

FEMINIZACIÓN DEL VIH

De cara a la conmemoración del “Día Mundial de la Respuesta al vih”
el 1º. de Diciembre de 2010 ¹

Preparado por Nidia Umaña

nmumana@hotmail.com

con la colaboración de Janine Osorio

j.osorio@isdemu.gob.sv

para ISDEMU

1. FEMINIZACIÓN DEL VIH

- o Desde 2002 se habla de una feminización del vih ². “Desde 2002 el número de mujeres viviendo con VIH-SIDA se ha incrementado en todas las regiones del mundo sin excepción” ³.
- o En El Salvador la feminización del vih no es sólo (ni tanto) una cuestión cuantitativa. De hecho, la tendencia en la detección por año de nuevos casos de vih entre mujeres fue claramente creciente hasta 2000, a partir de entonces la tendencia fue oscilante hasta mostrarse en descenso de 2007 a 2009 (SUMEVE, 2009: 5) ⁴.

¹ El “Día Mundial del Sida” fue proclamado por acuerdo unánime de delegadas y delegados de más de 140 países durante la Conferencia Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del Sida celebrada en Londres en enero de 1988 (ISDEMU, 2006, “1º. De Diciembre Día Mundial de la Lucha contra el Sida”, Boletín No. 12, San Salvador, ISDEMU, Pág. 1). En la campaña de 2010, el MSPAS lo ha renombrado “Día de la Respuesta al vih”.

² Salvo cuando se citan las fuentes consultadas, el lenguaje ha sido ajustado siguiendo las propuestas de OPS (2006), “Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS”, 11pp. Desde entonces se utiliza “vih” en minúscula, como en el caso de la mayoría de las enfermedades, en lugar de “VIH” y menos aún “VIH-SIDA”, pues las siglas son etiquetas y éstas contribuyen a estigmatizar (OPS, 2006: 6, 7).

³ Según la Señora Nina Ferenci, Coordinadora de ONUSIDA para América Latina y el Caribe (ISDEMU, 2006: 2).

⁴ Salvo indicación contraria, los datos estadísticos corresponden al Sistema Unico de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/ SIDA (SUMEVE) del MSPAS para el período comprendido entre 1984 en que se detectó el primer caso y marzo de 2010 (SUMEVE, 2009, “Resumen de casos de VIH-Sida notificados en El Salvador, 1984-2009”, San Salvador, MSPAS, 9pp.; SUMEVE, 2010, “Casos de VIH-Sida. El Salvador enero-marzo 2010 (Datos Preliminares)”, San Salvador, MSPAS, 7pp.) (Ver documento adjunto). Se sabe que estos datos indican “grandes tendencias” que sirven para caracterizar la situación del país respecto del vih, pero en cuyo análisis debe ampliarse más allá de lo cuantitativo. Como argumento adicional a esta reserva a la hora de analizar

ello, la razón de masculinidad pasó de 4.5 en los 80's a 1.3 hombres por 1 mujer en 2006 (bajó a 1.7 hombres por 1 mujer en 2008 y se ha mantenido hasta la fecha).

Sin embargo, los hombres (heterosexuales) siguen siendo mayoría en términos absolutos (15,121 casos acumulados de hombres de 1984 a 2009, contra 8,977 casos acumulados de mujeres -- SUMEVE, 2009: 2) y en términos relativos (Los hombres pasaron de representar el 56.7% de las personas con vih en 2005 y el 62.8% en 2009, hasta constituir el 62.7% de los casos de vih y sida acumulados entre 1984 y marzo de 2010 – Elaboración propia a partir de SUMEVE, 2009; SUMEVE, 2010 ⁵) (Ver Gráfico 1).

- o En términos cualitativos tiene sentido hablar de una feminización del vih en El Salvador porque las mujeres están resultando contagiadas debido a su situación de subordinación y su falta de poder de negociación. Es la pareja de las mujeres quien está llevando el vih a la casa. De manera que las mujeres se contagian más de manera “pasiva” que “activa”, si vale la metáfora.
- o Esto es particularmente grave porque este contagio “pasivo” de las mujeres, en situaciones de desventaja o poder desigual, constituye una violación a los derechos de las mujeres, desde un Enfoque de Derechos. Además, este contagio “pasivo” de las mujeres constituye una infracción contra el Art. 9 y el Art. 28 de la “Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana” ⁶, según lo establecido en el literal g) del Art. 34 de dicha

los datos, está el hecho de que se ha hecho referencia a un sub-registro que rondaba el 40–50% en 2009 (ISDEMU, 2009, “Las mujeres y el SIDA”, Boletín No. 44, San Salvador, ISDEMU, Pág. 1). Con lo que habría en el país alrededor de 30,000 casos de personas con vih.

