

Desidiamos

Sobre nuestra
sexualidad
y reproducción



Revista de FEIM • Año XI • Número 1 • Julio 2003 • Argentina

- > **Educando el Deseo.**
Peter Aggleton.
- > **Los argentinos frente
al uso del preservativo:
actitudes y prácticas.**
Mabel Bianco.
- > **Tema Especial:**
**OPCIONES
REPRODUCTIVAS
Y VIH/SIDA**



FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER

**CONSEJO ASESOR
INTERNACIONAL**

Prof. Jorge A. Benetucci

Sra. Marge Berer (UK)

Dr. Pedro Chequer (Brasil)

Sra. Amparo Claro (Chile)

Lic. Eva Giberti

Dr. Jorge Gilardi

Prof. Carlos Gurrucharri (†)

Prof. Nelly Minyersky

Dra. Adriana Procupet (España)

Juez Martín Vazquez Acuña

COMITE EDITORIAL

Directora

Dra. Mabel Bianco

Coordinadora

Dra. Laura Pagani

Miembros

Lic. Catalina Abifadel

Dra. Adriana Basombrio

Lic. Cecilia Correa

Dr. Rodolfo Kaufman

Lic. María Inés Re

Dra. Eugenia Trumper

Diseño de tapa

Estudio Celis Bernardo

Promoción Publicitaria

Elsa Bruzzo

Traducciones

Lilian Isler

Composición e Impresión

Gráfica Integral

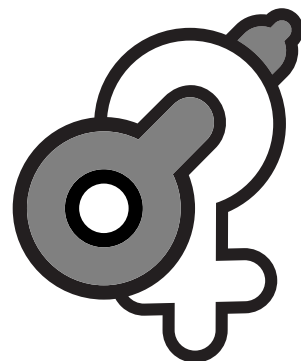
correo-e: altunar@uolsinetis.com.ar

Revista Trimestral Propiedad de la
Fundación para Estudios
e Investigación de la Mujer
Paraná 135, 13, Capital Federal
Registro Nac. de la Prop. Intelectual
N° 326.301

Año XI • Número 1

Julio 2003 • Argentina

**Revista de la Fundación
para Estudio e Investigación
de la Mujer**



Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

INDICE

EDITORIAL

- “Opciones reproductivas de las mujeres y VIH/SIDA” 3

TRABAJOS

- “Educando el deseo” por Peter Aggleton 5
- “Los argentinos frente al uso del preservativo: actitudes y prácticas” por Mabel Bianco 25

COMUNICACIONES

- “Conforme la evidencia científica directa, quien afirma que el levonorgestrel es abortivo, estará faltando odiosamente a la verdad” por Horacio Croxatto 4
- “Negociación conjunta de gobiernos de América Latina con empresas Farmacéuticas para compra de medicamentos y reactivos para VIH/SIDA” 31

TEMA ESPECIAL: OPCIONES REPRODUCTIVAS Y VIH/SIDA

- “Integrando el VIH y la atención del aborto seguro” 10
- “Opciones reproductivas y mujeres que viven con VIH/SIDA” por María de Bruyn 11
- “Nueva lucha contra el SIDA: protejan a las mujeres, frenen la enfermedad” por Kati Marton 22
- “Bush paraliza su iniciativa contra el SIDA” por Frances Kissling 23

HUMOR

- Quino 2
- Sendra 30



~ ¡REGALITO-SORPRESA!.. LA ANUNCIACIÓN, EL ÁNGEL ANUNCIANDO A MARÍA QUE ESTÁ EMBARAZADA. ¿NO ES UNA LÁMINA PRECIOSA? ¡IDEAL PARA ESTA CASA! NI BIEN LA VÍ PENSÉ: JUSTO JUSTO LO QUE TENGO QUE CONTARL... DIGO, COMPRARLES A MIS PAPI'S!!... ¡¡ESTA BUENÍSIMA, NO?... ¿NO ESTA BUENÍSIMA?...



OPCIONES REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES Y VIH/SIDA

Después de más de 20 años de la epidemia, todavía los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH/SIDA no son garantizados debidamente en la mayor parte de los países. Esto es aún mucho más grave en Argentina, porque estos derechos no son garantizados universalmente para todas las mujeres, por tanto las mujeres que viven con el VIH/SIDA son aún las más afectadas.

En Barcelona la coalición de mujeres conocida como “Mujeres de Barcelona” que organizó distintas actividades dentro de la Conferencia y en paralelo, grupo liderado por la Comunidad de Mujeres con VIH/SIDA –ICW- y el Grupo de Mujeres de la Sociedad Internacional de SIDA, elaboró una Declaración de Derechos que jerarquizó la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.

Esta Declaración fue firmada y apoyada por muchos grupos, organizaciones y personas, sin embargo muchos otros no lo acompañaron porque la Declaración planteaba claramente el derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción sin riesgos para su salud y sin ninguna forma de discriminación y estigma. Esto que parece una obviedad, no lo es tanto. Todavía en muchas partes a las mujeres que viven con el VIH/SIDA se las condena y se les niega el derecho a ejercer su sexualidad y más aún de reproducirse.

Por eso este número tiene una sección dedicada a este tema especial. Publicamos un trabajo reciente de Marie de Bruyn que en base a una revisión exhaustiva de la bibliografía, un estudio cualitativo con entrevistas a mujeres y a prestadores de servicios de salud en países de África y Asia, principalmente, analiza en qué contexto en los distintos países y culturas se adoptan estas decisiones y los riesgos implícitos en ellas.

Incluimos en esa sección dos artículos escritos por mujeres líderes de organizaciones de Estados Unidos publicados en diarios de ese país ante la discusión abierta en el Congreso por una ley de cooperación externa a programas de atención y prevención del VIH/SIDA. Ley que se enmarcó en la actual política de Estados Unidos frente al VIH/SIDA, especialmente la prevención. Creemos que insistir en la abstinencia sexual como única forma de prevención del SIDA que debe difundirse, creemos es atentar contra los Derechos Humanos de adolescentes y adultos. Estos temas encubren una gran ignorancia sobre los riesgos y la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente las niñas y adolescentes.

Argentina enfrenta desde fines del 2002 el desafío de implementar la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta ley después de casi 10 años se sancionó y su implementación es clave para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres independientemente de su status frente del VIH/SIDA. Sin embargo somos conscientes de que ni esta ley sola garantiza todos los derechos reproductivos, ni tampoco solo la ley acaba con la discriminación y el estigma. Por eso creemos este es un tema a reiterar e insistir. El camino recién empieza.

Comité Editorial

CONFORME A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, QUIEN AFIRME QUE EL LEVONORGESTREL ES ABORTIVO FALTA A LA VERDAD

Dr. Horacio Croxatto*

Esta es una Editorial publicada por el Diario El Mercurio de Santiago de Chile el 28 de enero de 2003 desterrando información falsa sobre la Anticoncepción de Emergencia.

Cuando el Instituto de Salud Pública aprobó el registro del primer producto hormonal dedicado a la anticoncepción de emergencia (AE), que contenía levonorgestrel (LNG), muchas personas se opusieron a su venta porque creían que interrumpía la vida recién iniciada de un nuevo ser humano. Basándose en esa creencia, el producto fue etiquetado como abortivo, rótulo que aún no termina de despegarse de la conciencia pública. Muchos argumentamos que no había evidencia de que actuara interrumpiendo una vida ya iniciada. No obstante, **surgieron numerosos expertos improvisados, quienes se empeñaron en sostener que era abortivo.** Un hecho que indudablemente contribuyó a sostener la etiqueta de abortivo es que los textos y artículos publicados hasta esa fecha daban una larga lista de posibles mecanismos de acción teóricos, entre los que se mencionan varios que actúan después de la fecundación. **Los “expertos” no distinguieron entre lo que es teóricamente posible y lo que está comprobado, y sin prestar atención a esta crucial diferencia afirmaron categóricamente que el LNG era abortivo.**

En esa época tampoco teníamos evidencia científica directa de que nunca, en ningún caso, actuaba interrumpiendo una vida humana ya iniciada. Esto me impidió afirmar categóricamente que no sea abortivo y me limité a sostener que no había evidencia de que lo fuera. La reacción de los científicos ante esta mezcla distorsionada de ciencia y religión fue tratar de saber más y suponer menos; tratar de reemplazar el oscurantismo por la verdad, cualquiera que ésta fuera. Ahora tengo el agrado de informar que en estos dos años hemos hecho progresos sustanciales para entender cómo es que el LNG previene un embarazo cuando se usa como anticonceptivo de emergencia. Sabemos que un coito sólo es efectivo para producir un embarazo cuando ocurre en el mismo día en que la mujer ovula o en cualquiera de los cinco días previos a la ovulación. Es decir, que cinco de los seis días (86%) en que el coito es potencialmente fértil preceden a la ovulación.

Si la píldora tomada entre uno y cinco días antes de la ovulación fuera capaz de impedir la ovulación, podría prevenir cerca del 86% de los embarazos.

Ocurre que el LNG previene cerca del 86% de los embarazos esperados. Los cuatro estudios realizados independientemente en Edimburgo, México D. F., Estocolmo y Santiago muestran que el LNG es capaz de interferir con el proceso ovulatorio en la mujer cuando se administra antes que la ovulación sea inminente. Dos estudios realizados en Santiago demuestran que el LNG también interfiere con el proceso ovulatorio en la rata y en la mona Cebus cuando se administra antes de que la ovulación sea inminente. No hay ninguna duda de que el LNG tiene la capacidad de impedir la fecundación por este mecanismo después que una mujer tiene un coito en el período fértil. Pero si la ovulación ya es inminente este mecanismo no opera y la mujer se embaraza, a no ser que el LNG actúe sobre los espermatozoides, mecanismo que aún está en estudio. Esto explica que aproximadamente uno de cada diez embarazos que se espera que ocurran después de un coito no protegido en el período fértil ocurre a pesar del uso del LNG. Por otra parte, los investigadores de México y Estocolmo buscaron las teóricas alteraciones del endometrio causadas por el LNG que podrían interferir con la nidación del embrión, y no las encontraron.

En Santiago también diseñamos experimentos para determinar si el LNG interfiere con procesos posteriores a la fecundación en la rata y en la mona Cebus, y no encontramos ninguna interferencia. El número de embriones que se implanta en el grupo tratado con LNG es idéntico al que se implanta en el grupo control. Es decir, el LNG no tiene en ninguna de estas dos especies la capacidad de reducir el número de embriones que se implantan. Sólo tiene capacidad para reducir el número de embriones que se forman. En conclusión, ¡sólo previene la fecundación! Algunos de estos antecedentes ya están publicados, otros han sido comunicados en congresos científicos y están en proceso de publicación. Una vez que hayan alcanzado ampliamente el dominio público de la ciencia, **quien afirme que el LNG es abortivo estará faltando odiosamente a la verdad.** ♦

* Profesor, Departamento de Ciencias Filosóficas. Facultad de Ciencias Biológicas. Pontificia Universidad Católica de Chile.

EDUCANDO EL DESEO

Peter Aggleton*

La información y educación son importantes armas en la prevención del VIH/SIDA, pero también lo es el bagaje cultural de los individuos y su entorno. El contexto en el que una persona vive y se desarrolla es variable y debería tenerse en cuenta al diseñar programas de prevención, porque afecta sus decisiones y elecciones.

La educación desempeña en el mundo entero un importante papel en lo relativo al tema del sexo y la sexualidad así como en la prevención del VIH/SIDA. Sin embargo el poderoso potencial de la educación como herramienta para promover modalidades más seguras y placenteras de actividad sexual y producir cambios de conducta en dicha esfera no ha sido por ahora suficientemente desarrollado.

En muchas investigaciones realizadas, los jóvenes por ejemplo, afirman que recibieron escasa información sobre el tema de VIH/SIDA y que además llegó demasiado tarde. También un número considerable de adultos persiste en sus conceptos equivocados sobre la epidemia.

Estos conceptos varían desde la opinión recientemente hallada en un estudio sobre jóvenes varones heterosexuales según la cual el VIH/SIDA es una enfermedad de “mujeres sucias” y “hombres homosexuales”, hasta la opinión generalizada entre gran número de adultos de los países en desarrollo de que los preservativos tienen orificios que el virus del VIH/SIDA puede atravesar. Resulta claro que la educación fracasa en cumplir sus objetivos –y somos nosotros los educadores– quienes debemos asumir la responsabilidad por las carencias educativas en el área de la sexualidad.

En este documento, me propongo señalar algunos de los problemas que debe abordar la educación si quiere cumplir su objetivo en cuanto a la atención y prevención del VIH/SIDA. Este es un momento inmejorable para llevar adelante dicha tarea. Un nuevo marco de estrategias para educación sobre VIH/SIDA acaba de ser aprobado por la UNESCO y otras seis agencias

de ONUSIDA y este hecho ofrece un excelente punto de partida para realizar esfuerzos más explícitos y coordinados.¹

Quisiera centrar mis reflexiones en el tema del “deseo”, un término hasta ahora poco usado en el campo del discurso internacional pero que tiene el potencial para plantear importantes cuestiones sobre:

- El enfoque de los esfuerzos existentes
- La gama de temas planteados
- Cuestiones pedagógicas
- Cuestiones de contexto

De más está decir que gran parte de la educación en VIH/SIDA, sexo y sexualidad se ha concentrado en temas como conocimiento, actitudes y conductas.

Tanto adultos como jóvenes han recibido información sobre los “hechos” vinculados a la infección por VIH/SIDA, las ETS y la concepción, en la convicción de que la información proporcionada serviría de base para actuar en estas esferas. En forma alternativa, o quizás también, se les ha brindado la posibilidad de reflexionar sobre actitudes que puedan tener tanto ellos como otras personas de su entorno – por ejemplo determinadas actitudes sobre distintas prácticas sexuales. Así mismo, se ha puesto el énfasis en promover el desarrollo de aptitudes, vinculadas a la toma de decisiones, así como al desarrollo de la capacidad de comunicación sobre la temática sexual y capacidad para “la negociación”.

Pero con demasiada frecuencia, la atención se ha centrado en el individuo que requiere “ser enseñado”, capacitado para desarrollar sus “aptitudes” y que se promuevan en él o ella “las actitudes adecuadas”. Rara vez, por no decir nunca se ha promovido una verdadera preocupación por lo afectivo y emocional, lo que la gente siente sobre estos temas y lo que saben y lo que hacen. Es probable que en esta sala todos nosotros

* Trabajo presentado en la 14ª Conferencia Internacional de VIH/SIDA en Barcelona 2002, Investigador de Thomas Coram Research Unit, P.Aggleton@ioe.ac.uk

tengamos posiciones tomadas sobre la vida sexual y sobre el consumo de drogas. Y si esto es verdad para nosotros debería serlo también para aquellos con los que trabajamos.

¿Pero por qué ocurre esto? Por lo menos parte de la respuesta debe encontrarse en los diferentes “sentidos” que operan en el marco de un contexto dado. Lo que significan el sexo y el consumo de drogas, por ejemplo, puede influir en la conducta que se asuma. Conceptos como el “honor”, o lo “honorable” por ejemplo resultan centrales para nuestra auto-comprensión sexual.

Para muchos varones y mujeres jóvenes es un honor demostrar que se es sexualmente experimentado.

Para muchas personas involucradas en trabajo sexual es un honor enviar dinero a la familia en el pueblo.

Para muchos de nosotros en esta Conferencia, resulta “honroso” ser fieles a nuestras parejas sexuales.

Sin embargo estas cuestiones “de honor” no son las mismas para todos. Sus significados difieren según el contexto y la circunstancia. Es importante también reconocer en la “irracionalidad” una fuerza poderosa para reestructurar la vida sexual.

Rara vez las interacciones que conducen al intercambio sexual son bien entendidas en los términos de comunicación y negociación que se enseña en los programas denominados “Sólo diga que no”. Pocas veces se evalúan suficientemente con los interesados las ventajas y desventajas de prácticas sexuales como las sugeridas por los modelos racionales de toma de decisión en lo relativo a conductas de riesgo y al cambio de conducta. Si bien, después del acto sexual es posible reconstruirlo, esto solía ocurrir en forma accidental y frecuentemente se debía a la casualidad y si se presentaba la oportunidad.

