

# Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina

Informe final - 2012



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**GINO GERMANI**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Buenos Aires



Con apoyo de

Para acceder al informe completo:  
[www.onusida-latina.org](http://www.onusida-latina.org), [ucoarg@unaids.org](mailto:ucoarg@unaids.org)  
[www.ramvihs.com.ar](http://www.ramvihs.com.ar) [redargentinademujeres@hotmail.com](mailto:redargentinademujeres@hotmail.com)

**Iniciativa, seguimiento y gestión del proyecto:**

Marcela Alsina - Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida  
María Eugenia Gilligan y Lorena di Giano - Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida  
Paula Ferro y Erika Rofler - Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud de la Nación)  
Carlos Falistocco, Valeria Levite, Silvina Vulcano, Vanesa Kaynar - Dirección de Sida y ETS (Ministerio de Salud de la Nación)  
Rubén Mayorga y Clarisa Brezzo - ONUSIDA  
Sergio Maulen - UNFPA  
Marcelo Vila - OPS-OMS  
Eleonora Roestel - ONU-Mujeres  
Adriana Duran - UNICEF

**Dirección del proyecto:**

Mario Pecheny - Instituto Gino Germani (Universidad de Buenos Aires y CONICET)

**Equipo de investigación:**

Georgina Binstock - CENEP-CONICET  
Hernán Manzelli - CENEP  
Renata Hiller - Instituto Gino Germani (UBA)  
Matías Bruno - -CENEP-CONICET

**Supervisión del campo**

María Eugenia Gilligan (Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida), Marcela Alsina (Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida) y Lorena di Giano (Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida).

**Equipo de trabajo de campo**

Katy Castillo; Silvia Quinteros; Roxana Vera; Nelly López; Beatriz Reyna; Rosa Retamar; Carmen Elizalde; Walter Alsina; Fabián Salguero – todos ellos de la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida; Verónica Borda (Córdoba); Liliana Ceballos – RAMVIHS – Córdoba; Luly Formica – RAMVIHS- Formosa; Yuly Rosales – RAMVIHS - Corrientes; María Meneses – Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata- ; Ana Galliard – Mar del Plata; Rosa Ferrada – Red Rosarina de Personas Viviendo con VIH; Alejandra Rojas – Red Rosarina de Personas Viviendo con VIH; Mónica Lagana – Grupo de Mujeres Positivas de La Matanza; Gabriela Gasc – Red Argentina de Personas Positivas- Misiones; Ely Pereyra - – Red Argentina de Personas Positivas- Misiones; Edith Reyna – Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH; Catalina Castillo – Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH; Nelly López- – Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH; Sol Martínez - – Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH- Bahía Blanca; Roxana Vera– Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH; Gabriela Arena – RAMVIHS; Marina Dátola – RAMVIHS; Fabiana Carnevale- RAMVIHS; Marcela Caceres- RAMVIHS; Nancy Arce- – Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH; Beatriz Coco- RAMVIHS; Carmen Elizalde- – Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH- ; Roxana Vera -- Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH; Rosa Retamar– Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH, y muchas otras compañeras que por cuestiones de confidencialidad prefieren mantener sus nombres en reserva.

**Centros de investigación**

Instituto Gino Germani, UBA y Centro de Estudios de Población (CENEP).

**Financiamiento**

ONUSIDA.

**Administración**

CENEP.

**Diseño**

Andrés Venturino (OPS/OMS Argentina)

Caracterización  
de las mujeres  
recientemente  
diagnosticadas  
con VIH en Argentina

Informe final - 2012





# Tabla de contenidos

Agradecimientos .....	5
1. Introducción .....	6
Propósitos y características principales del proyecto	
2. Objetivos general y específicos .....	8
3. Metodología .....	8
Componente cuantitativo: encuesta	
Componente cualitativo: Entrevistas semi-estructuradas	
Trabajo de campo	
Capacitación	
3. Resultados .....	14
Características socio-demográficas	
Diagnóstico y atención	
Contexto de infección	
Relaciones personales, pareja, sexualidad y maternidad	
4. Conclusiones y recomendaciones .....	77
5. Referencias .....	83



## Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres y varones que aceptaron participar de este estudio, confiando sus historias y compartiendo con nosotros las metas de dar una mejor respuesta a la salud y a los derechos de las mujeres viviendo con VIH de la Argentina. Las encuestadoras en cada una de las ciudades del país merecen todo el agradecimiento y felicitaciones. También agradecemos a profesionales y servicios que permitieron a las encuestadoras contactar a las mujeres que pudieran estar interesadas en participar de la investigación. Matías Hessling, el Observatorio para la Promoción de Derechos de la Diversidad Sexual de Salta y el grupo Crisálida de San Miguel de Tucumán, Celeste Nogales, Sandra Ruiz y María “Negra” Lugones colaboraron con las encuestas y entrevistas en Salta, Tucumán y Córdoba. Agradecemos al ISEDET, en Buenos Aires, en cuyas instalaciones se realizaron las jornadas de capacitación. Micaela Libson colaboró en la carga de datos y Claudia Stilman con el procesamiento de los datos. María Emilia Sabatella, desde Bariloche, fue una óptima desgrabadora y editora de las entrevistas semi-estructuradas.



# 1. Introducción

## Propósito y características principales del proyecto

La pregunta general que orientó la investigación es saber quiénes son las mujeres que hoy, en Argentina, se están infectando con el VIH: cómo es específicamente la vulnerabilidad femenina a la infección, en qué contextos conocen su diagnóstico, cómo ha sido la ruta de transmisión del virus, cuándo y cómo acceden al testeo y eventualmente al tratamiento, cuál es el impacto inicial de la noticia.

