

SOCIOSANITARIO

Marta BARJA AFONSO

**IMPACTO DE LOS MANDATOS DE
GÉNERO EN LA TRANSMISIÓN
SEXUAL DEL VIH**

TFG/GBL 2014

Grado en Trabajo Social

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

IMPACTO DE LOS MANDATOS DE GÉNERO EN
LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

Marta BARJA AFONSO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA

Estudiante / Ikaslea

Marta BARJA AFONSO

Título / Izenburua

Impacto de los mandatos de género en la transmisión sexual del VIH.

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Julia MUNÁRRIZ GÓMARA

Departamento / Saila

Departamento de Trabajo Social/ Gizarte Laneko Saila

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

Este trabajo pretende analizar y reflexionar sobre los condicionantes biológicos y socioculturales de género que establecen mandatos y modelos de sexualidad diferentes y desiguales para hombres y mujeres y su repercusión en la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección por vih.

Existen factores de carácter social y cultural que hacen más vulnerables a las mujeres en la infección por vih, lo cual pone de relieve la desigualdad que existe en las relaciones de género, así como la falta de poder de las mujeres para la negociación del uso del preservativo.

El aumento de diagnósticos en mujeres infectadas por transmisión heterosexual hace evidente la necesidad de atender el problema mediante actuaciones, sociales y sanitarias, incorporando la perspectiva de género y, a través de la promoción de los derechos humanos y estrategias de reducción de riesgos.

Palabras clave: VIH/SIDA; género; desigualdad; vulnerabilidad; derechos humanos.

Abstract

The present essay aims to analyse and reflect on biologic and sociocultural gender determinants that establish different and unequal sexuality mandates and models for men and women, and its repercussion on a higher vulnerability for women facing HIV infection.

There are social and cultural factors that make women more vulnerable to HIV infection, which emphasizes inequality in gender relationships, as well as the lack of women power to negotiate the prophylactic use.

The increment of women diagnosis in heterosexual transmission shows the need to deal with the problem with social and sanitary behaviours, incorporating gender perspective and through human rights promotion and risks reduction strategies.

Key words: HIV/AIDS; gender; inequality; vulnerability; human rights.

INDICE

Introducción

1. Marco Teórico	1
1.1. Infección por VIH/SIDA	1
1.1.1. La prevención: cómo se transmite el VIH	3
1.1.2. La prueba	5
1.1.3. Tratamientos antirretrovirales	6
1.1.4. Estigma y discriminación	7
1.2. Enfoque de género	9
1.3. VIH-SIDA: a nivel político, económico y social	15
1.3.1. A nivel político	16
1.3.2. A nivel económico	19
1.3.3. A nivel social	20
1.4. Marco legislativo del VIH-SIDA	22
1.4.1. Sanidad	23
1.4.2. Servicios Sociales	26
1.4.3. Igualdad	27
1.5. Estado de la cuestión del VIH-SIDA en Navarra	27
2. La infección por VIH/SIDA desde un enfoque de género	31
2.1. Análisis comparativo de la infección por VIH/SIDA	31
2.2. Análisis del fenómeno con perspectiva de género	36
2.2.1. Factores biológicos	40
2.2.2. Factores económicos, sociales y culturales.	43
3. Medidas que se proponen para revertir las desigualdades	60

Conclusiones y cuestiones abiertas

Referencias bibliográficas

INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Fin de Estudios, dirigido por la profesora de la Universidad Pública de Navarra Julia Munárriz, es el resultado de un aprendizaje continuo durante los cuatro años del Grado en Trabajo Social, pero también de una amplia revisión bibliográfica durante los últimos meses sobre VIH y Género.

La elección sobre realizar este trabajo en torno a la problemática de la infección por VIH y Género, reside en un interés personal por conocer y comprender qué relación existe entre ambos conceptos, pues durante mi estancia en prácticas durante estos últimos meses en la asociación SARE, he tenido la oportunidad de adquirir conocimientos sobre el fenómeno del VIH, siendo un tema que desconocía, y que unido a mi interés por temas de género en base a lo aprendido a lo largo del Grado, considero que es la mejor manera para poder aplicar la perspectiva de género a un fenómeno, cuya dimensión social adquiere tanta importancia como lo es la parte más clínica y sanitaria de la infección. Este tema es importante para la práctica profesional dentro del ámbito social, ya que, como iremos viendo, el impacto de la infección en la salud de las mujeres, junto con las repercusiones que la propia enfermedad genera, tiene que ver con una situación de partida en la que las mujeres se encuentran en desventaja.

Este trabajo nos va a permitir reflexionar sobre la infección por VIH/SIDA desde un enfoque de género. Así es que, vamos a ver que la epidemia del VIH/SIDA afecta de manera desigual a hombres y mujeres en la medida en que las diferencias de género determinan tanto el acceso a la información y a los recursos sociosanitarios como la percepción de riesgo frente a la infección. Estas situaciones diferenciales van a derivar en los llamados factores de vulnerabilidad que propician una mayor exposición a la infección por VIH en la mujer, sobre los cuales podremos reflexionar a lo largo de este trabajo. Por todo esto, conocer mejor las realidades con las que viven las mujeres seropositivas, las necesidades y limitaciones, así como analizar el contexto sociosanitario en el que las mujeres se ven envueltas y en el que son tratadas, puede facilitar la puesta en marcha de acciones, actuaciones y estrategias que repercutan positivamente en la calidad de vida y en su bienestar global.

El objetivo de este trabajo es, pues, *la sistematización, a partir del ordenamiento, evaluación, análisis, interpretación y reflexión crítica de los datos para construir conocimiento y transformar las prácticas sociales.*

El presente trabajo aborda un estudio teórico, que busca sistematizar para comprender el fenómeno del VIH desde un enfoque de género y, en consecuencia, mejorar la práctica profesional, a través de una serie de actuaciones que se proponen finalmente. Así pues, los objetivos que se persiguen son: (1) definir los conceptos de VIH/SIDA, Género y Perspectiva de Género, (2) delimitar el marco normativo y legislativo que marca las directrices del sistema de intervención y guía las actuaciones en materia de VIH/SIDA e Igualdad de Género, (3) analizar y reflexionar sobre los datos estadísticos de la infección por VIH/SIDA desde un enfoque de género, a partir de un análisis comparativo de los datos, (4) evidenciar los aspectos socioculturales que hacen a las mujeres más vulnerables a esta epidemia con respecto a los hombres, así como visibilizar el problema, los obstáculos y retos a los que se enfrentan las mujeres cuando buscan dar respuestas y soluciones a esas desigualdades, (5) revertir las desigualdades que se derivan de un sistema que jerarquiza las relaciones de poder para convertirlas en acción a través de una serie de medidas que sirvan para mejorar la práctica profesional en relación a la problemática de las mujeres que viven con VIH, (6) elaborar propuestas de mejora propias y abordar los principales obstáculos políticos y culturales que impiden la visibilización del problema del VIH en las mujeres y que se pueden reflejar en la práctica profesional como una limitación a la hora de abordar las intervenciones.

Todo ello mediante la revisión e investigación bibliográfica, a través de la búsqueda de información en páginas web, libros, artículos y documentos especializados en materia de Género, Derechos humanos y VIH/SIDA.

El trabajo está dividido en tres partes, fundamentalmente, en base a los objetivos expuestos previamente:

La primera corresponde con el *marco teórico*, y en ella se explican los principales elementos conceptuales del VIH/SIDA y el Enfoque de género, con el objetivo de comprender el fenómeno y saber situarnos ante él, para poder,

posteriormente, reflexionar sobre cómo las diferencias de género condicionan la transmisión de la infección.

La segunda, siendo la parte central del trabajo, corresponde con el *análisis del fenómeno con perspectiva de género* partiendo, previamente, de un *análisis comparativo del fenómeno*. Se tendrán en cuenta las estadísticas más recientes de la distribución del VIH/SIDA en Navarra, destacando la situación de las mujeres según la categoría de transmisión predominante. Tras el análisis de la evolución de la epidemia en los últimos años, esta parte es clave para comprender y analizar desde una perspectiva de género, qué factores (biológicos, económicos y socioculturales) influyen en la vulnerabilidad de las mujeres para contraer el virus por vía de transmisión sexual, haciendo especial referencia a la sexualidad como espacio donde se construye tanto el riesgo como las estrategias de prevención.

La tercera parte corresponde con aquellas *medidas que se proponen*, según el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH/SIDA (2008), entre otros, *para revertir las desigualdades* que hacen a las mujeres encontrarse en una posición de desventaja frente a los hombres

Para terminar, utilizaré el apartado de conclusiones para hacer hincapié en aquellas cuestiones que, a mi juicio, resultan de gran importancia a tener en cuenta en la práctica profesional, haciendo un recorrido por los apartados previos y aportando mis propias propuestas en base a lo que se encuentra recogido en el trabajo, además de hacer referencia a las principales limitaciones que podemos encontrar en la práctica profesional.

1. MARCO TEÓRICO

Para dar comienzo a este trabajo fin de grado es preciso elaborar un marco teórico previo para comprender el fenómeno del VIH/SIDA y así, posteriormente, poder analizar el fenómeno desde un enfoque de género. Asimismo, considero pues, la necesidad de comprender los elementos conceptuales que conforman el enfoque de género.

Para todo ello describiré, en primer lugar, los principales elementos conceptuales que se consideran necesarios para comprender el fenómeno que queremos abordar y, en segundo lugar, haré un recorrido por las principales leyes que regulan la intervención en el campo de la salud y el VIH/SIDA, y la igualdad, describiendo los principales elementos legales-legislativos que son necesarios para situarse ante el fenómeno que se pretende abordar. También describiré, brevemente, la situación del VIH/SIDA a nivel político, económico y social y, por último, haré hincapié en la incidencia y prevalencia del VIH en Navarra, particularmente.

1.1. Infección por VIH/SIDA

Para introducir este apartado de comprensión y aclaración de conceptos sobre VIH/SIDA, es conveniente abordar, en primera instancia, la situación de la epidemia a grandes rasgos.

Al inicio de la epidemia, en los años 80, en España el VIH se transmitía principalmente a través del uso compartido de material de inyección, siendo las personas que se infectaban aquellas pertenecientes, mayoritariamente, al colectivo de consumidores de drogas por vía intravenosa. En España se notificaban las tasas de sida más altas de Europa y la esperanza de vida de las personas con VIH era bien corta, apenas sobrepasaban los diez años tras la infección. Entonces, la principal preocupación clínica era la aparición de enfermedades oportunistas, y las estrategias preventivas se dirigieron fundamentalmente hacia este colectivo.

El patrón epidemiológico de transmisión del VIH cambió en los 90; año en que *empezó a predominar la transmisión sexual, especialmente heterosexual*, como principal vía de expansión del VIH/SIDA.

Es importante tener en cuenta que, aunque el VIH sigue siendo una infección grave en la actualidad, sobre todo si atendemos a su dimensión social, el impacto que tiene ahora el VIH sobre la esperanza de vida de las personas es mucho menos acusado, gracias a los tratamientos existentes.

El VIH, como veremos a continuación, es el virus que causa el SIDA. Es importante aclarar ambos conceptos ya que, a menudo, suelen utilizarse indistintamente.

El VIH (*Virus de la Inmunodeficiencia Humana*) es un microorganismo que ataca al Sistema Inmunitario, destruyendo las defensas del organismo de manera progresiva y haciéndonos vulnerables ante una serie de infecciones. Especialmente, ataca a los linfocitos CD4, que son un tipo de células que se encargan de fabricar anticuerpos para combatir las infecciones. El SIDA (*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*) es la fase más grave de la infección por VIH en la que los niveles de defensas del organismo son muy bajos y aparecen infecciones producidas por gérmenes, parásitos y virus (llamadas enfermedades oportunistas), o algunos tipos de cáncer que en condiciones normales no se producirían. Se dice que es ADQUIRIDO porque no se transmite genéticamente, como por ejemplo el color de ojos, sino que puede adquirirse si se mantienen prácticas de riesgo frente al mismo.

Clínicamente, el SIDA es declarado cuando una persona infectada por VIH presenta un recuento de linfocitos T CD4 inferior a 200 células por mm³ de sangre. En esta condición, el sistema inmune se halla gravemente deteriorado, de modo que la persona queda expuesta a diversos procesos patológicos generados por un conjunto de *infecciones oportunistas*.

Así pues, la primera conclusión que podemos extraer de todo lo anterior es que, se considera que una persona tiene infección por VIH (“es seropositiva”) cuando el virus está dentro del organismo y, por tanto, puede transmitirlo. Sin embargo, esto no significa haber desarrollado el Síndrome (conjunto de síntomas o enfermedades que se desarrollan al mismo tiempo).

En cuanto a la *sintomatología* podemos decir que es casi nula, especialmente en los primeros años después de que la persona se haya infectado, ya que, con frecuencia, la mayoría de las personas infectadas por el virus disponen de un aspecto saludable y se encuentran bien, de tal manera que algunas personas no saben siquiera que están infectadas.

1.1.1. *La prevención: cómo se transmite el VIH*

Otra de las cuestiones más importantes que se pretenden abarcar en este apartado es el de la *PREVENCIÓN*. Saber cómo se transmite el VIH es el primer paso para protegerse y, por tanto, para prevenir que las personas sean infectadas o puedan transmitir el virus.

Es importante saber, en primer lugar, que sólo existe una concentración de VIH suficiente para producir la infección en los siguientes "*fluidos*": *sangre, fluidos sexuales (semen, líquido preseminal y secreciones vaginales) y leche materna*.

La transmisión se produce cuando sangre, semen o flujo vaginal, leche materna y, en menor medida, líquido preseminal de una persona infectada por el virus del VIH se introduce en el *torrente sanguíneo* de otra directamente o bien a través de las *mucosas*. Las mucosas son un tejido muy parecido a la piel (más frágil y con más vasos sanguíneos) que recubren las cavidades de nuestro cuerpo abiertas al exterior (boca, vagina, uretra y ano). Al ser de un tejido muy delicado, siempre están recubiertas por una secreción mucosa y pueden tener pequeñas escoriaciones. Durante el embarazo, o sobre todo en el momento del parto, puede producirse la transmisión por el intercambio de fluidos.

Las *vías de transmisión del VIH* son bien conocidas y, por tanto, no es difícil protegerse; éstas son:

- *Vía sexual*: las *prácticas sexuales de riesgo* son aquellas que incluyen penetración (anal, vaginal u oral) sin preservativo y una o las dos personas está infectada. El riesgo de transmisión o de reinfección varía de una práctica a otra en función de la fragilidad de las mucosas que se vean afectadas, por eso la penetración anal es la práctica de mayor

riesgo, seguida de la vaginal. Mientras que las relaciones sexuales orales tienen mucho menor riesgo, especialmente si no hay eyaculación.

- *Vía parenteral o sanguínea:* se produce cuando la sangre de una persona infectada por VIH penetra en el torrente sanguíneo de otra persona. La infección por VIH puede producirse por el uso compartido de jeringuillas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento cortante que haya estado en contacto con sangre infectada.
- *Vía perinatal, vertical o de madre-hijo/a:* cuando una mujer embarazada es seropositiva, la transmisión del virus puede tener lugar durante el embarazo, el parto o la lactancia. Actualmente, en España, previo consentimiento informado, se realiza la prueba de detección del VIH a todas las mujeres embarazadas que llevan seguimiento médico durante el embarazo, y en caso de resultar positivo, se inicia de forma inmediata el tratamiento antirretroviral para reducir las posibilidades de transmisión vertical.

En definitiva, en el caso de haber llevado a cabo prácticas que conlleven riesgo de transmisión del virus es importante consultar y pedir asesoramiento lo antes posible, ya que ignorar el riesgo no protege. Actualmente, muchos diagnósticos se realizan tarde, incluso después de más de 10 años de haberse producido la infección, y cuando se obtiene el resultado, la destrucción del sistema inmunitario es tan grande que la infección ha progresado hasta ser un caso sida. Por tanto, un *diagnóstico precoz*, mediante la realización de la prueba y un posterior análisis de sangre, mejora mucho el pronóstico de la enfermedad puesto que, con los tratamientos disponibles, se puede frenar eficazmente la destrucción del sistema inmunitario y, por tanto, la evolución a sida. Como sabemos, aún no se dispone de vacuna contra el VIH ni de tratamiento curativo, siendo en la actualidad el mejor tratamiento la prevención.

Por esta razón, y conociendo las vías de transmisión del virus, es relativamente fácil tomar medidas de precaución que impidan la transmisión del VIH. Entre las formas de prevención destaca la *responsabilidad individual* para llevar a cabo unas *prácticas de prevención* adecuadas; algunas de las relacionadas con la transmisión sexual son: utilizar el preservativo (masculino o femenino) como método de protección siempre que se tengan relaciones sexuales con Impacto de los mandatos de género en la transmisión sexual del VIH

penetración, ya sea vaginal, anal u oral con personas infectadas o con las que desconocemos si tienen el VIH o no; hacerse la prueba del VIH es recomendable para aquellas personas que deseen dejar de utilizar el condón en sus relaciones sexuales.

1.1.2. La prueba

La prueba del VIH es la única forma fiable de saber si una persona ha contraído o no el VIH y, por tanto, la única forma segura de conocer el estado serológico de la misma. *La seropositividad* se determina mediante la realización de un análisis de sangre que demuestra la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH en un organismo infectado.

En SARE, que es la asociación de apoyo al VIH/sida en la cual he realizado las prácticas del octavo semestre, se realiza el *test de prueba rápida de VIH*, que es un test en saliva (o fluido gingival) con resultado en 20 minutos, que se realiza de forma gratuita, al igual que en todos los centros de salud de la red pública, y de forma anónima y confidencial.

Este tipo de pruebas son rápidas en cuanto al tiempo de espera desde la extracción de la muestra hasta la obtención del resultado, pero no en cuanto al tiempo que se tarda en producir anticuerpos detectables desde el momento de la infección ("*periodo ventana*"). Para que el resultado sea fiable, hay que tener en cuenta el periodo ventana, es decir, los tres meses que tarda el organismo en fabricar anticuerpos frente al VIH desde la última práctica de riesgo.

Los hospitales, además, disponen de *pruebas de carga viral* que permiten conocer la cantidad de virus presente en la sangre.

Es importante hacerse la prueba, ya que cuanto antes sepan las personas si son o no portadoras del VIH, antes se podrán beneficiar de los tratamientos y adoptar las medidas oportunas para evitar la transmisión de la infección a otras personas. Así pues, un *diagnóstico precoz* de la infección aumenta considerablemente la eficacia del tratamiento, así como la calidad de vida de la persona, de tal forma que un *diagnóstico tardío* repercutirá directa y negativamente en la salud de la persona infectada por el VIH.