Otro punto importante es que se subestima el poder de la “transgresión”, la excitación que produce hacer algo no debido, atrevido, prohibido. Es cierto que se ha hablado de tales temas en el contexto del abandono del uso del preservativo por parte de algunos hombres gay, quienes a su vez adoptan y negocian nuevas y más complejas formas de seguridad. Pero, es escasa la atención brindada a la transgresión de sexo seguro en heterosexuales y así como en el consumo de drogas.

Finalmente tenemos el espinoso tema del “amor”, un concepto conspicuo por su ausencia una vez más en Conferencias como estas. Si bien el concepto de amor varía considerablemente de un extremo al otro del planeta, son conceptos bastante reales para un número muy amplio de personas. Como lo demuestra la reciente investigación de Delors sobre parejas sero discordantes en Francia, el amor legitima una gama de prácticas sexuales en los que la posibilidad de in-

fección es muy real. El sexo inseguro practicado entre parejas sero discordantes de larga data, por ejemplo, al igual que entre parejas jóvenes (o de mediana edad) que siguen creyendo que el fervor y la pasión de los primeros encuentros perdurará.²

Nos encontramos por lo tanto, con una serie importante de “ausencias” en el marco de gran parte del trabajo educacional sobre VIH/SIDA. Estas ausencias, sin embargo, se combinan con lo que podría denominarse “supuestos” los cuales a su vez se han fortalecido con los años.

Algunos supuestos no productivos

Hasta hace poco tiempo gran parte de las iniciativas educativas en la población general y en escuelas han procedido del supuesto equivocado de que “todos aquellos a quienes se debe dirigir y alcanzar con estas iniciativas educativas son VIH negativos”. Se trata de un supuesto peligroso no solo porque la realidad es que tal vez la mayoría de los individuos implicados desconocen su sero condición, sino porque también en un número creciente de circunstancias (en las escuelas de Africa, por ejemplo) un número sustantivo de profesores y alumnos pueden ser (y pueden saberlo) VIH positivos. Las barreras entre atención primaria y otras formas de prevención se están resquebrajando, y no solo debido a la creciente disponibilidad de drogas antiretrovirales poderosas.

En **segundo lugar**, existe el supuesto, que prevalece en el trabajo educativo, de que “las personas con VIH constituyen una especie de problema y no se los considera como parte de la solución de la epidemia. Una amenazante fantasía de los efectos físicos devastadores del VIH/SIDA, junto a advertencias a los jóvenes en particular aquellas que recomiendan evitar a aquellas personas o grupos de personas que puedan constituir un “riesgo” hacen muy poco para construir conductas de solidaridad social central para una respuesta efectiva. En contextos donde poca gente conoce su condición serológica también refuerzan la negación, forzando a “tomar partido” a aquellas personas que han recibido educación sexual, en una batalla contra la epidemia innecesaria y que divide.

En **tercer lugar**, hasta la fecha, sólo unos pocos programas educativos han considerado central la tarea de prevención de la discriminación, los derechos humanos y la estigmatización. Es triste el que hayan sido necesarios casi veinte años para que la Primera Campaña Mundial contra el SIDA se centrara en lo que es, y ésto es materia discutible, el mayor mal social asociado a

la epidemia: a saber la voluntad de la gente de aislar, envilecer y rechazar a sus hermanos y hermanas, amigos y amantes. La educación en VIH/SIDA necesita tornarse más “real” al abordar estos elementos de abuso social, y esto debe hacerse con rapidez.

En **cuarto lugar**, hasta recientemente nuestra comprensión del género ha sido relativamente superficial en el trabajo educativo. En realidad, no puede negarse que las mujeres, y las jóvenes en particular, están en desventaja en la mayoría de las sociedades del mundo. Y en realidad, para muchas mujeres jóvenes la educación representa, a nivel individual por lo menos, una vía que les permite salir de la pobreza y alejarse del riesgo de contraer una enfermedad sexual.³ Hemos fracasado en atacar adecuadamente el modo en el que “los sistemas de género” funcionan y aseguran que tanto mujeres como “hombres” sean vulnerables a la epidemia.

Los varones, a través de las ideologías que los alientan a aparecer como poseedores de conocimientos cuando en realidad carecen de ellos, por temor a ver su masculinidad amenazada. Las mujeres, a través de las ideologías que las alientan a ser “inocentes” sobre el sexo, cuando en realidad lo que necesitan es saber.

En **quinto lugar** existe el supuesto de que los mensajes y enfoques que funcionan desde el principio, continuarán funcionando más tarde. Nada puede estar más alejado de la verdad. Resulta ahora evidente a partir de las investigaciones realizadas con algunos de los primeros grupos en los que la infección podía conocerse como por ejemplo varones gay, trabajadores y trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables, que los mensajes y abordajes deben modificarse en el transcurso del tiempo. No solo se formen nuevas generaciones de personas especialmente vulnerables sino que también ingresan al mundo en circunstancias muy diferentes a las que existían al principio de la epidemia, cuando por ejemplo, cualquier acercamiento a un tratamiento eficaz era una mera fantasía.

Problemas vinculados a la pedagogía

En el pasado la educación en VIH/SIDA y de hecho educación sexual han procedido de lo que Richard Parker y yo hemos denominado en otras partes del mundo un modelo de esclarecimiento liberal. En este marco, aquellos que saben intervenir del mejor modo posible lo hacen para corregir los “malos” pensamientos y acciones de los otros. Esta teoría de la pedagogía como la plantea el educador Paulo Freire ve las mentes de los que están siendo educados como barcos vacíos esperando ser completados con buenas ideas de es-

pecialistas y expertos comunicadores. Un conjunto paralelo de supuestos nos lleva a comprender el sexo como una conducta a controlar, y no como una pasión que debe vivirse de forma segura. De más está decir que pocas veces la gente demuestra interés por estos enfoques pedagógicos. Con mayor frecuencia parecen escuchar atentamente, y los adultos son muy buenos en parecer estar escuchando, pero detrás de esta fachada son escasos los cambios que se producen.

Son indiscutiblemente más exitosos los esfuerzos realizados por liberar el poder del pensamiento crítico y sistemático basado en la propia posición de la gente en su vida. Estos abordajes suelen originarse en situaciones cotidianas y en las preocupaciones diarias de grupos humanos o de individuos y no en la intervención de expertos y o especialistas. Es el tipo de pedagogía que caracterizó con frecuencia y de manera disparatada el trabajo de prevención y proyectos tan diversos como el proyecto Sonagachi que trata con trabajadoras sexuales en la India, TASO: la Organización sobre servicios vinculados al SIDA, trabaja con una amplia gama de individuos en Uganda, GMHC en New York y con varios Consejos sobre SIDA en Australia y Pela Vidda en Brasil.

En cada caso el principal objetivo de la pedagogía aplicada ha sido no decirle a la gente lo que debe hacer sino contribuir a liberar el propio poder de la comunidad para hacerse cargo del problema y librar batalla. La importancia de tales enfoques—que intentan consolidarse y construir “capital social”—ha sido bien documentado, especialmente en contextos en los que la “educación popular” ha sido utilizada para desarrollar no sólo comprensión sino para combatir la desigualdad social y la exclusión que quita el poder a aquellos más vulnerables a la infección por VIH/SIDA.

Cuestiones de contexto

Tal vez la cuestión más importante para tener en cuenta al planificar el trabajo futuro son las nociones de contexto. Lejos de resultar periférico a la efectividad de la educación, el contexto es de vital importancia para comprender cómo la gente responde a las oportunidades de aprendizaje que se les brindan. Permítanme dar un ejemplo: desde el punto de vista educativo resulta sumamente importante saber cómo podemos promover sexo seguro si la relación sexual que deseamos poner a resguardo es:

- la primera relación sexual o una relación sexual estable
- relaciones sexuales en el marco de un matrimonio

- estable o sexo ocasional fuera de una relación estable
- una relación sexual por amor o para satisfacer un momento de deseo lujurioso
 - una relación sexual emprendida libremente con consentimiento mutuo por adultos o en el marco de limpieza étnica/relación sexual entre hombres en prisiones o relación sexual entre varones gays que se aman.

En última instancia no existen panaceas universales para ser descubiertas por la ciencia de la prevención. Los enfoques que empleamos deben ser de contextos específicos. El punto es que el “contexto tiene realmente importancia” cuando se trata de planificar las intervenciones educativas y cuando se trata de pensar sobre qué tipo de educación queremos lograr.

El contexto es importante debido a su última relación con lo que llamamos “vulnerabilidad”. Para la prevención del VIH/SIDA no solo se requiere focalizar en las conductas individuales de riesgo, sino también los factores del medio, político y económico que influyen sobre la susceptibilidad y vulnerabilidad de la infección. Algunas variables que deben tenerse en cuenta son:

- los factores ligados a las redes sociales y de interrelaciones de las que las personas son parte.
- factores relacionados con la calidad y cobertura de los servicios y programas.
- factores sociales.

Entre los factores programáticos que deban tomarse en cuenta están la apropiación cultural o no del VIH/SIDA y de los programas de educación sexual, la accesibilidad o inaccesibilidad a los servicios debido a las distancias, costos y otros factores, y la capacidad de los sistemas de salud de responder a las crecientes demandas de atención y apoyo.

Los factores sociales que influyen la vulnerabilidad incluyen normas culturales, leyes, prácticas sociales y creencias que actúan como barreras o facilitadores de los mensajes y abordajes preventivos. Estas influencias pueden conducir a la inclusión, abandono o exclusión social de las personas dependiendo de su estilo de vida y sus conductas y características socio-culturales.

Entre los factores que potencian la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA están la inequidad de género, edad, sexualidad, pobreza y la exclusión social, de maneras muy complejas. En el caso de la pobreza, por ejemplo, la violación de derechos, el abuso físico, la explotación sexual y el retiro de algunos derechos puede aumentar la brecha entre aquellos que se benefician con el crecimiento económico y aquellos que sufren sus efectos

adversos.

Paradójicamente, las políticas y programas de desarrollo pueden tener efectos negativos inadvertidos en la diseminación e impacto del VIH/SIDA. Pueden, por ejemplo, aumentar desproporcionadamente la brecha económica entre sus beneficiarios inmediatos y otros. Los muy pobres pueden hacerse vulnerables al VIH/SIDA como resultado de una marginalización creciente en el terreno económico, y la necesidad de depender de otras formas de vida, por ejemplo trabajo sexual, ambas los exponen al riesgo de VIH/SIDA.

Si bien nuevas y más realistas formas de aprendizaje descriptos son un elemento importante para la educación futura y el VIH/SIDA, para un éxito duradero, se deben realizar intervenciones estructurales y ambientales para cambiar el contexto social en el que los individuos y las comunidades viven. Esto lógicamente buscaría olvidar las más amplias fuerzas político, económica y social que determinan la vulnerabilidad relacionada al VIH y que previene a la gente de actuar sobre la base de lo que siente y sabe.

Veinte años de epidemia global en VIH/SIDA, el momento es apto para reevaluar que cuenta en la educación de VIH/SIDA. Se necesitan nuevas y más reales formas de intervención y de programación si intentamos cumplir con los objetivos delineados en la Declaración de Compromiso de UNGASS (4). Necesitamos renovar y multiplicar nuestros esfuerzos si queremos que el potencial de la educación cambie las vidas y promueva la reducción de la vulnerabilidad y riesgo relacionados con el VIH/SIDA.♦

Bibliografía

- ¹ http://portalunesco.org/ev.php?URL_ID=2714&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201&reload=1026641421
- ² Delor, F. (1999) SEROPOSITIFS: Trajectories identitaires et recontres du risqué. Paris, L'Harmattan Logiques Sociales.
- ³ <http://www.icrw.org/docs/DurbanHIVAIDSspeech700.pdf>
- ⁴ <http://www.icaso.org/ungass/dclinafcommnt.pdf>



**> Tema Especial:
OPCIONES REPRODUCTIVAS Y VIH/SIDA**

INTEGRANDO EL VIH Y LA ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO¹

Es preocupante la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y adultas frente a las enfermedades y muertes ocasionadas por el VIH y el aborto inseguro. Por eso es necesario eliminar las barreras que muchas mujeres encuentran al buscar atención en salud sexual y reproductiva integral. En ese sentido Ipas propone los siguientes principios para integrar el VIH y la atención del aborto seguro, incluyendo la atención post-aborto.

Derechos

- Los programas de VIH y atención de aborto seguro se deben basar en los derechos humanos, especialmente los sexuales y reproductivos. Se debe eliminar la violencia basada en género y la discriminación, que aumentan la vulnerabilidad de mujeres adolescentes y adultas a la infección por el VIH y los embarazos no planificados.
- A las mujeres que viven con VIH/SIDA se les deben garantizar todos los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos internacionalmente, los que incluyen: el derecho a decidir si quieren tener hijos, a acceder a anticonceptivos, y a la terminación voluntaria, segura, y legal de un embarazo. (Naciones Unidas 1998; UNFPA 1999).
- El VIH no debe ser la única indicación para la terminación voluntaria del embarazo, ni considerada separadamente. El aborto debe ser una opción legal para todas las mujeres. Las mujeres que viven con VIH/SIDA no deben sufrir ninguna presión ni coerción para terminar un embarazo, ni para efectuarse una esterilización.

Programas y servicios

- Las mujeres que viven con VIH/SIDA deben participar activamente en el diseño, implementación y evaluación de los programas de VIH.
- Los programas de VIH deberían incluir educación y consejería sobre embarazos no planificados, métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia, los peligros del aborto inseguro y el acceso a abortos seguros y legales.
- Los servicios de obstetricia y los relacionados con el aborto deberían ofrecer educación e información sobre VIH y las infecciones sexualmente transmisibles, consejería, testeo, tratamiento y apoyo, en lo posible en el mismo consultorio y en la misma consulta.
- Los programas dirigidos a reducir la incidencia de VIH o embarazos no planificados deberían abordar los riesgos comunes, educar a las personas sobre las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección, luchar contra la violencia ligada al género, y diseñar materiales y mensajes que promuevan la prevención de VIH y embarazos no planificados.
- Las intervenciones para el testeo del VIH deberían dar consejería centrada en la persona que consulta antes y después del test; requerir consentimiento informado y voluntario, y proveer derivaciones directas a servicios de salud sexual y reproductiva y VIH.
- El objetivo de solicitar el test de VIH durante el embarazo debería ser mejorar la salud de la madre y no solamente prevenir la transmisión de ella al hijo.
- Se debe ofrecer el testeo a todas las mujeres independientemente de un embarazo.
- Las mujeres que viven con VIH/SIDA que participan en la prevención de la transmisión madre a hijo, así como los recién nacidos infectados, deben tener garantizados el acceso al tratamiento antirretroviral de por vida.
- Los servicios de obstetricia y los que brindan atención del aborto deben seguir las normas standards para la prevención de infecciones y ofrecer cuidados no discriminatorios a las mujeres VIH+, en igualdad de condiciones que a las negativas.

Recomendaciones

- Reconocer el impacto devastador del VIH y del aborto inseguro en la vida y salud de las mujeres.
- Investigar los entrecruzamientos del VIH, la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el aborto en la vida de las mujeres, en los programas y políticas.
- Abogar por políticas y programas que reduzcan el riesgo de las mujeres de contraer el VIH, que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH y asegurar el acceso al cuidado integral de la salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y el aborto seguro y legal.
- Fortalecer las relaciones y lazos de colaboración entre organizaciones que proveen servicios complementarios para definir estrategias compartidas y fortalecer asociaciones en investigación, abogacía y entrenamiento en VIH, embarazos no planificados y aborto.
- Incrementar las articulaciones y, cuando sea posible, integrar la atención del aborto y la consejería en VIH, testeo y tratamiento en el entrenamiento del cuidado de la salud.
- Evaluar los resultados de los programas y políticas.
- Mejorar la calidad y continuidad del cuidado en concordancia con los resultados de las investigaciones y las evaluaciones de los programas.

* Traducción de la recomendación divulgada por Ipas en Marzo 2003

OPCIONES REPRODUCTIVAS Y MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Maria de Bruyn*

Introducción

ONUSIDA estimó que para diciembre de 2002, 42 millones de personas en el mundo vivían con VIH/SIDA; 19.2 millones eran mujeres de 15 a 49 años de edad. Dos millones de estas mujeres fueron recién infectadas por el VIH en el 2002 y 1.2 millones murieron de SIDA ese año [1]. ONUSIDA calculó además que alrededor de 2.5 millones de las 200 millones de mujeres que quedan embarazadas cada año son VIH-positivas [2]. De las 14.000 nuevas infecciones diarias de VIH cada año, más de 1600 ocurren entre niños durante el embarazo, el parto y el período postnatal [3].

