialmente de sus compañeros masculinos o de otros miembros de la familia”, destaca el estudio *Manteniendo la promesa: una agenda para la acción sobre las mujeres y el Sida* (2006) de la Coalición Global de Mujeres y Sida.

La representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) en Venezuela, Alejandra Corao, asevera que el hecho de que sea el hombre el que mantiene económicamente el hogar, es decir, que sea él quien está en el ámbito productivo y la mujer en el ámbito reproductivo, la coloca a ella en una situación de minusvalía que la hace vulnerable a todo, incluso al VIH, “porque ella suele tener cada vez más hijos y, aunado a ello, menos posibilidad de trabajar y de educarse”.

Según datos de la encuesta de hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el primer semestre de 2003, el número de mujeres que termina el sexto grado es inferior al de hombres por cuatro puntos porcentuales (44% versus 40%). Para el período 2005/2006, la cifra de muchachas que no asistían a las instituciones de educación básica superaba por 88.000 personas a la de muchachos, de acuerdo con estimaciones del entonces Ministerio de Educación.

Una de las explicaciones de por qué las chicas tienden a abandonar más rápidamente la enseñanza elemental puede verse en los datos de la cartera de salud, que sostienen que dos de cada cinco adolescentes dejan la escuela como consecuencia de un embarazo. El

inicio de la vida sexual activa es alrededor de los 15 años, el primer embarazo ocurre a los 16 años y el número de partos promedio es de cinco.

Iris Espinoza entra dentro de estas estadísticas. Tiene 19 años, tres niños y vive en Petare. No pudo terminar el bachillerato para madres adolescentes porque, cuando empezaron a circular ciertos rumores, la botaron del liceo. Ella tiene VIH.

Si se toman en cuenta casos como el de Iris y a ello se anexa lo expresado por Corao, el escenario se torna preocupante. Existe una gran cantidad de madres, amas de casa, que carecen no sólo de cualquier tipo de formación sino, en especial, de la información relativa a la sexualidad, al sexo seguro y a sus derechos como mujer y ser humano.

El informe *Niñas, VIH/Sida y educación* (2004) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), resalta que como es frecuente que las muchachas y las mujeres sean más pobres y menos educadas que los hombres, son por lo general más dependientes de ellos social y financieramente. “Este desbalance de poder reduce las opciones de las mujeres jóvenes para negociar sus relaciones con los hombres, determinar si tener y cuándo tener sexo, e incluso si se practica de forma segura”.

De esta forma, añade la delegada de Unfpa, una mujer que no es autónoma debe responder a los designios del marido y, por ende, “no puede abstenerse y decir que no quiere tener relaciones; ella es fiel, pero su esposo es quien no lo es; y no puede negociar el uso del condón, porque el hombre le va a decir que no”.

Protección: algo impensable

Muchas féminas no se sienten en la capacidad de discutir con sus parejas la posibilidad de hacer uso del preservativo, aun cuando tienen la conciencia de la importancia de emplear métodos anticonceptivos de barrera para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Creencias sociales y culturales de larga data, así como tabúes e información incorrecta juegan en contra de la práctica del llamado sexo seguro. Muchas piensan que las sensaciones propias del acto íntimo van a variar por la presencia del condón, mientras otras simplemente no se atreven a sugerir su uso, bien por temor a agresiones físicas y/o verbales

de parte de la pareja (en el caso de las que sufren de violencia de género), o bien porque el esposo/concubino podría dudar de su fidelidad.

El documento de Avesa *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida* (2007) presenta testimonios, producto de discusiones en grupos focales, que son reveladores: “Yo ahora con mi segunda pareja lo uso, pero no siento lo mismo. Quiero carnita con carnita”, comentó una de las entrevistadas.

Otra hizo alusión a la negativa del esposo de protegerse y al hecho de no percibirse como sujetos de riesgo: “No usábamos condón y no teníamos eso en la mente. Cuando empecé a perseguirlo lo encontraba con mujeres pero no pensaba en VIH. Cuando me enteré ya era demasiado tarde. Ahora si le hablo de condón me insulta. Agarra los condones y los sopla como una bomba”.

Además de situaciones como las descritas, hay hombres que podrían señalar a su pareja por el hecho de que le planteen el empleo del profiláctico. “AN” recuerda que cuando le proponía a su marido la utilización del preservativo, él se negaba y la acusaba de “tener otro”, palabras que ella califica de chantaje y violencia psicológica.

“Ambos sexos relacionan la intimidad y la confianza con el coito sin protección y es posible que perciban el uso del preservativo como una acusación de infidelidad. La insistencia en el uso del condón puede interpretarse como un reto a la integridad y el poder masculinos, sugiriendo que la mujer no le tiene confianza ni ama al hombre”, destaca el dossier de la OPS titulado *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002).

Un sondeo realizado entre el 16 y el 17 de junio de 2007, a efectos de esta investigación, permitió verificar lo antepuesto. De un total de 30 féminas de distintos estratos socioeconómicos, que viven en pareja y que fueron encuestadas en tres zonas de Caracas, 17 de ellas (56,6%) reconocieron emplear algún método anticonceptivo pero, de éstas, sólo una incluyó el uso regular del condón.

Otras seis mujeres manifestaron que no requieren de ningún mecanismo de barrera, porque se sometieron a la llamada oclusión tubárica, comúnmente conocida como ligadura de trompas.

Aunque por comentarios verbales muchas expresaban dudas acerca de la lealtad de su pareja, salvo la excepción aludida, todas coincidieron en que el coito protegido se practica con el objeto de evitar el embarazo.

Empero, no siempre se tiene la posibilidad de elegir: “Tenemos relaciones sexuales a juro porque él se pone bravo. Si no lo hago dice que tengo otro hombre, y le saco el condón pero dice que no”, indicó una de las participantes en el estudio *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida* (2007).

Si la mujer es acusada de adulterio es probable que sea abandonada por su pareja y, si proponer el sexo seguro puede conducir a tales suposiciones, ella prefiere correr el riesgo y mantenerse en silencio.

El expediente de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa, citado en líneas precedentes, ratifica esta aseveración y apunta que son varias las razones por las cuales a las féminas se les dificulta negociar la utilización del preservativo. En primera instancia, no han sido educadas para ello y sienten temor de perder al esposo, porque creen que su uso está asociado con engaño o enfermedad.

En segundo lugar, señalan disminución del placer sexual y, finalmente, piensan que su pareja debe usarlo o lo usa en relaciones extramatrimoniales, por lo que lo identifican con circunstancias negativas.

“Esto refleja, una vez más, la subordinación de la mujer ante la figura del hombre, dejándole a éste el poder de decidir sobre su derecho a la salud”, concluye el informe.

Pero Marlin Bello, psicóloga de la ONG Acción Solidaria, va más allá y se centra en la supeditación económica de la mayor parte de estas féminas, que es consecuencia de las relaciones desiguales de poder entre los ámbitos sociales femeninos y masculinos. Según Bello, independientemente de los maltratos y vejaciones que algunas puedan sufrir por el hecho de insinuar la posibilidad de tener relaciones sexuales protegidas, ellas temen el quedarse “desamparadas”.

La psicóloga reitera que 80% de los casos de mujeres que se reciben en esa institución son personas que no trabajan o que, si lo hacen, se dedican a la economía informal o a empleos menores; pertenecen a estratos sociales bajos y tienen poco nivel de instrucción. Estas condiciones hacen ineludible la búsqueda de apoyo financiero en el cónyuge, con el objeto de cubrir las necesidades básicas propias y de los hijos.

De hecho, de las siete damas entrevistadas para este reportaje sólo dos trabajan como vendedoras ambulantes. El resto, con o sin pareja, se dedica a oficios del hogar o a colaborar *ad honorem* con fundaciones que ayudan a personas viviendo con la infección.

En el informe *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe*, la Organización Panamericana de la Salud subraya las razones esenciales por las cuales las inestables circunstancias financieras y laborales de las mujeres aumentan su vulnerabilidad al Virus de Inmunodeficiencia Humana:

“El hecho de que menos mujeres tengan empleo, gocen de menos seguridad en el trabajo y perciban un salario más bajo hace que dependan económicamente de los hombres. Esto crea una relación en la cual tienen más importancia las decisiones de los hombres sobre cuestiones relativas a las relaciones sexuales, el uso de protección, el gasto doméstico en salud y el acceso a la atención de salud, entre otras. Estas decisiones en conjunto son esenciales para la prevención y atención del VIH”.

Hay algo más

Además de la supeditación económica existe otra aún más difícil de quebrar: la emocional. En muchos casos, las mujeres sienten que deben tener una contraparte masculina como figura representativa en el hogar y ante la sociedad.

La ausencia de ese símbolo puede conducir a que ella se sienta incompleta y considere que no está cumpliendo el rol que le ha sido asignado. Por tal motivo, hay quienes prefieren mantenerse al lado de un hombre tolerando ciertos comportamientos abusivos y/o lesivos, con el propósito de defender un ideal de unión conyugal.

“Me infectó mi esposo, mi actual pareja. Todavía vivimos juntos en familia, gracias a Dios y, bueno, a pesar del problema nosotros decidimos estar unidos”, afirma Yolimar Duno, una mujer y madre que vive con VIH.

Aunque no está del todo segura, Duno cree con firmeza que su compañero se infectó en una relación previa; de no ser así, ella sostiene que igual habría permanecido a su lado. “Si somos una pareja que de verdad nos tenemos confianza y así hubiera fallado él, en mi posición, yo le hubiese dado una oportunidad”.

Desde el punto de vista de la formación sociocultural, explica Morelba Jiménez, socióloga y Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones

Unidas-Venezuela, existe una respuesta a un modelo que es de protección, de respeto, de calidad y complemento de vida, lo cual se logra al tener un consorte y establecer una familia, dentro de las normas y patrones instituidos.

Jiménez expone que, simbólicamente, la mujer que carece de tales elementos y en especial de un hombre no es aceptada, por lo cual “yo lo tengo a costa de lo que sea; sea responsable, sea irresponsable, sea fiel o sea infiel”.

La socióloga indica que esta ilusión de pareja es un riesgo para las damas cualquiera que sea su condición social, pero para aquellas de estratos socioeconómicos deprimidos constituye un peligro aún mayor porque “el patrón también está asociado a la imagen del proveedor. Entonces hay quienes se dejan golpear, por ejemplo, porque simplemente no aceptan estar sin el marido”.

En el análisis de la OPS, referido anteriormente, se explica que tales actitudes tienen su base en lo que se denomina “la cultura del Marianismo”, dentro de cuyos cánones son criadas gran parte de las niñas y mujeres en Latinoamérica y otras partes del mundo.

Según este paradigma, la mujer tiene que ser pura, dependiente, débil, resignada, vulnerable y subordinada a su cónyuge, a quien debe obedecer. La feminidad viene dada por el ser inocente y sacrificada, “anteponiendo las necesidades y los deseos de su compañero a los propios. Se presume que no exprese sus aspiraciones y se resigne a su sufrimiento”.

Morelba Jiménez puntualiza que muchas veces no es el criterio económico lo que conduce a tener una pareja, sino la necesidad de sentirse legítimamente representada. “Yo conozco mujeres, en comunidades donde he trabajado, que se mantienen al lado de un marido porque están en un sitio de mucho riesgo, en barrios donde la inseguridad es terrible, entonces un hombre les garantiza protección. La gente sabe que tiene un esposo y que, si alguien le hace algo, él va a responder”.

Además de percibirse completa ante sí misma y los demás, existe toda una historia de socialización en la mujer venezolana que la empuja a sentirse necesitada de una figura masculina. Según Jiménez, desde que las niñas son pequeñas les enseñan que deben ser bonitas y respetuosas para ser el orgullo de la familia y conseguir un buen esposo, que luego deberá convertirse en lo más importante de su vida.

La escuela y la iglesia suelen reafirmar tales convicciones. “Es decir: familia, sistema escolar, instituciones eclesiásticas y la propia sociedad te enseña, como un valor, que tu destino es la maternidad y todo lo que está asociado al comportamiento del cuidado de los otros, y tú trabajas para conquistar eso”, describe la socióloga.

Pero si una vez que la mujer alcanza tales objetivos, el hombre le es infiel, la maltrata o la infecta con VIH, sólo puede pensar que es ella misma la equivocada y que debe permanecer al lado del cónyuge. “¿Que la iglesia se equivocó?; ¿que tu familia se equivocó?; ¿que tu escuela se equivocó? No es fácil que una mujer reaccione frente a eso, ante mínimo 20 ó 30 años de socialización de vida”, concluye la Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Venezuela.

Y así lo refuerza una de las damas consultadas por Avesa, quien afirmó: “Si él es infiel, será que yo no le funciono”.

Los roles

Las respuestas conductuales de las féminas están ligadas, además de con la socialización propia de los sistemas institucionales, con los roles de género que se asignan en la cultura venezolana y que constituyen concepciones estereotipadas de lo que debe ser la forma de actuar de cada sexo.

De acuerdo con estos patrones, la mujer debería permanecer al lado de un hombre en su papel de administradora del hogar y reproductora de la especie. Si el marido es, como proveedor, el responsable de la sobrevivencia física de la familia, entonces a ella, que por lo general depende de él a nivel económico, le corresponde “la sobrevivencia afectiva y la administración de la cotidianidad de la vida”, como señala Magally Huggins en *Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida* (2005).

La experiencia en cualquier familia venezolana corriente demuestra que, independientemente de que la esposa/concubina no dependa financieramente de su compañero, las labores de manejo del hogar, las faenas diarias de la casa y hasta la afectividad son delegadas a ella casi por completo. De aquí que surja el término de la doble jornada: la productiva en el trabajo fuera de la casa y la reproductiva, dentro de ella.

Por tal motivo, agrega Huggins, “la entrada imparable de las mujeres a los espacios públicos como sujeto de derecho y ciudadanas, requiere la equivalente entrada de los

hombres al espacio doméstico, donde la privacidad pueda convertirse en responsabilidad común”.

Aunque ha habido avances al respecto, la cultura latinoamericana, con sus matices de patriarcado y machismo, no ha logrado modificar del todo los roles determinados para cada sexo. Por tal motivo, “la mujer definida a partir de su papel en la esfera privada/doméstica, es la actora de lo no importante, lo no valorado socialmente, ajena al espacio de la individuación”, reseña el texto nombrado en líneas previas.

Pese a que tales señalamientos podrían ser refutados por los defensores de la teoría de la familia matricentrada venezolana, ellos mismos son capaces de reconocer que existe una preeminencia del poder masculino en numerosas esferas de la vida social.

Así, el sistema patriarcal queda definido, según Alda Facio en *Feminismo, género y patriarcado* (2000), como un régimen jerárquico “de relaciones sociales, políticas y económicas que, tomando como excusa una diferencia biológica sexual y su significado genérico, establece, reproduce y mantiene al hombre como parámetro de la humanidad otorgándole una serie de privilegios e institucionalizando el dominio masculino sobre las mujeres”.

Aunque autores como Alejandro Moreno y Samuel Hurtado defiendan la hipótesis de que el centro de la familia está focalizado en la madre y los hijos, siendo ella la que rige con poder el destino del hogar, estos investigadores han tenido que admitir que tal conceptualización se reduce únicamente a lo íntimo y que, en el ámbito social, en Venezuela impera un régimen patriarcal.

¿Por qué? Porque en lo macro existe un machismo según el cual se mantiene y reproduce, “como parcela inalienable de los hombres, el uso de determinado poder, que se refuerza con el ejercicio exclusivo de un derecho particular a la libertad sexual”, expone Moreno en *La familia popular venezolana* (1995).

Este sociólogo y psicólogo agrega que también tiene lugar, en el país, un machismo-sexo que se caracteriza por una actividad sexo-genital dispersa que tiene como finalidad “manifestar públicamente que se pertenece de lleno al sexo masculino y, por lo mismo, se tiene derecho a ejercer poder”.

¿Dónde queda la confianza?

Ese desorden en la vida sexual de muchos varones venezolanos, quienes consideran que se es “más macho” en la medida en que se tenga un mayor número de parejas con las cuales sostener relaciones casuales, es uno de los factores que está poniendo en riesgo la salud de muchas mujeres, en especial en lo relativo a la infección con el VIH.

Si bien gran parte de las damas que viven en uniones estables no pecan por inocentes ni creen ciegamente en sus esposos, tomando en cuenta las características de cada hombre, claro está, ese machismo-sexo tan férreamente arraigado en la sociedad conduce a que, aunque no confíen, no terminen de creer que en realidad el hombre las puede engañar y mucho menos que les puede transmitir alguna ITS. Si lo saben o lo suponen, también es probable que no puedan o quieran hacer nada al respecto.

De acuerdo con el breve sondeo adelantado a efectos de este reportaje entre el 16 y el 17 de junio de 2007 en tres zonas de Caracas, y en el cual se encuestó a 30 féminas que viven en pareja, sólo una de cada diez mujeres confía en su compañero y así lo expresa abiertamente. El resto de las personas consultadas no tomó en cuenta esa opción en la interrogante donde se le presentaba y, pese a ello, 86,6% se considera fuera de riesgo de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

“Te voy a decir algo. En mi caso yo no me daba cuenta de que me engañaban, no sabemos en qué condiciones pasa, a veces sabemos y le damos oportunidades, perdonamos cuando se arrodilla”, confesó una de las personas viviendo con VIH interrogadas por Avesa para el estudio *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida (2007)*.

El hacerse de la vista gorda o dar segundos chances es consecuencia de toda esa formación que se le da a la mujer, según la cual lo correcto es que tenga a un hombre al lado, independientemente de las circunstancias de la relación.

También es producto de una aceptación casi voluntaria de la libertad sexual del sujeto masculino, sobre la reserva que debe tener la mujer. Existe la creencia de que mientras él debe satisfacer las “necesidades del cuerpo”, ella sólo puede explotar y explorar su sexualidad con fines reproductivos como resultado de sus deberes de pareja, que forman parte invariable de su destino.

Así lo explica la socióloga Morelba Jiménez: “Para las mujeres, la sexualidad generalmente no forma parte del placer personal, de su calidad de vida y de su salud pues

todo lo que es deseo y goce debe estar de lado. Mientras tanto, las normas han establecido que la sexualidad del hombre es más libre, es decir, puede ejercerla con quien quiera, donde quiera y cuando sea; en muchas condiciones y en muchos momentos sin que eso sea cuestionado”.

De hecho, en la investigación de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa se transcriben numerosos testimonios en los cuales las féminas confiesan que le dicen al marido que si “va a tener algo por fuera”, por lo menos, se proteja. Estas damas, entonces, aceptan abiertamente el adulterio de su pareja.

Como dice Cristina Otálora en *La familia popular venezolana: el significado de la infidelidad en el contexto de la pobreza* (2004): se concibe la fidelidad “como un valor ideal que debe formar parte del compromiso en la relación de pareja, casadas o no, aunque existe la conciencia de que esto no ocurre en la práctica”.

Por ende, más allá de que pueda haber cierta permisividad de la mujer, lo que ocurre es una respuesta a lo que en la sociedad es permitido como patrones de comportamiento.

Es indiscutible que existen salvedades, empero, aún en este tercer milenio no puede aseverarse que la excepción prima sobre la norma. Y es que estas prácticas institucionalizadas o socialmente aceptadas, son de antigua data.

En *La familia popular venezolana* (1995), Moreno explica que desde la colonia los conquistadores españoles debieron establecer dobles vínculos sexuales, por la lejanía con su país de origen, y constituyeron familias ilegítimas como contraparte de la reconocida que permaneció en la Península. Este escenario fue evolucionando y manteniéndose a través del tiempo, llegando incluso hasta la actualidad.

Así, “hay una mujer pública, oficial, a la que ciertamente se le tiene amor, pero no un amor entero. El amor de pareja se fracciona y sus fragmentos se reparten entre la mujer pública y las mujeres secretas, con las que no se cierra un compromiso radical”.

Pero esta creencia de que el hombre puede tener numerosas parejas sexuales parte también de la formación que se les da a las niñas y a los niños. Desde muy jóvenes, a las chicas se les enseña que no deben conocer nada del sexo y que es algo que no se puede disfrutar. Tan es así que “muchas mujeres que buscan información acerca del sexo seguro

son consideradas promiscuas o adúlteras”, sostiene la hoja de datos de la OPS titulada *Género y VIH* (2003).

Este documento explica que, en contraste con esa formación que se le da a las muchachas, a los varones se les presiona para que tengan su primera experiencia sexual a temprana edad, con el propósito de probar su masculinidad. “Esto, con frecuencia, involucra trabajadoras sexuales y/o tener más de una pareja sexual, lo que los coloca en riesgo de contraer VIH u otras infecciones de transmisión sexual”.

Adícea Castillo, economista y activista por los derechos de la mujer desde hace más de 30 años, agrega a lo anterior el hecho de que en la familia la educación sexual es casi nula, si bien reconoce que en la actualidad eso ha cambiando un poco, especialmente en aquéllas en las que los padres son jóvenes.

Con todo, la mayor parte de las damas encuestadas para este reportaje ubicó en el renglón de “regular” la enseñanza en materia de sexualidad, recibida tanto en el hogar como en la escuela.

Para Castillo, estos datos revelan que muchas de esas mujeres que hoy son madres y esposas no tienen, en la mayor parte de los casos, ni los conocimientos ni la experiencia suficientes para instruir adecuadamente a sus hijos/as. Esto, en vista de que en sus propias casas no les fue explicada la posibilidad de una sexualidad sana y, por ende, no la han ejercido. “Creen que el sexo es sólo para parir”.

Esta feminista concluye que lo inadecuado de la educación sexual hace que no se superen los mitos ni los traumas, por lo que toda la instrucción hasta ahora, en especial la que se le da a las mujeres, se deslustra de su naturalidad y es considerada pecaminosa. “Cuando en realidad el hecho de que conozcan, exploren su cuerpo y sus sensaciones y se informen sobre salud sexual no quiere decir que sean prostitutas”.

Por su parte, la Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Venezuela, Morelba Jiménez, suma a lo antedicho la necesaria producción de un cambio social, a partir del cual la mujer pueda ser capaz de buscar información y educarse acerca de su sexualidad, sin reprimendas ni prejuicios, y con la aceptación y comprensión del hombre.

Porque, “yo tengo más riesgos en la medida en que la sociedad me pone en riesgo. La protección, contra el VIH y muchas otras cosas, no es individual nada más porque

entonces habrá unos que se van a salvar y otros que no. En cambio, si hay una orientación social, institucional, educativa, laboral, eso hace que la propia conducta sea más sana y se potencie la posibilidad de decidir”.

Ellos también siguen patrones

El que se hable de la necesidad de hacer transformaciones sociales profundas indica que no es que el sujeto masculino es un ser desconsiderado e irresponsable, cuya única misión en la vida es satisfacer sus necesidades sexuales a través del coito con numerosas mujeres, independientemente de su estado civil.

Lo que quiere decir es que las actitudes que muchos de ellos asumen, las cuales pueden poner en riesgo su salud y la de su pareja, son consecuencia de la misma enseñanza que reciben de las distintas esferas de la vida en comunidad: la familia, los grupos de pares, el sistema educativo, los medios de comunicación, las instituciones eclesiásticas, sociales y del Estado, entre otras.

“Las normas de género aumentan el riesgo de los hombres a la infección por el VIH. Desde una edad temprana, se socializa a los niños para que vinculen la actividad sexual prolífica con la masculinidad y se los alienta a ser sexualmente activos y versados en temas sexuales”, resalta el dossier *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002).

Este estudio argumenta, como ya se advirtió anteriormente, que muchos padres suelen arreglar con profesionales del sexo el inicio de la actividad sexual de sus hijos y los jóvenes que no cumplen con la perspectiva de habilidad erótica, suelen ser objeto de burlas y del cuestionamiento de su hombría.

“Por consiguiente, los muchachos y los hombres tienen más probabilidades de incurrir en comportamientos peligrosos, y menos probabilidades de buscar información acerca de su salud sexual, ya que para ello tienen que admitir su falta de conocimientos, lo cual equivale a falta de experiencia sexual”.

El texto de la Organización Panamericana de la Salud añade que estos varones que mantienen conductas riesgosas suelen tener coito sin protección, a veces con varias parejas o intoxicados por el alcohol y las drogas.

A través de entrevistas en profundidad, la investigación de Leoncio Barrios y Bárbara VanOss, titulada *Creencias y prácticas sexuales como factores de riesgo de infección de VIH/Sida en hombres venezolanos* (1999), corroboró lo anterior. “Estos tres factores van juntos, en especial cuando se trata de relaciones extramaritales. Como no acostumbran a usar condón en otras condiciones, menos lo hacen bajo los efectos de esta sustancia o de otra droga”.

Situación que se repite, con pocas variaciones, en el resto de los países del continente. Según el documento de la OPS referido en párrafos precedentes, los hombres latinoamericanos tienen mayores posibilidades que las mujeres de consumir sustancias que se vinculan con una actividad sexual abundante e incluso con violencia de género, que son factores de riesgo en la infección por el VIH.

Hay unos que sí tienen la culpa

“Se ponen a beber y a buscar mujeres. Uno no sabe si por el efecto del alcohol lo hacen sin protección. Después llegan a su casa y obligan a la mujer a tener sexo, eso es una violación”, señaló una de las personas encuestadas por Avesa. Este término queda definido, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, como “la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto”.

Si el hombre está infectado con el VIH, el abuso puede conducir a la transmisión del virus a su pareja. Aunque situaciones como la relatada por esta señora pudieran ser calificadas de extremas o extremistas, suceden con más frecuencia de lo que muchos imaginan.

Según cifras de Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer), en 2006 se registraron en el país 36.777 casos de violencia contra las mujeres, que en su mayoría denuncian como agresor al propio compañero. “El mayor porcentaje (79%) corresponde a la pareja actual, sea cónyuge o concubino; el padre de sus hijos e hijas, quien dice amarla”, asegura el *Boletín en Cifras: Violencia contra las mujeres* de 2004, del Centro de Estudios para la Mujer (CEM) de la Universidad Central de Venezuela (UCV).

Con estas apreciaciones coincide la OPS, que en numerosos informes señala que uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres, en cuanto a su vulnerabilidad ante la agresión sexual, es estar casada o convivir con una pareja.

Y denuncia es aquí la palabra clave, pues no todas son capaces o pueden consumir la posibilidad de acusar al ofensor. De acuerdo con estándares que manejan las ONG que atienden casos de violencia doméstica, por cada mujer que delata a un hombre agresivo hay por lo menos cinco que no lo hacen. Estas cifras empeoran cuando se toma en consideración que una de cada tres mujeres en Venezuela ha sido violentada por su pareja, desde verbal hasta sexualmente.

Así lo corroboró la Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Morelba Jiménez, quien explicó que no sólo por la falta de denuncia es muy complicado elaborar estadísticas sobre esta situación, sino además por el tiempo que se toman para poner al descubierto su circunstancia. “En promedio, pasan cinco años de abuso sistemático hasta que la mujer lanza su primera delación”. El boletín del CEM concuerda con tales valoraciones.

A esto se añade el hecho de que muchas veces las personas presentes en el ámbito más próximo a la mujer (familiares, vecinos, compañeros de trabajo) conocen su situación pero no la notifican ante las autoridades, porque “en problemas de dos, los terceros sobran”. De allí que por mucho tiempo se denominara a este mal “violencia silenciosa”, dado que no suele salir de los límites del hogar.

La economista y feminista Adícea Castillo ilustra, claramente, este escenario: “Muchas veces, en ciertos sectores, las abuelas o madres de muchachas golpeadas, maltratadas o con hombres muy mujeriegos les siguen diciendo: ‘aguanta m’hija, mira que tú tienes dos muchachos, ¿cómo vas a mantenerlos?’”.

Esta situación no es reciente. Según un estudio adelantado hace diez años por Virginia Rivero, delegada de Venezuela ante la Comisión Interamericana de Mujeres de la OEA, “95% de los casos atendidos por los jueces de paz en nuestro país son hechos de violencia doméstica entre marido y mujer”.

El informe de Rivero, titulado “La violencia contra la mujer: una barbarie en pleno siglo XXI” y publicado en la *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* (1997, Vol. 2), también presenta datos que hablan por sí solos. De acuerdo con lo indagado, en el hospital

Pérez Carreño de Caracas de cada diez emergencias que se recibían, cuatro eran de mujeres con lesiones producto de agresiones de su marido.

Es importante resaltar que aquí se está hablando de violencia de género. En 1993 la Asamblea General de la ONU definió esta forma de agresión como “cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad”.

La distinción entre aquella y la violencia doméstica es que la segunda supone que, tanto el agresor como el agredido, puede ser cualquier miembro del grupo familiar, es decir, no sólo la pareja ni los integrantes de sexo femenino.

En ambos casos, pero en especial en lo tocante a las mujeres, los excesos se clasifican en tres tipos:

En primer lugar el abuso emocional, que se manifiesta a través de las intimidaciones, el control extremo, las humillaciones, las descalificaciones, el aislamiento y el constante infundir miedo, entre otras condiciones.

Le sigue la violencia física que se traduce en golpes de distinta intensidad, con medios que pueden variar desde las propias extremidades del agresor, hasta objetos de mediano y gran calibre. Aquí se incluyen los eventuales asesinatos.

Finalmente, la violencia sexual. Esta puede ir desde la ofensa a la sexualidad “hasta prácticas sexuales no deseadas y/o violación marital”, establece la educadora María Rey en un trabajo de licenciatura titulado *Estereotipos sexuales en la atención de la denuncia en violencia doméstica hacia la mujer* (UCV, 1999).

Pero, ¿cuál es la razón por la cual se producen estos ataques contra las féminas? De acuerdo con Rey, quien a su vez cita a Martinho (1997), las condiciones de subordinación y abnegación que se les han impuesto a las mujeres, definidas como representantes del sexo débil, “justifican el abuso y la violencia por parte del hombre. La mujer, madre, esposa y compañera debe complacer a su macho y aceptar de él todo, incluso golpes y vejaciones morales”.

Esto, en vista de su pretendida superioridad como el más fuerte y como el que manda; como el sujeto que, coincidiendo con los roles que le ha asignado la sociedad, debe expresar su dominio y poder en la relación de pareja a través de la llamada fuerza bruta.

Todo lo cual engendra un círculo vicioso de violencia, agresión y sometimiento, que se asume como un aspecto inherente a la dinámica de las uniones maritales y que acarrea un proceso de naturalización de las imposiciones.

Si, como dice la periodista Albor Rodríguez en *De eso no se habla. La huella del SIDA en Venezuela* (1996), el principal factor de riesgo para las mujeres en cuanto a la infección con el VIH es estar casadas, la situación toma tintes más oscuros cuando, además de vivir en pareja, una señora se encuentra en circunstancias de violencia.

Diversas investigaciones de organismos internacionales como Onusida o la Organización Mundial de la Salud resaltan que la relación entre la violencia física y psicológica y la infección por el VIH, aunque existe, suele ser indirecta. Lo que se pone en juego en este caso es la posibilidad de las féminas de decidir acerca del uso de protección y, como se expuso en párrafos precedentes, sobre el empleo de los recursos para acceder a los servicios sanitarios y sociales.

Así lo confirma el escrito de Avesa: “La posición subordinada y desigual de la mujer con respecto al hombre le dificulta la protección ante el VIH, esto es aún mayor cuando existe una situación o una relación de violencia, en donde la mujer no puede insistir en la fidelidad, exigir el empleo de preservativo, o rechazar tener relaciones sexuales con su compañero, aún cuando sospechara que está infectado”.

Este abuso por parte del sujeto masculino no necesariamente se traduce en maltrato físico y humillaciones, por lo que muchas veces a la mujer le cuesta identificarlo en el momento en que se produce. Así lo corrobora “AN”, quien asegura que ahora se da cuenta de la manera en que su marido la violentó al insistirle en el coito desprotegido.

“Yo sí le decía: ‘bueno, tú vienes de la calle, yo no sé qué es lo que tú has hecho o de dónde vienes, o con quién te has acostado’. Pero entonces está como el juego de psicología del hombre y uno cae”, argumenta la señora.

Por sucumbir en ese engranaje de manipulación, ella terminó infectada con VIH. En este caso no hubo coerción física alguna para sostener relaciones, pero cuando sí la hay el riesgo de transmisión se incrementa. “Las víctimas de violencia sexual son más susceptibles de contraer VIH/Sida debido a factores psicológicos, económicos y socioculturales”, asevera la OPS en *Violencia contra la mujer y VIH/Sida* (2005).

Aquí es importante reconocer el riesgo en que se encuentran las mujeres casadas y las que viven en concubinato, porque la experiencia ha demostrado que la mayor parte de los asaltos sexuales ocurren dentro del hogar y no, como por lo general se piensa, en lugares externos, solos y oscuros.

En un dossier aparecido en la revista electrónica *Capítulo Criminológico* de septiembre de 2003, bajo el título “La prueba genética e impunidad en el delito de violación sexual”, la abogada venezolana Élide Aponte revela que 60% de los asaltos sexuales “son cometidos por alguien que la sobreviviente conoce”, mientras que 40% ocurre en la casa de las víctimas y 20% en la casa de un amigo, vecino o familiar.

Si se toman en consideración tales cifras podría afirmarse que el hogar, *per se*, no representa un lugar seguro para las mujeres, en cuanto al resguardo contra abusos de índole sexual.

Esta aserción cobra más fuerza si, coincidiendo con lo observado por esta doctora en Derecho a lo largo de sus años de ejercicio profesional en el área de abogacía y género, se reconoce que “en nuestra sociedad patriarcal, si la violación es consumada por el marido, un novio, un padre, es simplemente su legítima prerrogativa”, por lo cual son pocas las mujeres casadas o que viven en uniones de hecho que se atreven a denunciar.

La violencia de género es, por supuesto, una forma sumamente nociva de falta de empoderamiento de la mujer, que incrementa su susceptibilidad al VIH como consecuencia de la limitación de su libertad física y mental. Es evidente que, por lo general, cuando existen ataques sexuales también están presentes las otras dos categorías de agresiones contra las féminas.

El documento *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002) explica: “Estas formas de violencia se manifiestan con mayor frecuencia de manera simultánea y no independiente. Es su acción recíproca y el *miedo* lo que suprime el poder de la mujer y aumenta el riesgo de contraer el VIH”.

Aunque ninguna de las damas entrevistadas a efectos de este reportaje fueron infectadas como consecuencia de una violación en el hogar, dos de ellas alegan que seguramente sus maridos conocían su propio diagnóstico y, sin embargo, no se los comunicaron, lo mantuvieron en secreto y sostenían relaciones sexuales con ellas sin protección.

“Estoy casi segura de que él sabía porque, estando en vida, me dijo: ‘cuando yo me muera, tú te vas a ir conmigo’. Esas son unas palabras que a mí nunca se me van a olvidar”, evoca Elizabeth Sánchez.

Cabría preguntarse entonces, ¿no es eso una forma de violencia? El saber que se es seropositivo y aún así incitar y/o permitir que la propia pareja decida tener sexo sin protección.

Sí lo es, aunque no se manifieste a través de golpes u ofensas. Pese a que el Código Penal no establece casos específicos como éste, sí estipula en el artículo 414° un castigo de tres a seis años de presidio para aquellas personas que, sin intención de matar, pero sí de causarle daño, haya ocasionado a otro individuo una enfermedad incurable.

Por otro lado, la sentencia 522 del 26 de noviembre de 2002, emitida por la Sala de Casación Penal del Tribunal Supremo de Justicia, establece que en caso de que alguien haya abusado sexualmente de otra persona originándole perjuicios físicos, incluyendo entre ellos la transmisión de algún mal, debe juzgársele por ambos delitos: el de violación y el de lesión personal.

De esta forma, se incrementa la pena para aquél que, bajo coerción, traspase alguna afección a su víctima.

Sin embargo, en lo que atañe a esta investigación, es imprescindible tomar en consideración que el número de féminas que se atreve a sindicarse las violaciones, ejecutadas por sus maridos y/o parejas sexuales estables, es sumamente reducido.

A esta circunstancia, además, hay que sumar la cuestión del reconocimiento. Algunas mujeres no se dan cuenta de que actitudes como las antes descritas constituyen acciones de violencia. Por el hecho de que sea su compañero permanente, muchas creen que están en la posición de someterlas y que ellas deben dejarse avasallar. Por tal razón, les cuesta admitir que se encuentran en una situación de abuso y maltrato.

Esto, claro, porque han sido socializadas para casarse, sostener un hogar, tener hijos y cuidar de ellos y del hombre por encima de cualquier dificultad y, como dice Gioconda Espina en el ensayo “Hasta que la muerte nos separe”, aparecido en la *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* (1997, Vol. 2), “el sufrimiento no es buscado por sí mismo, sino que constituye el precio que la persona se ve obligada a pagar para alcanzar los objetivos que le son importantes”.

En el texto, esta feminista pide al lector que recuerde las típicas frases de las madres, tías y abuelas en las que suelen reiterarle a sus descendientes todo lo que soportan por “saberse ‘cumpliendo con sus deberes de esposas y madres’”; esto incluye, indudablemente, maltratos, golpes e incluso violaciones.

Diana Irazábal es una mujer viviendo con VIH desde hace 23 años y además es coordinadora de la ONG Mujeres en Positivo. A lo largo de su experiencia como trabajadora social en la maternidad Concepción Palacios de la Capital, donde se dedica a labores de consejería y apoyo a damas y parejas infectadas, Irazábal ha constatado cómo son de numerosos los casos de personas que reciben el virus a través de la cópula obligada y que, no obstante, se mantienen al lado de sus consortes.

“Ellos llegan, como suelen llegar los hombres, tomados y agresivos. Muchas veces no son sutiles al abordar a la mujer para hacer el amor y la maltratan; eso es una violación. La mayoría de las mujeres que vienen aquí aguantan relaciones sexuales forzadas, sino siempre al menos en algún momento de su matrimonio”.

La directora de Mujeres en Positivo declara que básicamente son motivos socioeconómicos los que guían a estas féminas a permanecer junto con sus compañeros. Según lo que le han confiado, casi ninguna tiene las posibilidades de llevar adelante un hogar sola, por carecer de la formación y los recursos económicos necesarios. Asimismo, muchas de ellas se consideran en la obligación de tener un marido para sentirse representadas.

“Como el hombre es el que lleva la comida para los hijos, ellas soportan una cantidad de humillaciones y vejaciones sólo para conservarlo ahí”. Se evidencia, de forma clara, una especie de círculo vicioso en el que la coacción sexual por la propia pareja es el aliciente para una disminución de la autoestima que, a su vez, es uno de los factores vinculados con muchas de las conductas de riesgo para la infección con el VIH.

De esta manera, las mujeres se exponen. Más allá de los maltratos, cuya intensidad puede variar y para algunas incluso representan peligro de muerte, estas señoras son vulnerables a recibir cualquier tipo de infección de transmisión sexual.

Esto, en tanto tienen enormes dificultades para conversar con sus compañeros sobre la posibilidad de usar condones, ya sea porque se podría interpretar como una falta de

confianza en ellos o como un reconocimiento de sus conductas promiscuas. El temor a una reacción violenta también es un punto importante a considerar.

Por otro lado, el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (2003), de la OPS, explica cómo la mujer es doblemente susceptible a nivel biológico, en tanto el virus tiene dos rutas de sencillo acceso a su organismo: “El coito violento o forzado puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH. En la penetración forzada es muy común que se produzcan abrasiones y cortes que facilitan el ingreso del virus (cuando está presente) a través de la mucosa vaginal”.

De igual forma cuando la violación se produce por vía anal, las damas también son más propensas a la infección por el VIH. Si normalmente este tipo de relaciones son de alto riesgo, dada la fragilidad de los tejidos de esa zona del cuerpo, cuando el coito es obligado es aún más probable que se produzcan daños en los revestimientos del ano, que faciliten el ingreso del Virus de Inmunodeficiencia Humana al torrente sanguíneo.

Un estudio realizado en 2004 por un grupo de médicos, encabezados por la doctora Kristin Dunkle del departamento de Epidemiología de la Universidad de Michigan-Estados Unidos, demostró que las mujeres que son abusadas por sus parejas tienen 48% más probabilidades de resultar infectadas con VIH que aquellas que no lo son.

La investigación, titulada *Violencia basada en el género, poder en las relaciones y riesgo al VIH en mujeres que asisten a clínicas prenatales en Sur África*, también comprobó que en las damas que son emocional y/o financieramente dominadas por sus compañeros el riesgo de infección se eleva a 52%.

Es importante resaltar que las variables de la indagación fueron posteriormente ajustadas, para evitar que las características propias de esa población en particular distorsionara el resultado de una tendencia general.

La tan mencionada vulnerabilidad biológica

Con o sin violencia sexual, la mujer es más proclive que el hombre a recibir el VIH en su organismo si copula, sin ningún método anticonceptivo de barrera, con una persona infectada.

Si bien el riesgo de contraer esta ITS en un solo contacto sexual vaginal es bastante reducido, para la mujer sigue siendo superior que para el hombre. El dossier de violencia de

la OPS, citado previamente, explica que cuando es él quien porta el virus, la posibilidad de que ella se contamine es de aproximadamente 1% a 2%. En el caso contrario, las probabilidades se reducen a la mitad.

Cuando el coito se produce por vía anal, la exposición al VIH se incrementa en alrededor de 5% a 30%.

Pero para una mujer que vive en pareja, sea cual sea su estado civil, la viabilidad de tener un único contacto sexual con su compañero, independientemente de si está infectado o no, es casi nula. Tampoco es algo deseable o incluso admisible para ninguno de los dos, cuando el vínculo que los une es sincero.

Elizabeth Sánchez cuenta que incluso mientras su esposo estuvo en la cárcel mantuvieron encuentros sexuales. “Teníamos relaciones sin condón, porque jamás me imaginé que podía estar con otra persona. Yo decía que así como yo lo estaba respetando afuera, seguro él me estaba siendo fiel también”.

¿Qué sucede cuando, como el compañero de Elizabeth, el hombre es portador del VIH, forma parte los llamados grupos vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores o clientes del sexo comercial, usuarios de drogas inyectables, personas privadas de libertad, viajeros constantes) o simplemente tiene sexo sin protección con parejas fuera del matrimonio, colocándose así en una posición de riesgo?

Naturalmente aumentan las posibilidades de que le transmita el virus a su esposa/concubina en sus relaciones sexuales habituales. Si ella carece de las herramientas necesarias para negociar el uso del condón o sufre de violencia de género, es casi seguro que terminará infectada.

“Diversas condiciones biológicas, culturales y socioeconómicas contribuyen a la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/Sida. Durante una relación sexual vaginal sin protección, el riesgo de infección para la mujer es (de dos) hasta cuatro veces mayor que el riesgo para el hombre”, aclara el texto *De frente a la pandemia del VIH/Sida* (2002), del Population Reference Bureau.

La médica infectóloga Libsen Rodríguez ilustra, con palabras sencillas, la manera en que ocurre la transmisión y cómo es más fácil que una dama resulte infectada. En primera instancia, y como es hartamente conocido, el Virus de Inmunodeficiencia Humana sólo

pasa de un organismo a otro a través de fluidos corporales: semen, secreciones vaginales, leche materna y sangre.

La saliva, que contiene concentraciones de virus sumamente bajas, puede conducirlo al torrente sanguíneo siempre y cuando entre en contacto con roturas o irritaciones en la boca. Todos estos líquidos son lo que se denomina vehículos de transmisión.

Ellos necesitan de una puerta de entrada que dé paso al VIH al interior del cuerpo: la boca, la vagina, el glande, el ano, la placenta o la piel lastimada a través de incisiones con agujas u otros objetos punzo-penetrantes.

En el caso de la mujer, su órgano genital constituye un acceso que tiene gran capacidad de acogida para el virus, dado que cuenta con una superficie que, comprimida, tiene entre ocho y diez centímetros de largo, “pero que está tapizada por una mucosa rugosa y llena de pliegues, y si tú la extiendes puede tener un área de hasta 30 centímetros de longitud por 50 de profundidad”, refiere Rodríguez.

La infectóloga advierte que esta amplia zona, mucho mayor que la del glande masculino, crea más puntos de acceso para el VIH. A esto hay que añadir que el tejido de la vagina, el epitelio monoestratificado, es muy delgado y tiene una gran cantidad de vasos sanguíneos, que son precisamente las vías a través de las cuales el microorganismo tiene que entrar.

El virus, a su vez, no encuentra mayores obstáculos en su camino puesto que en cada relación sexual suelen producirse pequeños traumatismos, roturas o desgarros en los órganos internos femeninos.

“Además de los vasos, toda la vagina de la mujer está cubierta por monocitos, macrófagos y células dendríticas que tienen, en su superficie, una especie de chupón que capta el virus y el virus entra. En cambio, en los hombres estas células sólo se encuentran en la capa interna del prepucio y es por ello que en general, pero en especial los individuos circuncidados, tienen menos chance de infectarse”.

Todos estos organismos que se encuentran en el tracto genital femenino forman parte del sistema inmunitario. El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH de España explica, en un artículo aparecido en su portal Web el 1º de julio de 2006, que su función principal consiste en “realizar rondas de reconocimiento en busca de sustancias extrañas, y cuando encuentran un cuerpo que le resulta desconocido y que no debería estar en ese

lugar, lo recogen y lo transportan hasta los ganglios linfáticos, donde lo ponen a disposición de las células CD4”.

Éstas son las encargadas de organizar la respuesta inmunitaria y poner en marcha un proceso de reacción, si una infección ingresa, para librarse de los organismos patógenos o identificarlos y clasificarlos, con el objeto de poder reconocerlos en el futuro y dar una respuesta rápida de resistencia.