1.1.3. Tratamientos antirretrovirales

Obtener un resultado positivo en una prueba de detección de VIH significa que la persona tiene anticuerpos contra el VIH y que se ha infectado con el virus. *El tratamiento antirretroviral* es el tratamiento que se proporciona a personas que viven con VIH, y que permite aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de las mismas, retrasando así la progresión de la enfermedad.

El uso de *medicamentos combinados* puede controlar la replicación del virus y fortalecer el sistema inmunitario. De esta manera se frena la aparición de enfermedades oportunistas, de tal forma que la infección por VIH puede convertirse, con el uso continuado de esos fármacos, en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal.

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) consiste en la combinación de varios fármacos antirretrovirales. Actualmente es posible inhibir casi por completo la reproducción del VIH utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales. Esto, no sólo se reduce la posibilidad de progresar en la enfermedad, sino que permite al cuerpo ir reconstruyendo las defensas dañadas.

Hoy día, disponemos de un amplio número de fármacos antirretrovirales para tratar el VIH. No obstante, los tratamientos antirretrovirales exigen, para mantener su eficacia, una *elevada adherencia terapéutica* (superior al 95%) en comparación con los tratamientos relacionados con otras enfermedades crónicas. Esto quiere decir, que el éxito del tratamiento depende muy directamente de un cumplimiento exhaustivo del régimen prescrito.

Se derivan del tratamiento antirretroviral múltiples *efectos secundarios* que varían dependiendo de cada medicamento y de la persona, aunque los posibles efectos secundarios que pueden aparecer suelen ser comunes para la mayoría de los tratamientos antirretrovirales (diarrea, fatiga, insomnio, náuseas, entre otros muchos). Es muy importante detectar los efectos secundarios para poder valorar la posibilidad de mantener el tratamiento o, por el contrario, realizar un cambio de medicación.

1.1.4. Estigma y discriminación

Desde que se diagnosticaron los primeros casos de SIDA, han tenido lugar numerosos avances en el conocimiento de la infección y su tratamiento. No obstante, todavía hoy, existen importantes retos en relación a la *prevención* y al *abordaje social de la enfermedad*. Aunque ya el SIDA ha dejado de ser una enfermedad asociada a la muerte, convirtiéndose en una enfermedad crónica con una aceptable calidad de vida, sigue existiendo una cuestión que persiste en la vida de esas personas: *el rechazo social*.

Algunas investigaciones demuestran que, todavía hoy, persisten situaciones de discriminación hacia las personas que viven con VIH. El Plan Multisectorial frente al VIH-SIDA (2008-2012), apostó por un enfoque de derechos reafirmando el objetivo de reducir la discriminación y el estigma. En una de las investigaciones sociales más recientes de FIPSE, incluida en el informe FIPSE 2005 *“Discriminación y VIH/SIDA”*, las situaciones discriminatorias que se detectaron aparecieron con más frecuencia en las prácticas cotidianas en diversos ámbitos como la asistencia sanitaria, el empleo, la educación y las relaciones interpersonales.

Por lo tanto, además del abordaje sanitario de la enfermedad, es también prioritario, trabajar por combatir *los prejuicios, el estigma y la discriminación* hacia las personas con VIH, puesto que la discriminación sigue siendo un grave problema, al cual hay que saber hacer frente. El estigma que tienen las personas que viven con VIH está causado por los prejuicios que existen sobre la sexualidad, las enfermedades infecciosas y su asociación con grupos previamente estigmatizados, pero también por el desconocimiento que aún, hoy día, existe en la sociedad y por las ideas erróneas que existen sobre el VIH/SIDA y sus vías de transmisión.

Ya para terminar, y según el Plan Nacional sobre el Sida, es importante señalar que la infección por VIH es una de las principales preocupaciones de salud pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y su *política de actuación* se centra, de forma prioritaria, en 5 grandes *“áreas”*: *epidemiología, prevención, asistencia, investigación y relaciones internacionales*.

En lo que se refiere al campo de la investigación de VIH en España, el Ministerio cuenta con la colaboración de dos entidades, fundamentalmente, que considero oportuno destacar por su implicación ante la dura realidad del VIH/sida.

Por un lado, se encuentra la *Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE)* que se creó para aunar esfuerzos entre recursos públicos y privados en la lucha contra el sida. De ella forman parte el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las principales compañías farmacéuticas clave en la investigación y desarrollo de fármacos antirretrovirales. FIPSE pretende promover una investigación de calidad que genere conocimiento científico valioso para la implementación de programas de prevención y asistencia, así como potenciar la investigación multidisciplinar y la creación de redes de investigación sobre sida en nuestro país.

Y, por otro lado, se encuentra el *Grupo de Estudio de Sida (GESIDA)*, que se trata de un grupo de trabajo integrado por profesionales sanitarios socios de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), con el objeto de promover, fomentar y difundir el estudio de la investigación de la infección por el VIH y sus complicaciones.

Contrastando la información inicial con lo planteado hasta entonces, podemos concluir en que, a día de hoy en España, el VIH se transmite, principalmente, a través de las relaciones sexuales no protegidas, siendo la principal vía de transmisión, como más adelante se verá. Aunque no existe tratamiento curativo en la actualidad, bien es cierto que el VIH se ha convertido en una enfermedad de evolución crónica gracias a los tratamientos que frenan la replicación del virus.

Ahora, al contrario de lo que ocurría al inicio de la epidemia, el envejecimiento de las personas con VIH y los efectos indeseados (los llamados efectos secundarios) provocados por los medicamentos que conforman el tratamiento antirretroviral, ocupan un lugar central en la investigación y tratamiento.

1.2. Enfoque de género

Tras una amplia descripción de la infección por VIH/SIDA, es importante dedicar este espacio a comprender cuál es la finalidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis del VIH/SIDA.

Incorporar la perspectiva de género en el abordaje de cualquier problema de salud, según la OMS, aporta calidad y mayor eficacia a las intervenciones, más si cabe cuando se trata de una persona que vive con VIH. Es por ello que, incorporar la perspectiva de género cuando hablamos de VIH adquiere especial importancia en la medida en que, en primer lugar, pretende explorar cómo las desigualdades entre hombres y mujeres determinan la exposición diferente a los riesgos, accesos y beneficios; a la información, recursos y atención sanitaria; así como al ejercicio de derechos. Y en segundo lugar, pretende explorar la manera en la que los roles, estereotipos, identidades y normas de género influyen en la salud de mujeres y hombres, encontrando la forma de abordar las desigualdades que surgen de esto.

Para entender por qué es necesario integrar la perspectiva de género ante cualquier circunstancia, fenómeno o hecho social que afecte de forma distinta a hombres y mujeres, es necesario, en primer lugar, entender la *TEORÍA SEXO-GÉNERO*. Ésta, incluye la primera diferencia fundamental entre lo que es el SEXO y lo que es el GÉNERO, entendiendo por sexo el hecho biológico diferencial o las características anatómicas y, por género, aquellos comportamientos aprendidos y que se encuentran asociados a un sexo o al otro. Esta teoría explica que las diferencias biológicas entre los sexos se han traducido en desigualdades entre hombres y mujeres a la hora de participar en la sociedad, resultando las mujeres las más desfavorecidas, como consecuencia de la atribución de comportamientos diferenciados a cada sexo biológico.

El *PATRIARCADO*, sobre el cual se sustenta el denominado “sistema sexo-género”, es una política de dominación, opresión y explotación del sexo masculino sobre el sexo femenino. Implica, por un lado, la distribución desigual del poder, jerarquiza las relaciones de poder (“dominación”/“sumisión”) y; por otro lado, orienta a las mujeres, mayoritariamente, hacia espacios de no poder.

El *sistema patriarcal* tiene una serie de mecanismos para perpetuar sus diferencias y la discriminación de las mujeres. Lo hace básicamente mediante dos procesos: *la violencia de género y los procesos de socialización*. La violencia de género, que es una de las expresiones más extremas de la desigualdad, es el instrumento más poderoso de control que se aprende también a través de los procesos de socialización del sistema. Así, tanto hombres como mujeres, antes de nacer, estamos predestinados a entrar en una rueda de aprendizajes sobre cómo está estructurada la sociedad, qué mandatos hemos de cumplir y cómo, finalmente, nos debemos relacionar sexual y afectivamente. Los *mandatos de género* alimentan el orden social y se traducen en roles desiguales de obligado cumplimiento para mujeres y hombres. No cumplir con los mandatos de género implica romper con lo preestablecido, de tal manera que, existen normas y mecanismos de sanción y control contra las desviaciones.

Es importante hacer hincapié en el *concepto de género* (Parrini y Amuchástegui, 2011) ya que es el principio básico de organización social de todas las sociedades, siendo la categoría central de la teoría feminista. Es un concepto que se crea en los años 70 del siglo pasado por científicos y científicas sociales para explicar, desde una nueva perspectiva, las diferencias entre mujeres y hombres, sobre las que se ha justificado a lo largo de la Historia la discriminación contra las mujeres.

Desde la primera Declaración Universal de Derechos Humanos (1789), muchos filósofos/as y pensadores/as trataron de justificar la exclusión de las mujeres de los derechos y de la ciudadanía. Argumentaron que tenía que ver con una diferencia natural, biológica, que es lo que asignaba a las mujeres una naturaleza distinta a la de los hombres, y que era, esa diferencia natural, lo que explicaba las menores capacidades que tenían las mujeres para ser plenos sujetos de derechos y decidir sobre sus vidas, excluyéndolas, por todo ello, del ámbito de lo público y la política.

Por esta razón, basada únicamente en la biología, se consideraba a las mujeres seres inferiores con respecto a los hombres, de ahí que se constituyeran en sujetos dependientes y subordinados, siempre sujetos a tutela y vigilancia, y cuya función principal quedaría relegada a la reproducción y al

ámbito del hogar y la familia, mientras que los hombres estaban destinados a regir la sociedad, participar en la política y el espacio público, escribir la Historia y desarrollar la Cultura y la Ciencia.

Es, como consecuencia de lo anterior, que surge el llamado “movimiento feminista”, que establece lo siguiente: las discriminaciones contra las mujeres no pueden explicarse por diferencias biológicas, sino que se trata, más bien, de una construcción cultural, basada en el patriarcado, que otorga privilegios a los varones y subordina a las mujeres. Esta situación, que parte de la desventaja de las mujeres, produce injusticias que pueden y deben revertirse.

Gracias a algunos y algunas autoras, como Simone de Beauvoir quien, por primera vez, se refiere al concepto de género en “El Segundo Sexo” (1949) con las siguientes palabras: “*no se nace mujer, se llega a serlo*”; junto con los llamados “estudios de género”, los cuales supusieron una revolución para las Ciencias Sociales, la distinción entre lo biológico y lo cultural empezó a convertirse en una *cuestión de responsabilidad humana*.

El *sistema sexo-género* es, pues, un sistema de organización social que reproduce los géneros, pues levanta sobre el sexo biológico las construcciones psico/sociales, identificando y homogenizando a los individuos de un mismo sexo, al mismo tiempo que se produce la desigualdad entre un sexo y otro que se visibiliza en la diferencia de oportunidades a la hora de participar y acceder a los beneficios de la sociedad. Permite, por tanto, organizar la sociedad a partir de la jerarquía de géneros con roles claramente diferenciados, lo que crea una serie de expectativas con respecto a lo que debe ser un hombre o una mujer. Así, el género es un hecho cultural aprehendido que establece diferentes mandatos, los cuales determinan lo que debe ser un hombre o una mujer a través de la masculinidad y la feminidad. Esto es así, que cada sociedad tiene su propuesta de “modelos” para los sexos, que son definiciones sociales que rigen la conducta de mujeres y hombres y que se transmiten intergeneracionalmente mediante la socialización. Todo esto hace referencia a la *identidad humana*.

Entonces, teniendo en cuenta lo descrito hasta el momento, podemos recabar la información a través de la definición de tres conceptos importantes, que forman parte del sistema sexo-género. Entendemos el *PROCESO DE*

SOCIALIZACIÓN como el proceso mediante el cual las personas, hombres y mujeres, asimilan y hacen suyos los elementos culturales y sociales que favorecen y garantizan la adaptación e integración en la sociedad. De esta modo, los *ESTEREOTIPOS DE GÉNERO* hacen referencia al conjunto de cualidades y características psicológicas y físicas que una sociedad asigna a hombres y mujeres y; los *ROLES DE GÉNERO* hacen referencia al conjunto de tareas, funciones y comportamientos considerados propios de hombres o de mujeres por el mero hecho de pertenecer a uno sexo u otro.

En síntesis, el sistema sexo-género es un sistema que se fundamenta en la biología y la división sexual del trabajo tratándose, por todo ello, de un sistema jerárquico y patriarcal que tiende a la discriminación de las mujeres dentro de ámbitos en los que se produce desigualdad, como el de la familia, educación, trabajo y empleo, participación social y política, salud y sexualidad, ocio y tiempo libre, gestión de los cuidados y violencia. Así, podemos decir que las desigualdades se expresan de muchas formas y en todos los ámbitos de la vida, de manera que mantener una mirada crítica desde un enfoque de género puede servir para mejorar la práctica profesional.

Ya para terminar, y volviendo al principio del apartado en el que definíamos de forma breve y concisa qué es eso del análisis de género, podemos concluir con la descripción del concepto una vez hemos hecho alusión previamente al sistema sexo-género.

El “*análisis de género*”, o también denominado “*enfoque de género*” (López, 2007) es el proceso mediante el cual se puede estudiar de manera diferenciada los roles de género, es decir, los roles de mujeres y hombres para conocer los problemas, las necesidades y las oportunidades que de ellos se derivan. El enfoque de género permite el abordaje de la realidad social de mujeres y hombres en un contexto geográfico, histórico y cultural determinado y, permite poner de manifiesto las relaciones de jerarquía y desigualdad entre ambos sexos. Esto quiere decir que pretende dar sentido a los por qué históricos, sociales y a las vivencias de las mujeres, permitiéndonos reflexionar sobre muchas situaciones que viven las mujeres y que se consideran fruto de un sistema patriarcal que reproduce la desigualdad entre ambos sexos y que, por tanto, dependen más de la propia estructura que de ellas mismas. El análisis

de género constituye, por tanto, la herramienta previa y necesaria para promover la igualdad de género en cualquier acción o intervención social. Así, promover la igualdad entre mujeres y hombres significa otorgarles igual valoración. Esto implica acabar con las discriminaciones basadas en el sexo, otorgando el mismo valor, los mismos derechos y las mismas oportunidades a mujeres y hombres en una sociedad determinada.

La metodología que emplea el análisis de género debe incluir, como ya hemos visto, variables como: sexo, edad, clase social, país de origen/etnia, procedencia rural/urbana, religión, opciones sexuales, discapacidades, etc., con el fin de evitar hacer generalizaciones que obvian las especificidades del contexto en que se producen las relaciones de género.

La “*perspectiva de género*” (López, 2007) es la herramienta conceptual que tiene como finalidad mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos. La perspectiva de género, visibiliza el modo en que el género puede afectar la vida y las oportunidades de las personas para resolver sus problemas y dificultades y el impacto tan profundo que tiene sobre la salud de las personas. Es importante resaltar que, el concepto de género no lo podríamos entender sin la contribución del movimiento feminista en el análisis y la interpretación de cómo está configurada la sociedad y cómo la desigualdad entre hombres y mujeres viene determinada por hechos estructurales. Esta perspectiva, que ayuda a comprender más profundamente tanto la vida de las mujeres como la de los hombres y las relaciones que se dan entre ambos, cuestiona los estereotipos con que se nos educa a las mujeres y a los hombres y abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos. Desde la perspectiva de género se pone el énfasis en los obstáculos que tienen las mujeres para participar en las distintas áreas de la sociedad, la cultura, la economía, no tanto como seres vulnerables, sino como personas que ven vulnerados sus derechos: son discriminadas por su pertenencia al género femenino.

Por lo tanto, analizar una situación desde la perspectiva de género permite entonces, entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la

medida en que no está «naturalmente» determinada. El empleo de esta perspectiva plantea la necesidad de solucionar los desequilibrios “estructurales” que existen entre mujeres y hombres.

La mirada o perspectiva de género pasa por:

- La identificación de las diferencias en los roles e identidades de género y su desigual valoración económica y social.
- La identificación de las dificultades que experimentan las mujeres para acceder y controlar los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades.
- La identificación de las dificultades para tomar las decisiones necesarias para desarrollar libremente sus proyectos vitales.

La perspectiva de género, es una mirada sobre la realidad de la gente que nos permite detectar experiencias y problemas que se derivan de la construcción de género y que nos permite tratar de atender o adaptar las intervenciones a tales diferencias.

Teniendo en cuenta que el género nos marca las relaciones, valoraciones, comportamientos, actitudes, roles, posiciones y tareas que definen lo masculino y lo femenino, integrar la PERSPECTIVA TRANSFORMADORA DE GÉNERO en cualquier análisis social, implica transformar la concepción tradicional, históricamente dominante, que explica que género es igual a sexo estando, por tanto, las conductas biológicamente determinadas, considerándose inmodificables. Esto nos permitirá entender la concepción emergente, históricamente negada, gracias a la cual se explica el género como una construcción social en la que las conductas son adquiridas socioculturalmente, siendo por ello modificables.

En último término, no podemos olvidar que la perspectiva o análisis de género va a poner en evidencia desigualdades y que, por tanto, nos impulsa a buscar estrategias que traten de revertirlas. Por ello, la aplicación de la perspectiva de género tiene una dimensión política inevitable y no conviene reducirla a una

mera técnica o herramienta, pues nos permite promover cambios sociales o, al menos, evitar seguir profundizando en las discriminaciones de género.

1.3. VIH-SIDA: A nivel político, económico y social.

Es importante, también, tener en cuenta el fenómeno del VIH/SIDA a nivel político, económico y social para comprender, en mayor profundidad, cómo afecta la situación política y económica del país en la infección por VIH/SIDA, además de las repercusiones que, a nivel social, tiene la infección siendo, por tanto, la dimensión social de la enfermedad una cuestión muy importante a tener en cuenta.

Dentro del Plan Nacional de Sida (<http://www.msssi.gob.es>) se encuentra la “I Jornada virtual de información sobre las subvenciones a ONGs para programas de prevención del VIH” en la cual se establece lo siguiente sobre la dimensión social de las enfermedades.

Las enfermedades, generalmente, no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura política, económica y social en la que vivimos. Cuando se utiliza el término “*desigualdad social en salud*” para hacer alusión a la falta de equidad en la distribución de la enfermedad, es porque se considera que la enfermedad podría no haber tenido lugar si las condiciones de vida de una persona habrían sido otras totalmente distintas y, por tanto, para determinar que hay factores políticos, económicos y sociales que favorecen el desarrollo de una enfermedad.