Las tasas de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas varían mucho, fluctuando desde los valores mínimos actuales del 1 al 3% en las ciudades y distritos de la India, hasta el 20 al 36% en algunas partes de África. Ocurren aproximadamente 19 millones de abortos inseguros cada año, la mayoría de ellos en países en desarrollo. Anualmente ocurren 4.2 millones de abortos inseguros en África y 10.5 millones en Asia. Dadas las altas y aún crecientes tasas de prevalencia del VIH entre las mujeres de edad reproductiva en estas regiones, puede suponerse que las mujeres viviendo con SIDA –MVS– figuran entre las afectadas y las consecuencias para la salud pueden ser aún más graves para ellas que para otras mujeres [4].

El contexto en el cual las MVS toman decisiones con respecto al embarazo y la maternidad suele caracterizarse por varios factores negativos:

- obstáculos a la prevención del embarazo: falta de información de anticoncepción, particularmente sobre cómo los anticonceptivos interactúan con los ARV y las medicinas tomadas para tratar infecciones oportunistas; incapacidad de utilizar condones y anticonceptivos siempre, en parte debido a factores basados en el género; violencia sexual, u otros
- desconocimiento sobre su estado de VIH cuando quedan embarazadas
- falta de acceso a medidas que puedan prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH –PTMH–, especialmente en los países en desarrollo
- falta de conocimiento y acceso a medios para interrumpir embarazos no planeados sin riesgos.

Un área en la cual el estigma y la discriminación afectan a las mujeres que viven con VIH/SIDA –MVS– es la salud reproductiva. En este informe se resume la información disponible en cuanto a las barreras y a la discriminación con que se enfrentan ellas para ejercitar plenamente sus derechos sexuales y reproductivos relacionados con el embarazo. El informe está basado en una revisión extensa de la literatura y en entrevistas con informantes clave en Australia, India, Kenia, Sudáfrica y Tailandia. Las entrevistas tuvieron el pro-

pósito de obtener información e ideas sobre las dificultades con que pueden enfrentarse las MVS al evitar y afrontar tanto los embarazos planeados como los no deseados. Cuatro MVS de Argentina, Australia, Kenia y Sudáfrica revisaron el diseño del estudio y la guía de entrevista. Las MVS de Australia, Kenia y Sudáfrica llevaron a cabo posteriormente entrevistas confidenciales con 36 informantes clave en Australia (3 personas), la India (6 personas), Kenia (11 personas), Sudáfrica (8 personas) y Tailandia (8 personas). Treinta y uno de los informantes eran mujeres y doce eran personas que vivían con VIH/SIDA. Todos los informantes dieron su consentimiento informado por escrito para el estudio y solicitaron una copia del informe de la entrevista.

Representantes del sector de salud pública participaron en todos los países, incluidos médicos o enfermeras en Australia, India, Kenia y Tailandia. Otras organizaciones representadas por informantes clave incluyeron las asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA, las organizaciones de servicios para el SIDA, los prestadores de servicios de planificación familiar y las ONGs.

Estrategias para afrontar el VIH/SIDA y el embarazo

Muchas agencias de Naciones Unidas están promoviendo una triple estrategia para la intersección VIH/SIDA y embarazo: 1) prevenir la infección por el VIH en la gente joven y las mujeres en edad fértil,

* Investigadora senior, División de Políticas, Ipas, Chapel Hill, USA

2) evitar el embarazo no deseado entre las mujeres infectadas por el VIH y 3) prevenir la transmisión del VIH de madre a su hijo [2].

Si bien muchos programas están centrados en la primera estrategia, una gran cantidad de jóvenes y mujeres siguen contrayendo el VIH debido a factores fuera de su control: incapacidad de negociar el uso de preservativos, falta de acceso a ellos, infección debido a la violencia sexual. En comparación, las medidas para prevenir la transmisión madre-hijo han resultado ser más eficaces, porque son de corto plazo y porque los prestadores de servicios de salud pueden controlar las circunstancias en las cuales éstas se implementan. Por ello, la prevención de la TMH se ha convertido en un elemento importante de muchos programas gubernamentales y los donantes han aumentado el financiamiento para implementar esta estrategia.

La estrategia que ha recibido la menor atención es la prevención del embarazo no deseado entre las MVS. Hay tres maneras de lograr esto: promover el uso de anticonceptivos eficaces, acabar con la violencia sexual contra las MVS, y habilitar a las MVS para evitar los embarazos no planeados por medio de la anticoncepción de emergencia o interrumpirlos por medio del aborto seguro.

Para entender los factores que influyen en la toma de decisiones por parte de las MVS respecto al embarazo, es útil repasar el contexto en el cual ocurre esa toma de decisiones. Cuatro áreas de interés particular son: el uso de anticonceptivos; la relación entre el VIH/SIDA y los resultados del embarazo; los medios disponibles para prevenir la TMH; y el estigma y la discriminación que afectan a las MVS. Muchas MVS no reciben información completa sobre sus

opciones anticonceptivas; además, puede que sea difícil utilizar anticonceptivos constantemente. A la mayoría de los métodos anticonceptivos se les considera apropiados para las MVS pero algunos tienen efectos secundarios que deberían tomarse en cuenta.

Los informantes clave en todos los países estuvieron de acuerdo en que los anticonceptivos generalmente están disponibles por medio de clínicas, hospitales, farmacias y/o distribuidores en la comunidad. Sin embargo, observaron que las adolescentes tienen problemas en obtenerlos. En todos los países, los informantes dijeron que la anticoncepción de emergencia era una opción poco conocida para evitar el embarazo para la gran mayoría de las mujeres.

Algunos informantes clave observaron barreras al uso, como:

- Sus parejas se niegan a utilizar preservativos porque: 1) simplemente no desean utilizarlos; 2) ambos son seropositivos y no creen necesario prevenir la reinfección; 3) ignoran el seroestatus de sus parejas sexuales femeninas y las mujeres temen solicitar el uso de condones para no revelar su seroestatus.
- Algunos ARV pueden reducir la eficacia de anticonceptivos hormonales y los DIU pueden causar infecciones pélvicas.
- Temor a infección por parte de los prestadores de servicios de salud: un informante en la India observó que algunos prestadores de servicios rechazan insertar DIU a las MVS porque no desean tocar fluidos vaginales infectados.

Algunos informantes clave en Australia y Sudáfrica comentaron que alguna gente, incluidos los prestadores de servicios de salud, supone que las MVS no tienen vida sexual y esto puede restringir la in-

formación que se les da. Una MVS en Australia comentó: “...como mujer VIH-positiva, ningún médico ha hablado conmigo acerca de la anticoncepción desde que recibí mi diagnóstico de seropositiva ...hasta ahora, ... Es como si ésto no existiera en su mente.”

Cuando buscan anticonceptivos, a veces los consejeros determinan la clase y cantidad de información que reciben. Muchos programas de SIDA promueven los preservativos en lugar de otros métodos anticonceptivos. Investigaciones en nueve clínicas de planificación familiar en Nueva York, demostró que el 86% de los prestadores recomendaría el preservativo masculino a todos los clientes, pero el 64% no lo recomendaría como un método anticonceptivo principal. Un estudio realizado en el 2000 con 146 visitas simuladas a 31 instalaciones del sector público en Sudáfrica, se encontró que los métodos de barrera fueron ofrecidos a solo el 39% de las clientas, mientras que al 12% se les habló de preservativos y otro método anticonceptivo.

Los informantes clave dijeron hay poca información respecto al VIH y el embarazo. Si las MVS quieren información, tienen que buscarla específicamente; la información proporcionada es mejor para ellas que son afortunadas por tener acceso a programas de TMH. El embarazo no acelera la progresión del VIH en las mujeres que están en las etapas tempranas y asintomáticas de la infección; la situación es diferente para las mujeres con altas cargas virales y diagnósticos de SIDA [3, 8]. Entre las complicaciones del embarazo más frecuentes entre las MVS embarazadas que las mujeres VIH-negativas figuran las infecciones genitales y de las vías urinarias, pérdida de sangre

más frecuente y severa, anemia, pulmonía bacteriana, retraso de crecimiento intrauterino, trabajo de parto pretérmino y ruptura prematura de las membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer [3, 6]. La coinfección con otras enfermedades, tales como la hepatitis, y las complicaciones relacionadas con el abuso de drogas también parecen aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo [9, 10].

El VIH puede ser transmitido al feto en cualquier momento del embarazo, del parto y del posparto por medio de la lactancia materna. Se estima que del 25 al 40% de la transmisión ocurre durante el período prenatal y del 60 al 75% durante el parto cuando no hay lactancia materna. La presencia de varios factores durante el embarazo puede aumentar los riesgos de infección perinatal; entre ellos infección por el VIH después de la concepción, infección por ITS, uso materno de drogas inyectadas, fumar, deficiencia de vitamina A, y sexo sin protección con múltiples parejas sexuales [11, 12]. Las altas cargas virales e infección avanzada por el VIH, el parto pretérmino, la ruptura de la membrana más de cuatro horas antes del parto y la lactancia materna también han sido vinculados con mayores probabilidades de transmisión perinatal [11, 13].

El aborto espontáneo y las complicaciones del aborto inducido

La fecundidad parece ser más baja entre la gente que vive con VIH/SIDA que en la población general. La tasa de fecundidad más baja ha sido vinculada con coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), menos espermatozoides y menos actividad sexual entre las MVS,

particularmente las con infecciones más avanzadas. Las tasas de fecundidad entre las MVS probablemente son más bajas también debido a la cantidad de abortos espontáneos, mortinatos y abortos inducidos que sufren [17]. Los datos sobre la incidencia de abortos espontáneos entre las MVS en países industrializados están en conflicto; más estudios parecen indicar que no tienen muchos más abortos espontáneos que otras mujeres. Hasta el momento, sin embargo, las MVS en países en desarrollo parecen tener mayores riesgos de abortos espontáneos y mortinatos; esto puede estar relacionado con una mayor prevalencia de coinfección con otras enfermedades [3, 5, 15].

No se halló ningún estudio que investigara específicamente los efectos de abortos inseguros en las MVS, se puede suponer que un gran número de MVS en países con una alta prevalencia de VIH y numerosas restricciones del aborto legal están interrumpiendo los embarazos en condiciones de riesgo. En un estudio realizado por la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH/SIDA (ICW) en Zimbabwe, se encontró que 2 de 59 mujeres entrevistadas habían tenido abortos inseguros que requirieron hospitalización [6]. La salud de las MVS puede ser afectada dramáticamente cuando sufren complicaciones, tales como septicemia, hemorragia o perforación uterina. Hay indicios que las complicaciones sean más después del legrado uterino instrumental (también conocido como dilatación y curetaje) para las MVS que para las mujeres VIH-negativas. Se necesita llevar a cabo investigaciones para determinar qué tipos de procedimientos de aborto serían los más seguros para las MVS. Se ha sugerido que

el aborto médico posiblemente sea una alternativa preferible para ellas [16]. No obstante, esta recomendación requeriría investigación adicional, puesto que se desconocen las consecuencias de sangrado para las MVS que se dan de alta después de tomar un producto farmacéutico para interrumpir el embarazo.

Medios para prevenir la transmisión perinatal

En muchos países, la asesoría y pruebas voluntarias de VIH (APV) se ofrecen a las mujeres embarazadas, aunque puede que esto no sea sistemático y dependa de la disponibilidad de suministros de pruebas de VIH y del éxito de la capacitación de asesoría para los prestadores de servicios de salud. Aunque cada vez más mujeres aceptan ofertas de APV cuando van a clínicas prenatales, en muchos países en desarrollo todavía rehúsan la APV o no regresan para los resultados, incluso cuando podrían tener acceso a los ARV para la PTMI. Una razón de esto es el miedo de ser estigmatizadas si resultara positiva.

Se supone que la asesoría y pruebas son voluntarias en todos los países de los informantes clave; sin embargo, los tailandeses observaron que las pruebas se hacen rutinariamente a todas las asistentes a clínicas prenatales, a menudo sin asesoría preprueba. En la India también citaron casos en que sucede esto. En un informe referente a Bangalore y Mumbai se indicó que los resultados de la prueba a veces no son dados a las mujeres embarazadas sino a sus maridos o a otros miembros de la familia porque sus esposos tomarán las decisiones de continuar o no con el embarazo. Según indicó un ginecólogo en un hospital

privado de Mumbai: “*Cuando detectamos el VIH en una mujer joven que está embarazada por primera vez, le pedimos que llame a su suegra. Y explicamos el informe a la suegra. Las pacientes son de grupos con pocos recursos, y si las chicas están recién casadas, son realmente tontas y no entienden nada, así que llamamos a la suegra para explicárselo*” [17]. En un informe reciente de la literatura también se indicó que están ocurriendo pruebas rutinarias sin consentimiento en Canadá [18].

Incluso donde las leyes, el reglamento y las recomendaciones de la política aconsejan o requieren que los prestadores ofrezcan la APV a las asistentes a clínicas prenatales, a menudo no hay ningún requisito de ofrecer la APV a las mujeres que buscan atención postaborto o abortos inducidos. Además del hecho de que los ARV se le quitan a la mayoría de las participantes de PTMH después del parto, esto podría interpretarse como prueba de que el propósito principal de la APV no está relacionado con la salud de las mujeres.

Más bien, se ofrece la APV a las mujeres que se espera lleven el embarazo a término, de modo que puedan tomar los ARV para impedir el nacimiento de bebés infectados por el VIH.

Pocos investigadores parecen haber investigado la prevalencia del VIH entre las mujeres que buscan abortos. Se ha especulado que las tasas de prevalencia del VIH pueden ser más altas entre las mujeres que buscan interrupciones del embarazo que entre las asistentes a clínicas prenatales, pero la literatura no ofrece ninguna prueba concluyente de ello.

La TMH se puede reducir enormemente con la administración de ARV a la madre y al niño justo después del nacimiento. Muchos programas de PTMH utilizan la zidovudina, pero también se utilizan

otros fármacos; en los países en desarrollo, se está favoreciendo cada vez más a los regímenes que utilizan la nevirapina, porque la droga solamente necesita ser administrada durante el trabajo de parto y al niño después del parto. La mayoría de los informantes clave favorecieron la APV prenatal porque creían que les permitiría a las mujeres posiblemente aprovechar las medidas de PTMH y manejar mejor sus embarazos. Sin embargo, fue observado en la India, Kenia y Sudáfrica que el acceso a los ARV para la PTMH es muy limitado, de modo que no es una opción para la mayoría de las MVS.

Los ARV han reducido la transmisión perinatal considerablemente en países industrializados. En Europa, la tasa bajó al 2.6% después de 1998; menos niños son infectados perinatalmente en los EE.UU. [28] El CDC –Centro de Control y Prevención de Enfermedades– en los EE.UU. divulgó que los ARV redujeron la cantidad de infecciones perinatales diagnosticadas en 1999 en un 83%; para los años 2000 y 2001, la transmisión perinatal fue reducida en menos del 2% con la administración de los ARV o zidovudina combinada con la cesárea [11].

Ha pasado relativamente poco tiempo para determinar los efectos de los ARV para la PTMH, particularmente en países en desarrollo. Siguen surgiendo preocupaciones sobre posibles efectos de más largo plazo para las madres y los niños, así como la posibilidad de resistencia a fármacos para las mujeres, que pudiera comprometer la eficacia de los ARV para futuros embarazos o el mismo tratamiento de las mujeres. En un estudio de 322 MVS que se pusieron en contacto a través de 12 clínicas y organizaciones de servicios para el SIDA en Georgia, y Carolina del Norte y del Sur en

los EE.UU., se divulgó que era poco probable que 23 mujeres (el 7.2%) tomaran los ARV para la PTMH debido a temores de daño a sí mismas o a los niños o debido a sus experiencias anteriores con los medicamentos y 62 mujeres (el 19.4%) estaban indecisas [20].

Hay algunas preocupaciones que las MVS pudieran sufrir mayor morbimortalidad con las cesáreas, tales como cicatrización retrasada de la herida, fiebres altas, anemia grave, infecciones y una necesidad de cirugía adicional. En países industrializados se han demostrado tasas de complicaciones para las MVS similares o mayores que para las mujeres VIH-negativas.