Aquí se entiende la vulnerabilidad en un sentido fuerte:

“El concepto de vulnerabilidad designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a una mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a un padecimiento o perjuicio (*agravo*) y, de modo inseparable, menos disponibilidad de recursos para su protección [...] Los análisis de la **dimensión individual** de la vulnerabilidad toman como punto de partida la concepción del individuo como ser en relación. [...] La **dimensión social** de los análisis de vulnerabilidad busca [...] enfocar aspectos contextuales que conforman vulnerabilidades individuales. En esta dimensión, hay varios aspectos a considerar, tales como las relaciones económicas, las relaciones de género, las relaciones raciales, las relaciones entre generaciones, las creencias religiosas y la religiosidad viva, la pobreza, la exclusión social o los modos de inclusión que mantienen la desigualdad. ¿Los servicios de salud, partícipes de esa realidad, están atentos a las relaciones entre los diversos contextos sociales locales y a la dinámica del proceso salud-enfermedad observados en su territorio? ¿Están propiciando la construcción de respuestas capaces de problematizar y superar esas relaciones? Esas son las cuestiones que la **dimensión programática** de los análisis de vulnerabilidad procura responder. Es preciso saber cómo las políticas e instituciones, especialmente las de salud, educación, bienestar social, justicia y cultura, actúan como elementos que reducen, reproducen o aumentan las condiciones de vulnerabilidad de los individuos en sus contextos” (Ayres, Paiva, França Jr, *en prensa*).

Estas tres dimensiones de la vulnerabilidad, individual, social y programática, son analíticas e inseparables. En materia de VIH/sida, hay aspectos a considerar en estas tres dimensiones, tanto para investigar de manera comprensiva como para intervenir de manera adecuada.

La investigación, cuyos resultados se exponen en este informe, buscó describir y analizar los procesos actuales en relación con la epidemia del VIH/sida en las mujeres de la Argentina, en particular entre aquellas que contrajeron recientemente el virus. Como se sabe, es muy difícil y a veces imposible determinar con precisión el momento de la infección con sólo preguntar a la persona sobre sus propias estimaciones. Por ello se tomó como *proxy* la fecha en que las mujeres recibieron su diagnóstico de VIH, aun presuponiendo que la infección pudiera haber acontecido con menor o mayor anterioridad. Dado el número de mujeres cuyo diagnóstico fue notificado, se fijó como fecha límite el 1° de enero de 2009, que establece la elegibilidad de las mujeres a encuestar y entrevistar; la fecha fue determinada en función del número de notificaciones, evaluando tener un universo suficiente como para poder hacer el campo en el tiempo y con los recursos previstos.



El proyecto articula un componente cuantitativo (sobre la base de una encuesta a 465 mujeres con diagnóstico de VIH recibido desde el 1° de enero de 2009 en adelante, residentes en ciudades medianas y grandes de la Argentina) y uno cualitativo (sobre la base de entrevistas a 31 mujeres con dichas características, y 12 varones parejas de mujeres con dichas características).

Para la elaboración del formulario de encuesta se tomó como modelo el formulario implementado en el *Estudio Nacional sobre la Situación Social de las Personas viviendo con VIH en la Argentina* (Pecheny y Manzelli 2008) y otros formularios implementados con mujeres viviendo con VIH por parte de miembros del equipo.

El protocolo de la investigación y los instrumentos de campo fueron discutidos y consensuados por el equipo de gestión y seguimiento, integrado por la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida, la Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida, ONUSIDA, UNFPA, OPS/OMS, ONU-Mujeres, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación. Fueron elaboradas y consensuadas la encuesta, las guías de entrevistas semi-estructuradas a mujeres y varones, así como los textos y procedimientos de consentimiento informado y supervisión del campo.

Todos los instrumentos fueron evaluados por un comité de ética reconocido e independiente (el *Comité de Ética Institucional Nexo AC – Biomedical*), y aprobados luego de agregados y especificaciones a sugerencia de dicho comité. La validación ética y la modalidad de trabajo permitieron el acceso sin dificultades en la mayoría de los lugares de contacto; cabe señalar que en algunos servicios, por ejemplo en un hospital del conurbano sur de Buenos Aires, se impidió a las compañeras de las redes hasta dejar simplemente sus datos de contacto para que alguna potencial interesada les escribiera o las llamara. Es necesario insistir en que la protección de los datos y los sujetos, eje central para garantizar los derechos de las personas, en algunos casos se usa exclusiva o principalmente para resguardar a las instituciones y profesionales que se ocupan de la atención y/o de la investigación, y no para permitir que se conozcan las historias y problemas de quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Esta investigación en ciencias sociales con liderazgo y participación comunitaria, se ha enfrentado con normativas e interpretaciones de protección de datos y sujetos que corresponden a investigaciones de otro tipo, con otras lógicas, riesgos y daños reales o potenciales: investigaciones básicas, clínicas y de laboratorio. Es imperioso que se tome en cuenta la especificidad de las investigaciones en ciencias sociales, puesto que los criterios pensados y consensuados para las investigaciones biomédicas en salud a veces no sólo no protegen, sino que en algunos casos incluso vulneran los derechos y la salud de las personas. La protección de los sujetos no pasa únicamente por “impedir que se los investigue”; la privación de participar en una investigación tiene como consecuencia que sus historias no se conozcan, historias que incluyen – como se verá en las páginas que siguen – maltratos institucionales y prácticas discriminatorias y violentas.

En la investigación se adoptó una perspectiva relacional de género, apuntando a considerar estas cuestiones en contexto y en trayectoria, y en el marco de lazos sociales. La reproducción, la sexualidad, los vínculos eróticos, sexuales y familiares son relacionales. Esto implica pensar estos fenómenos no como experiencias subjetivas individuales (que lo son) sino como relaciones entre mujeres y varones, e incluso reconociendo los vínculos intra-genéricos, de modo que cuestiona de entrada el binarismo y la heteronormatividad. Se intentó evitar aislar las experiencias de las mujeres, o dar por supuesta la heterosexualidad o los deseos de maternidad de las mujeres entrevistadas. Para comprender y explicar este tipo de comportamientos es menester conocer las prácticas y sentidos tanto de mujeres como de varones, incluir la diversidad de prácticas y sentidos sexuales.

La perspectiva relacional también apunta a la reciprocidad de perspectivas, a ponerse en el lugar del otro, y a salirse del lugar propio: en este caso para formular preguntas de investigación, objetivos,



elaboración y puesta a prueba de instrumentos de recolección de datos, análisis y devolución. El abordaje del género como relación permite considerar los fenómenos sexuales y reproductivos, centrales para la vulnerabilidad ante el VIH, como relaciones multidireccionales y de manera cambiante a lo largo del tiempo, en el sentido de que las relaciones no son estáticas e implican siempre más de una perspectiva y una experiencia. Construir la investigación sobre la base de la reciprocidad de perspectivas permite escapar tanto a la responsabilización *a priori* de los varones como a la supuesta victimización que no da cuenta de la ambivalencia y complejidad de las experiencias sexuales y reproductivas.