Así, se entiende por “*desigualdad en la salud*” las diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una DSS, tienen que darse dos condiciones fundamentalmente: que se la considere socialmente injusta y que sea potencialmente evitable, es decir, que existen instrumentos para haberla evitado.

1.3.1. A nivel político

Encontramos, a nivel político, un documento oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que recibe el nombre de *PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA* (<http://www.msssi.gob.es>). Éste plan recoge, a su vez, otros planes, informes y documentos, además de guías, publicaciones, investigaciones y estudios hechos en materia de VIH/SIDA.

El Plan Nacional sobre el Sida incluye, en su interior, la normativa, la estructura organizativa (instituciones y organismos colaboradores), Planes Autonómicos de SIDA y Planes estratégicos.

En España la responsabilidad en salud pública es compartida por el *Gobierno Central y los Gobiernos de las 17 comunidades autónomas y las 2 ciudades autónomas*. Éstas son responsables de la vigilancia epidemiológica, prevención, asistencia médica y social.

El *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, se encarga de la coordinación nacional de programas, leyes de bases y reglamentos, relaciones exteriores e internacionales, farmacia e investigación.

Desde 1987, el *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* actúa como marco en el que se desarrolla esta colaboración en materia de salud pública.

El VIH y el sida han necesitado la creación de una estructura especial para el seguimiento de la situación epidémica y la valoración de programas. Creada en 1987 dentro del Ministerio de Sanidad por *Acuerdo del Consejo de Ministros*, la *Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida*, ha sido un estímulo para la creación de órganos intersectoriales a nivel regional. Esta Comisión Nacional se reorganizó por *Real Decreto 592/1993, el 23 de Abril de 1993*.

La *estructura organizativa* está formada por organismos colaboradores estatales y autonómicos (gubernamentales y no gubernamentales). Además, existen, *Planes Autonómicos de SIDA*, con sus correspondientes Programas de PREVENCIÓN en todo el Estado Español y; en relación a los *Planes estratégicos* encontramos en la página web del PNS una serie de documentos

a los que se puede acceder y que corresponden a los principales instrumentos de planificación del Plan Nacional sobre el Sida. A través de estos documentos, se pretende ofrecer a administradores sanitarios, investigadores y ciudadanos un panorama global de la evolución de la epidemia y de las medidas adoptadas para combatirla. Así pues, se han aprobado planes multisectoriales desde el año 1997, siendo el último el de 2008-2012.

El *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida 2008-2012*, reúne las políticas e instrumentos del Estado que intervienen en la acción contra la infección por VIH. Su principal finalidad es la coordinación de las Administraciones Públicas, garantizando la cohesión mediante un liderazgo fuerte, un compromiso continuo y la aplicación de los recursos necesarios, que sirvan a las Comunidades Autónomas y a los demás sectores corresponsables en la respuesta a la epidemia. Aunque en la actualidad se trata de un documento ya caducado, aparecen en él las líneas prioritarias del Plan Nacional de Sida y el tipo de intervenciones que proponen.

Además, encontramos en el Plan Nacional de Sida otros documentos, también muy interesantes, que nos pueden servir para profundizar en el fenómeno del VIH-SIDA a nivel político, como por ejemplo:

- *Informe de evaluación Plan Multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012. Julio 2013 y Actualización Diciembre 2013.* Proporciona datos y porcentajes en relación a la prevención, asistencia y vigilancia epidemiológica.
- *Guía práctica para la integración de la perspectiva de género en los programas de prevención del VIH.* La realización de esta guía, es resultado del trabajo conjunto de las personas que forman parte del grupo de trabajo de Mujeres y VIH, y el equipo técnico de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. La importancia de la incorporación del enfoque de género en los programas de prevención del VIH tiene que ver con “*promover la defensa y la garantía del principio de igualdad entre mujeres y hombres en todas las actividades y políticas, a todos los niveles, evaluando sus posibles efectos*”.

- *Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida/GESIDA sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH.* Este documento hace hincapié en las diferencias biológicas, que son las que influyen en la salud y, sobre las cuales se construye el género, siendo esas diferencias de carácter social y cultural las que influyen en los patrones de salud y enfermedad, generando desigualdades entre hombres y mujeres.

A través de estos últimos documentos, podemos darnos cuenta que factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja tienen un impacto directo sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población. Esto quiere decir que muchos de esos factores, como el sexo y el género, influyen en la salud de las personas, de tal manera que, por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH. Ambos, son factores que hacen más propensa a la mujer a desarrollar la infección. Esto responde a unas claras desigualdades en salud porque son esos factores los que hacen que se origine la enfermedad y, por tanto, se entiende que la enfermedad podría haberse evitado.

El estudio de las características de la población y del área geográfica de residencia es el soporte metodológico con el que identificar puntos de intervención enfocados a la prevención y a la desaparición de las desigualdades en salud existentes.

Volviendo al inicio del apartado, un concepto que va ligado al de “desigualdades en salud”, es el concepto de “vulnerabilidad”. Este concepto hace referencia al conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas (sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación migratoria y nivel socioeconómico), colocan a los individuos en situaciones que pueden limitar su capacidad para prevenir y responder ante una infección por VIH/ITS. Por eso, se considera que la vulnerabilidad es una condición que se adquiere y que depende de las condiciones estructurales y, por tanto, de una serie de factores concretos, en que se desenvuelven las poblaciones móviles.

1.3.2. A nivel económico

A nivel económico podemos observar cómo y en qué grado afecta la situación actual de crisis económica en el desarrollo y progreso de la infección por VIH. La coyuntura económica actual es generadora de múltiples ajustes económicos en materia de VIH, siendo un claro factor de riesgo para las personas que viven con la infección.

La actual situación de crisis financiera ha llevado consigo numerosos y variados recortes por parte de la Administración Pública a las entidades que son proveedoras de servicios sociales, entre ellos, aquellos recursos cuyo ámbito de actuación es el VIH/SIDA. Estos recortes impactan directa y negativamente en la salud de las personas.

El impacto de la actual coyuntura económica en la infección por VIH/SIDA tiene numerosos riesgos, sobre todo en las áreas de prevención, asistencia e investigación.

Según el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH/SIDA (2008-2012), establece que la prevención constituye la espina dorsal del Plan. El documento reafirma el compromiso del Gobierno con la política de prevención para alcanzar el objetivo de controlar la epidemia. La prevención funciona, como hemos podido comprobar en nuestro propio país, en combinación con las estrategias de reducción de riesgos, la información epidemiológica disponible y nuevas estrategias, fundamentadas en la evidencia científica, que demuestren su efectividad. No obstante, en relación a la *prevención*, en la actualidad existen menos ayudas por parte de la Administración Pública a las asociaciones y otras instituciones y organismos, cuyas partidas han descendido notablemente (50-70% de la financiación), lo que implica un menor gasto en la elaboración de estrategias prevención.

Por otra parte, la mayor supervivencia de las personas con VIH hace que sus necesidades sean cada vez más complejas y requieran un abordaje que incluya aspectos sanitarios, psicológicos y sociales. La universalidad y la calidad de la asistencia sanitaria a las personas con VIH en España responden a las exigencias de los países más desarrollados, y debemos promover también el bienestar y la calidad de vida. Así es que, en la actualidad, los

numerosos recortes en *asistencia* han supuesto la desatención a personas inmigrantes irregulares como consecuencia de la reforma sanitaria, lo que se traduce en un mayor impacto para la salud de estas personas, ya que retrasará la detección de la infección y, por consiguiente, la toma de medicación cuando sea necesaria.

Finalmente, para asegurar la calidad y prepararnos para el futuro es necesario incentivar la *investigación* y el desarrollo de nuevos, mejores y más baratos instrumentos de prevención y de tratamiento, incluyendo la vacuna. No obstante, como consecuencia de la actual situación de crisis económica es fácil que, existiendo menos fondos, se invierta en investigación de nuevos medicamentos y tratamientos de la infección por VIH en menor proporción que hasta hace pocos años.

1.3.3. *A nivel social*

Según el Plan Nacional de Sida, los avances en los tratamientos y en la atención sanitaria han hecho de la infección por VIH en el mundo occidental una enfermedad crónica. Actualmente, la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con VIH podrían equipararse a la de muchas otras personas. Sin embargo, los cambios en la percepción social del VIH han sido menos significativos. Sus vías de transmisión, sus implicaciones respecto a los mandatos de género más tradicionales y su asociación en el imaginario social a grupos socialmente excluidos, son causa del estigma asociado a la infección y motivo de discriminación en distintos ámbitos.

Por esta razón, *el estigma y la discriminación* hacia las personas con VIH y SIDA cobran especial importancia en la dimensión social de la infección, pues a pesar de las mejoras que en los últimos años ha tenido la protección de los derechos de las personas, todavía hoy persisten situaciones de discriminación que muestran que aún queda mucho camino por recorrer. Existen *tres investigaciones* que lo demuestran, las cuales se encuentran recogidas en los siguientes informes:

- El informe FIPSE 2005 “*Discriminación y VIH/sida*”.
- El informe FIPSE 2009 “*Integración laboral de las personas con VIH*”.
- El informe FIPSE 2010 “*Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH*”.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH tienen múltiples consecuencias que afectan al desarrollo de la epidemia y refuerzan las desigualdades sociales existentes, en especial las relacionadas con el género, la sexualidad y la etnia. Las consecuencias no son solo para las personas con VIH o que se sospecha que lo tienen y sus familias, sino también para la sociedad en general. Los efectos del estigma y de la discriminación se producen en ámbito laboral, en el pronóstico y tratamiento individual y en la salud pública.

En relación a los *efectos en el ámbito laboral*, los avances en los tratamientos y en la calidad y esperanza de vida de las personas con VIH han puesto de manifiesto la necesidad de reforzar el trabajo para dar respuesta a las demandas y necesidades que las personas con VIH manifiestan con respecto a su incorporación al mercado laboral y al mantenimiento de sus puestos de trabajo. A pesar de que existe un marco legislativo que protege el derecho de todos los trabajadores y trabajadoras (en el sentido amplio), y de las recomendaciones internacionales en lo que se refiere al VIH y el mundo del trabajo, siguen siendo frecuentes, entre otras: las discriminaciones a la hora de optar a nuevos puestos o promociones internas, el rechazo de los compañeros/as de trabajo o, la falta de confidencialidad.

Los sindicatos y algunas organizaciones no gubernamentales están desarrollando acciones dirigidas a mejorar la inserción laboral de las personas con VIH.

En cuanto a los *efectos en el pronóstico y tratamiento individual*, la discriminación real o percibida en el ámbito laboral puede llevar a las personas con VIH a retrasar las visitas a las unidades sanitarias especializadas o evitar

el tratamiento de la infección, para evitar comunicar en el trabajo la causa de dichas visitas. A ello se suma el miedo a ser vistas en las salas de esperas o el temor anticipado a los efectos secundarios de algunas medicaciones (lipodistrofia). Ocultar el estado serológico puede provocar un aumento considerable de los niveles de estrés de la persona con la consiguiente posibilidad de debilitamiento en el sistema inmunológico.

Además, al ocultar el estado serológico por temor a que sus amistades o familiares las abandonen o sean objeto del mismo estigma, algunas personas con VIH limitan sus relaciones interpersonales reduciendo sus redes de apoyo e incrementando el riesgo de aislamiento y discriminación. El rechazo social y la discriminación pueden, además, dificultar la motivación de las personas para asumir unas pautas correctas de cuidado personal y de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Por último, en relación a los *efectos en la salud pública*, el temor a las consecuencias de un resultado positivo en la prueba del VIH es un motivo asociado con el retraso en la detección y en el tratamiento de la infección. Esto tiene efectos adversos sobre la salud de las personas infectadas. En cambio, el diagnóstico precoz tiene efectos positivos para contener la transmisión ya que es más probable que las personas que saben que tienen VIH adopten comportamientos preventivos.

El estigma hacia las personas con VIH percibida provoca que algunas de ellas teman proponer prácticas de reducción de riesgo como el uso del preservativo o eviten comunicar su estado serológico por miedo al rechazo de sus parejas.

La discriminación y el estigma asociados a la infección dificultan a las personas con VIH que sufren violencia de pareja la salida de la situación de maltrato, y origina formas concretas de violencia psicológica ejercidas por el maltratador.

1.4. Marco legislativo del VIH-SIDA

A continuación, haré hincapié en los principales elementos legales-legislativos que son necesarios para situarse ante el fenómeno que queremos abordar en este trabajo fin de estudios. Son muchas las leyes que se encuentran vinculadas con las personas que viven con VIH/SIDA, por eso nombraré las

que, a mi juicio, resultan más interesantes y de forma directa o indirecta responden a los derechos de las personas infectadas por el virus.

Encontramos legislación estatal de referencia para el VIH/SIDA en el denominado *Plan Nacional sobre el Sida* (<http://www.msssi.gob.es>), ya que es el documento oficial que marca las directrices del sistema de intervención y guía las actuaciones en materia de VIH/SIDA. No obstante, también consultaré legislación en materia de sanidad y servicios sociales, además de legislación sobre género e igualdad.

En primer lugar, es preciso nombrar “La Constitución española” de 1978, ya que es la norma suprema del ordenamiento jurídico del Reino de España, a la que están sujetos los poderes públicos y los ciudadanos de España, en vigor desde el 29 de diciembre de 1978, y en la cual se disponen todos los derechos y obligaciones de los y las ciudadanas de España (http://es.wikipedia.org/wiki/Constitución_española_de_1978).

Así es que, la *Constitución Española (1978)*, tiene por objeto organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Establece en su artículo 14 que “*los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*”. Por otro lado, establece en su artículo 43 “*el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos*” y; en su artículo 10 hace referencia a “*los derechos fundamentales y libertades*”.

1.4.1. Sanidad:

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, que tiene por objeto proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro. Destacan los artículos 1 y 2 en los que se hace referencia a “*la voluntariedad de los tratamientos*”.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derecho y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Esta ley establece que “*todos los*

españoles y extranjeros en el territorio nacional son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria pública”.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta ley tiene por objeto “*la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución*”. Por tanto, la Ley General de Sanidad establece que el acceso a la sanidad pública y a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Algunos de sus artículos dispone que “*toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los/as pacientes o usuarios/as*”.

Ley 16/2003, de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que tiene por objeto establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Ley foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derecho y deberes de las personas en materia de Salud en la Comunidad Foral de Navarra. Esta Ley tiene como fin regular y promover el derecho a una atención sanitaria integral y continua entre los distintos niveles asistenciales de conformidad con la Cartera de Servicios Sanitarios de Navarra.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Esta ley señala en sus artículos 6.1 y 1.3 “*el derecho a la igualdad en las actuaciones de salud pública, sin que la enfermedad pueda amparar diferencias de trato distintas de las que deriven del propio proceso de tratamiento de la misma, de las limitaciones objetivas que imponga para el ejercicio de determinadas actividades o de las exigidas por razones de salud pública*”.

Real Decreto 2.210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

La Orden Ministerial, de 24 de junio de 1987, tiene por objeto regular las pruebas de detección del VIH en operaciones de obtención, trasplante, injerto o implantación de órganos humanos.

La Orden de 18 de diciembre de 2000, por la que se crea un fichero con datos de carácter personal, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, relativo al sistema de Información sobre Nuevas Infecciones (SINIVIH).

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida, España 2008-2012. Se trata del documento que guía la estrategia de respuesta a la epidemia de VIH en nuestro país. Apostando por un enfoque de derechos, dedica su capítulo 15 al estigma y discriminación de las personas con VIH y plantea, como eje estratégico, reducir el estigma y la discriminación. Entre sus objetivos se encuentra reducir el impacto personal y social de la infección e incorpora en sus principios rectores la igualdad de oportunidades y la no discriminación, así como el enfoque de género. Se reconoce la necesidad de eliminar las desigualdades y la violencia de género, así como de aumentar la capacidad de las mujeres para protegerse a sí mismas del VIH, para lo cual deben poder decidir libremente sobre su sexualidad.

En la página web de Navarra (<http://www.navarra.es>) se encuentra el *Plan de Salud de Navarra 2014-2020* y, más en concreto, se hace referencia al *Programa de prevención y control del Sida en Navarra*.

El Plan de Salud de Navarra va a constituir el eje central de las políticas de salud de Navarra en los próximos años. Éste define los objetivos de Salud y es coherente con la Estrategia General del Departamento de Salud de promover un nuevo modelo de atención orientado al paciente, eficaz y sostenible.

El Programa de Prevención en Navarra se estructuró mediante acuerdo de una Comisión técnica formada en 1995 por profesionales, organismos comunitarios y representantes de la Administración en torno a las siguientes áreas: prevención, asistencia, intervención social, formación e investigación, información, etc.

1.4.2. Servicios Sociales:

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que tiene por objeto regular las distintas modalidades del contrato de seguro, en defecto de Ley que les sea aplicable, cuyos preceptos tienen carácter imperativo, a no ser que en ellos se disponga otra cosa.

Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales (BON 44 de 8 de abril de 1983).

Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales (BON 152 de 20 de diciembre de 2006). Esta ley incluye, por primera vez, el “principio de universalidad” que se trata del “derecho de acceso a los servicios sociales de toda la población con arreglo a criterios de igualdad, equidad y justicia redistributiva. No obstante, podrá condicionarse el acceso a determinados servicios al cumplimiento de requisitos y condiciones específicas”.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de la Dependencia. Tiene por objeto atender las necesidades de las personas que, por encontrarse en situación especial de vulnerabilidad, requieren apoyos para ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general.

El Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, tiene por objeto regular el derecho de los españoles a la Seguridad Social, establecido en el artículo 41 de la Constitución, ajustándolo a lo dispuesto en esta Ley.

El Real Decreto-ley 9/1993, de 28 de mayo, tiene por objeto regular la concesión de ayudas a personas afectadas por el vih.

El Estatuto de los Trabajadores, tiene por objeto regular los derechos y deberes respecto de la relación laboral. En los artículos 4, 20 y 17 se establece “*el derecho a la intimidad, a un trato no discriminatorio*”.

1.4.3. Igualdad:

Es importante tener en cuenta que el 22 de marzo de 2007 se aprobó la *Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH)*, que “*se refiere a la generalidad de las políticas públicas en España, tanto estatales como autonómicas y locales*”. En su artículo 27 insta a la integración del principio de igualdad en las políticas de salud, estableciendo que las políticas, estrategias y programas de salud incluirán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con Discapacidad. Esta ley sólo afecta a las personas que tengan reconocida una minusvalía del 33% como mínimo.

Existen *Planes de Igualdad*, que son “*un conjunto ordenado de medidas, adoptadas después de realizar un diagnóstico de situación, tendentes a alcanzar en la empresa la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo*” (Art. 46 *Ley Orgánica 3/2007*).