Otra medida importante recomendada para reducir las tasas de transmisión perinatal es sustituir la leche materna con otras opciones para la alimentación infantil o, si esto no es posible, proporcionar lactancia materna exclusiva. Se aconseja que las mujeres que sí dan el pecho busquen tratamiento para la mastitis y otras lesiones en el pecho [12]. La revisión de la literatura indicó que cuando las mujeres desean mantener su seroestatus secreto, les puede ser difícil seguir los regímenes de TMH. En las comunidades donde la lactancia materna es lo normal, puede que teman que evitar la lactancia materna hará que su pongan que son VIH-positivas. En Australia -donde casi ninguna MVS amamanta y esto es fuertemente aconsejada por los prestadores- **una informante MVS declaró “hay que investigar maneras en las cuales las MVS pueden amamantar con seguridad, de modo que no se pierdan este aspecto de la maternidad”**.

El estigma y la discriminación

En todos los países, los informantes clave indicaron que todavía

existe estigma y discriminación hacia la gente que vive con VIH/SIDA, aunque a menudo puede que esto no sea expresado abiertamente en Australia y Tailandia. **En la India, Kenia, Sudáfrica y Tailandia, los informantes observaron que las mujeres sufren mayor estigma y discriminación que los hombres, siendo culpadas a menudo las mujeres por “traer el SIDA a la familia”.** Consecuentemente, se dijo que muchas mujeres no quieren informar a sus parejas sexuales y familias sobre su estado VIH-positivo porque temen el abandono.

La mayoría de la gente generalmente no cree que las MVS deban quedar embarazadas y tener niños. Esto se debe principalmente a dos razones: el riesgo de la transmisión perinatal (aún en la presencia de los ARV, la cual algunos informantes en países en desarrollo creen que no asegura un niño sero-negativo) y el riesgo de que la madre muera, dejando huérfanos a niños que serán una carga para la familia y la comunidad. *“Dios mío. ¿Está bromeando? ¿Cómo puede ser tan irresponsable una mujer con VIH de tener un niño? ¿No sabe ella que es una de las peores cosas que uno puede hacer, traer a un bebé con VIH al mundo? ¿Cómo va a ayudar a ese bebé a vivir? Y el niño caerá enfermo y morirá de todos modos.”* Esa forma de pensar es muy común. No me puedo imaginar ninguna opinión que pudiera ser contraria a ésta. Y pienso que en el fondo de sus corazones, incluso los activistas puede que digan cosas políticamente correctas pero muchas veces, en conversaciones privadas, admiten tener muchas dudas sobre la conveniencia de una mujer con VIH tener un niño.” (informante clave en la India).

Aunque muchos profesionales de la salud no digan abiertamente que las MVS no deberían quedar

embarazadas, tanto los estudios de investigación como los informes anecdóticos indican que puede que tales actitudes todavía sean muy difundidas. En todos los países, los informantes clave observaron que muchos prestadores, particularmente fuera de los servicios especializados para el VIH/SIDA, comparten actitudes comunitarias críticas y negativas hacia las MVS. En algunos casos, creían que la atención podría ser influenciada por los temores a la infección de los prestadores de servicios y se dijo que esto daba lugar a precauciones innecesarias, las cuales muchas MVS encuentran que son estigmatizantes y discriminatorias. Entre los ejemplos dados en Australia figuran asignar a las MVS embarazadas a salas distintas o a una sala para la dependencia de drogas y pedirle a una MVS que se desinfectara después del parto. En Kenia, se dijo que algunos prestadores de servicios de salud utilizan guantes dobles o incluso triples durante el parto o la atención relacionada con el aborto, un procedimiento que no solamente demuestra que las MVS son tratadas de manera diferente sino que también contraviene las normas de precauciones universales. En un estudio de 1500 médicos de atención primaria en EE.UU., se encontró que estaban generalmente menos dispuestos a proporcionar atención ginecológica, anticonceptiva y al embarazo a las MVS que a las mujeres VIH-negativas [14].

Cuando se les preguntó si la introducción de los ARV para la TMH había cambiado las actitudes referentes al VIH y el embarazo, muchos indicaron que ese no era el caso. Observaron que algunos trabajadores de salud que participan en programas de TMH ahora se sienten animados porque tienen algo concreto que ofrecerles a las MVS y esto ha conducido a

mejor tratamiento. Sin embargo, opinaron que otros prestadores de servicios de salud a menudo siguen siendo críticos y mucha más capacitación es necesaria para cambiar sus actitudes.

Un resultado de la idea de que las MVS no deberían tener niños ha sido la coerción para que tengan abortos. Las MVS embarazadas en varios países han informado ser presionadas por los prestadores de servicios de salud a interrumpir sus embarazos. En este contexto, la OMS ha declarado: *“Donde la interrupción del embarazo sea tanto legal como aceptable, esta opción puede ser ofrecida a la mujer VIH-positiva. Sin embargo, muchas mujeres se enteran de su estado de VIH durante el embarazo, y no se les hará el diagnóstico a tiempo para que se les ofrezca la interrupción. Si la interrupción es una opción, se le debe proporcionar a la mujer, o preferiblemente la pareja, la información necesaria para tomar una decisión informada, sin influencia indebida de trabajadores de salud y consejeros”* [25].

La toma de decisiones sobre el embarazo

La toma de decisiones con respecto al embarazo puede ser un proceso complejo para cualquier mujer; para las MVS, la infección por el VIH se convierte en otro factor a tener en cuenta. Los estudios cuantitativos han proporcionado información sobre qué características puede que estén más asociadas a decisiones de llevar embarazos a término o interrumpirlos (p. ej. edad, etnia, estado civil, antecedentes reproductivos), pero no han obtenido cómo los varios factores son mediados unos por otros durante el proceso de toma de decisiones. Los estudios cualitativos que se han centrado en

entrevistas y grupos focales han proporcionado más información a este respecto.

Las MVS que deciden continuar - pero especialmente comenzar - la maternidad parecen centrarse más en factores positivos durante su proceso de toma de decisiones; por ello, disminuye la influencia relativa de la infección por el VIH. Estas mujeres, que suelen ser más jóvenes, parecen ser motivadas más por un deseo de maternidad y la idea de que tener un niño les dará más esperanza. En algunos casos, las convicciones personales de que el aborto es malo pueden impedirles que busquen interrupciones.

Muchos informantes clave creían que las MVS, por lo general, quieren tener niños y que otros factores además del estado de VIH son más importantes en esa toma de decisiones. Las razones citadas variaban: las MVS no quieren perderse la experiencia de la maternidad; las normas sociales dictan que las mujeres no son verdaderamente adultas a menos que tengan niños; las mujeres desean dejar en el mundo algo de sí mismas; las mujeres saben que sus niños serán atendidos aunque ellas mueran. Estudios en Canadá y EE.UU., donde los ARV están disponibles por todas partes, demostraron que menos mujeres interrumpían los embarazos después de lanzarse programas de PTMH [22, 23].

La decisión de interrumpir un embarazo no planeado

Cuando se les preguntó por qué las MVS podrían tener embarazos no planeados, muchos informantes clave indicaron que por las mismas razones que las mujeres seronegativas: no utilizar anticonceptivos (a menudo relacionado con su falta de poder en la toma

de decisiones), el uso incorrecto de los anticonceptivos, no pensar en la posibilidad de embarazo, y el sexo forzado o la violación. La única razón citada que distinguiría la situación de las MVS de otras mujeres fue el temor de divulgar el seroestatus a sus parejas sexuales, por lo cual se impide una decisión mutua para evitar el embarazo.

Según la literatura, parece que factores negativos predominan en la toma de decisiones por parte de las MVS que deciden no quedar embarazadas o interrumpir sus embarazos; la infección por el VIH en ese caso parece desempeñar un mayor papel en ese proceso. Tales mujeres posiblemente sean más grandes, ya tengan hijos, hayan vivido con la enfermedad por un período de tiempo más largo y tengan infecciones más avanzadas. Parece haber alguna prueba de que **las MVS que se enteran de su diagnóstico de VIH al principio del embarazo podrían ser más propensas a la interrupción; esto no significa que evitarán futuros embarazos, sin embargo.** Otro factor que parece influir en las decisiones de las MVS de no tener más niños o llevar embarazos a término es su miedo de dejar huérfanos a sus hijos o la ansiedad sobre el estigma y la discriminación que sus hijos podrían afrontar.

Obstáculos a la interrupción de embarazos no planeados

Entre los obstáculos principales a los abortos seguros para las MVS que surgieron de la literatura figuran: la falta de información sobre la seguridad y disponibilidad del aborto, enterarse de un diagnóstico VIH-positivo durante una etapa final del embarazo, el costo del aborto, las actitudes negativas y la discriminación. La

mayoría de las mujeres no tienen acceso al aborto legal y seguro. La Red sobre la ética, la ley y el VIH/SIDA de Botsuana observó que la legislación que penaliza el aborto en ese país elimina el derecho de la mujer de decidir qué hacer con su cuerpo [24].

La interrupción del embarazo parece evadirse en gran parte en los programas de información, educación y asesoría para las MVS y las mujeres que asisten a centros de APV. El Informe del Programa del 2001 del UNFPA sobre la prevención de infección por el VIH en las mujeres embarazadas declara que: *“Ya que algunas mujeres VIH-positivas embarazadas posiblemente deseen interrumpir el embarazo debido al temor de la transmisión del VIH al niño, debería considerarse también informarles sobre el verdadero riesgo de transmisión del VIH al hijo... y de las opciones disponibles para ellas (p. ej. ARV, cesárea electiva en algunos marcos, interrupción del embarazo). La meta es que las mujeres embarazadas tomen sus propias decisiones informadas. La interrupción del embarazo no debería promoverse como parte de las recomendaciones rutinarias de APN”* [25].

Cuando no hay información y acceso a la interrupción legal del embarazo, le impide a las MVS interrumpir los embarazos no planeados en condiciones adecuadas. Investigadores que entrevistaron 52 MVS en Zimbabwe declararon: *“puede que las mujeres casadas por largo plazo... estén listas para terminar la maternidad, pero a menudo no pueden poner esa decisión en práctica porque no tienen control sobre la anticoncepción y el acceso al aborto”* [7]. Cuando las MVS no tienen información basada en hechos sobre los bajos riesgos del aborto seguro, puede que sus temores también les impidan interrumpir su embarazo;

como explicó una mujer en la India: *“Mi segundo embarazo fue un accidente. No quería otro niño porque ya tengo VIH. No quería. Pero entonces pensé en abortar. Pero entonces estaba preocupada. Muchas mujeres, se ponen muy enfermas o mueren después del aborto. ¿Y si tengo el aborto y entonces me muero? En ese caso mi hija no tendrá una madre. Y otra vez, si la gente, mi comunidad, si ellos saben que tuve un aborto no será bueno. Así que decido tener el niño”* [29].

Entre los 36 usuarios de drogas intravenosas entrevistados en la ciudad de Nueva York durante un estudio sobre el VIH y el embarazo en 1985, la interrupción del embarazo era más común tanto en las MVS como en las mujeres seronegativas cuando se les habían hecho las pruebas antes o al principio del embarazo [30]. Escoger la interrupción del embarazo se vuelve más difícil con el progreso del embarazo, y los abortos en las últimas etapas pudieran implicar más riesgos, así que puede que las mujeres encuentren que sea más difícil tener acceso a servicios. **En entrevistas por cuestionario con 264 mujeres que asistían a clínicas prenatales en ocho provincias de Tailandia se encontró que mientras que la mitad de las MVS habían querido interrumpir sus embarazos, dos terceras partes se enteraron de su estado de VIH solamente después de tres meses de embarazo y solamente el 10% pudo tener un aborto** [31].

Los informantes clave en el estudio por entrevistas opinaron que los prestadores de servicios de salud se niegan a realizar interrupciones del embarazo o cobran honorarios muy altos. Hay indicaciones en la literatura que el costo del aborto pudiera crearles obstáculos a las MVS que desean interrumpir sus embarazos. Don-

de son altos los honorarios del aborto, es posible que las mujeres que viven en situaciones de bajos ingresos no puedan costearse el procedimiento; por ejemplo, las mujeres en algunos estados de EE.UU. no pueden obtener abortos con el financiamiento de Medicaid [32].

En un estudio de Zimbabwe, cinco MVS entrevistadas consideraron interrumpir su embarazo pero no lo hicieron porque era caro; *“Cuando me enteré de que estaba embarazada, intenté interrumpirlo pero no fue fácil. Los médicos se negaron a interrumpir mi embarazo aunque les dije sobre mi estado de VIH. Otra médica me dijo que le diera Z\$3,000, los cuales no tenía en aquel momento. Intenté conseguirlos en vano. En vista de que no había podido conseguir un aborto del especialista, busqué la medicina tradicional. La utilicé y tuve un aborto incompleto. Estaba muy enferma y me llevaron al hospital”* [6].

Actitudes negativas y discriminación

La revisión de la literatura no encontró evidencia de investigaciones referente al estigma y la discriminación contra las MVS que buscan atención relacionada con el aborto. Esto no debería interpretarse como prueba de que no existe; más bien, no parece haber sido un tema de investigación.

Algunos informantes clave en Australia, la India y Sudáfrica comentaron que alguna gente puede que acepte más el aborto para las MVS porque no piensa que ellas deberían tener hijos en primer lugar. Los informantes australianos no pensaban que la interrupción del embarazo fuera generalmente estigmatizada. En el resto de los países, los informantes clave creían que el

aborto es muy estigmatizado, siendo clasificadas las mujeres como asesinas y pecadoras si tienen una interrupción. Algunos informantes en Kenia y Sudáfrica creían que las mujeres que tendrían VIH y tuvieran un aborto serían doblemente estigmatizadas.

En Zimbabwe, donde se permite el aborto para las MVS, los temores asociados con divulgar el estado de VIH pueden ser un obstáculo; una mujer entrevistada allí en 1999 dijo: *“Personalmente no quería un niño, pero deseaba complacerlo [novio]. Más adelante decidí abortar, pero tenía miedo porque no tenía un buen lugar para hacerlo con éxito puesto que no quería que nadie supiera que era VIH-positiva”* [6].

El VIH/SIDA como indicación para el aborto legal

Algunos defensores ahora están pidiendo que el VIH/SIDA sea designado como indicación específica para el aborto permitido por la ley. Algunos informantes clave en el estudio indicaron que nombrar la infección por el VIH como indicación legal para el aborto podría ser útil porque aumentaría el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo en condiciones adecuadas. Sin embargo, 23 informantes opinaron que las decisiones sobre el aborto deberían ser tomadas por la mujer, indicando que las MVS deberían tener acceso a éste bajo las disposiciones actuales en las leyes de sus países (Australia, la India, Sudáfrica), que se debería realizar gestión y defensa para asegurar el derecho de toda mujer al aborto legal, o que el VIH/SIDA debería ser incluido como indicación general por razones de salud u otras razones.

Los que piensen abogar por que el VIH/SIDA sea nombrado específicamente por la ley como

indicación para el aborto legal, deberían tener en cuenta las posibles desventajas de esta estrategia:

- ◆ **Puede ser que implique que el embarazo en sí mismo es peligroso para la salud de las MVS y conduzca a presión continuada sobre las MVS de evitar la maternidad.**
- ◆ **Pudiera ser utilizada como un medio de presionar o forzar a algunas MVS a tener abortos.**
- ◆ **Si el VIH/SIDA es la única afección médica nombrada específicamente para el aborto legal, puede que las MVS sean doblemente estigmatizadas dentro de sus comunidades si se sabe que tuvieron un aborto.**
- ◆ **Si se permite que solamente las mujeres que viven con VIH/SIDA tengan acceso a un servicio médico que sigue siendo ilegal para otras mujeres (p. ej., aquellas con cardiomiopatía, tuberculosis, cáncer u otras enfermedades crónicas), pudieran surgir acusaciones de tratamiento injusto y resentimiento hacia las MVS. Las mujeres que no tienen VIH o que ignoran su estado de VIH pudieran quejarse con derecho de que todas las mujeres tienen derecho a abortos legales y seguros.**

Sería mejor abogar por los plenos derechos reproductivos de las MVS y abogar por la aprobación y aplicación de leyes que permitan el aborto para “enfermedades crónicas que puedan poner en peligro la salud de la mujer”, sin mencionar el VIH/SIDA específicamente. **Es importante, sin embargo, asegurarse de que los protocolos médicos actualizados regularmente publicados por los Ministerios de Salud y las asociaciones médicas proporcionen consejos sobre cómo interpretar**

indicaciones médicas para el aborto legal de modo que las MVS tengan acceso garantizado a este procedimiento médico. En todo caso, deberían consultarse las asociaciones de MVS sobre el pro y el contra de incluir el VIH/SIDA como indicación para el aborto legal para que los formuladores de políticas y los legisladores puedan también considerar las posibles consecuencias negativas inesperadas.