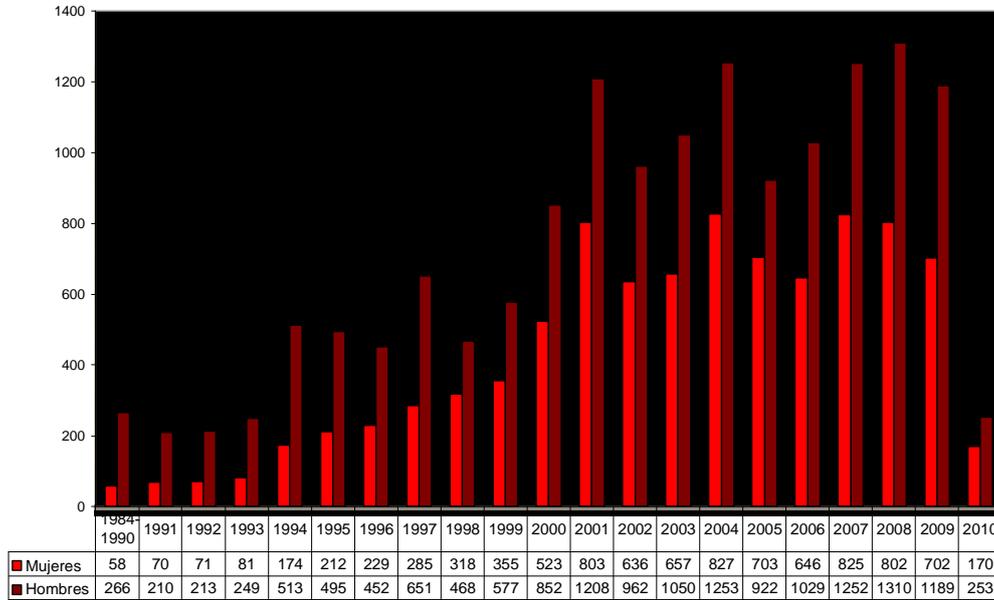
⁵ Se utiliza “personas con vih”, pues cada vez son más las personas conscientes de que la infección por vih puede tratarse, que era el hecho en el que trataba de hacer hincapié la expresión “personas viviendo con VIH–SIDA” (OPS, 2006: 7). Además, se utiliza “personas con vih” en minúscula, pues las siglas son etiquetas y éstas contribuyen a estigmatizar.

⁶ El Art. 9 establece que “Todas las personas y especialmente a aquellos viviendo con VIH/SIDA, están obligadas a practicar su sexualidad de manera responsable, utilizando métodos adecuados, a fin de minimizar los riesgos de transmisión del virus a otras personas”; mientras que el inciso 1º del Art. 28 señala que “Toda persona que haya sido notificada como seropositiva, está obligada a comunicarle tal situación a su pareja ya sea permanente o eventual, presente o pasada y demás personas con quienes haya tenido, tenga o pueda tener contactos de riesgo...” (ES, 2001, “Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”, Decreto No. 588, San Salvador, Asamblea Legislativa, 24 de octubre de 2001, 16pp.).

esión muy grave” también podría constituir del Código Penal vigente a la fecha ⁸.

Gráfico N° 1

Casos de VIH-SIDA por sexo, 1984 a 2010 (enero – marzo)



Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, MSPAS.

⁷ El Art. 34 determina que “Las infracciones a la presente ley, serán sancionadas con multas de UNO a DIEZ SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES URBANOS VIGENTES e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión u oficio de uno a dos años si el infractor realizare actividad médica, paramédica o sanitaria. Constituyen infracciones: ... g) incumplir lo establecido en los incisos 1º. y 2º. del Art. 28...” (ES, 2001).

⁸ El Art. 144 determina que “La pena será de cuatro a ocho años de prisión si se produjere cualquiera de los resultados siguientes: ... 4) Enfermedad que pusiere en grave peligro la salud de la persona” (ES, 2009, “Código Penal”, Recopilación de leyes penales, San Salvador, Comisión Coordinadora del Sector Justicia/ Unidad Técnica Ejecutiva: 124). La tipificación del delito como “lesiones”, según el Código Penal vigente desde 1998 hasta la fecha, representa un cambio respecto de la más específica tipificación del delito de “propagación de enfermedades” contemplado en el Art. 292 del Código Penal vigente desde 1973 hasta 1998.

MUJERES EN SITUACIÓN DE RIESGO

En publicaciones institucionales previas aparece un listado de grupos de mujeres “vulnerables por razones de género” –junto a las vulnerabilidades biológica, epidemiológica y social–, que prácticamente incluyen a todas las mujeres salvadoreñas ⁹. Por lo que hace falta que la investigación sobre la feminización del vih avance hacia la construcción de un perfil de las mujeres con vih según edad, estado familiar, área de residencia, nivel educativo, etc. ¹⁰.

Entre tanto se logra contar con este tipo de conocimiento, la práctica de trabajo con mujeres con vih deja claro que se trata de mujeres que carecen de control sobre su cuerpo y su propia sexualidad y de poder de negociación con sus parejas sexuales para exigir el respeto a sus derechos y poner en práctica estrategias de sexo seguro (Ochoa y Sanne te Pas, 2006: 156) ¹¹.