1.5. Estado de la cuestión del VIH/SIDA en Navarra.

Este apartado tiene como objetivo la descripción del “estado de la cuestión” del VIH/SIDA. Así pues, trataré de hacer referencia a la incidencia, la evolución y las características que en Navarra tiene el VIH-SIDA.

Para ello utilizaré los datos que proporciona el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra a través del Boletín Informativo del año 2012 (<http://www.navarra.es>), ya que son los datos más recientes que encontramos a nivel autonómico sobre la infección por VIH/SIDA.

Desde el comienzo de la epidemia de sida hasta diciembre de 2012 se habían diagnosticado 1.940 infecciones por VIH en población residente en Navarra. En los últimos años han disminuido de forma acusada los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios/as de drogas por vía parenteral respecto a épocas pasadas, aunque no se ha logrado controlar totalmente la ocurrencia de nuevas infecciones asociadas a esta práctica.

Otra de las características del fenómeno en Navarra es que, durante el periodo 2008-2012, el 38% de los diagnósticos de VIH en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países. Este dato dificulta el análisis del fenómeno al no encontrar datos segregados por sexo.

Esta primera parte relativa a las nuevas infecciones por VIH la tendremos en cuenta, justo más adelante, para utilizar los datos que nos van a permitir realizar el análisis comparativo. Por eso que, en este momento, no me detengo mucho más en ello, ya que más adelante haré hincapié en los datos distribuidos por sexo y según la categoría de transmisión.

En relación al *retraso diagnóstico de la infección por VIH*, de los 166 diagnósticos realizados en Navarra entre 2008 y 2012, el 33% presentaban menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico, lo cual indica que la infección está en estadio avanzado. Los diagnósticos de VIH con menos de 200 CD4 fueron más elevados en población autóctona (34%) que en la de otros países (21%).

Por otra parte, mientras que el 16% de los diagnósticos de VIH realizados en ese periodo fueron diagnósticos tardíos, solo el 34% de los diagnósticos de VIH se realizaron cuando el paciente tenía más de 500 CD4, lo que se considera diagnóstico precoz. El 81% de los diagnósticos tardíos se produjeron en varones, siendo el 95% de ellos infectados por vía de transmisión sexual, y el 58% de ellos fueron personas autóctonas. Esto demuestra que la infección no se sospechó hasta que aparecieron manifestaciones clínicas graves.

La mayoría de las defunciones por sida se produjeron en pacientes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida.

De nuevo podemos observar la necesidad de favorecer y promover el acceso a las pruebas de detección de VIH, ya que un diagnóstico precoz en la infección por VIH es fundamental para un mejor pronóstico de la enfermedad.

El número de personas vivas con diagnóstico de VIH viene aumentando ligeramente en los últimos años. Se estima que 1.054 personas a finales del año 2012 vivían con la infección por VIH. Las características de estas personas reflejan, principalmente, el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás, pues predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales siguen suponiendo más de la mitad.

Estos datos reflejan cómo los tratamientos antirretrovirales combinados han mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por VIH. Las muertes por sida han disminuido notablemente y tienden a concentrarse en personas cuyo diagnóstico de la infección se realiza de forma tardía, es decir, cuando ya han aparecido enfermedades oportunistas, o en personas que no tienen una buena adherencia al tratamiento.

Por otro lado, la mortalidad por causas distintas del sida va adquiriendo un peso creciente en las personas que viven con infección por el VIH, entre las que destacan: la intoxicación por drogas, las hepatopatías, algunos cánceres y la enfermedad cardiovascular. Esta mortalidad es elevada para las personas que viven con VIH/SIDA con respecto a la de la población no infectada de igual edad y sexo.

Una de las principales conclusiones que pueden abstraerse de todos estos datos es que, las mejoras en el pronóstico de la infección por el VIH dependen de que se instaure a tiempo el tratamiento adecuado, reduciendo con ello la propagación de la infección. Por este motivo resulta de especial importancia el diagnóstico temprano de la infección, especialmente en personas en las que las prácticas de riesgo pudieron ocurrir hace años, por lo que la sospecha de la infección no está presente actualmente.

Comparando la situación del VIH en Navarra con el resto de comunidades autónomas, *el Centro Nacional de Epidemiología* (Periodo 2003-2012. Actualización 30 de junio de 2012) elabora un informe sobre los nuevos

diagnósticos de vih en España. Llamen la atención los datos sobre el patrón de distribución por categorías de transmisión. Mientras que en el conjunto de comunidades el 31% de los casos fueron atribuibles a transmisión heterosexual, el 54% ocurrieron entre hombres con prácticas homosexuales y el 5% en usuarios de drogas por vía parenteral; los porcentajes en Navarra fueron del 45%, 38% y 3%, respectivamente siendo, por tanto, la vía de transmisión heterosexual la más destacada.

2. LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO.

En esta segunda parte del trabajo, en la cual tendrá lugar el análisis del fenómeno del VIH desde un enfoque de género, tiene como finalidad:

- Realizar un análisis comparativo de la infección por el VIH y el SIDA en Navarra teniendo en cuenta los datos de los últimos años y;
- Reflexionar sobre los datos y porcentajes que nos facilita el Instituto de Salud Pública y Laboral en Navarra para comprender qué factores biológicos y sociales favorecen determinadas situaciones de riesgo para las mujeres y, en última instancia, elaborar propuestas de mejora para corregir las desigualdades que se derivan de un proceso de socialización distinto de hombres y mujeres.

Como hemos visto previamente, es importante recordar que la perspectiva o análisis de género va a poner en evidencia desigualdades y que, por tanto, descubrirlas y reflexionar sobre ellas nos impulsa a buscar estrategias y a elaborar medidas que traten de revertirlas. Por ello, la aplicación de la perspectiva de género, que tiene una dimensión política inevitable, nos permitirá promover cambios sociales o, al menos, evitar seguir profundizando en las discriminaciones de género que, al fin y al cabo, es el objetivo último de esta investigación bibliográfica.

2.1. Análisis comparativo de la infección por VIH/SIDA.

El análisis comparativo del fenómeno nos va a permitir observar si los datos se repiten o si son similares en distintos años, lo cual nos dejará entrever que, posiblemente, exista una relación entre todos ellos. Sólo de esta manera, teniendo una visión más global del fenómeno e indagando en los datos, podremos saber si hay algo más allá que justifique los mismos.

En primer lugar, utilizaré como referencia el documento o Boletín Oficial que proporciona el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN)

(<https://www.navarra.es>), en el cual se presentan datos sobre la infección por el VIH y el SIDA en Navarra en el año 2012, que es el último año del que existen datos.

Una vez presentados los datos que recoge el documento, llevaré a cabo el análisis comparativo de los datos de infección por el VIH y el SIDA en Navarra, contrastando los datos del último año 2012 con los datos que proporciona el ISP en los años anteriores: 2011, 2010 y 2009. Así, el análisis comparativo se realizará teniendo en cuenta los últimos 4 años de los que existen datos y que se encuentran recogidos por el ISP a través de sus correspondientes Boletines Oficiales.

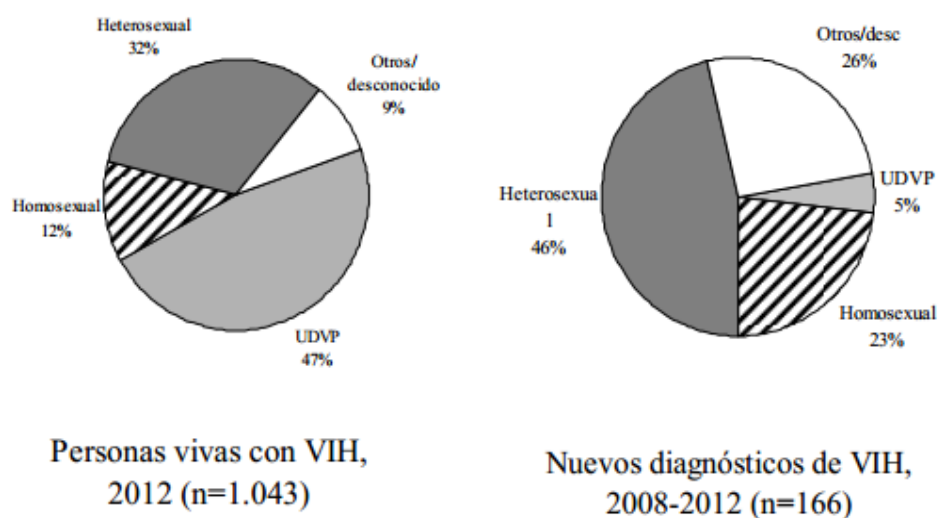
En este momento, se trata de analizar las *nuevas infecciones por el VIH* en Navarra en el año 2012 teniendo en cuenta las diferencias que se dan entre hombres y mujeres. A partir de aquí, conoceremos también los datos de años anteriores con el fin de poder contrastarlos.

En el período 2008-2012 la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene entre 29 y 39 casos anuales, lo que supone unas tasas de 4,5 y 6,2 por 100.000 habitantes, respectivamente. Los nuevos diagnósticos por transmisión sexual se mantienen relativamente estables desde la década de los 90, generando la mayoría de diagnósticos de VIH en los últimos años.

En Navarra, el número estimado de personas que a finales de 2012 vivía con diagnóstico de infección por el VIH era de 1.054. Las características de estas personas reflejan principalmente el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás. Predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales siguen suponiendo más de la mitad (Figura 1). Así pues, podemos decir que el número de personas vivas con diagnóstico de VIH viene aumentando ligeramente en los últimos años debido a la eficacia de los tratamientos.

Entre las 166 infecciones que se diagnosticaron en el período 2008-2012, el 46% se relacionó con prácticas heterosexuales de riesgo, seguido del 23% relacionado con prácticas homosexuales de riesgo y del 5% relacionado con el uso de material no esterilizado para la inyección de drogas. Del otro 26% restante se desconoce cuál pudo ser el mecanismo de transmisión (Figura 1).

Figura 1. Distribución de las personas con diagnóstico de VIH según categoría de transmisión.

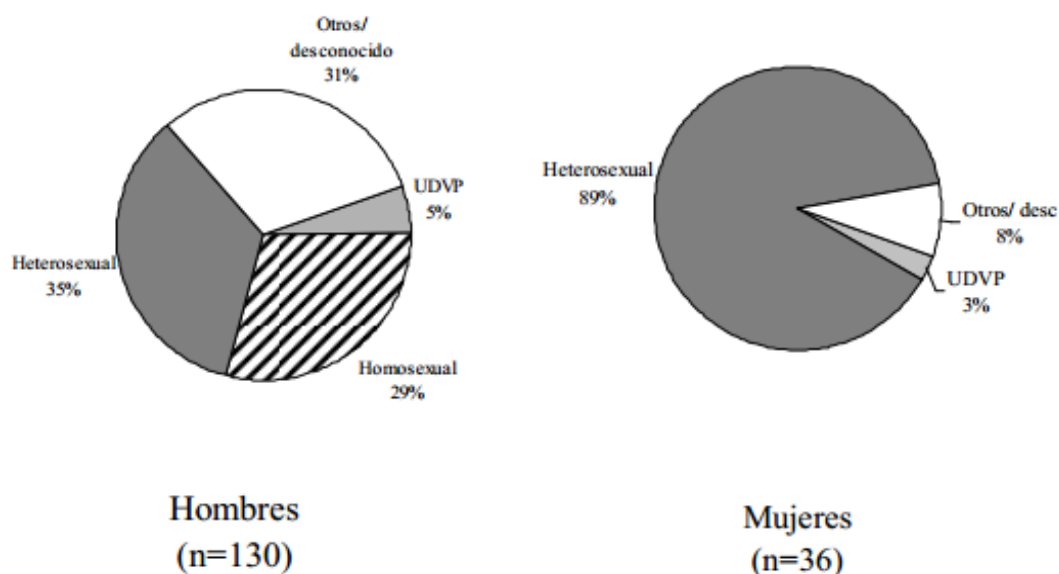


Fuente: Elaborado por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Boletín Informativo N° 75, Octubre de 2013.

El porcentaje de diagnósticos relacionados con el género masculino en el período que va desde 2008 hasta el 2012, aumentó hasta el 78%, siendo ellos los que más se infectan por el virus. En éstos predominó, fundamentalmente, la transmisión heterosexual (35%), seguida por la debida a prácticas homosexuales (29%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (5%). El 31% restante, del cual no se supo cuál pudo ser el mecanismo de transmisión de forma totalmente certera, se intuye que, probablemente, pudieron ser infectados por vía de transmisión sexual.

No obstante, a pesar de que el porcentaje de mujeres infectadas es infinitamente menor, llama la atención sobre todo, la vía de transmisión por la que más contraen la infección, mayoritariamente. Entre las mujeres el predominio de la transmisión heterosexual fue mucho más marcado (89%), y la transmisión asociada al consumo de drogas inyectadas supuso el 3% únicamente (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión, 2008-2012.



Fuente: Elaborado por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Boletín Informativo N° 75, Octubre de 2013.

Llama la atención, desde un enfoque de género, no tanto que el mayor número de nuevos diagnósticos de VIH estén relacionados con el sexo masculino sino, más bien, que los nuevos diagnósticos de VIH, según la categoría de transmisión, tanto en hombres como mujeres, sean, en su mayoría, por transmisión heterosexual.

Además, se observa que, mientras la mayoría de los hombres se infectan mediante relaciones heterosexuales y relaciones homosexuales, casi por igual, la mayoría de las mujeres lo hacen a través de relaciones heterosexuales únicamente, es decir, que hay una diferencia muy notable entre el porcentaje de hombres y mujeres infectados/as por transmisión heterosexual.

Si además de tener en cuenta los datos proporcionados por el ISP del año 2012, tenemos en cuenta los datos de años atrás, podemos observar que éstos coinciden prácticamente y que, por tanto, se trata de una cuestión clave a analizar, no siendo la similitud de los datos una simple casualidad. Veamos:

El Boletín en el cual se presentan los *datos del año 2011* (Boletín ISP, 2012) sobre la infección, encontramos que, mientras los nuevos diagnósticos de VIH según sexo responden a las siguientes cifras: 118 hombres y 45 mujeres, los nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión (2007-2011) nos dicen que la mayoría de los hombres se infectan mediante relaciones heterosexuales y relaciones homosexuales, con un 43% y un 33% respectivamente y; las mujeres se infectan mediante transmisión heterosexual, cuyo porcentaje coincide con el de 2012 (89%).

El Boletín, en el que se presentan los *datos del año 2010* (Boletín ISP, 2011) sobre la infección, en relación a la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión (2006-2010), encontramos la misma similitud de datos con respecto a los anteriormente citados: el 38% y 29% de los hombres se infectaron a través de relaciones heterosexuales y homosexuales respectivamente, mientras que el 92% de las mujeres infectadas lo hizo a través de relaciones heterosexuales.

Los *datos del año 2009* (Boletín ISP, 2010) demuestran, asimismo, que la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y la categoría de transmisión del VIH (2004-2008) se asemejan al resto de años: el 44% y 31% de los hombres se infectaron a través de relaciones heterosexuales y homosexuales respectivamente, mientras que el 87% de las mujeres infectadas lo hizo a través de relaciones heterosexuales.

Como vemos, la evolución en los últimos años en la infección por VIH, teniendo en cuenta los últimos datos que nos proporciona el ISP, desde una perspectiva de género, los datos nos demuestran lo siguiente: los datos de los años 2012, 2011, 2010 y 2009, no solo son similares con respecto a la categoría de transmisión, tanto en hombres como mujeres, sino que el porcentaje de infección a través de relaciones heterosexuales es prácticamente el mismo en mujeres en todos los años, lo que llama la atención porque, prácticamente, todas ellas se infectaron de la misma manera. Esto nos indica que no se trata de una casualidad, sino que, más bien, los datos, que reflejan claramente la vulnerabilidad de las mujeres a la hora de infectarse, pueden estar indicándonos que tienen que ver con una serie de factores biológicos y sociales

de las mujeres, los cuales reflejan claramente que se trata de una cuestión estructural.

En conclusión, podemos observar que, mientras la vía de transmisión más frecuente, tanto en hombres como mujeres, es la sexual, siendo mayoritaria la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres (teniendo en cuenta que el porcentaje de hombres infectados es acusadamente mayor que el de las mujeres), lo que llama verdaderamente la atención desde un enfoque de género, es que la transmisión heterosexual en las mujeres es la vía de transmisión más llamativa con respecto al resto, ya que el porcentaje gira en torno a un 90% , lo que quiere decir que, prácticamente, todas las mujeres que se infectaron lo hicieron a través de esa vía.

Como hemos visto, aunque las cifras de nuevos diagnósticos han disminuido, se consideran hoy, todavía altas teniendo en cuenta que las vías de transmisión del VIH se conocen perfectamente y que, por tanto, son situaciones que se pueden prevenir. Sin embargo, ¿qué ocurre para que esto esté sucediendo, cuando precisamente las vías de transmisión están muy claras, y además, existen métodos de protección que evitan la transmisión del virus? Es curioso cómo, todavía hoy, sabiendo que el mejor remedio ante esta enfermedad que no tiene cura es la prevención, no se usen los métodos adecuados. ¿Qué sucede? ¿Por qué la vía de transmisión predominante en las mujeres es la transmisión heterosexual? ¿Qué factores propician que las mujeres estén expuestas a mayores situaciones de riesgo? ¿Qué es lo que hace que sean las mujeres más vulnerables a la infección?

2.2. Análisis del fenómeno con perspectiva de género

Con el transcurso del tiempo, la edad media de la población que vive con el VIH ha ido aumentando progresivamente, esto quiere decir que, el número de personas que viven hoy con la infección por el VIH se mantiene elevado como consecuencia de los progresivos avances en este campo y que han supuesto en muchos casos la supervivencia y, en otros, la mejora de la calidad de vida de las personas. Por el contrario, es importante señalar que, a pesar de los avances en la prevención, todavía se siguen produciendo infecciones por el VIH, lo que nos hace recordar que se deben mantener todas las precauciones

necesarias para evitar la transmisión a otras personas y propagación de la enfermedad.

Los datos epidemiológicos, como bien hemos observado previamente, nos muestran que las mayores infecciones hoy se producen por vía sexual siendo, por tanto, el uso del preservativo el método de prevención más adecuado para evitar prácticas sexuales que conlleven riesgo para la salud. Pero... ¿Por qué esto no sucede, estando tan clara la vía de transmisión como el método de protección?