Recomendaciones

La mayoría de los informantes clave en el estudio por entrevistas dijeron que hay que abogar más por los derechos reproductivos de las MVS. La mayoría de ellos indicaron que sus organizaciones todavía no habían tratado el VIH/SIDA, el embarazo y los derechos reproductivos específicamente y dijeron que agradecerían dirección y ayuda técnica al abordar estos asuntos. Se presentan recomendaciones que han incorporado las sugerencias de los informantes clave, así como las sugerencias para investigaciones; implementación de programas de salud; políticas y gestoría y defensa que surgieron del análisis de la revisión de la literatura.

Investigación – realizar estudios sobre:

- ⇒ La prevalencia del VIH entre las mujeres que buscan abortos comparado con las mujeres que llevan sus embarazos a término para determinar si las mujeres que interrumpen sus embarazos corren mayor riesgo de infección por VIH debido a circunstancias difíciles de la vida.
- ⇒ Los efectos en la salud de abortos espontáneos incompletos y de abortos inseguros

en las MVS comparado con las mujeres VIH-negativas para determinar si son necesarias medidas especiales para la atención postaborto.

- ⇒ La prevalencia y los tipos de complicaciones de los abortos inducidos vistas en las MVS para determinar si son necesarias medidas especiales para garantizar la seguridad y reducir las secuelas postaborto.
 - ⇒ Las ventajas comparativas del aborto quirúrgico contra el aborto médico para las MVS.
 - ⇒ El tipo de asesoría ofrecida por los prestadores de servicios de salud y consejeros con respecto a la interrupción del embarazo para determinar si aconsejan a las MVS y a otras mujeres de distintas maneras (cuestiones de coerción o desaprobación en lugar de asesoría informativa neutral; negarse a realizar los procedimientos o enviarlas a un especialista, etc.).
 - ⇒ La eficacia de incluir las MVS como consejeras en la asesoría anticonceptiva después de atención relacionada con el aborto.
- Los informantes clave también recalcaron que las MVS deberían participar en las investigaciones sobre estos temas anteriormente y que las asociaciones de las mujeres que viven con VIH/SIDA deberían ser informadas de los resultados de las investigaciones realizadas con su cooperación.

Implementación de servicios de salud

- ⇒ Asegurar la información anticonceptiva a las MVS completa e incluya las ventajas y desventajas de varios métodos.
- ⇒ Abogar por y ayudar a producir documentos de asesoría sobre el uso de anticonceptivos para las MVS que se puedan utilizar en programas de APV así como

- en la asesoría anticonceptiva después de la atención relacionada con el aborto.
- ⇒ Proporcionar a los consejeros listas de verificación de asuntos que hay que cubrir referente al embarazo y la atención relacionada con el aborto para las MVS.
 - ⇒ Establecer políticas claras con respecto a la asesoría sobre el VIH pre y post testeo, incluida la discusión de opciones para evitar e interrumpir embarazos y medidas para asegurar que los abortos sean realizados solamente con el consentimiento informado y voluntario de la mujer.
 - ⇒ Integrar la asesoría integral sobre el VIH/SIDA y el embarazo a los currículos de las escuelas de enfermería y medicina.
 - ⇒ Proporcionar más formación para los prestadores de servicios de salud, en particular los médicos generales y aquéllos que trabajan en la atención maternoinfantil, con respecto al VIH/SIDA y el embarazo. Esto pudiera incluir programas de extensión, tales como campañas de puerta en puerta.
 - ⇒ Llevar a cabo intervenciones de aclaración de valores con consejeros de SIDA y de planificación familiar sobre los derechos de las MVS a tener niños y evitar o interrumpir el embarazo para crear actitudes más favorables por parte de los prestadores de servicios de salud hacia las MVS.
 - ⇒ Asegurar que los prestadores de servicios de salud tengan información al día sobre los efectos del aborto inseguro e inducido para las MVS.
 - ⇒ Proporcionarles a los trabajadores de salud oportunidades de ver atención práctica de alta calidad para las MVS como un paso hacia cambiar las actitudes negativas.

- ⇒ Asegurar que las MVS puedan actuar como consejeras por medio de capacitación inicial y de repaso y creando mecanismos de apoyo para su empleo.

Políticas, gestoría y defensa relacionadas con el VIH/SIDA

- ⇒ Aumentar los esfuerzos de reducir la estigmatización y la discriminación contra la gente que vive con VIH/SIDA.
- ⇒ Llevar a cabo gestoría y defensa con los parlamentarios, los planificadores de la salud y los burócratas con respecto a los problemas de las MVS en general.
- ⇒ Animar a las MVS a hablar abiertamente en público para cerrar la brecha entre las mujeres y las organizaciones de sociedades civiles y animar a las organizaciones de mujeres para que sigan los asuntos de las MVS.
- ⇒ Designar a las MVS y a otras mujeres a promover precios más bajos para los ARV, mayor disponibilidad de medicinas esenciales, y asuntos relacionados con el VIH y el embarazo. Esto incluye nombrar más MVS en organismos de elaboración de políticas y de toma de decisiones.
- ⇒ Establecer grupos de apoyo para las personas que llevan a cabo gestoría y defensa en nombre de las MVS.

Políticas, gestoría y defensa relacionadas con la salud y los derechos reproductivos

- ⇒ Llevar a cabo programas educativos a nivel local para educar a las mujeres con respecto a su anatomía, biología y funcionamiento reproductivo; pruebas de VIH; atención ginecológica; la transmisión perinatal del VIH, la PTMI y sus derechos con respecto al aborto.
- ⇒ Aumentar la educación sobre

la sexualidad y anticoncepción para la gente joven y la gente que vive con VIH/SIDA, incluyendo el asunto del sexo sin protección entre parejas en las cuales una persona es VIH-positiva y la otra VIH-negativa.

- ⇒ Hacer más programas de sensibilización de género al nivel local que ayuden a empoderar a las mujeres, que estén más enteradas de sus derechos sexuales y reproductivos y aumentar el respeto por los derechos reproductivos de las mujeres y su acceso a servicios de salud reproductiva.
- ⇒ Establecer cuerpos coordinados donde las organizaciones de MVS, las organizaciones de servicios para el SIDA, las ONG y los trabajadores de salud puedan discutir e investigar asuntos relacionados con el embarazo deseado y no deseado, el aborto inseguro, el aborto y el VIH/SIDA.
- ⇒ Asegurar que las ONG, las asociaciones de gente que vive con VIH/SIDA y los grupos del movimiento de las mujeres incluyan todos los elementos de los derechos reproductivos en su gestoría y defensa referente a los servicios de salud para las MVS; esto incluye promover el acceso de las MVS a servicios de aborto en condiciones adecuadas, mientras se combate la coerción y la presión sobre las MVS para someterse a abortos.
- ⇒ Proporcionar más información a la comunidad en general sobre la TMH.
- ⇒ Trabajar con los medios publicitarios en asuntos de embarazo y el VIH, incluyendo mayor visibilidad de los padres VIH-positivos.
- ⇒ Sensibilizar y gestionar y defender con los líderes comunitarios, formuladores de políticas y parlamentarios sobre los

efectos del aborto inseguro.

- ⇒ Informar a los hombres específicamente sobre los efectos del aborto inseguro.
- ⇒ Abogar por la aplicación total de leyes con respecto a las condiciones bajo las cuales se permite el aborto.
- ⇒ Abogar por que los gobiernos que promueven la oferta de la APV para las asistentes a clínicas prenatales, hagan la misma recomendación para las clínicas y los hospitales que tratan a las mujeres para abortos inseguros y proporcionan atención al aborto inducido.

Conclusión

En 1994, el Proyecto de Control y Prevención del SIDA (AIDSCAP) publicó un artículo que trataba las implicaciones del SIDA para la salud materna en países en desarrollo, mencionando que “*el impacto potencial del VIH/SIDA sobre la demanda del aborto no ha sido explorado sistemáticamente*” y observando además que “*una mayor demanda de abortos conduciría a más abortos sépticos y a riesgos de transmisión del VIH a los prestadores de servicios de salud que traten abortos inseguros sin observar las precauciones universales*” [33]. Desde entonces, sin embargo, parece que las intervenciones de maternidad sin riesgo para las MVS han tendido a dejar de lado el asunto del aborto espontáneo y el aborto inducido, y los estudios de investigación han prestado relativamente poca atención al aborto espontáneo y las complicaciones de abortos inseguros en la morbilidad materna total de las MVS.

Desde la perspectiva de la salud pública, es importante fijar la atención en combatir los efectos de los abortos inseguros en las MVS. Entre más de 525.000

mujeres que mueren debido al embarazo y complicaciones del parto cada año figuran mujeres que viven con VIH/SIDA, particularmente en países con los altos niveles de prevalencia del VIH. Es probable que la proporción de MVS que muere o que sufre morbilidad significativa debido a abortos inseguros también sea relativamente alta en estos países.

Como otras mujeres, las MVS deberían tener el derecho de decidir si llevar o no los embarazos a término. Esto ha sido confirmado por pautas internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos publicados por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: “*También deberían promulgarse leyes que garanticen los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, como el derecho a aprovechar en forma independiente la información y los servicios de salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual, así como de los medios de control de la natalidad, inclusive el aborto legal y en condiciones de seguridad y la libertad de elegir entre esos medios, el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, el derecho a exigir prácticas sexuales sanas y el derecho a la protección jurídica contra la violencia sexual, tanto dentro como fuera del matrimonio, en particular disposiciones legales sobre la violación marital*” [34].

Desde la perspectiva de los derechos humanos, es esencial que se tomen medidas para asegurar que las MVS puedan ejercer su derecho de decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos. Esto significa que deben tener control sobre sus decisiones reproductivas y que se les debe permitir realizar sus decisiones de manera voluntaria y con seguridad.

Referencias bibliográficas

1. ONUSIDA. 2002. *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2002*. Ginebra, ONUSIDA; <http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/Epiupdate.html>
2. ONUSIDA. 2002. Donde convergen prevención y asistencia: asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión maternoinfantil. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*; pp. 124-134. <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/spanish/barcelona%20report/chap5.html>
3. McIntyre, James. 1999. *HIV in pregnancy: a review*. Ginebra, ONUSIDA/OMS.
4. Ahman, Elisabeth e Iqbal Shah. 2002. *Unsafe abortion: World-wide estimates for 2000. Reproductive Health Matters*, 10(19):13-17.
5. Anderson, Jean R., red. 2001. *A guide to the clinical care of women with HIV*. Rockville, Womenscare.
6. Feldman, Rayah, Jo Manchester y Caroline Maposhere. Junio de 2002. *Positive women: voices and choices*. Informe de Zimbabwe. Harare, Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/SIDA/SAfAIDS.
7. Kuyoh, Maureen y Kim Best. 2001. HIV-positive women have different needs. *Network*, 20(4).
8. Berer, Marge. 1999. HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care. En Berer, Marge y T.K. Sundari Ravindran, redactores. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science Ltd., pp. 198-210.
9. Muñoz-Fernández, M.A. 2000. *Spanish report on maternal and neonatal effects of potent antiretroviral therapies during pregnancy*. WePpB1374. XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, Julio.
10. Biedermann, K., Ch. Rudin, O. Irion, G. Spoletini, U. Lauper y Chr. Kind. 1995. Schwangerschaften bei HIV-infizierten Frauen in der Schweiz. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 55:447-455.
11. Rogers, Martha, Mary Glenn Fowler y Mary Lou Lindegren.

- 9 de noviembre de 2001. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(RR-19):59-108.
12. Anderson, Jean R. Sin fecha. *Care of women with HIV living in limited-resource settings*. HIV and pregnancy. Baltimore, Johns Hopkins HIV Women's Health Program, <http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/index.htm>
 13. The Petra Study Team. 6 de abril de 2002. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 359:1178-1186.
 14. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Abril de 2002. *HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature*. ESA/P/WP.174. Nueva York, Secretaría de las Naciones Unidas.
 15. Van der Paal, Lieve, Leigh-Anne Shafer, Richard Muwonge, Billy Mayanja y Jimmy Whitworth. 2002. *Effect of pregnancy on HIV disease progression and survival among women in rural Uganda*. Entebbe, Medical Research Council Program on AIDS.
 16. Preble, Elizabeth A. y Ellen G. Piwoz. Junio de 2002. *Prevention of mother to child transmission of HIV in Asia. Practical guidance for programs*. Washington, DC, Academy for Educational Development. <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>; accedido el 11 de junio de 2003.
 17. Bharat, Shalini. Agosto de 2001. *India: Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el SIDA*. Material Fundamental de la Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. ONUSIDA/01.46E. Ginebra, ONUSIDA. <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC589-India-S.pdf>
 18. Weinberg, Paul. 25 de octubre de 2002. *Pregnant women tested for HIV/AIDS without consent*. InterPress Service. Gender-AIDS e-mail forum. <http://www.hdnet.org>
 19. McIntyre, James y Glenda Gray. 26 de enero de 2002. What can we do to reduce mother to child transmission of HIV? *British Medical Journal*, 324:218-221. http://bmj.com/cgi/content/full/324/7331/218?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Kamपाला&searchid=1013106232683_13169&stored_search=&FIRSTINDEX=0&fdate=1/1/2000
 20. Sowell, Richard L., Kenneth D. Phillips, Brenda F. Seals, Terry R. Misener y Charles Rush. 2001. HIV-infected women's experiences and beliefs related to AZT therapy during pregnancy. *AIDS Patient Care and STDs*, 15(4):201-209.
 21. OMS. Sin fecha. *Folha de Avaliação 10. Mulheres, HIV e transmissão maternal*. http://www.who.int/health-services-eli-verly/hiv_aids/Portuguese/FactSheet_PR_10.htm
 22. Hankins, Catherine, T. Tran, N. Lapointe, L. Hum, J. Samson. Canadian Women's HIV Study Group. 1998. *Is antiretroviral MCT prophylaxis provoking increased pregnancy incidence in women living with HIV?* Abstract 24199. XII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ginebra, Suiza.
 23. Pacheco-Acosta, Edna, T. Antonella, A. Higgins, N.G. Moroso, A. Buck, S. Bushur, I.C. Hanson, E. Matzen, J. Moye y V. Smeriglio. 1998. *Reproductive choices in the Women and Infant Transmission Study (WITS): pre and post ACTG 076 results*. Abstract 13565. XII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ginebra, Suiza.
 24. Baffour Awuah, Maame. 2002. *The Holey bullet proof vest: how the shortfalls in the laws of Botswana relating to sexual abuse and violence against women contribute to the high rate of HIV/AIDS infection in women*. XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, España, Julio.
 25. UNFPA. Octubre de 2001. *HIV prevention now programme briefs. No. 2 - prevention of HIV infection in pregnant women*. Nueva York, UNFPA. <http://www.unfpa.org/hiv/prevention/documents/hivprev2.pdf>
 26. Diciembre de 2001. *Position paper: HIV/AIDS*. No. 1. Londres, Marie Stopes International.
 27. AIDS Law Unit. Sin fecha. *Pregnancy and HIV*. Windhoek, Legal Assistance Centre.
 28. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. 2001. *Embarazo y SIDA. Qué hay que tener en cuenta?* Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
 29. Paxton, Susan. Octubre de 2001. Comunicación personal.
 30. Selwyn, Peter A., Rosalind J. Carter, Ellie E. Schoenbaum, Verna J. Robertson, Robert S. Klein y Martha F. Rogers. Junio de 1989. Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users. *Journal of the American Medical Association*, 261(24):3567-3571.
 31. Grisurapong, S. 2000. *HIV positive women: do they have rights to terminate pregnancies?* ThPpC1493. XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, Julio.
 32. Levine, Carol y Nancy Neveloff Dubler. 1990. HIV and childbearing. 1. Uncertain risks and bitter realities: the reproductive choices of HIV-infected women. *The Milbank Quarterly*, 68(3):321-351.
 33. Preble, E.A., C.J. Elias y B. Winikoff. 1994. Maternal health in the age of AIDS: implications for health services in developing countries. *AIDS Care*, 6(5):499-516.
 34. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 1998. *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996*. HR/PUB/98/1; par. 30f. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas; http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC52_0-DerechosHumanos-S.pdf

NUEVA LUCHA CONTRA EL SIDA: PROTEJAN A LAS MUJERES, FRENN LA ENFERMEDAD

Kati Marton¹

Mayor cantidad de dinero para combatir el SIDA es bienvenido además de necesario. Pero su eficacia depende de cómo afecta a las víctimas primarias de SIDA en las poblaciones más fuertemente afectadas: las mujeres y adolescentes mujeres. El 50% de las personas infectadas en el mundo y el 58% de las víctimas del SIDA en el África Subsahariana son mujeres. Si queremos ser serios en nuestra lucha contra esta enfermedad, las mujeres deben ser empoderadas para que puedan defenderse de los hombres que las infectan y abandonan. La administración fracasó en hacer cambios de significación en esta área crítica.