En la exposición de resultados, los nombres de las mujeres encuestadas y de los varones y mujeres entrevistados, así como todos los nombres de personas que hayan sido mencionados, fueron cambiados por seudónimos.

## 2. Objetivos

### Objetivo general

- Describir y analizar las características de las mujeres viviendo con VIH en la Argentina, cuyo diagnóstico haya tenido lugar desde el mes de enero de 2009 en adelante.

### Objetivos específicos

Para esta población:

- Describir y analizar las características demográficas, económicas y sociales.
- Describir y analizar el perfil epidemiológico: modo de infección y situaciones de vulnerabilidad.
- Describir y analizar los aspectos ligados a la accesibilidad al diagnóstico: precoz/tardío, tiempos, control y tratamiento de la infección.
- Describir y analizar las características de la vida de estas mujeres en términos laborales, económicos, y de sus lazos de pareja y familiares (que pueden vivir o no con VIH) y de sociabilidad.
- Describir y analizar los patrones relacionales de género, incluyendo temas de pareja, provisión al hogar, uso del tiempo, violencia, cuidado doméstico, y trabajo doméstico y extra-doméstico.

### Componente cuantitativo: Encuesta

## 3. Metodología

### Instrumento de recolección de datos

Se tomó como base un instrumento previamente validado técnica y éticamente y ya aplicado en esta población en Argentina, acotado a los objetivos y modalidades del estudio. La adaptación, a cargo del equipo, fue nuevamente validada con los miembros de las redes y del equipo de seguimiento así como también del comité de ética externo. Se adjunta al presente informe.



## Muestra

El diseño muestral, definido en conjunto con el equipo de seguimiento para dar cuenta del marco muestral y de las condiciones de realización del campo, se adecua a los objetivos y modalidades de implementación de la convocatoria.

La muestra fue intencional, en dos etapas (número mínimo en puntos muestra, según peso poblacional de mujeres con VIH con diagnóstico en 2009 o posteriormente, y completada por cuotas). El estudio comprende grandes áreas urbanas del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su Área Metropolitana, Rosario, Córdoba, Mendoza, Mar del Plata, La Plata y Tucumán, con la idea de incluir al menos las ciudades de 500.000 habitantes y otras áreas urbanas con incidencia de infección por VIH en mujeres. En la muestra final, se incluyeron las ciudades de Corrientes, Posadas, Formosa, Salta y Resistencia (aunque en esta última finalmente no se pudieron realizar encuestas), así como varios centros urbanos del interior de la Provincia de Buenos Aires.

La encuesta (ver Anexo) se aplicó a mujeres que conocen su estado serológico positivo al VIH desde 2009, residentes en la Argentina, de 15 años o más. Por razones éticas y de factibilidad, no se encuestaron mujeres en situación de encierro, pero se buscó dar cuenta de la situación de esta población mediante las entrevistas y en a través de algunas preguntas de la encuesta.

## Criterios

La población con VIH no puede estudiarse mediante una muestra probabilística simple por múltiples factores: factibilidad de la recolección de datos, número absoluto del universo, anonimato y confidencialidad garantizados por la ley 23 798; en términos éticos, por los necesarios recaudos ligados a la sensibilidad del tema.

La estrategia elegida priorizó entonces reducir al mínimo el error de medición dentro de las condiciones de factibilidad. Se privilegiaron para ello las condiciones ideales del contacto (locación adecuada, encuestadoras pares, etc.) para obtener información de alta calidad. Se recompensó por el tiempo brindado para responder a la encuesta.

Para la población de mujeres viviendo con VIH no existe una lista con los casos individuales identificables, pero sí se cuenta con parámetros confiables (por ejemplo, indicadores de edad, distrito, categoría de transmisión del virus a partir de los registros de notificación de infecciones o casos de VIH y sida). Ello permite garantizar la representatividad de los datos compensando, en parte, la carencia del marco muestral que impide diseñar una muestra probabilística simple; también permite utilizar cuotas para la selección final de las entrevistadas y/o ponderar luego los resultados considerando los sesgos que pueda tener la muestra final. Los detalles de la muestra final se muestran en la sección siguiente.

Las mujeres participantes en la encuesta fueron contactadas a través de las redes de mujeres y personas viviendo con VIH, en lugares de reunión, consejería, consulta externa de efectores/servicios de salud en muchas ciudades de todo el territorio nacional, con el fin de constituir una muestra que reflejara lo más fielmente posible la población femenina viviendo con VIH en seguimiento y/o tratamiento. Se incluyeron el sistema público, el sistema de obras sociales nacional, PAMI (Obra Social para Jubilados y Pensionados de la República Argentina) y provincial y privado, aunque por razones de factibilidad el peso mayor lo llevó el sistema público. Este dato debe considerarse para el análisis de toda la información que sigue, puesto que el sistema público recibe en mucha mayor proporción a las clases medias-bajas y bajas, que clases medias y altas. Las encuestadoras y entrevistadoras, y también las “reclutadoras”, han sido mujeres miembros de la redes de mujeres viviendo con VIH/sida dado su contacto personal y/o organizacional con los mencionados lugares.



Las mujeres de las redes que han trabajado como encuestadoras han sido capacitadas durante un encuentro de tres jornadas realizado en la Ciudad de Buenos Aires. Sucesivos encuentros de diálogo, supervisión y corrección se han hecho en la Ciudad de Buenos Aires, en Mar del Plata y en Córdoba.

## Número de encuestas

Se previó realizar al menos 400 encuestas a mujeres viviendo con VIH con diagnóstico en 2009 o posterior. La cantidad mínima de casos previstos para el total de la muestra intencional, no probabilística, respondió a la cantidad de casos necesarios en las celdas finales que resulten del trabajo analítico sobre los datos, de la cantidad de casos en cada región, así como a las condiciones de factibilidad del estudio - sobre la base de estimar tanto el uso eficiente del tiempo y recursos asignados, como la cantidad previsible de encuestas efectivas. Se fijó una fecha de finalización de la recolección de datos, de acuerdo con el cronograma establecido por el financiamiento.