Vemos, por consiguiente, que desde un enfoque de género entra en juego un claro factor a analizar, teniendo en cuenta los datos proporcionados por el ISP, que tiene que ver con la vulnerabilidad de las mujeres a la hora de infectarse por el VIH a través de las relaciones heterosexuales no protegidas, lo cual mantiene una estrecha relación con una asignación de roles de género que es lo que las hacen más vulnerables todavía. No sin olvidar que existen, a su vez, factores biológicos que las hacen al mismo tiempo más vulnerables a la infección, puesto que son ellas las receptoras del semen en las relaciones heterosexuales de riesgo, como más adelante veremos.

Es por ello que, a lo largo de las siguientes líneas trataré de hacer hincapié en la relación existente entre VIH y Género con el objetivo de reflexionar en torno a la problemática de vivir con VIH desde un enfoque de género, teniendo en cuenta la categoría de transmisión del virus por la que han sido contagiadas el 90% de las mujeres, y con el fin de poder encontrar medidas que permitan eliminar las desigualdades que refuerzan la transmisión y propagación de la enfermedad.

El profesor Roger Henrion afirma en su libro “Las mujeres y el Sida” que *“ninguna enfermedad asocia tan íntimamente la sexualidad, la procreación y la muerte como el SIDA”* (Henrion, 1991, p. 10.). Este autor pone de manifiesto que el número de mujeres que se infectan dentro del ámbito de las relaciones heterosexuales va en aumento, ya que están biológicamente más expuestas que los hombres a la transmisión, pero también socialmente como iremos viendo a lo largo de este trabajo.

Según este autor, el VIH se trata de un virus que repercute directamente en la sexualidad y, en consecuencia, resulta esencial adoptar unos métodos preventivos basados en una información lo más completa posible, lo cual exige una responsabilidad personal e individual en primera instancia. Se considera pues, el uso de métodos preventivos algo primordial si se desea limitar la posibilidad de que se produzcan daños irreparables.

Tras mencionar una serie de particularidades que presenta la enfermedad, este autor dice en su libro que, cuando en diciembre de 1981 la prensa mediática anglosajona anunció los primeros casos de SIDA, éstos afectaban, en más del 95% de los casos, a hombres homosexuales jóvenes, de tal manera que, tras agudizarse al año siguiente, algunos médicos estadounidenses propusieron dar el nombre de *“Gay related immuno-deficiency”* o, en español *“inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad”* a la nueva enfermedad (Henrion, 1991, p. 16.). No obstante, pudo verse poco a poco, que la epidemia fue extendiéndose insensiblemente al sexo femenino, sucediendo primero en África y, a continuación, en los países occidentales; al principio, mediante el consumo de drogas por vía intravenosa y más tarde, como hemos podido comprobar, mediante las relaciones sexuales.

La infección por VIH/SIDA se puede considerar una de las más devastadoras enfermedades a la que la humanidad se haya enfrentado, según apunta la autora Charo Quintana en su artículo sobre *“VIH y Violencias de Género”*, pues según refiere, la epidemia del VIH (refiriéndose así a la enfermedad), afecta a un gran número de personas, a la par que va extendiéndose progresivamente por todo el mundo (Quintana, 2008).

Teniendo en cuenta el artículo escrito por esta autora, podemos percibir que, tanto el análisis de la epidemia del VIH, como de cualquier otro problema de salud que tengan las personas, requieren de la necesidad de incorporar la perspectiva de género para poder comprender y poder abordar su dimensión social, ya que, con frecuencia, determinados problemas de salud y/o enfermedades se encuentran estrechamente vinculadas a determinadas formas y condiciones de vida.

El SIDA, como bien se ha dicho ya, comenzó siendo una enfermedad casi exclusiva de hombres y asociada a la transmisión homosexual. Es en 1987,

cinco años después del primer caso de hombre, cuando se registra el primer caso de mujer con VIH/SIDA (Grimber, p. 43.). Así pues, transcurridos los años, esta enfermedad ha pasado a tener rostro de mujer, tal y como afirmó Carol Bellamy, según el artículo de Quintana (2008) cuando, en 2002, al menos la mitad de toda la población viviendo con VIH/SIDA en el mundo eran mujeres y niñas.

Según los datos que proporciona Quintana (2008), el SIDA tiene cara de mujer por las siguientes razones sustentadas en datos epidemiológicos:

- Mientras que, en 2003, la mitad de las nuevas infecciones por VIH fueron mujeres, las mujeres jóvenes representan dos tercios de la población menor de 24 años viviendo con VIH, constituyendo un 67% de todos los casos nuevos de VIH en el grupo de 15 a 24 años en los países en desarrollo.
- En España, se observa que las incidencias para hombres y para mujeres se aproximan, llegando incluso a igualarse en los grupos de edad más jóvenes debido al peso creciente de la transmisión heterosexual.
- Cabe destacar que las mujeres, tras la menopausia, no se encuentran incluidas como grupo de riesgo y, por tanto, no se encuentran incluidas dentro de los mensajes sobre sexo seguro, ya que se les considera de bajo riesgo. No obstante, las estadísticas demuestran lo contrario, ya que, según datos de la ONU (2002) en los últimos años, los nuevos casos de VIH/SIDA en el mundo, aumentaron un 40% en mujeres mayores. Vemos que, a pesar de haber sido históricamente ignoradas en las estadísticas sobre el VIH, las mujeres mayores constituyen una población seriamente afectada.
- Según los datos disponibles, Grimberg en su artículo sobre “Género y VIH/SIDA”, establece que, aproximadamente, la mitad de las mujeres ha contraído el VIH por relaciones sexuales no protegidas.

Como vemos, el VIH no sólo se considera también una enfermedad asociada a las mujeres, sino que resulta llamativo que la propagación del virus sea, mayoritariamente, por vía heterosexual en las mujeres.

Según expone Quintana (2008), es en el Congreso de Ámsterdam en el año 1992, cuando las mujeres VIH-positivas dan voz de alarma al ver que las mujeres se encuentran expuestas en mayor medida al virus, siendo, por esa razón, más vulnerables a la infección que los hombres. Para éstas, la creciente feminización de la epidemia es percibida como un reflejo de las desigualdades culturales, sociales, económicas y legales que exponen a las mujeres y a las niñas a un riesgo mayor de infección.

Por tanto, avanzando un poco más en la investigación bibliográfica, llegamos a un punto clave: con todo lo visto hasta el momento, y comprobando que existe una mayor vulnerabilidad en las mujeres a la infección por VIH/SIDA de acuerdo a las estadísticas, ¿cuáles son los factores que hacen a las mujeres ser propensas a contraer la infección por VIH en mayor medida que los hombres?

Lo que vienen evidenciando los datos epidemiológicos en las estadísticas es que, no nos encontramos ante ningún tipo de fenómeno aislado, ni tampoco se trata de una casualidad o accidente, sino que nos encontramos ante un hecho que perjudica en mayor medida a las mujeres como consecuencia de la condición social y jurídica de las mismas, según explica Quintana (2008), para justificar el impacto desproporcionado de la infección en las mujeres.

Así pues, esta autora pone de manifiesto las razones por las cuales las mujeres son más vulnerables a la infección, teniendo en cuenta que la epidemia de SIDA en las mujeres es el resultado de múltiples factores (biológicos y sociales) que interactúan y aumentan el riesgo de contraer el VIH/SIDA.

2.2.1. Factores biológicos

Es importante aclarar, antes de nombrar qué factores biológicos favorecen la infección, que, aunque ya de por sí las mujeres son biológicamente más vulnerables, de manera que si están expuestas al virus como consecuencia de una práctica sexual de riesgo tienen mayor probabilidad de infectarse que los

hombres, no quiere esto decir que justifique los datos que hemos ido viendo, pues veremos que, lo que realmente influye en la transmisión de la enfermedad tiene que ver con factores socioeconómicos y culturales y, por tanto, con las construcciones de género impuestas históricamente.

Según el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (España 2008-2012) existen una serie de *factores biológicos* que contribuyen a que las mujeres sean entre 2 y 4 veces más susceptibles a la infección por el VIH, a través de la transmisión heterosexual, en comparación con el hombre.

Como ya vimos en su momento, tras describir los principales elementos conceptuales que se consideran necesarios para comprender el fenómeno que queremos abordar a lo largo de este trabajo, la PENETRACIÓN VAGINAL es una práctica sexual de alto riesgo, considerándose clave en la transmisión heterosexual, si no se toman las medidas adecuadas, ya que se puede producir la transmisión tanto si la persona infectada es el hombre como si lo es la mujer.

No obstante, es más frecuente la transmisión del virus del hombre a la mujer a través de la vía sexual, por lo que es preciso hacer hincapié en ello y profundizar más detenidamente, ya que nos servirá para comprender, en parte, los datos iniciales. Indiscutiblemente, como bien cuentan los datos a los cuales hemos hecho referencia al inicio del análisis, en las relaciones heterosexuales las mujeres están más expuestas que los hombres, ya que son ellas las que reciben el esperma. Veamos, según Quintana (2008), cuáles son los factores biológicos que hacen más vulnerables a las mujeres.

Si es el hombre el que está infectado, el semen va a estar en contacto con la mucosa vaginal durante más tiempo, pues *“el tejido vaginal permanece expuesto a fluidos infecciosos aún horas después del contacto sexual”*, lo que aumenta el riesgo para la mujer haciéndola, por ello, más vulnerable a la infección.

Además, *“las mujeres tienen más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas, facilitando la infección”*. El profesor Henrion (1991), explica que, aunque no resulta fácil atravesar la mucosa vaginal, ya que posee cinco capas celulares superpuestas y sometidas a una constante renovación, la

contaminación se produce en la penetración directa del virus a través de lesiones microscópicas.

Por otro lado, las *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, muchas veces, no son detectadas y tratadas en las mujeres, aumentando así su vulnerabilidad ante la infección por el VIH. Las ITS son un grupo de infecciones que tienen en común el hecho de que se transmiten de persona a persona durante las relaciones sexuales. Además del VIH, algunas de las más graves son la hepatitis B, la sífilis, la gonorrea y la infección genital por clamidias, así es que, *“el diagnóstico de alguna de estas infecciones es indicador de prácticas de riesgo y, por lo tanto, de riesgo de contraer también el VIH”*.

En el caso de ser la mujer quien esté infectada, el flujo vaginal y los restos de sangre de la menstruación, cuando existan, entrarán en contacto con la mucosa de la uretra poniendo, en este caso, en riesgo al hombre. Sin embargo, aunque en ambos casos existe riesgo de transmisión, *“el semen contiene mayor concentración de virus que los fluidos o secreciones vaginales”* y, por ello, las mujeres son más vulnerables ante el VIH, ya que el tiempo de contacto de este fluido (semen) con la mucosa es mucho mayor que en los hombres. Por esta razón, cuando hay eyaculación, el riesgo es mayor para la receptora que para la persona que realiza la penetración, siendo, por consiguiente, las mujeres más vulnerables biológicamente que los hombres como consecuencia de una mayor exposición del semen dentro del organismo de ésta.

Además de que el semen está bastante tiempo en contacto con la mucosa vaginal, algunas situaciones especiales, aumentan esta vulnerabilidad. *“Las niñas y jóvenes afrontan un mayor riesgo porque las paredes inmaduras de la vagina son más fácilmente dañadas”*, y como consecuencia de la falta de inmunidad ante ciertas infecciones, lo que las deja más desprotegidas. *“De forma similar, esto también sucede durante la menopausia, ya que en esta etapa de la vida la mujer presenta una mucosa vaginal más frágil”*, puesto que el epitelio vaginal pierde grosor y se lesiona más fácilmente. Además, al no existir ya riesgo de embarazo, puede bajar la percepción de riesgo y tender a utilizar menos el preservativo.

La penetración anal es otra de las prácticas que pueden darse en una relación heterosexual, siendo la práctica sexual que conlleva más riesgo, debido a que

Impacto de los mandatos de género en la transmisión sexual del VIH

la mucosa anorrectal es, de todas, la más fina y frágil, pudiendo atravesarse con mayor facilidad, ya que está menos preparada para la penetración y, por tanto, es fácil que se produzcan pequeños desgarros durante la misma. Estas lesiones o microfisuras facilitan la transmisión, en el caso de que el hombre esté infectado, a la mujer, pues es él el que lleva a cabo la penetración.

En cuanto a las relaciones en las que se establece un contacto oral con los genitales, únicamente son peligrosas si se produce eyaculación intrabucal, ya que entonces el espermatozoide entra en contacto con la mucosa, la cual puede presentar pequeñas lesiones, poniendo en riesgo a la mujer, que es quien realiza la estimulación con su boca.

Como bien dice el profesor Henrion (1991), ya para concluir, al igual que en las demás enfermedades de transmisión sexual, el riesgo de infección depende del número de parejas, pero también, y esto es específico del VIH, de la naturaleza de las relaciones sexuales, pues hemos visto que la inoculación se produce con mayor facilidad cuando se establece contacto entre el espermatozoide y los vasos capilares existentes en las mucosas de la mujer. Por lo tanto, la naturaleza de la mucosa desempeña un papel muy importante en la contaminación, de forma que en las relaciones heterosexuales son las mujeres las que tienen mayor riesgo de ser infectadas.

Empezamos a ver que el número de mujeres con la infección variará en función del modo de vida que tengan y en función de los hábitos sexuales en la pareja.

2.2.2. Factores económicos, sociales y culturales.

Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. A pesar de ello, los *factores* que pueden incidir más en la vulnerabilidad de las mujeres al VIH son *de carácter económico social y cultural*. Estos factores son los que influyen, en mayor medida, en la transmisión de la enfermedad, pues adquieren un peso importante dentro de las relaciones heterosexuales (Quintana, 2008).

- Factores económicos:

El desproporcionado mayor índice de infección por el VIH entre mujeres, al compararlo con el de los hombres, es una expresión de la importante desigualdad socio-económica del estatus entre hombres y mujeres. Algunos factores económicos como la pobreza, las migraciones, la globalización y el rápido crecimiento de las ciudades, influyen en la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección del VIH (Banerjee y Sharma, 2007).

Según Quintana (2008), los factores económicos que influyen, en mayor medida, en la situación de las mujeres son, en primer lugar, el desequilibrio de poder y, en segundo lugar, la pobreza.

Como consecuencia de un menor acceso de las mujeres a la educación, ocio, riqueza, trabajo, cultura, poder, recursos, etc., podemos observar un claro desequilibrio de poder generado por tal restricción. Tener en cuenta los desequilibrios existentes en el acceso de hombres y mujeres a cualquier derecho de los anteriormente citados, nos permite entender que existe, previamente, una desigual distribución del poder (binomio dominación/sumisión), lo que hace orientar a las mujeres hacia espacios de no poder. La asignación de roles y espacios sociales, a lo cual nos referimos históricamente con el nombre de *división sexual del trabajo*, permite identificar y homogenizar a las personas de un mismo sexo, al mismo tiempo que se produce la desigualdad entre un sexo y otro.

Por tanto, el *sistema de género* (UPNA, 2012) es un sistema generador de desigualdades, porque se trata de un sistema de organización social que reproduce los géneros, ya que levanta sobre el sexo biológico las construcciones psico/sociales, promoviendo una jerarquía de géneros sociales con roles claramente diferenciados, los cuales ponen en tela de juicio el valor que se le atribuye a las mujeres. Este modelo, implica la dependencia económica de la mujer con respecto del hombre, ya que el hombre es quien gana un salario como consecuencia de un trabajo que se valora de forma remunerada, otorgándole con ello mayor valor y reconocimiento social, mientras que la mujer se dedica al ámbito reproductivo y de los cuidados,

ámbito que a día de hoy no se encuentra ni valorado mediante una retribución salarial, ni tan siquiera socialmente.

En definitiva, en muchos lugares, las mujeres tienen un acceso limitado, con respecto a los hombres, a la educación, a la propiedad y al crédito, además de verse sus oportunidades de trabajo (en el ámbito público) bastante limitadas en relación con las de los hombres, lo que las hace ser “dependientes económicamente”. Muchas no son capaces de mantenerse a ellas mismas ni a sus hijas e hijos sin la ayuda de un esposo o compañero que proporcione al hogar unos ingresos.

Por lo tanto, “*el desequilibrio de poder*” creado por la dependencia económica que se deriva de la división sexual del trabajo, puede negarle a la mujer el poder de “negociar” en condiciones de igualdad el uso del preservativo, o de finalizar su relación con la pareja que las pone en riesgo de infección por el VIH. En muchos casos en los que el poder económico de la mujer es nulo o muy inferior al del hombre, genera sentimientos de sumisión e incluso de pérdida de libertad, quitándole a la mujer poder para decidir sobre cuestiones que afecten a su salud (Quintana, 2008).

Según el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (2008-2012), las desigualdades de poder y la dependencia económica condicionan, asimismo, la información, e influyen en la toma de decisiones en cuanto a la salud sexual. Además, el mayor aislamiento social de las mujeres las somete a una restricción tanto en el acceso a la información como a la hora de contrastarla. Todos estos aspectos comportan un control limitado de los medios de prevención y dificultades en percibir el riesgo frente a las ITS y el VIH.

Considero oportuno señalar otro factor de vulnerabilidad para las mujeres ante la infección del VIH y que, a mi juicio, es clave en la transmisión de la enfermedad; hablo de la “pobreza encubierta” (UPNA, 2012a) que es el fenómeno que se produce cuando las mujeres no inician o abandonan los procesos de separación o divorcio porque la alternativa que se les ofrece es la pobreza y la exclusión más absoluta al no tener ingresos propios, de manera que optan por mantener lo que tienen, arriesgándose a seguir estableciendo relaciones afectivo-sexuales de riesgo con la pareja o compañero sentimental, siendo un claro factor de vulnerabilidad para ellas.

Por otro lado, los *tres ejes de desigualdad* (UPNA, 2012 b) para las mujeres se encuentran vinculados a tres ámbitos concretamente. El primero de ellos es el ámbito doméstico, dentro del cual existe una gran dedicación en detrimento de su autonomía y proyecto personal; el segundo de ellos tiene que ver con el ámbito laboral, dentro del cual se percibe una elevada precariedad y; el tercero, es al ámbito de la protección social, el cual está estrechamente vinculado a la Cotización salarial y al Sistema asistencialista de protección que no garantiza derechos de ciudadanía, sino que, más bien, reproduce las desigualdades existentes, haciendo a las mujeres, una vez más, “dependientes económicamente”.

Haciendo hincapié en el ámbito laboral, lo que se percibe es que, muchas mujeres están presentes en la economía sumergida, ya sea como empleadas del hogar, ya sea como trabajadoras sexuales en la prostitución, por lo que, con frecuencia, las mujeres se ven abocadas a la “*precariedad laboral*”. En muchas ocasiones no solo son peor pagadas (salarios precarios), sino que, además, están expuestas a determinados problemas de salud. Además de ser el desempleo de las mujeres cuatro veces superior al de los hombres, la discriminación de la mujer en el mercado de trabajo se extiende a los regímenes de la seguridad social y de los subsidios sociales. Las mujeres no cuentan con más recursos que el subsidio social, rentas mínimas y otras formas de ayudas públicas discrecionales.