Pero es en medio de este transcurso cuando el Virus de Inmunodeficiencia Humana engaña a los mecanismos de defensa del cuerpo. Si bien la acción de las dendritas contribuye a que el sistema inmunológico sea capaz de controlar la mayoría de infecciones, en el caso del VIH ayudan a introducir el virus a los lugares que lo conducen a las CD4. Allí, éste no puede ser destruido por las células sino que, al contrario, les inyecta a ellas su carga genética y las convierte en fábricas de nuevas unidades contaminadas.

De esta forma, el virus se replica y hace efectiva la infección.

Todo este proceso, se podría decir, tiene lugar en condiciones normales del órgano sexual femenino. Sin embargo, a esta vulnerabilidad innata hay que sumar el hecho de que la mujer tiene una posibilidad muy alta de adquirir infecciones vaginales, que pocas veces reciben tratamiento dado que los síntomas suelen ser latentes o difíciles de detectar. Por otro lado existen aquellas personas que, si han sido diagnosticadas con una ITS, no tienen acceso a medicación alguna.

“Las investigaciones demuestran que la presencia de una infección de transmisión sexual que no ha sido tratada, en cualquiera de los dos miembros de una pareja, puede multiplicar el riesgo de transmisión del VIH hasta en 10 veces”, sostiene el informe *De frente a la pandemia del VIH/SIDA* (2002), del Population Reference Bureau.

Y aún hay más. En una relación sexual desprotegida la mujer tiene un contacto extendido con los fluidos seminales, lo que le permite tener mayores oportunidades de contaminarse, porque el esperma con VIH generalmente posee una concentración de virus mayor que la de las secreciones vaginales. Las cantidades exactas dependerán de la carga viral que posea cada sujeto, la cual varía de acuerdo con la fase de la infección en la que se encuentra y con el hecho de si toma o no medicamentos antirretrovirales.

Ahora que conoce la naturaleza y las formas en que actúa el Virus de Inmunodeficiencia Humana, “AN” sólo puede concluir: “Este virus es inteligente. Es

inteligente mientras que esté dentro de uno; es vivo y ataca más las células que son las defensas del cuerpo. Pero a la vez es bobo, porque cuando sale afuera, al ambiente, se muere en menos de 20 segundos”.

CAPÍTULO II: LOS MaticES DEL VIRUS

Blancos de ataque

Porque reconoce la “astucia” del Virus de Inmunodeficiencia Humana, “AN”, quien se enteró de su infección hace casi cuatro años, está consciente de que debe llevar una vida sana y con muchas precauciones: “No me puedo descuidar ni de una gripe, porque si viene y recaes otra vez, te da más fuerte y vuelves a recaer, porque el virus siempre busca por donde agarrar para poder atacar”.

Y es que el VIH no es un virus común y corriente; se trata de un retrovirus que arremete contra el sistema inmunológico al ingresar en las células sanguíneas (linfocitos T y otras células de defensa que, como aquéllos, poseen en su superficie una molécula llamada CD4) y multiplicarse en ellas.

Esto lo logra una vez que supera las barreras que componen el aparato inmunológico innato del cuerpo, que van desde las más externas o mecánicas, como la piel, pasando por otras químicas, como las secreciones vaginales que atrapan y expulsan los agentes tóxicos, y las biológicas, como la flora que se encuentra en el tracto genitourinario, que compite con las bacterias por alimento y espacio.

Cuando el ente dañino, en este caso el Virus de Inmunodeficiencia Humana, atraviesa las murallas antes descritas, la maquinaria inmunológica aún tiene una carta bajo la manga: las barreras celulares. Los glóbulos blancos de la sangre o leucocitos son los que llevan la batuta, pues son capaces de identificar y eliminar los patógenos, atacando a los más grandes en el contacto o encerrando a otros más pequeños para así matarlos, en un proceso conocido como fagocitosis.

“Estas células innatas también son importantes mediadores en la activación del sistema inmune adaptativo”, comenta el doctor y profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Sur-Estados Unidos, Eugene Mayer, en el libro de texto electrónico *Microbiología e inmunología* (2007).

Hay que resaltar que los neutrófilos, macrófagos y células dendríticas también pertenecen a la categoría de leucocitos. Como se mencionó en el capítulo I, estas células constituyen componentes esenciales de los genitales masculinos y femeninos y, por ende, son actoras fundamentales en el proceso de infección por el VIH.

Por otro lado, los macrófagos y las dendritas son los encargados de “presentarle”, al sistema adaptativo, los antígenos (microorganismos externos que causan daños) que no pudieron ser destruidos por todos los mecanismos antes referidos. Para ello, los atrapan, los introducen en su interior, los procesan y los exponen en su superficie de forma fragmentaria a otras células.

Por medio de esta segunda “capa” del aparato inmunológico la respuesta a la infección se hace específica para optimizar el reconocimiento del patógeno, responder adecuadamente a su agresión, y “recordarlo” y vencerlo rápidamente en otras oportunidades. Esta maquinaria especializada se adquiere durante el crecimiento y la adaptación de la persona a su medio.

De ahí la necesidad de que el agente perverso también sea combatido con una serie de moléculas que forman parte del llamado Complejo Principal de Histocompatibilidad (HLA, por sus siglas en inglés). Éstas son propias y exclusivas de cada ser humano, y son las que determinan su individualidad biológica y su capacidad de respuesta contra elementos nocivos.

La existencia de este componente diferenciador explica por qué, en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, algunas personas son capaces de resistir durante mucho más tiempo que otras el ataque de enfermedades oportunistas y retrasan así el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Al respecto, “AN” comenta con voz esperanzada: “Mi VIH está estancadito, como dormidito y que siga así por mucho tiempo” (se mantiene en reserva su identidad, para protegerla).

Las moléculas del HLA, junto con las células que presentan los antígenos, lo exhiben ante otras células llamadas linfocitos, que forman parte de los glóbulos blancos de la sangre.

Éstos se subdividen en dos grupos: el B y el T. Los que forman parte del primero constituyen las células responsables de la producción de anticuerpos, que son los componentes del suero de la sangre encargados de repeler las bacterias, virus, parásitos, proteínas o células que causan daños. Cada una de esas sustancias, también llamadas inmunoglobulinas, se une a un tipo específico de antígeno y contribuye con su eliminación.

Por su parte, los linfocitos T son garantes de la inmunidad celular, pues atacan y destruyen directamente a los patógenos. Entre ellos se cuentan los de función activadora o colaboradora conocidos como linfocitos T *helper* (T4), encargados de transmitir las órdenes de ataque, y los linfocitos T citotóxicos, que representan los cuerpos de ataque, según explica Enrique Buendía en el artículo “El Sistema Inmunológico: Reconocimiento de lo propio y lo no propio” (2001), publicado en la edición N° 11 de la revista de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.

Estas células forman 70% de todos los glóbulos blancos y son las encargadas de amplificar o suprimir la expresión inmunológica global. También constituyen el principal objetivo del VIH, de ahí que el virus sea capaz de acabar con las defensas, al contaminarlas y fundirse con ellas, haciendo que el cuerpo responda a los microorganismos perversos con menor eficacia de la requerida.

Usualmente los virus están compuestos de proteínas y de una larga molécula de ADN (ácido desoxirribonucleico), que se integra a los cromosomas de la célula que infecta y, por ende, se apodera de sus comandos genéticos y empieza a reproducirse.

Pero el Virus de Inmunodeficiencia Humana, como retrovirus, está formado por una cadena de ARN (ácido ribonucleico) que, *per se*, no puede unirse a una célula para dañarla pues, para poder hacerlo, debe transformarse en ADN. El audaz VIH resuelve el problema a través del uso de una enzima que se llama transcriptasa inversa, capaz de leer el código genético al revés y convertir el ARN viral en ADN; de esta forma, logra penetrar en el núcleo de la célula.

Al hacer esto, la molécula de ADN viral pasa a ser un cromosoma y se integra al genoma de la célula infectada. Esto no quiere decir que su reproducción comienza de inmediato y que pronto la persona va a desarrollar las enfermedades relacionadas con el sida. ¿Por qué? Porque sucede que una vez que el virus comienza a formar parte de la dotación genética de la célula pierde transitoriamente su individualidad, pudiendo resistir durante varios años de forma latente.

Taby Zambrano cuenta que aunque se sabía infectada, pues su marido falleció a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la prueba para detectar los anticuerpos al VIH le salió negativa durante seis años. “A raíz de que él muere, yo me

deprimo y mis valores bajaron. Pienso que ahí fue cuando afloró, pero mi caso es raro porque el virus estaba latente pero no se hacía presente”.

Según ejemplifica Mirko Grmek en *Historia del sida* (1992), cuando ocurre lo anterior las células contaminadas parecen normales y da la impresión de que el VIH desapareció. No obstante, lo que sucede en realidad es que el ADN del virus se adhiere al ADN de su huésped y, por ende, “no se expresa pero continúa ‘viviendo’ porque es transmitido a las células hijas en cada división celular”.

De esta manera el microorganismo se replica, pero también lo hace cuando ya “despierta” por efecto de otra infección que ataca el linfocito contaminado y que conduce a que la célula en sí produzca partículas virales. Esto quiere decir que mata totalmente a la célula y ocupa su lugar en el aparato inmunológico del cuerpo humano.

“El VIH, a medida que aumenta en cantidad en el torrente sanguíneo, paraliza progresivamente el sistema de defensa antes de que éste haya tenido posibilidad de organizarse. Con esta situación, el organismo se encuentra desprotegido ante nuevas infecciones llamadas oportunistas, ya que aprovechan el deterioro para producir consecuencias graves”, asegura el manual *Zona segura* (2004) de la Fundación Amigos de la Vida.

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana puede ser causada por dos cepas distintas: el VIH-1 y el VIH-2, cuya denominación viene dada tomando en cuenta el orden en que fueron descubiertos.

El VIH-1 fue el primer virus aislado en un laboratorio, en 1983, y asociado con el sida. Incluye al menos nueve subtipos, cada uno de los cuales predomina en diversas zonas del planeta, aunque en la actualidad se hace patente su dispersión en casi toda la Tierra.

Por su parte el VIH-2, aislado en 1985, se transmite con mayor dificultad, evoluciona de forma más lenta y no siempre se detecta con los *tests* utilizados para el VIH-1. Numerosas fuentes documentales sostienen que aún se localiza, principalmente, en los países de África occidental.

Aunque pudiera pensarse que el VIH-2 derivó de la primera cepa encontrada, estudiosos del tema han demostrado que no es así. El antes aludido Grmek apunta que, aunque tienen una estructura genómica similar, sus detalles son sumamente distintos.

En cuanto al primero, se dice que pudo haber existido por tiempo indeterminado en algunas poblaciones aisladas, capaces de soportarlo sin mayores consecuencias. Pero el segundo es sumamente parecido al Virus de la Inmunodeficiencia de los Simios (VIS) por lo que pudo haber pasado del animal al cuerpo humano, a través del consumo de la carne de ciertas razas de monos africanos.

De acuerdo con las fuentes consultadas por Evan Romero, para un trabajo de licenciatura titulado *Relaciones entre hombres: pieza informativa para la prevención del VIH/Sida* (UCV, 2001), la diseminación del virus, llegando a su magnitud actual de pandemia, pudo tener su origen en las transformaciones en los modos de vida y hábitos de las personas.

Tales cambios están vinculados con “la liberalización de las costumbres sexuales, el acceso generalizado a las transfusiones, la distribución de productos derivados de la sangre a través del mundo, el uso compartido de agujas y jeringas en los usuarios de sustancias inyectables y la intensificación de los viajes, que facilitan la globalización de los microbios”.

Transmisión íntima

Aunque no se puede descartar el riesgo, hoy en día es muy poco probable que una persona resulte contaminada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana a través de transfusiones de sangre o del transplante de algún órgano; este mecanismo sólo es causa de aproximadamente 5% de las nuevas infecciones en todo el mundo. En la mayoría de los países existen regulaciones, pruebas de despistaje y procedimientos que norman la recepción y posterior implantación de este tipo de productos.

En Venezuela el artículo 1° de la Resolución N° SG-439, emanada del antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, establece que la prueba para la detección de anticuerpos del VIH debe realizarse obligatoriamente a cualquier donante de sangre, tejidos, semen y órganos.

Siendo esto así, es fácil deducir que la mayoría de las infecciones se produce por otros medios. En gran parte de los países de América Latina y el Caribe el principal modo de transmisión es el contacto sexual, sea vaginal, anal u oral. La excepción se da en el Cono

Sur, donde el intercambio de agujas contaminadas en usuarios de drogas inyectables (UDI) constituye una importante vía para la adquisición del virus.

El gobierno de Venezuela emitió un pliego en 2005, relativo a la *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida UNGASS 2001*, en el que sostiene que la forma más frecuente de infección con el VIH es a través de la vía sexual, que alcanza 90% de los casos registrados.

En su *Informe 2006*, el Programa Nacional de Sida/ITS del Ministerio del Poder Popular para la Salud revela que en los primeros años de la epidemia las tres cuartas partes de los registros señalaban características de transmisión homo y bisexual. Sin embargo, agrega que desde 1990 hasta la fecha se ha venido observando un incremento en el grupo de casos cuya recepción del virus tiene lugar por medio del coito heterosexual.

En ambas situaciones la infección se da en el marco de encuentros íntimos, es decir, en circunstancias que involucran el aspecto más interno y personal de la vida privada de un individuo. Esto implica que el VIH no puede adquirirse mediante contactos casuales en los que haya roce de pieles sanas, empleo de utensilios o instalaciones comunes o, incluso, saludos afectuosos.

Taby Zambrano, quien vive desde hace diez años con la infección, considera que las personas a quienes les da miedo compartir y coexistir con ella y otros sujetos afectados “padecen de un virus que es peor que el VIH: es el virus de la ignorancia”.

Y es que, como ya lo decía “AN”, el Virus de Inmunodeficiencia Humana es “astuto” una vez que ingresa dentro del cuerpo humano, de lo contrario no sobrevive por mucho tiempo. Además, es sumamente sensible al calor y no soporta temperaturas superiores a 60° C. Por tal motivo, “para infectar un organismo, debe penetrar en su interior y entrar en contacto con la sangre del individuo expuesto”, reiteran los apuntes de *Zona segura*.

En el caso de las relaciones sexuales sin protección, el VIH pasa de las secreciones vaginales a las células que se encuentran en el glande del hombre y, de allí, al torrente sanguíneo. Cuando la situación es inversa y es él quien está infectado, el líquido pre-seminal y el semen son los vehículos para la transmisión, como ya se explicó en el capítulo I.

Durante el coito sin condón, tanto vaginal como anal, las roturas que suelen producirse en los tejidos constituyen vías expresas para que el microorganismo entre en contacto con la sangre del individuo sano. Esto, evidentemente, incrementa el riesgo de infección, al igual que lo hace la presencia de alguna ITS.

Abrasiones, laceraciones y heridas, comenta Rafael Mazín en *Aspectos biológicos de la transmisión sexual del VIH* (2007), “no sólo son ‘puertas físicas’, sino causa del aumento en celularidad con receptores CD4”, que son los que detectan el virus pero que, posteriormente, se contaminan con él y contribuyen con su replicación.

Esta transmisión por contactos íntimos puede ir más allá de lo sexual pues, ¿qué puede ser más personal que la unión de una madre con su hijo/a en el vientre? No obstante, esa conexión se puede convertir en un arma de doble filo, en tanto una mujer infectada puede transmitirle el Virus de Inmunodeficiencia Humana al feto durante el embarazo, a través de la placenta, durante el trabajo de parto o en el curso de la lactancia, una vez nacido el bebé.

Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud, entre 15% y 30% de los descendientes de mujeres positivas para el VIH se infectan por procesos placentarios durante el parto.

Por tal motivo y para reducir el riesgo de transmisión vertical se recomienda que, en primera instancia, toda mujer encinta se realice una prueba para detectar los anticuerpos al VIH.

En segundo lugar, el alumbramiento debe ser por cesárea y antes de que se produzca el rompimiento de membrana o fuente. Este mecanismo, junto con la aplicación inmediata de tratamiento antirretroviral, reduce en casi 98% las posibilidades de infección, según explicó Alejandra Corao, pediatra y representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela.

Sin este tipo de intervenciones, la posibilidad de transmisión vertical es de entre 15% y 20%, riesgo que se duplica en caso de que la madre le dé pecho al pequeño/a.

El informe señalado en líneas precedentes asienta que, tras el parto, la lactancia es la principal causa de peligro. Sin tratamiento, es probable que “uno de cada siete bebés amamantados por una madre VIH positiva resultará infectado por la leche materna”.

Pero toda regla tiene su excepción y ese es el caso de Yolimar Duno, quien cuenta que, por desconocimiento de su estatus serológico, no sólo tuvo a su hijo a través de un “parto normal”, sino que además lo alimentó ella misma y no a través de fórmulas.

Cuando le dieron su diagnóstico, le informaron que había 50% de posibilidades de que el niño, que tenía dos años, estuviera infectado. Una vez realizados los exámenes, la médica le dijo: “Mira, él tiene un ángel que lo protege porque es negativo”, recuerda Duno con alegría.

Además de las dos formas de transmisión expuestas, existe una más: la ruta sangre-sangre que, si bien se puede producir por medio de la ya mencionada recepción de órganos y transfusiones, es más frecuente en usuarios de drogas inyectables que intercambian agujas o jeringas.

Diane Richardson plantea, en *La mujer y el sida* (1990), que tales situaciones son frecuentes no sólo por el estado de desvarío a los que suelen llegar estos individuos, en el que no prevén las consecuencias de sus actos, sino también por la dificultad que comporta conseguir tales implementos.

Si un toxicómano, añade Richardson, se inyecta con una aguja no esterilizada que ha sido usada previamente por una persona infectada, puede fácilmente contraer el virus al introducirlo de forma directa en el torrente sanguíneo. Esto, claro está, también puede ocurrir con los equipos que perforan el cuerpo para la colocación de zarcillos, *piercings*, tatuajes, etc., al igual que, por ejemplo, con los implementos de acupuntura.

Con todo, el peligro es relativamente bajo si se toca el objeto punzante una sola vez (1%); pero tal posibilidad es casi nula en los UDI.

Por otro lado, los compañeros sexuales y fetos de los usuarios de este tipo de estupefacientes también corren peligro de infección. De ahí que estos individuos constituyan un elemento esencial en la propagación del VIH a la población en general.

Otra de las formas en las que una persona sana puede infectarse es a través de los accidentes, que rara vez ocurren, en el ámbito doméstico y en el laboral, siendo este último caso de especial atención en el personal médico-asistencial.

Aunque desde que se conoció de la existencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, y en la actualidad, se suelen tomar las medidas de asepsia requeridas, existen lugares, sobre todo en las zonas más empobrecidas, donde las posibilidades de

“resguardarse” se reducen. Países del llamado tercer mundo, donde el material médico quirúrgico es escaso o no siempre está disponible son ejemplos de esto.

Empero, para que se produzca la infección es necesario que la sangre o los fluidos contaminados entren en contacto con la persona sana a través de un piquete accidental con una aguja, por ejemplo, o por una herida en la piel, llaga o mucosa alterada lo cual, es obvio, sólo puede tener lugar en un contexto bastante limitado e imprevisto.

En todo caso, la mejor forma de no contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana es con la prevención, en todos los ámbitos.

Las etapas del virus

Cuando una persona se infecta, bien sea por falta de precaución o por circunstancias fuera de su control o ajenas a su voluntad, no significa que al poco tiempo desarrollará el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y morirá. Al contrario, hoy en día la mayor parte de las instituciones de Infectología y Epidemiología, así como las organizaciones de derechos humanos, sostienen que la infección por VIH ya no es una sentencia de muerte y que se emplea el término “enfermedad crónica”, en oposición al del “enfermedad mortal”.

Y es que este virus presenta una serie de etapas que lo conducen desde la latencia total hasta la afección manifiesta. Grmek acota, en el documento ya referido, que los estados patológicos de las enfermedades infecciosas “van desde la infección en sentido estricto (penetración del germen al organismo) hasta la curación, la cronicidad (equilibrio permanente entre los efectos del germen y las defensas del huésped) o la muerte”.

Para el Virus de Inmunodeficiencia Humana todavía no se ha encontrado un remedio definitivo, razón por la cual la segunda fase queda suprimida.

Cuando el VIH ingresa en el cuerpo de una persona los linfocitos T4 comienzan a disminuir de forma masiva y el virus, tras fijarse en ellos y posteriormente activarse, comienza a multiplicarse de forma veloz, incrementando así el número de células infectadas. “Pero todavía no hay perturbaciones en las funciones del organismo ni reacciones inmunológicas medibles. Es el período de incubación”, puntualiza el texto *La historia del sida* (1992).

Este proceso se puede extender entre seis y ocho semanas, y las pruebas de laboratorio suelen no reconocer aún los anticuerpos al VIH. En épocas remotas y con

afecciones como el tifus, casos como éste permitían que al paciente se le denominara “portador sano”, dado que ponía en peligro a otros pero no desarrollaba la enfermedad en sí. No obstante, “el riesgo al que expone la seropositividad obliga a introducir el concepto de estado de latencia en lugar del de salud”, añade el mismo documento.

Transcurrido este momento inicial sucede la “primo infección”, que es un período retroviral agudo. Según el manual *Vida positiva* (2005), de la Fundación Amigos de la Vida, esta etapa ocurre entre 50% y 90% de los casos y es cuando el sistema inmunológico da su respuesta inicial y empieza a controlar la replicación del microorganismo.

La mayoría de las personas presenta manifestaciones similares a las de la gripe o el resfriado común, fiebre, diarrea, sudoración excesiva, dolor de garganta, malestar general y erupciones en la piel. Éstas desaparecen espontáneamente luego de unas tres semanas, cuando las células T comienzan a restablecerse.

Ahora que conoce su seroestatus, “AN” recuerda haber padecido tales síntomas mucho tiempo antes de saberse infectada. “Yo me pongo como a atar cabos, trocitos de un rompecabezas, y sí había sentido lo que es el cansancio, de repente el desvanecimiento y él me decía, ‘pero ve al médico, ve al médico’, pero yo ni pendiente”. En la actualidad, ella tiene su virus “tranquilito” en período asintomático.

Ése es, precisamente, el segundo estadio de la afección que abarca en promedio las tres cuartas partes del tiempo que va desde la penetración del microorganismo, hasta la muerte. En el inicio de este ciclo se comienzan a detectar los anticuerpos contra el VIH, dado que se produce la seroconversión, pese a que el virus se encuentra latente dentro de las células sin causar daños aparentes.

El individuo mantiene una buena salud, en especial si lleva un estilo de vida sano, pero puede infectar a otros.

Cuando el VIH despierta, la persona se convierte en un seropositivo sintomático y entra en la tercera etapa. Aquí, el sistema inmunológico, de forma silenciosa, libra una dura batalla contra el microorganismo que, día a día, destruye cada vez más linfocitos T4.

La cantidad de estos linfocitos T *helper* y de otras células de defensa con la membrana CD4 disminuye a razón de 50 a 70 elementos por año, siendo su número normal entre 600 y 1.200 por milímetro cúbico de sangre.

Así, las defensas comienzan a volverse exiguas y pueden llegar a cifras inferiores a 200 células CD4. Ésta es la etapa, propiamente dicha, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En este transcurso, la persona es sumamente susceptible al desgaste físico y a enfermedades oportunistas, como la neumonía o la tuberculosis, ocasionadas por bacterias comunes, hongos y parásitos que organismos sanos pueden combatir, pero que causan serios malestares y, en algunos casos, la muerte en sujetos con sistemas inmunológicos frágiles.

Esto es lo que se conoce como Complejo Relacionado con el Sida (CRS) y sucede cuando no se le puede dar marcha atrás al deterioro del aparato de defensas mediante medicamentos, puesto que el virus muta continuamente y se hace indestructible a ciertos fármacos. De esta forma, la cantidad y la diversidad de enfermedades aumenta sin que exista una contraparte que las resista.

A efectos de este reportaje se visitó el complejo hospitalario José Ignacio Baldó de Caracas, mejor conocido como El Algodonal. En la Unidad de Sida de este establecimiento recibe tratamiento un grupo de 20 personas con VIH. Aunque no se logró conversar directamente con ninguno de ellos, se pudo detallar su accionar en el marco de una charla que ofrecen integrantes de la Pastoral de Salud especializada en VIH/Sida del Club de Leones y miembros de los Cofrades del Santísimo de la iglesia Nuestra Señora del Mundo, el tercer jueves de cada mes.

Según lo observado, las personas que ya han desarrollado el síndrome tienen movimientos lentos, algunas requieren ayuda para trasladarse y en su mayoría son sumamente delgadas. Cabellos escasos y despeinados, algunos con tos intensa y otros con ojos que se pierden de cuando en cuando; todos con caras sumamente serias.

El que un sujeto llegue a esta condición no sólo depende de su individualidad orgánica y de su estado general de salud, sino también de la cepa y el subtipo de virus que posee y de sus posibilidades para acceder a tratamientos y servicios médicos oportunos y adecuados.

Este último aspecto es esencial en el caso de las mujeres, cuya morbilidad y mortalidad por el VIH supera a la de los hombres debido a sus limitaciones para obtener recursos económicos y sanitarios. “El acceso diferencial de las mujeres a los cuidados médicos y en salud, a la orientación y a la información significa que ellas reciben en menor

proporción que los hombres, diagnósticos y tratamientos oportunos al VIH. En consecuencia, las mujeres que padecen VIH/Sida tienen menor esperanza de vida que los hombres”, resalta la hoja de datos *Género y VIH/Sida* (2003) de la OPS.

Pero no todos los portadores del VIH desarrollan el sida rápidamente o dentro de los estándares. Personas como Diana Irazábal, coordinadora de la ONG Mujeres en Positivo y quien vive desde hace 23 años con la infección, forman parte de los denominados progresores lentos.

En el manual *Vida positiva* se explica que estos hombres y mujeres permanecen saludables durante mucho tiempo, sólo con algunas dificultades para combatir ciertas infecciones y con unos conteos de CD4 que varían entre altas y bajas, pero que les permiten mantener una buena salud física sin recurrir demasiado pronto a los medicamentos antirretrovirales.

Recientemente, un estudio organizado por el Centro para la Vacuna Inmunológica del VIH/Sida (Chavi, por sus siglas en inglés) descubrió que ciertas variantes genéticas, relacionadas con la respuesta inmunitaria contra enfermedades infecciosas, pueden hacer que un individuo progrese en las etapas del VIH más lentamente que otros. Se trata específicamente de los genes HLA-B y HLA-C, ubicados en el brazo corto del cromosoma 6.

Esto no quiere decir, claro está, que no pueda transmitir la infección a otras personas, a través de los mecanismos conocidos. Lo que sí hay que tener en cuenta es que tanto ellos y ellas, como quienes ya han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana no tienen la posibilidad de “pegarle” el virus a terceros en el contacto del día a día.

Es por ello que se habla de transmisión y no de contagio, pues los agentes que actúan por este último mecanismo pueden cumplir parte de su ciclo vital fuera del cuerpo humano y sobrevivir en el medio ambiente o dentro de algún animal, por lapsos prolongados. Cuando ingresan al organismo de una persona, sólo cumplen ciertas facetas de su curso de vida y pueden pasarse a otro individuo a través del contacto con el aire, el agua, los alimentos, los utensilios y/o las instalaciones empleadas por el afectado original.

A diferencia de estos casos, en los que por ejemplo se cuentan males como la tuberculosis o la gripe, cuando un elemento nocivo se clasifica como “infeccioso transmisible” debe cumplir todo su ciclo de vida dentro del organismo humano y, por lo

tanto, sólo puede traspasarse por contacto directo entre los fluidos corporales de una persona infectada y otra sana.

De tal manera que el Virus de Inmunodeficiencia Humana y otros microorganismos similares sólo logran sobrevivir fuera del cuerpo unos pocos minutos o segundos, puesto que aislados son incapaces de cualquier actividad vital. Por esa razón, se hace prácticamente imposible su “contagio” a terceros a través del aire, de picaduras de insectos, de instrumentos y dispositivos del baño o de la cocina, de alimentos compartidos, del agua de una piscina o de abrazos, besos secos y apretones de manos.

Si te expones, te infectas

Los mecanismos con los que sí se produce la transmisión del VIH, que fueron explicados en líneas previas, forman parte de las llamadas conductas de riesgo. El desconocimiento, el percibirse como infalible, el pensar que “eso le pasa a otros” y el no poder controlar el propio ejercicio de la sexualidad, entre otros aspectos, son los comportamientos humanos que exponen a ésta y otras enfermedades.

“La mayoría de nuestros miembros nunca pensaron en sí mismos como sujetos en riesgo de contraer VIH y aquellos que lo hicieron, no tenían la posibilidad de controlar ese peligro”, asegura la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/Sida en el dossier *Sexo, vida y el condón femenino: algunas miradas de mujeres seropositivas* (2005).

En los primeros años de la epidemia se pensaba que si no se pertenecía a ciertas y determinadas poblaciones o grupos, no existía ningún chance de infectarse. Estas creencias heredadas y la falta de información aún persisten en la actualidad y constituyen algunas de las causas fundamentales por las que los números, en lugar de retroceder, avanzan de forma exponencial.

Pese a los esfuerzos divulgativos y preventivos de numerosos entes propios de cada país o de carácter internacional, da mucho que pensar el hecho de que en 2006 alrededor de 4,3 millones de personas en el mundo contrajeron el virus, mientras que aproximadamente 14.000 lo adquieren cada día, de acuerdo con datos de Onusida.

En el ámbito local, la cifra no es menos alentadora pues los servicios hospitalarios de la capital reportan entre seis y siete nuevos casos de VIH semanales, según reveló en una entrevista concedida a la revista *Gente Positiva* (2003, N°3) Mario Comegna, adjunto del

servicio de Infectología del Hospital Vargas de Caracas y conocido como “el médico amigo de las personas que viven con VIH/Sida”, dada su trayectoria de más de diez años atendiendo estos casos en Venezuela.

Comegna considera que “la gente ha bajado la guardia con el VIH. No todo el mundo tiene acceso a la información. Hay gente que le llega la información y no la entiende”.

A quienes se suman los que no la quieren comprender. Aunque es ampliamente difundido que el Virus de Inmunodeficiencia Humana no distingue género, raza, edad, religión o nivel socioeconómico, se sigue asociando la infección con los homosexuales, las trabajadoras comerciales del sexo, los consumidores de drogas inyectables, entre otros.

Estas creencias nacieron hace aproximadamente 25 años, cuando los primeros casos de sida comenzaron a ocupar titulares en la gran prensa norteamericana y europea y en ellos se vinculaba a la enfermedad con determinados grupos-blanco, generalmente marginales. Tales reseñas se calcaban en Latinoamérica, a través de los cables.

En ellas se insinuaba que “el mal no pone en peligro a la ‘gente decente’ sino solamente a personas ‘estigmatizadas’ de antemano por su comportamiento, su origen étnico o por una tara”, anota Mirko Grmek en *Historia del sida* (1992).

Esos individuos fueron incluidos por los epidemiólogos de la época en el llamado “club de las H”: homosexuales, heroinómanos, haitianos, hemofílicos y *hookers* o prostitutas.

Los hombres que tenían sexo con hombres fueron los señalados inicialmente pues, si bien el coito anal es una ruta sencilla para la entrada del virus, por cosas del destino ellos fueron los primeros en desarrollar y reportar la enfermedad. De ahí que las denominaciones preliminares del padecimiento se vincularan con este sector: neumonía gay, cáncer gay, inmunodeficiencia relacionada con los gay o síndrome comprometido con lo gay.

Los haitianos fueron el segundo grupo de observación en Estados Unidos, pues un número considerable de inmigrantes presentaba, en 1982, síntomas de la inmunodepresión adquirida, pero ninguno era homosexual ni consumidor de drogas. Sin embargo, 30% reconoció haber tenido relaciones con personas del mismo sexo a cambio de dinero, en especial con extranjeros. De esta forma, transmitían el virus en dos medios sociales diferentes: el de otros hombres y el de las mujeres.

Estos isleños fueron declarados grupo de riesgo, acusados de haber llevado la enfermedad a Estados Unidos y estigmatizados.

Una forma similar de “contagio”, como se decía entonces, se adjudicó a las profesionales del sexo, expuestas debido a su promiscuidad. Empero, aquí no se consideraba el papel de sus clientes masculinos en la diseminación de la epidemia.

Los adictos a las drogas que se administran por vía endovenosa o intramuscular tenían y tienen riesgo porque comparten agujas, jeringas y otros equipos para mezclar el estupefaciente e inyectarse. Así, la sangre pasa fácilmente entre uno y otro. Pero su inclusión en un grupo de riesgo no se debió únicamente a este hecho, sino también a su conexión con actividades ilegales y “reprochables”, lo que a menudo los dejaba por fuera de los sistemas de atención sanitaria.

Finalmente, salieron a la luz los casos de hemofílicos que recibían concentrados comerciales de los factores VIII y IX de sangre, por medio de transfusiones. Estos productos se generan con la mezcla de plasma de numerosos donantes y, al no haber en la época pruebas de detección de los anticuerpos, el riesgo se incrementaba y se producía la infección. Ellos también la pasaban a sus mujeres.

Un cuarto de siglo después, cuando los avances en el área de la información y la comunicación permiten acceder a los estudios médicos más avanzados con sólo hacer *click* en un dispositivo móvil, los dogmas que identifican al VIH únicamente con estos conjuntos humanos se mantienen.

Esta situación no sólo sigue generando mecanismos de discriminación absurdos, sino que además incrementa el riesgo de exposición de los individuos sanos quienes, por no entrar en tales categorías, se consideran exentos de peligro.

“Esta es una actitud en especial probable en las mujeres”, asegura Diane Richardson en *La mujer y el sida* (1990). Y, desde su propia experiencia, Yolimar Duno lo confirma: “Nunca pensé en usar protección, pero no creí que esto me podría pasar a mí, porque yo no fui una persona promiscua ni nada. Él ha sido mi única pareja, por eso fue mi sorpresa, para mí fue algo insólito”.

Pero, ¿qué es ser promiscuo en realidad? ¿Cuál es el número de parejas que debe tener alguien para ser considerado promiscuo? Esta condición aplica de forma diferente para cada quien y de acuerdo con los estándares sexuales que se han fijado en la sociedad

para hombres y mujeres. Es por ello que Richardson concluye en su libro que la monogamia, en oposición a la variedad de compañeros/as en la cama, no protege del VIH si la pareja está infectada y se tiene coito desprotegido con ella.

Claro que si se sostienen relaciones sexuales con variedad de individuos de forma paralela y sin el empleo del condón, la probabilidad de que alguno esté infectado es mayor y el riesgo se incrementa. Pero hay que tener claro que no es la cifra de amantes la que aumenta la vulnerabilidad, sino lo que se hace con ellos/as.

“Las personas adquieren SIDA (sic) por lo que hacen y no por lo que son”, resuelve la autora de *La mujer y el sida*.

De hecho, en la epidemiología del VIH el riesgo suele definirse como el comportamiento individual que genera la posibilidad de que la infección ocurra, la intensifica o la perpetúa. De allí que se eviten las etiquetas contra ciertos grupos y se hable de conductas riesgosas.

Entre éstas no sólo se encuentra el coito desprotegido, en general, sino en particular el que se lleva a cabo con los llamados sectores vulnerables clásicos.

Así, es considerada una actitud peligrosa relacionarse sexualmente **sin condón** con los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), dado que el coito vía anal que ellos practican genera más probabilidad de infección que cualquier otra forma de contacto sexual. Si el individuo acostumbra a “acostarse” con variedad de personas de manera simultánea, como es usual en muchos de ellos, la alarma es aún mayor.

De igual modo, se colocan en riesgo los clientes de las/os profesionales del sexo que se rehúsan a usar el preservativo y los usuarios de drogas inyectables (UDI), que intercambian sus instrumentos con otros y a su vez exponen a sus parejas sexuales.

Estos grupos vulnerables tradicionales, no obstante, han comenzado a disminuir su patrón de exposición al VIH, en vista de que gran parte de los esfuerzos en educación y concientización, en todos los países, han estado dirigidos específicamente a ellos.

En Venezuela, y más concretamente en el Distrito Capital, organizaciones que defienden los derechos de las minorías sexuales, como Alianza Lambda o Asesoría en Educación y Salud de Venezuela (ASES), se han encargado de adelantar campañas junto con organismos de cooperación internacional, para estimular el uso del condón entre los HSH, gays y transgéneros.

De otro lado, la Asociación de Mujeres para el Bienestar y Ayuda Recíproca (Ambar) ha tomado en sus manos la labor de promover, entre las trabajadoras del sexo, el empleo del preservativo. Esta actividad se ha explayado a la mayor parte de los prostíbulos y casas de citas de la capital, gracias a trabajos conjuntos con el Programa Nacional de Sida/ITS del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

“Este grupo de trabajadoras sexuales a las cuales se ha intervenido con acciones de prevención ha disminuido la infección con VIH, porque incluso se les ha capacitado para que eduquen al cliente en el uso del condón y así evitar que les ofrezcan más dinero por sexo sin protección”, asegura Daisy Matos, jefa del mencionado departamento de la cartera de sanidad.

La prevención en los consumidores de estupefacientes inyectables, sin embargo, no aparece reportada ni en el *Boletín Epidemiológico 2006* sobre Venezuela de Onusida, ni en el *Informe de Gestión 2006* del Programa Nacional de Sida/ITS. El hecho de que la transmisión en el país sea mayormente de carácter sexual puede explicar la poca atención a esta población.

En todos los casos, la palabra clave parece ser educación, que no sólo reduce las posibilidades de que se expongan sino que, por otro lado, disminuye su vulnerabilidad, aunque no del todo. De allí que aún, dos décadas después de que los primeros casos de sida se registraran en ellas, sigan siendo consideradas poblaciones sensibles; su modo de vida, si bien forma parte de una elección personal, los lleva o los podría llevar a situaciones que son incapaces de manejar.

Y es que, ¿cómo puede controlar el peligro de infectarse una trabajadora sexual cuyo único ingreso proviene de la venta de su cuerpo y cuyos clientes rechazan el uso del preservativo? Tanto ella como su pareja estable, si la tiene, corren peligro. Si labora bajo la coerción de un tercero, la amenaza es mayor.

De tal modo que es innegable que sí existen grupos más vulnerables que otros, los cuales son clasificados por la socióloga Morelba Jiménez, Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Venezuela, en dos conjuntos: los que están desinformados y los que en situaciones, no manipulables por el ser humano, pueden contraer la enfermedad.

Vulnerabilidad que queda definida, según Mazín en *Aspectos biológicos de la transmisión sexual del VIH* (2007), como la “interferencia con la capacidad individual y/o comunitaria de reducir el riesgo”.

Además de los colectivos antes mencionados, ahora también se cuentan entre los sectores más expuestos a las mujeres, en especial las que viven en pareja; las personas privadas de libertad, los jóvenes al inicio de la vida sexual, los pescadores, los camioneros, los indígenas y los ciudadanos en situación de pobreza.

En estos dos últimos casos, las condiciones precarias de vida se traducen en poco acceso a la información y a la educación, en especial a la relativa a la sexualidad, al VIH/Sida y a sus derechos humanos. Por ende, el eventual uso de métodos de prevención es limitado, al igual que la posibilidad de contar con atención sanitaria de calidad.

“Las marcadas diferencias socioeconómicas potencian las inequidades de género, raza/etnia y edad, no logrando ser compensadas por los sistemas de salud”, asegura el Fondo de Población de las Naciones Unidas en *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos* (2005).

Haciendo referencia al costo de los medicamentos y de la atención médica Taby Zambrano, una señora que vive con VIH, advierte: “Yo como mujer, me siento desasistida. Esta es una enfermedad para millonarios, pero la vivimos los pobres y por eso pasamos por toda esta situación”.

Cuando el VIH entra en la casa, estima Onusida en el *Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006*, “las secuelas van desde un incremento en los costos médicos y gastos funerarios, hasta el hecho de que algunos familiares tengan que dejar el trabajo o la escuela para cuidar a los enfermos”.

Con los pescadores y los camioneros, o las personas que están en movilidad constante, sucede el mismo fenómeno pero a la inversa. En el primer caso, estos sujetos suelen vincularse en su zona de trabajo con gran cantidad de turistas quienes, muchas veces, les ofrecen dinero a cambio de tener relaciones sexuales.

Los camioneros, por su parte, permanecen lejos de su casa por mucho tiempo y, según explica Libsen Rodríguez, representante en Venezuela del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, “se quedan en esos centros de reclusión en las

carreteras, y tiene gran intercambio con otros hombres e incluso con mujeres que comercian con su sexualidad”.

En ambos casos, añade Rodríguez, existe escasa información y manejo del uso del condón.

La situación se repite, con variantes, en las cárceles. Los presos son personas que, por una condición de vida, tienen reducidas sus posibilidades de intercambio sexual con mujeres, lo que favorece el coito entre personas del mismo sexo. Esto, por supuesto, no implica en ningún momento la utilización del preservativo, razón por la cual en el contexto epidemiológico se suele llamar a las prisiones “incubadoras de la infección por el VIH”, pero también de la tuberculosis y de la hepatitis C.

El escenario empeora si se toma en cuenta que también son habituales las violaciones, el consumo de drogas ilícitas con prácticas de inyección peligrosas y el tatuado con equipos contaminados.

Por otro lado, el eventual acceso de los reos a buenos sistemas de salud es casi una utopía, no sólo por las condiciones en que se encuentran la mayoría de las penitenciarías del país, sino además porque el personal médico suele pensar que estos individuos “tienen lo que se merecen”, asegura el informe de Onusida citado en párrafos anteriores.

El problema es que no sólo la epidemia se extiende dentro de este grupo sino que los hombres, una vez que salen de prisión, les traspasan el virus a sus mujeres. En el caso de Elizabeth Sánchez, comentado en el primer capítulo, todo ocurrió cuando su esposo aún estaba dentro del penal.

Por situaciones como ésta se afirma que los varones que tienen sexo con otros varones, constituyen uno de los principales puentes hacia la población en general. Según el artículo “HSH frente al VIH/Sida”, publicado en la revista *Gente Positiva* (2003, N°3), este conjunto se define como “aquéllos hombres que, por su propia voluntad o que forzados por situaciones específicas, mantienen relaciones sexuales de forma temporal u ocasional con hombres”. Entre éstos se incluyen los tres últimos casos antes mencionados.

A ellos hay que sumarle los gays, cuyo riesgo no parte de su preferencia sexual sino de que, al igual que los hetero, se acuesten con variedad de individuos sin emplear ningún mecanismo de protección. Ellos suelen tener poca exposición hacia afuera, pero pueden

tener vínculos con otro subgrupo: el de los bisexuales, llamados en algunos casos homosexuales “enclosetados”.

Libsen Rodríguez relata que estos conjuntos son preponderantes en sociedades altamente machistas y homofóbicas, como la venezolana, donde no se favorece que la gente descubra su orientación sexual de forma clara y abierta y se estigmatiza a las personas atraídas por otras de su mismo sexo. Por ello, además de tener relaciones sexuales con sus congéneres, estos hombres también se vinculan con mujeres sea de forma casual o permanente.

En muchos casos, estos individuos ni siquiera admiten que tienen una atracción por sus similares. La psicóloga Marlin Bello explica que, por el contrario, el acostarse con ellos es asumido como la satisfacción de esa urgencia sexual que tiene todo hombre-macho, que idealmente debe ser saciada con mujeres pero que, en su ausencia, puede ser cubierta con otro varón.

Lo que hay que tomar en consideración aquí es que, debido a los riesgos de las relaciones anales, estas personas suelen ser las de mayor incidencia en la infección con VIH en la mayoría de los países, con aproximadamente las dos terceras partes de los casos en Venezuela. Ellos están propiciando ese incremento en la transmisión heterosexual y contribuyendo con la feminización de la epidemia.

Aunque en el país son pocos los estudios que se han realizado sobre este tema, en naciones tan cercanas como Colombia y Ecuador “un número significativo de mujeres VIH-positivas parecen haber sido infectadas por sus maridos o parejas habituales, que contrajeron el virus durante relaciones sexuales no protegidas con otros varones”, revela la médica e investigadora Silvia Montano en “Prevalencias, genotipos y factores de riesgo en la transmisión del VIH en Sudamérica” (2005), dossier aparecido en el *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.

Un comportamiento similar al de estos hombres se observa en los jóvenes, quienes pueden recibir la infección en el marco del descubrimiento de su identidad sexual, cuando además existe poca información y/o conciencia de la importancia de prevenir las ITS.

La delegada en Venezuela del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida alega que “es muy frecuente, es natural y está escrito a lo largo de toda la historia

de la humanidad que se den prácticas con congéneres durante el comienzo de la vida sexual. Al menos uno de cada diez jóvenes, dicen expertos, se ha iniciado de esta forma”.

En cuanto a las chicas, sucede que la vida sexual está comenzando en los primeros años de la adolescencia. En esta etapa, los tejidos de los genitales no están del todo formados, contienen menos capas de células epiteliales y, por ende, son propensos a recibir cualquier tipo de infección.

Pese a esta experimentación temprana, persisten los tabúes. La creencia de que las muchachas “deben ser vírgenes y el estigma que se asocia a la sexualidad femenina evitan, a menudo, que las mujeres sexualmente activas acudan a los servicios de salud y obtengan información”, reporta el texto *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002), de la Organización Panamericana de la Salud.

Este documento agrega que esa misma convicción de que deben llegar castas al matrimonio, momento en el cual ha de hacerse efectiva la ruptura del himen, está conduciendo a las jóvenes a realizar prácticas riesgosas, como el sexo anal y oral.

La situación se hace más grave si se toma en cuenta que, la mayor parte de las veces, los compañeros de estas chicas son hombres mayores que ellas, con una experiencia sexual que involucra variedad de parejas y que pueden haber recibido el VIH en el marco de alguno de esos vínculos.