## Variables básicas

- Socio-demográficas
- Historia de la enfermedad: vía de transmisión, año y modo de infección probables, diagnóstico (precoz/tardío), accesibilidad, datos y controles de laboratorio, y tratamientos, discriminación
- Inserción profesional y laboral
- Recursos económicos y condiciones de vida
- Secreto, entorno y familia
- Sexualidad, afectividad y estado conyugal
- Violencia
- Maternidad (pasada, presente, proyectada), anticoncepción y salud reproductiva
- Experiencias de vulnerabilidad compleja (prostitución/trabajo sexual, situación de encierro, uso de drogas – en ellas y/o en pareja actual o parejas pasadas)

## Modalidad de la encuesta

Las encuestas fueron cara-a-cara. Con entrenamiento y supervisión del equipo, las encuestas fueron realizadas por mujeres miembros de las redes, invitadas a participar en convocatoria abierta a través de la Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida y la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida. Las encuestadoras fueron finalmente designadas por el equipo de investigación previa evaluación de la capacitación y sensibilización, así como de condiciones de confidencialidad. De manera subsidiaria se contempló, por razones de movilidad y/o si pareciera adecuado por alguna razón de confidencialidad, incluir encuestas tomadas por encuestadoras miembros del equipo.

El equipo de investigación para el relevamiento de los datos quedó conformado por tres componentes: las encuestadoras, las tres supervisoras de trabajo de campo y el equipo de investigación. El equipo estable de encuestadoras en todo el país quedó conformado por alrededor de treinta mujeres, bajo la coordinación logística de tres supervisoras de campo, también pertenecientes a las redes. El equipo investigador supervisó la realización del trabajo de campo durante el mismo proceso de relevamiento de datos, se auditó cada una de las encuestas que se iban realizando. Se realizaron devoluciones a las supervisoras de campo sobre el trabajo realizado así como se hicieron solicitudes de información, corrección, aclaración y, en algunos pocos casos, de contactar nuevamente a la entrevistada para solucionar algún error en la toma de información. Las supervisoras de campo realizaron reuniones semanales o quincenales con las encuestadoras (dependiendo de la región en la que se realizaron las encuestas). Por otro lado, el equipo investigador y las supervisoras de campo realizaron

también reuniones semanales o quincenales (dependiendo las necesidades coyunturales) durante el período de relevamiento de los datos.

Respecto de la encuesta (que aquí denominaremos *Estudio sobre Mujeres con Diagnóstico Reciente, EMDR*), el diseño de la muestra fue intencional, en dos etapas: se definió un número mínimo en puntos muestra, según peso poblacional de mujeres con VIH con diagnóstico desde 2009, y luego se completó la muestra por cuotas (ver Cuadro 2.1).

La encuesta se aplicó a mujeres que recibieron su diagnóstico serológico positivo al VIH desde 2009, residentes en la Argentina, de 15 años o más. Se previó realizar al menos 400 encuestas, un número considerable teniendo en cuenta que, según el *Boletín* sobre el VIH/sida de diciembre de 2011 (pág.19), en toda la Argentina se recibieron 3111 notificaciones en los años 2009 y 2010.

## Distribución geográfica de las encuestas

Se realizó un total de 465 encuestas, según la distribución geográfica que se expone en el siguiente Cuadro 2.1.:

**Cuadro 2.1.**  
**EMDR: Mujeres con VIH según lugar de realización de la encuesta.**  
**Argentina, 2011**

Lugar de la encuesta	N	%
Gran Buenos Aires	237	51,0
Ciudad de Buenos Aires	67	14,4
Córdoba	35	7,5
Mar del Plata	32	6,9
La Plata	24	5,2
Rosario	21	4,5
Bahía Blanca	11	2,4
Posadas	10	2,2
Mendoza	9	1,9
Salta	8	1,8
Tucumán	6	1,2
Corrientes	3	0,6
Formosa	2	0,4
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>100,0</b>

Fuente: EMDR, 2011

La encuesta indaga sobre un amplio número de temas. Luego de verificar los criterios de elegibilidad y seguir los procedimientos del consentimiento informado, el formulario se estructura en secciones: datos socio-demográficos; diagnóstico y atención; contexto de infección, incluyendo prácticas y situaciones personales y de la pareja; vida personal: sexualidad, pareja e hijos/as. La mayoría de las preguntas fueron pre-codificadas dándole a la encuestada las opciones de respuesta para que indicara la que más se aproximaba a su parecer o situación.

### **Componente cualitativo: Entrevistas semi-estructuradas**

Adicionalmente a las encuestas se realizaron treinta y un entrevistas semi-estructuradas a mujeres



con diagnóstico reciente, y doce a varones, parejas de mujeres con diagnóstico reciente, residentes en la Ciudad de Buenos Aires, distritos del AMBA y las principales ciudades del Interior. Con entrenamiento y supervisión del equipo investigador, las entrevistas fueron llevadas a cabo entre pares (mujeres miembros de redes, la mayoría de las veces las propias supervisoras del trabajo cuantitativo; y los varones fueron entrevistados por un varón miembro de una red de personas viviendo con VIH, y en algún caso por un investigador del equipo), y en algunas ciudades la tarea fue hecha por entrevistadoras miembros de redes u organizaciones locales (Salta, Tucumán), o de la Universidad (Córdoba).

La experiencia de confiar el trabajo de campo cuantitativo y cualitativo a entrevistadoras y entrevistadores no-profesionales, miembros de la comunidad bajo estudio, y con entrenamiento y seguimiento, ha sido muy fructífera. La idea de iteratividad de la metodología cualitativa pudo plasmarse en la elaboración y reelaboración de las guías de entrevista, y en la posibilidad de discutir el análisis entre equipo investigadora y las compañeras de las redes que tuvieron a su cargo las entrevistas. Si bien no fue un objetivo perseguido por este trabajo, las entrevistas entre pares contribuyeron también a la contención afectiva de las mujeres recientemente diagnosticadas y la ligazón de vínculos a futuro entre entrevistadas y entrevistadoras.

Se hicieron entrevistas semi-estructuradas a mujeres viviendo con VIH diagnosticadas en 2009, 2010 o 2011, atendiendo a la variabilidad socio-demográfica (estrato socio-económico; más jóvenes, más adultas; con y sin hijos; con y sin pareja actual; distribución geográfica) y variabilidad de experiencias y trayectorias (año de diagnóstico). Se previeron realizar al menos 18 entrevistas, y seguir el criterio de muestreo teórico; se realizaron 31.