⁹ Entre las mujeres salvadoreñas vulnerables, tradicionalmente se ha incluido a: a) mujeres jóvenes (las mujeres de 15 a 24 años representan el 20.5% de los casos de vih–SIDA de enero 2008 a agosto 2010 –SUMEVE, 2010), b) amas de casa, c) compañeras sexuales de “personas que tienen prácticas de riesgo”, d) mujeres que han sido víctimas de abuso sexual y violencia, e) parejas sexuales de personas con vih, f) mujeres migrantes o parejas de migrantes, g) mujeres rurales (el 32% de los casos de enero 2008 a agosto 2010 residen en el área rural –SUMEVE, 2010), h) mujeres indígenas, i) mujeres privadas de libertad o parejas de personas privadas de libertad, j) mujeres que han recibido transfusiones de sangre sin precaución, y k) mujeres trabajadoras sexuales (ISDEMU, 2009: 2; ISDEMU, 2006: 2). Para fundamentar que este inventario incluye a casi todas las mujeres salvadoreñas al sumar la población correspondiente a cada grupo, haría falta contar con información estadística que de momento no está disponible. Sin embargo, en función de su disponibilidad, se han incluido las proporciones de casos de vih correspondientes a mujeres jóvenes y a mujeres rurales, para dar una idea de la magnitud.

¹⁰ Para los casos nuevos de vih notificados de enero a marzo de 2010 se sabe que el 63% de las personas tienen un nivel de educación básica (63%), seguidos por quienes han terminado su bachillerato (16%) o no tienen ningún grado de escolaridad formal (17%) (SUMEVE, 2010: 3); mientras las personas solteras representan el 50% de los casos, seguidas de las personas acompañadas (29%) y las personas casadas (12%) (SUMEVE, 2010: 4). Sin embargo, la vulnerabilización, de género se debe valorar desde la condición y construcción de género del ser mujer, y no por la condición social (nivel educativo, estado familiar, nivel de ingresos, lugar de residencia, etnia, edad, etc.) (Entrevistas a la Señora Mariela Quintanilla, Coordinadora del Programa de Jóvenes del IMU, jueves 25 de noviembre de 2010). Esto porque el ser mujer es una construcción homogenizada por el Patriarcado que limita la negociación de las relaciones sexo –afectivas, la apropiación del cuerpo por parte de las mujeres, y el ejercicio sexual consensuado, responsable y protegido.

¹¹ Ochoa, John Bayron y Sanne te Pas (2006), “Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica”, Intercambio Año 3, No. 4, Pág. 145–160.

→ mujeres con miedo, enojo y rabia por la violencia ejercida contra ellas; con una sexualidad reprimida; con dependencia económica y/o afectiva respecto de sus parejas ¹²; así como también de mujeres con una socialización para la sumisión y el estar en función y al servicio del hombre, y con representaciones sociales tradicionales sobre la sexualidad femenina y masculina y sobre la feminidad y masculinidad.

Se trata principalmente de mujeres jóvenes, solteras, con educación básica y residentes en asentamientos urbanos precarios ¹³.

A continuación se presentan 3 de los matices más frecuentes: mujeres con pareja con prácticas sexuales de riesgo, mujeres jóvenes y mujeres migrantes o parejas de personas migrantes. Se trata de 3 matices que pueden confluir en el caso de mujeres jóvenes con pareja adultas con prácticas sexuales de riesgo que residen fuera del país la mayor parte del año, por ejemplo.

2. 1 LAS MUJERES CON PAREJA CON “PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO”

YO SE LO QUE TENGO EN LA CASA... ¿Y FUERA DE LA CASA?

La principal vía de contagio es la transmisión sexual (86.9% según datos acumulados de 1984 a 2009 –SUMEVE, 2010: 7) son las “prácticas sexuales de riesgo” entre personas heterosexuales como orientación sexual autodenominada (68.4% según datos acumulados de 1984 a 2009 – SUMEVE, 2010) (Ver Gráficos 2 y 3).

(Por lo que resulta cuestionable el seguir afirmando, como en 2006, que en El Salvador se trata de “una epidemia de baja prevalencia, concentrada en grupos de alto riesgo como Hombres que tienen Sexo con Hombres” y Trabajadoras Sexuales, lo cual refuerza además los mitos sobre VIH --ISDEMU, 2006: 3. Sin embargo, una de las personas entrevistadas señala que los datos indican una epidemia concentrada, donde la mayor prevalencia es en grupos de alto riesgo como homosexuales, trabajadoras sexuales y personas usuarias de drogas – Betancourt, 2010; mientras otra de las personas entrevistadas considera que “la

¹² Entrevista con la Señora Marina Juárez, Coordinadora del Programa de Feminidades de CONTRASIDA, San Salvador, jueves 18 de noviembre de 2010.

¹³ Entrevista al Doctor Herbert Betancourt, Punto Focal de ONUSIDA, jueves 25 de noviembre de 2010.

acia la población y se está saliendo de esos

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008), entre las mujeres que han oído hablar del vih, el 20.3% considera que tiene algún riesgo personal de contraer el virus, el 68.4% piensa que no tiene riesgo y el 11.2% no sabe si tiene o no. Entre las razones para percibir riesgo, la mayoría se asocia a la infidelidad o desconfianza de la pareja (48.7%), el 11.1% respondió que “no sabe con quién se junta ella” y el 0.4% por infidelidad propia.