Así pues, “*la pobreza*” es otro factor clave de vulnerabilidad en las mujeres con respecto a la infección por VIH, pues hace que muchas niñas sean entregadas en matrimonio o prostituidas, y obliga a muchas mujeres a realizar trabajo sexual para su subsistencia, a entablar relaciones transaccionales o a caer en situaciones de trata de mujeres que excluyen el uso de preservativos, ya que apenas tienen poder para negociar el uso del mismo. Por tanto, la pobreza podría llevar a las mujeres a comprometerse en relaciones sexuales poco seguras debido a que las necesidades materiales o monetarias podrían limitar su habilidad para negociar el uso del preservativo.

- Factores socioculturales:

Las diferentes culturas sitúan, en mayor o menor grado, a las mujeres en posición subordinada y sin control sobre cómo experimentar el sexo. Con frecuencia las mujeres están expuestas a los deseos de los hombres, de manera que las mujeres viven su sexualidad, en muchos casos, en la medida en la que tratan de satisfacer los deseos de sus parejas. Por tanto, son muchos los factores socioculturales que influyen en la sexualidad de las mujeres (Quintana, 2008).

El propio “*contexto social, económico y cultural*”. Esto quiere decir que son, tanto la propia estructura social como la estructura psíquica, las que reproducen desigualdades sociales, económicas y culturales (UPNA, 2012c). *La estructura social*, basada en el denominado “sistema sexo-género”, es fruto de una cultura androcéntrica impuesta históricamente, y es fruto también de la división sexual del trabajo, de la atribución de roles según el sexo (identidad femenina y masculina) y de la socialización de hombres y mujeres. El propio sistema en el que estamos inmersos/as implica la subordinación en todos los ámbitos de las mujeres. Así, el hecho de no conceder valor a las mujeres, que sus derechos no se reconozcan al igual que los de los hombres, o que apenas se visualicen, genera una baja autoestima en las mujeres, las vuelve más vulnerables y crea un caldo de cultivo para los abusos en contra de mujeres y niñas. Todo esto tiene que ver, también, con *la estructura psíquica*, pues el contexto social, económico y cultural es fruto de una construcción social, interiorizada a nivel individual por todos y todas, lo cual hace que las mujeres tengan la necesidad de cumplir con la normativa social establecida, ya que si se salen de sus límites no están siendo lo que deben ser según lo que la sociedad espera de lo que es “ser una mujer”.

“*La construcción de la masculinidad*”. Se trata de otro claro factor que influye en la vulnerabilidad de las mujeres ya que, por cómo se entiende la masculinidad, limita la posibilidad, para muchas mujeres, de negociar un sexo seguro y consensuado con su pareja. Esto es así, porque el grado de poder y control de los hombres sobre las mujeres se refleja, muy a menudo, en las relaciones sexuales, siendo para ellos, el espacio idóneo para demostrar sus rasgos de masculinidad, como por ejemplo: el de amante, el de deseo de poder, el de

dominador, autoritario, seguro se sí mismo o el de necesidad de prestigio, entre otros muchos.

“La construcción de la feminidad”. Al igual que influyen los rasgos estereotipados de lo masculino, también influye la propia identidad femenina siendo, algunos de los rasgos característicos que la sociedad designa como femeninos: la necesidad de seguridad, la necesidad de apoyo, la pasividad, sumisión, deseo de agradar, y la necesidad de amor y el deseo de confiarse. La identidad femenina, que coincide con rasgos más permisivos, favorece la transmisión del virus del hombre a la mujer, ya que las mujeres tratan de ser más complacientes a fin de cumplir con “el ideal femenino” y, por consiguiente, con el mandato social, que es “vivir para los otros”. Las desigualdades entre mujeres y hombres, en general, favorecen que las mujeres puedan tener una percepción de la sexualidad ligada a estereotipos de la feminidad, como el hecho de sentirse deseadas, el comportarse de forma sumisa y siendo cuidadora de los demás, entre otras cosas. Por lo tanto, la identidad femenina se basa en pensar más en la protección y la prevención de los demás que en la de una misma (ASPC, 2012).

“La construcción social de la sexualidad. A las mujeres nunca se les ha permitido tener el mismo grado de deseo y/ o de necesidad sexual que los hombres, de ahí el papel de sumisión asignado a las mujeres frente al papel de dominio asignado a los hombres, a quienes si se les considera personas con deseos y necesidades sexuales. Aquellas mujeres que han manifestado su deseo sexual se las ha patologizado. Sin embargo, que los hombres expresen deseo se considera como un hecho natural (de ahí la atribución de “machote”), pues es lo que se espera de ellos. Esto es debido a que la expresión y la necesidad sexual en los hombres se entiende como consustancial a su naturaleza de hombres, mientras que “lo natural” en las mujeres es no tener deseo ni necesidad sexual. A las mujeres se las obliga a estar a la espera y a cubrir las necesidades y expectativas de las otras personas; esto sitúa a las mujeres en un papel de sumisión

Por tanto, todo esto, hace referencia a la posición que tanto la mujer como el hombre tienen en relación al poder. Así, se establecen relaciones sexuales y afectivas sobre el entramado del estereotipo de los roles dominación

(masculino) y sumisión (femenino). Las relaciones pueden acabar estableciéndose a partir de quien tiene y/o ejerce más influencia (los hombres) sobre la voluntad y las decisiones de la otra persona (las mujeres).

Todos estos estereotipos, normas culturales y sociales que tratan de decirnos lo que está bien y lo que está mal, que nos distribuye los papeles que tenemos que representar, tanto mujeres como hombres, y que nos encasilla en determinados roles, repercuten negativamente en la sexualidad de las mujeres. La sexualidad de las mujeres es vista para dar, no para recibir y, además, a la sexualidad femenina se le da también el papel de procrear siendo, junto a lo anterior, el fin de la sexualidad femenina. Así pues, se considera que la sexualidad de la mujer tiene dos únicos sentidos: el de la felicidad del hombre y el de “darle” hijos/as (Creación Positiva, 2012c).

En resumen, se niega a las mujeres la posibilidad de experimentar deseo y de sentir el propio cuerpo y, por tanto, se les niega la posibilidad de sentir placer. Todas las mujeres son educadas con tales limitaciones, poniéndolas en situación de riesgo ante la infección por VIH, ya que viven su sexualidad en base a los deseos de los hombres.

“El desprecio de los derechos de la mujer en relación con su sexualidad”. Muchas sociedades no reconocen el derecho de las mujeres a tener relaciones sexuales protegidas, ni tan siquiera se comprende que las mujeres puedan, incluso, rechazar propuestas sexuales. Las sociedades que no respetan el derecho de las mujeres a experimentar su sexualidad tal y como ellas lo deseen, tratan de enseñar a las niñas y mujeres que sus cuerpos son propiedad de los hombres, con el único objetivo de convertir a las mujeres en seres pasivos e ignorantes en cuanto al sexo, dándole al hombre el control sobre la sexualidad. Así pues, teniendo en cuenta tanto la identidad masculina como la femenina y teniendo en cuenta la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres en lo que concierne a su sexualidad, muchas mujeres practican relaciones sexuales en base a los deseos del hombre, estando expuestas a un mayor riesgo de infección.

“La permisividad”. Este factor tiene que ver con el riesgo de infección de las mujeres que depende, casi exclusivamente, del comportamiento sexual de sus parejas. Muchas mujeres que viven con el VIH, están casadas y sólo han

tenido a su esposo como compañero sexual, lo que quiere decir que, son las relaciones sexuales múltiples de los hombres, las que ponen en peligro a la mujer.

“Los roles de género”. Los roles de género tienen un fuerte impacto limitando la capacidad de la mujer a la hora de prevenir conductas de riesgo frente al VIH. Existen expectativas sociales derivadas de la concepción tradicional sobre cómo deben ser las relaciones afectivo-sexuales, éstas hacen que las mujeres accedan a los deseos sexuales de los hombres incluso cuando ello implique riesgo para su salud. Por tanto, la interiorización de los roles de género puede aumentar el riesgo para la adquisición del virus por parte del sexo femenino (García-Sánchez y Van Mens, 2003).

“La baja percepción de riesgo que tienen las mujeres con parejas estables”. Este factor aumenta aún más la dependencia de la mujer con respecto al comportamiento sexual de sus parejas. Esto quiere decir que, para las mujeres, el hecho de tener lo que comúnmente denominamos “pareja estable” es suficiente para poder practicar sexo sin riesgo, de manera que la percepción de riesgo baja, ya que creen que están manteniendo relaciones completamente seguras. Esto ocurre, porque las mujeres tienden a relacionar “pareja estable” con el valor de la “fidelidad”, lo que en muchos casos está demostrado que no es así, de manera que aumenta el riesgo de infección en las mujeres.

“Las creencias sobre el amor romántico”. El amor y el enamoramiento están contruidos socialmente, y como tales, son al tiempo reflejo y producto de una época y una sociedad determinada. Las personas que se autoperciben enamoradas, lo hacen basándose en unos esquemas proporcionados por la propia cultura y las actitudes hacia ellas. Como se aprende cualquier sentimiento o emoción, tanto su expresión como su vivencia subjetiva, el enamoramiento es una experiencia que aprendemos socialmente y que cada cultura le otorga un grado de importancia distinto: en la nuestra, actualmente, el amor se considera como el *motor de la vida*, el *sentido de la existencia*, es decir, tiene un papel primordial en la vida de los sujetos, en el ámbito de las relaciones humanas y en la manera de concebir la vida. (ASPC, 2012).

El aprendizaje de los sentimientos es diferente en hombres y mujeres, es decir, se nos enseña a qué y cómo se debe sentir por el hecho de ser hombres o ser mujeres y, por tanto, esto vale para el “amor”.

Actualmente tiene una gran repercusión en nuestras vidas el concepto de amor romántico, que aparece a finales del siglo XVIII y que ofrece a las personas un modelo de conducta amorosa en base a unos elementos psicológicos y sociales que lo identifican como tal, como por ejemplo: el sacrificio por el otro, la fusión, la pasión, el sufrimiento, etc.

Hay un conjunto de normas sociales y culturales que sutilmente nos dejan claro cómo debe ser el enamoramiento, diferenciando así los modelos masculinos y femeninos a seguir, y generando todo un conjunto de diferentes expectativas, de conductas, que guían en los procesos de enamoramiento.

Estos procesos sobre el amor se sustentan en un sistema de género desigual y patriarcal que utiliza a las emociones para el mantenimiento de unas relaciones de poder que establecen (Creación Positiva, 2012c):

- El dominio de los hombres como:
 - Hombres sujetos de amor: son amados, deseados, ocupan un lugar central en la vida de quienes les aman (esto no se da al revés).
 - Activos en el amor.
 - Lo que son ellos, cómo están conformados, no se construye en base a sus relaciones afectivas.

- Y la subordinación de las mujeres a través de los mandatos de género que indican a las mujeres qué deben ser, qué desean ser, qué quieren ser y qué son,... para otros/as. Es decir, cuidar antes que ser cuidadas, dar antes que recibir. En definitiva:
 - Mujeres seres para el amor: amor de entrega.
 - Identidad de las mujeres.

- Especialistas en el amor.
- Erotismo como procreadora y madre, no como mujeres.

Por tanto, el mandato de género pone a las mujeres en un lugar donde lo que son está en función del amor o, lo que es lo mismo, “*el lugar en el mundo de las mujeres reside en el amor*” (Lagarde, 2005). Esto quiere decir que el amor es el centro en la vida de las mujeres, ya que es la vía principal mediante la cual se desarrollan socialmente.

Así, el amor romántico encierra recovecos de dominio que conllevan desigualdad, dependencia, dominación, privilegios e inequidad, que en las personas se refleja en frustración, sufrimiento y daño. Invisibiliza, además, otras formas de amar e impone, a través de formas de violencias, este sistema patriarcal de género, sexualidad y amor (Blázquez, 2008).

Teniendo en cuenta algunas características propias del “Amor Romántico”: matrimonio monogámico, heterosexual, obligatorio y fundado en la procreación, podemos considerarlo claramente, como factor de riesgo para las mujeres ya que, las creencias sobre el amor romántico mantienen y promueven las desigualdades de género, poniendo a las mujeres en una situación de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS.

“*La violencia de pareja hacia las mujeres*”. Este es un factor claro que aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH debido a múltiples circunstancias por las que pasan las mujeres. En primer lugar, por el miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada. En segundo lugar, por el temor al rechazo si la mujer intenta negociar relaciones sexuales más seguras y, en tercer lugar, tal y como se afirma en el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y SIDA (2008-2012), por la propia coerción y manipulación emocional a las que se ven sometidas muchas veces, lo que hace que se expongan a prácticas sexuales de riesgo al no tener la capacidad para negociar el uso del preservativo.

Como bien plantea el Plan Multisectorial (2008-2012), la infección por VIH puede, también, estar asociada con la “*Violencia de Género*”, de manera directa a través de la “*violencia sexual*” y, de manera indirecta, a través de las

limitaciones que muchas mujeres tienen para protegerse y negociar el uso del preservativo con su pareja debido a las condiciones bajo las cuales deben mantener las relaciones sexuales.

Para las mujeres, una de las principales causas de vulneración de los derechos humanos es la violencia de género, en la que se incluye la violencia sexual. Cuando una mujer es violentada se ven vulnerados el derecho a la libertad sexual, el derecho a decidir, el derecho a la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, sus sexualidades y sobre sus vidas. Por ejemplo, en relación a la mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes al VIH y otras ITS, es destacable el impacto que la violencia tiene sobre esta población. Por tanto, la violencia de género causa indefensión pero también genera, al mismo tiempo, múltiples dificultades en las mujeres para cuidar de su salud sexual y reproductiva.

En conclusión, un aspecto relevante es cómo se relacionan la violencia de género y el VIH. Lo que podemos observar es que, las mujeres que han sufrido violencia de género están más expuestas a infectarse por el VIH y, aquellas mujeres con VIH también están más expuestas a sufrir violencias de género. (Creación Positiva, 2012d).

Se ha llegado, incluso a decir, que “*el VIH-SIDA es otra expresión de la violencia de género*” (Quintana, 2008, p. 6.). Esta autora explica que la rápida propagación de la epidemia de VIH entre mujeres tiene relación directa con la violencia de género, a través de un gran círculo vicioso: la violencia de género aumenta el riesgo de infección por VIH y la infección por VIH aumenta el riesgo de sufrir violencia de género.

Para muchas mujeres, tener VIH implica, según refiere Quintana (2008):

- *El maltrato de parte de la pareja* que a menudo incluye sexo forzado y que no permite la negociación del condón.
- *La violencia sexual* que se produce en diferentes ambientes y situaciones, incluyendo relaciones íntimas, escuelas, centros de salud, campos para refugiados y durante períodos de conflictos

armados. Charo Quintana destaca una encuesta nacional realizada en Sudáfrica, que incluye preguntas sobre violaciones antes de los 15 años. En ella los datos indican que los maestros eran responsables de un 32% de las violaciones denunciadas.

- *La explotación sexual y prostitución.* Cada año, 2 millones de niñas son introducidas en el comercio sexual y, 4 millones de mujeres y niñas son vendidas o compradas con uno de estos tres destinos: matrimonio, prostitución o esclavitud.
- *El abuso sexual en la infancia, los matrimonios a temprana edad y la iniciación sexual violenta.* La ONU estima que los matrimonios a edad temprana afectan a 51 millones de niñas en todo el mundo. En Irán, la iniciación sexual a temprana edad suele ser forzada y es muy traumática aunque se realice dentro del matrimonio y esté culturalmente apoyada.

Se considera, por tanto, que la violencia basada en el género (Quintana, 2008):

- *Aumenta el riesgo de las mujeres ante la infección por el VIH/SIDA.* Las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas, tienen mayor riesgo de infectarse con el VIH porque la violencia hace más difícil a las mujeres poder exigir el uso de preservativos. Además, los hombres que ejercen violencia también tienen mayores probabilidades de tener el virus como consecuencia de sus propios comportamientos de riesgo. Un dato importante según apunta Quintana (2008) es que, las mujeres VIH-positivas tiene tres veces más probabilidades de tener una pareja violenta que las mujeres que no tienen el VIH, por lo que resulta un dato interesante a tener en cuenta por parte de los servicios sanitarios, que son quienes pueden detectar el problema.

- *Impide a muchas mujeres buscar información, hacerse la prueba de VIH, buscar consejo para prevenir la infección o recibir tratamiento y apoyo.*
- *Dificulta a muchas mujeres poder revelar el estado de positividad del virus, por miedo al maltrato y/o abandono.* Algunos estudios, según refiere Quintana (2008), han demostrado que entre un 17% y 86% de mujeres prefieren no revelar su condición por miedo al rechazo y a la discriminación. En otro estudio, realizado en los Estados Unidos, el 18% de las mujeres VIH-positivas refirieron haber experimentado violencia relacionada con la revelación de su condición.

“El sexo forzado”. Esta práctica incrementa el riesgo de infección si se producen lesiones en la mujer. La sequedad en la mucosa vaginal y anal, o tener otras infecciones de transmisión sexual (ITS), son factores considerados a tener en cuenta, ya que pueden aumentar el riesgo para la transmisión de VIH puesto que facilitan la segunda condición para la infección, es decir, las puertas de entrada al torrente sanguíneo.

“Considerar a las mujeres como las encargadas de las labores de cuidado”. La designación automática de las mujeres como personas encargadas de proporcionar cuidado a los demás, dejando en un segundo plano el suyo propio, pone a las mujeres en riesgo de contraer VIH, ya que no tomarán las medidas adecuadas con respecto a su salud sexual (Creación Positiva, 2012a).

“El sexo como profesión”. El ejercicio de la prostitución puede influir en aquellos casos en los que la mujer no pueda decidir sobre el uso del preservativo. Es importante, decir, según mi punto de vista, que no existen grupos de riesgo, sino prácticas de riesgo, por lo que ejercer la prostitución no es sinónimo de riesgo, ya que, quizás, por ser el trabajo normalizado de muchas mujeres adopten las medidas necesarias, mientras que el problema surge cuando no se ponen los medios oportunos, aumentando el riesgo de infección para la mujer prácticamente en todos los ámbitos.