También se entrevistaron varones, viviendo con VIH o no, elegidos porque eran parejas actuales de mujeres viviendo con VIH diagnosticadas en 2009, 2010 o 2011, atendiendo a la variabilidad socio-demográfica y variabilidad de experiencias y trayectorias, y estado serológico (viviendo con VIH o no). Se previó realizar al menos 12 entrevistas, y seguir un criterio de muestreo teórico. Estas entrevistas fueron llevadas a cabo entre pares varones, y/o por mujeres de la red, y/o por entrevistadores. Se realizaron en total 12 entrevistas, pero fueron analizadas ocho, ya que cuatro quedaron pendientes de desgrabación debido a un problema interno al trabajo de campo.

El objetivo de las entrevistas a las personas viviendo con VIH fue conocer aspectos que por su naturaleza requirieran un abordaje cualitativo y con el fin de matizar los hallazgos cuantitativos así como encontrar casos excepcionales o que se alejaran de los patrones más habituales. Siguiendo guías de entrevista (ver Anexo), se exploró el manejo del secreto, las experiencias de estigma y discriminación, el impacto del diagnóstico y la enfermedad, recuperando las palabras de las propias mujeres (y varones). En particular, se buscó reconstruir la vulnerabilidad al VIH y la experiencia de vivir con VIH en las trayectorias socio-afectivas (también sexuales, anticonceptivas y reproductivas), en el marco de las relaciones de género.

Previo consentimiento de la mujer o varón a entrevistar, las entrevistas fueron grabadas, desgrabadas, codificadas y analizadas manualmente. Los resultados de la fase cualitativa se triangularon con los hallazgos cuantitativos de la investigación, y así se exponen.

Para las entrevistas semi-estructuradas, se procedió a reclutar mujeres viviendo con VIH con diagnóstico en 2009 o posterior, y a parejas de estas mujeres, a través de la técnica de la bola de nieve, a partir de los contactos iniciales que dispone el equipo coordinador del proyecto y las redes, y de los re-contactos con mujeres encuestadas, previo consentimiento de las mismas para ello. Las características de la muestra final de mujeres entrevistadas se presentan en la sección siguiente.



## Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado entre los meses de mayo y julio de 2011. Las encuestas y entrevistas fueron hechas por mujeres miembros de redes de personas viviendo con VIH, entrenadas y supervisadas por el equipo de investigación. Las mujeres de las redes hicieron los contactos gracias a su trabajo en diversos centros de salud y hospitales, funcionarios provinciales y locales, y otras mujeres y varones viviendo con VIH, que fueron transmitiendo el mensaje de la existencia de la investigación y los criterios de elegibilidad. En la mayoría de los lugares las reclutadoras y encuestadoras no tuvieron ningún problema, a excepción de determinados servicios e instituciones (sobre todo en la Ciudad de Buenos Aires y en el Conurbano) que objetaron cuestiones de resguardo ético, legales o simplemente fueron postergando su apoyo hasta que se terminó el campo. En alguna localidad del interior del país, hubo muy buena predisposición por parte de profesionales y funcionarios pero a pesar de sucesivos viajes *ex profeso* la encuestadora volvió con las manos vacías, por desencuentros con las potenciales encuestadas. El apoyo de profesionales, funcionarios y servicios ha sido activo, por ejemplo contando de la investigación a potenciales encuestadas y facilitándoles el modo de contacto con las encuestadoras, o autorizando que las mujeres de las redes ingresen y peguen algún cartelito o similar convocando a participar de la investigación.

Con todo, puede decirse que el trabajo de campo de esta investigación fue exitoso al contar con la colaboración entusiasta de múltiples sectores: el sector comunitario, protagonista de esta investigación, junto con profesionales del sector salud y de algunas obras sociales y prepagas, funcionarias y funcionarios del sector gubernamental, universidades, organismos internacionales, comité de ética.

## Capacitación

Dada la modalidad del trabajo de campo, cuyo objetivo era la recolección de datos pero también el fortalecimiento individual y colectivo de las mujeres viviendo con VIH, se realizaron capacitaciones en la formulación de instrumentos de recolección de datos sociales, la toma de encuestas y la realización de entrevistas. De acuerdo con el peso relativo de las encuestas y entrevistas, tales capacitaciones se hicieron en Buenos Aires y en determinadas ciudades del Interior.

Los días 3 y 4 de mayo de 2011 se desarrolló en el Instituto Universitario ISEDET la capacitación para encuestadoras de la Investigación Estudio Mujeres con Diagnóstico Reciente (EMDR) a cargo de investigadores del Centro de Estudios de Población (CENEP) y del Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires.

Se capacitaron treinta mujeres viviendo con VIH de los distintos puntos del país en los que en principio se desarrollaría la encuesta: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Conurbano Bonaerense, La Plata, Mar del Plata, Bahía Blanca, Rosario, Paraná, Santa Fe, Córdoba, Mendoza, San Miguel de Tucumán, Posadas, Resistencia, Corrientes y Salta. Luego se hicieron capacitaciones suplementarias para encuestadoras y entrevistadoras/es de las ciudades de Córdoba, Salta y San Miguel de Tucumán, con el fin de completar mejor el trabajo de campo).

Durante la mañana de la primera jornada se presentó la investigación detallando los objetivos propuestos, cómo surgió el proyecto de realizarla y los sectores involucrados de la sociedad civil, instituciones académicas, agencias internacionales y el Estado nacional. Por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) habló Sergio Maulen. Se presentaron las futuras encuestadoras y los capacitadores.

A continuación se abordaron cuestiones específicas de esta investigación (dimensiones a indagar, familiarización con el cuestionario, criterios de selección de casos) y cuestiones generales de los re-



levamientos mediante encuesta (prácticas de acercamiento al campo, “neutralidad” de la encuestadora). También se reflexionó sobre cuestiones más amplias respecto de estudios en ciencias sociales: la importancia del consentimiento informado, la rigurosidad en la obtención de los datos y el uso de la información brindada.