“Aunque casi todos los hombres contraen la infección antes de los 25 años, los hombres mayores en general han sido activos sexualmente más tiempo y por ende tienen más probabilidad de estar infectados que los más jóvenes”, aclara el ejemplar de la OPS antes citado.

Más allá de los motivos individuales propios de cada pareja y su circunstancia, las razones generales por las cuales surgen estos nexos tienen que ver, en el caso de ellos, con la convicción de que las muchachas son más pasivas, fecundas y es menos probable que tengan alguna infección de transmisión sexual, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Para ellas, el vincularse con sujetos de mayor edad puede traducirse en más seguridad en el ámbito económico y en mayor estabilidad para la familia lo cual, es hartamente conocido, no siempre ocurre.

Propósitos de tipo financiero también pueden conducir a algunas féminas a permanecer, con o sin conciencia del riesgo, al lado de un hombre que mantiene relaciones extramaritales, sea con otros hombres o con trabajadoras sexuales.

La posición de desventaja en el manejo de los recursos, bienes y oportunidades de ingreso les dificulta a las mujeres “de su casa” abstenerse de tener sexo con su marido, aunque no lo deseen. El coito se convierte así en un mecanismo transaccional, en el que se intercambia el placer corporal del hombre por la satisfacción de las necesidades básicas de la mujer y la familia.

En tales situaciones, sostiene Graham Pembrey en *El VIH y el sida en Latinoamérica* (2006), el condón suele estar ausente, por lo que “los clientes de las profesionales del sexo pueden pasarle el VIH a sus esposas o novias una vez infectados”.

La socióloga Morelba Jiménez explica que, para las mujeres, su condición de género constituye su mayor riesgo porque la convierte en la parte débil, receptiva, conformista y responsable de la sociedad. La misma sociedad que, por otro lado, le pide que sea sumisa a las exigencias del hombre.

“Después de saber que tenía esto, me enteré de que él frecuentaba bares, fiestas y que andaba con mujeres pero, mientras estuve con él, yo no usaba condón porque seguro si se lo pedía me decía que no”, reconoce Leida Sánchez, quien fue infectada con el VIH por su marido.

Por casos como éste y por el hecho de que muchas mujeres adoptan riesgos sexuales con sus parejas permanentes por cuestiones socioeconómicas, la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela, Alejandra Corao, asevera que “a veces, darle microcréditos a las mujeres para que monten una empresa es un mejor condón que el propio condón”.

No se detecta a simple vista

La situación antes descrita probablemente tomaría tintes diferentes si la infección por el VIH, en la pareja, se hiciera visible tan pronto ocurre. De seguro, la negociación del uso del condón pasaría a ser una exigencia y la mujer evitaría poner en juego su salud sólo por tener a cambio otras cosas.

Pero no es así. Un individuo que se encuentra en las primeras etapas de la enfermedad luce físicamente tan normal como cualquier otro que esté sano. Y es que el Virus de Inmunodeficiencia Humana es silencioso y puede pasar hasta diez años sin hacer ruido alguno o daño aparente.

Por ello, para poder detectarlo, no sólo hace falta cierto nivel de conciencia por parte de la persona, que se debe saber expuesta a una situación de riesgo y que, por consiguiente, asiste voluntariamente a hacerse los exámenes de laboratorio, sino que además es imprescindible la realización de *tests* confirmatorios.

ELISA (del inglés) es el nombre que recibe la prueba de inmunoabsorción enzimática, a través de la cual se determina si existe presencia o no de los anticuerpos que produce el organismo para luchar contra el VIH. Fue forjada en 1983 en los laboratorios del Instituto Pasteur de Francia, bajo la dirección del profesor emérito Luc Montagnier y una vez que se había logrado el aislamiento del virus del sida.

Para la época existía una enorme disputa por definir quién era el verdadero descubridor del Virus de Inmunodeficiencia Humana, pues la investigación se realizó de forma paralela en Francia, con Montagnier a la cabeza, y en Estados Unidos, bajo la batuta de Robert Gallo, quien era el director del Instituto de Virología de la Universidad de Maryland.

Los procesos realizados por ambos, si bien se hicieron de forma separada, usaron en muchos casos las mismas muestras de sangre, por lo que juntos contribuyeron con la identificación exacta del microorganismo y de los *tests* capaces de detectarlo. La controversia se zanjó con la firma de un acuerdo político en 1987, en el que se repartieron los derechos y las patentes del hallazgo en partes iguales.

Pero tres años antes de que se produjera la negociación, la contienda llevó al equipo científico de Gallo a negar la especificidad de ELISA, calificándola como una prueba insegura. Sin embargo, en la actualidad, su confiabilidad se estima en 99,9% pero se recomienda al paciente realizársela entre tres y seis meses después de haberse expuesto al VIH.

Éste es el tiempo promedio que le toma al sistema inmunológico desarrollar las proteínas que habrán de combatir la infección y es lo que se conoce como “período de

ventana”, durante el cual el agente viral no puede ser reconocido en la sangre. De realizarse la prueba en este lapso, lo más seguro es que salga negativa.

Por tal motivo, y tomando en cuenta que cada organismo actúa de forma distinta, siempre se pide la ejecución de un segundo examen, independientemente de la respuesta que se haya obtenido con el primero.

“Si una prueba ELISA arroja un resultado positivo, no significa que la persona haya sido infectada, ya que, en ciertas condiciones, esta prueba considera como anticuerpos contra el VIH a anticuerpos producidos contra enfermedades como la sífilis o el lupus. Ahora bien, si una prueba ELISA o la prueba confirmatoria arrojan un resultado negativo, no significa que la persona no tenga el VIH, ya que podría encontrarse en el período de ventana inmunológica”, aclara la periodista Vanessa Davies en *VIH/Sida: biografía de una pandemia* (2006).

Una vez conocido el diagnóstico emanado de este análisis, la persona deberá someterse a un segundo *test*. Se trata del Western Blot, mejor conocido como prueba confirmatoria del VIH. La especificidad de esta técnica de laboratorio reside en que es capaz de detectar la presencia, en la sangre, de una proteína que se encuentra en la envoltura del Virus de Inmunodeficiencia Humana, llamada P-24.

“A mí me hicieron dos pruebas ELISA y salieron positivas -recuerda Yolimar Duno, una mujer viviendo con la infección. A raíz de eso me mandaron a hacer un confirmatorio. Inclusive, yo me lo hice en un laboratorio privado y ahí me salió el examen negativo, a mi esposo y a mí; nosotros sentimos que volvimos a nacer. Pero la doctora nos dijo que eso no era seguro y nos mandó a hacer un confirmatorio más. Total que otra vez la angustia, esperar los 15 días y nos salió positivo”.

En *Historia del sida* (1992), Mirko Grmek puntualiza que ELISA es sumamente sensible, pero insuficientemente específica; esto quiere decir que pocos casos realmente positivos se le escapan, pero que tiende a confundir algunos positivos con otros negativos.

De otro lado, el Western Blot da muy pocos falsos positivos (1 de cada 20.000 *tests*), “pero su utilización es más costosa y requiere personal calificado”.

Si ambas pruebas de detección corroboran el diagnóstico de seropositividad, el individuo deberá someterse a posteriores exámenes de seguimiento, con el objeto de vigilar el estado de su infección y recurrir a los medicamentos tan pronto como sea necesario.

Estos ensayos también se emplean para determinar si el paciente debe interrumpir, discontinuar o cambiar de tratamiento cuando sus efectos son negativos.

El recuento linfocitario (de CD4), subpoblaciones o perfil inmunológico es un análisis que, mediante una muestra de sangre y usando el método denominado citometría de flujo, determina el estado en que se encuentra el sistema inmunológico y el avance de la infección por el VIH. Una persona sana tiene entre 600 y 1.200 linfocitos CD4 por milímetro cúbico de sangre.

Cuando los CD4 disminuyen y se ubican en alrededor de 350 por milímetro cúbico de sangre, se suele indicar a la persona que comience un tratamiento antirretroviral. Pero si el número de estos glóbulos blancos se ubica por debajo de 200 (linfopenia) el sistema inmunológico está incompleto, con valores críticos y con mayores posibilidades de desarrollar el sida y sus afecciones.

Esta situación es lo que se conoce como fracaso inmunológico, lo que también ocurre cuando el recuento de linfocitos CD4 no sobrepasa los niveles de referencia durante la primera medicación. Esto puede conducir al fracaso clínico que, según el *Glosario del VIH/Sida* (2006) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, “es la aparición de infecciones relacionadas con el VIH o deterioro de la salud física a pesar de tomar un régimen de tratamiento contra ese virus, por un mínimo de tres meses”.

Otra de las pruebas que permite establecer un pronóstico de desarrollo del Virus de Inmunodeficiencia Humana, en una persona seropositiva, es la llamada carga viral.

Por medio de una muestra de sangre, este examen determina la cantidad de partículas virales, compuestas por ácido nucleico o ARN del VIH y empleadas por el microorganismo para reproducirse, por mililitro de plasma sanguíneo.

Normalmente, los límites de detección más bajos son de 5 a 20 copias víricas por mililitro de plasma, mientras en una carga vírica alta pueden existir más de 30.000 copias. En este caso, se incrementa la posibilidad de infectar a otros y de desarrollar enfermedades oportunistas.

“Yo me enfermaba demasiado, no salía de una gripe, de un dolor de cabeza, me mareaba casi dos minutos, pero nunca pensé en ir a un médico porque yo era antiparabólica en eso. Al poco tiempo de que me enteré y de que me dieron mi conteo de CD4 y carga viral, vi que en realidad estaba un poquito bajita en los conteos. Me dijeron que era porque

mis *babies* estaban pequeños, porque yo los tuve seguidos, y eso me estaba bajando las plaquetas y las cosas”, detalla Iris Espinoza.

Pese a sus 19 años, esta muchacha conoce con exactitud y habla con naturalidad de todas las pruebas antes descritas, al igual que el resto de las mujeres entrevistadas a efectos de este reportaje.

Es importante señalar que puede ocurrir que la prueba de carga viral no detecte ninguna aglutinación de virus, lo cual no quiere decir que la persona se ha curado, sino que el tratamiento antirretroviral ha disminuido las copias de VIH en la sangre, restableciendo en cierta medida el sistema de defensas.

Esto es lo que se conoce como carga viral indetectable, punto en el cual las concentraciones sanguíneas de ARN del microorganismo son demasiado bajas para identificarse. Empero, es probable que el siempre inteligente Virus de Inmunodeficiencia Humana se encuentre escondido en los ganglios linfáticos, en el tejido linfático o en el sistema nervioso central.

Por ello la continuidad y periodicidad en la realización de los *tests* es fundamental. Y la tecnología avanza para hacerlos cada vez más específicos: poco antes de concluir este trabajo, la Agencia de Medicamentos Estadounidense (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó el Cobas AmpliPrep/Cobas TaqMan para el VIH-1, un examen capaz de descubrir, de forma totalmente automatizada, la cantidad de virus en la sangre desde valores muy altos hasta muy bajos. Con él, se pueden verificar en menor tiempo las concentraciones de ARN del VIH-1 y, por ende, la efectividad del tratamiento antirretrovírico.

Pese a que en la actualidad el acceso a las pruebas de detección y seguimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana es casi generalizado, son pocas las personas que acuden a los centros asistenciales a hacérselas de forma voluntaria.

Esto es especialmente cierto cuando se trata de las mujeres quienes, por numerosos motivos, rehúsan conocer su estatus serológico o verificar el curso de su infección: “la vergüenza, el miedo al rechazo y al estigma, la objeción de la pareja a la pruebas, la falta de acceso a los recursos financieros y a la información fidedigna y accesible, el tiempo y el transporte” son algunas de las causas que las reprime de asistir a clínicas y hospitales, indica *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002).

Pero la situación no es del todo distinta en el caso de los hombres. La creencia de que ellos son la parte fuerte e inquebrantable de la sociedad les impide asumir su propia vulnerabilidad, por lo que muy pocos toman la iniciativa de realizarse las pruebas de detección y seguimiento de VIH y otras ITS. Esto no sólo los lesiona a ellos mismos, sino también a sus parejas.

Además, “los hombres que sí buscan servicios de salud sexual pueden enfrentarse con obstáculos, ya que estos servicios se suelen incorporar en los de salud reproductiva dirigidos a las mujeres en establecimientos de atención prenatal y de planificación familiar”, reseña el texto de la OPS.

La situación para ambos géneros se repite, casi sin modificación, al momento de recibir los medicamentos.

Tratamientos pero no curas

Si a comienzos de los años ochenta se decía que la infección por el VIH conducía de forma rápida e irremediable a la muerte, en la actualidad el desarrollo de gran variedad de medicamentos para tratarla permite ubicarla, como se ha expuesto, dentro de la categoría de afecciones crónicas.

Si bien no se cura, pues el microorganismo permanece para siempre en el cuerpo, las personas pueden coexistir muchísimo tiempo con él. “Gracias a los tratamientos combinados, disponibles desde hace una década, un individuo portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana puede vivir tanto o más tiempo que alguien con diabetes o hipertensión arterial”, sostiene la comunicadora Vanessa Davies en el texto antes citado.

La coordinadora de la red Mujeres en Positivo, Diana Irazábal, quien es una mujer que vive con el VIH desde hace más de dos décadas, es una prueba de esto.

Los medicamentos que se emplean para combatir el VIH se denominan antirretrovirales (ARV), en tanto su función principal es atacar un retrovirus. La idea es detener o ralentizar su replicación en las células y llevar sus niveles en la sangre casi a cero. En *VIH/Sida: biografía de una pandemia* (2006), Davies afirma que esto se traduce en “alcanzar un desequilibrio que favorezca a la persona y perjudique al invasor, o lo que es lo mismo, que las células inmunológicas CD4 estén altas, y que la carga viral esté baja”.

En principio, alrededor de 1990, se empleó únicamente un fármaco llamado Zidovudina (AZT), el cual detiene la multiplicación del virus, pero puede generar fuertes efectos secundarios como daños hepáticos, intoxicación sanguínea y trastornos musculares.

El AZT es un inhibidor de la transcriptasa inversa, lo que quiere decir que actúa dentro de la célula que ha sido contaminada, impidiendo la producción de la enzima que es necesaria para el proceso de replicación del VIH e interfiriendo con la posibilidad del germen patógeno de crear nuevas copias. A este tipo de medicamentos también se les denomina análogos nucleósidos.

Los análogos no nucleósidos, por otro lado, paralizan o inhiben la producción del VIH por medio de acciones directas sobre la transcriptasa reversa, con lo que evitan que el virus sea capaz de transformar su ARN en ADN.

Aunque trabajan en la misma zona que los medicamentos inicialmente descritos, su acción es más específica y actúan de forma distinta; de allí que reciban un nombre diferente.

Existe también otro tipo de fármacos denominados inhibidores de la proteasa, los cuales impiden que esta enzima cumpla su función y sea utilizada por el microorganismo para replicarse.

La proteasa se encuentra únicamente en las células contaminadas por el VIH, por lo que estos medicamentos actúan sobre ellas cortando las cadenas virales proteicas en tamaños tan pequeños que no pueden formar nuevas células infectadas.

Los últimos medicamentos en ser desarrollados fueron los llamados inhibidores de fusión, que obstruyen la entrada del virus a los CD4. Para ello, impiden que la proteína exterior del VIH se una a las proteínas de la superficie de las células inmunes.

A diferencia del resto, éstos se aplican con inyecciones subcutáneas lo que puede ser problemático para muchas personas, como por ejemplo para aquellas mujeres que deben esconder el tratamiento del marido o de algún otro miembro de la familia, o para las que trabajan en lugares poco higiénicos, como la economía informal.

Los demás vienen en presentaciones que se administran fácilmente por vía oral, como tabletas, jarabes, o cápsulas; también existen las marcas registradas y los genéricos.

Hoy en día, rara vez se receta sólo una de las drogas pues, desde 1996, se determinó que se obtiene mayor efectividad cuando se combinan varias. Así, nació el Tratamiento Antirretroviral Sumamente Activo (TARSA).

El manual *Zona segura* (2004), de la Fundación Amigos de la Vida, apunta que “estos combos o mezclas de antirretrovirales de varias familias o grupos de medicamentos tienen como fin atacar al VIH en varias facetas de su replicación o multiplicación, o entrada a la célula huésped”.

A través de tres o más preparados (triterapia) se ayuda al cuerpo a resistir, por un tiempo determinado, el virus. Esto se consigue reduciendo la cantidad de copias del microorganismo en la sangre e incrementando el número de linfocitos T. Lo ideal es llegar al nivel indetectable, por lo que también se trata de mitigar la cantidad de material genético del VIH.

Yolimar Duno narra su experiencia: “La primera vez que yo me hice mis exámenes de CD4 y carga viral estaba de menos de 200; 170 CD4 y estaba bajando porque yo estaba bastante mal y la carga viral me llegó a 336.000 copias, o sea demasiadas, necesitaba tratamiento urgentemente. De allí para adelante, como empecé a tomar el tratamiento a cabalidad, a sus horas, todos los días, me fue respondiendo bien, me fue bajando la carga viral progresivamente y llegó a 50 copias. El CD4 es más difícil que se eleve, sin embargo, progresivamente fue subiendo”.

Aunque la cantidad de medicinas que implica seguir el TARSA parece exagerada, quienes se encuentran en las etapas más avanzadas de la infección deben cumplir una terapia medicamentosa adicional para evitar la incidencia de enfermedades oportunistas producto de micosis, hongos o parásitos, como la neumonía por *Neumocistis Carinii*, la toxoplasmosis y las afecciones creadas por el Cytomegalovirus, todas muy frecuentes en las personas que viven con VIH.

“Mi hija siempre me pregunta que por qué, a diferencia de otros niños, ella tiene que tomar tantas pastillas”, deja al descubierto, no sin visos de remordimiento, Leida Sánchez.

Además de disminuir la carga viral y contribuir con el sistema de defensas del cuerpo, los tratamientos antirretrovirales cumplen una función más: disminuyen la infectividad de la persona, al mermar las cantidades de virus especialmente en las secreciones genitales y la sangre.

De esta forma, el individuo tiene menos chance de contaminar a su pareja, en caso de accidentes con el preservativo o de que no se use del todo. R. Bunnell explica, en un ensayo aparecido en 2006 en la revista *Aids*, que un estudio realizado en la Uganda rural logró calcular que el riesgo de traspaso del VIH en parejas serodiscordantes, en la que sólo uno de los miembros está infectado, disminuía en 98% si la persona seropositiva recibía terapia antirretroviral.

Empero, la habilidad de los ARV de reducir la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana no ha sido demostrada con exactitud, pues es necesario identificar en detalle las cantidades del químico que llegan a la sangre y de allí a cada componente del semen, por ejemplo.

Entonces, si éste está integrado en 10% de líquido de los testículos, 50% a 70% de las vesículas seminales y entre 20% y 30% de la próstata, además de la contribución en 10% que hacen las secreciones de la uretra y los epidídimos, hay que especificar cómo actúa el medicamento en cada uno de estos ingredientes del total del volumen eyaculado, lo cual no se ha hecho aún de manera certera. Se requeriría, además, realizar este análisis a cada sujeto evaluado.

Por todos los motivos señalados, estas drogas no se venden de forma expedita dado que, suponer que se evitaría la infección, “podría conducir a un incremento de los comportamientos de riesgo tanto en personas seropositivas como en seronegativas. Ha habido numerosos reportes anecdóticos que sugieren tales conductas en hombres homo y bisexuales”, asegura el informe *Transmisión del VIH* (2001), publicado por la base de datos sobre salud de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos en su sitio de Internet Medscape.

El texto añade que, usando un modelo matemático, se ha demostrado que el beneficio de la terapia antirretroviral, que reduce pero no elimina la transmisibilidad, puede verse aminorado por el aumento de prácticas sexuales sin protección.

Situación que se puede repetir si se regulariza la entrega de TARV dedicada exclusivamente a la profilaxis post-exposición (PPE). Ésta se emplea únicamente cuando la persona se ha podido infectar como consecuencia de un accidente laboral, en especial en el área médica, o de una violación. No obstante, individuos con conductas de riesgo podrían

alegar cualquiera de esas situaciones para recibir el tratamiento que, además, es sumamente costoso.

Aunque son pocos los casos de exposición ocupacional al VIH, éstos deben ser atendidos. Para ello se emplea, de forma puntual e inmediata, la zidovudina, que ha sido asociada con ciertos parámetros de protección y con una reducción del peligro de infección.

“Estimuladas por estos hallazgos, numerosas organizaciones han recomendado que los sujetos expuestos al VIH a través del coito desprotegido y bajo circunstancias específicas -como el abuso sexual- pueden recibir la profilaxis post-exposición”, añade la investigación de Medscape.

Sin embargo, el documento agrega que también se ha reconocido la falta de datos para apoyar tales procedimientos, puesto que aún no es claro si la información relativa a la infección ocupacional puede ser extrapolada a otro tipo de contactos, donde los mecanismos biológicos de transmisión pueden ser muy diferentes.

Por tal motivo concluye que, de seguro, la profilaxis post-exposición se convertirá en una rutina en los centros de salud cuando se trata de riesgo elevado o de roce comprobado con el VIH, cosa que es poco probable que ocurra en el corto plazo con respecto a la exposición sexual, en la que se desconoce si pudo haber o no infección.

En primer lugar porque los medicamentos son caros (alrededor de 327 dólares sólo la PPE). Luego hay que tomar en consideración que estas drogas tienen un elevado nivel de toxicidad y consecuencias a largo plazo que todavía no son del todo conocidas.

También hay que tener en cuenta que, en algunas circunstancias, las personas que han sido efectivamente expuestas al virus pueden desarrollar resistencia a la terapia, mientras otras no se adhieren al tratamiento, en especial en casos donde no se sabe con certeza si ha ocurrido la transmisión.

Abrazar el tratamiento = salvar la vida

“Yo no quiero iniciar un tratamiento porque, de por sí, yo soy floja para tomarme medicamentos. Muchas veces cuando me mandan vitaminas, yo les digo que me las den inyectadas y no tomadas, porque se me va a olvidar”, afirma “AN”.

Tener comportamientos como éste, cuando se está siguiendo una terapia antirretrovírica, conduce a la no adherencia. Tal situación no sólo retrasa o limita del todo

el fortalecimiento del sistema inmunológico, sino que además puede generar tolerancia del organismo a los fármacos, que luego carecen de efectos.

El apego al tratamiento significa que el o la paciente se ajusta con exactitud a las prescripciones relativas a los fármacos, incluyendo dosificaciones, restricciones dietéticas y horarios de las tomas, con el objeto de combatir la infección. De esta forma, asegura el manual *Vida positiva* (2005) de la Fundación Amigos de la Vida, se garantiza una mejor absorción en el estómago y en el tracto intestinal de los ARV.

Para lograr esto de manera óptima es necesario consumir al menos 95% de la dosis mensual e introducir una serie de transformaciones en la vida diaria, siempre y cuando no representen situaciones radicales; de ser así, es poco probable que la persona permanezca mucho tiempo atada al régimen de medicamentos y, más pronto que tarde, retorne a sus hábitos normales.

Es por ello que tomar la decisión de iniciar la triterapia no sólo proviene del personal tratante sino del individuo infectado, quien contrae de forma consciente e informada la responsabilidad consigo mismo y con su salud, quien además acepta su condición de portador del VIH y “ha decidido continuar con sus metas y proyectos de vida”, sostiene el cuadernillo *Zona segura* (2004), de la institución antes referida.

Asumir tal disposición requiere, evidentemente, de conocimiento previo acerca de la terapéutica de los medicamentos, de la potencia de la combinación, de sus efectos secundarios, de las consecuencias de no consumirlos y de las posibles elecciones a futuro o secuencia, en caso de que alguno deje de funcionar.

Asimismo, es imprescindible que se discuta con el equipo de salud el horario más acorde para la ingesta de los fármacos conforme a la rutina del paciente, dado que las dosis pueden variar desde dos pastillas diarias hasta 11 pastillas dos veces al día; algunos requieren ser consumidos con alimentos específicos o en ayunas, mientras otros deben permanecer refrigerados.

Las ONG que trabajan con personas viviendo con VIH recomiendan además que se intercambie información, acerca de la adherencia, con otros sujetos que tengan la misma condición y que se establezcan estrategias recordatorias, como alarmas o personas cercanas que estén pendientes de motivar la toma de los medicamentos.

“Mi hijo se enteró hace poco, pero a pesar de su edad es muy maduro. Ahora cuando me toca la pastilla, los antirretrovirales, me dice: ‘mami la pastilla’ o ‘mami, papi tomen’”, asegura Yolimar Duno.

Cuando no se emplea ningún mecanismo y no se desarrolla apego a los fármacos el VIH se hace resistente, comienza a mutar y cambia de forma, seleccionando las cepas que son indestructibles por los antirretrovirales. “Se denomina resistencia al momento en que el virus logra el número de mutaciones que lo hace invulnerable a un tratamiento que se esté tomando”, explica el artículo “Adherencia, un compromiso de toda persona que vive con VIH”, aparecido en el boletín *Gente Positiva* (2005, N°11).

En vista de que los compuestos que pertenecen a una misma clase funcionan de forma similar, cuando el virus se hace inmune a alguno de ellos puede repeler también a otros, incluso si la persona nunca los ha probado.

La resistencia también puede ocurrir producto de la farmacokuinesis, que es la interacción no óptima entre los medicamentos que se toman, lo que limita el grado de absorción y la eficacia de uno o más compuestos.

Escenario especialmente probable en el caso de las mujeres puesto que, según datos de la OPS, la investigación en materia de VIH/Sida apenas ha comenzado a indagar las diferencias biológicas, entre ambos sexos, en la progresión de la infección. De hecho, pese a que en 1997 la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (FDA) decretó la obligatoriedad de incluir a las féminas, la mayor parte de los ensayos clínicos de la terapia antirretroviral las ha excluido y se siguen financiando más estudios con hombres.

Lo anterior trae como consecuencia que el propio personal sanitario carezca de los conocimientos básicos acerca de los tratamientos más apropiados para las damas infectadas y que éstos, al actuar de forma inadecuada, no funcionen al máximo.

También puede suceder que los fármacos generen efectos secundarios más fuertes en ellas, dadas las diferencias en cuanto a masa corporal, a la manera en que el organismo femenino descompone o almacena los medicamentos y a la forma en que éstos interactúan con las hormonas.

Si bien el primer mes casi todas las personas experimentan jaquecas, náuseas, vómitos, dolores musculares en las extremidades, erupciones en la piel y mareos ocasionales, la persistencia de estos síntomas por una terapia inadecuada puede conducir al

abandono total o a tomarla a conveniencia, bien sea intermitentemente o eliminando alguno de los tres compuestos. Ésta es una de las causas fundamentales por las cuales el virus comienza a hacerse imbatible.

Al progresar la resistencia no sólo los ARV dejan de actuar, sino que en algún momento será necesaria una nueva prescripción que, evidentemente, ya no podrá contener ninguna de las drogas que el microorganismo tolera. Si la conducta persiste, se genera entonces la resistencia cruzada que es el rechazo a más de un preparado, limitando así las opciones de combinaciones de medicamentos que ataquen el virus y produciéndose un deterioro progresivo de la salud.

Taby Zambrano, consciente de que esto podría sucederle al tomar una serie de pastillas y luego suspenderlas, decidió rechazar un producto que se distribuyó por algún tiempo en el hospital El Algodonal de Caracas. “La doctora me dijo que era un medicamento sólo para mujeres, pero me lo iban a dar por ocho meses y después tenía que conseguirlo yo o tener alguien en Estados Unidos que me lo trajera. Yo le dije: ‘Doctora, con el corazón en la mano le doy las gracias, pero no tengo ni el dinero para comprarlo ni el contacto en Estados Unidos, de verdad yo no lo quiero’; y se lo dejé en la mesa”.

Factores como éste, de tipo económico, contribuyen con la no adherencia de las y los pacientes; pero también la proximidad con los centros donde se distribuyen los fármacos, su disposición y entrega oportuna, el hecho de que no se produzca escasez por problemas de importación, la privacidad y la calidad de información que se le ofrece a la persona, la pericia y la actitud del equipo de salud son elementos de suma importancia.

Leida Sánchez cumple su terapia antirretroviral a cabalidad. No obstante, los esfuerzos que ha de realizar requieren constancia y tenacidad. Cada tres meses no sólo debe practicarse sus respectivas pruebas de seguimiento, sino que además tiene que hacérselas a su hija y ambas han de acudir al médico. El tratante le otorga una actualización del récipe a cada una y con eso Leida se dirige a los dispensarios a solicitar los fármacos.

“En Los Teques es un sufrimiento recibir el tratamiento. Si tú llegas a las siete y tienes seis personas por delante sales en la tarde, porque la señora se toma un café, conversa y después es que atiende. Además yo recibo mis medicamentos all  mismo, en el hospital Victorino Santaella, pero los de la niña tengo que venir a Caracas a buscarlos, en el Clínico Universitario, y yo vivo en Guarenas”, relata.

No sólo este tipo de complicaciones puede incidir en el apego de las personas que viven con VIH al régimen medicamentoso. Casos como el de Leida, en el que también debe velar por la salud de otra persona, puede conducir a un descuido del propio bienestar. “Yo empecé primero con mi hija, porque en el momento yo no me sentía tan mal, pero la niña sí estaba muy enferma; entonces dije: ‘yo voy a luchar primero con ella y después si cojo tratamiento yo’”.

Actitudes como ésta son especialmente frecuentes en las mujeres. El boletín *Género y VIH/Sida* (2003), de la Organización Panamericana de la Salud, sostiene que “las necesidades nutricionales de los hombres y de los niños son usualmente puestas por encima de las de las mujeres, lo que debilita los sistemas inmunológicos de las que viven con VIH. Ellas se mantienen cuidando a la familia y atendiendo las necesidades del hogar, aunque estén enfermas. Tanto las mujeres infectadas como las no infectadas son, usualmente, las principales cuidadoras y soportan el mayor peso psicosocial y la carga física del cuidado de las individuos con VIH/Sida”.

Por otro lado, la interacción con el compañero seropositivo también puede ser un obstáculo para seguir la medicación. Muchos hombres no sólo se niegan a usar el condón, como mecanismo para evitar la reinfección y las posteriores mutaciones del VIH, sino que también rechazan los ARV y no contribuyen con la adherencia de su pareja.

“La condición de patriarca implica que tú no cometes errores, que tú no eres vulnerable, que tú tienes un comportamiento en el cual la autoridad y el poder te inhiben de cualquier tipo de riesgo. Entonces, si tú estas cumpliendo con este poder, con este patrón de comportamiento, ¿por qué te hiciste vulnerable?, ¿por qué caíste en la enfermedad?” argumenta la socióloga Morelba Jiménez.

Esta especialista explica que, por lo general, los hombres que se infectan con el VIH no saben dónde ni con quién se contaminaron o, si lo saben, piensan que se pueden ver frágiles en su conducta y en su comportamiento. Por ello, no se dan el permiso de asumir la responsabilidad y responder por su propia salud.

Aunque tal actitud depende de cada individuo en particular, las distintas fuentes consultadas a efectos de este reportaje constataron que, al conocer su estatus serológico positivo, los sujetos masculinos suelen “echarse a morir” en mayor número y con mayor

frecuencia que las mujeres. Son ellas, entonces, quienes asumen la doble tarea de velar por el bienestar de su compañero y por el suyo propio.

“Los hombres son excluidos –y a la vez se excluyen a sí mismos– del ámbito de la salud sexual y reproductiva, y una razón para ello son las ideas y creencias culturales que afirman una imagen corporal de fuerza y menos vulnerabilidad. Eso puede traer como consecuencia que a pesar de padecer dolencias y/o enfermedades los varones se muestren, en términos generales, menos propensos a acudir a los servicios de salud o a cuidar de su salud y de la de otros”, añade el Fondo de Población de las Naciones Unidas en *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos* (2005).

Desde el punto de vista psicológico, los comportamientos de uno y otro también tienen una explicación. Según la licenciada Marlin Bello, las mujeres que tienen hijos o que deben velar por la salud de su pareja son más proactivas que los hombres y están más pendientes de las consultas médicas y los tratamientos, aunque no sean los de ellas.

“El varón lo niega, mientras que en la mujer el proceso de negación es mucho más corto, precisamente porque tiene otras responsabilidades que debe cumplir. Las mujeres no tienen tiempo de desmoronarse porque o tienen marido, o tienen hijos o tienen padres ancianos que cuidar”.

En resumen, una fémina tiene menores posibilidades de adherirse eficientemente a un tratamiento cuando tiene dificultades en la crianza y el cuidado de los hijos y de la pareja; cuando no le ha revelado su situación con respecto al VIH a su cónyuge, a familiares, a compañeros de trabajo o a amigos y debe esconder sus pastillas; cuando lleva un estilo de vida ajetreado, sufre de depresión o estrés; cuando consume sustancias psicotrópicas o alcohol, etc.

De las 77 damas en edad productiva viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana que fueron entrevistadas por Avesa, para el estudio *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida* (2007), 81% requería tratamiento antirretroviral. Este hecho llamó la atención de las investigadoras y las condujo a preguntarse: “¿Serán las condiciones de vida las que están determinando un deterioro en su salud?”.

Si las circunstancias del día a día constituyen algunos de los alicientes por los cuales a la mujer-pareja se le dificulta cumplir con las recetas médicas, otros elementos más juegan en su contra.

“La violencia e incluso el temor a la violencia también impiden que muchas mujeres y chicas indaguen o revelen su estatus serológico, al tiempo que las restringe de acceder a servicios básicos de sida. Por ejemplo, en Zambia 60% de las mujeres que podían optar por tratamiento antirretroviral gratis prefirieron no recibirlo, en parte porque temían a la violencia y al abandono si su pareja descubría que son VIH positivo”, testifica el ya referido escrito de la ONU sobre pobreza y salud sexual.

Discriminación que también puede venir de familiares u otros individuos con quienes se cohabita, o del propio personal de salud. Esto, en tanto la infección del VIH se asocia con prácticas sexuales “condenadas” en la sociedad por lo que, en muchas ocasiones, el equipo encargado de proveer los tratamientos manifiesta desinterés o recelo al momento de atender a los sujetos infectados.

Aunque no sucede en todos los casos ni en todos los sitios, este tipo de actitudes pudo ser observado durante una visita al Programa Nacional de Sida. Desde una ventanilla una señora, que no es la que siempre está, gritaba “¡siguiente!”, a lo que alguna de las personas sentadas respondía con un brinco y se colocaba de frente a ella, extendiéndole un papel. Posteriormente sólo se escuchaba la voz de tedio de la funcionaria: “Mira, mi amor, tú sabes bien que tenías que traerme la copia de tu cédula y del récipe. Anda al sótano y en la biblioteca la sacas y me vuelves a traer todo”.

El papeleo, el ir y venir, las largas distancias recorridas las tienen que sufrir hombres y mujeres, adultos y jóvenes, personas de la tercera edad, e incluso mujeres encintas.

Embarazadas: un capítulo aparte

Cuando una mujer que vive con VIH espera un hijo/a, los trámites que debe realizar, las frecuentes visitas a los centros de salud o el poco tacto con que puede ser atendida pasan a un segundo plano, dada la importancia de recibir y cumplir adecuadamente el tratamiento: está en juego tanto su vida como la de quien va a nacer.

De hecho, los especialistas consultados para esta investigación señalaron que la mayor parte de las mujeres conoce acerca de su seropositividad con el embarazo o el parto, o cuando algún hijo/a recién nacido comienza a mostrar síntomas de la infección.

Éste último es el caso de Iris Espinoza. “Yo me enteré porque mi hija se me enfermó. Yo fui a que la vieran porque tenía unas verruguitas de VPH (Virus de Papiloma Humano). Entonces le hicieron unos exámenes de sangre, pasaron como 15 días y fui yo sola a buscarlos, porque en ese momento mi esposo estaba trabajando. Y fue cuando me dieron la noticia”.

De haber conocido su estatus serológico antes de dar a luz, es probable que Iris no le hubiese transmitido el virus a su niña. Las técnicas en la actualidad varían desde el inicio inmediato de una terapia antirretrovírica hasta estrategias para parir con niveles ínfimos de riesgo.

Lo ideal es que toda mujer antes de concebir se practique, junto con su pareja, las distintas pruebas de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana y de otras enfermedades de transmisión sexual.

Pero esto no siempre es posible. No sólo porque gran parte de las que son casadas o viven en uniones de hecho consideran impensable la posibilidad de estar infectadas, sino porque además muchas comienzan a ir al ginecólogo una vez que sospechan que podrían estar encintas o cuando se presenta algún tipo de problema con el embarazo. Otras sólo van al médico en el momento del parto.

“La mayoría de las mujeres que vienen no se controlan aquí, llegan ya dando a luz”, aclara Diana Irazábal, coordinadora de la red Mujeres en Positivo que funciona en el Servicio de ETS/Sida de la maternidad Concepción Palacios de la capital.

Irazábal, junto con un grupo de unas diez mujeres que viven con VIH, se encarga de informar y orientar a las damas que reciben un diagnóstico positivo. Por la experiencia del día a día, ella es capaz de aseverar que aproximadamente 80% de las que son atendidas le transmite el virus al bebé, puesto que van “en el último mes de embarazo, cuando ya no hay tiempo de darles el tratamiento como se debe. También están las que paren y le dan pecho al niño”.

Existen tres mecanismos a través de los cuales una madre puede contaminar a su hijo/a: con la transmisión intraútero, que ocurre durante el embarazo; la intraparto, que tiene lugar en el período perinatal y en especial en el momento del alumbramiento y la postparto, que se da con la lactancia.

En casos como los señalados por la directora de Mujeres en Positivo, prevenir la llamada transmisión vertical es una tarea cuesta arriba; sin embargo, existen técnicas que pueden resultar efectivas. Una vez que el o la infante ha nacido de una madre VIH positiva, debe dársele un jarabe de AZT junto con otro análogo nucleósido llamado 3TC durante seis semanas, empezando a las seis o 12 horas posteriores a su salida al mundo.

El personal tratante también deberá valorar la posibilidad de añadir dos dosis de nevirapina, una en las primeras horas de vida y otra a las 72 horas, o bien de nelfinavir durante 2 semanas.

Todas estas drogas forman parte de un *kit* de emergencia que el Programa Nacional de Sida/ITS distribuye en los centros de salud pública, con preferencia en las maternidades.

En caso de que se conozca la seropositividad de la mujer poco antes o durante el trabajo de parto, y se tenga la oportunidad de aplicar tratamiento, las estrategias a seguir son múltiples.

En primer lugar es básica la administración de AZT por vía intravenosa a la madre, mientras da a luz, y en jarabe al bebé durante las primeras seis semanas después del nacimiento. Otro método es la ingesta oral de una mezcla de zidovudina y 3TC, también durante el trabajo de parto. Al recién nacido se le administra por unos 45 días.

Una tercera opción es aplicar una dosis única de nevirapina a la mujer, al inicio del alumbramiento, y luego administrar otra al bebé a las 48 horas de haber nacido.

La combinación más fuerte consiste en dar esa misma dosis única a ambos, junto con la administración intravenosa de AZT a la madre durante la labor de parto y al pequeño(a), vía oral, por un lapso de mes y medio.

En este caso, ella también debería consumir zidovudina y 3TC por un período de tres a siete días, con el objeto de evitar que el VIH desarrolle resistencia a la nevirapina.

Cuando una mujer seropositiva que se encuentra bajo un régimen medicamentoso se entera de que está embarazada una vez cumplidas las primeras 12 semanas, debe seguir tomando sus antirretrovirales e incluir AZT como parte del tratamiento, siempre y cuando no esté contraindicado; la droga también deberá ser aplicada mientras la señora da a luz. Esta terapia fue una de las primeras en ser estudiada y aplicada a partir de 1994, y se conoce como protocolo ACGT 076.

En el mejor de los casos, si la dama se entera de su preñez antes de finalizar el primer trimestre y ya se encuentra recibiendo algún tipo de terapia, puede tomar la decisión de suspender los antirretrovirales para evitar daños al feto. Empero es obligatoria la aplicación del zidovudina, siguiendo la técnica antes descrita, al momento del parto.

A estas personas, por otro lado, se les prohíbe recibir nevirapina puesto que no se reduciría aún más el riesgo de transmisión vertical y, por el contrario, se puede generar tolerancia al fármaco.

Además del empleo de estas sustancias para minimizar los riesgos de infección, lo ideal es que el alumbramiento sea a través de una cesárea o sección C, puesto que se reduce el contacto del bebé con la sangre infectada de la madre. Esto es especialmente cierto cuando la cirugía es planificada y se produce entre las semanas de gestación 37 y 38, dado que se realiza antes de que comience el trabajo de parto y de que se deshagan las membranas que rodean al pequeño. No ocurre lo mismo cuando la cesárea se hace por alguna emergencia o una vez que se produjo la rotura de bolsa.

Sin embargo, este tipo de operación puede generar infecciones en la mujer VIH positiva, por lo que a aquéllas que poseen una carga viral muy baja o indetectable se les recomienda el parto vaginal; en estos casos, la posibilidad de contaminar al feto es exigua.

Yolimar Duno atribuye la no infección de su hijo a un milagro de Dios, pero es posible que el traspaso no se haya producido debido a que los niveles de VIH en su sangre y en su mucosa cervicovaginal eran escasos cuando lo trajo al mundo; suele ser así para casi todas las mujeres en las primeras fases de la enfermedad. Ella se enteró de su condición cuando el niño ya tenía 24 meses.

Aparte del estadio de la infección materna, otros factores también inciden en la posibilidad de traspasar o no el virus al bebé, como los comportamientos de riesgo que se tienen durante la preñez (sexo con variedad de personas sin protección, drogas, alcohol); la presencia de infecciones de transmisión sexual, niveles bajos de vitamina A, cifras de CD4 por debajo de 200, entre otros.

“Si la madre toma las precauciones médicas adecuadas, la tasa de transmisión se puede reducir de 25% (el rango, sin acción profiláctica, oscila entre 15% y 40%) a menos del 2%”, asegura la activista y escritora Shari Margolese en “Embarazo y VIH” (2006),

artículo aparecido en el sitio Web de The Well Project, ONG especializada en temas de mujeres y sida.

La infectóloga Libsen Rodríguez confirmó lo anterior: “La profilaxis de la transmisión vertical requiere muchas cosas que, si son bien hechas, posiblemente lleven la prevención a casi 100%: diagnóstico temprano, tratamiento adecuado con tres medicamentos, la disponibilidad de la carga viral, la cesárea, los medicamentos para el niño y la suspensión de la lactancia materna”.

Pero la prohibición de dar pecho puede ser especialmente conflictiva para algunas mujeres, sobre todo para las de bajos recursos. Durante el encuentro con Elizabeth Sánchez, ella mencionó que no tenía qué comer ese día; probablemente tampoco tendría en los posteriores. Tras la muerte de su esposo, su trabajo de buhonera no le proporciona demasiados ingresos y la intemperie la expone a enfermedades oportunistas que, además, la obligan a abandonar su puesto durante varios días. Elizabeth, además, estaba embarazada de su nueva pareja.

¿Cómo hará para adquirir las fórmulas infantiles que sustituyen la leche materna? Si bien los servicios de salud venezolanos las entregan de forma gratuita, los obstáculos se pueden presentar al momento de ir a buscar, dado que se requiere de esfuerzo y dinero para el transporte; también cuando se van a preparar, en vista de que es necesario contar con agua potable, teteros, entre otras cosas.

Por otra parte, muchas mujeres están concientes de que el amamantamiento ofrece la mejor nutrición para sus recién nacidos, los protege contra varias enfermedades infecciosas durante los seis primeros meses de vida y disminuye el riesgo de que contraigan bacterias gastrointestinales por comidas contaminadas.

Para ellas “facilita la contracción uterina, las protege contra la pérdida excesiva de sangre y la anemia y retrasa el regreso de la menstruación, lo que reduce, a su vez, el riesgo de otro embarazo. Además, promueve el lazo afectivo entre la madre y su hijo”, precisa el texto *De frente a la pandemia del VIH/Sida* (2002).

Asimismo, algunas madres VIH positivas suponen que al no darle pecho a sus pequeños(as), podrían revelar su condición y ser señaladas y estigmatizadas por la familia o la comunidad.

Lo que deben tener en cuenta es, entonces, que amamantar incrementa el riesgo de transmisión del VIH entre 10% y 15% cuando se ha recibido profilaxis, situación que empeora si se combina la lactancia con la alimentación de sustitución. Cuando la dama no ha sido sometida a ningún TARV, las posibilidades de traspasar el virus por la leche casi se duplican.

Otra opción para evitar el paso del microorganismo es el uso de leche materna pasteurizada, pues en el proceso el virus es eliminado debido a las altas temperaturas. Para ello, la mujer ha de acudir a bancos de leche humana, donde también cuenta con la posibilidad de suministrarle a su pequeño(a) el alimento de personas sanas.

Aunque en Venezuela esta alternativa no ha sido del todo difundida, existen en la actualidad siete instituciones que prestan el servicio, siendo la pionera la del Hospital Universitario de Caracas; el resto se distribuye entre los estados Apure, Bolívar, Sucre y Guárico.

Garantía de suministro

Más allá de que la mujer seropositiva embarazada conozca de todas las opciones a su disposición a través del personal tratante, es importante que también sepa que el Estado venezolano le garantiza la profilaxis para evitar la transmisión del VIH al feto. Poco se logra con la simple información, si estas personas se encuentran en situación de pobreza y no tienen a disposición los recursos necesarios para subsistir y mucho menos para velar por su bienestar físico.

Según explicó la directora del Programa Nacional de Sida/ITS, Daisy Matos, el Ministerio del Poder Popular para la Salud otorga, de forma gratuita y durante un año, fórmulas para la alimentación sustituta a las féminas infectadas, quienes deben ingresar en un plan para prevenir la transmisión vertical cuando aún están embarazadas. De no hacerlo, posteriormente tendrán que acudir a los dispensarios con la receta médica que define tal requerimiento.