En gran parte del África Subsahariana, las mujeres jóvenes menores de 18 años tienen de cuatro a siete más posibilidades de contraer la infección que los varones de su misma edad. ¿Por qué? La respuesta es la coerción sexual y la violencia contra la mujer, casamientos en niñas, la poligamia y la creencia muy difundida de que tener relaciones sexuales con una virgen puede curar el SIDA. Las jóvenes son frecuentemente forzadas a tener relaciones sexuales con hombres mayores para obtener alimentos para su familia o dinero para su educación, o simplemente para nada.

Estos ciclos de abuso y explotación no van a desaparecer haciendo solamente más disponible la me-

dicación contra el VIH. También son esenciales una gran campaña de educación y el fortalecimiento de programas de salud en países en desarrollo. Pero en estos puntos críticos las políticas de la administración de Bush han sido más que decepcionantes. Recientemente ha propuesto extender la llamada Política de Méjico, o "ley mordaza global" a su iniciativa en SIDA excluyendo de manera efectiva cualquier organización que reciba fondos de la realización de abortos o incluso que discuta el tema. Llevada más por la ideología que por el interés por la salud pública, la política negaría dinero a las organizaciones que ya están bien posicionadas en brindar a las mujeres una completa gama de aquellos servicios que necesitan.

La administración también se opone a la distribución de preservativos en los campos de refugiados donde las violaciones son endémicas. El presupuesto propuesto cortaría más de 80 millones de U\$S de los programas de planificación familiar internacionales. La administración ya ha bloqueado una contribución de U\$S 34 millones al Fondo de Población de las Naciones Unidas, el mayor proveedor de servicios de planificación familiar, debido a reclamos de que financiaba abortos y esterilizaciones forzadas en China. Una posterior investigación del Departamento de Estado no encontró evidencias para este reclamo.

En una extraña alianza con Irán, Libia, Sudán, Siria e Iraq, la administración Bush trató de bloquear

el consenso de apoyo para una mejor educación en cómo evitar las enfermedades de transmisión sexual en la Cumbre de la Infancia de Naciones Unidas el año pasado. Estos países se mantuvieron unidos afirmando que la educación sexual promueve la promiscuidad. No sorprende entonces que el nuevo presupuesto de la administración contempla un aumento de U\$S 33 millones para el financiamiento de programas cuya percepción de la educación sexual es la "abstinencia hasta el matrimonio".

Por supuesto que la abstinencia es una forma importante de evitar el SIDA. Sin embargo, sostener que es la única manera no sólo es ilusorio sino también peligroso. Las mujeres deben tener acceso gratuito a preservativos femeninos y a microbicidas, así como a programas que les enseñe a resistir a predadores sexuales. Por lo tanto mientras que deberíamos apoyar la iniciativa presidencial, hagamos una lectura minuciosa de la letra chica. El Congreso debería autorizar los fondos para la lucha contra el VIH y el SIDA, pero sólo si las necesidades de las jóvenes y las mujeres son centrales.

La Coalición Internacional de la Salud de las Mujeres trabaja para generar políticas de salud y población, programas y financiamiento que promueven y protegen los derechos y la salud de mujeres y jóvenes en todo el mundo, particularmente en África, Asia, Latinoamérica, y otros países en la transición post-socialista.♦

¹ **Presidenta del comité directivo de la Coalición Internacional de la Salud de las Mujeres. IWHC. Nueva York. USA.**

BUSH PARALIZA SU INICIATIVA CONTRA EL SIDA

Frances Kissling*

Artículo publicado el 3 de marzo del 2003 en el diario Boston Globe de Estados Unidos

Estuve sorprendida y delectada cuando el Presidente George W. Bush anunció en su propia casa que planeaba un mayor compromiso hacia la lucha contra el SIDA. Un programa por 5 años, de 15 billones de dólares para el tratamiento y cuidado de las personas infectadas e incluso un modesto aporte para la educación y distribución de preservativos, sonaba como algo que yo, una moderada crítica de este gobierno, podría haber propuesto.

¿Sería posible que pudiera parar mi aluvión de cartas enviadas al presidente y al Secretario de Estado Colin Powell atacando su embestida contra la planificación familiar, su falta de apoyo al Fondo de Población de Naciones Unidas, y su política “basada en la fe”, que alimentaría a los pobres con propaganda religiosa? ¿Podría dejar de preocuparme por todas las mujeres que podrían morir debido al pasaje de esta administración al ala radical derecha que percibe el aborto en cada referencia a la salud de las mujeres? ¿Podría ahora escribir una carta alabando a mi presidente por un programa de ayuda humanitaria bien intencionado? Escribí esa carta, y ahora me arrepiento de haberlo hecho.

Parece ser que **la iniciativa del Presidente en SIDA es adorar la paranoia antiabortista a cada dólar que se gaste y alimentar**

forzosamente con religión a los pobres a escala general. También

ignora una verdad básica en SIDA: la pandemia tiene cara de mujer, como ya lo expresó el Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Annan, y abordar sus necesidades es clave para frenarla. El Departamento de Estado recientemente reflató una propuesta aplicar la mal afamada “política de la Ciudad de México” a todas las organizaciones que obtengan financiación para SIDA. Esa política, una ley tapón mundial impuesta por el Presidente Reagan, denegada por el Presidente Clinton y reinstalada por el Presidente Bush en su primer día de trabajo, obstruye el financiamiento a grupos que trabajen en planificación familiar y que provean asesoramiento y/o servicios de abortos, referencias o lobby en derechos de aborto, aún si lo hacen con su propio dinero. La ley tapón nunca se aplicó para la asistencia de VIH/SIDA. Sin embargo, esta administración intentó delinear este movimiento como una “especie de compromiso” que requiere a los grupos de planificación familiar separar su trabajo en la lucha contra el SIDA de cualquier otra cosa que hagan. Pero las dos son inseparables, y cualquier programa internacional responsable en planificación familiar los han integrado por años.

La planificación familiar no es sólo entregar anticonceptivos, tampoco lo es la lucha contra el SIDA. En ambos casos la educación en el

cuidado de la salud reproductiva, las prácticas sexuales seguras, y los cuidados pre y postnatales para las madres y sus bebés son elementos centrales. Los programas efectivos también promueven el derecho de la mujer para decidir el número y espaciamiento de sus hijos, debido a que el SIDA se diseminaría más rápidamente donde las chicas y los jóvenes no tienen poder de negociar los términos de sus relaciones sexuales con hombres mayores que ellas o donde las mujeres no pueden insistir en el uso de preservativos o de fidelidad a sus parejas por el miedo a los actos de violencia.

Las mujeres son además las principales cuidadoras de otras víctimas del SIDA y de los huérfanos. Muchas veces son forzadas a dejar su trabajo y la escuela, y forzadas a la pobreza. La iniciativa de Bush promete medicinas, preservativos y atención de los enfermos, pero no hace ninguna referencia a las necesidades de las mujeres.

Por el contrario, la iniciativa espera que las mujeres visiten por separado centros de planificación familiar y para la educación y atención del VIH/SIDA. En los sitios donde las víctimas son estigmatizadas, muchas de las mujeres que ahora son tratadas en los centros de planificación familiar estarán forzadas a concurrir a los servicios públicos o quedar sin asistencia.

La iniciativa forzaría a las ONGs con probados éxitos en la lucha

* **Presidenta de Católicas por el Derecho a Decidir, Washington. USA.**

contra el SIDA y que permanentemente tienen escaso presupuesto, a separar sus estructuras, sus edificios y sistemas de anotación y quizás duplicar el equipo profesional y equipamiento para continuar la labor. En muchos de los países pobres donde las clínicas de planificación familiar financiadas a través de los EEUU son el único recurso para ese servicio en kilómetros, esto sencillamente no ocurrirá. Mientras, dada la creencia del presidente de

que los grupos religiosos son los mejores proveedores de los servicios sociales, podemos esperar que sean éstos los beneficiarios favorecidos de los fondos.

¿Proliferarán los grupos cristianos evangelistas que todavía creen que la homosexualidad es un pecado, y que se puede curar con la oración? ¿Ofrecerán los grupos Católicos que detestan la planificación familiar algún método que prevenga el SIDA diferente a la abstinencia? La agenda del

gobierno parece clara: defender proveedores de salud seculares y tolerantes alrededor del mundo a favor de los grupos religiosos que elegirían a quién tratar y cómo tratarlo basados más en ideología que en medicina.

Querido Presidente Bush: le escribo nuevamente para que reconsidere este último ataque a las mujeres. Usted puede y debe hacer lo mejor. ♦

IN MEMORIA DEL PROF. DR. CARLOS GURUCHARRI

Con hondo pesar recibimos la noticia del fallecimiento del Prof. Dr. Carlos Gurucharri, miembro del Consejo Asesor de DeSIDAmos y quien supo acompañarnos y alentarnos en nuestro trabajo y nuestras luchas a favor de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. El Dr. Gurucharri fue un ginecólogo de amplia experiencia clínica y académica que contribuyó a la formación de médicos y especialistas del país y del exterior desde su actividad en el Hospital Rivadavia como jefe del servicio de ginecología y como Profesor Titular de la Primera Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Su concepción de la salud y la enfermedad y su visión integral de la mujer fue un ejemplo del abordaje en la atención para muchas generaciones de médicos/cas, psicólogos/as y otros/as profesionales de la salud.

En estas líneas queremos brindarle nuestro homenaje y recordarlo en su incansable labor en pro de la salud integral de la mujer.

Comité Editorial
Buenos Aires, julio 2003

ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JUNIN 1440 - TEL. 4824-1011/12 - 1113 CAPITAL FEDERAL

Adhesión a la divulgación sobre prevención del SIDA que la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) realiza en beneficio de la comunidad.

LOS ARGENTINOS FRENTE AL USO DEL PRESERVATIVO: ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Mabel Bianco*

¿Cómo? ¿Cuándo? Porque usan preservativos quienes los usan o porque no los usan, son datos muy importantes si se quiere promover conductas preventivas en forma eficaz y eficiente. En este artículo se dan algunas de esas respuestas.

Introducción

Si bien en Argentina la epidemia del VIH/SIDA se inició en 1982, cuando se registraron los primeros, hombres infectados con el VIH y con síntomas de SIDA, a partir de entonces la epidemia creció primero lentamente y luego, principalmente a partir de 1990, más aceleradamente¹. Una característica de la respuesta nacional frente a la epidemia desde inicios de la misma, fue la baja importancia dada a las actividades de prevención e información. Tanto el Gobierno Nacional como los provinciales, si bien intentaron algunas actividades estas en general fueron esporádicas y discontinuas no logrando estructurar un programa de información y prevención sistemático y continuado.

La información y prevención a lo largo de esos primeros 18 años de la epidemia, quedaron casi exclusivamente a cargo de las ONGs y grupos de personas viviendo con VIH/SIDA. Entre 1987 y 1989 el Ministerio Nacional de Salud con un convenio con la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, estableció una línea telefónica informativa, previamente a la existencia de las líneas telefónicas gratuitas 0800. Esta línea dejó de funcionar con el cambio de gobierno nacional a mediados de 1989. Con posterioridad varias ONGs establecieron líneas telefónicas informativas y muchas otras en las principales ciudades del país se dedicaron a actividades de prevención, algunas específicas para grupos vulnerables de la población, otras para público general.

En el año 2000, con el cambio de gobierno se

prioriza la prevención y se inician distintas actividades en el Ministerio de Salud de la Nación como la línea telefónica gratuita 0800: “Disque Salud, Pregunte SIDA”, campañas focalizadas con participación de ONGs y actividades de información y prevención como las realizadas con motivo de días específicos, como el Día de la Madre y otros, y la campaña de verano realizada entre enero y marzo del 2001. En el año 2001 el Proyecto LUSIDA del Ministerio de Salud de la Nación y el Banco Mundial, concretó la primera campaña masiva gubernamental de prevención del SIDA incluyendo explícita y prioritariamente la promoción del uso del preservativo.

Previamente a la campaña, desde el año 2000, el equipo técnico del Proyecto LUSIDA recopiló y analizó toda la información existente en el país sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población frente a la prevención del VIH/SIDA, incluida la transmisión sexual y por tanto el uso del preservativo. De esa recopilación surgió que si bien en general la población, especialmente joven y adulta, tenía conocimientos adecuados sobre el VIH/SIDA, sus formas de transmisión y prevención; sin embargo utilizaban poco o casi nada métodos de prevención como el preservativo. Esto se debía a la baja percepción de riesgo de infección que registraban y la creencia de que el uso del preservativo no era necesario en las parejas estables. También se observó, que las creencias sobre la no efectividad del preservativo como método de prevención, así como las creencias religiosas opuestas al mismo, influían en alguna medida aunque escasa, en la baja frecuencia de uso del preservativo.

Con motivo de la realización de la campaña masiva de prevención del VIH/SIDA, el Proyecto LUSIDA contrató por licitación internacional una agencia de publicidad y una empresa de evaluación de mercado, con las que los técnicos del proyecto trabajaron conjuntamente. Como parte de la campaña, se realizó

*Médica, Magister en Salud Pública y especialista en Epidemiología. Coordinadora de la UCE en VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación desde enero 2000 a noviembre 2001. Actualmente Presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer –FEIM-.

una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en una muestra probabilística con cuotas según sexo y grupos de edad, en las ciudades de Buenos Aires, Conurbano bonaerense, Córdoba y Rosario, donde se concentraría la campaña. Se hizo una encuesta cara a cara en hogares y se estudiaron 900 personas. La mayor tasa de rechazos se observó en Rosario: 28%, luego en Capital Federal y Conurbano: 24% y la menor en Córdoba: 14%. Los entrevistados de ambos sexos tenían entre 16 y 65 años de edad.

Análisis de Resultados

Consideramos en este trabajo los hallazgos sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente al uso del preservativo, registrados en ese estudio previo a la campaña². Cabe aclarar que finalizada la campaña masiva, que duró siete meses –mayo a diciembre 2001– se efectuó un nuevo estudio de encuesta cara a cara para evaluar el impacto de la campaña. En este trabajo solo se consideran los datos según la encuesta previa, no la posterior a la realización de la campaña.

El estudio comprendió la investigación de conocimientos, actitudes y prácticas. La muestra fue polietápica, probabilística y con cuotas según edad y sexo. Se consideró un margen de error de $\pm 4,3\%$ para el total de la muestra. Los datos se recogieron entre el 9 y el 20 de mayo del 2001. Los resultados finales se ponderaron por localidad según el censo Nacional de Población de 1991, y para el nivel socioeconómico según datos de Mori Argentina y la Asociación Argentina de Marketing.

El grupo estudiado en general mantenía relaciones de pareja estable (89%), fiel y heterosexual (98%). El 87% tuvo relaciones sexuales el último año, variando la frecuencia según la edad y el tipo de convivencia. Si bien la población conocía directa o indirectamente personas infectadas o enfermas, el grupo tenía una baja recepción de riesgo frente al VIH/SIDA, solo el 49% tenía esa percepción y eran principalmente las personas entrevistadas más jóvenes. Respecto a los conocimientos sobre el VIH/SIDA, si bien el 30% creía que “*sabe poco o nada sobre el VIH/SIDA*”, sin embargo tanto el conocimiento de las formas de transmisión como las posibilidades de tratamiento eran altas.