Durante la tarde se realizó un *role-playing* en el cual las futuras encuestadoras practicaron el rol con otra compañera. Ello permitió identificar dudas y problemas en la aplicación del cuestionario, y reconocieran desde el lugar de encuestadoras las mejores estrategias de *rapport* y formulación de preguntas. Todas las integrantes de la capacitación participaron en los dos roles sucesivamente: como encuestadas y como encuestadoras. Entretanto, los capacitadores circularon entre las parejas escuchando los intercambios, resolviendo dudas y formulando correcciones o recomendaciones.

En la mañana de la segunda jornada Silvina Vulcano habló por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación y recibió comentarios de las participantes sobre diferentes aspectos de la atención sanitaria del VIH/sida.

Se realizó posteriormente una puesta en común sobre la experiencia del *role-playing* desarrollado la tarde anterior: se intercambiaron dudas, indicaciones y recomendaciones. Se indicaron además cuestiones de logística y organización del trabajo de campo: responsabilidades de cada uno de los niveles (encuestadoras, supervisoras de campo, supervisión del equipo de investigación) y enlaces entre ellos; comunicación e intercambio de materiales; otros.

Finalmente se designaron las supervisoras de campo por localidad y cada encuestadora recibió la primera tanda de cuestionarios y materiales de difusión. Las encuestadoras del interior recibieron todos los cuestionarios y materiales de difusión. Se fijaron fechas de reunión posteriores para seguimiento en la sede de Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida para todas las encuestadoras del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

En resumen, el objetivo general del estudio fue describir y analizar las características de las mujeres viviendo con VIH en la Argentina, cuyo diagnóstico haya tenido lugar desde enero de 2009 en adelante. Asimismo, la propia experiencia del diseño, trabajo de campo y análisis buscó fortalecer individual y colectivamente a las mujeres viviendo con VIH de la Argentina, a través de la Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida y la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida, y así también fortalecer la articulación multi-sectorial en las respuestas a la epidemia, desde el sector académico (en este caso, se trata de una investigación), con sectores comunitarios y no gubernamentales, gubernamentales y del sistema de Naciones Unidas articulado por ONUSIDA.

## 3. Resultados

### Características socio-demográficas

Lo que sigue a continuación presenta las características socio-demográficas de las mujeres encuestadas. La muestra estuvo conformada por un total de 465 mujeres de 15 años o más con diagnóstico de VIH en enero de 2009 o posterior; el 70 por ciento se atiende en el sistema público de salud (ver Cuadro 3.1.).

El rango de edad de las entrevistadas varió entre 17 y 70 años. Si bien el marco muestral contempla-



ba entrevistar a mujeres desde los 15 años, se detectaron algunas dificultades para realizar entrevistas entre las pocas adolescentes de 15 o 16 años que fueron contactadas, ya que estaban bajo tutela judicial. En edad adolescente, no obstante, se entrevistó un total de 16 mujeres entre 17 y 19 años, que representa un 3,4 por ciento de la muestra. La mayor concentración de mujeres entrevistadas tienen entre 25 y 39 años, franja de edad que representa el 51 por ciento.

No se establecieron a *priori* límites máximos de edad de las mujeres para ser incluidas en la muestra, y se realizaron dos encuestas a mujeres mayores de 60 años. Si se consideran a las mujeres de 55 años o más, se entrevistaron un total de 11 mujeres, que representan un 2,4 por ciento de la muestra.

El promedio de edad es de 34,5 años, el cual es cercano al promedio de edad de notificaciones entre las mujeres a nivel nacional posteriores a 2009, que ronda los 33 años (Ministerio de Salud 2011). La diferencia responde al hecho de que el universo de la EMDR corresponde a mujeres mayores de 15 años (y, como se señaló previamente, las de menor edad efectivamente encuestadas tienen 17 años), mientras que las notificaciones incluyen casos de sexo femenino de todas las edades, por lo que es esperable que el promedio de edad de la presente muestra sea algo mayor que en el universo de las notificaciones.

La mayoría de las encuestadas son nacidas en el país (93%), y el 7 por ciento restantes oriundas de países limítrofes como Paraguay, Uruguay, y de Perú. El 70 por ciento de las mujeres ha alcanzado como máximo aprobar algunos años del ciclo medio, cifra semejante al 63 por ciento observado entre las mujeres recientemente diagnosticadas a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2011).

En cuanto a la situación conyugal, el 38 por ciento está unida, y un 10 por ciento casada. El resto, son mayormente solteras (28%), seguidas por separadas y divorciadas (17%) y viudas (6,5%). El 75 por ciento tiene hijos/as.

Alrededor del 11 por ciento vive sola, el resto vive mayoritariamente con su pareja y/o con sus hijos. Arreglos familiares que incluyan a los progenitores tienen baja incidencia. En promedio, las encuestadas viven en hogares con 3,84 miembros, y son en proporciones iguales ellas o su pareja la principal proveedora económica de su hogar.

La mayoría de las encuestadas vive en casas o departamentos (78%), si bien una proporción no desdenable lo hace en casillas o ranchos (14%). Algo más de la mitad es propietaria de la vivienda (54%), mientras que el resto la alquila (24%) o se la han prestado (17,6%).

Además del tipo de vivienda, otro indicador relevante a la calidad de vida de las mujeres viviendo con VIH es la condición de hacinamiento de sus hogares. Algo más de la mitad de las mujeres reside en hogares hacinados: 22 por ciento con hacinamiento crítico (es decir, tres o más miembros por ambiente del hogar) y 30 por ciento adicional con hacinamiento moderado (es decir, en promedio entre 2 y 3 miembros por ambiente del hogar).

Menos de la mitad de las mujeres trabaja (46%), y la mayoría de ellas en trabajos precarios que carecen de cobertura y beneficios sociales (70%). El 70 por ciento carece de cobertura en salud, más allá de la atención pública. Sólo el 23 por ciento tiene obra social (a través de su propio empleo, o a través de su cónyuge o algún familiar), y una pequeña proporción dispone de un servicio de emergencia o de una cobertura privada.