La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva desaconseja el amamantamiento en madres seropositivas y establece, en el apartado de Especificaciones de las Áreas de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, la

necesidad de proveer los sucedáneos del pecho y la importancia de la alimentación con leche materna, a través del suministro en los bancos de leche humana.

Estos detalles también están presentes en el subproyecto de “Calidad de Vida y Salud de la Infancia” del *Plan Estratégico Nacional VIH/Sida* (2003).

Por otro lado, la Resolución N° 292 de la cartera de sanidad (7/8/2000) estipula que las instituciones dispensadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, deben realizar, con carácter obligatorio, la prueba ELISA a toda embarazada que acuda al control prenatal, con previo conocimiento de la persona y garantizando la confidencialidad de los resultados.

En estas circunstancias el *test* es ineludible, pues tiene por objeto tomar las acciones pertinentes para, en caso de que salga positivo, proporcionar el tratamiento adecuado que previene la transmisión vertical.

Matos aclaró que, al entrar en los registros como VIH positiva, la embarazada comienza a recibir antirretrovirales cuando cumple tres meses y medio, y se le garantiza la cesárea a las 38 semanas de gestación. Al nacer, el infante recibe también TARV, pese a que el diagnóstico certero se obtiene a los 18 meses, cuando ya ha formado sus propios anticuerpos.

Para las mujeres que no se encuentran en estado de preñez, para los hombres y para los niños y niñas, los exámenes de detección del VIH no son indispensables salvo en ciertas circunstancias: para donar órganos, tejidos, sangre o semen; para estudios epidemiológicos o cuando las personas presenten signos y síntomas que sugieren la infección. Sin embargo, sí es imperativo para el Estado suministrarles los medicamentos a todos los individuos seropositivos que así lo requieran.

Este compromiso se logró luego de un largo proceso que incluyó cinco recursos de amparo ejercidos por la organización no gubernamental Acción Ciudadana Contra el Sida (Accsi) contra el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) entre los años 1996 y 2001. Con ello, se comenzó a garantizar la triterapia para los trabajadores afiliados a la institución.

Asimismo, la extinta Corte Suprema de Justicia dictó una sentencia el 20 de enero de 1998 que permitió extender la atención integral a todos los militares de la Fuerza Armada Nacional que viven con VIH.

Según relata un artículo aparecido en la cuarta edición de la revista *Gente Positiva* (2003), entre los años 1999 y 2000, Accsi “en asociación con ONGs locales de Caracas, Maracaibo, Maracay, Mérida y Valencia intentaron Amparos para demandar a las Gobernaciones de esas regiones y así obtener el acceso a tratamientos como un derecho humano fundamental”.

Una demanda de la misma asociación civil en contra de la antigua Alcaldía de Caracas consiguió que un juzgado de la capital dictara un Mandamiento de Amparo, a favor de 16 infantes y adolescentes con VIH/Sida que recibían atención en el hospital J.M de los Ríos, con lo que se amplió el acceso a medicación para todos los pacientes seropositivos de ese centro de salud.

Posteriormente, el 15 de julio de 1999, un Mandamiento de Amparo Constitucional emanado de la Corte Suprema de Justicia obligó al entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social a responder por la provisión de tratamientos, cabal y oportuna, para los venezolanos(as) y extranjeros(as) residentes en el país que viven con VIH.

De esta forma, se logró limitar la cantidad de recursos interpuestos por particulares y fundaciones que, al defender la entrega de antirretrovirales para determinados grupos demandantes, no beneficiaban los intereses colectivos.

El ente gubernamental está obligado, además, a proporcionar medicamentos que combaten las enfermedades oportunistas, siempre y cuando la persona esté hospitalizada.

Todo esto se logra a través del Programa Nacional de Sida/ITS, que cuenta con un presupuesto anual de unos 48,3 millardos de bolívares para asegurar la accesibilidad a la terapia antirretrovírica, así como a las pruebas de carga viral y conteo de CD4.

La directora del organismo, Daisy Matos, subrayó que los fármacos se compran a nivel central y se entregan a las 24 coordinaciones que tiene el PNS en todo el país. Así, se ha logrado unificar la distribución que antes se dividía entre el Seguro Social, la Sanidad Militar y el Ministerio de Salud.

“Una vez que el paciente es diagnosticado con VIH, es referido a un especialista. Si el médico decide que la persona debe empezar una terapia, le llena una ficha que contiene datos de identificación y cuál es el tratamiento que le está indicando. Esa ficha es llevada a la coordinación regional del programa, que luego nos la envía a nosotros y aquí contamos con un grupo de médicos infectólogos que la verifican, para asegurarse de que el paciente

está siendo bien indicado de acuerdo con las Pautas de Tratamiento Antirretroviral. A las 48 horas se devuelve la ficha, señalando que el tratamiento ha sido aprobado y en un mes la persona está recibiendo su terapia”, detalló Matos.

Lo anterior se realiza siguiendo los parámetros del Manual de Procedimiento de Distribución de Medicamentos Antirretrovirales e Infecciones Oportunistas para atender a personas con VIH/Sida, vigente desde 2005. Gracias a esta sistematización, alrededor de 19.152 personas reciben TARV en todo el territorio venezolano (84% del total que lo requiere), según cifras de la cartera de salud que emplea criterios inmunológicos y virológicos acumulados desde 1998 hasta febrero de 2007.

Diversas ONG que atienden a personas viviendo con VIH también ofrecen bancos de medicinas antivirales gratuitas o a muy bajo costo, obtenidas por medio de un trabajo conjunto con el despacho de sanidad y con organismos de cooperación nacional e internacional; su labor es sumamente importante en el apoyo y descongestionamiento de los entes oficiales. Asimismo, su cercanía con las comunidades contribuye a que los individuos infectados se acerquen y participen en sus programas con mayor familiaridad.

Todas estas opciones contribuyen a que Venezuela sea considerada una de las naciones con mayor cobertura en la entrega de tratamientos antirretrovirales en la región. De hecho, Graham Pembrey asegura, en *VIH y Sida en América Latina* (2007), que el país se encuentra a la par de Argentina, Chile y México en esta materia.

La epidemia y sus indicadores

Más allá del adecuado acceso a los medicamentos y a la atención en salud, las acciones de vigilancia epidemiológica son esenciales para prever lo que se avecina en los próximos años y establecer programas destinados a revertir o controlar las tendencias negativas. De esta forma, se evita que una mayor cantidad de personas adquiera el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Y es que los números no mienten: la infección por el VIH suma cada día miles de víctimas tanto en el ámbito nacional como en otros países. Además de los individuos que reciben TARV, los entes oficiales registran 64.500 venezolanos y venezolanas viviendo con el virus, no obstante, la mayor parte de las ONG y de los organismos de cooperación internacional elevan la cifra a 110.000 individuos.

Como se explicó en el capítulo I, tales discrepancias responden al elevado subregistro que existe, debido a las dificultades que se presentan para recolectar la data: problemas de sistematización y envío de la información de las regiones al nivel central, negligencia del personal médico, la presión del paciente para no quedar en los registros, en especial de los que asisten a consultas privadas, la migración de enfermos a la capital y la creencia del equipo de salud de que se romperá el secreto profesional al matricular a las personas viviendo con VIH.

Lo cierto es que al no hacerlo, se está incumpliendo la Resolución N° 1 de la Dirección de Epidemiología y Programas de Salud del Ministerio de Salud, referida a la notificación obligatoria de todos los casos VIH/Sida.

Por otro lado, es importante valorar que 80% de las personas portadoras del VIH desconocen su seroestatus, en tanto las primeras etapas de la afección son silenciosas. Igualmente, pese a los esfuerzos de educación y divulgación de los entes civiles y gubernamentales, son pocos los ciudadanos que se practican la prueba por disposición propia.

Nuevamente las mujeres, en particular las que viven en pareja, son las protagonistas principales de este escenario. “El miedo al rechazo, a la estigmatización, a la violencia o al abuso impide que muchas mujeres recurran a la orientación y a hacerse las pruebas de VIH de manera voluntaria”, sostiene la hoja de datos *VIH/Sida y Género* (2004) de Onusida.

Pero el hecho de que no se registren no quiere decir que las personas no se estén infectando. La propia cartera de salud coincide con diversos estudios realizados por organismos internacionales, que sostienen que Venezuela posee una de las más altas tasas de prevalencia de adultos con VIH/Sida en América Latina.

Este indicador, que se expresa en términos de porcentaje, está constituido por el número total de individuos portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana en una población. Según el *ABC del VIH/Sida* de las Naciones Unidas, “la prevalencia incluye los casos nuevos y los casos viejos, es decir, el número acumulado en un momento dado”. Onusida-Venezuela estima que el país se ubica en el rango de 0,72% .

Esto significa que la epidemia entra en la clasificación de “baja-no generalizada”, dado que no supera el 1% que determina que una de cada 100 personas, entre 15 y 49 años, está infectada.

Pero esto no ha sido siempre así y los dígitos, en lugar de descender, han ido creciendo. De acuerdo con la revisión histórica que aparece en la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (MSDS, 2003), entre 1994 y 1997 aumentó en más de 100% la tasa de prevalencia y las personas fallecidas se multiplicaron 2,7 veces.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ofrece, en sus distintas publicaciones sobre el tema, una serie de mapas que representan con una degradación de colores los tipos de prevalencia en Latinoamérica y su evolución en los últimos años. En Venezuela, el indicador se ubicaba entre 0% y 0,1% en 1988; en el lustro siguiente, la tasa había subido cinco decimales y permaneció igual en el quinquenio 1993-1998. Los cinco años posteriores el número de infectados creció y hoy en día la prevalencia se localiza, como ya se apuntó, en el rango de 0,5% y 1%.

Esto es para la población en general, pero la tasa también se calcula para las embarazadas y para los llamados “grupos con conductas de riesgo elevado”. En el primer caso, se divide el número de mujeres en estado que acudieron a los dispensarios de atención prenatal, en un período determinado y cuyos exámenes dieron positivos, entre el total de damas que se realizó la prueba. El resultado, para 2004, fue una prevalencia inferior a 0,5% lo que, sin embargo, revela que en ocho años la cifra se multiplicó por diez.

En cuanto a los grupos vulnerables tradicionales, en el país están representados básicamente por los hombres que tienen sexo con hombres y las y los trabajadores sexuales, quienes acumulan una prevalencia de VIH entre 1% y 5%. Así, determinan una epidemia concentrada similar a la que padecen, en general, Haití, Surinam o Guyana. Éstos son unos de los países más afectados del continente, cuyas tasas se equiparan a las de algunas naciones de África Subsahariana que, a su vez, es la zona del mundo más aquejada por este mal.

En el ámbito local, las entidades federales que presentaron indicadores de prevalencia elevados entre 1982 y 2004 son Aragua, Bolívar, Distrito Capital, Mérida, Miranda, Nueva Esparta y Zulia.

Otra variable que es fundamental tener en consideración es la incidencia, que corresponde al número de nuevas infecciones en una población dada durante un período determinado, generalmente un año.

Datos del Programa Nacional de Sida, que el propio ente describe como incompletos, revelan que en 1997 los centros de salud reportaron 384 nuevos casos. No obstante entre 2000 y 2001, cuando se adelantó una recolección sistemática de información en todo el país, las infecciones llegaron a 35.017.

Empero, la no continuidad de las políticas de vigilancia epidemiológica condujo a que las referencias de los años posteriores también sean fragmentadas. Pese a que se admite que cada día más personas reciben el virus, para el año 2004 la cifra de incidencia descendió a 4.553 eventos.

La vía de transmisión más frecuente en Venezuela es la sexual y, según el despacho de sanidad y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la división es la siguiente: homosexual 41,5%, heterosexual 31,7% y bisexual 17,1%.

En el siguiente escalón se encuentra la infección por la ruta sanguínea, con 4,3% de los registros y en el último peldaño se ubica la transmisión vertical, que llega a 3,1% de los casos.

Aunque tanto en el país como en la mayor parte de las naciones del globo los hombres son los más afectados, las autoridades de uno y otro ámbito reconocen el ascenso de la incidencia en mujeres, como consecuencia del incremento en el mecanismo de transmisión heterosexual.

“La epidemia del SIDA está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas. En todo el mundo, algo menos de la mitad de todas las personas que viven con VIH son mujeres. La mayor parte se infecta por el VIH como consecuencia del comportamiento de alto riesgo de su pareja, sobre el cual tienen poco o ningún control”, ratifica el *Resumen mundial de la epidemia de SIDA* (2004) de Onusida y la Organización Mundial de la Salud.

El mismo texto apunta que la población de sexo femenino compone más de 36% de los 1,7 millones de adultos infectados en América Latina. “Las mujeres y muchachas se enfrentan a toda una serie de vulnerabilidades y factores de riesgo relacionados con el VIH que no afectan a los varones y muchachos, muchos de los cuales están implícitos en las relaciones sociales y las realidades económicas de sus sociedades”.

En Venezuela, la cartera de salud asegura que el fenómeno de la feminización comenzó a verse a partir de 1992, situación que además ha generado un ascenso en el número de recién nacidos afectados. Por su parte, Onusida estima que para finales de 2005

había en el país alrededor de 31.000 damas mayores de 15 años viviendo con VIH, cifra que casi triplica los estimados de los órganos oficiales.

Independientemente de las acostumbradas discrepancias, se reconoce que la razón hombre-mujer ascendió a una fémina infectada por cada dos hombres.

La médica Libsen Rodríguez, representante del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, advirtió que el incremento en el número de mujeres está vinculado con la tendencia a moverse hacia una epidemia generalizada, en la que no hace falta que las personas tengan comportamientos que las expongan para que ocurra la infección.

“La epidemia, en la medida en que no se relaciona con conductas de riesgo, se está pareciendo cada vez más a la de África subsahariana, que es eminentemente heterosexual y en la que la gente se infecta con su primer marido”.

En cuanto a las edades, la mayor parte de los individuos infectados se ubica entre los 25 años y los 45 años, sin embargo, se registra una tendencia al ascenso sostenido de grupos más jóvenes entre 15 y 25 años. “Esto tiene que ver un poco con el inicio de las relaciones sexuales: si los muchachos se inician más jóvenes, sin la información adecuada y sin los medios de prevención apropiados, se infectan con VIH y pueden desarrollar sida en edades más tempranas”, expuso la directora del Programa Nacional de Sida, Daisy Matos.

A nivel mundial, 67% de las nuevas infecciones se producen en este último grupo etáreo, dentro del cual más de la mitad son mujeres.

Ellas salen nuevamente desfavorecidas. Al emprender su actividad sexual en la adolescencia suelen hacerlo con hombres mayores quienes, al haber comenzado a tener coito también a temprana edad, tienen más probabilidades de haber contraído alguna ITS, incluyendo el VIH.

Iris Espinoza tiene ahora 19 años. Su esposo, que no es más que un lustro mayor que ella, la infectó cuando todavía era menor de edad. “Él, aparte de mí, tuvo dos parejas más. Entonces él era como que un poquito libre, no era que tenía pareja legal; cuando se legaliza conmigo es que empieza a pasar todo esto”, cuenta la muchacha.

Sobre este tópico no se encontraron cifras recientes, no obstante, el informe *VIH/Sida en Venezuela: Análisis de situación y recomendaciones*, realizado hace diez años por el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales (CIES), subraya que en la

población femenina la incidencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana se presenta más prematuramente que en sus pares masculinos.

“El 3,03% de las mujeres afectadas tiene entre 15 y 19 años de edad, mientras que en la población masculina la proporción en el mismo grupo etáreo es el 1,71%. Asimismo, la incidencia en las mujeres de 20 a 24 años es mayor que en los hombres de igual edad”, puntualiza el documento, cuyos datos son empleados por el *Plan estratégico nacional VIH/Sida* (2003) del antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Hay algo más allá; todos éstos son ciudadanos y ciudadanas que se encuentran en las edades reproductivas y más productivas para un país. Gran parte de estas personas requiere de tratamiento antirretroviral para mantener su salud y garantizarse un período de vida mejor y más prolongado.

Si bien gracias a los avances de la ciencia y a la acción de estos fármacos el VIH no se traduce en una sentencia de muerte, no se puede obviar el hecho de que miles de personas fallecen cada año como consecuencia del sida.

Entre 1982 y 1997 la letalidad, para Venezuela, fue estimada en 58,4% cifra que evolucionó favorablemente y descendió a 22,63%. Según los registros del despacho de sanidad, entre 1982 y 2004 se produjeron 6.372 decesos a causa de esta enfermedad.

Pero tan sólo hace tres años, el VIH se llevó a alrededor de 3,1 millones de personas en todo el orbe, 95.000 de las cuales murieron en América Latina.

“Si las cosas siguen como están, estamos abocados al desastre. Sin unas estrategias fortalecidas de prevención del VIH que aborden con valentía la epidemia y al mismo tiempo los imperativos más amplios de justicia e igualdad social, es improbable que el mundo le gane la batalla al SIDA a largo plazo”, concluye el *Resumen mundial 2004* de Onusida.

CAPÍTULO III: LA VIDA CON EL VIH

Reconociendo la infección

Reacciones similares. Enterarse del diagnóstico VIH positivo, independientemente de la circunstancia, genera múltiples interrogantes sobre el plazo que queda por vivir. “Yo le pregunté a la doctora, ¿me voy a morir mañana o voy a durar un año?, y máximo decían que eran 10 años que iba a durar”, recuerda Yolimar Duno.

Aunque esta situación ha cambiado, gracias al desarrollo de los tratamientos antirretrovirales (TARV) que incrementan la calidad y el tiempo de vida de las personas, no es del todo conocido que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana no se traduce en un deceso pronto o inmediato.

“La mayoría de los pacientes llegan muy desinformados. A pesar de que el TARV ya cumplió una década y cambió totalmente la historia, en positivo, cuando a alguien se le da un diagnóstico de VIH siente que es una sentencia de muerte; la gente tiene muy poca información”, afianza la médica infectóloga Libsen Rodríguez.

A la escasa educación sobre salud sexual y reproductiva en el hogar, en las escuelas y universidades, en los propios medios de comunicación social, hay que añadir la insuficiente formación que muchos profesionales de la Medicina tienen con respecto al VIH y al sida. Esto hace que al momento de comunicar el resultado de una prueba de seropositividad no sólo proporcionen detalles incorrectos o desactualizados, sino que además lo hagan sin ningún tacto o consideración. El caso de Yolimar es emblemático.

Hay situaciones en las que además el equipo sanitario le falta el respeto, en público, a las personas que viven con VIH (PVVIH), otros son capaces de quebrantar la confidencialidad de los exámenes de laboratorio, mientras algunos más se niegan a prestarles ciertos servicios.

El estudio *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida*, realizado en 2007 por la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (Avesa), sostiene que de las 77 mujeres seropositivas que fueron encuestadas para la investigación, 27% calificó la forma de notificación de su infección como “enjuiciadora”, mientras 18% la tildó de indiferente.

Situaciones como éstas conducen al psicólogo clínico Alirio Aguilera a coincidir con las recomendaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida), sobre las necesarias asesorías pre y post-prueba. “Porque sino queda de parte de la persona conseguir información para llevar una vida sana. Además con esto se recabaría, a través de una planilla de datos epidemiológicos, la información relativa a cuántos en realidad son los ciudadanos infectados y en qué sector se encuentran las prácticas más riesgosas, para canalizar también las estrategias de prevención”.

Cinco de las siete damas entrevistadas para este reportaje reconocieron haber sido proactivas en la búsqueda de documentación, tanto para ellas como para sus parejas, tras ser diagnosticadas. Taby Zambrano cuenta que, pese a que su período de ventana se extendió extrañamente por alrededor de seis años, tan pronto se confirmó su seroestatus ella puso manos a la obra.

“La doctora me dijo: ‘bueno sí, tienes sida’. Dos lágrimas se me salieron muy grandes, como dos gotas muy pesadas, y la doctora dijo: ‘oye no te pongas a llorar porque no eres la primera ni serás la última’. Me paré y me fui”.

Ese 21 de febrero, Taby caminó desde el sur hasta el centro de Caracas, de allí al este y regresó al centro. “Cuando reaccioné de todo lo que había caminado, estaba parada junto a la iglesia Santa Capilla; recuerdo haber dicho aquellas palabras: ‘Señor: no sé si es un castigo, no sé si es una carga, no sé si es una misión; yo voy a asumirla con mucha fe, pero Tú enséñame el camino, porque estoy perdida’. Cuando salí de allí, hago este gesto (chasqueando los dedos) y digo: ‘¿y ahora qué hago?’”.

La señora recordó a un paciente VIH positivo que se encontraba en el hospital donde murió su esposo. A través de él, llegó a Acción Ciudadana Contra el Sida (Accsi) y de ahí se fue a la Fundación Daniela Chappard, donde no sólo se capacitó sino que, con el tiempo, se convirtió en multiplicadora de su experiencia y en educadora para otros individuos con su misma condición.

Ahora, al igual que el resto de las féminas consultadas, instruye a familiares, amigos, conocidos, a quienes le van a pedir consejos y hasta a quien la entrevista sobre la importancia del uso del condón y de los mecanismos de prevención.

El antes aludido estudio de Avesa apunta que, en la muestra seleccionada, más de la mitad de las damas viviendo con VIH tenía nulo conocimiento de la infección, mientras

27% lo ubicó en la categoría de escaso; esto, en los momentos previos al diagnóstico. Una vez al corriente su seropositividad, seis de cada diez mujeres sitúan su nivel de cognición en el rango de “bastante” y más de un cuarto de ellas en el de “mediano”.

Pero esto no siempre fue así para ninguna. El desconocimiento con respecto a los métodos anticonceptivos y a todo lo relativo a la epidemia del sida es generalizado, pues la información parece no salir del ámbito de los individuos afectados, los investigadores, los entes gubernamentales y las organizaciones que tratan el tema. Siendo así, la población en general y “las mujeres de su casa”, en particular, ignoran buena parte de lo relativo a este tópico y a la posibilidad de resultar infectadas.

“La falta de esta información que capacite a la mujer a decidir está quebrantando la salud de mujeres y hombres por igual. Las culturas que apoyan la dicotomía feminidad/masculinidad inhiben la capacidad de la mujer adulta de tratar temas como las parejas en las relaciones extramatrimoniales, el uso de los métodos de barrera y protección, la sincronización y la seguridad del contacto sexual, el acceso a los servicios de salud necesarios y su propio placer sexual con sus compañeros”, asegura el informe *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe* (2002), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Leida Sánchez es una ama de casa que no terminó sus estudios superiores. Ella jamás se consideró en riesgo de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y mucho menos de recibirlo del padre de su hija. En realidad nunca pensó mucho en la enfermedad y lo poco que sabía provenía de la televisión o de alguno que otro folleto que, por casualidad, caía en sus manos. Tampoco se preocupaba por emplear métodos de barrera al tener relaciones sexuales con su compañero, sencillamente no le pasaba por la mente y reconoce que, de haberlo propuesto, de seguro habría obtenido una respuesta negativa.

De acuerdo con Libsen Rodríguez, quien además es la representante en Venezuela de Onusida, la tasa de uso del preservativo en las mujeres que viven en uniones estables es sumamente baja, inferior a 30%. Según esta especialista, si bien los hombres tienden a rechazar el profiláctico sugiriendo que su uso reduce el placer e implica desconfianza, o la existencia de un tercero en la relación de pareja, las propias féminas no cuentan con el adiestramiento necesario para exigirlo.

Esta situación es determinante para que en el país “una proporción altísima de mujeres amas de casa, que han tenido una pareja única, estén infectadas. Entonces, el VIH llegó a su hogar por su marido, sin tener ninguna práctica sexual de riesgo salvo el sexo sin condón”, concluye Rodríguez.

El estudio sobre la situación de la epidemia en Venezuela, adelantado en 1998 por el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales, destaca la “preocupante” cifra de mujeres casadas que presentaban la infección: 27% del total de casos. En los estados Mérida y Nueva Esparta superaban más de la mitad de los reportes, mientras en el resto de las entidades del país eran el segundo grupo de incidencia.

De otro lado, cuatro de cada diez mujeres infectadas se dedicaban a labores del hogar, salvo en Zulia, Aragua, Mérida y Nueva Esparta donde la proporción se elevaba a 50%.

Como en el caso de todos los números relativos a la epidemia, éstos tampoco han disminuido con el paso de los años; al contrario, las instituciones civiles y del Estado advierten que la cantidad de damas infectadas aumenta cada día y las amas de casa, en matrimonio o concubinato, constituyen hoy en día una población sumamente vulnerable.

El desconocimiento en materia de salud sexual y reproductiva, la supeditación y dependencia a su par masculino, el no percibirse en riesgo, el no comprender cómo el comportamiento de su compañero la pone en peligro y la no posibilidad de exigir la utilización del condón ni de acceder a la versión femenina del preservativo, son los elementos fundamentales que gestan este escenario.

El texto *Niñas, VIH/Sida y educación* (2004), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), enfatiza que revertir la tendencia requiere de esfuerzos, individuales y comunitarios, en cuanto a empoderamiento e instrucción. “La educación representa la mejor oportunidad, no sólo para proporcionar información crucial sobre el VIH/Sida, sino también para cortar de raíz la ignorancia y el miedo, las actitudes y prácticas que perpetúan la infección”.

Entender la sexualidad: sexo y género

Poner fin a los comportamientos de riesgo y a las situaciones socio-culturales que hacen vulnerables al VIH a las mujeres casadas y concubinas implica, necesariamente,

generar un conocimiento adecuado acerca de la sexualidad humana, de las estrategias que permiten ejercerla de forma saludable y de cómo ella es un componente esencial de los derechos fundamentales.

En *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción* (2000), la OPS asegura que esta dimensión esencial de la persona “está basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”.

Se puede entrever que el concepto es amplio, no se refiere únicamente al acto sexual y, por el contrario, tiene toda una serie de implicaciones históricas, en tanto el modo en el que es interpretado está influenciado por las costumbres de cada época y de cada lugar en particular.

Los hábitos sexuales de riesgo, el conocimiento sobre las ITS, los contextos en los que tiene lugar la cópula (por placer, por amor y agrado, o por compromiso, dinero, seguridad, obligación y/o coerción), las definiciones de relación de pareja, fidelidad, compromiso, etc., forman parte de la noción dominante de sexualidad.

Además de ser entendido como el simple coito, este principio aparece con frecuencia encerrado dentro de la cultura del machismo. Una de las participantes del estudio de Avesa así lo describió: “A nosotras en la casa y ellos de la calle. Un hombre puede tener varias mujeres; si no, no son hombres. Una del hogar, de un solo hombre. Me sentí mal cuando me dejó por otra, porque yo creía que había fallado como mujer. Cuando me traicionó se me murió el amor. Me rompió el corazón cuando me dijo que la otra era mejor que yo; antes tenía esperanza, fe en que regresara”.

En este testimonio subyace el hecho de que la sexualidad de la mujer venezolana suele estar vinculada con el placer del otro y con la reproducción, por lo que las féminas carecen de una apropiación certera de su cuerpo.

“Les cuesta mirarse a sí mismas y reconocerse, no han sido educadas para dar respuesta a sus deseos, para preguntarse sobre su cuerpo. El silencio ante el cuerpo parece romperse sólo ante situaciones extremas, como puede ser la infección por VIH, que viene a

remover ideas y creencias arraigadas”, asientan las investigadoras de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa.

Morelba Jiménez, socióloga y Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Venezuela, vincula el incremento de las infecciones con el Virus de Inmunodeficiencia Humana en las mujeres que viven en pareja, con esa noción de servicio que le dan al aspecto sexual.

“La mujer media suele asociar la sexualidad con un complemento de los deberes sexuales. No tiene información, piensa que la sexualidad es simplemente las relaciones sexuales, que eso es un destino que Dios le dio, dentro del que se encuentra la maternidad y la reproducción, y que la sexualidad no se vive como una cosa propia y placentera del individuo, sino como una actividad más”.

Del otro lado, a los hombres se les ha enseñado a relacionar esta dimensión del ser con el contacto genital, “y eso hace que tengan, la mayoría de las veces, muchos más chances de tener relaciones sexuales indistintamente con cualquier persona, por lo que la posibilidad de riesgo es mayor. Ellos se infectan e infectan a sus esposas”, remata Jiménez.

Lo anterior tiene nexos muy estrechos con las concepciones predominantes de género. Si la palabra sexo únicamente tiene que ver con las características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, los roles que son asignados a unos y otros, en la sociedad, definen el término género.

Magally Huggins, en su libro *Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida* (2005), lo perfila del siguiente modo: “Es una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con clase social, etnia, raza, grupos de edad, etc., a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Es una forma primaria de relaciones de poder, condicionada por elementos fundamentales de la división sexual del trabajo. Sus contenidos simbólicos incluyen los estereotipos, valores y creencias sobre que significa ser mujer o ser hombre y se transmite de generación en generación”.

Entonces, el modo en el que ellos y ellas traducen y ejercen su sexualidad está influenciado por los papeles de género, que se les atribuyen en su entorno social y familiar.

Si las féminas la comprenden como una extensión de su compromiso de pareja y los “machos” como una forma de ser libres y demostrar su hombría, la explicación está en la no igualdad entre lo que se le enseña a cada cual y la manera en que se les socializa. Ellas

deben ser débiles, resignadas, frágiles, obedientes, dependientes, emocionales, maternales y seguidoras, pero sus equivalentes masculinos han de ser independientes, proveedores, líderes, protectores, valientes, agresivos, aventureros, fuertes e impetuosos.

Así, “se define una doble moral sexual que acepta unas expresiones para unos y las niega para las otras. Los niños son socializados para alcanzar la masculinidad con pautas más directas, permisivas, afirmadoras respecto al cuerpo, genitales y a expresiones de la sexualidad, y negadoras de las expresiones afectivas y emocionales, exaltando las conductas audaces y violentas. Mientras que para las niñas las pautas están dirigidas a una feminidad y son restrictivas, indirectas, negadoras de su cuerpo, genitales y de las expresiones de su sexualidad consideradas ‘peligrosas’”, subraya la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

Bajo el velo de su formación “distintiva”, muchos hombres suelen pensar que el sexo es para ellos más importante e incontrolable que para las mujeres, que es un aspecto central de su ser y que siempre deben estar dispuestos y tener la iniciativa de sostener relaciones sexuales. Diane Richardson, autora de *La mujer y el sida* (1990), sugiere que por tales motivos los varones no cambian su conducta sexual a la luz del sida.

“Él sale a buscar mujer teniendo a una en su casa y a una le da rabia. El que tiene permiso de salir es el hombre. A una le enseñaban a quedarse en su casa”, atestigua una de las entrevistadas de Avesa.

En este contexto de pasividad, sujeción y desinformación, pese a que pudiera haber una conciencia de los riesgos de contraer el VIH o cualquier otra ITS, ¿cómo logra una mujer decirle a su marido que no quiere tener coito con él o que desea emplear protección? Sabiendo la poca aceptación que existe en la población masculina del preservativo, ¿cómo, desde su rol secundario y subordinado, puede ella convencerlo?

Hacerlo, además, podría someterla a una serie de consecuencias que varían desde el maltrato y el abuso sexual, hasta el abandono. Si depende de él económicamente, pone en jaque su supervivencia y posiblemente la de sus hijos, al tiempo que podría enfrentarse al rechazo de sus familiares o de la comunidad.

“Los mandatos de género producen que las mujeres no cuestionen o no quieran saber sobre la actividad sexual de sus compañeros fuera de su relación estable, creyendo que por el sólo hecho de encontrarse casadas o vivir con sus parejas, no tienen riesgo de

adquirir el VIH, lo que hace que no asuman medidas preventivas”, destaca el texto *Género y VIH/Sida* (2007) de la Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/Sida de Chile.

Y ellos tampoco se cuidan, para así resguardar a sus esposas. En su caso, la exposición al virus parte de dos orígenes: En primer lugar, la necesidad de cumplir con su rol de género y reafirmarse a través de la cópula, aventurada y riesgosa, con muchas y distintas parejas de forma paralela a su unión permanente.

Por otro lado, el machismo dominante los lleva a expresar fobia hacia los homosexuales y a continuar señalándolos como los principales sujetos de la infección. Debido a esto, los hombres no acceden a la información adecuada y se consideran fuera de peligro, por lo que asumen que el tener prácticas desprotegidas no los hace vulnerables. Así, se incrementan las posibilidades de que se contaminen y de que introduzcan el virus en su hogar.

Pero Diana Irazábal, coordinadora de la organización no gubernamental Mujeres en Positivo, considera que no se puede culpar del todo a los caballeros. “Ellos son los protagonistas y los agentes de que el virus haya crecido en las mujeres, pero ellos también son vulnerables por las conductas sociales que deben mantener”.

Resultado = infección

La libertad sexual de los varones que, como dice la escritora chilena Isabel Allende, los hace “unos faunos en potencia durante todas sus vidas”, se suma a la falta de medios suficientes de las mujeres para defender el sano goce de su sexualidad, para romper los patrones de género que prolongan su estado de sumisión y para lograr un consenso en el uso del preservativo. Esto perpetúa la tendencia de ellas a infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Más allá de los números, de las curvas crecientes en las estadísticas y de los datos epidemiológicos son mujeres, personas que por una serie de factores biológicos, sociales y culturales se hacen vulnerables y pierden años y calidad de vida.

“A una mujer con VIH lo primero que se le destruye es el valor propio; se le cae su autoestima, se le cae su amor, se sienten sucias y avergonzadas, ellas se discriminan a sí mismas”, comenta Diana Irazábal.

¿De qué otra forma puede sentirse una dama que, además de descubrir o corroborar la infidelidad de su pareja, también se entera de que ahora padece una enfermedad crónica?

“La mujer reacciona con mucha rabia, porque la sociedad le dijo que debía estar con una sola persona y ella no hizo nada para infectarse, pero ahora tiene una infección de por vida. En un gran porcentaje de los casos vienen con mucha rabia, mucho dolor y se hace evidente la desesperanza aprendida, es decir, el miedo a morir y el no saber qué van a hacer con sus hijos”, revela el psicólogo Alirio Aguilera, presidente de la fundación Amigos de la Vida.

De forma inmediata y debido a la usual falta de conocimiento sobre la enfermedad, las personas que se enteran de su estatus de seropositividad también piensan en el estigma o marca social que significa ser portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana, lo cual requerirá de un aislamiento de sus seres queridos y de su entorno social y laboral.

Otros más especulan sobre la pronta y segura manifestación de los síntomas del sida, que les conducirá a divulgar su condición para que el resto de las personas que los rodean tomen sus precauciones y no se “contagien”.

Más allá de la escasa sabiduría que se pueda tener en torno al tema, el saberse portador de un virus que hasta no hace mucho era considerado letal, lleva a hombres y mujeres por igual a transcurrir por una serie de etapas psicológicas. Aunque no sea la regla general, estos ciclos deberían culminar con la aceptación de la situación y la toma de acciones para llevar una vida mejor.

Es indudable que la estructura de personalidad, los patrones de conducta, la formación, la crianza y las formas en que se ha sido socializado(a), actúan como elementos mediadores y determinantes de la respuesta cada ser en particular. No obstante, ciertas reacciones suelen ser comunes.

La angustia inicial matizada por momentos de depresión, mientras se esperan los resultados de las primeras pruebas de sangre y de las confirmatorias, es un punto de coincidencia en todas las personas consultadas. Son quince días que se hacen eternos y durante los cuales, aunque se esté conciente de haber tenido contacto con el virus, se tiene la esperanza de que “no va a pasar nada”.

Iris Espinoza recuerda: “A mí me pegó un poquito la depresión. Me dicen que fueron los nervios de saber que estaba pasando por lo mismo de nuevo, porque te ponen a

hacerte el VIH de nuevo, para ver si en realidad salió y después no te entregan la carga viral y el CD4 tan rápido”.

En un trabajo de licenciatura titulado *Reacciones emocionales en las personas portadoras del VIH y enfermas del Sida* (UCV, 1990), Santiago Porras explica que, tras recibir el diagnóstico positivo, el sujeto suele neutralizar su angustia a través de la negación del resultado: o bien cree que alguna fuerza superior lo librá de la enfermedad, o bien se asume como distinto a los demás e inquebrantable.

Porras apunta que, en estos casos, la persona desmiente los resultados que le ofrecen, por lo que son frecuentes expresiones como: “Tiene que haber una equivocación, esto no me puede pasar a mí; yo me veo sano, no puedo estar infectado”.

Cuando a Yolimar Duno le devolvieron sus pruebas de laboratorio, ella tildó de insólita su infección. “¿Yo con esta cuestión? No puede ser; pero si él es mi única pareja, no puede ser”, rememora.

Tanto ella como su esposo se repitieron los exámenes, en un establecimiento privado, con la esperanza de que hubiera un error en el primer análisis. Allí les salieron negativos y ellos se sintieron renacer. Pero pronto comprobaron que no fue más que una equivocación.

Cuando ya la persona reconoce su condición, puede pasar por una etapa de ira o agresividad, que no necesariamente tiene lugar en todos los seropositivos. En esta fase, se culpa a la vida, a Dios, a la sociedad, a los médicos, se manifiesta irritación contra la familia y, sobre todo, contra sí mismo.

Lo anterior puede conducir a situaciones de autocastigo, en las que se llora con furia, no se siguen las recomendaciones médicas, no se asiste a las citas para los exámenes de laboratorio y se rechaza la ayuda. Se puede llegar, incluso, a amenazas de suicidio.

“Yo al principio me quise hasta quitar la vida, pero asistiendo a los talleres en las organizaciones a mí se me fue borrando la idea de quitarme yo la vida. También por mis hijas, yo vivo es por mis hijas”, confiesa Elizabeth Sánchez, quien supo acerca de su seropositividad hace cuatro años.

El sentirse molestos y agredidos por el mundo también puede empujar a algunos sujetos a ejecutar una especie de “venganza”, durante la cual mantienen relaciones sexuales

sin protección con variedad de parejas con el fin último de infectarlas. Aunque estos casos no son frecuentes, sí se ha tenido noticia de algunos de ellos.

“Hombre expone al VIH a 17 mujeres”, fue el titular de una información publicada el 27 de junio de 2004 por la agencia de noticias *Associated Press* y reproducida por el sitio Web *Mujereshoy.com*. Más tarde se conoció que Anthony E. Whitfield fue condenado en noviembre a 137 años de cárcel, en el estado de Washington-Estados Unidos.

Whitfield enfrentó acusaciones de agresión premeditada con motivaciones sexuales, tras haber tenido coito desprotegido con distintas féminas, incluyendo a su esposa, pese a las recomendaciones expresas que había recibido de las autoridades sanitarias de su país de no hacerlo.

Aunque el estadio de ira pudiera no presentarse, la siguiente etapa sí es común en casi todas las personas viviendo con VIH. En ella, se ponen de manifiesto temores y miedos que decantan en la culpa de haberse infectado, así haya sido de forma pasiva como en el caso de las mujeres casadas o concubinas que recibieron el virus de sus maridos.

Se cavila, con preocupación, sobre las consecuencias de la enfermedad: “tratamientos dolorosos y costosos, pérdida de control motor, memoria o morir. Se teme a la muerte y a la forma en que se produzca. También a la posibilidad de ser dependientes de los medicamentos y de los médicos”, indica el folleto *Zona segura* (2004) de la fundación Amigos de la Vida.

Los miedos también se manifiestan a través del aislamiento del entorno, pues agobia la posibilidad de transmitir el virus a otras personas y de recibir comentarios descalificativos sobre el aspecto físico. Esto es especialmente cierto en quienes presentan afecciones visibles por efecto de los antirretrovirales, como manchas en la piel, lipodistrofia o pérdida de peso.

Situaciones como la descrita, aunada al rechazo que a veces se experimenta por parte de la familia o de amigos cercanos, podrían alterar aún más la autoestima ya deteriorada en esta fase. “Se hace evidente la disminución de actividades gratificantes, en detrimento de la situación emocional de los afectados”, apunta Santiago Porrás en su investigación.

Pero la limitación de los vínculos con los pares también puede ser producto de la fatiga y el letargo que producen algunos ARV, manifestaciones que también se pueden

presentar en los momentos avanzados de la infección o debido a la angustia de asumirse portador de una enfermedad que no tiene cura.

Estos síntomas son causantes, además, de un empobrecimiento en el rendimiento laboral, entorno que también se puede ver afectado por las necesarias y frecuentes consultas médicas a las que debe asistir el individuo.

El saber que la nueva condición está tocando todos los escenarios de la vida cotidiana engendra un sentimiento de indefensión ante la enfermedad y lo que está por venir, que además se ve rodeado de fatalismo. Según el tesista antes referido, las personas “no ejercen el control ante las circunstancias, se manifiesta cierta incapacidad para planificar actividades, asumen la tendencia a no actuar, a dejarse llevar por los acontecimientos, porque ‘ya nada vale la pena’”.

Un ejemplo de esto lo da Yolimar Duno: “Mi esposo se descompuso totalmente, hubo un momento en que estaba muy mal y él decía: ‘yo me muero, me muero, no me quiero quedar solo, me quiero morir yo primero, yo le quiero dejar a mi hijo todo’”.

La desesperanza y la tristeza de los sujetos que llegan a esta etapa les hacen sentir que la infección es un castigo por sus formas de vida pasadas, al tiempo que experimentan culpa por generar dolor a sus allegados y por poner en riesgo a su pareja.

Quienes solían tener una vida sexual activa comienzan a evitar los contactos, puesto que les da pánico la posibilidad de transmitir el virus aunque se use protección. También existe el temor a una posible reinfección y al empeoramiento del estado de salud.

Paralelamente hay situaciones de ansiedad y angustia, especialmente vinculadas con el posible rechazo social, que originan pérdida del sueño y del apetito. Esto puede requerir períodos de hospitalización o de mantenerse en casa, reforzando así las conductas de aislamiento.

“Tenía los nervios de punta, el corazón lo tenía aquí (en la garganta), yo sí agarré una depresión grande. Yo no dejaba de llorar, todos los días yo lloraba, eso era un mar de lágrimas y yo duré más de tres meses en ese plan. Claro, delante de la gente yo no tenía nada, todo bien, mi cara fina, pero cuando llegaba a mi casa tiraba la toalla. A veces le llevaba los chamos a mi mamá”, asienta Iris Espinoza.

La depresión en las mujeres seropositivas es frecuente, incluso más que en los hombres. Un artículo sobre el tema publicado en 2003 en el portal digital de la fundación

The Well Project, ONG especializada en temas de mujeres y sida, reveló que ellas tienen 20% más probabilidades de desanimarse que sus pares masculinos, mientras seis de cada diez presentan signos clínicos de depresión.

El texto señala que aunque los científicos han vinculado el decaimiento crónico en las damas con una disminución de las células CD4, el nexo entre una cosa y la otra aún no es claro. Lo que se debe tener en cuenta es, entonces, que “los estudios han demostrado que las mujeres VIH+ con depresión, tienen dos veces más probabilidades de morir que aquéllas que tienen pocos o ningún síntoma de depresión”.

Superado el abatimiento, aunque sea por momentos, sigue la fase de negociación. La persona intenta, con la aceptación de su seropositividad y un buen comportamiento en cuanto a hábitos de salud, pactar la posibilidad de una cura con el médico, el terapeuta, consigo mismo o con Dios.

Porras describe que, en esta etapa, el individuo ensaya vías alternativas para sanarse como Medicina no tradicional o natural, curanderismo, disciplinas de relajación como el yoga y la meditación, se reconecta con su religión o se incorpora a una nueva. “Se recurre a la creencia en un salvador, que proporcionará salud y bienestar. En este sentido, se puede comprender el investimento (sic) mágico que algunos enfermos hacen del poder médico y de los medicamentos”.

Finalmente, si se logra salir de los estadios de desánimo y apatía, se llega a la aceptación-resignación.

El psicólogo Alirio Aguilera explica que una vez que se entiende que todos los mecanismos de negociación fracasan y cuando la posibilidad de muerte se hace más concreta, debido al desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y al empeoramiento progresivo del estado de salud, “te preparas más serenamente para lo inevitable y te entregas”.

De otro lado, el autor de *Reacciones emocionales en las personas portadoras del VIH y enfermas del Sida* (UCV, 1990) afirma que los pacientes mantienen el ánimo y soportan la carga, con la esperanza de que se hallará una cura definitiva a la enfermedad. A esto se une el anhelo de otra vida más allá, en especial en las personas creyentes. Para unos es algo temporal pero necesario y para otros es una forma más de negación.

Si la persona permanece con un sistema inmunológico fuerte y con bienestar, en esta fase comienza a cambiar de actitud y acepta, con entereza y determinación, su condición. Cuida su alimentación y su cuerpo, deja de lado hábitos perjudiciales, limita las actividades que se traducen en un deterioro de su salud (como beber alcohol o trasnocharse), se adhiere a los medicamentos, y se relaciona normalmente con su familia, sus compañeros y compañeras de trabajo, y sus grupos de pares.

Además de documentarse e intercambiar información con otros individuos infectados y también con seronegativos, la persona es capaz tomar decisiones y negociar con su pareja, o de plantearse la posibilidad de buscar una nueva relación, en caso de que no la tenga.

Aunque de cuando en cuando manifiesten su pesar por ser VIH positivas o por tener algún hijo/a que lo es, y aunque se les salgan algunas lágrimas al recordar el pasado o al imaginar el futuro, todas las mujeres consultadas a efectos de este reportaje se encuentran en esta etapa de reconocimiento, superación y de llevar una vida como cualquier otro ser humano.

Algunas libran su propia batalla, otras le añaden las de sus compañeros y descendientes, y unas más la extienden a otras ciudadanas y ciudadanos seropositivos que requieren de su apoyo y experiencia.