“Algunas creencias culturales y los estereotipos sociales” pueden llevar a las mujeres a tener comportamientos que les ponen en situaciones de riesgo, ya que son creencias están tan interiorizadas que, con frecuencia, se actúa de forma inconsciente. El ser mujer o ser hombre influye en los comportamientos, sobre todo, en lo que respecta a lo aprendido sobre lo que se espera de una mujer o de un hombre en relación a la sexualidad. Influye en cómo cuidarse a uno/a mismo/a y cómo cuidar a los/as otros/as, pero también, en lo que se puede decir, hacer o, incluso desear o demostrar. Estas creencias, que influyen en que las relaciones entre hombres y mujeres sean desiguales, ponen a las mujeres en situaciones de mayor riesgo ante el VIH (Creación Positiva, 2012b).

Existen algunos mitos o creencias, como la de que tener relaciones con una virgen cura el VIH, que ponen en gran riesgo a las mujeres, quienes por cumplir con sus mandatos de género, hacen caso omiso de la realidad, dejándose llevar por creencias tales como esa. Otras falsas creencias que están muy arraigadas socialmente, algunas de ellas relacionadas con las creencias sobre el amor romántico, aumentan el riesgo de infección en las mujeres (ASPC, 2012, p. 31.):

- *“Confío en mi pareja; por lo tanto, no hace falta que me proteja”.*
Esta premisa, está estrechamente vinculada al ideal de amor romántico. La confianza es un valor que no protege a ninguna mujer del VIH y de otras ITS, por lo que utilizar medidas de protección con la pareja “estable” es importante y las mujeres deben saber que no es un signo de desconfianza, pues la confianza se basa en poder hablarlo para tomar decisiones conjuntas.

- *“Una persona con un buen estatus social, con aspecto saludable, deportista... seguro que no tiene el VIH”.*
Esta creencia es falsa, puesto que aspecto saludable no es sinónimo de salud. Es importante tener esto claro porque, por la apariencia externa de una persona, no podemos saber nunca si está infectada por VIH, pues no hay ningún signo externo con el que podamos identificar a las personas seropositivas. Además, los síntomas

pueden no estar presentes hasta pasados 10 años, por lo que, en ocasiones, ni siquiera la persona infectada sabe que tiene VIH.

- *“El VIH solo afecta a homosexuales, personas que ejercen la prostitución, promiscuas, jóvenes y drogodependientes”.*

El VIH puede afectar a cualquier persona que no tome medidas de protección sin distinción de sexo, edad, etnia, orientación sexual o número de relaciones personales. Es importante que quede claro que no existen “grupos de riesgo”, sino “prácticas de riesgo”, con lo cual la responsabilidad reside en uno/a mismo/a para tomar las medidas de protección adecuadas.

- *“Las prácticas sexuales con una pareja fija no entrañan riesgo de infección”.*

Eso es cierto excepto cuando la pareja fija se ha expuesto a situaciones de riesgo sin protección, y no se ha hecho las pruebas que indiquen que no se ha infectado. Con frecuencia las mujeres dan por hecho que las personas con las que mantienen relaciones sexuales no están infectadas, ya que pertenecer al mismo círculo social confiere seguridad y confianza para ellas, creyendo que el VIH es cosa de otros/as. Además, para muchas mujeres estabilidad es sinónimo de fidelidad, por lo que, de acuerdo al ideal romántico, acaban por entregarse a sus parejas en todos los sentidos.

“Prácticas tradicionales nocivas”. Algunas prácticas, como la mutilación genital femenina, implican vulnerabilidad para la mujeres, en la medida en la que se las expone a utensilios cortantes no esterilizados y a un mayor riesgo de desgarros durante el coito consentido o no. El matrimonio precoz con hombres de edad, por ejemplo, es otro claro factor de vulnerabilidad para algunas mujeres.

“El impacto psicológico de la violencia”. Este hecho puede incrementar el riesgo de contraer VIH. Algunas investigaciones demuestran, por ejemplo, que las personas que vivieron abuso sexual en su infancia, pueden verse envueltas en

comportamientos sexuales de riesgo, ya que tienen menos capacidad de rechazar a sus parejas sexualmente agresivas, que aquellas que no han sido abusadas.

Según el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (2008-2012), las mujeres transexuales presentan una particular vulnerabilidad, por las prácticas sexuales, por la vulnerabilidad biológica, por los mismos factores socioeconómicos y culturales y, además, por la transfobia y la exclusión social. La *“transfobia”* hace referencia a la discriminación hacia la transexualidad y las personas transexuales o transgénero, basada en su identidad de género interna.

Y, en definitiva, *“la desigualdad y la inequidad en las relaciones sociales, afectivas y sexuales son otros de los factores que ponen a las mujeres en situación de riesgo”*. En ocasiones las mujeres ven limitada su capacidad para ejercer un control sobre su salud sexual y reproductiva, según refiere el Plan Multisectorial (2008), lo cual se debe a los roles de género que se atribuyen a las mujeres y a la dependencia económica, social y emocional de éstas con respecto al hombre, lo que les dificulta rechazar una relación sexual de riesgo o negociar el uso de métodos de prevención.

La situación actual mantiene desigualdades de género en salud sexual y reproductiva como hemos podido ir viendo, especialmente en los estratos socioeconómicos más bajos, donde las mujeres tienen aún menos poder y, por tanto, menos capacidad para decidir. Como hemos podido comprobar, es la escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo lo que lleva, en la mayoría de los casos, a llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo, poniendo en mayor vulnerabilidad frente a la infección a las mujeres, que son las que deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la infección por VIH u otras ITS.

Con todo lo que hemos visto, podemos entender ahora por qué, aun estando tan clara la vía de transmisión como el método de prevención, se dan tantas situaciones de riesgo para las mujeres, ya que, desde un enfoque de género,

hemos podido detectar los factores claves que explican los elevados porcentajes de infección en las mujeres por vía heterosexual.

Teniendo en cuenta, además, la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de 2003, a la cual hace referencia el Plan Multisectorial (2008), podemos observar los motivos que dan las mujeres para no hacer uso del preservativo. Mientras que el 38% de las mujeres no usan preservativo por estar usando otro método anticonceptivo, un 31% no lo usan por falta de disponibilidad y un 21% no lo usan por la confianza que les da conocer a su pareja.

Esto nos permite ver, una vez más, que por un lado, en las mujeres el nivel de estudios y la falta de información influyen marcadamente en el uso del preservativo, ya que muchas creen que cualquier método anticonceptivo es válido para prevenir el VIH y otras ITS y, por otro lado, vemos lo marcado e interiorizado que tienen las mujeres su rol de cuidadora y la seguridad que les confiere a muchas mujeres tener una pareja estable, ya que eso les proporciona seguridad plena para no tener que negociar en ningún momento el uso del preservativo.

Como hemos visto y a modo de síntesis, en la actualidad, a causa de la transmisión heterosexual del VIH, las mujeres han pasado a representar más de la cuarta parte de las nuevas infecciones diagnosticadas; es lo que se conoce como "*feminización del sida*" (Quintana, 2008).

Aunque la fisiología influye en el mayor riesgo de transmisión del VIH a la mujer a través de las relaciones heterosexuales no protegidas, debido a las características de sus genitales internos (tejido de las mujeres más sensible a las heridas, cambios frecuentes en el flujo vaginal, mayor concentración de VIH en semen y el hecho de ser receptoras del semen), es la relativa falta de poder de las mujeres y las niñas sobre su propio cuerpo y su vida sexual, junto con la desigualdad económica y social, lo que les confiere mayor vulnerabilidad frente a la infección (Quintana, 2008).

3. MEDIDAS QUE SE PROPONEN PAR REVERTIR LAS DESIGUALDADES

Al hablar de la prevención del VIH y otras ITS, a menudo, se ha puesto el énfasis de manera exclusiva en el uso del preservativo (masculino o femenino), respondiendo así a una visión parcial de la sexualidad y las relaciones sexuales. Bien es cierto que el uso correcto de los preservativos, sobre todo en determinadas prácticas sexuales, es fundamental para tener la garantía de mantener relaciones sexuales seguras. Evidentemente, el preservativo es un método eficaz de prevención del VIH y otras ITS, no obstante, como hemos ido viendo a lo largo de la investigación bibliográfica, existen factores, de carácter social y cultural, que suponen riesgos y condicionantes importantes para el cuidado de la salud y los derechos sexuales de las mujeres siendo, por ello, los que más influyen en la transmisión del virus. Por tanto, hay que encontrar las medidas que eliminen las desigualdades para que no se produzca la infección.

Así es que, tras la previa sistematización, a partir del ordenamiento, evaluación, análisis e interpretación de los datos para comprender el fenómeno del VIH desde una perspectiva de género, lo que se pretende en estos momentos es promover el cambio de las prácticas sociales, mejorándolas y transformándolas. Así pues, algunas de las alternativas que promueven el cambio en las prácticas sociales, y que he podido ir recopilando a lo largo de la revisión bibliográfica son, bajo mi punto de vista, aquellas que pretenden revertir esos nuevos conocimientos adquiridos, en acción para la práctica profesional.

Para mirar, comprender y actuar sobre la salud y la salud sexual, los derechos y los derechos sexuales, las relaciones, las sexualidades y los cuidados, es preciso partir de algunas premisas (Creación Positiva, 2012b):

- *Perspectiva de Género:* como hemos podido ir viendo a lo largo del trabajo, los hombres y las mujeres se ven envueltas en acontecimientos vitales en los cuales, a menudo, las diferencias se convierten en desigualdades, o se sustentan en ellas. De esta manera, aquellos

factores que vulneran la libertad de las mujeres dificultan el cuidado de la salud sexual y, por tanto, la incorporación de la perspectiva de género en programas de prevención y otras actuaciones, políticas, sociales y sanitarias, resulta realmente necesario.

- *Promoción de los Derechos Humanos* y, especialmente de los Derechos Sexuales, como “*los más humanos de todos los derechos*”. El cuidado de la salud sexual en las mujeres requiere de un ejercicio pleno de los derechos sexuales y del reconocimiento de los mismos. El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH, y en particular hacia las mujeres con VIH, son una vulneración de los Derechos Humanos. Por esta razón, es preciso tener en cuenta las diferencias basadas en el género, para visibilizar las necesidades y encontrar alternativas. Desde un enfoque de Derechos Sexuales el del Derecho a Decidir, que se considera el más importante, está continuamente cargado de amenazas y limitaciones para las mujeres, que se dan, tanto en los modelos educativos como en las sociedades, las creencias, las familias, las relaciones de pareja, etc.
- *Estrategia de Reducción de Riesgos*: tomar conciencia de la sexualidad es también, tomar conciencia de una misma, del propio cuerpo, de las propias emociones, de las creencias y actitudes pero, también, de las propias dudas y preocupaciones, comportamientos y deseos.

El Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (2008-2012) recoge todas las actuaciones, políticas, sociales y sanitarias, que deben articularse para frenar la propagación de la epidemia; propone adaptar las intervenciones y deconstruir roles, poniendo especial énfasis en incorporar la perspectiva de género en respuesta a la infección por VIH.

Por su parte, Quintana (2008) hace alusión a múltiples actuaciones basadas en las premisas anteriores y refiere que es preciso dedicar recursos al desarrollo e implementar intervenciones educativas, bio-médicas, sociales y legislativas efectivas que traten la violencia como causa y consecuencia de la infección por

VIH, que promuevan la defensa de los Derechos Humanos y, en concreto, los Derechos Sexuales de las mujeres, y promuevan la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de las mujeres.

Dado que la salud es uno de los ámbitos de la vida de las personas dónde más claramente se dan las desigualdades basadas en el género, son necesarias, desde el “*ámbito sanitario*”, las siguientes actuaciones (Quintana, p. 9, 10.).

“Apoyar las iniciativas de ONG y de los gobiernos que velan por los derechos de las mujeres, además de promover la implementación de leyes y políticas públicas que protejan los derechos de las mujeres por parte de los gobiernos”.

“La promoción de métodos de prevención del VIH/ETS que controlen las mujeres”, ya que pueden facilitar su empoderamiento y disminuir su dependencia de la decisión de los varones. No obstante, intensificar esfuerzos para asegurar el acceso a la información y a los preservativos masculinos y femeninos, es también necesario.

“Participar en Programas de VIH/SIDA que combatan la discriminación y la violencia contra las mujeres”. El estigma y la discriminación, como ya se ha visto, es otro factor de riesgo para las mujeres. Por esta razón, luchar contra el machismo es visibilizar qué y cómo determinadas prácticas sociales hacen que las mujeres tengan mayor vulnerabilidad de contraer el virus. Así es que, luchar contra el estigma es visibilizar que, a las consecuencias que conlleva estar infectada, se incrementa un mayor sufrimiento y dificulta el cuidado y el tratamiento. Trabajar para eliminar el estigma y la discriminación es reconocer y ejercer los derechos humanos, porque las mujeres también tienen el derecho a vivir una sexualidad libre de estigma, a cuidarse y a ser cuidadas desde el respeto. (Creación Positiva, 2012b, p. 30.).

En la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH se encuentra la falta de poder sobre el propio cuerpo y sobre la vida sexual, la desigualdad económica y social, y la dependencia que todo ello conlleva. Así pues, la violencia de género es un factor que pone en riesgo a las mujeres ante la infección por VIH, en tanto que la violencia contra las mujeres es una vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos, lo cual imposibilita poder ejercer la sexualidad en libertad y tener una buena salud sexual (Creación Positiva, 2012d, p. 14.).

Es por ello que, para la prevención y la atención en VIH, es necesario implementar acciones políticas y sociales de tolerancia cero para con las violencias de género. De igual manera, la intervención para la eliminación de cualquier violencia de género, incluidas el estigma y la discriminación para las personas que viven con el virus, es una potente y necesaria estrategia para la prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH. (Creación Positiva, 2012d, p. 15.).

En conclusión, para poder hablar de “mujeres libres de violencia” es preciso, en primer lugar, establecer espacios de empoderamiento personal de las mujeres, en los cuales traten de reconocerse ellas mismas y de darse la posibilidad del ejercicio del poder de una misma como una forma de recuperación y de libertad y; por otro lado, fomentar el empoderamiento de las mujeres como elemento político, lo cual requiere dar sentido al poder de las mujeres en el mundo y, además, requiere una transformación de las estructuras patriarcales de dominación. (Creación Positiva, 2012d).

Todo esto es imprescindible que se haga a la par que se promuevan debates sobre la necesidad de establecer las relaciones en base a los *buenos tratos*. Donde se explore el cómo se pueden establecer relaciones desde el respeto y la igualdad; donde se establezcan las bases de un nuevo modelo social basado en la deconstrucción del género como el orden social predominante y castrante de las vidas de las personas. (Creación Positiva, 2012d, p. 16.).

“El uso de mensajes preventivos, las estrategias educativas y los sistemas de provisión de servicios sanitarios han de adaptarse a las necesidades y valores específicos de las mujeres”. No obstante, estas intervenciones deben incidir, al mismo tiempo, sobre el entorno cultural, social, laboral y familiar con el fin de reducir los obstáculos que los condicionantes de género suponen para la prevención. Los mensajes, que deben ir encaminados a aumentar la capacidad de percibir el riesgo de infección por VIH que tienen las mujeres, permiten ofrecer estrategias de empoderamiento respecto a la sexualidad de las mujeres.

“Fomentar el cambio de actitudes de hombres y mujeres en relación a los modelos y roles de género que condicionan los comportamientos de riesgo frente a la infección”. Estas intervenciones, que han de tener necesariamente

en cuenta la influencia de las relaciones de género sobre las diferentes conductas de hombres y mujeres, deben ir encaminadas a deconstruir los roles de género, asignando nuevos valores de igualdad y equidad que favorezcan la prevención, y fortaleciendo así, la autoestima y la capacidad de negociación de las mujeres, capacitándolas para su autocuidado. Es importante que estas intervenciones se realicen bajo el prisma de la reducción del riesgo.

“Abordar la detección precoz de una forma integral”. Esto significa una actuación mucho más completa que abarque el análisis de los factores de vulnerabilidad, de las necesidades de cada persona, del asesoramiento previo y posterior a la prueba, entre otros elementos.

“Es necesario promover que en los servicios que aborden la violencia de género se realicen actividades preventivas desde una perspectiva de reducción de riesgos, se promueva la realización de la prueba del VIH y se informe sobre la profilaxis post exposición no ocupacional”. La violencia contra las mujeres es, como bien se ha visto, un problema de salud pública que se aborda desde los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, los cuales constituyen una entrada adecuada para prevenir la infección y asegurar el acceso al tratamiento de las mujeres infectadas. Por tanto, para reforzar la vinculación entre las actividades dedicadas a la infección por VIH y la salud sexual y reproductiva, es preciso desarrollar y apoyar programas de prevención del VIH, otras ITS y embarazos no deseados en el contexto de la planificación familiar.

“Asimismo, potenciar el trabajo y la investigación de factores de protección y resistencia frente a la violencia y la infección por VIH y contribuir a la capacitación de los agentes sociosanitarios en este tema”, es otra actuación clave a tener en cuenta. Esto permite asegurar que los profesionales y los protocolos relacionados con la violencia doméstica aborden el abuso sexual y el VIH y que los servicios relacionados con el VIH aborden los temas de violencia.

“Es prioritario abordar la prevención de la transmisión heterosexual del VIH en mujeres inmigrantes, ya que en muchas ocasiones se encuentran con serias limitaciones para acceder tanto a las intervenciones preventivas como a la atención sanitaria debido a barreras legales, culturales, lingüísticas y socioeconómicas”. Para ello es importante potenciar la figura del mediador

Impacto de los mandatos de género en la transmisión sexual del VIH

cultural y del agente de salud comunitario, y fomentar la colaboración entre las asociaciones de inmigrantes. Entre los factores culturales a tener en cuenta en la atención a mujeres inmigrantes se encuentran las diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad y también la prevención.

“Prestar atención a la situación de riesgo frente a la violencia de género y la infección por VIH de las mujeres y niñas emigrantes”.

“Diseñar e implementar programas de prevención y diagnóstico precoz de VIH/SIDA y otras ITS con perspectiva de género, que aborden las necesidades de las mujeres en general, pero de las mujeres inmigrantes especialmente”.

“De igual modo es necesario diseñar e implementar programas de prevención del VIH de carácter integral cuando se dirigen a mujeres en situación de vulnerabilidad y exclusión, enmarcadas en un contexto de políticas sociales, educativas y sanitarias coordinadas”. La promoción de la salud en mujeres requiere de la capacitación para la autogestión de la salud. Para ello es preciso disponer de recursos sanitarios adecuados y que se encuentren al alcance de las mujeres pero, además, es preciso promover intervenciones educativas a escala comunitaria e individualizada que permitan dotar a las mujeres de los recursos personales necesarios para poder hacer uso de estos servicios.