Las personas emparejadas representan el 41% (29% de personas acompañadas y 12% de personas casadas) de los nuevos casos de vih notificados de enero a marzo de 2010 (SUMEVE, 2010: 4).

Factores de riesgo:

En primer lugar, el uso de preservativos entre la población femenina es muy bajo, incluso entre las de mayor nivel educativo y residentes en áreas urbanas. Ello es debido a la desigualdad de las mujeres en una decisión que toman los hombres y su escasa capacidad de negociación al respecto, producto de las creencias asociadas a ese tipo de práctica.

En segundo lugar, las mujeres son biológicamente más susceptibles al vih, pues se calcula que la mujer es de 2 a 4 veces más propensa a la infección por el vih que los hombres, dado que la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie. Además, la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales y las infecciones de transmisión sexual son frecuentemente asintomáticas, debilitando la mucosa vaginal y permitiendo la entrada del virus ¹⁵.

“Al vih le gustan las mujeres sumisas” ¹⁶

(o en versión de acción positiva orientada al empoderamiento “Al vih no le gustan las mujeres insumisas”)

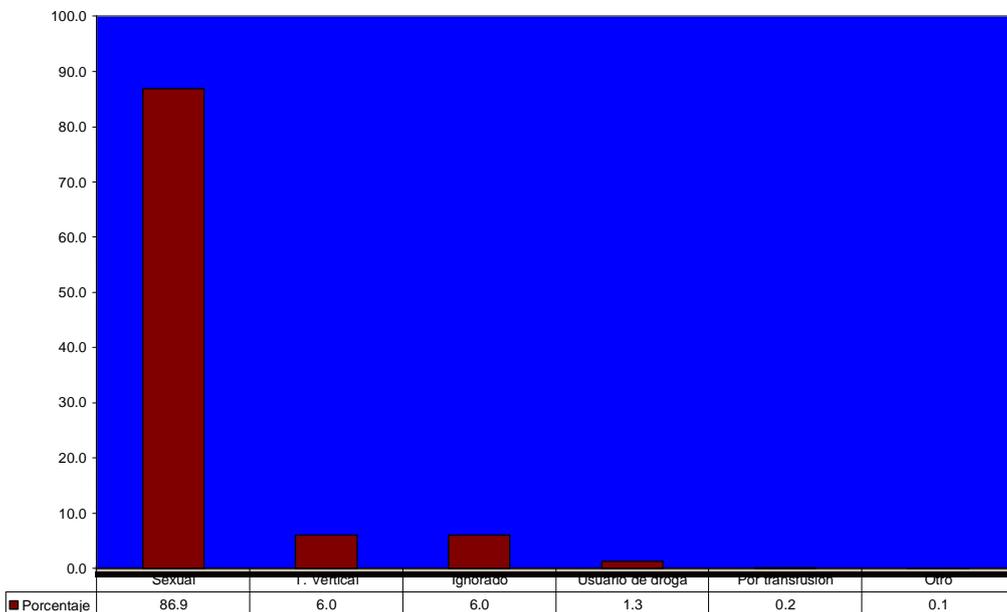
¹⁴ Entrevista al Doctor Guillermo Ortíz, Técnico del Programa Nacional de VIH-Sida del MSPAS, miércoles 24 de noviembre de 2010.

¹⁵ Herrera, Cristina y Lourdes Campero (2002), “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema”, Salud Pública de México Vol. 44, N° 6, México, Pág. 554-564, <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n6/14045.pdf> [Revisión del 30 de noviembre de 2010].

¹⁶ Parafraseando el slogan “Al vih le gustan los hombres machistas” del Programa de Masculinidades de CONTRASIDA (Entrevista con el Señor John Bayron Ochoa, Coordinador del Programa de Masculinidades de CONTRASIDA, San Salvador, jueves 18 de noviembre de 2010).