Con sus palabras, “AN” caracteriza lo que para ella, y probablemente para las demás, significa ser VIH positiva hoy en día: “Yo trato de vivir la vida mejor, de estar más tranquila, más alegre; si antes era alegre, ahora soy más alegre. Si hay un problema, hago de tripas corazones, sobrevivo y pongo mi sonrisa de oreja a oreja. Si el mundo se está cayendo que se caiga, pero estamos vivos, vamos a seguir viviendo y vamos a reconstruir”.

Los cambios

Sí, ser VIH positivo requiere de un proceso de restauración de la propia vida, y no porque se encuentre destruida sino porque es necesario hacer algunos ajustes, recuperar ciertas partes y remodelar uno que otro hábito, para poder permanecer con salud y llevar una rutina sin mayores alteraciones.

La cuarta edición de la revista *Gente Positiva* (2003), en un artículo titulado “Autoestima en las personas que viven con VIH/Sida”, sugiere que antes de poner en

marcha cualquier cambio en el comportamiento diario es necesario reforzar el respeto que tiene la persona hacia sí misma. “Esto significa asumir responsabilidades por nuestras conductas, aceptar errores, establecer prioridades, tomar decisiones, aceptar las consecuencias y establecer compromisos”.

De esta forma, el individuo tendrá que actuar de acuerdo con sus intereses y necesidades, expresando sus sentimientos y deseos, compartiendo placeres y obligaciones y, sobre todo, haciendo valer sus derechos.

Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres casadas o de las que viven en uniones estables, quienes para poder transformar sus hábitos de salud, alimentación, ejercicio, etc., deben primero estar conscientes de la dificultad que implica hacerlo solas, del necesario apoyo de su pareja y de la importancia del trabajo en equipo, tanto para afrontar los deberes de cada día, como para erigir proyectos a futuro.

“En las familias, son las mujeres y las chicas quienes deben cuidar a los enfermos y ocuparse de las labores del hogar sin retribución monetaria alguna. Se puede expandir el rol de los muchachos y de los hombres, dentro del grupo familiar, haciéndoles entender su responsabilidad y comprometiéndolos con el cuidado de los hijos y de los enfermos”, recomienda la hoja de datos *VIH/Sida y género* (2004) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Yolimar Duno cuenta que ella fue quien resolvió buscar información, visitar organizaciones e instruirse con respecto a la infección, para poder superar las iniciales etapas de angustia y retomar su vida normal. Su esposo estuvo reacio por algún tiempo, pero ella lo “arrastraba” y, luchando con sus propias emociones, ha logrado que él supere poco a poco sus temores. Sin embargo, no ha sido una tarea fácil y ahora no sólo se esfuerza para evitar que se deprima, sino también para que cumpla su tratamiento.

“Yo le digo: ‘Bueno Rafael, no quiero que me estés hablando tonterías; si me vas a hablar, háblame del aquí y el ahora, porque lo que vale es este momento; acuérdate que tenemos un niño y tenemos que luchar por él hasta el final, y siempre tenemos que ver esto positivamente”, asienta Duno.

El trabajar la parte interior, de forma individual o en pareja, contribuye con la reformulación de las creencias erróneas y conduce a la toma de decisiones más certeras. Así lo plantea el artículo citado en líneas precedentes.

De manera que, en lugar de pensar en la muerte, se empieza a entender que ser portador o portadora del VIH “significa vivir en positivo, con autoprotección, aumentando los cuidados en nutrición, autocuidados, sexo protegido y un adecuado seguimiento médico. Se confía y se comparte la situación con las personas de quienes se espera recibir apoyo y afecto”.

Una vez conscientes de lo anterior, las personas que viven con la infección comprenden que no tienen que notificarle de su estatus a todo el mundo, con el propósito de obtener ayuda o de que sus allegados y compañeros tomen precauciones, en especial si se sabe que el virus no es contagioso.

Pero si los demás no tienen por qué tener miramientos al momento de relacionarse con un seropositivo, el sujeto infectado sí debe implementar una serie de previsiones para consigo mismo en diferentes áreas y estar siempre pendiente de seguir ciertas normas de bioseguridad. Esto, con el objeto de evitar contraer enfermedades o infecciones causadas por microbios o bacterias, que pueden afectar de forma considerable a los individuos con sistemas inmunológicos debilitados.

En el ámbito laboral, dice el manual *Vida Positiva* (2005) de la fundación Amigos de la Vida, hay que tener en cuenta que existen actividades u oficios que pueden aumentar la exposición a enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, la toxoplasmosis o la salmonelosis.

Por tal motivo, el sujeto con VIH/Sida debe decidir, junto con el personal médico, si es necesario interrumpir su trabajo en lugares como albergues, reformatorios, hospitales, clínicas veterinarias, granjas, etc., o si puede continuar bajo algunas medidas de seguridad extras y con la realización frecuente de exámenes de laboratorio.

“Las personas que cuidan niños y los padres de niños que van a guarderías infantiles o a otras instituciones de este tipo, corren un mayor riesgo de adquirir citomegalovirus, criptosporidiosis y otras infecciones propias de la infancia (lechina, sarampión, rubéola, hepatitis A)”, agrega el cuadernillo de la fundación Amigos de la Vida.

Otros males pueden ser transmitidos por los animales domésticos, por lo que hay que tratar de minimizar el contacto con sus heces, orina o saliva, limpiando con regularidad sus espacios. Al hacerlo, el individuo debe necesariamente usar guantes y de preferencia un tapabocas, para así evitar los gérmenes.

Asimismo, es indispensable mantener las vacunas y la desparasitación al día e impedir cualquier tipo de rasguño, arañazo o mordedura por parte del animal, puesto que se podrían generar complicaciones de salud para la persona VIH positiva.

De hecho, la piel es uno de los principales órganos con los que se debe tener sumo cuidado, en tanto es la principal barrera de protección del cuerpo humano. Por ello, además de evitar cortaduras, roces, raspones, laceraciones o quemaduras, quienes viven con la infección deben lavarla específicamente con jabones neutros o líquidos y humectarla, dado que los antirretrovirales tienden a resecarla.

La ropa interior sintética puede producir alergias o irritaciones, por lo que es preferible que se usen telas de algodón.

Los hábitos de higiene personal son esenciales para todos, no obstante, algunas personas físicamente debilitadas pueden sentirse mareadas o fatigadas al bañarse, por permanecer demasiado rato de pie. Muchas de ellas deben emplear una silla para tomar sus duchas.

A todo individuo, en general, se le recomienda lavarse las manos con frecuencia, en especial antes y después de ir al baño, tocar alimentos o dinero, y regresar de la calle. En el caso de los portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, esta acción es ineludible.

Igualmente, los apuntes de *Vida Positiva* aseguran que “los problemas bucales son muy comunes en las personas que viven con VIH/Sida, de allí la importancia de prevenir y controlar los molestias que puedan ir surgiendo”. Además de la acostumbrada visita anual al odontólogo, se les aconseja ser sumamente cautelosos(as) con la higiene bucal y realizarse frecuentes autoexámenes en todas las áreas de la boca.

Por todas estas razones, además de las asociadas con el estado del aparato inmunológico, los individuos seropositivos requieren de una atención médica integral, que no se limite al infectólogo o al internista, sino que además añada al psicólogo, neumonólogo, dermatólogo, ginecólogo, nutricionista, entre otros practicantes.

Con todo, y aunque reconoce su obligación de recurrir a distintos especialistas en salud, “AN” (se mantiene en reserva su nombre para protegerla) tilda su rutina de agobiante. “Yo por lo menos tengo consulta de endocrino, Neurocirugía, Ginecología, Infectología y Gastroenterología. Infectología es cada tres meses, pero en Ginecología la doctora me está viendo prácticamente cada quince días”.

Este completísimo seguimiento implica una gran inversión en tiempo. Por ello, esta señora prefiere no tomar ningún empleo fijo, puesto que es difícil que se comprendan sus continuas ausencias.

Empero, y aunque se asista a instituciones públicas, también existe un desembolso monetario que se hace difícil de sobrellevar. Tanto “AN” como el resto de las damas entrevistadas que trabajan lo hacen en el sector informal, pues hasta no hace mucho dependían económicamente de sus maridos.

El texto *De frente a la pandemia del sida* (2002), del Population Reference Bureau, señala que los hogares en los que algún miembro es portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana suelen experimentar serias reducciones y complicaciones en el presupuesto, debido al incremento de los dispendios en salud. “Los ingresos disminuyen junto con la capacidad de la familia para trabajar, mientras que los costos de mantenimiento aumentan, especialmente por gastos médicos”.

Pero son expendios imprescindibles, y a ellos deben necesariamente sumarse los de alimentación. Éste es un factor crucial para quienes están infectados, pues contribuye enormemente con el mantenimiento de una salud óptima.

“Una persona que no come saludablemente puede perder peso, se siente fatigado y no tiene energías para combatir enfermedades. Determinados alimentos o nutrientes no van a destruir el VIH, pero sí puedes adquirir hábitos sanos de alimentación y mantener una apariencia saludable”, indica el manual antes referido.

Aunque existen pautas generales, el individuo portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana debe tomar en cuenta determinados factores al momento de planear su dieta. Entre ellos se encuentran el estado de su infección (sintomática o asintomática), nutrientes particulares que requiere su organismo y, si toma antirretrovirales, ha de consultar las especificaciones del cóctel de medicamentos en cuanto a su consumo con o sin comidas.

La *Guía de Alimentación*, elaborada por la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH y el Ministerio de Salud de Chile, estipula que los ciudadanos y ciudadanas seropositivos deben dar prioridad al consumo de frutas y verduras propias de la estación, pues han de anteponer los alimentos naturales a los elaborados industrialmente “cuyos colorantes y sustancias químicas les pueden ser dañinos”.

Al igual que es para todo el mundo, las comidas deben contener los distintos grupos de la pirámide alimentaria: carbohidratos, grasas, proteínas, y vitaminas y minerales provenientes especialmente de las frutas. En el caso de los individuos seropositivos, las carnes rojas y blancas, los productos lácteos pasteurizados, las semillas y los granos son vitales para formar los anticuerpos que combaten distintas infecciones.

Pero el pollo, el pescado, la carne de res y hasta los huevos deben estar siempre bien cocidos. Al prepararlos se requiere de mucha higiene y cuidado, puesto que podrían tener microorganismos que generan enfermedades y que sólo se destruyen con el calor.

Igualmente, las frutas y vegetales deben ser lavados con agua tibia y no se deben comer aquéllos que tengan algún tipo de magulladura o que puedan estar descompuestos. Por ello, las personas que viven con VIH deben evitar consumir este tipo de alimentos fuera de su casa.

“Antes comía libremente en la calle pero ahora me cuido un poco más, porque hay infecciones que se agarran a través de las comidas. Sobre todo evito comer ensaladas crudas en la calle y trato de llevarme mi comida a mi zona de trabajo”, explica Taby Zambrano.

Aunque no se recomiendan los enlatados, si se van a adquirir es imprescindible verificar la fecha de caducidad y el estado del envase, que debe ser aseado con minuciosidad antes de abrirlo.

El agua limpia es esencial para cualquier ser humano, pero quienes viven con VIH no pueden consumirla directamente de un filtro, por ejemplo. Es necesario hervirla siempre y, al ingerirla en otros lugares, debe ser embotellada. Asimismo, no se deben ordenar bebidas con hielo y se han de preferir jugos, refrescos y té envasados.

Todas estas indicaciones deben ser seguidas con exactitud especialmente por las mujeres embarazadas, dado que cualquier alimento contaminado puede pasar directamente al feto. Si ya se tiene una condición de seropositividad, en la que el bebé “chupa” las defensas de la madre, cualquier infección de este tipo puede complicar la situación.

Sin embargo, no siempre es posible cumplir con estos requerimientos mínimos. Elizabeth Sánchez está encinta y vive en situación de pobreza. No sólo carece con frecuencia de los recursos para comprar comida, sino que además habita en condiciones insalubres en una pequeña vivienda de un barrio de Caracas. ¿Cómo puede ella preparar y

consumir sus alimentos dentro de tales parámetros? En su caso parece una labor cuesta arriba, pues comer una vez al día ya es mucho decir.

La correcta alimentación también es fundamental para las personas VIH positivas sintomáticas, quienes pueden experimentar el llamado Síndrome de Desgaste, en el que pierden peso sin someterse a régimen alguno. Esto se traduce en fatiga, cansancio y fiebres que se prolongan hasta por 30 días.

La razón de este adelgazamiento, que puede llegar a una reducción de 10% de la masa corporal en seis meses o menos, es que su gasto energético es mayor que el de los sujetos sanos. Por ello, es necesario recuperar esa energía a través de la nutrición, para evitar un déficit y que el organismo la obtenga de los depósitos de grasa y de los músculos.

Con el objeto de prevenir otras complicaciones también se debe reducir o eliminar el consumo de alcohol y otras sustancias que, como las drogas, interfieren en la absorción de nutrientes y pueden generar otro tipo de daños al cuerpo.

Por otro lado, y siempre que no sea desaconsejado debido al Síndrome de Desgaste, los individuos infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana deben hacer ejercicios que no impliquen un gran deterioro físico, como el yoga, las pesas, las caminatas, entre otros.

Éstos, además de proporcionar sensación de bienestar, ayudan a estabilizar y/o a prevenir la disminución de la cantidad de células T, aumentan la fortaleza de los huesos, reducen el colesterol y los triglicéridos, que suelen remontar sus valores normales por efecto de algunos ARV; mitigan la grasa abdominal, que puede acumularse como consecuencia de la lipodistrofia que ocasionan ciertos fármacos; mejoran el apetito y el sueño, y optimizan el modo en el que el cuerpo utiliza y controla el azúcar en la sangre.

Un estudio publicado en la revista *Archives of Internal Medicine* (2006, Vol.11) realizado por la Asociación Médica Americana de Estados Unidos y titulado “Efectos de un régimen de entrenamiento progresivo de resistencia y de aeróbicos supervisados en casa, en mujeres infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, demostró que tanto los riesgos cardiovasculares como los efectos del síndrome de redistribución de grasa, frecuentes en damas seropositivas bajo medicación, pueden disminuir gracias a ciertas rutinas de ejercicios.

La investigación resalta la importancia de que tales prácticas se lleven a cabo en el hogar, con la finalidad de lograr un mayor cumplimiento, en vista de que las mujeres VIH positivas suelen tener complicaciones para el cuidado y atención de los hijos/as, así como otras cargas familiares, a lo que se añaden dificultades socioeconómicas y para el transporte.

Se puede incluir el sexo

Otra manera de tener actividad física y contribuir con el bienestar del organismo es manteniendo coito frecuente con la pareja.

“Las relaciones sexuales vigorosas emplean hasta 2 kilocalorías por minuto; un encuentro sexual de 15 minutos invierte el equivalente a correr casi 3 kilómetros o nadar 10 piscinas”, expone el médico Miguel Arévalo en un escrito aparecido en la versión digital de la revista *Bodytech* (2007), titulado “Ejercicio y sexo: lazos profundos”.

Más allá de los beneficios corporales que puede otorgar, la sexualidad es una parte esencial de cualquier ser humano; ejercerla de manera sana y saludable constituye una garantía para toda persona, establecida en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el artículo 76° de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, entre otros instrumentos legales.

Aunque pudiera pensarse que la actividad sexual está negada para los individuos VIH positivos, en especial si sólo una de las partes de la pareja está infectada, nada más lejos de la realidad, sobre todo si se tiene en consideración que cada día son más las mujeres y los hombres que adquieren el virus en edades en las que la vida sexual es más activa.

La práctica del sexo seguro es la principal recomendación pues la llamada estrategia ABC, promovida a nivel mundial por la actual presidencia de Estados Unidos, “no reconoce los derechos sexuales y de reproducción de las mujeres y no nos proporciona opciones viables, mucho menos a las jóvenes”, sostiene la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida (ICW) en el documento *Mujeres jóvenes seropositivas* (2004).

El ABC, enfoque que prevalece en numerosas organizaciones internacionales que trabajan el tema del VIH, responde a las siglas en inglés de abstinencia, ser fieles y usar condones. Sin embargo, como estrategia de prevención sus alcances son bastante limitados para las mujeres, quienes pocas veces controlan las circunstancias y condiciones en las que tienen sexo y, mucho menos, la vida sexual previa y/o extra de sus compañeros.

En el caso de las damas ya infectadas que conviven en uniones estables, la abstinencia no es una opción sostenible por tiempo indefinido, puesto que anula una de las esencias de su ser individual y de su relación de pareja.

Para ellas, lo primordial es empoderarse en el uso del preservativo y exigirlo en cualquier relación sexual; al no hacerlo, incrementan el riesgo de contaminar a sus cónyuges o de generar la reinfección para ambos.

En esta circunstancia, en la que dos personas están infectadas y copulan sin protección, la cepa o cepas del virus que se encuentran en un organismo se mezclan con otro u otros subtipos que se hallan en el cuerpo de la pareja.

Tal como ocurre cuando no se genera adherencia al tratamiento, el VIH comienza a mutar, se recombina con los nuevos componentes y desarrolla cepas más resistentes y difíciles de combatir con los antirretrovirales.

La también llamada superinfección genera, entonces, un aumento de la carga viral acompañado de una disminución acelerada del recuento de células CD4, lo que se traduce en un debilitamiento del sistema inmunológico, en la pérdida progresiva de la salud y en un promedio de vida más corto.

“Una de las cosas que me hizo separarme de él fue que él no quería usar preservativos, después de que nos enteramos que estábamos infectados. Tú sabes que una de las cosas que tiene esta enfermedad es ésa, que tiende a reinfectarse, entonces los medicamentos no te van a hacer lo mismo si tú tomas el virus de él”, reconoce Leida Sánchez.

Al igual que Leida, todas las damas consultadas a efectos de este reportaje controlan un poco más las circunstancias en las que hacen el amor con su esposo, en cuanto a la utilización del condón. Las que no tienen marido, están conscientes de la importancia de emplear el profiláctico en sus relaciones futuras.

Pero no todas tienen la posibilidad de decidir. Las mujeres VIH positivas que además sufren de violencia de género carecen de las herramientas para evitar la reinfección.

“Si su seroestatus ya es conocido, muchas mujeres corren peligro de ser golpeadas, abandonadas o botadas de sus hogares en cualquier momento. A muchas les da miedo pedirle a sus parejas que cambien su comportamiento sexual o que usen protección”, confirma el texto *Mujeres y VIH/Sida: confrontando la crisis* (2004) del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Muchas de estas féminas, como consecuencia de la infección y de la situación de abuso en la que se encuentran y de la que creen que no pueden salir, se sienten desvalorizadas y por consiguiente juzgan innecesario protegerse. Por esto, y por el terror a nuevas golpizas, ni siquiera se molestan en plantearles la posibilidad a sus maridos.

11% de las 77 damas seropositivas encuestadas por Avesa para el estudio *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida* (2007), afirmaron que en la actualidad, sufren de una situación de violencia por parte de sus parejas. Una de ellas reveló: “Yo estoy amenazada de muerte. Él me dice que si lo dejo me va a matar, o los dos nos vamos a morir y va a matar a las niñas. Antes del sida me amenazaba, pero ahora es peor”.

El miedo que las paraliza para proponer el uso de protección, también les dificulta el poder acceder a los servicios sanitarios para buscar información acerca de los exámenes de seguimiento, de los tratamientos y de las formas de mantenerse saludables.

Además de la alta probabilidad de ser agredidas por acudir en busca de apoyo médico, la falta de autonomía económica y la usual dependencia social del hombre obligan a estas mujeres permanecer atadas a sus cónyuges y a obedecerles en cualquier circunstancia.

Diversos estudios sugieren que tanto las reinfecciones como las nuevas infecciones, que se producen como consecuencia de violencia sexual o de género, se podrían evitar a través del uso de una nueva tecnología en materia de prevención: los microbicidas.

Estas sustancias son geles, supositorios, lubricantes, cremas y otro tipo de bálsamos que pueden ser introducidos en la vagina para reducir el riesgo de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana. También pudieran ser aplicados en el ano, pero su efectividad en esa zona del cuerpo aún no ha sido del todo comprobada.

Los microbicidas no sólo podrían prevenir el VIH sino también otras ITS al destruir o inmovilizar los patógenos, pues son capaces de bloquear la infección creando una barrera entre el virus y las células de la vagina o el recto. Asimismo, pueden ser efectivos para evitar que la infección empeore, una vez que ha entrado al cuerpo.

De acuerdo con el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006*, elaborado por Onusida, en estos momentos se encuentran en proceso de desarrollo más de 60 microbicidas vaginales experimentales, de los cuales cinco están siendo probados con seres humanos en ensayos de fase III en diez países. Con todo, se espera que la primera generación comercial de estos productos esté lista para dentro de unos cinco años.

El artículo 45° de la Declaración Política sobre el VIH/Sida, aprobada en 2006 por las Naciones Unidas, compromete a los países miembros a intensificar las inversiones en la investigación y el desarrollo de estos medicamentos.

La importancia de este tipo de métodos es que, al ser discretos, pueden ser controlados por las propias mujeres sin que el hombre se dé cuenta o esté de acuerdo. En el caso de las personas que viven con VIH, estos ungüentos pueden prevenir la posible reinfección en ausencia de preservativo, por el rechazo masculino, o intensificar la protección que ofrecen los condones.

“Se espera que los microbicidas ayuden a las mujeres seropositivas a protegerse de enfermedades que se transmiten por vía sexual y que afectan el aparato reproductor, las cuales pueden ser peligrosas cuando la persona tiene un sistema inmunológico debilitado. En adición, es posible que los microbicidas no anticonceptivos permitan que las mujeres seropositivas que quieren tener hijos con un compañero seronegativo puedan hacerlo con menor riesgo”, apunta la hoja de datos *VIH/Sida y género* (2004) de Onusida.

Y viceversa, para las damas que están sanas pero cuyos compañeros son portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, estos elementos podrían contribuir con una fecundación con menor exposición al VIH. Igualmente, las mujeres que quieren evitar contaminarse y quedar embarazadas pueden hacerlo a través de los microbicidas anticonceptivos.

Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, la introducción de un microbicida con 60% de efectividad, en los 73 países más pobres del mundo, podría evitar 2,5 millones de nuevas infecciones en los próximos tres años.

Pero no todo es color de rosa. Si bien la inversión para el desarrollo de estos mecanismos de prevención se triplicó entre 2000 y 2005, muchas compañías farmacéuticas y conglomerados de biotecnología se niegan a participar en las investigaciones, puesto que dudan de los dividendos que les podrían generar.

Además, es posible que los primeros microbicidas que salgan al mercado tengan costos sumamente elevados, lo que complicaría la situación para las mujeres. Según el resumen de Onusida previamente citado, las damas suelen tener menos ingresos que los hombres y pertenecer a contextos más empobrecidos; siendo ellas el principal público consumidor de estos productos, deberán elegir entre comprarlos o adquirir bienes de primera necesidad, como alimentos o vestidos.

Más por menos = ¿?

Mientras se espera el desarrollo de los microbicidas, que podría extenderse por una década más, las parejas serodiscordantes han de practicar el sexo seguro, sea con condones masculinos o femeninos y siempre con el propósito de evitar riesgos de salud para ambos.

Lo fundamental es, en cualquier circunstancia, conversar con franqueza acerca de las cuestiones que preocupan, con respecto a las relaciones sexuales. “El silencio y los secretos pueden facilitar actividades riesgosas”, asegura el manual *Zona segura* (2004) de la Fundación Amigos de la Vida.

Taby Zambrano no se negó la oportunidad de formar una pareja con un sujeto seronegativo. Si bien al principio le pedía que se alejara, cuando se decidió a revelar su condición, resultó que el joven ya sabía y seguía interesado en ella. Juntos se instruyeron al respecto y pudieron llevar adelante una relación que, como cualquier otra, incluía las relaciones sexuales pero siempre con condón.

“Yo pienso que cuando se vive en pareja, los preservativos deben ser parte de la dieta diaria”, resuelve la señora.

Es imprescindible que se llegue a un consenso y se establezca un pacto en cuanto al uso de protección, calculando el peligro que podrían entrañar algunas prácticas. Según el manual antes referido, lo más frecuente es que se pidan “pruebas de amor” y se trate de tener coito sin condón. El compromiso asumido funciona entonces como carta aval para poder rechazar, serenamente, tales propuestas.

Al no haber un acuerdo preestablecido en cuanto al uso del profiláctico también puede ocurrir que el cariño, la confianza y la familiaridad conduzcan a olvidar la presencia del virus. “A medida que crece la intimidad, disminuye el nivel de protección o la preocupación respecto a la protección. En una pareja donde ambos tratan de consolidar el amor o la intimidad, se pierde la perspectiva del daño”, revela una investigación adelantada por el psicólogo Alex Carballo-Diéguez, titulada “Niveles y correlaciones de angustia psicológica en parejas de varones serodiscordantes” y publicada por la revista *Aids Care* (2003, Vol.15).

Pero ambos miembros de la pareja deben tener en cuenta que el peligro siempre está presente. Incluso si el sujeto infectado está tomando antirretrovirales y alcanzó el nivel indetectable de carga viral, eso no significa que el VIH ha desaparecido; aunque muestre bajas concentraciones en los exámenes de sangre, sus números pueden ser elevados en los fluidos genitales por lo que el riesgo de transmisión cero no existe.

Si el hombre es el portador del VIH, la mujer debe tener en consideración que sus posibilidades de resultar infectada, por una rotura del condón por ejemplo, son entre dos y cuatro veces más altas que si la situación fuera a la inversa. Es decir, es esencial que ella esté al tanto de su vulnerabilidad biológica.

“La probabilidad de que la pareja llamada ‘activa’ (la que penetra) transmita el VIH, es alta. Este riesgo es particularmente significativo si tiene una carga viral elevada, una infección de transmisión sexual no tratada, o si eyacula adentro. La probabilidad de que la pareja llamada ‘pasiva’ (receptora del semen) transmita el VIH es menor pero igualmente existe; el riesgo aumenta especialmente si tiene una ITS no tratada”, explica el artículo “Sexo y VIH: Un placer y un derecho”, aparecido en la revista *Cuerpo Positivo* (2005, Vol. 8).

Numerosos compendios que tratan este tópico establecen una jerarquía de riesgo sexual que va desde el coito sin peligros de transmisión de ITS, hasta prácticas de alto riesgo.

Estas últimas son, como es evidente, las penetraciones anales o vaginales sin condón, sobre todo si hay eyaculación. Aquí también se incluye el sexo oral, en especial cuando existen lesiones en la boca o si se traga el semen. Tales “accidentes” son responsables de entre 1% y 3% de los casos de transmisión sexual del VIH.

Las actividades que involucran cortaduras o lastimaduras en la piel y/o en las mucosas, sean previas o inflingidas durante el acto, también incrementan los riesgos de infección. De igual forma lo hace el compartir juguetes, como vibradores, sin ser previamente lavados o cubiertos con un condón.

La felación sin eyaculación, el cunnilingus con poco contacto con los fluidos vaginales y los besos profundos y prolongados, con los que se pueden producir pequeños traumatismos, forman parte de la jerarquía media de riesgo. Aquí se incluye también el contacto boca-ano, durante el cual también se puede emplear una barrera, como un preservativo cortado, con el cual se reduce la exposición al virus.

Además del coito protegido y si es posible con el empleo de lubricantes, a las parejas serodiscordantes se les recomienda una serie de estrategias que les permiten disfrutar de su sexualidad sin peligro alguno. Conocerlas es crucial para las mujeres, en especial para las que viven en uniones estables, puesto que pueden servir de aliciente para entusiasmar a su compañero sin necesidad de arriesgarse. Esto es especialmente cierto cuando el hombre se niega a usar el condón.

Entre ellas se cuentan a masturbación individual o en pareja, que puede ir acompañada de fantasías sexuales a través de videos, revistas o imágenes de Internet. Si la actividad se realiza entre dos, hay que evitar el contacto de los líquidos vaginales y del semen con la piel cuando ésta presenta heridas o lastimaduras.

Se pueden añadir masajes corporales, abrazos y caricias con la boca y con las manos. El llamado sexo sin penetración, en el que ambos cuerpos se frotan, se huelen o se saborean, “puede llegar a ser, con entrenamiento y habilidad, una actividad muy placentera”, resalta el folio *Vida positiva*.

Hoy en día la mayoría de los seropositivos, que se han informado correctamente sobre su infección, reconocen como un derecho la posibilidad de mantener una relación de pareja, en la que pueden ejercer su sexualidad con responsabilidad. Pero el adiestramiento y la formación no siempre alejan los temores.

Si es normal que las personas sufran de alguna disfunción sexual, éstas pueden ser más frecuentes en los individuos que viven con VIH debido al estrés que puede implicar el diagnóstico, tanto para la salud como para la vida social, familiar y amorosa. Por otro lado,

algunas drogas y medicamentos pueden tener efectos colaterales que influyen en el *performance* sexual.

“Cuando el VIH daña los nervios que controlan la erección del pene (neuropatía autonómica) se produce una disfunción eréctil. Similarmente, los tratamientos antirretrovirales que causan neuropatía pueden ocasionar entumecimiento en el área genital, lo que hace difícil mantener una erección”, ejemplifica el ya mencionado artículo de la revista *Cuerpo Positivo*.

Tanto esta afección como la falta de libido, la merma de la lubricación vaginal o el no poder alcanzar el orgasmo tienen serias repercusiones en la autoestima de quienes viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, lo que puede degenerar en ansiedad, depresión y en el abandono de la vida en pareja. Otros temores también pueden llevar a tales determinaciones.

“A mí me llueven los pretendientes”, dice “AN” y no hay razones para dudarlo. Pero entre lágrimas reconoce que, aunque su soledad la entristece, le angustia la posibilidad de tener un nuevo compañero. “A mí me da miedo; hacer una vida con esto hay que pensarlo. El miedo puede ser a infectarlo o el miedo es, de repente, a cómo va a reaccionar la persona delante de mí y yo creo que eso va a ser doloroso”.

Serodiscordancia y embarazo

El deseo de tener un hijo o hija entre parejas serodiscordantes también puede generar grandes situaciones de angustia, para ambos integrantes del dúo. Tanto la posibilidad de que el miembro sano se infecte, como los chances de que se produzca la transmisión vertical, si es ella la portadora del virus o si se contamina, son circunstancias que pueden llenarlos de dudas y tensión.

Taby Zambrano, a pesar de estar sumamente capacitada en cuanto al tema del Virus de Inmunodeficiencia Humana y al derecho de las personas infectadas a llevar una vida normal, se opone abiertamente a la concepción en damas con su misma condición.

“Yo, como mujer seropositiva, no estoy de acuerdo con la reproducción de mujeres seropositivas, porque hay un 98% de probabilidad de que salga negativo, pero hay un 2% de que salga positivo. Entonces yo pienso que ya es bastante con que uno viva con esta

situación, imagínate a un niño tomando esos medicamentos y que uno sepa que uno quiso traerlo acá”.

Pero no todas piensan igual, sobre todo tomando cuenta la alta valoración que se le da a la maternidad en la cultura venezolana. La socióloga Morelba Jiménez señala que, desde muy pequeñas, a las niñas se les enseña que deben casarse y ser madres. “Es mal visto si una mujer a los treinta años no tiene un hijo; ya es como cuestionada”, subraya.

Los hombres también le dan un alto valor a la posibilidad de procrear. Por ello muchas parejas, tanto serodiscordantes como seropositivas, han comenzado a hacer uso de las distintas opciones de reproducción asistida que se ofrecen en algunos centros de salud, en tanto el avance de la técnica ha contribuido con una disminución drástica de los peligros de reinfección y de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana para el individuo sano y para el feto.

Asimismo, “la elevada incidencia del VIH en personas en edad fértil unida al aumento de su expectativa de vida han hecho que cada vez más parejas se planteen la posibilidad de tener descendencia. Esta cuestión tiene especial relevancia en aquellas parejas en las que sólo uno de sus miembros es seropositivo”, apunta el artículo “Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH”, aparecido en la revista *Medifam* (2003, Vol.13).

Aunque el informe reconoce que muchos matrimonios toman la decisión sin consultar a ningún especialista y sin instruirse al respecto, también destaca la importancia de la consulta médica para conseguir mejores resultados con la menor exposición posible.

El primer paso es la realización de una serie de pruebas de seguimiento de la infección y de presencia de otras ITS, una evaluación de los tratamientos que se han tomado y de su efectividad, y un estudio de fertilidad para verificar la ausencia de patologías que pudieran dificultar la gestación.

Cuando es sólo la mujer la que está infectada, las opciones para no contaminar a la pareja son más sencillas que en caso contrario.

En estas circunstancias, lo más usual es la inseminación artificial con semen del propio cónyuge a través de una selección de los espermatozoides móviles y su posterior introducción en la vagina, con una jeringa. Una vez fecundada, la mujer deberá tomar en

consideración todas las estrategias disponibles para evitar la transmisión vertical del VIH a su bebé.

Cuando la situación es a la inversa y es él quien porta el Virus de Inmunodeficiencia Humana, las alternativas van desde las relaciones desprotegidas hasta técnicas sumamente costosas y difíciles de adoptar para las personas de menores recursos.

Muchos individuos se van por la “vía natural” no sólo por los costos de las terapias asistidas, que pueden superar los 8 millones de bolívares, sino también por el fracaso de métodos artificiales implementados previamente. Otro de los motivos puede ser la sensación de seguridad que da el buen estado inmunológico del sujeto seropositivo, en respuesta a los ARV.

Aunque la carga viral sea indetectable en la sangre, sus valores suelen ser superiores en el semen y pueden ser causantes de la infección. Por tal razón, a estas parejas se les recomienda descartar la presencia de lesiones en las mucosas antes del coito, así como evitar agresiones durante el acto.

Por otro lado, las relaciones sexuales sin condón deberían limitarse al período periovulatorio, en el que la mujer está más fértil, para así evitar la cantidad de contactos peligrosos.

Cuando tienen acceso a procedimientos médicos, las parejas utilizan con frecuencia el doble lavado de semen, en el que se toma una muestra del fluido y se centrifuga tres veces en un gradiente. Esto se hace para, en primer lugar, eliminar el plasma seminal y las células no espermáticas, principales reservorios del VIH, y luego para seleccionar los espermatozoides móviles de la porción ya depurada.

Tras examinar y comprobar que no existe presencia de ARN viral en los gametos escogidos, se procede a su inseminación artificial en la mujer. Ella debe estar en la fase más fértil de su ciclo ovulatorio y las posibilidades de embarazo son de aproximadamente 20%.

En caso de que falle esta última fase, luego de varios intentos, se puede recurrir a la fertilización *in vitro*, en la que cada óvulo se combina con un único espermatozoide y la mujer sólo se expone al número de embriones que le sean implantados. Este procedimiento es más seguro, en tanto disminuye las probabilidades de infección e incrementa en 50% la viabilidad de quedar embarazada.

Según el artículo “Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH”, existen otras estrategias para tener hijos y evitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana a la persona sana, pero no suelen ser tomadas en cuenta. El texto sugiere recurrir a la inseminación artificial, con semen proveniente de un donante anónimo, o a la adopción de un(a) pequeño(a), tomando en cuenta la legislación vigente en el país sobre el tema.

Lo importante, señalan distintas organizaciones de derechos humanos, es que la decisión de ahijar o de concebir sea tomada de forma autónoma e informada por la propia pareja y, en el segundo caso, principalmente por la mujer.

Esto, en vista de que en muchas oportunidades tanto la familia, como el personal médico y hasta la propia pareja pueden sugerir o practicarle abortos a las féminas, cuando están infectadas o cuando ambos integrantes del dúo lo están. Así lo explica la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida, en el dossier *Sexo, vida y el condón femenino: algunas visiones de mujeres seropositivas* (2005).

Elizabeth Sánchez vivió esta experiencia. Por una rotura del condón, quedó embarazada de su actual compañero seronegativo. “Tan pronto él se enteró, lo primero que me dijo es que quería que lo botara. Yo no me di a la tarea de botarlo porque yo digo que hay tantas mujeres que desean tener un hijo y no lo pueden tener, y si otras que sí lo pueden tener lo van a botar, ¿qué sentido tiene?”.

Así como sucede esto, a muchas damas VIH positivas en edad reproductiva se les practican esterilizaciones luego del parto, sin su consentimiento, al tiempo que se les insta a no tener más hijos ni relaciones sexuales y a permanecer abstinentes de por vida.

Las reglas dicen otra cosa

Al negarle, a cualquier persona y en este caso a una mujer, la posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo, se incurre en una franca violación a las atribuciones que le corresponden como ser humano.

“Toda persona que viva con el virus tiene derecho a la continuación de su vida civil, profesional, sexual y afectiva. Ninguna acción podrá restringir sus plenos derechos a la ciudadanía”, reza el artículo X de la Declaración de los Derechos Fundamentales de las Personas que viven con el Virus del Sida.

Tales garantías también incluyen la posibilidad de unirse en pareja y formar una familia, de decidir el número e intervalo de hijos, de participar en todas las actividades de la vida social y de ser libres en cuanto a sus resoluciones personales, en especial en las relativas a la vida y a la salud sexual.

Pero la condición de VIH positivos suele hacer a los individuos, y en particular a sectores como el de los hombres que tienen sexo con hombres o el de las mujeres amas de casa, vulnerables a la violación de sus derechos humanos y a la discriminación, debido al estigma que aún se asocia con esta afección.

Circunstancias que son provocadas y se mantienen en el tiempo debido a “la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, los prejuicios, la falta de tratamiento, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre la epidemia, el hecho de que el sida sea incurable, los miedos sociales en torno a la sexualidad”, entre otros aspectos señalados por el manual *Comunicar en VIH y Sida* (2006) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

De esta forma, no sólo se quebrantan las garantías fundamentales establecidas en la Constitución Nacional y en diversos pactos internacionales suscritos por el país, sino también lo estipulado en las reglamentaciones referidas a la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y a la salud sexual y reproductiva.

Se entreteje entonces una maraña de discriminación/violación que, a nivel individual, se traduce en una pérdida de la autoestima, aislamiento social, actitudes violentas, inadecuada atención a la salud y al ámbito personal y profesional, lo cual sólo puede ser detenido cuando la persona toma conciencia de su valor, de sus derechos y de la forma de ejercerlos.

Las atribuciones en ser infringidas con mayor frecuencia suelen ser las referidas a la vida y a la salud, establecidas en los artículos 43° y 83° de la carta magna, respectivamente, y también presentes en instrumentos internacionales ratificados por Venezuela, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Esto ocurre principalmente en los centros asistenciales, sean de carácter público o privado. Pese a que deberían ser los espacios donde la información con respecto al virus sea

la más actualizada y abarque todos los sectores, no suele ser así. El desconocimiento hace que el personal, al encontrarse ante un sujeto seropositivo, reaccione de forma inadecuada o no le suministre los cuidados apropiados.

Varias de las mujeres consultadas a efectos de este reportaje refirieron que, cuando asisten a la consulta trimestral, el equipo tratante se limita a examinar las pruebas de seguimiento de la infección y a entregarles un nuevo récipe de tratamiento.

Les dan a entender que aparte del estado de su sistema inmunológico, no es necesario verificar la condición del resto de su organismo. “La mujer está desasistida, creo que les interesamos poco”, sostiene Taby Zambrano, quien desde hace dos años padece de lipodistrofia, un síndrome en el que la grasa corporal se distribuye de forma desigual. En lugar de tratarla, los médicos sólo le dicen que la joroba en su espalda “no se le nota mucho” y que “se alegre de estar bien”.

Aunque es harto conocido que los hospitales del país no suelen contar ni con el personal ni con los recursos suficientes para responder de forma adecuada a las necesidades de los pacientes, el negarles o limitarles la atención por una condición en particular no es más que discriminación.

Lo mismo ocurre con las empresas aseguradoras, muchas de las cuales se rehúsan a poner sus pólizas a disposición de los ciudadanos portadores del VIH. De hecho, de una muestra de 15 compañías de seguros con cobertura nacional, cuyos planes de salud fueron evaluados para esta investigación, se pudo comprobar que tan sólo tres de ellas ofrecen asistencia médica para casos de sida.

Este tipo de segregación queda definida, por el Protocolo de Onusida para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH, como “cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afectan a personas a causa de su estado VIH positivo, confirmado o sospechado”.

En vista de los maltratos, del aislamiento y del “ruleteo” a los que son sometidos los pacientes seropositivos, sobre todo en las emergencias de los centros asistenciales, las ONG enfocadas en el área de VIH y salud sexual y reproductiva comenzaron, desde el año 2002, una campaña para exigir un adiestramiento del personal médico. La base de la estrategia se encuentra en el lema que, hace un lustro, se convirtió en el estandarte de la OMS y de las distintas agencias de la ONU: “Vive y deja vivir”.

Consigna apropiada, por lo demás, si se toma en consideración que así como se le ponen cortapisas al derecho a la salud, en muchas instituciones sanitarias también se suele profanar la integridad y la intimidad de las personas. De esta forma, se contraviene lo establecido en los artículos 46° y 60° de la Constitución, en el apartado 17° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y en el VII de la Declaración de los Derechos Fundamentales de las Personas que viven con el Virus del Sida.

Así lo describe Diana Irazábal, coordinadora de la red Mujeres en Positivo: “Le gritan a las muchachas: ‘¡Mira, la sidosa, ven acá!’ , o las enfermeras comentan entre sí y se entera la bioanalista, el vigilante, la que limpia, etc.”. Según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas titulado *Salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes seropositivas* (2006), estas situaciones revelan la falta de profesionalismo y el desconocimiento de las normas básicas de respeto a la confidencialidad y a la privacidad, por parte de los trabajadores de la salud.

Por otro lado, contribuyen con la intensificación del estigma que, a más de dos décadas del inicio de la epidemia, continúa rodeando y “desprestigiando” a los sujetos seropositivos.

La inobservancia del secreto profesional por parte del equipo médico y la divulgación de los diagnósticos pueden llevar a que un individuo portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana sea “invitado” a dejar su empleo o, simplemente, sea despedido; esto, debido a la ignorancia de los patronos y al temor de un descenso en el rendimiento y de que se “extienda la epidemia” al resto del personal.

“El Estado debería garantizar que a las personas con VIH/Sida se les permita seguir trabajando mientras puedan cumplir sus funciones, no debería exigirse al solicitante o al empleado que revele al empleador su situación respecto del VIH, ni siquiera para poder acogerse a los regímenes de indemnización, pensiones de jubilación o seguro de enfermedad”, advierte el documento *Opinión jurídica sobre VIH/Sida y derechos humanos* (2003) de la Defensoría del Pueblo de Venezuela.

Pero esto no suele ser así y el negar el derecho a trabajar, por una condición de seropositividad, contradice el artículo 87° del texto fundamental, el 23° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el apartado 6° del Pacto Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales y el V de la Declaración de los Derechos Fundamentales de las Personas que viven con el Virus del Sida.

Tales disposiciones también son vulneradas cuando se exige la realización de una prueba de anticuerpos del VIH, como requisito previo para optar por una plaza laboral. Esta situación en particular infringe, asimismo, lo establecido en los artículos 1° y 2° de la Resolución N° SG-439, emanada del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1994.

Luego de la muerte de su esposo, “AN” intentó obtener el puesto que él ocupaba en una imprenta local, con la que ella ya había colaborado en otras oportunidades y donde la conocían desde hace mucho tiempo. “No me lo dieron; yo digo que fue por esto, porque si yo era la que estaba ahí, tantos años...”.

Si las posibilidades de acceso o la permanencia en un trabajo suelen estar en jaque una vez que se conoce la seropositividad de la persona, en el caso de las mujeres la situación es más difícil. Ellas afrontan mayores dificultades económicas y la segregación laboral suele golpearlas con más fuerza.

De allí que el artículo 11° de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) y el Objetivo 3° de la Declaración del Milenio se refieran específicamente a la promoción de la igualdad de género en la esfera del empleo, a lo que se añade la no exclusión debido a la maternidad.

“En general, el acceso de las mujeres a las posibilidades de generar ingresos es, en comparación con el de los hombres, limitado. Las mujeres tienden a ocuparse en el altamente competitivo sector informal o en los empleos peor pagados del sector formal, lo que les provee poca seguridad social y económica en términos de ingresos, ahorros y seguro de vida. La entrada económica de las mujeres, de por sí insegura, se vuelve algo crucial cuando es afectada por el VIH”, apuntala la hoja de datos *VIH/Sida y género* (2004) de Onusida.

El resumen también destaca que, por vivir con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, muchas féminas suelen experimentar acoso y/o abuso sexual en los lugares de trabajo, además de maltrato. Tales circunstancias contravienen el apartado número 2° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará) y constituyen una violación a los artículos 375° y 376° del Código Penal venezolano.

Alejandra Corao, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela, sostiene que situaciones como éstas se presentan “porque aún se ve el VIH como un castigo, es decir, si alguien está infectado es que hizo algo malo”.

¿Quiere decir que una señora que mantuvo relaciones sexuales con su marido, sin saber que era VIH positivo, cometió un error? Aunque no sea cierto, suele ser visto de ese modo. “Un estudio reciente en cuatro ciudades de la India comprobó que, aunque casi 90% de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas por sus esposos, se enfrentaban a más estigma y discriminación que los varones, y a menudo se las culpaba de la enfermedad de sus cónyuges”, ejemplifica el *Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2006* de Onusida.

En Venezuela, la directora del Programa Nacional de Sida/ITS, Daisy Matos, reconoce que la situación no es muy distinta a la de la nación asiática. “En la sociedad hay un conjunto de valores que sostienen que, históricamente, las mujeres son las responsables de la propagación de enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, te dicen que eres culpable porque te enamoraste de un sinvergüenza. Entonces, en su rol de cuidadora, a la mujer le toca cargar con el esposo que tiene VIH y con los hijos, mientras ella se descuida”.