Investigados según la actitud frente al preservativo, los entrevistados fueron preguntados “*si los preservativos son fáciles de obtener*”, el 76% dijo que estaba de acuerdo. Frente a si “*son fáciles de usar*”, el 71% estuvo de acuerdo, solo un 8% no estuvo de acuerdo en este aspecto. Cuando se especificó más y

se preguntó, si “*proponer el uso del preservativo es difícil*” el 45% acordó con esto y el 40% estuvo en desacuerdo o sea creía que es fácil proponer su uso. Preguntados sobre: “*los hombres no quieren usar preservativos*” el 67% acordó con esta afirmación, porcentaje que aumentó entre las mujeres preguntadas. Solo el 31% acordó que es divertido usar preservativos, contra el 33% que estuvo en desacuerdo con esto y el 26% que no contestó esta pregunta.

Respecto al placer el 56% acordó que “el sexo con preservativo es menos placentero” contra un 26% que dijo no estar de acuerdo con esto. **Sobre el precio la mayoría consideró que los preservativos son baratos (60%),** mientras que solo el 30% consideró que son caros, correspondiendo a los encuestados más jóvenes. Cuando se repreguntaron algunas de preguntas, pero se pidió contestaran solo si acordaban, **el 98% acordó que los preservativos son fáciles de obtener, el 87% acordó que son fáciles de usar, y el 45% acordó es difícil proponer el uso.**

Frente a las respuestas se construyó una tipología en la cual se clasificó a la población entrevistada combinando criterios de: desconfianza, menos placer, dificultad proponer uso y es un producto problema (porque se rompe u otro motivo). De acuerdo a esta tipología se agruparon los entrevistados en cuatro grupos: **1) Abiertos al uso; 2) Abiertos pero les cuesta proponer el uso; 3) Hostiles por menos placer y difícil proponer el uso; y 4) Hostiles por menos placer, difícil uso y se cree hay desconfianza.** El 21% de los entrevistados no se pudo categorizar, del total que se categorizó –79% de los entrevistados– se observó que **los hostiles al uso del preservativo, considerando ambos grupos, ascendían a 47% mientras que los abiertos correspondían al 53%.** El primer grupo de “*Abiertos al uso*” ascendía a 32%, en general eran jóvenes de 18 a 35 años sin parejas estables y con un adecuado nivel educativo. El otro grupo de “*Abiertos pero les cuesta proponer el uso*” ascendía al 14% y eran en general mujeres con mayor nivel educativo. De los “*Hostiles*” el grupo que expresó menos placer y dificultad proponer el uso, correspondía al 13% y se trataba de hombres con menor nivel educativo. Por último el grupo “*Hostiles*” que expresó menos placer, difícil uso y desconfianza, ascendía al 30% y eran en general hombres entre 36 y 55 años, con parejas estables con la que convivían y de menor nivel educativo. En síntesis **las personas hostiles al uso del preservativo eran una de cada tres entrevistadas, en general hombres entre 36 y 55 años de edad, que justificaron su hostilidad en el hecho de percibir menor placer, ser difícil de usarlo y manifestar desconfianza al proponer el uso.**

Cuando se analizó la distribución en estos grupos según sexo, se observó un mayor porcentaje de abiertos entre las mujeres: 51% que en los hombres 47% y un predominio de hombres entre los hostiles más que las mujeres. Respecto a la educación, los menos educados eran más hostiles -51%- que los más educados -23%- y viceversa, en relación a los abiertos al uso. En cuanto a la **edad** los más abiertos eran los menores de 25 años 62% frente al 48% entre los de 46 y más años. Por el contrario se observó que la proporción de hostiles aumentaba con la edad, mientras entre los de 16 y 18 años el 27% eran hostiles, aumentó al 38% en los de 19 a 25 años, al 35% entre 26 y 35 años y al 60% en los de 36 a 45 años o más. **Por último los que no tienen pareja estable eran más abiertos al uso del preservativo.** Finalmente preguntados cuando plantearían el uso del preservativo o lo usarían, el 91% se agrupó entre los que lo plantearían y solo tendrían relación con preservativo en casos de la primera relación sexual, o en las relaciones circunstanciales o casuales y las extramatrimoniales. **En caso de tener una pareja estable, solo el 22% dijo tendría relaciones solo con preservativo,** indicando la tendencia observada en otros estudios respecto a como la “*confianza*” es el motivo principal para desechar el uso del preservativo³.

Respecto a las prácticas sexuales solo el 22% de los entrevistados dijo usar siempre preservativos, mientras que el 47% dijo no usar nunca o casi nunca. Del análisis surgió que el 13% no tiene relaciones sexuales, este grupo en general eran mujeres entre 16 y 18 años y entre 56 y 65 años, solteras o viudas. Solo el 7% dijo usar siempre preservativo, conducta que adoptó para evitar el SIDA, este grupo estaba integrado por hombres jóvenes de 19 a 25 años, sin pareja estable que pensaron haberse contagiado y que antes correspondían al grupo abierto al uso de preservativos. **Un 15% usaba siempre preservativo,** pero esta conducta no cambió para evitar el VIH/SIDA, estos en general eran jóvenes de 16 a 18 años, sin pareja estable y abiertos al uso del preservativo. **Un 18% dijo usar preservativo ocasionalmente,** en general eran personas de 19 a 35 años, con estudios terciarios o universitarios, de novio y abiertos al uso. **El 47% dijo no usar nunca o casi nunca el preservativo,** eran personas entre 36 y 65 años con pareja estable que no se perciben en riesgo de infección y que corresponden al grupo hostil.

Cuando se analizaron estas prácticas en relación a algunas variables específicas, como el uso según edad y sexo, se observó que los varones (11%) superaban a las mujeres (5%) que usaban siempre y habían cambiado de conducta para prevenir el VIH/

SIDA. Por el contrario en el grupo “*usan siempre pero no cambiaron por temor al SIDA*” el porcentaje fue igual en varones (14%) y mujeres (15%). El 13% que no tiene relaciones sexuales presenta un predominio de mujeres (18%) que de varones (7%). **Los jóvenes de 16 a 18 años presentaban la mayor proporción de los que siempre usan (37%)** y entre ellos el mayor porcentaje lo hacía pero no cambió su conducta (31%). Este grupo presentaba la menor proporción de los que no lo usan nunca (9%) y también de quienes no tienen relaciones sexuales (38%). **El porcentaje de los que usan siempre disminuía con la edad,** entre los de 56 y 65 años solo el 6% siempre lo usa. La mayor proporción de los que usan siempre preservativo y cambiaron por el SIDA, se registró entre los de 19 a 25 años (17%) y luego en los de 26 a 35 años (11%).

El porcentaje mayor de los que nunca lo usan se registró en el grupo de 46 a 55 años (69%), seguido por los de 56 a 65 años (59%) y los de 36 a 45 años con 58%. El grupo de 26 a 35 años estaban en un nivel intermedio el 41% no lo usa nunca o casi nunca, duplicaban a los menores de 25 años.

Los varones solteros y “de novio” son los que registraban mayor frecuencia de usar siempre preservativo, mientras que los casados y los que viven en concubinato eran los que mayoritariamente se concentraban en los que “*nunca usan o casi nunca*”, 67% y 64% respectivamente. El mayor uso entre los solteros y de novio, puede asociarse a una mayor frecuencia en ellos de relaciones casuales o de primera vez por una gran variación de parejas. Geldstein y Schufer en un estudio en varones jóvenes del área metropolitana, encontraron que el 63,3% lo usó en la primera relación.⁴

En cuanto a la practica de uso del preservativo y la actitud se observó que del 7% que siempre usó porque cambió su conducta para evitar el SIDA, entre los abiertos al uso correspondieron al 9%, entre los abiertos pero les cuesta proponer uso al 4% y entre los hostiles solo al 3%. Entre los que “*nunca usan o casi nunca*” que son el 47%, el mayor porcentaje se asocia a los hostiles 69% disminuyendo en los abiertos y abiertos les cuesta proponer uso al 35% y 38% respectivamente.

Frente a la pregunta “*¿Porqué no utiliza siempre preservativo?*” la mayor proporción contestó porque está en pareja estable y se tienen confianza 34%, usamos otros métodos anticonceptivos el 16%, y no es necesario el 15%. El 12% dijo por no tener riesgo de embarazarse y un 9% dijo lo usan solo los días fértiles o sea que lo usan como anticonceptivo. **Si se suman todos los que no lo usan porque no lo**

necesitan como anticonceptivo asciende a 37%, más que los que aducen pareja estable y confianza en la pareja. Estas respuestas corresponden a las 583 personas entrevistadas que no utilizaban siempre preservativo. En este estudio no se registra la sublógica contractual que señala Kornblit y colaboradores basada en que al comienzo de la pareja se realicen el test, actuando luego la confianza como “contrato” de fidelidad entre ambos. Si se registraban las sublógicas de la confianza absoluta y la de la anticoncepción.

Cuando el no uso se asociaba con el sexo de los entrevistados, entre los primeros cinco motivos se observaron pocas diferencias entre varones y mujeres. Es interesante consignar en la respuesta: **“el sexo es menos placentero” no se observaron diferencias entre hombres y mujeres, en ambos el 3% lo contestó.** En la respuesta **“mi pareja no quiere usarlo”** y **“produce alergia o irritación”** solo las mujeres la contestaron con un 3% y 5% respectivamente.

Investigado el **“no uso del preservativo” en relación a la edad de los entrevistados**, entre los que dijeron porque **“no es necesario”** estaban los con mayor edad, ninguno entre los 16 y 18 años indicó esta respuesta. Mientras que el 31% de los entre 56 y 65 años lo adujo. **También la estabilidad de la pareja y tenerse confianza aumentó con la edad**, variando desde un 10% entre los de 16 a 18 años hasta el 45% entre los de 56 a 65 años. Las respuestas **“mi pareja no quiere usarlo”** y **“produce alergia/irritaciones”** se concentró entre las mujeres de 19 a 45 años de edad. El **“no tenerlos cuando los necesitamos”** se concentró con la mayor frecuencia entre los de 16 a 18 años de edad y en disminución hasta los de 35 años lo adujeron. Esto alude a la dificultad de los adolescentes y jóvenes para comprar los preservativos debido a que ellos tienen menor ingreso y los que presentan dificultad económica como uno de los principales motivos para el no uso del preservativo. Esto se debe haber agudizado en el 2002 por la profundización de la crisis económica y, es uno de los principales motivos para garantizar la provisión gratuita o por mercadeo social de preservativos para adolescentes y jóvenes. Pagani y otras señalan como las adolescentes mujeres de la Ciudad de Buenos Aires recomendaron la colocación de dispensadores gratuitos como una necesidad⁵.

Ante la pregunta **“¿Cuáles diría son las principales trabas que tiene la gente para no querer usar preservativos?”** el 50% de los entrevistados señaló **“a los hombres les parece que es menos placentero”** y el 37% marcó **“la relación sexual no es natural”** y el 31% **“a las mujeres les parece más placentero sin preservativo”**. Un 9% también marcó **“no saber como se usa”**.

En la pregunta **“¿Cuáles diría son las principales ventajas del uso del preservativo?”** el 90% dijo que previene el embarazo y el 25% la marcó como la primera mención. El 86% señaló **“disminuye el riesgo de transmisión del VIH/SIDA”** y el 53% dió esta como la primera mención. La otra opción marcada fue: **“disminuye el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual”** por el 59%, pero solo el 19% la dió como primera mención. Sin embargo ante la pregunta **“¿Cuándo lo utiliza con que fin usa preservativo?”** el 46% dijo para evitar el SIDA y el embarazo y el 43% solo para evitar el embarazo, y solo para evitar el VIH/SIDA el 6%. Esto indica el peso que aún tiene el uso del preservativo como anticonceptivo en nuestra sociedad. Esto evidencia la brecha entre conocimiento y práctica, ya que el 98% de los entrevistados reconoció el riesgo de infectarse con el VIH/SIDA si se tienen relaciones sexuales sin preservativo, compartiendo el 98% el conocimiento en las tres vías sexuales de penetración: vaginal, anal y oral.

El 40% (360 entrevistados) que usaba preservativo ante la pregunta **“¿en qué tipo de práctica sexual lo hace: penetración vaginal, anal y/u oral?”**. El 97% dijo usarlo en la penetración vaginal, el 37% en la anal y el 15% en la oral. En estas dos últimas vías, el 16% y el 37% dijeron no usarlo en la anal y oral respectivamente. Un 38% y 39% dijeron no practicar penetración anal y oral respectivamente. Esto difiere con los datos sobre el conocimiento de las formas de infectarse, el 98% de los entrevistados dijo que el **“riesgo es alto”** cuando se practica sexo oral sin preservativo y también el 98% reconoció el riesgo de infección en caso de sexo anal sin preservativo.

Preguntados quienes tuvieron relaciones sexuales el último año (780 personas) que método anticonceptivo usó y si usó, el 39% dijo no haber usado y de los que usaron el 40% dijo preservativo, el 13% pastillas y el 6% el DIU. Por último respecto a quien toma la iniciativa respecto al uso del preservativo, el 27% contestó el entrevistado, el 65% dijo ambos y el 7% dijo su pareja.

Comentarios

Es evidente que a pesar de la importancia de la epidemia del VIH/SIDA en Argentina la población hasta el año 2001 no cambió significativamente sus conductas y menos aún incorporó el uso del preservativo como método de prevención del VIH/SIDA. Todavía el uso del preservativo en Argentina es más reconocido como anticonceptivo que para la prevención del VIH/SIDA. Entre los jóvenes, especialmente

las mujeres esto se asocia al mayor miedo que experimentan ante el embarazo que la infección con el VIH/SIDA, como lo demostró un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires.⁵

La persistencia de sectores hostiles al uso del preservativo, que ascendió a casi la mitad de los entrevistados, es un hecho que debe revertirse si se desea impactar la epidemia. Si bien este porcentaje es menor al observado en otros estudios, sin embargo todavía es muy alto. El que sólo tres de cada diez entrevistados haya cambiado su conducta sexual por el VIH/SIDA, y que esto en realidad ocurrió más entre los hombres que entre las mujeres y en los más jóvenes y con mayor nivel educacional, indica la resistencia al cambio de actitud y práctica frente al uso del preservativo entre los de mayor edad y los menos educados. En relación a un estudio realizado en 1999 por Kornblit se observó que en el 2001 disminuyeron las menciones respecto al cuidado en elegir la pareja y a tener solo un compañero o pareja sexual como motivos para no usarlo y aumentó el porcentaje que dijo usarlo.⁶

En cuanto al uso del preservativo uno de cada dos entrevistados no lo usa o lo usa muy raramente. Estos son principalmente hombres de 35 y más años que en general expresaron una actitud hostil frente al preservativo. Los motivos siguen siendo el sentir menos placer en la relación sexual, el tener pareja estable y confianza en ella. Pero también el mayor reconocimiento y asociación de la función anticonceptiva del preservativo que la de prevención del VIH/SIDA y las ETS influyó en el no uso, indicando la necesidad de informar al respecto. Si bien casi el 40% no usaba métodos anticonceptivos, en este grupo cuando los usaba el método que usaba con mayor frecuencia era el preservativo, **hecho que determinaba no usarlo cuando su compañera no corría riesgo de embarazarse, ya sea porque usaba otro método anticonceptivo o porque no tenía posibilidades de embarazo.** Esto debe considerarse especialmente en las parejas que usan anticonceptivos, en las que es necesario promover la doble protección. Doble protección que implica jerarquizar la función de prevención del VIH/SIDA y ETS del preservativo, así como sensibilizar sobre su necesidad, enfrentando en estos casos el tema de la “*confianza*” que persiste como limitación para su uso. Esto coincide con la mayoría de los estudios existentes en el país. **Entre quienes lo usan lo hacen casi siempre en la penetración vaginal, pero mucho menos en el sexo oral y anal,** esto a pesar de reconocer es necesario hacerlo para evitar la infección con el VIH/SIDA y señala el alto riesgo de infección entre quienes practican sexo anal y/u oral. Esta brecha entre saber y adoptar una conducta evidencia la necesidad de insistir con la información pero más orientada a

cambio de conducta que a mejorar los conocimientos. Esto implica llegar con mensajes múltiples que apunten a los malentendidos y a los sentimientos que impiden el cambio de conducta. Los prejuicios como el menor placer del hombre o la mujer y otros motivos deben ser expresamente aludidos.