**Cuadro 3.1.**  
**Mujeres viviendo con VIH. Características socio-demográficas de las encuestadas.**  
**(EMDR, Argentina, 2011)**

<b>Características seleccionadas</b>	<b>%</b>	<b>Características seleccionadas</b>	<b>%</b>
<b>Grupo de edad</b>		<b>Tipo de hogar</b>	
17 a 24 años	18,3	Unipersonal	10,6
25 a 34 años	31,6	Nuclear (propio)	49,7
35 a 44 años	33,8	Nuclear (de origen)	8,6
45 y más	16,3	Extendido	27,4
Edad promedio (en años)	34,5	Compuesto y no familiar	3,7
<b>Nacionalidad</b>		<b>Tamaño promedio del hogar (en individuos)</b>	3,9
Argentina	93,3	<b>Principal sostén económico del hogar</b>	
Países limítrofes	5,2	La entrevistada	35,9
Perú	1,1	Pareja/cónyuge	35,7
Otros países	0,4	Padre	8,0
<b>Máximo nivel educativo alcanzado</b>		Madre	5,6
Hasta primaria completa	39,6	Hermanos/a	3,4
Secundaria incompleta	30,8	Otros	11,4
Secundaria completa	21,1	<b>Tipo de vivienda</b>	
Superior incompleta o más	8,6	Casa o departamento	78,1
<b>Situación conyugal</b>		Cuarto/s en hotel o pensión	5,6
Soltera	28,2	Casilla o rancho	14,2
Unida	38,3	Otro	2,2
Casada	9,9	<b>Régimen de tenencia de la vivienda</b>	
Separada o divorciada	17,2	Propia	54,4
Viuda	6,5	Alquilada	23,7
<b>Trabaja</b>		Prestada	17,6
No	53,5	Otro	4,3
Sí	46,5		
<b>Precariedad del trabajo (entre quienes trabajan)</b>		<b>Condición de hacinamiento del hogar</b>	
Trabajo precario	79,2	No hacinado	47,9
Trabajo registrado	20,8	Hacinamiento moderado	29,8
<b>Recepción de planes y subsidios (respuesta múltiple)</b>		Hacinamiento crítico	22,2
Asignación Universal por Hijo	35,9	<b>Vulnerabilidad económica</b>	
Pensión no contributiva (por VIH)	15,5	"En casa la comida se nos acaba antes de tener dinero para comprar más..."	
Plan Argentina Trabaja	2,6	Siempre	28,2
Otros planes o subsidios	7,1	A veces	48,7
No recibe ninguno	45,4	Nunca	23,1
<b>Cobertura de salud</b>			
Obra social	22,8		
Plan de medicina prepaga	2,4		
Servicio de emergencia	6,9		
Otras	3,4		
Sin cobertura adicional	70,5		

Fuente: EMDR, 2011

El 45 por ciento de las mujeres no recibe ningún subsidio o plan social. Entre quienes sí reciben alguno, la Asignación Universal por Hijo/a es mayoritaria. El 15 por ciento declaró recibir una pensión no contributiva por vivir con VIH.

La situación de vulnerabilidad social y de precariedad que enfrentan cotidianamente la mayoría de las mujeres viviendo con VIH se evidencia en sus respuestas vinculadas con la frecuencia con la que en sus hogares escasean los alimentos necesarios. El 28 por ciento indicó que la falta de dinero para la compra de alimentos es una preocupación permanente en sus respectivos hogares, mientras que el 49 por ciento respondió que eso les suele ocurrir, aunque no siempre. En contraposición, sólo una de cada cuatro mujeres viviendo con VIH reside en hogares donde disponen de los recursos necesarios para afrontar los gastos familiares de alimentación. Recuérdese que la inmensa mayoría de las mujeres encuestadas se atiende en el sistema pública, dada la modalidad de recolección de datos del estudio, y por ende hay un sesgo que reduce el peso de las mujeres de clases media-alta y alta.

Las características básicas de la muestra de mujeres entrevistadas para el componente cualitativo se sintetizan en el Cuadro 3.2. Los nombres de las mujeres entrevistadas han sido cambiados para preservar la confidencialidad de los datos; también se modificaron los nombres de cualquier otra persona (pareja, hijos) que hayan sido mencionados en los fragmentos de entrevista transcritos.

**Cuadro 3.2.**  
Mujeres viviendo con VIH. Características socio-demográficas seleccionadas y vía presunta de infección de las mujeres entrevistadas en el componente cualitativo (EMDR, Argentina, 2011)

Seudónimo	Edad	Localidad	Nivel de instrucción	Situación conyugal	Hijos/as	Cobertura	Cómo cree que contrajo VIH
Ana	28	PROV. DE BUENOS AIRES	Terciario completo	en pareja	No tiene	Obra Social IOMA	relación sexual con su pareja u otras personas
Andrea	35	TUCUMÁN	Secundario incompleto	viuda	4	no tiene	relación sexual con su pareja estable
Bibi		CÓRDOBA	Secundario incompleto	Soltera	1	no tiene	relación sexual con su pareja estable
Carmen	32	CÓRDOBA	Universitario incompleto	unida	4	no tiene	transfusión de sangre
Daniela	20	GBA	Secundario completo	separada	1	obra social de la madre	relación sexual con el novio
Diana	24	PROV. DE BUENOS AIRES	Secundario completo	Soltera	1	no tiene	relación sexual con una pareja ocasional (un amante)
Gimena	24	SALTA	EGB3 incompleto	casada	2	no tiene	relación sexual con su marido
Gisela	36	PROV. DE BUENOS AIRES	Secundario incompleto	soltera	3	no tiene	relación sexual con su pareja estable
Gracia	45	CABA	Universitario en curso	De novia/separada	4	tiene hasta octubre por su último trabajo	relación sexual con su novio
Graciela	42	CABA	Primario completo	en pareja	1	no tiene	relación sexual con una pareja estable
Irene	51	CABA	Secundario completo	divorciada	2	OSECAC	relación sexual con una ex pareja o un amante ocasional
Irma	62	GBA	Primario completo	viuda y de novia	2	PAMI	cree que en una relación sexual con su marido (fallecido hace años)
Juana	51	GBA	Secundario completo	divorciada y con novio	4	no tiene	relación sexual con un novio/más o menos estable
Kiara	33	PROV. DE BUENOS AIRES	Universitario incompleto	soltera	1	PAMI	relación sexual con su pareja estable
Laura	29	GBA	Secundario incompleto	soltera	1	OSUTHGRA	relación sexual con una pareja ocasional
Leticia	51	CABA	Secundario completo	de novia/separada	3	PAMI	relación sexual con su pareja estable (de 11 años)