Las damas no sólo desatienden y postergan lo relativo a su salud, sino también a otros ámbitos como el trabajo o la educación. “Yo soy bachiller, pero no he podido retomar mis estudios. No quiero dedicarme de lleno a estudiar porque no puedo descuidar al niño, porque él también hace deporte, practica béisbol en los Leones del Caracas”, aclara Yolimar Duno.

Ella no continúa su formación académica por una decisión personal pero, tal y como ocurre con el empleo, en algunas instituciones educativas piden como requisito una prueba ELISA para permitir el ingreso. Esta exigencia coarta las aspiraciones de muchos seropositivos, puesto que por un lado se les puede negar la admisión y, por otro, si se les permite entrar, hay grandes posibilidades de que sufran discriminación por parte de profesores y compañeros.

Leida Sánchez intentó matricularse en el Instituto Pedagógico de Caracas, no obstante asegura que le pidieron el examen de anticuerpos para poder inscribirse. Ella se negó y abandonó la idea de completar sus estudios superiores.

Ahora Leida enfrenta un reto mayor: su hija de nueve años es VIH positiva, pero aún no lo sabe. La señora tampoco se ha atrevido a notificarlo en la escuela, por miedo a que la rechacen. “Yo conozco un niño VIH positivo que lo querían sacar de un colegio pago y eso fue una lucha. Yo no quiero que le pase eso a mi niña”, indica.

Casos como el de ella y el del pequeño, pese a lo comunes que suelen ser, representan violaciones a los artículos 102° y 103° de la Constitución Nacional, así como al apartado 13° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al 26° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y al V de la Declaración de los Derechos Fundamentales de las Personas que viven con el Virus del Sida.

Más allá de los tratados generales, los entes multilaterales trabajan desde 1989 en el establecimiento de un marco jurídico internacional que defienda los derechos humanos de las personas que viven con VIH. En ese año se llevó a cabo la Primera Consulta sobre el tema, en Ginebra, a la que le siguió la Declaración de París de 1994.

Ya en 1995 se proclamó la resolución de la subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías de las Naciones Unidas, con respecto a las personas con VIH/Sida, y al año siguiente se realizó la Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/Sida.

En 2001 la Asamblea General de la ONU sancionó la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida, en la que se aglutinaron los avances de cada una de las ordenanzas precedentes. Allí se reconoce que “el estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento, e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones”.

Los derechos humanos, ¿entran en la casa?

La igualdad y la no discriminación, establecidas en los artículos 19° y 21° de la carta magna y en todos los instrumentos de aplicación universal ya mencionados, son las garantías fundamentales que, a fin de cuentas, son violadas cuando se coarta la libertad de estudiar, trabajar, formar una familia o recibir adecuada atención en salud, por ser VIH positivo.

Aunque se haga de forma esporádica, estos casos pueden ser legalmente llevados ante la Defensoría del Pueblo o la Fiscalía General de la República para pedir que los transgresores sean sancionados y se provea una reparación a la víctima. Sin embargo, ¿qué sucede cuando las libertades son coartadas en el seno de la propia familia?, ¿cuando la discriminación proviene de las personas más cercanas al individuo infectado?

“La estigmatización se produce a menudo en contextos y entornos no cubiertos por la legislación, como el seno familiar y los encuentros sociales esporádicos”, advierte el informe *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH* (2005) de Onusida.

El documento agrega que las personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana suelen ser rechazadas por sus familias, sus seres queridos y sus comunidades, en vista de que se cree que la enfermedad tiene implicaciones vergonzosas. Tales actitudes se sustentan en las ideas dominantes sobre el bien y el mal, el sexo y las ITS, y los comportamientos decentes e indecentes.

Elizabeth Sánchez ha recibido apoyo de su familia; pero no de toda. “A mí me dio la espalda mi papá, mas mi mamá no. Mis hermanos tampoco supieron, al principio, estar conmigo para ayudarme. No me aceptaron en mi casa, yo me tuve que ir de mi casa”, recuerda.

Cuando la segregación tiene lugar en contextos como éste se denomina “estigma declarado”, en tanto existe una disposición deliberada de dañar a la persona seropositiva. Otras manifestaciones frecuentes de este fenómeno son, según el ejemplar de Onusida, el evitar el contacto diario, el hostigamiento verbal, la violencia física, la desacreditación del sujeto infectado, la murmuración y la denegación del acceso a servicios de uso común.

La familia política de Elizabeth incluso fue más allá. Intentaron quitarle a su hija menor, una vez que su esposo murió, y pretendían sacarla de la ciudad. “Yo le dije: ‘tú a mi hija no me la quitas; y el día que me la quites, pues tendrás que matarme’. Yo creo que por ella es que yo tengo valor para seguir adelante y luchar contra esta enfermedad”, resalta la señora.

Casos como el de ella son habituales y, a la separación de los hijos, se suele sumar el “decomiso” de los bienes que solían ser compartidos y la expulsión de la mujer del hogar. Según la Coalición Global de Mujeres y Sida, las féminas infectadas experimentan

el estigma y la discriminación con mayor frecuencia que sus pares masculinos. En el compendio *Manteniendo la promesa: una agenda para la acción sobre las mujeres y el Sida* (2006), esta ONG determina que cuando las acciones arbitrarias se perpetran contra las damas seropositivas suelen presentarse en sus formas más dañinas, lo que dificulta aún más el poder lidiar con ellas.

“Nosotros hemos tenido que intervenir comunidades enteras, porque cuando se corre la voz de que existe una mujer o una familia con VIH no les hablan, las execran, las maltratan y las señalan como la ‘casa de los sidosos’”, asegura Marlin Bello, psicóloga de la organización no gubernamental Acción Solidaria.

Para evitar arrebatos o actitudes en su contra, muchas mujeres se mantienen en silencio y guardan el secreto de su infección, lo que constituye un obstáculo al momento de conseguir atención médica o de seguir un tratamiento, en tanto deben esconderlo. Si viven en pareja y quedan embarazadas, tal actitud no hace más que poner en riesgo al niño por nacer.

“AN” vive una situación de este tipo, pero más que temer el rechazo de sus allegados, ella tiene miedo de convertirse en una carga. “Mi familia no sabe porque no quiero entorpecer la vida de ellos. Si mis viejos están ahí, están los dos, yo digo que decirles a ellos es como preocuparlos más y ellos ya no están para preocuparse. Más bien nosotros estamos para darle tranquilidad”.

Pero “AN” tiene un hijo adolescente que, de cuando en cuando, le pregunta sobre los folletos sobre VIH que ella esconde en distintos lugares de la casa. Esta señora tiene un sistema inmunológico fuerte y, a más de tres años de vivir con el virus, no requiere terapia antirretroviral. ¿Qué sucede si llega a necesitarla o si sus defensas se debilitan de forma grave?

En *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH* (2005), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida enfatiza que cuando se les oculta la infección a las personas más cercanas es imposible que se haga una planificación a futuro. Por ello, “al fallecer el sostén de la familia, los huérfanos y dependientes afligidos quedan en una situación de precariedad económica y muchas veces sufren marginación, si llega a conocerse su asociación con el SIDA”.

Por otro lado, esconder el estado de seropositividad genera consecuencias en el ámbito emocional. “Son mujeres que tienen años con el secreto guardado, no tienen a quién contárselo y, cuando logran abrirse aquí en consulta, desbordan todo ese terror, ese sentimiento y esa frustración que las ha acompañado por tanto tiempo”, apunta Diana Irazábal, coordinadora de la red Mujeres en Positivo.

Lo anterior tiene lugar debido a que las personas tienden a interiorizar las respuestas y reacciones negativas de terceros con respecto a la infección por el VIH, lo que se conoce como autoestigmatización o estigma internalizado. Según el texto de Onusida, este proceso tiene vínculos con el llamado estigma percibido, diferente del que es abiertamente declarado, lo cual incide de manera destructiva en el orgullo del sujeto afectado.

“Entre las personas que viven con el VIH, esto puede traducirse en sentimientos de vergüenza, autoinculpación e indignidad que, combinados con el aislamiento de la sociedad, pueden conducir a depresión, retraimiento autoimpuesto e incluso pensamientos suicidas”.

La psicóloga Marlin Bello señala que cuando la mujer vive en pareja este devenir puede ser más intenso, puesto que si el marido “se echa a morir” o simplemente comienza a desgastarse, ella se culpa y asume como una obligación la decisión de permanecer a su lado.

“Si al principio no lo dejan porque se niegan a estar solas y consideran que ellos tiene el deber de seguir con ellas, por lo que les hicieron, con el tiempo esas emociones van transformándose y lo ven como ‘pobrecito, él no tenía intenciones de hacérmelo’, etcétera”, comenta la especialista.

El nocivo proceso de autoexclusión de la sociedad, del resto de la familia, el verse a sí mismas como personas censuradas y el culparse por el deterioro físico de su pareja puede traer una consecuencia más: la discriminación y la violencia por parte del propio compañero.

En el estudio *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida* (2007), una de las encuestadas por Avesa se refirió a una experiencia en particular que conoció durante su trabajo como consejera de una organización no gubernamental: “La semana pasada entrevisté a una mujer que decía que ella no creía que su marido era violento con ella, porque no la golpeaba. Cuando le pregunté si la gritaba, dijo que le decía

sidosa, la insultaba. Nos han enseñado que violencia es golpe, pero peor que eso es la violencia psicológica”.

Aunque no hubiera maltrato físico, las vejaciones o el alejamiento del marido responsable de la infección se convierten en estímulos que impiden velar por la propia salud, imposibilitan la capacidad de negociar el uso de los preservativos y de defender su autonomía sexual, al tiempo que generan sentimientos de soledad, inseguridad, ansiedad, desazón y tristeza.

“Cuando las mujeres seropositivas sufrimos abuso por parte de nuestras parejas y otros familiares, nos encontramos menos posibilitadas que otras mujeres para hacernos valer. Para muchas de nosotras probablemente no haya posibilidad de practicar sexo seguro, incluso conociendo los riesgos”, recalca el documento *Mujeres seropositivas, pobreza y desigualdad de género* (2005) de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida.

Por otra parte, la antes citada investigación de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa asegura que, durante los grupos focales realizados, se puso en evidencia el dolor que viven y han vivido muchas mujeres ante el rechazo y la discriminación de sus cónyuges y allegados. El texto señala que, entre llantos y semblantes de tristeza, ellas decían que lo menos que esperaban era el apoyo y la atención de su familia y su pareja.

Los distintos especialistas consultados a efectos de este reportaje refirieron que cuando es el hombre quien transmite el virus a su esposa, él suele quedarse junto con ella para tener una cuidadora a futuro. No obstante, el hecho de que esté físicamente o de que resida en la misma casa no puede ser interpretado como sinónimo de interés en la relación.

Taby Zambrano recuerda el abandono de su marido: “Yo me deprimí porque él no quiso tomar conciencia, le dio por trasnocharse... Yo no sé si él sabía de antes, pero cuando se enteró le dio por derrochar su vida, cosa que no debió hacer”.

La falta de apoyo del cónyuge, la discriminación, la invisibilización y la coerción son las principales causas que dificultan la posibilidad de reducir el impacto de la epidemia y de poner un freno a su expansión en los grupos de mujeres. Tales fenómenos no sólo afectan física y emocionalmente las damas seropositivas, sino que impiden que las que se

encuentran en situación de vulnerabilidad tengan las herramientas necesarias para prevenir el VIH.

Las infaltables recomendaciones

Lo anterior no es simplemente una afirmación de carácter moralista; es un hecho, una realidad que se vive en miles de países y comunidades, y que requiere de acciones concretas para ser revertida.

De allí que la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración Política sobre el VIH/Sida, resuelva comprometerse a “eliminar las desigualdades, el maltrato y la violencia por motivos de género; a aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del riesgo de la infección por el VIH; a asegurar que la mujer pueda ejercer su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad y a reforzar su independencia económica”, con el objeto de mitigar los efectos de la epidemia en la población femenina.

Más allá del reconocimiento y de los cada vez más abundantes tratados y leyes que velan por los derechos de las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en el caso de las mujeres es imprescindible que se organicen estrategias específicas, aplicables y sostenibles en el tiempo.

Así lo plantea una dama infectada, cuyo testimonio es transcrito en *Salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes seropositivas* (2006), del Fondo de Población de las Naciones Unidas: “En mi experiencia estas declaraciones, documentos y guías siempre son buenas en el papel pero no necesariamente cumplen su misión original, que es en este caso mejorar la situación de las mujeres viviendo con VIH y sida”.

Precisamente para evitar esos vacíos, las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y supranacionales han comenzado a promover tácticas puntuales, dirigidas a minimizar el riesgo de las féminas no infectadas pero en circunstancias vulnerables, y de las seropositivas que se exponen a otras inequidades.

La primera maniobra consiste en promover una mayor educación para las muchachas y las mujeres en cuanto a sus derechos humanos, en general, y a sus derechos sexuales y reproductivos, en particular. Si bien el acceso en Venezuela a la instrucción

básica y diversificada es amplio, no quiere decir que a ellas se les instruya correctamente acerca de tales aspectos.

“La educación sexual no se ha planteado como un tema de derechos que tenemos los seres humanos de disfrutar de una sexualidad sana, responsable, sino que por los mismos tabúes que la sociedad tiene con la educación sexual se ha como tapado el problema haciéndola no científica, sino científicista”, asegura Adícea Castillo, ex directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela.

Castillo sostiene que si una mujer está formada y es consciente de su igualdad ante el hombre, posee los conocimientos y las habilidades necesarias para tomar decisiones informadas y adoptar comportamientos que reduzcan su riesgo a la infección con el VIH. Es decir, tendrá la posibilidad de llegar a acuerdos en el ámbito sexual y en el resto de los escenarios de la vida en pareja, al tiempo que es poco probable que sufra de violencia de género.

El informe de Unicef titulado *Niñas, VIH/Sida y educación* (2004) explica cuáles son los componentes esenciales de una instrucción de calidad: “Información específica acerca de la sexualidad, la salud reproductiva y el VIH/Sida, junto con destrezas para la vida y vínculos con los servicios”. El texto añade que los derechos humanos de las mujeres y las niñas deben estar en el centro de las respuestas formativas; de lo contrario, la expansión de la epidemia no se detendrá.

La educación, por otro lado, contribuye con las posibilidades de alcanzar mayor independencia económica, lo que reduce significativamente la vulnerabilidad al VIH. “Si una mujer trabaja, empieza a formarse y a independizarse, algún día tendrá la capacidad de exigir el condón”, asegura la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela, Alejandra Corao.

El no depender financieramente del marido ni temer por la seguridad alimentaria y de vivienda, tanto de los hijos como propia; el tener presente que la relación es para compartir desde los gastos hasta las preocupaciones; y el no necesitar la manutención del hombre ni sentirse “representada” por tenerlo al lado, son factores esenciales que disminuyen el riesgo de las féminas a infectarse.

“Al tener un rango más amplio de alternativas económicas, las mujeres se hacen financieramente independientes y tendrán menos presión para recurrir al sexo como

herramienta para sobrevivir o continuar en relaciones injustas con hombres que se niegan a practicar el sexo seguro”, indica la hoja de datos *VIH/Sida y género* (2004) de Onusida.

Impulsar el acceso al empleo de las mujeres requiere, a nivel individual, de un reconocimiento de sus capacidades personales, de su valor como fuerza de trabajo remunerada y de los derechos que devengan como ciudadanas. Esto, una vez más, sólo se logra con una adecuada formación de hogar y/o académica, reforzada por la propia pareja, los grupos de pares, las instituciones y los medios de comunicación.

La educación con perspectiva de género, en los sujetos masculinos, es fundamental para convertirlos en coprotagonistas del empoderamiento de la mujer e impedir que continúen siendo un obstáculo. Existen parejas que, pese a tener una encumbrada formación académica, exhiben inequidades producto de una apropiación de las normas sociales patriarcales y de un desconocimiento de la igualdad de los sexos.

“Hace poquito vino aquí una muchacha economista, casada con un italiano, y ella decía: ‘pero es que yo nunca he trabajado’. O sea, siendo profesional, aceptó la imposición del hombre de que sólo le criara los hijos; lo peor es que le da el palo parejo”, revela Adícea Castillo.

Reducir al máximo este tipo de situaciones tiene un gran impacto en el descenso de las nuevas infecciones en las damas y les permite, a las ya infectadas, tener una mejor calidad de vida. Pero llegar a esta meta requiere, según la Comunidad de Mujeres Viviendo con VIH/Sida, de campañas mediáticas, consejería individual, grupos de apoyo de hombres para hombres y programas de habilidades de vida en toda la comunidad.

Tales proyectos contribuyen con la disminución de los comportamientos de riesgo en tanto ofrecen “roles alternativos de masculinidad, que no estén basados en relaciones desiguales de poder. Ambos, mujeres y hombres, deben cultivar y sostener expresiones positivas de la masculinidad y promover los conceptos nucleares de fuerza interna, respeto y cuidado por los compañeros e hijos”, concluye el compendio de Onusida referido en líneas precedentes.

En el ámbito institucional es necesario proveer información que conduzca a la eliminación de la discriminación laboral por cuestiones de género y por ser portador(a) del Virus de Inmunodeficiencia Humana, dado que esta situación favorece con el empobrecimiento y la falta de poder de las mujeres.

“Con el respaldo de mensajes y acciones gubernamentales, y a través de cambios en las leyes, beneficios estatuidos, tributación, microcréditos, provisión de cuidado infantil e igualdad de oportunidades, las actitudes y estructuras que ponen en desventaja a las mujeres deben ser retadas y modificadas”, dice el ejemplar *VIH/Sida y género* (2004).

Asimismo, es básico llevar los beneficios de la seguridad social a todas las mujeres, incluyendo a las que trabajan en el hogar o en el sector informal. Esto es especialmente cierto para las damas seropositivas, quienes ven en esos escenarios las mejores alternativas para sobrevivir: “Trabajar de buhonera es algo que me da el permiso para ir al médico, de hacer mi seguimiento, porque no tengo que rendirle cuentas a nadie”, señala Taby Zambrano.

Pero para atender efectivamente su salud, Taby y todas las féminas VIH positivas o en situación de vulnerabilidad requieren de un sistema sanitario que no sólo funcione adecuadamente y tenga a disposición los recursos materiales para tratar a las personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, sino que además cuente con personal capacitado en torno a la epidemia, a los derechos humanos y a los riesgos a los que están expuestas ciertas poblaciones.

Para lograr esto no se necesita más que disposición de las autoridades y del equipo de salud. “Yo he trabajado junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Alcaldía Mayor en programas de sensibilización y educación sobre salud sexual y reproductiva, enfocada en el VIH. Se hizo en cinco distritos sanitarios de la capital, para disminuir la discriminación del personal médico, que es producto de la ignorancia”, ejemplifica Diana Irazábal, directora de la red Mujeres en Positivo.

Además de acciones como ésta, el elevado acceso a las terapias antirretrovirales constituye una estrategia que genera beneficios extras al mejoramiento de la salud de los individuos afectados. De acuerdo con el texto de Onusida *Intensificando la prevención del VIH* (2005), a través del tratamiento también se evitan nuevas infecciones, dado que se incrementan las pruebas voluntarias.

“El aumento en la realización de los exámenes de VIH puede contribuir con la reducción del estigma y la negación, barreras para una respuesta exitosa a la epidemia. Por otro lado, la medicación antirretroviral de por vida que reciben millones de personas le permite a los trabajadores de la salud reforzar la prevención por vías hasta ahora

desconocidas, como con la participación de las mismas personas viviendo con VIH”. De este modo, las poblaciones que experimentan una alta incidencia, como la de las mujeres, se hacen más fáciles de abordar que antes.

El poder llegar a ellas da lugar a un proceso de sensibilización, que decanta en su participación activa en la respuesta a la epidemia, tanto con la defensa de sus propios derechos como con la promoción de metodologías preventivas. Ejemplos de activismo social abundan tanto en Venezuela como en otros países, la mayoría de ellos fundados y encabezados por las propias personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana.

“Las primeras iniciativas de la sociedad civil fueron los cimientos sobre los que se construyó la respuesta nacional, y es la sociedad civil la que sigue estando al frente de los programas de prevención, atención y apoyo, en particular entre las poblaciones más vulnerables y con las que es difícil entrar en contacto”, precisa el *Informe sobre la epidemia de sida 2006* del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Todas las damas entrevistadas a efectos de este reportaje fueron alcanzadas por estas iniciativas, básicamente representadas por la fundación Daniella Chappard, la red Mujeres en Positivo, la Fundación para la Orientación y Prevención del VIH/Sida, la fundación Amigos de la Vida, Acción Ciudadana contra el Sida, Acción Solidaria, AID for AIDS y Mujeres Unidas por la Salud.

Cuando estos programas de participación comunitaria llegaron a ellas, su silencio y sus preocupaciones comenzaron a romperse. En algunos casos fue una decisión propia y el deseo de no dejarse vencer por la infección lo que las condujo a formarse, informarse y esparcir los nuevos conocimientos; en otros, las organizaciones tocaron a sus puertas y las introdujeron, poco a poco, en su nuevo estilo de vida.

Todas contribuyen, con su experiencia, a allanarle el camino a quienes apenas empiezan a conocer su infección. También ponen en alerta a otras mujeres que, como sucedió con ellas en el pasado, no se dan cuenta de su propia vulnerabilidad porque, como dice Taby Zambrano, “uno nunca cree que esto le puede pasar a uno, que es de su casa. Es imposible pensar que la persona con la que se comparte la cama todos los días, te va a hacer algo así”.

Pero ocurre, cada vez con mayor frecuencia, pese a los esfuerzos divulgativos y de prevención. Las explicaciones varían desde lo biológico hasta lo cultural, pasando por las características individuales y de la propia comunidad.

Para el ex Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, Kofi Annan, la respuesta es sólo una: “¿Por qué las mujeres son más vulnerables a la infección? ¿Por qué sucede esto si ellas no son las que tienen más parejas fuera del matrimonio y no son más propensas que los hombres a usar drogas? Usualmente, porque las inequidades sociales las ponen en riesgo; en un injusto y excesivo riesgo”.

EPÍLOGO

Matrimonio, mujer y VIH: Cuando el género vulnera

Las historias de Leida, Iris, Taby, “AN”, Yolimar y Elizabeth parecen calcadas a mano. Todas estaban tranquilas en sus casas, como ellas mismas dicen, pero el VIH las tocó y les cambió la vida para siempre.

Miedo a la muerte es lo primero.

Rabia y decepción, contra el esposo, lo segundo.

Resignación y perdón, lo tercero.

Etapas ineludibles, por lo demás, para llegar al último estadio en el que se hacen fuertes y buscan las herramientas necesarias para seguir adelante y llevar una vida normal.

Existencia que, al igual que la del resto de los seres humanos, no es eterna pero que debe ser llevada con numerosos cuidados y miramientos; de obviarlos, puede acortarse rápida y dolorosamente.

Al principio fue la sumisión y el silencio.

Luego vino el temor.

Ahora el empoderamiento en cuanto a sus derechos como mujeres, como ciudadanas, como individuos diametralmente iguales a los hombres.

¿Y si éste hubiese sido el principio?

Probablemente ninguna estaría infectada.

Pero, ¿cómo pedirle peras al olmo cuando la mayoría apenas terminó la escuela secundaria? Una educación en la que raramente es tocado el tema de las garantías fundamentales inherentes a cada persona, mucho menos las relativas a las mujeres y ni hablar de las posibilidades de un aprendizaje sexual franco, que vaya más allá de la tradicional tarea de observar un gráfico con los componentes del aparato reproductor.

En el hogar, la situación no es muy diferente. “En mi casa nunca me hablaron de nada, ese tema estaba como cerrado” confiesa Yolimar Duno. Y con ella coinciden las demás quienes, ahora, admiten la importancia de conocer y ejercer una sexualidad sana, por lo que no sólo orientan a sus descendientes sino también a allegados, conocidos y hasta desconocidos, cuando se da la oportunidad.

También hablan del valor de estar centradas y de no dejarse llevar por manipulaciones, capaces de ponerlas en riesgo. “Tenemos relaciones normal pero siempre con el preservativo. Y el día que no lo quiera usar pues no lo hacemos; él ya sabe lo que tiene que hacer”, declara Iris Espinoza.

La determinación de estas mujeres, no obstante, vino después de la infección. Más allá de sentir que necesitaban la presencia de un hombre para estar representadas y salir adelante, para poder asegurarle vivienda, vestido y alimento a sus hijos, ellas no se percibían como sujetos de riesgo. Sólo los homosexuales y las prostitutas podían contraer esta enfermedad.

Ahora ya saben que no es así pues, como asegura una de las representantes a escala mundial de Onusida, la abogada y artista Mary Fisher, “el VIH sólo le pregunta una cosa a aquéllos a quienes ataca: ¿Eres humano? Y esta es la pregunta correcta. ¿Eres humano? Porque las personas con VIH no se han convertido en alienígenas. Son humanos” (2006).

Sin embargo, hay quienes siguen creyendo que el virus sólo arremete contra determinados grupos, cuando en realidad son las conductas que se tienen las que exponen a la infección. La no utilización del condón es el principal motivo, dado que aún sigue siendo el método de prevención más efectivo.

“Yo nunca pensé en usar protección con él; te digo sinceramente, a la gente no le dan esa instrucción. Uno siente que cuando se casa con una persona no es necesario, pero ahora yo sé que sí es necesario averiguar el estado de vida de la pareja para uno poderse proteger”, dice Leida Sánchez.

Además de las pruebas voluntarias, como las que sugiere Leida, numerosos entes internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la estrategia ABC, siglas que responden a abstinencia, ser fiel (be faithful) y usar condones. Pero este plan sólo puede ser viable cuando hay una buena comunicación en la pareja y cuando ninguno de los dos se deja llevar por las normas y tabúes sociales, que plantean la masculinidad y la feminidad como condiciones opuestas e irreconciliables, en las que se ha de demostrar la superioridad de uno (el macho) sobre el otro (la mujer).

No puede ser efectivo cuando el hombre ve la satisfacción de sus necesidades sexuales como un deber de su esposa, y ella lo asume como tal. Tampoco puede serlo cuando, como sugiere Cristina Otálora en *La familia popular venezolana: el significado de*

la infidelidad en el contexto de la pobreza (2004), “la poligamia reafirma a los hombres en su hombría en el plano personal y social”.

En otras palabras, cuando es aceptado que ellos tengan múltiples parejas sexuales aunque posean un compromiso estable con una sola. “En algunos casos, la mujer tolera la situación y sostiene una relación compartida, lo que no es otra cosa que establecer una especie de tregua alimentada por la esperanza de una reconciliación”, agrega Otálora.

Pero esta circunstancia la puede poner en riesgo. Sobre todo si se evalúa el hecho de que el tercer componente del ABC, usar condones, tiene un amplio rechazo en la población masculina, en especial cuando se trata de emplearlo con la esposa, dado que se asocia con una disminución del placer y con un método para prevenir el embarazo.

“Las mujeres no mandan en la cama”, es la frase que caracteriza a los varones heterosexuales, según la investigación *Creencias y prácticas sexuales como factores de riesgo de infección de VIH/Sida en hombres venezolanos* (1999), del psicólogo y experto en todo lo relacionado con la epidemia en Venezuela, Leoncio Barrios.

Además del dominio masculino, otras de las razones que limitan las posibilidades de las mujeres de exigir el profiláctico es que o bien reciben acusaciones de infidelidad, o bien el marido interpreta la petición como una insinuación de desconfianza. Esto puede poner en jaque la relación y, por ende, la seguridad económica, de vivienda y alimentaria de la fémina y de sus hijos/as.

Sí, se asume como una verdad la dependencia financiera y afectiva de las damas. Estudios de organismos nacionales e internacionales confirman que ellas suelen ocuparse en los oficios peor pagados, son pocas las que llegan a posiciones directivas, al tiempo que son muchas las que permanecen en el hogar en su rol de cuidadoras, aunque hayan estudiado. Los especialistas y las mujeres consultadas a efectos de este reportaje, corroboraron esta realidad desde la propia experiencia.

Desde el punto de vista emocional, ellas suelen pensar que necesitan de un hombre para obtener protección y reconocimiento social. Éste es otro de los motivos por los cuales algunas permanecen al lado de un compañero, sin importar que no exista un nexo amoroso ni que reciban malos tratos de su parte.

Según cifras del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela, en la mitad de los casos de violencia de género que se registran en el país la víctima es agredida por su esposo y en segundo lugar por su concubino.

Exigir el uso del preservativo es una frase que no existe en el vocabulario de las damas que viven en este tipo de contexto. Los golpes, las vejaciones y los atropellos forman parte del trato habitual con sus cónyuges, lo cual nunca puede ir acompañado del ejercicio una sexualidad sana.

El hombre, agresivo y mujeriego (o que tiene relaciones con otros varones), pudiera ser portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana y poner en riesgo a su esposa. “Las mujeres que son golpeadas o dominadas por sus parejas tiene muchas más posibilidades de resultar infectadas con el VIH que las mujeres que viven en hogares no violentos”, asegura el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida en *VIH/Sida y género* (2004).

La relación indirecta entre la infección y la violencia de género es que, al existir un escenario de agresión, la mujer no se atreve a negociar las relaciones sexuales protegidas y seguras. El vínculo directo, entre un elemento y otro, es que puede haber abuso sexual, durante el cual se suelen desgarrar los tejidos de la vagina o el ano. De estar infectado el hombre, la transmisión del virus es casi inminente pues ya en condiciones normales los componentes del aparato reproductor femenino lo convierten en una especie de “esponja” para el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

¿Violación por parte de la pareja? Sí. Pese a que hay quienes creen que el coito es una prerrogativa del marido, aunque sea a la fuerza, esto no es así. La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia lo define como un acceso carnal violento, el cual es sancionado con entre 13 y 20 años de prisión. La pena se agrava si con él se transmite una enfermedad o infección.

Cuando no hay coacción, pero se sabe que se es seropositivo y no se le dice nada a la pareja, también se ejerce una forma de violencia. Así lo plantea “AN”, cuya identidad se mantuvo oculta para protegerla: “Él sabe que fue él y antes de irse me pidió disculpas, pero de nada vale porque me hizo un daño, porque si él sabía o tuvo la leve impresión de que tenía algo, me lo hubiera dicho. Si de verdad me hubiera querido, me hubiera dicho ‘yo

tengo esto, ¿me acepta así o no?', y yo igualito lo habría aceptado, porque somos seres humanos”.

Porque además, buscando información, de seguro habrían conocido las técnicas para evitar la transmisión del virus en parejas serodiscordantes, para llevar una vida sana y para no tener que emplear la poca entrada económica en medicamentos, pruebas y tratamientos para los dos, primero, y ahora para ella sola.

Soledad que es común a todas las mujeres que comparten su infección. La mayoría también perdieron a sus maridos a causa del sida, otras decidieron alejarse de él y las que lo conservan, deben luchar contra su ensimismamiento, el descuido hacia su propia salud y la poca colaboración que les dan en el día a día.

Yolimar Duno forma parte de este último grupo: “Yo era la que hacía todo, porque él nunca hace nada, porque él no sé, no tenía como la fuerza. A mí me daba tanta rabia que le decía: ‘cónchale, dame fuerzas a mí para seguir adelante; tenemos que luchar’. Pasaron unos mesecitos y ya como que lo fue aceptando, y sin embargo a él le afecta. Los hombres sí son cobardes, si tú no estás encima de ellos para que se tomen las pastillas, parece mentira, un niño, hay que estar pendiente de lo más mínimo”.

Cuidadora: ése es el papel que se le da a la mujer. Aunque se desatienda a sí misma y a su salud por los demás. Aunque en los centros sanitarios, donde deben tratarla bien y mantenerla sana, la discriminan, en especial si es VIH positiva. Aunque los estudios farmacológicos las excluyan de sus pruebas y se desconozca, a ciencia cierta, cómo interactúan los antirretrovirales con su organismo femenino.

Ella debe cuidarse y cuidar, en una sociedad que no le ha enseñado cómo hacerlo y que le ha dicho que las decisiones están en manos del hombre. En una sociedad que la sigue vinculando más con su rol en la esfera privada que en la pública, en la que de todas maneras suele carecer del poder y la formación que le permitirían huir de situaciones de violencia, de chantajes psicológicos, de la dependencia económica, del no siempre verdadero símbolo masculino de protección y respeto.

Una sociedad que, por todas estas razones, las hace vulnerables a muchos factores, entre ellos al VIH. Una sociedad que comienza a ser transformada, desde lo individual, una vez que ya se fue víctima de ella.

Taby Zambrano, da el ejemplo: “Yo amo a mi virus, ¿sabes por qué? Porque gracias a él como que desperté a la vida. Gracias a él empecé a capacitarme, a formarme, a buscar información; me dio la oportunidad de crecer y de darme el permiso para muchas cosas”.

Pero, ¿será necesario que la epidemia del VIH siga sumando cada día nuevas víctimas para que las mujeres comiencen a ponerle freno a esas circunstancias que las exponen?

¿Para que empiecen a reclamar y a obtener una mejor educación en materia de sexualidad y de derechos humanos?

¿Para que tengan en sus manos las herramientas necesarias que les permitan exigir las pruebas de detección del VIH, tanto para sus parejas como para sí mismas?

¿Para que puedan convenir el uso del condón sin temor a represalias, maltratos o sin tener que afrontar manipulaciones? ¿Para que logren negociarlo con la conciencia de que no sólo se evitan embarazos indeseados, sino también las infecciones de transmisión sexual que tan fácilmente adquiere su organismo?

¿Será necesario que la curva de población femenina VIH positiva siga en ascenso para que se le comience a enseñar a las mujeres que su cuerpo no es un bien para el usufructo de otro y que su destino último no es ser esposa y madre?

¿Para que, con la idea de mantener ese ideal sociocultural de mujer-pareja-madre abnegada, no permanezcan al lado de hombres que las violentan, sea directamente de forma física, verbal, sexual o psicológica, o sea de forma indirecta al sostener “vínculos amorosos” con terceros?

¿Para que se les instruya sobre la necesaria formación académica y laboral, y para que se les dé oportunidades en los mismos espacios que a los hombres?

¿Para que se entienda que su deber no es sólo velar por el bienestar familiar, sino por ellas mismas, por su crecimiento personal y por su propia salud?

Como es de notar, en el ámbito biológico pasando por el social, el educativo, el psicológico, el cultural, el económico, el institucional y hasta el comunicacional se conjugan una serie de factores que hacen a las mujeres casadas y a las que viven en uniones de hecho vulnerables a la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Los primeros pasos para revertir esta tendencia, más allá de los necesarios avances de la ciencia, tienen que ver con la eliminación de las desigualdades de género y el

empoderamiento de la mujer; tienen que ver con la supresión de todas esas circunstancias que la exponen a miles de peligros, por el sólo hecho de formar parte de la otra mitad del mundo: el sexo femenino.

REFERENCIAS

- Adherencia, un compromiso de toda persona que vive con VIH. (2005, octubre-diciembre). *Gente Positiva*. 11, 4-5.
- Agencia EFE. (2007, julio 19). *Identifican variables genéticas que establecen rapidez del desarrollo del virus VIH*. Obtenido el 19 de julio de 2007 desde la base de datos de la Agencia EFE.
- Álvarez, F. (1978). *La información contemporánea*. Caracas: Contexto editores.
- Aponte, E. (2003). La prueba genética e impunidad en el delito de violación sexual. *Capítulo Criminológico*. 3 (31). Extraído el 20 de noviembre de 2006 desde <http://www.serbi.luz.edu.ve>
- Arévalo, M. (2007). Ejercicio y sexo: lazos profundos. *Bodytech*. [Revista electrónica]. Extraído el 2 de septiembre de 2007 desde <http://www.bodytech.com.co/content/view/212/87/>
- Asamblea General de la Organización de Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer 'Convención Belem do Pará'*. Brasil: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer/Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. Resolución 217 A (III). Nueva York.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1976a). *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos*. Resolución 2200 A (XXI). Nueva York.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1976b). *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resolución 2200 A (XXI). Nueva York.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Resolución 34/180. Nueva York.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra de la mujer*. Resolución A/RES/48/104. Nueva York.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio*. Resolución A/55/L.2. Nueva York.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (2001). *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida*. Resolución A/S-26/L.2. Nueva York.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Declaración Política sobre el VIH/Sida*. Resolución A/RES/60/262. Nueva York.

Asociación Médica Americana. (2006). Efectos de un régimen de entrenamiento progresivo de resistencia y de aeróbicos supervisados en casa, en mujeres infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Archives of Internal Medicine*. 11 (166), 1225-1231.

Associated Press. (27/06/2004). *Hombre expone al VIH a 17 mujeres*. Extraído el 19 de junio de 2007 desde www.mujereshoy.com/secciones/2098.shtml

Barrios, L. y VanOss, B. (1999). Creencias y prácticas sexuales como factores de riesgo de infección de VIH/Sida en hombres venezolanos. *Argos*. (31), 79-96.

Buendía, E. (2001, mayo). El Sistema Inmunológico: Reconocimiento de lo propio y lo no propio. *Amigos de la Fundación* (Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica). 11. 24-27.

- Bunnell, R. (2006). Cambios en el comportamiento sexual y riesgo de transmisión del VIH luego de la terapia antirretroviral y de las intervenciones preventivas en la Uganda rural. *AIDS*. 20 (1), 85–92.
- Calvo Hernando, M. (2006). *Divulgación biológico-médica*. Extraído el 19 de septiembre de 2007 desde <http://www.manuelcalvohernando.es/articulo.php?id=85>
- Carballo-Diéguez, A. (2003). Niveles y correlaciones de angustia psicológica en parejas de varones serodiscordantes. *Aids Care*. 15 (4), 525-38.
- Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela. (2004). *Boletín en Cifras: Violencia contra las mujeres*. Caracas: Autor.
- Centro de Investigaciones Económicas y Sociales CIES. (1998). *El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones*. Caracas: Autor.
- Coalición Global de Mujeres y Sida. (2006). *Manteniendo la promesa: una agenda para la acción sobre las mujeres y el Sida*. Ginebra: Autor.
- Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela*. (2005). Gaceta oficial N° 38.148. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Editorial Vadell.
- Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud de Chile. (s/d). *Guía de alimentación*. Extraído el 18 de agosto de 2007 desde www.vivopositivo.org/portal/datos/ftp/Guiaalimentacion.doc
- Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida. (2004). *Mujeres jóvenes seropositivas*. Londres. Autor.
- Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida. (2005a). *Mujeres seropositivas, pobreza y desigualdad de género*. Londres: Autor.

Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/Sida. (2005b). *Sexo, vida y el condón femenino: algunas visiones de mujeres seropositivas*. Londres: Autor.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). En Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario. Asamblea Nacional Constituyente. Caracas: Dabosan, C.A.

Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/Sida de Chile. (2007). *Género y VIH/Sida*. Extraído el 26 de agosto de 2007 desde <http://www.vivopositivo.org/portal/datos/ftp/GeneroVIHSIDA.doc>

Davies, V. (2006). *VIH/Sida: biografía de una pandemia*. Caracas: Editorial CEC.

Defensoría del Pueblo de la República Bolivariana de Venezuela. (2003). *Opinión Jurídica sobre VIH-SIDA y derechos humanos*. Caracas: Dirección General de Servicios Jurídicos de la Defensoría del Pueblo. Extraído el 20 de noviembre de 2006 desde <http://www.defensoria.gov.ve>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2006). *Glosario del VIH/Sida*. Extraído el 16 de mayo de 2007 desde <http://www.aidsinfo.nih.gov>

Dunkle, K., Jewkes, R., Brown, H., Gray, G., McIntryre, J. y Harlow, S. (2004). Violencia basada en el género, poder en las relaciones y riesgo al VIH en mujeres que asisten a clínicas prenatales en Sur África. (Departamento de Epidemiología de la Universidad de Michigan-Estados Unidos). *The Lancet*. 363, 1415-1421.

Espina, G. (1997). Hasta que la muerte nos separe. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2 (5). pp. 49-54.

Facio, A. (2000). *Feminismo, género y patriarcado*. Santiago de Chile: Ediciones LOM.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2004). *Niñas, VIH/Sida y educación*. Nueva York: Autor.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2004). *Mujeres y VIH/Sida: confrontando la crisis*. Nueva York: Autor.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2005a). *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos*. Nueva York: Autor.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2005b). *UNFPA Informe anual 2005*. Nueva York: Autor.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2006). *Salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes seropositivas*. Nueva York: Autor.

Fundación Amigos de la Vida. (2004). *Vida positiva*. Caracas: Autor.

Fundación Amigos de la Vida. (2005). *Zona segura*. Caracas: Autor.

Fundación SPES. (2005). Sexo y VIH: Un placer y un derecho. *Cuerpo Positivo*. 8 (3), 1-5.

Grmek, M. (1992). *Historia del sida*. Madrid: siglo XXI editores.

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH de España. (2006). La vagina es divina. *Lo+positivo*. 33. Extraído el 10 de agosto de 2007 desde http://gtt-vih.org/actualizate/lmp34/vagina_divina

Guzmán, S. (2003, julio-septiembre). HSH frente al VIH/Sida. *Gente Positiva*. 3, 3.

Hernández, J., Ledesma, F. y Navararro, H.. (2003, febrero). Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH. *Medifam*. 13 (2), 12-20.

Huggins, M. (2005). *Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida*. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales.

Lamprey, P., Wigley, M., Carr, D. y Collymore, Y. (2002). De frente a la pandemia del VIH/Sida. *Population Reference Bureau*. 57 (3), 4-31.

León, M., Lugo B. y Fagúndez, M. (2007). *Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el VIH/Sida*. Caracas: Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2006). Gaceta oficial N° 38.647. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas.

Ley de Protección a la Familia, la Maternidad y la Paternidad. (2007). Gaceta oficial N° 38.773. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas.

Margolese, S. (2003, julio) *Mujeres y depresión*. Extraído el 15 de agosto de 2007 desde http://www.thewellproject.org/en_US/Diseases_and_Conditions/Other_Diseases_and_Conditions/Women_and_Depression.jsp

Margolese, S. (2006, agosto). *Embarazo y VIH*. Extraído el 30 de julio de 2007 desde http://www.thewellproject.org/es_US/Womens_Center/Pregnancy_and_HIV.jsp

Mario Comegna: 'Estoy preocupado por los jóvenes de este país'. (2003, julio-septiembre). *Gente Positiva*. 3, 5.

Mayer, E. (2007). Inmunología capítulo uno: inmunología innata (no específica). *Microbiología e inmunología*. [Libro de texto electrónico]. Estados Unidos: Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Sur. Extraído el 20 de julio de 2007 desde <http://pathmicro.med.sc.edu/ghaffar/innate.htm>

Mazín, R. (2007). *Aspectos biológicos de la transmisión sexual del VIH*. México, DF.: Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud.

Medscape Portals. (2001). *Transmisión del VIH*. Extraído el 4 de agosto de 2007 desde http://www.medscape.com/viewarticle/416415_1

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). *Resolución SG.292 que ordena practicar la prueba de ELISA a las mujeres embarazadas que concurren a control prenatal en las Instituciones de Salud del Sector Público y Sector Privado*. Gaceta oficial N° 37.009. Caracas.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela. (2003a). *Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Gaceta oficial N° 37.705. Caracas.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela. (2003b). *Plan Estratégico Nacional VIH/Sida*. Caracas.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de la República de Venezuela. (1994). *Resolución SG-439, sobre las pruebas de VIH/SIDA*. Gaceta oficial N° 35.538. Caracas.

Montano, S. (2005). Prevalencias, genotipos y factores de riesgo para la transmisión del VIH en Suramérica. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 40 (1), 57–64.

Moreno, A. (1995). *La familia popular venezolana*. Caracas: Fundación Centro Gumilla.

Nieves, A. (2003, abril-junio). Historia del acceso a tratamientos en Venezuela. *Gente Positiva*. 3, 2.

- Oficina Internacional del Trabajo. (2001). *La desigualdad de ingresos entre mujeres y hombres ha disminuido en la década, pero sigue siendo elevada*. Lima: Oficina Regional para América Latina y El Caribe de la Organización Internacional del Trabajo.
- Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Combating aids in the developing world*. Londres: Earthscan.
- Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Canadá y Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá. (1989). *Declaración de los Derechos Fundamentales de las Personas que viven con el Virus del Sida*. Montreal: V Conferencia Internacional sobre Sida.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/Sida en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003a). *Género y VIH*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003b). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Violencia contra la mujer y VIH/Sida*. Washington, DC: Autor.
- Otálora, C. y Mora, L. (2004). La familia popular venezolana: el significado de la infidelidad en el contexto de la pobreza. *Cuadernos del CENDES*. 21 (55), 75-100.
- Pembrey, G. (2006). *El VIH y el sida en Latinoamérica*. Reino Unido: Avert Aids Education and Research Trust.

Porras, S. (1990). *Reacciones emocionales en las personas portadoras del VIH y enfermas del Sida*. Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2000). *Protocolo de Onusida para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH*. Resolución 00.05E. Ginebra.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2001). *Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH*. Ginebra: Autor.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2004a). *Informe sobre la epidemia mundial del sida 2004*. Ginebra: Autor.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2004b). *Resumen mundial de la epidemia de SIDA*. Ginebra: Autor.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2004c). *VIH/Sida y género: hojas de datos*. Ginebra: Autor

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2005a). *Intensificando la prevención del VIH*. Ginebra: Autor.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2005b). *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH*. Ginebra: Autor.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2006a). *Boletín epidemiológico Venezuela*. Ginebra: Autor.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2006b). *Comunicar en VIH y Sida*. Caracas: Representación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en Venezuela.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2006c). *El ABC del VIH/Sida*. Extraído el 10 de marzo de 2007 desde <http://www.onusida.un.hn/pdf/ABC.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2006d). *Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006*. Suiza: Autor.
- Programa Nacional de Sida/ITS. (2005). *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida UNGASS 2001*. Caracas: Ministerio de Salud de la República Bolivariana de Venezuela.
- Programa Nacional de Sida/ITS. (2006). *Informe de gestión 2006*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22ª ed., Vol. 3) Madrid: Espasa.
- Rey, M. (1999). *Estereotipos sexuales en la atención de la denuncia en violencia doméstica hacia la mujer*. Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Richardson, D. (1990). *La mujer y el SIDA*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Rivero, V. (1997). La violencia contra la mujer: una barbarie en pleno siglo XXI. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2 (5), 13-20.
- Rodríguez, A. (1996). *De eso no se habla (la huella del SIDA en Venezuela)*. Caracas: Alfadil Ediciones.