Gráfico N° 2

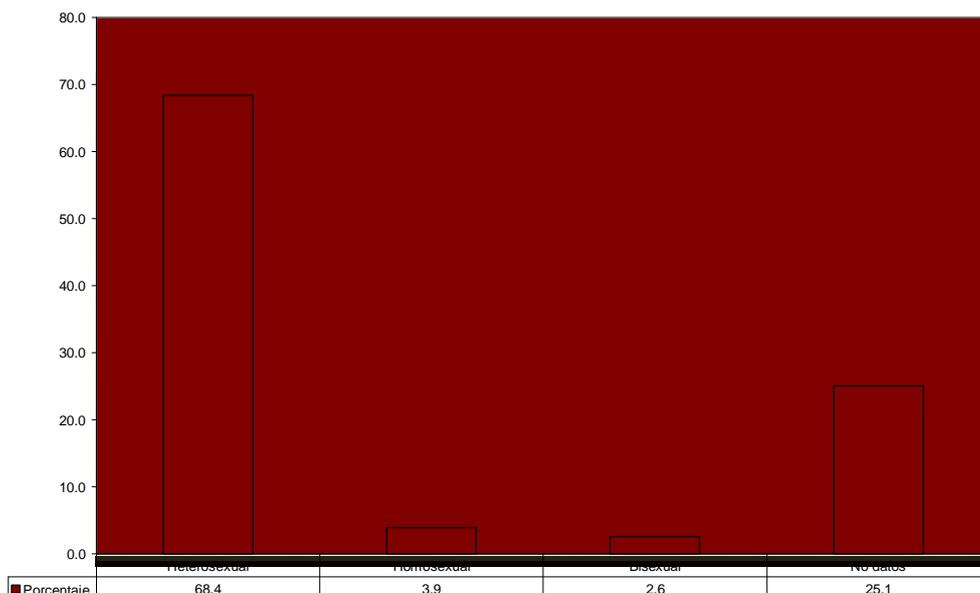
Transmisión del VIH-SIDA, 1984 -2009



Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, MSPAS.

Gráfico N° 3

Casos VIH-SIDA según orientación sexual, 1984 -2009



Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, MSPAS.

2. 2 LAS MUJERES JÓVENES DE MENOS DE 25 AÑOS

LA PITA SE REVIENTA POR LO MÁS DELGADO

Las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% de todas las nuevas infecciones por vih a nivel mundial (ISDEMU, 2009: 4).

En El Salvador, esta tendencia permite hablar de “feminización del vih” que está repuntando entre las mujeres jóvenes, especialmente de 15 a 19 años. La razón de masculinidad es, preocupantemente, de 1 hombre joven por 1 mujer joven¹⁷. También llama la atención que el porcentaje de casos nuevos de vih notificados de enero a marzo de 1020 es el mismo para mujeres y hombres de 20 a 24 años y de 45 a 49 años (SUMEVE, 2010: 2).

El mayor porcentaje de nuevos casos de VIH reportados entre enero a marzo 2010 según grupos de edad, se concentra en el grupo de 15 a 49 años con el 82.1% (SUMEVE, 2010: 2). Los principales grupos de edad son de 25 a 29 años, de 30 a 34 años y de 20 a 24 años. Lo que evidencia que la epidemia continúa afectando a la población joven, sexual y económicamente activa (Ver Gráfico 4).

Además, el 50% de los nuevos casos de vih notificados de enero a marzo de 2010 son personas solteras (SUMEVE, 2010: 4).

Particularmente preocupante es la situación de las mujeres embarazadas entre 15 y 24 años, e incluso de menos edad.

Factor de riesgo:

De alguna manera, la política del ABC de la prevención (abstinencia, fidelidad y uso adecuado del condón) invisibiliza: a) la actividad sexual que las y los jóvenes tienen desde temprana edad, frecuentemente con hombres de mayor edad, b) las agresiones sexuales, c) la cosificación y desapropiación de sus cuerpos de mujer, y d) la vulnerabilidad de la construcción de género que hace que las jóvenes no estén preparadas para la negociación de sus relaciones sexo – afectivas (y para mantener relaciones afectivas sin que impliquen sexo) y del uso del condón, exponiendo a muchas jóvenes a iniciar sus prácticas sexuales por presión y no por decisión personal, o través de la coerción como el caso de las agresiones sexuales (Mariela Quintanilla, 2010), ya sea en el marco de incesto o de relaciones con hombres de mayor edad.

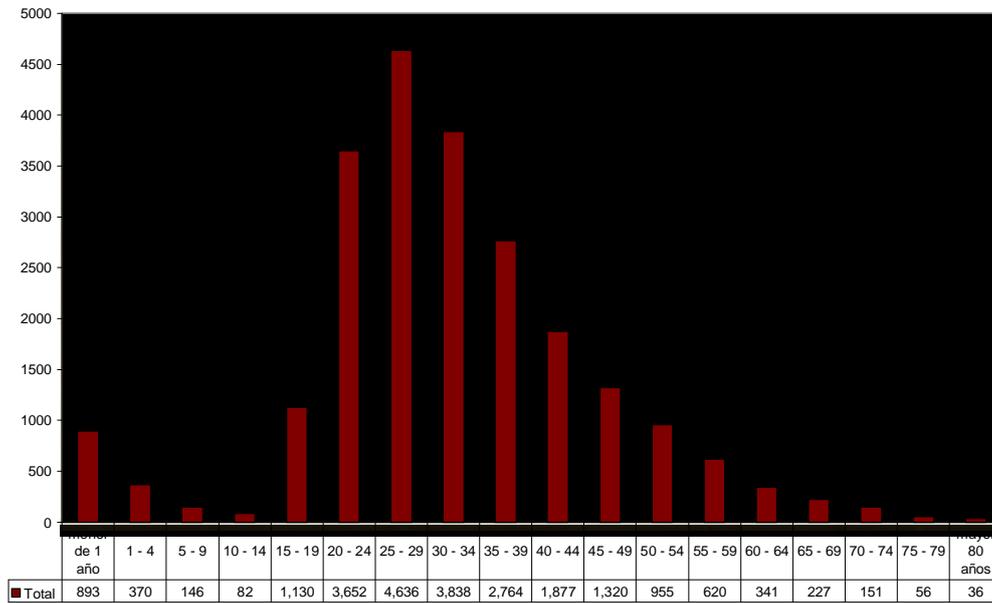
¹⁷ Entrevistas a la Señora Mariela Quintanilla, Coordinadora del Programa de Jóvenes del IMU, jueves 25 de noviembre de 2010; y a Betancourt, 2010.

entre la violencia contra las mujeres (jóvenes) les de contraer el virus se incrementan por la violación o el sexo forzado. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA (GCWA, 2005) señala que las mujeres que han contraído el virus tienen más probabilidad de sufrir violencia y, a su vez, las que han experimentado violencia corren mayores riesgos de contraer el VIH¹⁸.