Mención especial merece el tema de la “*confianza*” en el otro como motivo para no usarlo, algo que siempre está asociado a parejas estables, incluso en los menores de 20 años y mucho más en los de 35 y más años. Giberti señala que en el caso de las mujeres, dado que aman, no pueden desconfiar, allí se centra la paradoja. Paradoja propia de las mujeres, los varones no plantean esa paradoja. La confianza asociada a la fidelidad de la pareja, determina que el preservativo se usa o plantea su uso principalmente como método anticonceptivo y no como preventivo de ETS y VIH/SIDA. El temor a que se piense en la “*desconfianza del otro*”, e incluso a que por ello haya sanciones y/o represalias que incluso llegan a la violencia física como ocurre en muchos casos en las mujeres es un tema que en las campañas de prevención debe ser planteado específicamente. Este es tal vez el punto más crítico para el cambio de conducta y sobre el que más se debe trabajar en una campaña masiva, con segmentación de mensajes, piezas y estrategias para hombres y mujeres, que consideren también los distintos grupos de edad.

Los jóvenes son los que más usan el preservativo y si bien el corte diferencial es más evidente a partir de los 35 años, en el grupo de 26 a 35 años ya se observa una transición que los acerca a los mayores. Los motivos aducidos para no usarlo en las edades mayores a los 35 años, son la pareja estable y la confianza entre ambos, así como la disminución del placer en la relación sexual. Respecto al placer si bien la mitad de los encuestados reconocía “*a los hombres no les gusta porque es menos placentero con preservativo*”, un tercio atribuyó las mujeres también creen es menos placentero con preservativo. Esto coincide con estudios de erótica femenina, en los que se señala que la interposición del preservativo hace perder la sensación que recorre a la mujer durante la eyaculación y posterior a ella, responsable del placer femenino, motivo por el cual el preservativo eliminaría un componente del placer de las mujeres⁷. Esto requiere mayor sensibilización y con otra metodología que la de una campaña masiva. El tema de la disminución del placer es compartido por hombres y mujeres, algo esperable por tratarse de pautas culturales compartidas por ambos sexos y que expresan vivencias comunes. Esto está menos presente en los jóvenes, lo que se explica por los cambios que el VIH/SIDA está imponiendo a quienes se inician sexualmente en época del VIH/SIDA. Hace cuatro

décadas, esto mismo ocurrió con la sífilis, que creó la cultura del uso del preservativo hasta que surgió un tratamiento eficaz y efectivo.

En síntesis podemos decir los/las argentinos/as usaban poco el preservativo hasta el 2001 y cuando lo usaban lo hacían más como método anticonceptivo que para prevenir la transmisión del VIH/SIDA y otras ETS. Si bien los más jóvenes eran más proclives al uso y lo usaban más, sin embargo cuando la pareja se considera “estable” y existe confianza en la fidelidad del otro, el preservativo deja de usarse. Esto indica la necesidad de que las campañas sean permanentes y destinadas a cambiar actitudes y prácticas, no solo a mejorar el conocimiento.

Los gobiernos nacional, provinciales y locales deben asumir esta tarea, pero con mensajes claros y directos así como reiterados y diversificados para los distintos grupos. Las mujeres deben ser especialmente consideradas como grupo objetivo de sensibilización y destinatarias de mensajes sobre su prevención y la de sus parejas. Mensajes que también deben recibir los varones para entender que hoy las mujeres son más vulnerables y tienen que pedir y exigir el uso del preservativo. Y eso no es falta de confianza ni haber hecho algo “malo”, es quererse y querer al otro, es cuidarse y cuidar al otro. El VIH/SIDA nos obliga a vivir de modo diferente la fidelidad y la confianza. Podemos ser hoy y en esta pareja fieles y tener confianza. Pero no podemos pedir fidelidad desde antes de esta relación, ese es el conflicto. **La confianza hoy no nos protege de lo que pasó hace cinco, diez o más años antes.** Esta

es la diferencia del VIH/SIDA con otras enfermedades de transmisión sexual como la sífilis. La confianza entonces dejó de ser un valor permanente y estable. Por eso debemos apuntar a desmitificar la “confianza” y acabar su vinculación directa y estrecha con el amor. Puedo amar y exigir cuidado por algo que ocurrió antes, hace días, meses o años, cuando esta relación actual no existía. Entonces cuidarse no es “desconfiar”, y es posible en el marco del amor y esto es imprescindible modificarlo para superar la falta de prevención para el VIH/SIDA, entre las mujeres.♦

Bibliografía

- 1 “La Epidemia en la Argentina”, Boletín sobre el SIDA en la Argentina, Ministerio de Salud, UCE en VIH/SIDA y ETS, año VII, n°19, Septiembre 2000, Buenos Aires, Argentina.
- 2 Informe “Estudio Momento “0” Conocimientos, Actitudes y Prácticas respecto al uso del preservativo” Proyecto LUSIDA, Ogilvy y Mori Argentina mimeografiado.
- 3 Kornblit y colabs.: “SIDA entre el Cuidado y el Riesgo”, Alianza Editorial, Buenos Aires 2000.
- 4 Geldstein, R. y Schufer, M.: Iniciación Sexual y Después, CENEP, Buenos Aires, Octubre 2002.
- 5 Pagani, L.; Re, M.I. y Madrigal, P.: “Adolescencia, Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas Públicas” en DeSIDAmos, año X, n°1, junio 2002, Buenos Aires, Argentina, p. 25-29.
- 6 Kornblit ¿?
- 7 Giberti, E.: “Mujer y SIDA: erótica y prejuicios”, Desidamos, año I, n°2, p. 9-10, Enero-Marzo 1993.

HUMOR



NEGOCIACION CONJUNTA DE GOBIERNOS DE AMERICA LATINA CON EMPRESAS FARMACEUTICAS PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS PARA VIH/SIDA

Del 5 al 7 de junio en Lima, Perú se reunieron los representantes de los Ministerios de Salud de 10 países de América Latina: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela con representantes de las siguientes compañías farmacéuticas: Abbott Laboratories; Boehringer Ingelheim; Bristol-Meyers-Squibb; CIPLALtda.; Combino Pharm S.R.L.; Filaxis S.A.; Glaxo Smith Kliene; Kampel Martian S.A.; Merck Sharp & Dohme; Ranbaxy; Refasa S.A.C.; Richmond; Productos Roche S.A. y Rontag S.A. para medicamentos y Abbott; Bayer; Becton Dickinson; Biomerix; Biorad; Imnogetics NV y Roche Diagnostics para reactivos. La reunión fue auspiciada y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue y la Secretaria General de la Comunidad Andina, participando como observadores la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja, Médicos sin Fronteras y la Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA –REDLA-.

El objetivo de la reunión fue negociar los precios máximos referenciales para la región de los medicamentos antiretrovirales y de los reactivos para las pruebas de Elisa, CD4, Carga Viral y pruebas rápidas. Los valores a los que se llegó se mantendrán vigentes durante, por lo menos, un año a partir de junio 2003. Se negociaron 37 ítems, en todos ellos se cumplieron todos los estándares de calidad exigidos por la OMS, o sea pruebas de biodisponibilidad y bioequivalencia.

Que se negoció

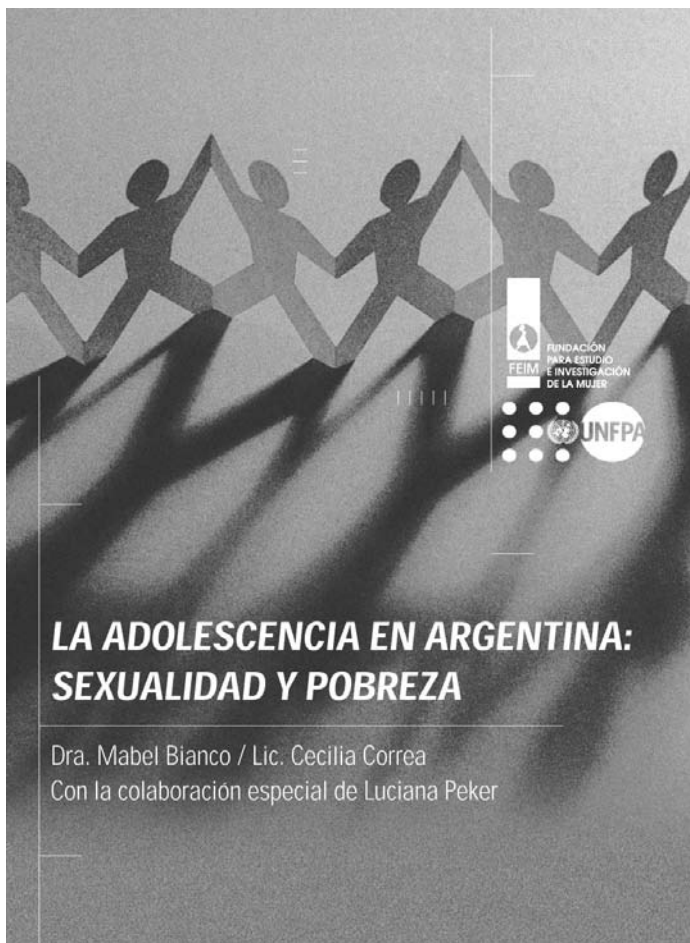
De los antiretrovirales se negociaron los siguientes productos: **Abacavir** tabletas de 300mg; **Didanosina** tabletas/cápsulas de 100, 200, 25, 250 y 400mgr; **Efavirenz** cápsulas de 200 y 50mgr y tabletas de 600mgr; **Indinavir** cápsulas de 200 y 400mgr; **Lamivudina** (3TC) jarabe 10mg/ml, tabletas de 100

y 150mgr; **Lopinavir/Ritonavir** gelcap y jarabe; **Nelfinavir** tabletas de 250mg; **Nevirapina** tabletas de 200mgr y jarabe 50mg/ml; **Ritonavir** cápsulas de 100mg y jarabe de 400mg/5ml; **Saquinavir** gelcap de 200mg; **Staduvina** (4DT) cápsulas de 15, 30 y 40 mg; **Zidavudina** (AZT) jarabe 10mg/ml, cápsulas de 100, 250 y 300mgr. Además las siguientes combinaciones: **Abacavir+Zidovudina+Lamivudina** tabletas; **Lamivudina+Stavudina+Nevirapina** tabletas; **Lamivudina+Zidovudina** tabletas y **Lamivudina+Zidovudina+Nevirapina** tabletas.

De las 14 compañías farmacéuticas que participaron en la negociación solo ocho quedaron en el listado final, algunas no presentaron precios a nivel regional. De los 37 ítems considerados, solo cuatro fueron productos originales, los otros fueron genéricos. En 15 de los 37 ítems **los valores de segunda línea se lograron reducir entre el 9 y el 72%. Los valores previos oscilaban entre U\$S1600 y U\$S7600 disminuyendo a U\$S1400 y U\$S4600.** Los esquemas de triple terapia **de primera línea se redujeron entre un 30 y 92%, pasando del precio de U\$S1000 a U\$S5000 antes de la negociación a U\$S350–U\$S690 después de la misma.** Esta importante reducción permitirá en estos países ampliar la cobertura de PVVS bajo atención, algo imprescindible para garantizar el derecho a la salud de estas personas. **Los gobiernos estiman se podrían incorporar hasta 150.000 personas al tratamiento con estas reducciones de precio, algo muy significativo ya que excepto Argentina y Uruguay que proveían al 100% de las PVVS, los otros países según datos del 2001 oscilaban entre 75 y 8% de cobertura.**

En la negociación de los reactivos participaron siete compañías resultando cinco incorporadas de las siete que participaron. Las reducciones en el precio oscilaron: entre 13 y 33% para el test de Elisa; el 62 al 81% para las pruebas rápidas; el 5 al 70% para el CD4 y entre el 22 y el 82% para la carga viral.

Cada país debe ahora adoptar esta negociación y ampliar su cobertura. ♦



“El 70% de los/as jóvenes argentinos / as son pobres. Pero este no es un dato sólo económico. La mayoría de ellos / as se inician sexualmente a los 15 años. La falta de recursos tiene consecuencias en su cuerpo, su salud y sus proyectos. El 15% de los bebés argentinos nacen de madres menores de 20 años y el 65% de los adolescentes de clase baja ni siquiera conocen los métodos anti-conceptivos”.

Estos son algunos datos que describe el informe presentado por FEIM en el marco del proyecto “Jóvenes y servicios de salud sexual y reproductiva: ¿un problema legal socio – político o económico?” que se realizó con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas.

Puede adquirirse en: Paraná 135 Piso 3 Depto “13” de la Ciudad de Buenos Aires de lunes a viernes de 11 a 17 hs. o solicitarlo por correo electrónico a: feim@ciudad.com.ar y su costo es de \$ 10 (diez pesos)

DESIDAMOS

SUSCRIPCION 2003

La/El/Los suscribe/n

Adjuntan cheque número Banco

o efectivo por valor de \$ o U\$\$, a nombre de **FEIM** (Fundación para Estudio e Investigación de la mujer).

FIRMA..... FECHA.....

NOMBRE APELLIDO.....

DOMICILIO CIUDAD.....

PAIS CODIGO POSTAL.....

TELEFONO FAX e-mail:

PROFESION/OCUPACION.....

LUGAR DE TRABAJO

ESTE AÑO VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN EN ARGENTINA: \$10 (diez pesos), EN OTROS PAÍSES: 5 U\$\$ (cinco U\$\$)

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL: “GANANDO AMIGOS”: Permite enviar revistas a hospitales y/o personas que no pueden suscribirse UN AMIGO \$ 20.-, 2 a 4 AMIGOS \$ 30.-, 5 a 10 AMIGOS \$ 50.-

(RECORTAR Y ENVIAR)

FEIM: Paraná 135, Piso 3, Of. 13 • (1017) Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax (54-11) 4372-2763 • e.mail:feim@ciudad.com.ar

Desidamos

sobre nuestra sexualidad y reproducción

DESIDAMOS revista periódica de divulgación científica sobre salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA, publicada por FEIM, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, con el auspicio de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Es una publicación interdisciplinaria destinada a profesionales, técnicos, docentes y otro personal que trabaja en organismos oficiales y no gubernamentales en salud sexual y reproductiva incluido el VIH/SIDA.

El objetivo de **DESIDAMOS** es contribuir a difundir información científica actualizada y accesible a todos, orientada especialmente a la prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente y a los problemas asociados a la reproducción humana. También desea ser un canal de información y de intercambio de experiencias entre quienes trabajan en este tema.



**FUNDACION
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACION
DE LA MUJER**

Paraná 135, 3° piso "13" - (1017) Buenos Aires
Tel./Fax: 4372-2763
República Argentina
e.mail: feim@feim.wamani.apc.org
Correo: feim@ciudad.com.ar.

Reglamento de Publicaciones

DESIDAMOS publica trabajos sobre sexualidad, reproducción y VIH/SIDA con enfoque interdisciplinario.

Los trabajos deberán ser originales e inéditos, aceptándose los que hayan sido comunicados en eventos científicos (congresos, seminarios y otros) o en sociedades científicas sin publicar, debiendo aclarar reunión y fecha.

Los trabajos no inéditos podrán publicarse en forma resumida y como comunicaciones.

Los trabajos serán enviados por e-mail o por correo adjuntando diskette, presentados por escrito en hoja A4 a doble espacio y no podrán tener una extensión de más de 12 páginas, incluyendo bibliografía y cuadros o gráficos. Los cuadros y gráficos deberán tener claro los títulos, las explicaciones y la fuente de los datos.

La bibliografía, presentada en hoja aparte, deberá limitarse a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo mismo, evitándose las revisiones bibliográficas extensas. Las referencias se presentarán numeradas, en orden alfabético de autores con los títulos de las publicaciones. Los artículos de revistas figurarán en la forma usada por el Index Medicus (Ej.: Med. Care, 12:627-637, 1974). Los libros deberán figurar con su título, editor, ciudad y año de aparición.

Los trabajos originales deberán presentar un resumen de unas 200 palabras. Además, podrán agregar un resumen más explicativo de hasta 700 palabras, con un título completo y con referencias a las figuras y tablas.

Se ruega enviar dirección postal, número de teléfono y correo electrónico del autor principal para facilitar la comunicación.

La redacción se reserva el derecho de aceptar o no los trabajos, así como de introducir –con el conocimiento de los autores– los cambios editoriales necesarios. Los originales no serán devueltos a los autores en ningún caso.