Romero, E. (2001). *Relaciones entre hombres: pieza informativa para la prevención del VIH/Sida*. Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Sala de Casación Penal del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela. *Sentencia 522 del 26/11/2002, referida al abuso sexual*. Expediente N° 02-0126 (AAF). Caracas

Sierra, R. (2003). *Feminización de la Matrícula de Educación Superior y Mercado de Trabajo en Venezuela*. Caracas: Instituto Internacional de la Unesco para la Educación Superior en América Latina y el Caribe.

Ulibarri, E. (2003). *Idea y vida del reportaje*. México D.F.: Trillas.

FUENTES VIVAS CONSULTADAS

Aguilera, Alirio.

Psicólogo social, ex integrante de la asociación civil Comunicación para la Salud (Comsalud) y actual director de la Fundación Amigos de la Vida.

Coordinador general de las publicaciones Vida positiva (2005) y Zona segura (2004) de la Fundación Amigos de la Vida, en conjunto con organismos de cooperación internacional y entes gubernamentales.

Co-asesor del Programa Nacional de Sida/ITS para la elaboración del Informe del Gobierno de Nacional con respecto a la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida UNGASS 2001.

Defensor de los derechos de las personas viviendo con VIH/Sida desde hace más de diez años.

Bello, Marlin.

Psicóloga social. Ex colaboradora de la fundación Amigos de la Vida y actual asesora en materia de Psicología de la fundación Acción Solidaria.

Investigadora del abordaje psicológico para pacientes VIH positivos.

Castillo, Adícea.

Economista, profesora de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela.

Ex directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela y actual coordinadora docente de esa institución.

Luchadora por los derechos de las mujeres, desde hace más de 40 años.

Ha presentado numerosos papeles de trabajo referidos a la desigualdad de género, violencia contra la mujer, derechos humanos de las mujeres y los niños y niñas, género y ambiente, entre otros.

Corao, Alejandra.

Médica pediatra. Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela.

Investigadora sobre el embarazo adolescente, el sistema inmunológico infantil y sobre las interacciones entre la terapia psicosocial y el aparato de defensas del cuerpo humano.

Defensora de la ampliación de la educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva en la familia y las escuelas.

Irazábal, Diana.

Coordinadora de la red Mujeres en Positivo y ex vice-presidenta de la ONG Mujeres Unidas por la Salud (Musas).

Defensora de los derechos de las mujeres que viven con VIH desde hace más de 15 años y representante de las damas seropositivas de Venezuela en numerosos foros y conferencias internacionales sobre VIH/Sida.

Asesora en materia de VIH y derechos humanos.

Jiménez, Morelba,

Socióloga. Coordinadora de Género y Abogacía del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Venezuela.

Profesora de la Universidad Central de Venezuela. Coordinadora de la Red Universitaria Venezolana de Estudios de la Mujer y vocera del Centro de Estudios de la Mujer.

Investigadora y defensora de los derechos sociales, políticos y económicos de las mujeres. Ha realizado numerosas ponencias relativas a la problemática de la violencia de género.

Lugo, Belkis.

Licenciada en Comunicación Social. Representante de la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (Avesa) y de Acción Ciudadana contra el Sida (Accsi).

Consultora del Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con Servicio en VIH/Sida (Laccaso).

Su trabajo siempre se ha enfocado en la investigación y divulgación de temas relacionados con el VIH/Sida. Es colaboradora permanente de la revista Gente Positiva y de los manuales que publica la Fundación Amigos de la Vida.

Matos, Daisy.

Médica especialista en Salud Pública y directora del Programa Nacional de Sida/ITS del Ministerio del Poder Popular para la Salud, desde hace más de 20 años.

Corredactora de la Declaración de Mérida para el equilibrio del trabajo en VIH/Sida con HSH en Venezuela.

Ha hecho numerosas ponencias en el ámbito nacional e internacional, en cuanto a la situación de la epidemia del sida tanto en Venezuela como en Latinoamérica.

Moreno, Alejandro.

Sociólogo y psicólogo. Profesor del doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Central de Venezuela.

Director de la revista Heterotopía y del Centro de Investigaciones Populares de Caracas.

Investigador y autor de textos relacionados con las características de la familia venezolana.

Rodríguez, Libsen.

Médica internista e infectóloga. Representante en Venezuela del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

Se desempeñó como tratante de pacientes seropositivos tanto en el Hospital Universitario de Caracas como en la fundación Acción Ciudadana contra el Sida (Accsi).

Ha realizado ponencias sobre las políticas nacionales para el empleo de antirretrovirales, la profilaxis ante enfermedades oportunistas y la educación en materia de VIH/Sida, entre otras.

Testimonios

Elizabeth Sánchez

Iris Espinoza

Leida Sánchez

“AN” (su identidad se mantuvo en reserva por protección)

Taby Zambrano

Yolimar Duno

GLOSARIO

ADN (Ácido desoxirribonucleico)	Estructura química donde se almacenan las instrucciones genéticas que dirigen el desarrollo de un huevo hasta formar un organismo adulto, que mantienen su funcionamiento y que permiten la herencia. Está constituida por tres tipos de sustancias: azúcares, llamados desoxirribosas, ácido fosfórico y bases nitrogenadas. Permite la proliferación y síntesis de las proteínas y de muchos virus.
ARN (Ácido ribonucleico)	Estructura química de cadena simple que transporta el código de los genes, compuestos de ADN, para formar nuevas proteínas. En los retrovirus, como el VIH, el material genético viral ocurre sólo en su forma ARN.
Anticuerpo	Proteína, producida por el sistema inmunitario, que reconoce los organismos infecciosos y otras sustancias extrañas que entran al cuerpo, contra las que debe luchar. Cada ente infeccioso o sustancia extraña en particular es combatida por un anticuerpo específico.
Antígeno	Cualquier sustancia que puede estimular el organismo para que produzca anticuerpos contra ella. Los antígenos incluyen bacterias, virus, polen y otras materias extrañas.
Asintomático	Sin síntomas. Las personas que tienen VIH no presentan síntomas hasta el momento en que desarrollan enfermedades oportunistas, que marcan el comienzo del sida. El período asintomático puede durar hasta diez años.
Carga viral	Cantidad de ARN del VIH en una muestra de sangre, notificada como el número de copias de ARN del VIH por mililitro de plasma sanguíneo.
Carga viral indetectable	El punto en el cual las concentraciones sanguíneas de ARN del VIH son demasiado bajas para detectarse con una prueba de carga viral. Eso no significa que el virus haya dejado de multiplicarse o que se haya eliminado del cuerpo por completo; significa solamente que la pequeña cantidad

	del virus que permanece en la sangre no puede medirse con el test.
Complejo de Histocompatibilidad	<p>Proteínas encontradas en la parte externa de casi todas las células del cuerpo, que desempeñan un papel importante en el control del sistema inmunitario.</p> <p>El tipo de proteínas del antígeno leucocitario humano, que hereda una persona de sus padres, es importante para determinar la compatibilidad para los injertos de tejidos y los trasplantes de órganos. Algunos tipos de CHC guardan relación también con un empeoramiento más rápido o más lento de la enfermedad causada por el VIH.</p>
Complejo Relacionado con el Sida (CRS)	Grupo de complicaciones que aparecen comúnmente en la fase inicial de la infección por el VIH. Comprende fiebre periódica, pérdida de peso sin razón aparente, inflamación de los ganglios linfáticos, diarrea, infección por herpes o micosis bucal y faríngea.
Condón femenino	Método anticonceptivo de barrera que consiste en un forro de poliuretano que se inserta en la vagina antes de la relación sexual. Es sujetado por un anillo interior y uno exterior.
Condón masculino	Método anticonceptivo de barrera que consiste en un forro utilizado al momento de la erección del pene. Los condones masculinos son hechos de látex y son el principal mecanismo para prevenir la infección por VIH.
Contagioso	Enfermedad o infección que se transmite fácilmente por contacto diario normal entre las personas, dado que el agente que la origina cumple parte de su ciclo de vida fuera del cuerpo humano. El VIH es un ejemplo de una enfermedad infecciosa pero no contagiosa (no se transmite de una persona a otra por medio del roce habitual).
ELISA	Del inglés: Prueba de Inmunoabsorción Enzimática. Test de laboratorio de alta sensibilidad empleado para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Un resultado positivo de este

	examen indica que la persona está infectada; sin embargo, el diagnóstico debe ser confirmado con una prueba más específica.
Enfermedades oportunistas	Enfermedades que afectan por lo general a personas con inmunodeficiencia, en particular a las infectadas por el VIH/Sida. Son causadas por distintos microorganismos y entre ellas se incluyen la neumonía, por <i>Pneumocystis carinii</i> ; la criptosporidiosis; la histoplasmosis; la toxoplasmosis y otras infecciones parasitarias, víricas y micóticas; y algunos tipos de cáncer, como el sarcoma de Kaposi.
Epidemia	Enfermedad que se propaga con rapidez en un segmento de la población humana de una zona geográfica determinada.
Fármacorresistencia	Resistencia a los medicamentos. Capacidad de adaptación que tienen algunos microorganismos, tales como las bacterias, los virus (el VIH) y los parásitos, para multiplicarse aun en presencia de sustancias que suelen destruirlos.
Glóbulos blancos	Conocidos como leucocitos. Constituyen el sistema inmunitario e incluyen linfocitos, monocitos, neutrófilos, eosinófilos, macrófagos y mastocitos. Son producidos por la médula ósea y ayudan al cuerpo a luchar contra las enfermedades infecciosas y de otra índole.
Hemofilia	Enfermedad hereditaria que afecta, casi con exclusividad, a los hombres y se caracteriza por coagulación retardada de la sangre. Esto crea dificultad para controlar las hemorragias, aun después de una lesión pequeña.
Infección	Implantación y desarrollo de un microorganismo infeccioso en un huésped apropiado. También se usa el término para referirse a las enfermedades que causan los microorganismos infecciosos.
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Infecciones transmitidas por relaciones sexuales. Las ITS causan úlceras, prurito (picaazón), flujo o secreciones genitales, inflamación y todas multiplican el riesgo de adquirir VIH.

Infeccioso	Capaz de causar infección. Microorganismo que sólo se puede transmitir a través del contacto con la sangre y otros fluidos corporales, dado que no sobrevive en el ambiente externo. El VIH es un virus infeccioso.
Inmunidad	Estado de resistencia, natural o adquirida, que poseen ciertos individuos o especies frente a determinadas acciones patógenas de microorganismos o sustancias extrañas.
Inmunodeficiencia	Incapacidad de producir cantidades normales de anticuerpos o células inmunitarias, o ambos. Un organismo inmunodeficiente es aquel que no da una respuesta de defensa adecuada, debido al deterioro del sistema inmunitario.
Inmunodepresión	Fuerte disminución de la respuesta inmunitaria de un organismo. Puede ser provocada por medicamentos (por ejemplo, la quimioterapia) o ser el resultado de ciertas enfermedades (como la infección por el VIH).
Linfocito	Tipo de glóbulo blanco que combate las infecciones y se encuentra en la sangre, la linfa y los tejidos linfáticos.
Linfocito B	Conocido también como célula B. Son glóbulos blancos que combaten la infección y se desarrollan en la médula ósea y el bazo. Los linfocitos B producen anticuerpos. En las personas infectadas por el VIH se deteriora la capacidad funcional de los linfocitos B.
Linfocito CD4	Conocidos también como linfocitos T colaboradores. Tipo de glóbulo blanco que combate la infección y lleva el receptor CD4 en su superficie. Los linfocitos CD4 coordinan la respuesta inmunitaria y envían señales a otras células del sistema inmunitario para que realicen sus funciones especiales. El número de linfocitos CD4 en una muestra de sangre es un indicador de la salud del sistema inmunitario. El VIH infecta y destruye los linfocitos CD4, lo que conduce al debilitamiento del sistema inmunitario.

Linfocito CD8	Llamado también linfocito T citotóxico, linfocito T citocida o linfocito T supresor. Tipo de glóbulo blanco que puede detectar y eliminar las células infectadas por bacterias, virus u otros invasores extraños.
Linfocito T	Tipo de linfocito (glóbulo blanco que combate enfermedades). La T quiere decir timo, donde maduran los linfocitos T. Entre ellos se cuentan los CD4 y los CD8.
Lipodistrofia	Problema con la forma en que el cuerpo produce, usa y distribuye la grasa. La lipodistrofia guarda relación con ciertos medicamentos antirretrovirales. Cuando se relaciona con el VIH, incluye los cambios corporales conocidos como giba de búfalo o cuello de bisonte y barriga causada por la proteasa.
Microbicida	Sustancia en forma de gel, supositorio, lubricante o película líquida que se aplica en la vagina o en el recto con el objeto de prevenir el VIH y otras ITS. Los microbicidas crean una barrera entre el patógeno y los tejidos del cuerpo, por lo que matan o inmovilizan al germen causante de enfermedades.
Morbilidad	Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinados.
Mortalidad	Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.
Mutación	Cambio o adaptación que puede heredarse a las futuras generaciones. Las mutaciones del VIH sólo pueden ocurrir cuando el virus se multiplica activamente y no cuando los medicamentos antirretrovirales suprimen la carga viral a una concentración indetectable. Si la multiplicación del microorganismo no se controla bien, la cepa del VIH original de la persona puede adaptarse para infectar diferentes tipos de células o para crear resistencia a diferentes ARV.
Pandemia	Brote de una enfermedad infecciosa como el VIH, que afecta a la gente o a los animales en una extensa zona geográfica. Llamada también epidemia mundial.

Pareja serodiscordante	Pareja sexual que mantiene una relación a largo plazo, en la que una persona tiene una infección de transmisión sexual (como el VIH) y la otra no.
Patógeno	Término general para referirse a cualquier microorganismo causante de enfermedad.
Período retroviral agudo	También conocido como infección primaria por el VIH o síndrome retroviral agudo. Es el período de multiplicación rápida del VIH que ocurre entre las dos y las cuatro semanas siguientes a la infección por el virus. Se caracteriza por la disminución del recuento de linfocitos CD4 y el incremento de la concentración del VIH en la sangre. Durante este lapso algunas personas, no todas, experimentan síntomas parecidos a los de la gripe. Pueden presentarse por pocos días o hasta por cuatro semanas y luego desaparecen.
Período silente o de ventana	Período transcurrido entre el momento de la infección de una persona por el VIH y la manifestación de anticuerpos detectables contra ese virus. Puesto que los anticuerpos contra el VIH tardan algún tiempo en formarse, una prueba de anticuerpos no dará resultados positivos inmediatamente después de que la persona se infecta. La demora típica oscila entre 14 y 21 días, pero varía en cada individuo. Casi todos los sujetos infectados por el VIH tendrán anticuerpos detectables a los tres meses de producirse la infección.
PVVIH	Persona viviendo con VIH.
Prevalencia	Número de personas, en una población, afectadas por una enfermedad o trastorno particular en un momento dado. Se puede considerar como una fotografía instantánea de todos los casos existentes de una enfermedad o un trastorno en un momento determinado.
Profilaxis post-exposición (PPE)	Administración de medicamentos contra el VIH en las 72 horas siguientes a una exposición de alto riesgo, como la ocurrida luego de abusos sexuales o accidentes ocupacionales.

	Se usa para evitar que la persona contraiga la infección por el virus.
Prueba de carga viral	<i>Test</i> que mide la concentración de ARN del VIH en la sangre. Los resultados se notifican como el número de copias de ARN del VIH por mililitro de plasma sanguíneo. Los dos tipos de prueba de la carga viral del VIH son la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y el ADN de cadena ramificada.
Recuento de linfocitos CD4	Medición del número de linfocitos CD4 en una muestra de sangre. Es uno de los indicadores más útiles de la salud del sistema inmunitario y del avance de la infección por el VIH/Sida. Un recuento normal de linfocitos CD4 se sitúa entre 600 y 1.200 por milímetro cúbico de sangre, pero el recuento de una persona puede variar. Se considera que en los individuos infectados por el VIH, un recuento de linfocitos CD4 de 200 milímetros cúbicos o menos es una afección característica del sida.
Resistencia cruzada	Se presenta cuando un microorganismo, en este caso el VIH, ha cambiado (se ha transformado) de tal manera que pierde su susceptibilidad a varios medicamentos simultáneamente.
Respuesta inmunitaria	Reacción de defensa del organismo contra las sustancias extrañas, tales como virus, bacterias y hongos. La respuesta inmunitaria incluye tanto inmunidad humoral (basada en anticuerpos) como inmunidad celular.
Retrovirus	Tipo de virus que guarda su información genética en una molécula de ARN y luego construye una estructura de ADN, empleando una enzima especial llamada transcriptasa inversa o reversa. La copia de ADN se incorpora, luego, al propio material genético de la célula anfitriona. El VIH es un ejemplo de un retrovirus.
Seroconversión	Proceso mediante el cual una persona recién

	infectada produce anticuerpos contra el VIH, identificables con una prueba de detección de ese virus. Puede ocurrir días, semanas o meses después de la infección.
Seronegativo	Sangre que no contiene anticuerpos al VIH, detectables con las pruebas disponibles. Este término también se utiliza para referirse a las personas no portadoras del virus.
Seropositivo	Sangre que contiene anticuerpos al VIH. Este término también se utiliza para referirse a las personas portadoras del virus.
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida)	Enfermedad del sistema inmunitario causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se caracteriza por la muerte de los linfocitos CD4, que deja al cuerpo vulnerable a afecciones potencialmente mortales, como infecciones y cáncer.
Sistema inmunitario	Conjunto de células y órganos cuya tarea es proteger el organismo de sustancias extrañas. Incluye el timo, el bazo, los ganglios linfáticos, los linfocitos B y T y las células presentadoras de antígenos.
Superinfección (reinfección)	Nueva infección, además de la existente. Ocurre cuando una persona se expone a una cepa diferente del VIH, con lo que sufre otra infección por el nuevo subtipo del virus. La superinfección puede complicar el tratamiento, al exigir más medicamentos para combatir la cepa recién introducida.
Transcriptasa inversa o reversa	Enzima que se encuentra en el VIH y otros retrovirus. Convierte el ARN monocatenario del VIH en ADN bicatenario de ese virus.
Transmisión vertical	Término empleado para describir la transmisión de una enfermedad de los padres a los descendientes. El VIH se puede propagar en forma vertical de la madre al niño/a durante el embarazo, el nacimiento o la lactancia materna.
Tratamiento antirretroviral	Tratamiento con medicamentos que inhiben la capacidad de los retrovirus (como el VIH) para multiplicarse en el cuerpo.
Tratamiento antirretroviral sumamente activo (TARSA)	Nombre dado a los regímenes terapéuticos que suspenden radicalmente la

	multiplicación del VIH y el empeoramiento de la enfermedad por este virus. El tratamiento normal de este tipo combina tres o más medicamentos antirretrovirales.
Virus	Organismo de estructura muy sencilla, compuesto de proteínas y ácidos nucleicos, y capaz de reproducirse sólo en el seno de células vivas específicas, utilizando su metabolismo. El sida es un ejemplo de una enfermedad humana causada por una infección vírica.
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Virus que causa inmunodepresión y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Perteneció a la familia de los retrovirus y se han identificado dos tipos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 causa la mayoría de las infecciones en el mundo, mientras que el VIH-2 se presenta sobre todo en África Occidental.
Western Blot	Técnica de laboratorio empleada para detectar una proteína específica. La prueba de Western Blot para detectar proteínas del VIH en la sangre se usa para confirmar una prueba ELISA que dio positiva.

Glosario certificado por el médico infectólogo Genaro Rodríguez-Valenzuela. MS. 57000 CMDIC: 23855. Instituto de Inmunología Clínica del Hospital Universitario de Caracas.

Fuentes:

Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc. (2006). *Glosario*. Extraído el 17 de septiembre de 2007 desde <http://us.viramune.com/spconsumer/glossary.jsp>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2006). *Glosario del VIH/Sida*. Extraído el 3 de julio de 2007 desde <http://www.aidsinfo.nih.gov>

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22^a ed.) Madrid: Espasa.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2006). *Comunicar en VIH y Sida*. Caracas: Representación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en Venezuela.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2006). *El ABC del VIH/Sida*. Ginebra: Autor.

ANEXOS

**Matrimonio y vulnerabilidad de la mujer al
VIH/Sida**

1.2 VIH/Sida y Mujer

No se encontraron datos suficientes sobre la epidemia del VIH/Sida en las mujeres venezolanas. Es el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) quien en el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para la Mujer del año 2002, señala “el incremento exponencial en los casos de mujeres, concentrándose los casos en edades comprendidas entre los 20 y los 34 años”.⁴

Datos de la Encuesta Conglomerado de Indicadores Múltiples Venezuela del año 2000⁵, señalan que las mujeres entre 15 y 49 años manejan poca información sobre el VIH, ya que sólo el 18% enuncia correctamente las tres principales maneras de evitar la infección del VIH, menos de la mitad se han practicado una prueba ELISA (examen para diagnosticar los anticuerpos del VIH en el organismo) y el 50% de ellas muestra actitud discriminatoria hacia las personas que viven con VIH/Sida.

En agosto de 2002, el Ministerio de Salud en la Resolución Ministerial N° 293 determinó la obligatoriedad de la realización de la prueba ELISA a toda mujer embarazada en los servicios de salud públicos y privados, asumiendo dicho ministerio la consejería pre y post prueba del VIH, suministro de los medicamentos antirretrovirales tanto para la madre como para el/la niño/niña si resultare positivo/a en la citada prueba serológica.⁶

De acuerdo a los datos del Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela para el periodo 2003 – 2005 sobre la Declaración de Compromiso del UNGASS, las mujeres representan apenas el 8% del total de usuarios/as atendidos/as por las ONGs con servicios en VIH/Sida a nivel nacional a partir de 2003.

El tema del VIH/Sida en nuestro país, ha sido visto más como un problema de jóvenes y de homosexuales, que un problema de mujeres. Las mujeres que viven con VIH se enfrentan a una doble discriminación: por ser mujeres y por vivir con VIH.

Las acciones ejercidas en el país para reducir la transmisión del VIH en las mujeres son escasas, y realizadas fundamentalmente por las ONGs y las Organizaciones de Base Comunitarias. No se conocen programas educacionales auspiciados por el gobierno para reducir el VIH/Sida en las mujeres.⁷

Las acciones en el componente mujer y VIH, han estado dirigidas a:

- **Uso de Condones Femeninos y Masculinos:** El Programa Nacional de Sida lleva a cabo el programa de distribución gratuita de condones, pero la misma resulta insuficiente y no llega a todos los sectores del país. Existe gran desinformación sobre el uso del condón femenino, que unida a las creencias asociadas al uso del condón (en general al masculino) explican la baja utilización de los mismos.
- **Servicios de Emergencia/ Tratamiento Profilaxis Post Exposición:** El Ministerio de Salud estableció un protocolo de atención en casos de violación y abuso sexual, que determina la toma de muestras para realización de despistaje de las ITS y VIH, así como el cumplimiento del tratamiento de profilaxis para las mismas. Sin embargo, este protocolo no se lleva a cabo en todos los centros de atención para la salud de estos casos.
- **Embarazadas que viven con VIH y Transmisión Vertical del VIH:** La obligatoriedad del examen para diagnosticar el VIH a la mujer embarazada está siendo cada vez más efectiva, sin embargo la

⁴ LACCASO. Op Cit. (página 54)

⁵ Idem. (página 54)

⁶ Idem (página 63)

⁷ Idem (página 67)

medida ha tenido dificultad en su implementación debido a que la asistencia de las mujeres a los servicios prenatales no es universal.

- **Información sobre el VIH/Sida para la Mujer:** Existe muy poca información dirigida exclusivamente a la mujer, la mayoría está enfocada a jóvenes sin hacer distinciones de género.

La mayor cantidad de programas de prevención de infección en materia de VIH/Sida para la mujer, ha estado dirigida a las trabajadoras sexuales. Esto ha sido así, porque en Venezuela, la tendencia a la epidemia del VIH/Sida ha estado concentrada en esta población femenina debido al riesgo de exposición, así como en hombres que tienen sexo con hombres y jóvenes menores de 25 años.⁸

Es política del Ministerio de Salud, el seguimiento y solicitud de exámenes de despistaje de las ITS y VIH periódicos a las trabajadoras sexuales, que va acompañado de una campaña de concientización a estas mujeres sobre el riesgo de infección y el uso del condón.

Llama la atención el cambio en la dinámica de la epidemia, ya que para la década de los ochenta la proporción de casos de VIH en el país, era de 1 mujer por cada 19 hombres infectados. Esta proporción ha cambiado significativamente en los primeros cinco años de esta década, donde por cada mujer infectada hay 2 hombres infectados. Pareciera que ahora, estas mujeres no son precisamente las trabajadoras sexuales, ya que por ejemplo, en una investigación a principios de esta década, en un estado de gran afluencia turística, “el despistaje de VIH realizado a casi medio millar de trabajadoras sexuales en una de las zonas turísticas más importantes del país, no arrojó ningún caso seropositivo”⁹

El Plan Estratégico Nacional en VIH/Sida categorizado de acuerdo a ciclo de vida, no muestra resultados deseados ni actividades de acuerdo a sexo. Los registros epidemiológicos no consideran por ejemplo, el tema de la violencia contra la mujer y mucho menos su relación con la infección por VIH.

El Informe de la situación de Venezuela para el año 2005¹⁰, muestra los proyectos seleccionados y aprobados por el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud para el 2006, de acuerdo a la población a atender:

Tabla 1: Proyectos aprobados por población a atender

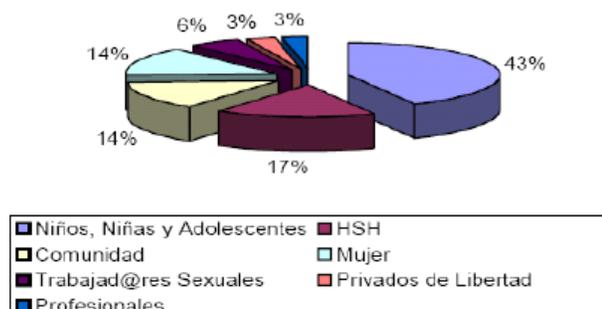
Población por atender	Número de proyectos
Niños, niñas y adolescentes	15
HSH	6
Comunidad	5
Mujer	5
Trabajadores/ras Sexuales	2
Privados de Libertad	1
Profesionales	1
Total de proyectos aprobados	35

⁸ Programa Nacional de SIDA e ITS. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela (2005): **Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida- UNGASS 2001. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, Período 2003 – 2005** (página 14)

⁹ Idem. (página 14)

¹⁰ Programa Nacional de SIDA e ITS. Ministerio de Salud. República Bolivariana de Venezuela (2005): **Informe de la Situación del VIH/Sida en Venezuela.** (página 15 y 16)

Gráfico 2: Distribución en porcentaje de los proyectos por población a atender



Aquí vemos que de 35 proyectos aprobados, sólo 5 de ellos (14%) van dirigidos a Mujeres. De éstos, sólo uno (2,85%) es exclusivo en materia de mujer, ya que los otros son Mujer y comunidad, y Mujer y adolescentes. Ninguno está dirigido al tema de Mujer - VIH y su interrelación a la Violencia contra las mujeres.

Como señala el Informe de LACCASO sobre la Respuesta de Venezuela al compromiso de UNGASS, "las organizaciones que atienden problemas 'tradicionales' de las mujeres (...) no conocen a las instituciones que prestan servicios a mujeres seropositivas. Esta falta de comunicación o el que estas organizaciones apenas comiencen a ser visibilizadas por la Red de organizaciones de mujeres, refleja que en el país este tema está desfasado en el tiempo con respecto a lo que pasa en otras partes del mundo y las mujeres"¹¹

El problema de las mujeres que viven con VIH/Sida es un problema de salud, de derechos sexuales y reproductivos, y de derechos humanos. La salud de las mujeres debe incluir la preocupación por tales derechos, y en ellos, la atención, prevención y diagnóstico de la violencia doméstica, las leyes y políticas que afectan la salud sexual y reproductiva, la explotación sexual de mujeres y niños/as, las necesidades de mujeres refugiadas o aquellas afectadas por desastres naturales o algún tipo de discapacidad, y además, la participación de los hombres en las decisiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva.¹²



¹¹ Idem. (página 67)

¹² Vidal, F ; Carrasco, M ; Pascal, R (2004): Mujeres Chilenas viviendo con VIH/Sida. FLACSO. Sede Académica de Chile (página 23)

Keeping the Promise: An Agenda for Action on Women and AIDS



Till death do us part

It is widely assumed that marriage serves as a kind of safe haven from AIDS. It does not. Evidence suggests that **marriage can be a major HIV risk factor for women**, especially young women and girls. No existing HIV strategies tackle this reality. In Africa and Asia, 50–60% of girls are married before they reach the age of 18 years. In most countries, girls in their late teens are at least twice as likely to be married as boys. In Brazil they are five times, and in Kenya 21 times, more likely to be married.³⁹

Not surprisingly, young married women are more sexually active than their unmarried counterparts, and **abstinence and condom use are generally rare options**. Often young women are married to older men who have been sexually active for longer and who are more likely to have acquired sexually transmitted infections such as HIV. Hence, married adolescent girls tend to have higher rates of HIV infection than do sexually active, unmarried girls.

In a study in rural Uganda, for example, nine in ten (88%) HIV-infected women aged 15–19 years were married.⁴⁰ In Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia, HIV infection levels in sexually active married girls aged 15–19 years were found to be 48% and 65% higher, respectively, than for their unmarried counterparts.⁴¹

For older women, too, being married can be a major HIV risk factor. In Saudi Arabia (Riyadh), most women infected with HIV are married.⁴² In Cambodia, HIV infections acquired during paid sex are on the decline, but HIV infections in pregnant women have stayed stable—as men (most of who became infected during paid sex) continue to transmit HIV to their wives and girlfriends.⁴³ **Preventing HIV infections within marriages and other long-term relationships means going beyond the formulaic ‘ABC’ approach – abstain, be faithful, and use a condom.**

Such an approach will present girls and women with viable options only when it forms part of a larger package of actions that addresses the realities of their lives. In the short term, this means more couples should be getting HIV counselling and testing, measures are needed to reduce very early marriage and legal steps must be taken to protect girls and women against sexual coercion and violence in marriage. In the long term, it requires greater social and economic empowerment of women and girls.

Resumen:

Hasta que la muerte nos separe

Es ampliamente asumido que el matrimonio es una especie refugio que mantiene a las personas alejadas del SIDA. Pues no lo hace. La evidencia sugiere que el matrimonio puede ser un importante factor de riesgo para las mujeres, especialmente para las niñas y las jóvenes.

No es de extrañar cómo las mujeres jóvenes casadas son sexualmente más activas que sus homólogas solteras, mientras la abstinencia y el uso de condones son raramente una opción. Usualmente las mujeres jóvenes están casadas con hombres mayores, quienes han sido sexualmente activos por más tiempo y tienen más probabilidades de haber adquirido alguna infección de transmisión sexual, como el VIH. Por tal motivo, la cifra de muchachas casadas que se infectan con el VIH suele ser superior a la de las solteras y sexualmente activas.

Para las mujeres mayores, el matrimonio también constituye un importante factor de riesgo en la infección con el VIH. En Arabia Saudita (Riad) la mayoría de las mujeres seropositivas son casadas. En Camboya, las infecciones de VIH adquiridas durante el sexo comercial han disminuido, pero las infecciones de VIH en las mujeres embarazadas se han mantenido estables –porque los hombres (la mayoría de los cuales han resultado infectados con trabajadoras sexuales) le siguen transmitiendo el VIH a sus esposas y novias. Prevenir las infecciones de VIH en los matrimonios y otras relaciones a largo plazo significa ir más allá de la estrategia ABC: abstinencia, fidelidad y usar condones.

Testimonios: hablan las víctimas

BBC Mundo le ofrece el testimonio de mujeres que viven con VIH.

Ante lo delicado del tema y el problema de la estigmatización que padece América Latina, nos solicitaron que no hubiera fotografías.

La primera historia es la de Laura, una mexicana de 21 años, que ha vivido los últimos cuatro con VIH.

A temprana edad, se vio obligada a refugiarse en las calles de Ciudad de México como tantos otros niños, buscó protección y fue allí que se encontró con la enfermedad.

Yo estaba en la calle y ahí te tienes que defender, anduve con cualquier chavo, nos drogamos muy fuerte, tuvimos relaciones sexuales y fue cuando él me infectó...

Cuando yo me enteré (que tenía VIH) fue para mí un trauma muy fuerte porque traté de suicidarme estando embarazada de mi hija, no quería que ella también sufriera lo que yo estoy sufriendo.

Ya no soy la misma de antes, mi sonrisa, mi mirada, todo lo mío ya cambió, mi mente se entristeció mucho, no logro aceptarlo...

A veces me desespero y ya no veo esperanzas en que yo me recupere, luego me deprimó, luego le echo ganas, luego no le echo ganas, hay veces que quisiera mejor morirme...

Patricia Pérez vive en Argentina y es portadora de VIH. Es también la presidenta de la Comunidad de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA y conoce muy de cerca la problemática de quienes viven una situación similar a la suya.

El problema básico es el que tiene cualquier mujer en cualquier lugar del mundo, independientemente de cuál sea su estrato social o su cuestión cultural.

Las mujeres sentimos discriminación, estamos bastante condicionadas por una cuestión cultural, que no tiene que ver con el tema de VIH y tenemos muchos problemas sociales.

Me parece que esto es un común denominador a todas las mujeres conviviendo con VIH en el mundo.

A esto hay que agregarle la falta de trabajo y los pocos recursos que uno tiene (¿) Muchas veces tenemos que elegir entre comprar un preservativo o comprar un litro de leche y también, otra cuestión que se plantea es que las mujeres tienden a priorizar a su familia y muchas compañeras tienen chiquitos con VIH y, en función de eso, priorizan la salud de sus chicos antes que la propia (¿).

Esto hace que a veces uno no se haga los estudios o no empiece los tratamientos en tiempo y forma.

Ana es brasileña, tiene 37 años y fue contagiada del virus por su esposo, quien falleció hace dos años a raíz del SIDA. Tiene dos niños y trabaja como secretaria en una ONG de Brasilia.

Tengo HIV, pero mi vida es normal, tranquila, sin problemas. Estoy bien medicada, trabajo como secretaria y salgo a trabajar todos los días. En realidad el problema mayor que tengo son mis hijos, que son pequeños y todavía dependen mucho de mí.

¿Quién los cuidaría si alguna vez me enfermo de verdad? Sólo Dios sabe si el día de mañana con este tratamiento lograré recuperarme y ser feliz con mis hijos. Mientras voy llevando mi vida, voy viviendo y siendo fuerte.

Nota de BBCMundo.com:
http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_4044000/4044811.stm

Publicada: 2004/11/26 17:07:54 GMT

©BBC MMVII

La Mujer y el SIDA

"¿Me has escuchado hoy?". Con este lema la campaña mundial del SIDA 2004 pretende llamar la atención sobre un problema creciente -y hasta hace poco subestimado- en el desarrollo de la enfermedad: la vulnerabilidad de la mujer.

Cuando comenzó a darse a conocer el SIDA, muchos creían que era una enfermedad de varones homosexuales.

Luego se identificaron los tradicionales "grupos de riesgo", que incluían también a prostitutas y consumidores de drogas por vía intravenosa.

Hasta hace diez años las estadísticas sugerían que las mujeres en general estaban menos afectadas por la enfermedad.

Pero desde entonces los números han cambiado, y mucho. En algunos países incluso se han invertido.

Así se refleja en el último informe de la agencia de las Naciones Unidas encargada de coordinar los esfuerzos globales por combatir la enfermedad, ONUSIDA.

El organismo dice que cerca del 50% de los 37,2 millones de adultos (15-49 años) afectados en todo el mundo son mujeres.

En África subsahariana, la región más afectada, el 60% de los adultos infectados son mujeres. Pero también creció el ritmo de infección en Asia Oriental, Europa Oriental y Asia Central.

Según ONUSIDA, las mujeres -adolescentes y niñas- son en general más vulnerables que los hombres al contagio del VIH-SIDA.

Las investigaciones indican que una mujer es unas 2,5 veces más proclive a infectarse con el virus del VIH que su homólogo varón.

En África, ya las tasas de infección entre las mujeres jóvenes son mucho más altas que las de los adolescentes varones.

En este especial BBC Mundo explora cómo y por qué las desigualdades de género alimentan el crecimiento mundial de la epidemia del SIDA.

http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_4035000/4035053.stm

ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

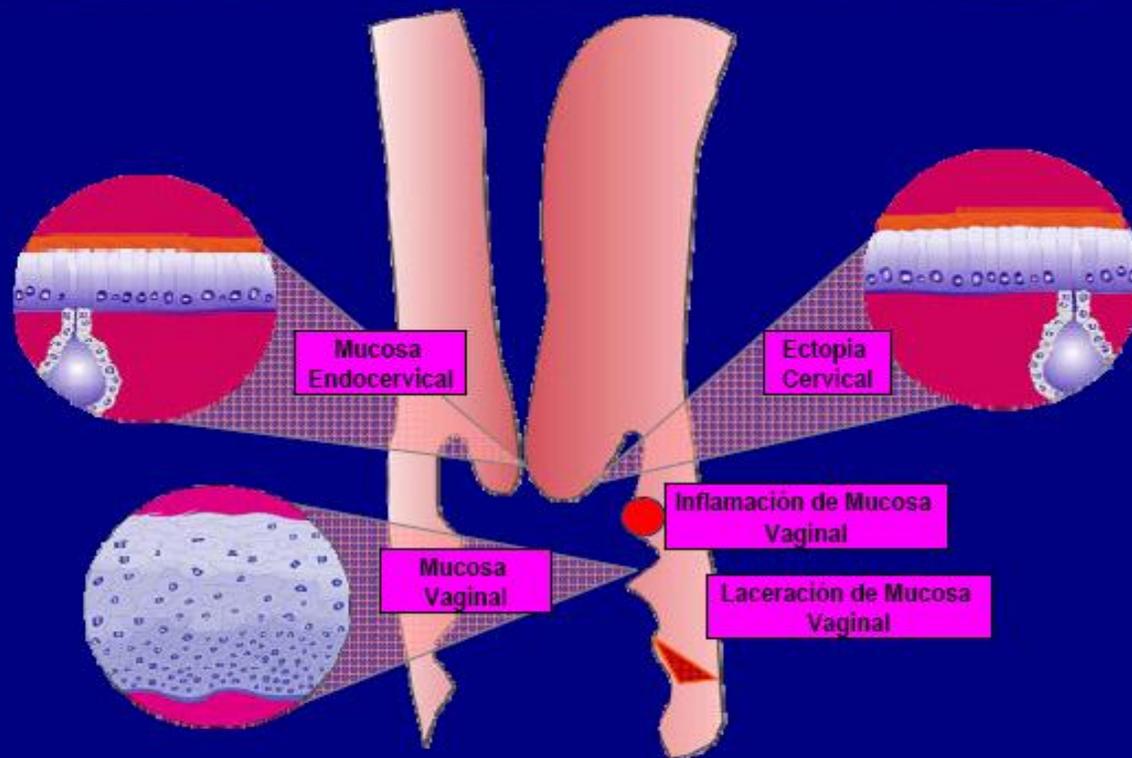
Rafael Mazín, MD; MPH
Asesor Regional en Prevención de VIH/ITS y
Atención Integral
OPS/OMS

Probabilidad (riesgo) de infección por cada episodio de interacción sexual

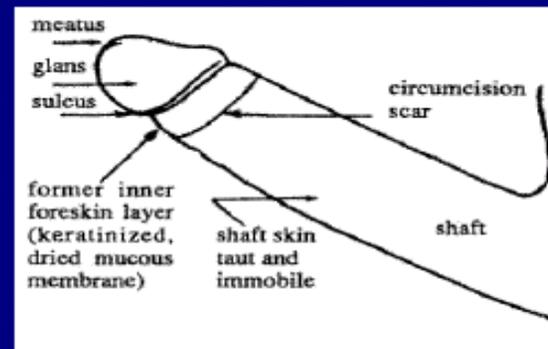
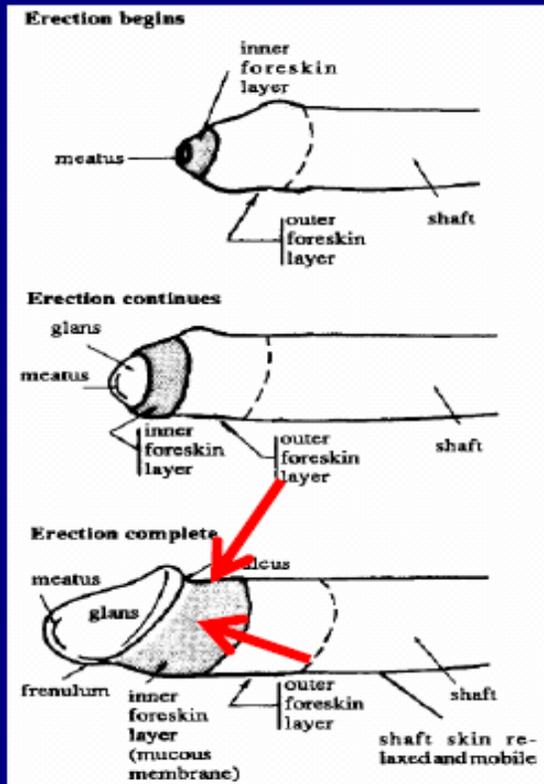
Probabilidad de Infección	<u>Infectividad por Contacto</u>
Mujer → Hombre	0.0002 – 0.008
Hombre → Mujer	0.0008 – 0.009
Hombre → Hombre	0.0009 – 0.085
Pinchazo aguja	0.002 – 0.0095
Compartir agujas	0.009
Madre → Infante	0.2 – 0.3
Madre → Infante (AZT)	0.08 – 0.10

M. Cohen and J. Enron, Sexual HIV Transmission and Its Prevention, Jan 2002 (Medscape)

Susceptibilidad



Susceptibilidad



Cifras

VIH/Sida en Venezuela y Latinoamérica
Mujeres y VIH/Sida
Indicadores socioeconómicos

El VIH, el **SIDA** y las **Mujeres**



Personas que vivían con el VIH

Estimaciones mundiales del VIH/SIDA, Dic 2004

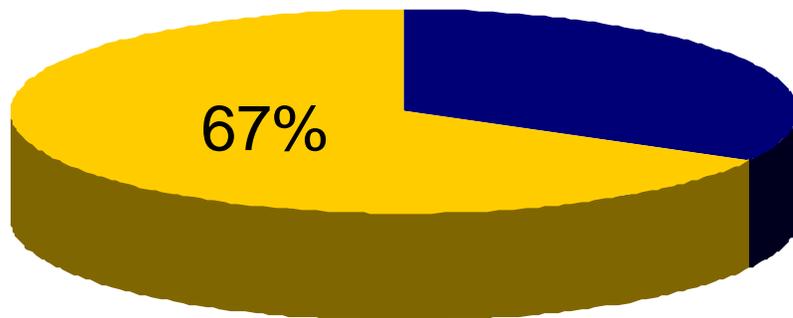
Total	35,9 – 44,3 millones
Adultos	33,8 – 41,7 millones
Mujeres	17.6 millones
Menores de 15 años	2,2 millones

Situación de la Epidemia de SIDA, Diciembre 2004 - ONUSIDA

Campaña Mundial ONUSIDA 2004

Panorama mundial de la epidemia de **SIDA**

Nuevas infecciones por
grupos etáreos



- Otras
- 15 a 24 años

64 % Sexo Femenino

Situación Nacional

SITUACIONES CRÍTICAS

Alta proporción de Mujeres afectadas⁽¹⁾

1990

Relación H:M

17 : 1

2004

Relación H:M

2 : 1

Situación Actual de la Epidemia en Venezuela
Informe de Avance para las Metas del Milenio
Consultor: Hans Salas
Grupo Técnico ***