“Yo me valoro, decido y exijo respeto a mis derechos como joven”

Gráfico N° 4

Casos de VIH/SIDA según grupos de edad, 1984 – 2009



Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, MSPAS.

¹⁸ CEPAL (2007), “¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe”, Santiago, CEPAL, 139pp., <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/31407/Niunamas.pdf>, [Revisión del 30 de noviembre de 2010].

OJOS QUE NO VEN, CORAZON QUE NO SIENTE

El Salvador tiene la particularidad de ser un país emisor, de tránsito y receptor de personas migrantes, además de la migración interna entre zonas rurales y urbanas. En términos del VIH es preocupante esta creciente población móvil tanto dentro como hacia y desde el país. Además, en correspondencia con el cambio de género y etnia registrado por las migraciones entre los años 80's y 90's, la migración internacional se está feminizando ¹⁹. Las mujeres migrantes hacia Estados Unidos pasaron de ser el 25% a finales de los 80's, a representar el 45% en 2007 ²⁰. Las mujeres migran por razones de búsqueda de empleo y de reunificación familiar.

Al interior de El Salvador, en cuanto al territorio, pueden establecerse cuatro grandes rangos de casos acumulados de VIH según departamento de residencia: 1) hasta 500 casos de hombres y mujeres en Cuscatlán, La Unión, San Vicente, Cabañas, Chalatenango y Morazán, 2) de 501 a 1,000 casos en Ahuachapán y Usulután, 3) de 1,001 a 2,000 casos en Sonsonate, La Libertad, Santa Ana, San Miguel y La Paz, y 4) San Salvador con 12, 225 casos (SUMEVE, 2009: 4).

Los nuevos casos de VIH notificados de enero a marzo de 2010 se concentran en el departamento de San Salvador (158 casos), seguido de los departamentos de Santa Ana, Sonsonate, La Libertad y San Miguel (entre 43 y 37 casos) (SUMEVE, 2010: 6) (Ver Cuadro 1).

La incidencia de nuevos casos de VIH notificados de enero a marzo de 2010 es más urbana en los departamentos de San Salvador (94.9%), San Miguel (73%), Santa Ana (65.1%) y Cuscatlán (54.5%). En cambio, la incidencia es más rural en Morazán (88.9%), La Paz y San Vicente (66.7%), Ahuachapán (65%), La Unión (57.1%), Usulután (56.5%), y Sonsonate (52.4%).

La razón de masculinidad alcanza preocupantes niveles en los departamentos de La Unión (0.75 hombres por 1 mujer), Santa Ana (0.95), Cabañas (1) y Sonsonate (1.1).

La incidencia entre mujeres de nuevos casos de VIH notificados de enero a marzo de 2010 es mayor en los departamentos de Santa Ana (22 de 43 casos en el departamento y 423 a nivel nacional) y La Unión (4 de 7 casos).

¹⁹ Monzón, Ana Silvia (2007), "Las viajeras invisibles mujeres migrantes en la región centroamericana", <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/5247.pdf>, [Revisión del 30 de noviembre de 2010].

²⁰ Según el Señor Juan José García, en Escobar, Iván (2007), "La migración está tomando un rostro femenino", Diario Co Latino, 3 de noviembre de 2007, <http://medios.mugak.eu/noticias/noticia/91968>, [Revisión del 30 de noviembre de 2010].

El impacto de la migración masculina internacional, tanto en los hogares urbanos como rurales, es cada vez más alta. Esto implica un factor de riesgo añadido al contagio de las mujeres que son parejas de los migrantes, entre otros de los riesgos derivados de las estructuras familiares transnacionales.

“Yo me cuido, ya no tengo miedo”

Cuadro N° 1

Nuevos casos de VIH/SIDA según área, sexo y departamento de residencia
(Datos preliminares enero – marzo 2010)

Departamento	Urbano	Rural	Mujeres	Hombres	Total
Ahuachapán	7	13	9	11	20
Sonsonate	20	22	20	22	42
Santa Ana	28	15	22	21	43
La Libertad	19	19	17	21	38
Chalatenango	1	1	0	2	2
San Salvador	150	8	64	94	158
Cuscatlán	6	5	3	8	11
La Paz	7	14	8	13	21
Cabañas	2	2	2	2	4
San Vicente	1	2	0	3	3
Usulután	10	13	4	19	23
San Miguel	27	10	14	23	37
Morazán	1	8	3	6	9
La Unión	3	4	4	3	7
Extranjeros	2	3	2	3	5
Total	284	139	172	251	423
%	67.1	32.9	40.7	59.3	100.0

Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, MSPAS.