“Impulsar acciones que promuevan un mayor control y poder de decisión de las mujeres sobre cuestiones relativas a su salud sexual reproductiva, sin verse sujetas a la coacción, la discriminación y la violencia”. En la esfera de la sexualidad, los mandatos de género son los más rígidos y el espacio donde se han producido menos cambios, aunque pueda parecer lo contrario. La sumisión de las mujeres, desde la identidad de “llenar al otro de placer o de amor”, suscitan un lugar subsidiario de las mujeres respecto a su sexualidad y respecto al permiso al placer. Mientras tanto, el hombre aprende a que el goce es lugar para que crezca su masculinidad, su virilidad.

No obstante, aunque hasta hace pocos años los roles sexuales censuraban una sexualidad femenina que fuese más allá de su función reproductiva, es también importante resaltar que, hoy en día, las transformaciones sociales y la consolidación de los métodos anticonceptivos están permitiendo a las mujeres diferenciar la reproducción de la sexualidad. Esta diferenciación, junto a los

avances en la igualdad de género en las relaciones de pareja, están permitiendo alcanzar niveles mejorados de protección frente a las ETS y el VIH. Sin embargo, la labor preventiva actual debe centrarse en acabar con los condicionamientos sociales que todavía muchas mujeres tienen presente y por los cuales se entregan incondicionalmente anteponiendo el amor romántico a la pareja frente a la protección y el cuidado de su propia salud (García-Sánchez, 2004; ONUSIDA, 2008).

Por todo ello, una nueva “*educación amorosa*”, que ayude a las mujeres a amarse a sí mismas, y por ende, a ser ellas mismas el centro de su propia vida, sin tener la necesidad de vivir por y para los otros, puede ser un factor de protección para las mujeres. Para ello es preciso reconocer la soledad como parte de la propia existencia y como lugar para la reflexión y la recuperación; repensar las sexualidades y amar desde el reconocimiento, la diferencia, la igualdad, el intercambio, la reciprocidad, la discrepancia, el desencuentro y el reencuentro. Importante es, pues, la negociación en el amor de forma prioritaria. (Creación Positiva, 2012a; p. 12.).

En definitiva, podemos observar que los mandatos de género son aprendidos y pueden ser deconstruidos pero, para ello, es preciso tiempo y espacio, y desde luego, otras mujeres para crear espacios políticos de libertad y placer. (Creación Positiva, 2012a, p. 13.).

Según la Organización Mundial de la Salud, la Educación para la Salud aborda el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, para mejorar la salud de las mujeres. La educación para la salud no puede desligarse de la promoción de la salud por dos motivos principalmente:

- La educación para la salud promueve acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos.
- Al mismo tiempo que promueve acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Un modelo de atención integral en Salud Sexual y Reproductiva, según refieren las autoras López y Solana en el “*Material de apoyo en salud sexual y*

reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF”, implica que “*las personas deben ser consideradas en su multidimensionalidad*” (biológica y psicosocial; política y económica y; socio-cultural y geográfica). Esta perspectiva integral en salud toma en cuenta las diferencias de género, clase, edad y etnia, colocando a *la persona en el centro*, como protagonista de su propio cuidado y, por tanto, de su propia salud. Este modelo de atención integral reconoce la *salud como un derecho humano básico*.

En conclusión, la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Así es que, su pleno desarrollo depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor, considerándose por ello una parte esencial en la vida de las personas. Permite, no solo el bienestar individual, sino también, el interpersonal y el social. (Creación Positiva, 2012b, p. 41.).

Como sabemos, los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, la dignidad y la igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual ha de ser un derecho humano básico. Para asegurarnos de que las mujeres desarrollen una sexualidad saludable, el conjunto de todos los derechos sexuales han de ser reconocidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades. La salud sexual es, pues, el resultado de un ambiente que reconozca, respete y ejerza esos “*derechos sexuales*” (Creación Positiva, 2012b, p. 41.):

- *El Derecho a la Libertad Sexual.*
- *Derecho a la Autonomía Sexual, la Integridad Sexual y la Seguridad del cuerpo.*
- *El Derecho a la Privacidad Sexual.*
- *El Derecho a la Equidad Sexual.*
- *El Derecho al Placer Sexual.*
- *El Derecho a la Expresión Sexual Emocional.*
- *El Derecho a la Libre Asociación Sexual.*
- *El Derecho a hacer Opciones Reproductivas, Libres y Responsables.*

- *El Derecho a la Información Basada en el Conocimiento Científico.*
- *El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva.*
- *El Derecho al cuidado de la Salud Sexual:*

Solo a través del respeto y del ejercicio de los derechos, las mujeres podrán optar a tener una buena salud sexual. Así, en 2002, la OMS definió la salud sexual como: *“Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad: no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad.[...] Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.*

CONCLUSIONES

Tal y como he planteado al inicio del trabajo en el apartado de la introducción, los objetivos se han visto cumplidos llegado este momento, dado que, tras la revisión bibliográfica y sistematización, a partir del análisis, reflexión e interpretación de los datos, he obtenido toda la información que era necesaria para la transformación de las prácticas sociales en acción, como se ha podido comprobar en el apartado de *“medidas que se proponen para revertir las desigualdades”* basadas en las actuaciones que propone el *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (2008-2012)* o el artículo sobre *Violencia de Género y VIH de la autora Charo Quintana (2008)*. No obstante, eso no significa que no existan obstáculos políticos, económicos y socioculturales que impidan que el problema del VIH/SIDA en las mujeres sea adecuadamente visible y, por tanto, que el problema pueda reducirse a cero en un período corto de tiempo.

A modo de síntesis, considero oportuno destacar las ideas principales que se han venido viendo a lo largo de este trabajo, y así poder concluir con algunas aportaciones personales.

El Boletín Informativo, en el que se plasman los datos del año 2012 sobre la infección por el VIH y el SIDA en Navarra, elaborado por el *Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra*, nos muestra que en torno al 90% de las mujeres contraen la infección por transmisión heterosexual. Este dato, que se repite en varios años consecutivos, llama la atención desde un enfoque de género. Así como los hombres contraen la infección por transmisión homosexual y heterosexual, casi por igual, las mujeres han de hacer frente a una serie de factores adicionales de riesgo a la infección, que les supone estar en situación de desventaja respecto a los hombres, siendo por ello las mujeres más vulnerables a la infección.

El VIH/SIDA, como hemos podido ver, afecta cada vez más a las mujeres y, por tanto, uno de los objetivos del trabajo era evidenciar los aspectos socioculturales que las hacen vulnerables en esta epidemia, así como hacer

visible el problema, los obstáculos y retos a los que se enfrentan cuando buscan dar respuestas y soluciones a esas desigualdades.

En el trabajo se revisan los factores biológicos, pero sobre todo se hace hincapié en los factores socioculturales que son los que influyen con mayor determinación en la vulnerabilidad de las mujeres al contraer la infección. Las diferencias de género, a menudo, se convierten en desigualdades entre hombres y mujeres, por lo que esas desigualdades influyen directa y negativamente en la transmisión del virus.

Algunos de los factores sociales que favorecen la transmisión del virus son, entre otros muchos, la dependencia económica de las mujeres respecto a la pareja; las serias limitaciones y dificultades para acceder a una información fiable sobre la infección, además de las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica y el asesoramiento, lo que dificulta el diagnóstico precoz de la enfermedad para garantizar el éxito de los tratamientos; la discriminación, el estigma y la violencia de género. Así pues, estos factores ponen de relieve las situaciones de vulnerabilidad a las que se ven sometidas las mujeres en las relaciones heterosexuales teniendo, por tanto, mayor riesgo de infección frente al VIH que los hombres.

La propagación de la enfermedad en las mujeres es una demostración de todos estos hechos y sucesos vitales que ponen a las mujeres en situación de desventaja frente a los hombres, lo cual pone de relieve la necesidad de garantizar una serie de condiciones de carácter jurídico, institucional, económico y social que permitan actuar frente a esos factores de desigualdad. Para ello, es preciso buscar las estrategias idóneas que permitan revertir esas desigualdades entre hombres y mujeres dentro del ámbito sanitario, ya que la salud es el área de la vida de las personas dónde más claramente se dan las desigualdades basadas en el género. Así, son necesarias actuaciones, tanto sociales como sanitarias, que permitan dar respuesta al problema de las mujeres frente al VIH/SIDA, incorporando para ello la perspectiva de género y, mediante la promoción de los derechos humanos y estrategias de reducción de riesgos.

Desde mi punto de vista, y de acuerdo a las propuestas de ONUSIDA, las estrategias de reducción de riesgos para mejorar las condiciones de la mujer

pasan, en primer lugar, por contar con servicios sanitarios adecuados, pero también con aquellos que atienden necesidades por Violencia de Género. Esto es importante, ya que ambos servicios son necesarios para la detección de la infección, pues recordemos que el mismo diagnóstico de infección por VIH es considerado como un factor de riesgo para aumentar la violencia de género que sufren las mujeres siendo, por tanto, la violencia de género causa y consecuencia de la infección por VIH en las mujeres. La violencia de género requiere de la implicación activa de todo el personal de salud que debe ser consciente de que el primer paso para abordarla es la detección. Ambos servicios son pues, requisito imprescindible para prevenir tanto la infección por VIH como la Violencia de Género. Las estrategias también pasan combatir la desinformación, promocionar el uso del preservativo femenino como método de prevención, ya que da lugar a mayor autonomía y menor dependencia de la pareja, fortalecer programas de desarrollo económico y programas que permitan la incorporación de las mujeres al mercado laboral y diseñar políticas que tiendan a disminuir la vulnerabilidad.

Con todo, la *implicación política y económica* es fundamental, desde mi punto de vista, para reducir el impacto del VIH en las mujeres, ya que son las instituciones públicas quienes, en primera instancia, tienen el poder y, por tanto, responsabilidad para establecer estrategias e impulsar nuevas formas de acción para la reducción de riesgos y desigualdades. Esto quiere decir que, la implantación de políticas y acciones encaminadas a la erradicación del estigma y la discriminación son imprescindibles para garantizar los derechos humanos y, en concreto los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

A pesar de las medidas que se proponen en la tercera parte del trabajo para revertir las desigualdades, el hecho de que existan serias dificultades o limitaciones en la práctica profesional, tiene que ver con que, a día de hoy, siguen existiendo diferentes obstáculos que impiden la visibilización de las mujeres ante el VIH/SIDA. A pesar del aumento de diagnósticos en mujeres infectadas por transmisión heterosexual, sigue existiendo el estereotipo de que el SIDA es una enfermedad ligada a hombres homosexuales y que, por tanto, no existe riesgo alguno para las mujeres, reduciéndose a grupos como el de las “trabajadoras sexuales” y “usuarias de drogas intravenosas”.

En este momento, me gustaría destacar cómo, según lo que he podido apreciar en algunos libros menos recientes, antes, y todavía hoy, se sigue hablando de “grupos de riesgo”, en lugar de “prácticas de riesgo”, lo que dificulta la total eliminación del estigma y discriminación hacia determinados colectivos de la sociedad a los que, por sus prácticas sexuales consideradas fuera de lo que se establece como “normal”, se les asocia con la enfermedad y; por otro lado, considerar que hay grupos de riesgo implica que las organizaciones centren sus estrategias esencialmente en conocer y controlar las prácticas de determinados grupos, como las trabajadoras sexuales, dejando atrás a las mujeres con patrones de conducta que se consideran “normalizados”. En muchos casos, por tanto, se carece de una perspectiva de género que favorezca un mejor entendimiento de la realidad de las mujeres, siendo esa una de las limitaciones que, todavía hoy, persisten dentro de la práctica profesional.

Otro ejemplo que nos permite ver las limitaciones que podemos encontrar en la práctica profesional y que nos hace pensar en posibles dificultades para abordar algunos temas es que, muchas mujeres que están en riesgo por su pareja, ignoran esta vulnerabilidad, puesto que, a través de la educación recibida se les ha enseñado que la familia es el espacio más seguro y que, por tanto, no hay ningún tipo de riesgo para ellas. Desde mi punto de vista, hacer hincapié en la responsabilidad individual a la hora de utilizar las medidas de prevención adecuadas, es fundamental. Por eso, desde la prevención es preciso fomentar la responsabilidad individual en lugar de esperar a que sea la persona con VIH la que se proteja, ya que todas las personas deben ser responsables, ellas mismas, de garantizar su salud, tomando un papel activo en la prevención sin dejarla en manos de los/as otros/as.

Además, el ejercicio de la sexualidad femenina basado en la noción de amor romántico implica, para muchas mujeres, que la percepción del riesgo baje como consecuencia de una serie de creencias sobre el amor romántico y la fidelidad. Todo esto, junto con el desconocimiento sobre el VIH que todavía hoy existe, la educación afectivo-sexual, desde mi punto de vista, cobra especial importancia tanto en la infancia y adolescencia como en las personas de edad más adulta. No obstante, establecer nuevas medidas educativas, como

favorecer espacios en las aulas para tratar la sexualidad desde edades muy tempranas, contribuiría más eficazmente en el cambio de los comportamientos de hombres y mujeres en el futuro y, por tanto, ello se vería reflejado en un cambio de la estructura social. Recordemos que el abordaje de la sexualidad desde la perspectiva de género, es imprescindible para visibilizar las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres y, por tanto, para poder actuar contra ellas en el ámbito de la sexualidad y la salud sexual.

Otro gran obstáculo para la visibilidad de las mujeres es la ausencia de voces que reivindiquen sus necesidades, frente a una epidemia que cada vez las afecta más, pues no se conceden espacios suficientes para abordar las necesidades de las mujeres desde el ámbito político, lo que deja entrever la escasa consideración política ante el problema que sufren las mujeres que se encuentran en riesgo de contraer la infección por VIH. Que las mujeres requieran de espacios para abordar sus necesidades es, desde mi punto de vista, una realidad que, a día de hoy, está lejos de convertirse en una prioridad dentro de las políticas de salud dirigidas a la atención y prevención de la epidemia, ya que no existe conciencia política de la problemática como consecuencia de los obstáculos que fomentan su invisibilidad.

Otra limitación que podemos percibir en la práctica profesional es que, no siempre, las organizaciones cuentan con recursos suficientes ni personal profesional para abordar la problemática de las mujeres y dar respuesta a sus necesidades; el tiempo es limitado y el abordaje de determinados temas, en ocasiones, sobrepasa el objetivo de las propias organizaciones. Si a eso le sumamos que las organizaciones dedicadas específicamente a tratar con mujeres son pocas, más reducidas son, todavía, aquellas que tratan la infección por VIH en mujeres. Invertir en profesionales cualificados/as y garantizar nuevos recursos que aborden la problemática del VIH/SIDA de forma específica, contribuiría, en mayor medida, a abordar más eficazmente la problemática dentro de espacios que permitan detectar más profundamente las necesidades de las mujeres.

Para que las mujeres consigan hacerse “visibles” en el espacio público es preciso un proceso de *empoderamiento* para las mujeres más vulnerables. Las dificultades de este proceso radican en la complejidad del mismo, ya que es

necesario un proceso de restitución de poder que les permita adueñarse de su propio cuerpo y de su propia vida para poder tomar decisiones al respecto de una forma autónoma. Desde un enfoque de género, empoderar a las mujeres es un recurso básico y esencial para la acción, pues implica trabajar para cambiar las condiciones estructurales de desigualdad que colocan a las mujeres en riesgo de infección por el VIH.

Considerando tal proceso de empoderamiento como un proceso complejo y costoso, es prioritario seguir desarrollando, mientras tanto, métodos de prevención controlados por las mujeres que les proporcionen autonomía y la posibilidad de cuidarse y protegerse. Por otro lado, resulta de vital importancia, sensibilizar a los hombres, pero en especial a los jóvenes, en una nueva cultura de género para desarrollar estrategias eficaces de prevención.

Por tanto, y ya para concluir, podemos ver que, efectivamente, existen obstáculos políticos y culturales que impiden que el problema del VIH/SIDA en las mujeres sea adecuadamente visible. Esto dificulta, en gran medida, la posibilidad de llevar a cabo intervenciones eficaces, considerándose una limitación que puede contemplarse en la práctica profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia de Salud Pública de Cataluña (2012). *Mujer y Sida. Nuevas orientaciones y estrategias* (2a edición). Barcelona.
- Banerjee, S.; Sharma, U. (2007). *El Género, la Sexualidad, los Derechos y el VIH. Una perspectiva general para las organizaciones del sector comunitario*. Ed. ICASO.
- Blázquez, M. (2008). *Amor y sexualidades. V Jornadas sobre Violencias de Género y VIH: amor, sexo y otros cuentos*. Bilbao.
- Creación Positiva (2012). *Género. Maletín de las Señoritas Crespis*. Barcelona. [Disponible en (05/05/2014): <http://www.creacionpositiva.net/uploaded/areaprevencion/documentos/maletin/carpeta3-genero.pdf>]
- Creación Positiva (2012). *Salud sexual, derechos y placer. Apuntes en prevención del VIH para mujeres*. [Versión electrónica]. Barcelona.
- Creación Positiva (2012). *Sexualidades. Maletín de las Señoritas Crespis*. Barcelona. [Disponible en (05/05/2014): <http://www.creacionpositiva.net/uploaded/areaprevencion/documentos/maletin/carpeta4-sexualidades.pdf>]
- Creación Positiva (2012). *Violencia de Género. Maletín de las Señoritas Crespis*. Barcelona. [Disponible en (05/05/2014): <http://www.creacionpositiva.net/uploaded/areaprevencion/documentos/maletin/carpeta5-violenciadegenero.pdf>]

- Grimberg, M. Género y vih/sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con vih” [Versión electrónica]. *Cuadernos médico sociales*, 78: 41-54.
- Henrion, R. (1991). *Les femmes et le SIDA (“Las mujeres y el Sida”)*. Barcelona: Noguer, S.A.
- UPNA (2012). Desigualdades de Género. Apuntes *Asignatura Desigualdad y Exclusión social*.
- UPNA (2012). Feminización de la pobreza. Itinerarios de género en la exclusión social. *Apuntes Asignatura Desigualdad y Exclusión social*.
- UPNA (2012) Violencia contra las mujeres. *Apuntes Asignatura Trabajo Social y Violencia de Género*. UPNA.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Para mis socias de la vida*. Madrid: Ediciones Horas y Horas.
- López, A.; Solana, A.S. *Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF. Guía metodológica* (4^o edición).
- López, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social (Cruz Roja)*.
- Parrini, R.; Amuchástegui, A. (2011). Integrar la perspectiva de género a la prevención del VIH: un análisis desde la investigación social. *XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y otras ITS*.
- Quintana, C. (2008). VIH y Violencias de Género [Versión electrónica] *V Jornadas sobre Violencias de género y VIH: amor, sexo y otros cuentos* (Bilbao, 28 de octubre 2008).