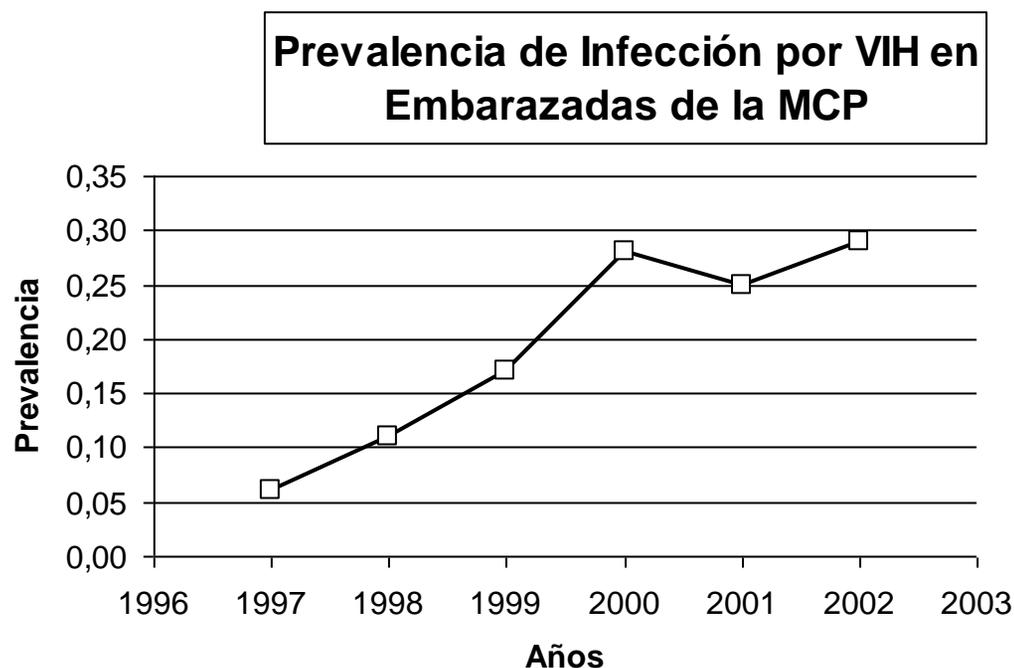
⁽¹⁾ FUENTE:
Vigilancia Epidemiológica, MSDS/
Pacientes recibiendo tratamiento. ARV

Situación Nacional

SITUACIONES CRÍTICAS

- Incremento de la Prevalencia en Embarazadas

- MCP 1997 – 2001*** : 0,06 a 0,28 % (x 5)



Situación Actual de la Epidemia en Venezuela

Informe de Avance para las Metas del Milenio

Consultor: Hans Salas

Grupo Técnico ***

Datos proporcionados por la Dra. Marlene Carneiro

Unidad VIH/SIDA Maternidad Concepción Palacios

Panorama Mundial, Regional y Nacional de la Epidemia de VIH y Sida

Conceptos Fundamentales

Libsen Rodríguez Adrián
Oficial/Coordinadora
ONUSIDA Venezuela



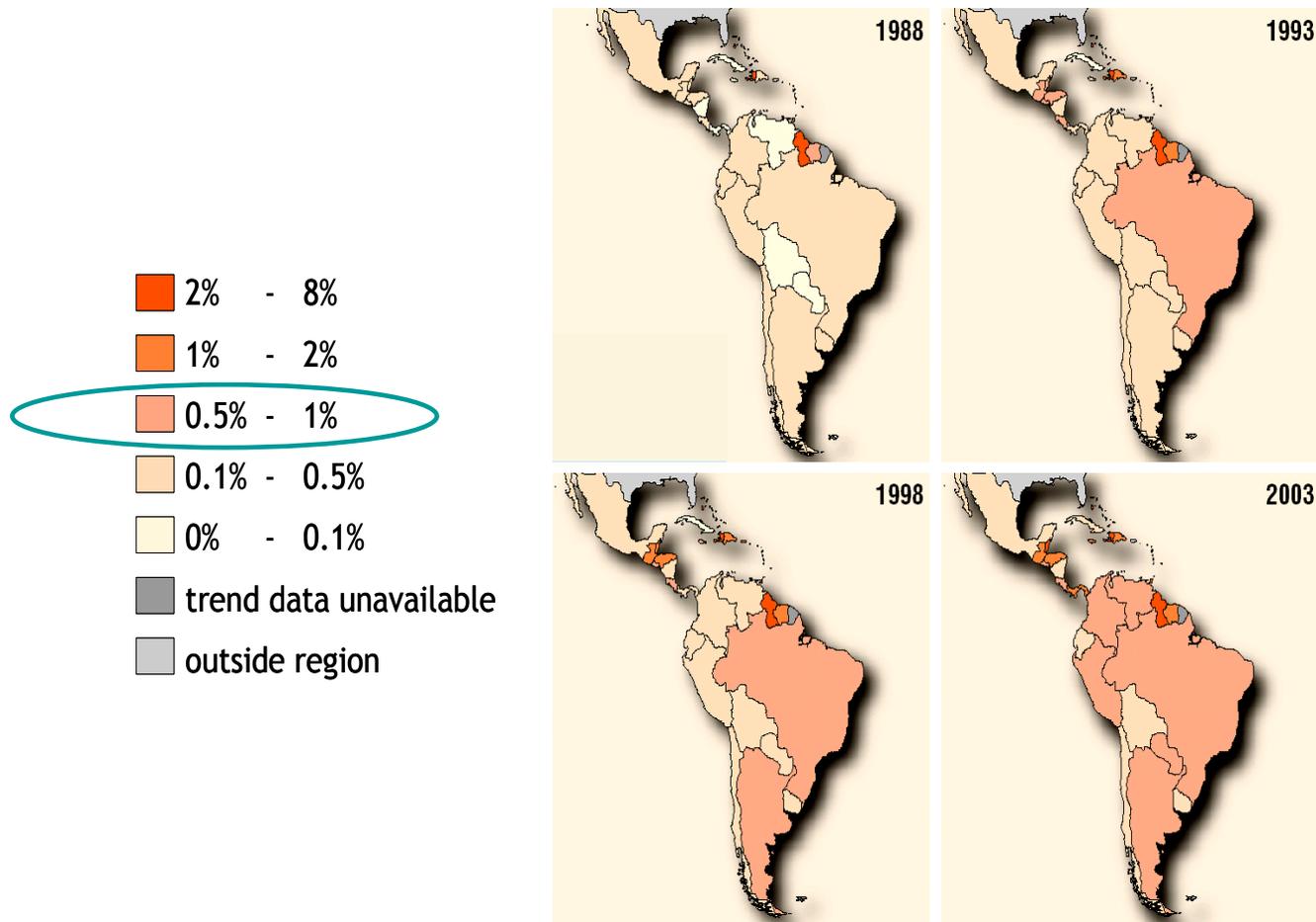
ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

HIV prevalence in adults in Latin America and the Caribbean, 1988- 2003



CONCLUSIONES

LATINOAMÉRICA enfrenta al menos los siguientes problemas

HOMOFOBIA: no se logra reducir efectivamente la epidemia en los HSH

FEMINIZACIÓN: cada vez hay más mujeres infectadas

POBREZA: los grupos aquejados por precarias condiciones de vida tienen poco acceso a la información/educación, a métodos de prevención, a servicios de salud



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

CONCLUSIONES

... vamos
inevitablemente hacia
una generalización
de la epidemia



ONUSIDA

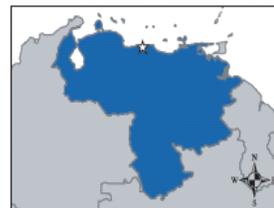
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006

Edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA



VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS

Población estimada	26 749 000
Tasa de crecimiento de la población	1.8%
Esperanza de vida al nacer	
Mujeres	78
Varones	72
Índice de Desarrollo Humano	75
Índice de Pobreza Humana	
Categoría	14
Valor	8.8
Porcentaje de personas que viven con menos de US\$ 2 al día	32.0%
Ingreso nacional bruto por habitante	5760
Gasto público en salud por habitante	102

II. ESTIMACIONES DEL VIH Y EL SIDA

Número de personas que viven con el VIH	110 000 [54 000 – 350 000]
Tasa de prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años	0.7 [0.3 – 8.9%]
Adultos de 15 años y más que viven con el VIH	110 000 [52 000 – 350 000]
Mujeres de 15 años y más que viven con el VIH	31 000 [13 000 – 100 000]
Defunciones por SIDA	6100 [3100 – 11 000]

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Niños de 0 a 14 años que viven con el VIH	-
Huérfanos de 0 a 17 años por el SIDA	-

III. INDICADORES DE PROGRESO DE PAÍS

EPIDEMIAS GENERALIZADAS

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA	-
---	---

Programas nacionales

■ Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretrovírico para reducir la transmisión materno-infantil	4.2%
■ Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica	-
■ Asistencia escolar entre huérfanos	- no huérfanos

Conocimientos y comportamiento

■ Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente los medios para prevenir el VIH	
Mujeres	- Varones
■ Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional en los últimos 12 meses	
Mujeres	- Varones
■ Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	
Mujeres	- Varones
■ Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que utilizaron un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja ocasional	
Mujeres	- Varones

EPIDEMIAS CONCENTRADAS/DE PREVALENCIA BAJA

Gastos

Fondos procedentes de fuentes nacionales desembolsados por los gobiernos para el SIDA	US\$ 28 244 688
---	-----------------

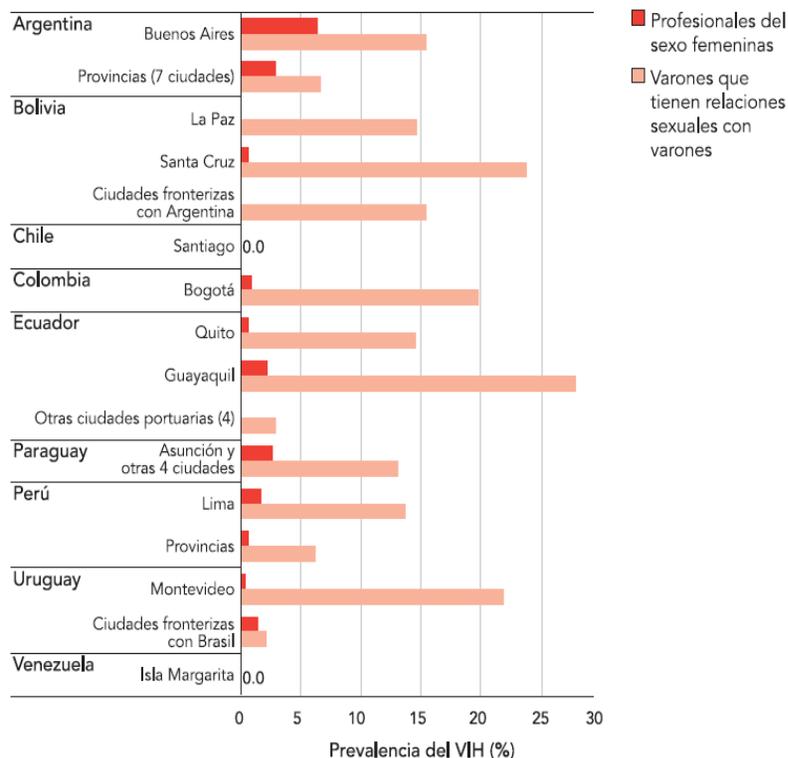
Desarrollo y estado de ejecución de las políticas

■ Política sobre información, educación, comunicación y prevención para las poblaciones más expuestas	-
■ Política para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención entre las poblaciones más expuestas	-

Programas nacionales

■ Porcentaje de mujeres y varones infectados por el VIH que reciben terapia antirretrovírica	84.0%
■ Porcentaje de poblaciones más expuestas que se benefician de programas de prevención	
Consumidores de drogas intravenosas	- Profesionales del sexo
Varones que tienen relaciones sexuales con varones	1.0% ²

FIGURA 2.14 Prevalencia del VIH (%) entre profesionales del sexo femeninas y varones que tienen relaciones sexuales con varones en América Latina, 1999–2002



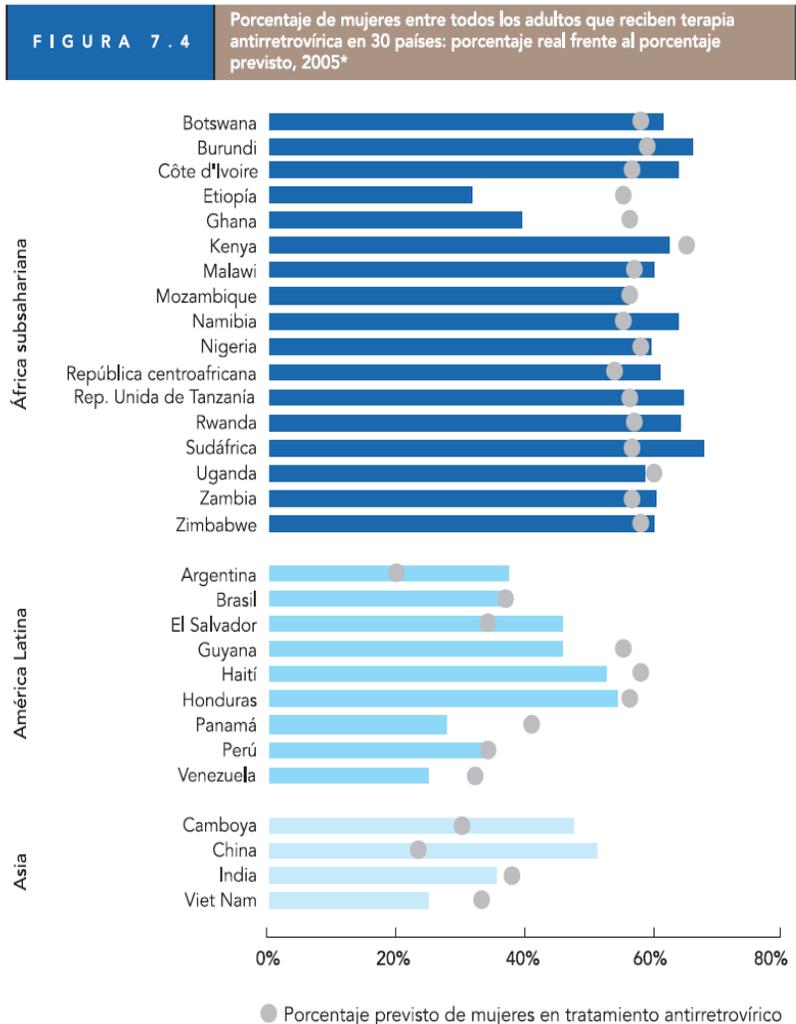
Fuente: Montano SM et al., JAJDS (2005).

Aun así, está creciendo el número de mujeres infectadas, especialmente a lo largo de la costa del Caribe y en el nordeste del país. Al parecer, muchas de estas mujeres contrajeron el virus a partir de parejas masculinas que también tenían relaciones sexuales con varones (Prieto, 2003). Entre mujeres seropositivas inscritas en proyectos de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, el 72% mantenía relaciones estables (García et al, 2005).

Existe la necesidad urgente de mejorar la vigilancia del VIH en América central, donde los datos disponibles indican que las epidemias se asocian principalmente a relaciones sexuales no protegidas. Uno de

los países más afectados es **Honduras**, que alberga aproximadamente una sexta parte de las 380 000 [250 000-720 000] personas que viven con el VIH en América central y cuya epidemia parece tipificar las demás en esta subregión. Se estima que el 1,5% [0,8-2,4%] de los hondureños (o sea, 63 000 [35 000-99 000] personas) vivía con el VIH en 2005, y el SIDA es la principal causa de fallecimiento entre las mujeres del país (ONUSIDA/OMS, 2004). Aunque el VIH circula con relativa libertad por la población general, el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones son los factores impulsores de la epidemia. Una de cada 12 profesionales femeninas del sexo es VIH-positiva en la capital,

07



*El porcentaje previsto de mujeres que reciben terapia antirretrovírica se basa en el porcentaje de mujeres del total de personas que viven con el VIH/SIDA.
Fuente: OMS/ONUSIDA (2006). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy. A report on "3 by 5" and beyond.

farmacorresistencia y aumentando los comportamientos de riesgo al hacer que la infección por el VIH parezca menos amenazadora (Over et al., 2004). Las encuestas realizadas en Sao Paulo (Brasil) entre varones infectados por el VIH que mantienen relaciones sexuales con varones demostraron que era más probable que los más optimistas sobre la eficacia de los tratamientos del VIH hubieran tenido relaciones sexuales anales sin

protección con su pareja habitual o con parejas ocasionales en los seis meses anteriores (da Silva et al., 2005). Esta tensión dinámica aparente entre el comportamiento sexual de riesgo y la ampliación del acceso al tratamiento puede requerir el desarrollo de nuevas estrategias de prevención (Gayle y Lange, 2004).

Para aprovechar los efectos benéficos del tratamiento en la prevención del VIH y



**LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS ITS ¿QUE TANTO CONOCEN LAS
MUJERES?
ENCUESTA**

Instrucciones: la siguiente es una **encuesta anónima**. La primera parte corresponde a la identificación de algunos aspectos socio-demográficos imprescindibles para este estudio, que deberá llenar en la línea que sigue a la pregunta.

La segunda parte está compuesta por interrogantes cerradas, que sólo deberá responder con las alternativas que se le presentan, colocando una equis (x) en el cuadro correspondiente a su opción.

Su participación es muy valiosa. Gracias por su colaboración.

Parte I.

1. Lugar de residencia _____

2. Edad: _____

3. Nivel educativo:

Primaria Básica Bachiller TSU Universitaria Ninguna

4. Estado civil: Casada Concubinato Viuda

5. ¿Desde hace cuánto tiempo vive con su pareja actual? _____

Parte II.

1. ¿Conoce los métodos anticonceptivos que se ofrecen en el mercado?

Sí No

2. ¿Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoce?

Preservativo Anticonceptivos orales

Diafragma Anticonceptivos inyectables

Espermicida Implantes Norplant

DIU

3. ¿Sabía que ahora existe un preservativo femenino en el mercado?

Sí No

4. ¿Cómo conoció los métodos anticonceptivos?

En la escuela En el hogar

En el liceo Por amigas

En la universidad

Por mi pareja: a) la primera b) la actual

5. ¿Utiliza algún método anticonceptivo con su pareja actual? (si su respuesta es negativa pase directamente a la pregunta número 7)

Sí No

6. ¿Qué método (s) anticonceptivo (s) está usando en la actualidad?

Preservativo masculino

Preservativo femenino

Diafragma

Espemicida

DIU

Anticonceptivos orales

Anticonceptivos inyectables

Implantes Norplant

Ritmo o calendario

Temperatura Basal

Moco cervical

Retiro (coito interrumpido)

Ligadura de trompas

7. Sólo para quienes respondieron "No" en la pregunta número 5 ¿Por qué no emplea ningún método anticonceptivo?

- Porque eso depende del hombre
- Porque a su pareja no le gusta
- Porque su pareja podría pensar mal de Ud.
- Porque desea quedar embarazada
- Porque no cree que pueda sufrir de alguna ITS
- Porque no se siente igual
- Porque no sabe como usarlos
- Porque confía en su pareja
- Porque no cree que pueda infectarse con VIH/Sida

8. Según su criterio: ¿Qué método anticonceptivo protege de las ITS?
Colocar nombre (s) _____

Todos

9. ¿Para qué sirve el preservativo?

- Para evitar el embarazo
- Para proteger de infecciones de transmisión sexual
- Para ambas cosas

10. ¿Se considera usted en riesgo de infectarse con VIH/SIDA? (si su respuesta es positiva pase directamente a la pregunta 11, si su respuesta es negativa continúe con la siguiente pregunta).

Si No

11. ¿Por qué cree usted que no tiene riesgo de infectarse con VIH?

- Porque soy fiel a mi pareja
- Porque mi pareja es fiel conmigo
- Porque soy una mujer de mi casa
- Porque eso le pasa sólo a homosexuales y trabajadoras del sexo
- Porque me protejo al tener relaciones sexuales

12. ¿Por qué cree usted que sí puede estar en riesgo de infectarse con VIH?

- Porque mi esposo/pareja es mujeriego
- Porque mi esposo/pareja es bisexual

Porque tengo relaciones sexuales casuales

Porque he tenido relaciones sexuales sin protección:

a) con mi esposo/pareja b) con otros c) ambas

Porque todas y todos estamos en riesgo

13. ¿Cómo calificaría la educación sexual que recibió:

a) En la escuela/liceo:

Muy completa	Completa	Regular	Incompleta	Inexistente

b) En la universidad:

Muy completa	Completa	Regular	Incompleta	Inexistente

c) En el hogar:

Muy completa	Completa	Regular	Incompleta	Inexistente

SONDEO
LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS ITS ¿QUÉ TANTO CONOCEN LAS MUJERES?

- **Muestra:** 30 mujeres que viven en uniones maritales estables. Se hicieron tres grupos de diez personas cada uno, delimitados por zonas: Los Palos Grandes, Catia y Los Chaguaramos.
- **Fecha de realización:** El sondeo fue ejecutado entre el 16 y el 17 de junio de 2007.

RESULTADOS

1. ¿Conoce los métodos anticonceptivos que se ofrecen en el mercado?

	Número de personas	Porcentaje
SÍ	29	96,66%
NO	1	3,33%

2. ¿Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoce?*

	Número de personas	Porcentaje
Preservativo	27	90%
Diafragma	18	60%
Espermicida	9	30%
DIU	13	43,33%
Anticonceptivos orales	25	83,33%
Anticonceptivos inyectables	19	63,33%
Implantes Norplant	10	33,33%

* La pregunta admite múltiples respuestas

3. ¿Sabía que ahora existe un preservativo femenino en el mercado?

	Número de personas	Porcentaje
SÍ	14	46,66%
NO	16	53,33%

4. ¿Cómo conoció los métodos anticonceptivos?*

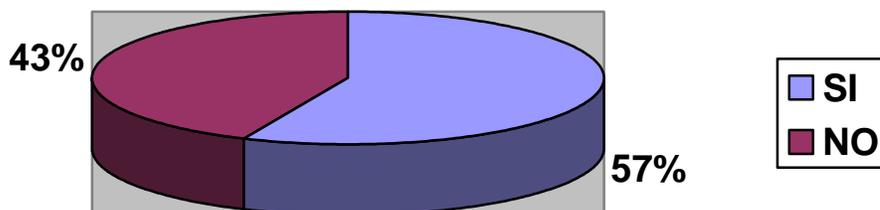
	Número de personas	Porcentaje
En la escuela	1	3,33%
En el liceo	9	30%
En la universidad	2	6,66%
En el hogar	8	26,66%
Por amigas	14	46,66%
Por mi pareja:		
a. La primera	2	6,66%
b. La actual	1	3,33%

* La pregunta admite múltiples respuestas

5. ¿Utiliza algún método anticonceptivo con su pareja actual? (si su respuesta es negativa pase directamente a la pregunta número 7)

	Número de personas	Porcentaje
SÍ	17	56,66%
NO	13	43,33%

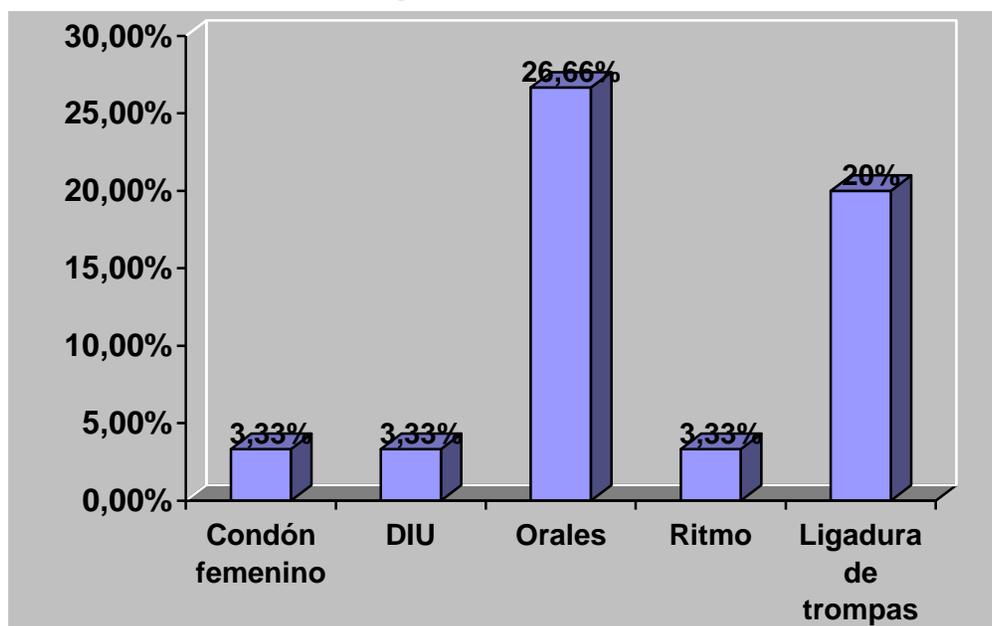
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos



6. ¿Qué método (s) anticonceptivo (s) está usando en la actualidad?

	Número de personas	Porcentaje
Preservativo masculino		
Preservativo femenino	1	3,33%
Diafragma		
Espermicida		
DIU	1	3,33%
Anticonceptivos orales	8	26,66%
Anticonceptivos inyectables		
Implantes Norplant		
Ritmo o calendario	1	3,33%
Temperatura Basal		
Moco cervical		
Retiro (coito interrumpido)		
Ligadura de trompas	6	20%

Anticonceptivos más usados



7. Sólo para quienes respondieron “No” en la pregunta número 5 ¿Por qué no emplea ningún método anticonceptivo?

	Número de personas	Porcentaje
Porque eso depende del hombre		
Porque a su pareja no le gusta	1	3,33%
Porque su pareja podría pensar mal de Ud.		
Porque desea quedar embarazada	1	3,33%
Porque no cree que pueda sufrir de alguna ITS		
Porque no se siente igual		
Porque no sabe como usarlos		
Porque confía en su pareja	3	10%
Porque no cree que pueda infectarse con VIH/Sida	8	26,66%

8. Según su criterio: ¿Qué método anticonceptivo protege de las ITS? *

	Número de personas	Porcentaje
Preservativos	21	70%
Todos	7	23,33
Fidelidad a una sola pareja	2	6,66%

* La pregunta era de respuesta abierta, pero todas coincidieron en estas tres.

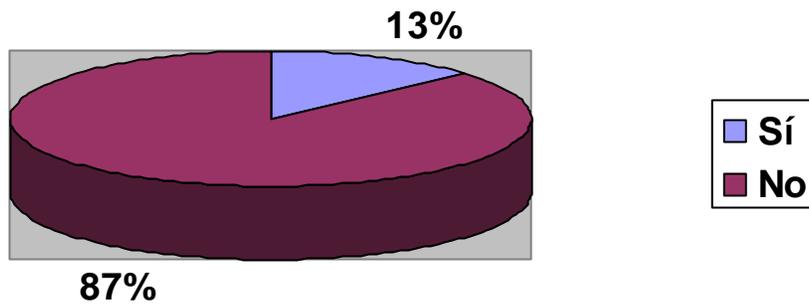
9. ¿Para qué sirve el preservativo?

	Número de personas	Porcentaje
Para evitar el embarazo	2	6,66%
Para proteger de infecciones de transmisión sexual		
Para ambas cosas	28	93,33%

10. ¿Se considera usted en riesgo de infectarse con VIH/Sida? (si su respuesta es positiva pase directamente a la pregunta 11, si su respuesta es negativa continúe con la siguiente pregunta).

	Número de personas	Porcentaje
SÍ	4	13,33%
NO	26	86,66%

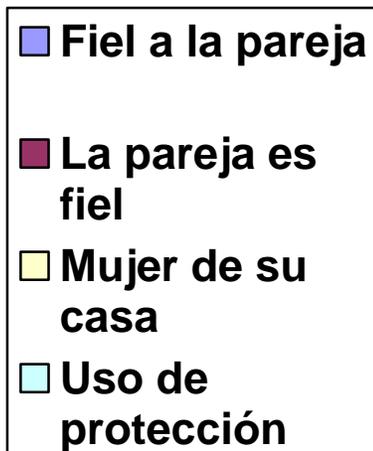
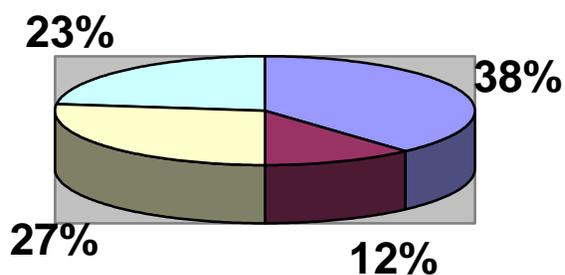
Visión del riesgo de infección



11. ¿Por qué cree usted que no tiene riesgo de infectarse con VIH?

	Número de personas	Porcentaje
Porque soy fiel a mi pareja	10	33,33%
Porque mi pareja es fiel conmigo	3	10%
Porque soy una mujer de mi casa	7	23,33%
Porque eso le pasa sólo a homosexuales y trabajadoras del sexo		
Porque me protejo al tener relaciones sexuales	6	20%

Por qué se consideran fuera de riesgo



12. ¿Por qué cree usted que sí puede estar en riesgo de infectarse con VIH?

	Número de personas	Porcentaje
Porque mi esposo/pareja es mujeriego		
Porque mi esposo/pareja es bisexual		
Porque tengo relaciones sexuales casuales	1	3,33%
Porque he tenido relaciones sexuales sin protección		
a) con mi esposo/pareja		
b) con otros		
c) ambas		
Porque todas y todos estamos en riesgo	3	10%

13. ¿Cómo calificaría la educación sexual que recibió:

a) En la escuela/liceo:

	Número de personas	Porcentaje
Muy completa	2	6,66%
Completa	6	20%
Regular	11	36,66%
Incompleta	7	23,33%
Inexistente	4	13,33%

b) En la universidad:

	Número de personas	Porcentaje
Muy completa	4	13,33%
Completa	5	16,66%
Regular	7	23,33%
Incompleta	3	10%
Inexistente	3	10%

c) En el hogar:

	Número de personas	Porcentaje
Muy completa	5	16,66%
Completa	7	23,33%
Regular	13	43,33%
Incompleta	3	10%
Inexistente	2	6,66%

Campañas VIH/Sida y mujer



La mayoría de las mujeres con VIH
se infectan en sus **propias camas**

Estas son nuestras actividades:

- ✓ Realizar programas de orientación y asesoría a mujeres afectadas por el VIH/SIDA y familiares.
- ✓ Asistencia psicológica y emocional. Grupo de autoapoyo.
- ✓ Creación de un banco de medicamentos.
- ✓ Educación a través de charlas y talleres sobre temas inherentes a información actualizada en materia de VIH/SIDA.
- ✓ Defensa de los derechos humanos de mujeres, niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH y SIDA a través de la canalización y seguimiento de denuncias.
- ✓ Defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH/SIDA.
- ✓ Brindar y canalizar ayuda socioeconómica a la población constituida por mujeres, niñas, niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA.
- ✓ Incidir en la toma de decisiones de políticas públicas en el área de salud y desarrollo social con nuestra participación activa y permanente.
- ✓ Sensibilizar y concientizar a la sociedad con el propósito de erradicar la discriminación y estigmatización sobre el tema de VIH/SIDA a través de información y educación.
- ✓ Desarrolla un proyecto destinado a capacitar a las mujeres en temas que reducen su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, fortalecer su emponderamiento y favorecer la adopción de conductas sexuales preventivas y su desarrollo educativo integral y superior.
- ✓ Canalizar atención ginecológica especializada.

MUJERES EN POSITIVO POR VENEZUELA,

Es una organización no Gubernamental de carácter social, cuyas actividades están orientadas a fortalecer la visión de género la cual debe acompañar todas las acciones encaminadas a combatir la vulnerabilidad de la mujer, la atención y prevención del VIH/SIDA y la lucha contra el estigma y la discriminación. Es así como podremos dar una respuesta eficaz y lograr la detención de la feminización de la epidemia y la transmisión vertical del VIH/SIDA.

MISION:

Asistir de manera integral a las mujeres que viven con VIH/SIDA a nivel nacional, así como a los niños, niñas y adolescentes que posean cualquier parentesco con esta población inicialmente afectada.

Para sus donaciones favor depositar en la Cuenta de Ahorros de Central Banco Universal No. 01050014111014572142 a nombre de A. C. Mujeres en Positivo por Venezuela.

RIF: No. J -31558018-7 y NIT No. 0560968094

Dirección: Maternidad Concepción Palacios.

Horario: Lunes y Viernes de 8:am a 1:pm

Servicio de Infectología, Piso 1.

Jueves: 8 a 1 pm. Medicina Interna, Planta Baja.

Martes y Miércoles: Previa Cita.

Domicilio Fiscal: Calle El Buen Consejo, entre Calle Gardell y La Linea II, Casa No. 24, Caño Amarillo. Cod. Postal 1030.

E-mail: mujeresenpositivo@gmail.com

Teléfonos: 0212- 482.50.66 / 0414-259.14.74

Cortesía de:



EL VIH/SIDA SI TIENE ROSTRO DE MUJER



"Entre el año 2.000 y 2.004 los resultados muestran una razón de 2 hombres por 1 mujer, demostrándose un aumento del VIH en los grupos de mujeres." Fuente: PNSIDA/ITS 2.005

La creciente feminización de la epidemia es un reflejo de las desigualdades culturales, sociales, económicas y jurídicas que exponen a las mujeres, adolescentes y niñas a una mayor vulnerabilidad a la infección del VIH.

MUJER, EMBARAZO Y VIH

¿Cómo se puede contraer el VIH?

- Por tener relaciones sexuales sin el uso de preservativos con una persona infectada.
- Por compartir jeringas o agujas de usuarios de drogas.
- La madre puede transmitir el VIH a su bebé durante el embarazo, parto o lactancia.

Todas las mujeres que estén embarazadas o estén planeando embarazarse, deben realizarse la prueba de anticuerpos del VIH. Este virus tiene un 25% de posibilidades de ser pasado al bebé si la madre está infectada y no es tratada durante el embarazo y parto.

¿Quién está en riesgo de contraer el VIH?

Todas las personas, mujeres y hombres activos sexualmente y que tengan relaciones sexuales sin preservativos.

El VIH no discrimina, edad, sexo, condición social ni raza, todos estamos expuestos a contraerlo.

¿Por qué las mujeres son más vulnerables a contraer el VIH?

- Biológicamente, por la forma fisiológica de sus genitales que la mantiene por más tiempo en contacto con el semen durante las relaciones sexuales, y por lo frágil de la membrana epitelial que forma la vagina, que permite el paso del virus con mayor facilidad.
- Socioculturalmente, las mujeres tienen acceso inadecuado al control económico, social, jurídico y político.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La relación entre violencia de género y VIH/SIDA es un factor crítico en la propagación del VIH entre las mujeres. Dicha relación debe ser enfrentada por gobiernos, sociedad civil y ser denunciada por el movimiento de mujeres.

- La violencia de género disminuye las posibilidades de que las mujeres se protejan contra la adquisición del VIH y les limita el acceso a los servicios de salud.
- Las mujeres, adolescentes y niñas que son violadas pueden adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, debido a laceraciones vaginales. Para muchas mujeres, su primer contacto sexual será forzado.
- Las mujeres que viven con VIH/Sida sienten temor de revelar su condición por temor al rechazo y violencia de parte de sus parejas, de sus comunidades o espacios de trabajo, limitando la obtención de apoyo social y acceso oportuno a servicios de salud.
- El miedo a vivir violencia y la falta de acceso a información y educación limitan las posibilidades de hablar sobre sexualidad, demandar y ejercer derechos y negociar prácticas sexuales más seguras, así como el uso del condón.

• Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994

• Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995

• Declaración de Compromiso en la lucha contra el SIDA, UNGASS 2001

LO QUE PODEMOS HACER PARA LOGRAR UN CAMBIO POSITIVO

- Planificar estrategias de capacitación al personal médico y de atención en salud para la atención integral en salud de la mujer.
- Capacitación y creación de indicadores de la calidad de atención de mujeres en condiciones de VIH/SIDA y Violencia de Género.
- Impulsar el conocimiento e internalización de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Capacitación de jóvenes de ambos sexos en salud sexual y reproductiva para prevenir embarazo precoz, violencia y VIH/SIDA.
- Monitoreo y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA.
- Implementación de un Programa Alimentario para la mujer VIH embarazada de sectores deprimidos económicamente para lograr una mayor adherencia en el tratamiento ARV y prevenir la transmisión vertical.
- Integración de las mujeres VIH/SIDA en los programas de albergues para Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica.
- Realización de una investigación nacional sobre la percepción del uso del condón femenino y masculino desde la perspectiva de la mujer.



“Ten siempre los condones a mano. Así podrás disfrutar con tu pareja estando segura. Usa el condón desde el principio hasta el final de la relación”.

“Tener relaciones sexuales con condones puede ser divertido y sexy. Se lo puedes proponer a tu pareja como parte de un juego erótico”

¡Mujer!

Tú tienes la capacidad de tomar decisiones sobre tu vida.

¡No dejes que otros las tomen por ti!

¡La diferencia es estar informada!

INAMUJER es el organismo gubernamental nacional encargado de definir, ejecutar, coordinar, supervisar y evaluar las políticas y programas a favor de los derechos de las mujeres. INAMUJER trabaja permanentemente por la consecución de la igualdad de género, aspirando que su ayuda hacia el desarrollo de la mujer sea una contribución en el camino para lograr una sociedad más justa e igualitaria.

*Para consultas sobre problemas de **violencia doméstica o abusos en el hogar** puedes llamar al **0-800-MUJERES (685.3737)***

¿Sabías que existen aproximadamente 20 millones de mujeres infectadas de VIH en el mundo y en Venezuela se estima que hay cerca de 25.000?

Centro de Información VIH/SIDA

(0212-952-2009)



Programa Conjunto de los Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
ACNUR • UNICEF • FMA • FNUD • UNFPA
ONUD-D • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

“Este material ha sido impreso con fondos aportados por STATOIL”

STATOIL



¡Escúchame!

Soy madre, hija, hermana, socia y amiga. Llevo un hogar, trabajo, mantengo la familia y a mi hijo. Lo hago sin dejar de sonreír. Soy VIH-positiva y vivo en tu comunidad. Para poder continuar haciendo todo esto necesito tu apoyo y tu respeto.

Sin derechos no hay vida

VIH/SIDA y Embarazo

Si piensas tener hijos o estas embarazada, es importante saber si estás infectada con el VIH. ¿Por qué? Porque si a una mujer embarazada se le diagnostica la infección a tiempo y se le da tratamiento a ella y al bebé, el riesgo de que el bebé adquiera el VIH/SIDA disminuye casi a cero.

¿Cómo debe ser ese tratamiento?

- Debe ser durante el embarazo, durante el trabajo de parto y durante las primeras 6 semanas de vida del bebé.
- Debe practicarse una cesárea a la madre.
- Debe informársele a la madre sobre los riesgos asociados a la lactancia.

Si al bebé de una madre infectada se le hace la prueba del VIH llamada "ELISA", esta puede resultar positiva aún cuando el bebé no esté infectado. Esto pasa porque la madre le transmite al bebé las defensas (anticuerpos) que produce su cuerpo contra el virus, mas no el virus. Por ello todos los bebés que nazcan de madres infectadas deben continuar bajo seguimiento médico. El médico especialista solicitará otras pruebas ("carga viral" y/o "PCR") de forma repetida para definir si el niño está o no infectado con el VIH.

La Mujer y el VIH/SIDA

Una Cuestión de Vulnerabilidad

En los últimos 2 años el número de mujeres viviendo con VIH ha aumentado en todas las regiones del mundo

Varias razones te hacen más vulnerable al riesgo de adquirir la infección por el VIH (el virus que causa el SIDA):

Factores Biológicos:

- ⌘ En una relación sexual sin protección, tú como mujer, tienes el doble de riesgo de contraer el VIH. *Una serie de razones biológicas te hacen más propensa a ser infectada por el virus.*
- ⌘ ¿Sabías que puedes tener una infección de transmisión sexual (ITS) sin síntomas? *Si tienes una ITS, aumenta considerablemente el riesgo de contraer el VIH.*
- ⌘ Todas las mujeres están en riesgo, sin importar su raza, condición social o edad. *Sin embargo, en la mujer mayor el riesgo de adquirir el VIH aumenta, ya que una vez que se inicia la menopausia el tejido vaginal se torna más delgado.*

Factores Culturales, Sociales y Económicos:

- ⌘ La cultura machista alienta a los hombres a tener muchas parejas sexuales. *Muchas adolescentes y mujeres venezolanas que viven con el VIH son solteras o amas de casa y sólo han tenido una pareja sexual.*
- ⌘ La discriminación del hombre hacia la mujer,

y las tradiciones que obligan a la mujer a asumir una posición sumisa frente a los hombres, limitan la capacidad de la mujer para tomar sus propias decisiones. *Muchas mujeres son objeto de abuso, acoso sexual o violación de parte de sus parejas, familiares o empleadores.*

- ⌘ La dependencia de las mujeres de una relación sentimental y del soporte económico de un hombre todavía es común en Venezuela. *Si no se da igualdad de oportunidades a las adolescentes y a las mujeres para estudiar, trabajar y progresar, es difícil para ellas rechazar relaciones sexuales riesgosas y sin protección.*
- ⌘ La falta de comunicación dentro de la familia, entre los miembros de la pareja o en nuestra comunidad, sobre los temas de sexualidad y el VIH/SIDA contribuye a que muchas adolescentes y mujeres adquieran la infección. *Es necesario que se dialogue abiertamente y sin temor con las niñas, adolescentes y mujeres sobre su sexualidad y cómo asumirla, haciendo hincapié en los riesgos de adquirir el VIH y otras ITS.*

**QUE PUEDO HACER
PARA EVITAR UNA
INFECCION DE
TRANSMISION SEXUAL?**

**PARA MANTENERTE
LIBRE DE INFECCIONES
POR VÍA SEXUAL SE
RECOMIENDA:**

Usar preservativo (condón) de forma adecuada. (¿tu sabes cómo usar el condón adecuadamente?, si no, pregunta y practica!)

Reducir el número de parejas sexuales disminuye el riesgo.

La forma más segura de evitar este tipo de infecciones es no tener relaciones. Si hasta ahora no las has tenido, demorarlas es conveniente, pero cuando las tengas, **protégete!**

Ejerce tu sexualidad con responsabilidad.

Evita el consumo excesivo de alcohol y otras drogas. Eso te hace perder el control y olvidarte de todo lo que has aprendido sobre cómo **protégerte!**

Si eres VIH POSITIVA y estas embarazada debes cuidar que tu hijo no se infecte.

* Acude de forma temprana al control prenatal

*Realízate controles de laboratorio para despistaje temprano de enfermedades e infecciones asociadas tipo sífilis, VPH, etc.

*Control de Carga Viral y CD 4

*Inicio de Terapia antiretroviral a partir de la 28 de embarazo

*Después que tu hijo nace no debes amamantarlo ya que puede ser infectado por tu leche materna

Tu familia y amigos te necesitan con salud

**¡PROTEGERTE ES
PROTEGERLOS!**

**PROGRAMA NACIONAL
DE SIDA-ITS**

Dirección: Edif. Sur Centro
Simón Bolívar Piso 2 Oficina 212
Telef: 0212-408.06.36
0212-408.06.37 -- 0212-408.06.38
e-mail:

MUJER...!



**¿SABES QUE SON
LAS INFECCIONES
DE TRANSMISION
SEXUAL?
¿SABES QUE ES
EL SIDA?**

INFECCIONES POR TRANSMISION SEXUAL

ITS

Son producidas por microorganismos (bacterias, virus otros), que se transmiten por contacto sexual.

¿CUALES SON LAS ITS MAS COMUNES?

Las producidas por:

Bacterias

Sífilis
Gonorrea
Clamydias
Chancro Blando
Gardenella Vaginal
Candidiasis

TODAS LAS INFECCIONES SON PELIGROSAS?

Si, cualquiera de ellas pueden conducirte a serios problemas de salud cuando no son tratadas adecuadamente y a tiempo.

En las mujeres la mayoría de las ITS son asintomáticos pero pueden producir abortos, enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, además puedes transmitir a tu hija o hijo si estas embarazada.

COMO PUEDO SABER SI TENGO UNA ITS?

Eso depende de cuál sea el tipo de infección pero, por lo general las ITS más leves se manifiestan a través de:

- Flujos, supuraciones o secreciones por el pene o la vagina. Aparecen en casos de gonorreas y uretritis no específicas.

- Dolor o ardor al orinar. Se sienten en casi todas las ITS.

- Erupciones en o alrededor de los órganos sexuales. Pueden ser signo de herpes, sífilis o de papiloma humano (VPH).

- Inflamación o errojamiento de los órganos sexuales, inclusive el ano. Puede indicar herpes, infecciones por hongos, ladillas o sarna. En las mujeres es sintoma de vaginitis.

- Lesiones en la piel: verrugas, chancros, o manchas, se dan en casos de herpes, sífilis papilomas (VPH) y SIDA.

- Los dolores del vientre pueden ser sintoma de enfermedad pélvica inflamatoria, complicaciones por gonorrea, uretritis no específica u otra ITS.

- Realízate una citología vaginal

POR TU PROPIA SALUD Y SEGURIDAD

- También PUEDE NO PRESENTAR NINGUN SINTOMA, inclusive durante varios meses y hasta por años después de la infección. ESTO ES FRECUENTE EN LAS MUJERES.

- Las INFECCIONES SEXUALES COMO EL VIH, no presentan síntomas por mucho tiempo, pero aún así puede que te la transmitan y tu transmitiría.

- Por lo cual debe ir al medico periódicamente

¿QUE HAGO SI TENGO ALGUNOS DE ESOS SINTOMAS?

➤ No te recetes a ti mismo, ni te hagas tratamiento que alguien no especializado te recomiende. Un tratamiento inadecuado puede empeorar las cosas.

➤ Acude al médico tan pronto como puedas. Aunque las infecciones sexuales pueden generar sentimientos de vergüenza, esas es una parte de tu cuerpo que como cualquier otra persona puede infectarse y requiere ser atendida.

➤ Comienza y continua sin interrumpir el tratamiento de la forma que el médico te indique. Algunas ITS, pueden parecer que están curadas y, de repente reaparecen.

➤ Evita las relaciones sexuales hasta tanto el médico compruebe que estas sano o sana pero si deseas tenerlas, protégete usando condón para la evitar reinfecciones o proteger a tu pareja

➤ Comunícale a tu pareja la situación. Así el o ella, pueden hacerse un chequeo y en el caso de también tener infección, comenzar el tratamiento. Si uno solo hace el tratamiento es tiempo perdido.