HASTA AHORA

A continuación se presenta un punteo de los resultados alcanzados con las acciones impulsadas de cara al cumplimiento del Objetivo 6 de los Objetivos del Milenio “Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH-SIDA...” (como dice también el lema de la Campaña Mundial contra el SIDA 2005–2010) ²¹.

En cuanto a componentes...

- Un marco de acción sobre el vih acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todas las instituciones y organizaciones asociadas desde 2005. Es una muestra de que la responsabilidad no es sólo del Estado, sino también de la empresa privada y la sociedad civil. El Programa Nacional de VIH-Sida del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) actualmente es dirigido por una mujer, la Doctora Ana Isabel Nieto.
- Una autoridad nacional de coordinación: CONASIDA creada en 2001.
- Un marco de vigilancia y evaluación establecido desde 2006 ²².

En cuanto a énfasis...

- Diferentes encuestas muestran que la información sobre modos de contagio y modos de protección ya ha sido transmitida. Si bien según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL 2008) el 99 por ciento de mujeres dijo haber oído hablar sobre vih, sólo 1 de cada 4 mujeres en el rango de edad de 15 a 49 años, pudo responder en forma correcta a las 5 preguntas sobre el conocimiento del vih (ADS, 2008, Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008, San Salvador, Asociación Demográfica Salvadoreña. Pág. 16).

²¹ Nótese que se prefiere utilizar un lenguaje de salud pública --como “respuesta al vih” o “tratamiento y prevención del vih”--, en lugar de los términos militares --como “lucha” o “combate”--, que dan a la gente una comprensión inexacta del vih (OPS, 2006: 7).

²² De acuerdo a los principios fundamentales de ONUSIDA de los “tres unos”, El Salvador ha trabajado a lo largo de los últimos años en la consecución de las metas programáticas propuestas así como en mejorar las estrategias de cara al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (UNGASS, 2010, Informe UNGASS 2010. El Salvador, Pág. 9–11, San Salvador, Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS por sus siglas en inglés), http://data.unaids.org/pub/Report/2010/elsalvador_2010_country_progress_report_es.pdf, [Revisión del 30 de noviembre de 2010]).

“salto mortal” al pasar de la información a prácticas. Los resultados de esta misma encuesta reflejaron un leve incremento en los conocimientos amplios y correctos sobre vih, pero el uso del condón en las relaciones sexuales no mostró un considerable aumento).

En cuanto a acciones concretas...

- o ** Oficialización del Día Nacional de la Prueba de tamizaje para vih cada 27 de junio (ahora se celebra el último viernes del mes de junio). Se registra un aumento consistente de las pruebas (SUMEVE, 2009: 9), lo cual también contribuye a la disminución del sub-registro. Diferentes informantes coinciden en señalar que son mujeres quienes más se practican la prueba del vih debido a que tienden a cuidar más de su salud que los hombres y al énfasis institucional en la prevención del contagio vertical de madre a hijas e hijos que ha llevado a institucionalizar las pruebas de tamizaje para mujeres embarazadas que son “automáticas” en los establecimientos del MSPAS.
- o Reducción de hasta en un 85% de la transmisión vertical materno-infantil que pasó de 140 casos a 5 de 2003 a 2009 (Betancourt, 2010), que constituye (apenas) alrededor del 6% del total de formas de contagio (SUMEVE, 2009: 7).
- o ** Terapia antirretroviral con acceso gratuito y universal.

El listado anterior evidencia el énfasis en la atención del vih (**). Para clasificar las acciones impulsadas desde el Estado puede tomarse como referencia el Marco de Resultados de ONUSIDA, de 2009 a 2011, que establece nueve áreas prioritarias:

- Reducir la transmisión sexual del vih.
- Evitar que las madres mueran y los bebés se infecten con el vih.
- ** Asegurar que las personas que viven con el VIH reciban tratamiento.
- ** Evitar que las personas que viven con el VIH mueran a causa de tuberculosis.
- Evitar que los usuarios de drogas se infecten con el vih.
- Eliminar las leyes punitivas, las políticas, las prácticas, el estigma y la discriminación que impiden las respuestas eficaces ante el sida.
- Detener la violencia contra mujeres y niñas.
- Capacitar a los jóvenes para que se protejan contra el vih.

ial para las personas afectadas por el vih²³.

La respuesta nacional al vih muestra características positivas como:

- Apoyo político al más alto nivel logrado a través de gestiones permanentes de abogacía y cabildeo ante tomadores de decisión.
- El abordaje ha sido participativo, multisectorial e integrador, permitiendo el establecimiento de alianzas y progresiva movilización comunitaria.
- Se ha fortalecido el sistema de búsqueda activa de casos de vih a través del ofrecimiento de pruebas gratuitas para su detección.
- Se ha optimizado el uso de los recursos financieros mediante compras conjuntas de medicamentos antirretrovirales.
- Búsqueda temprana de personas que abandonan su tratamiento lo que implica menores complicaciones clínicas para la persona y una posible reducción en la resistencia del vih al tratamiento.
- Descentralización de los servicios de terapia antirretroviral a 20 hospitales a nivel nacional.
- Un abordaje integral y multidisciplinaria de la terapia infantil en el Centro de Excelencia para niños con Inmunodeficiencia.
- Fortalecimiento de servicios de salud y desarrollo de capacidades institucionales tanto a nivel de gobierno como de la sociedad civil (UNGASS, 2010: 76).

4. PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA PÚBLICA ²⁴

- No centrar el ejercicio sexual como fuente de infección. Esto porque el problema no es el número de parejas o relaciones sexuales, sino las relaciones sexuales desprotegidas.
- No “medicalizar” el vih ni “condonizar” la respuesta. Con ello se enfatiza en la atención del vih y se descuida la prevención.
- No reforzar los mitos sobre el vih al enfatizar en los “grupos de riesgo”: comunidad trans (transgénero, travestis y transexuales), Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), y trabajadoras del sexo (Betancourt, 2010). De alguna manera, la cooperación internacional tiene responsabilidad en este refuerzo ²⁵. (Con ello se

²³ ONUSIDA/ OMS (2009), Situación de la epidemia de SIDA, Ginebra, ONUSIDA, 100pp., http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_es.pdf, [Revisión del 30 de noviembre de 2010].

²⁴ Este apartado retoma las ideas expresadas en las entrevistas realizadas.

²⁵ Por ejemplo, el Programa Nacional de VIH-Sida del MSPAS administra subvenciones del Fondo Mundial dirigidas al trabajo con poblaciones privadas de libertad, trabajadoras sexuales, mujeres portadoras y a la distribución de condones (Ortíz, 2010).

- os solteros heterosexuales con nivel de responsabilicen de su actividad sexual y de sus prácticas sexuales).
- o Reconocer que a la base de la feminización del vih está el modelo de masculinidad hegemónica propio del Patriarcado: la dominación y el control que los hombres hacen de mujeres tradicionales y sumisas. “Al vih le gustan las mujeres sumisas”. Por lo que es importante que los hombres se responsabilicen de su actividad sexual y de sus prácticas sexuales.
 - o Enfatizar en la prevención del vih, asumiendo el reto del “cambio cultural” en cuanto a las actitudes y las prácticas respecto del vih, toda vez que la información básica sobre vih ya ha sido transmitida.
 - o Revisar el abordaje de la política pública de atención integral del vih por su receta única a través del “ABC”, junto con el enfoque como un problema de derechos humanos que debe ser abordado desde la educación y no sólo desde la salud.
 - o Visibilizar los riesgos de género como forma de infección, tanto para los hombres como para las mujeres.
 - o Diseñar campañas focalizadas o “estrategias diferenciadas” según género, reconociendo que hombres y mujeres han recibido socializaciones diferentes (Ochoa y Sanne te Pas, 2006: 145). Esto porque las estrategias de prevención del vih en Centroamérica y el Caribe parecen no ser tan efectivas porque se basan en supuestos poco realistas debido a la falta de consideración de las relaciones de poder entre los géneros que las mujeres experimentan en su vida cotidiana. Es decir:
 - Dependen de la voluntad de que los hombres sean monógamos y que usen condones, cuando en realidad las masculinidades con tendencias hegemónicas se caracterizan por el machismo, el control sobre muchos actos de sus parejas, y promueven tener sexo con muchas mujeres sin usar condones para reafirmar su masculinidad.
 - Suponen que las mujeres tienen control sobre sus relaciones sexuales y que el comportamiento sexual es una decisión libre y racional.
 - Cuando en realidad las mujeres carecen de control sobre su cuerpo y su propia sexualidad y de poder de negociación con la pareja sexual para la aplicación de estrategias de sexo seguro (Ochoa y Sanne te Pas, 2006: 156). Esto debido a la dependencia económica de la mujer respecto del hombre, el miedo a la violencia contra ella, la socialización de las mujeres para la sumisión y el estar en función y al servicio del hombre, y las representaciones sociales tradicionales sobre
-

na y masculina y sobre la feminidad y

- Por lo que el “ABC” refuerza y valida el sexo desprotegido, no normalizado e idealizado (monogámico, heterosexual, bajo el contratos de parejas establecidos, etc.) (Mariela Quintanilla, 2010).
- Promover la educación sexual integral (laica, oportuna, libre de mitos, desde la ética y no la moral, con personal capacitado), para que las personas jóvenes tomen decisiones informadas y libres de prejuicios. De esta manera se promovería la sexualidad como una práctica humana más allá de la relación coital; al tiempo que se fortalecería la autodeterminación, la autonomía y la toma de decisiones co-responsables, amigables y placenteras de las relaciones sexo-afectivas y del ejercicio sexual de hombres y mujeres.
- Enfatizar en el empoderamiento de las mujeres en las relaciones sexuales, elegidas y protegidas. Esto porque junto a hombres más comprometidos con la salud, hacen falta mujeres con más capacidad para negociar y decidir.
- Asegurar servicios de salud (de prevención y atención) amigables para las mujeres.

Nidia Umaña/ Janine Osorio
San Salvador, 29 de noviembre de 2010