Liliana	20	PROV. DE BUENOS AIRES	EGB 3 completo	casada	3	obra social del marido	no lo sabe
Lorena	31	PROV. DE BUENOS AIRES	Secundario incompleto	unida	3	no tiene	durante un robo la cortaron
María	53	CÓRDOBA	Universitario incompleto	viuda	No tiene	no tiene	no lo sabe
Marta	38	GBA	Primario incompleto	separada y de novia	3	no tiene	relación sexual con su ex marido o con su pareja actual
Mercedes	42	GBA	Primario completo	en pareja	4	no tiene	relación sexual con su pareja estable
Miriam	51	PROV. DE BUENOS AIRES	Secundario incompleto	separada	6	obra social (no específica)	relación sexual con su pareja estable
Mónica	38	CÓRDOBA	Primario incompleto	casada (no convive)	12	no tiene	relación sexual con su pareja estable
Nicole	39	PROV. DE BUENOS AIRES	Secundario incompleto	Soltera	5	PROFE	relación sexual una pareja estable anterior (padre de su último hijo)
Patricia	24	SALTA	Primario completo	casada	4	obra social (no específica)	relación sexual con su novio o con un cliente
Paula	24	PROV. DE BUENOS AIRES	Universitario en curso	soltera	No tiene	obra social (no específica)	relación sexual con un novio /más o menos estable
Pola	35	GBA	Primario incompleto	viuda	3	no tiene	relación sexual con alguna de sus parejas estables (dos maridos con VIH)
Silvia	59	CABA	Universitario incompleto	soltera	No tiene	no tiene	relaciones sexuales (no sabe con quién)
Vanesa	23	GBA	Secundario incompleto	en pareja	1	no tiene	relación sexual con un vínculo ocasional con quien compartía consumo de cocaína
Verónica	35	CABA	Primario completo	de novia/separada	2	no tiene	relación sexual con el padre de su hijo menor o con una pareja ocasional
Victoria	37	GBA	Secundario incompleto	soltera	No tiene	no tiene	relación sexual con un vínculo ocasional con quien compartía consumo de cocaína

Fuente: EMDR, 2011.

La inclusión en el estudio de un módulo cualitativo, simultáneo al módulo cuantitativo, permitió profundizar sobre los modos en que actualmente circula la epidemia, así como en algunas historias particulares. Las entrevistas con mujeres recientemente diagnosticadas con VIH informan sobre las condiciones de vulnerabilidad compleja que acompañan a muchas mujeres y que aportan pistas sobre su infección y sobre sus dificultades específicas, aunque también sobre sus fortalezas y recursos.

Fueron entrevistadas 31 mujeres de diversas edades: la menor tiene 20 años y la mayor tiene 62 años; la mayoría vive en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano), y el resto reside en otras ciudades de la Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Salta y San Miguel de Tucumán; son todas heterosexuales, con diferentes situaciones conyugales: solteras, casadas o unidas, separadas con novio, y viudas. La mayoría (26 casos) tiene hijos/as. La situación laboral de estas mujeres es en general precaria: solamente la mitad trabaja y de éstas, apenas unas pocas tienen un trabajo en blanco. Menos de la mitad recibe algún tipo de subsidio o plan social; la Asignación Universal por Hijo/a es mayoritaria. Se registraron problemas “prácticos” para otro tipo de apoyos: entre las pocas entrevistadas que refirieron tener pases de transporte (por discapacidad), varias relataron problemas al presentar el pase, con choferes o compañías que les plantearon que ellas no tenían ninguna discapacidad “visible” y por lo tanto, no las dejaron usufructuarlo.

*He llegado a tener que mostrarle el pase a choferes y que el chofer me diga: “¿Y por qué tenés vos esto? ¿Por qué sos discapacitada?” [...] Le digo, “Esa ordenanza figura ahí, es para las personas que viven con HIV y que son incapacitadas, no discapacitadas y no te da derecho a discriminar”. Y he tenido que bajarme del colectivo porque no me lo dejan pasar [...] Porque según ellos yo no soy discapacitada, yo soy una persona sana a simple vista, y cuando lo leen: “No, no voy a permitir que suba a mi*

*colectivo". Es como que la falta de información y discriminación que hay en este país es impresionante. (Carmen, 32 años, Córdoba).*

En términos de trayectoria educativa la muestra del componente cualitativo también es heterogénea: fueron entrevistadas mujeres que no han completado la primaria, muchas que llegaron a cursar algún año del secundario, otras que comenzaron y dejaron, o todavía estudian en la universidad, o tienen un título de educación superior. En las entrevistas, no se encontraron casos de mujeres que hayan interrumpido sus estudios a partir del diagnóstico.

Quienes tienen hijos/as, generalmente viven con ellos. Sólo una entrevistada refirió que, ante lo reciente del diagnóstico y sin saber cómo encararía su vida de ahora en adelante, dejó a sus hijos al cuidado de los abuelos. Algunas viven con sus parejas y otras con otros familiares – incluyendo sus progenitores. Se reiteran también situaciones de hacinamiento que se traducen en dimensiones de la vulnerabilidad. A partir de las entrevistas es posible reconstruir ciertas escenas (sociales, sexuales, cotidianas) donde la falta de intimidad, la dependencia de otros/as para garantizarse un techo y otros asuntos vinculados al hábitat, hacen al contexto de producción de la transmisión del VIH a mujeres pobres en la Argentina y traen algunas dificultades específicas que afrontan estas mujeres recientemente diagnosticadas. Finalmente, de modo similar a la muestra del módulo cuantitativo, son una minoría aquellas mujeres entrevistadas que viven solas.

También fueron entrevistados doce varones, parejas actuales de mujeres viviendo con VIH diagnosticadas del 1ro de enero de 2009 en adelante. Se los incluyó con el fin de detectar algunas pistas analíticas, sobre todo para desarrollar en futuras investigaciones. Cuatro casos no pudieron ser incluidos en el análisis por problemas relativos al trabajo de campo.

### Cuadro 3.3.

Varones que son actuales parejas de mujeres viviendo con VIH. Características seleccionadas. (EMDR, Argentina, 2011)\*

Seudónimo	Edad	Localidad	Vía de transmisión de ella	Cómo cree que contrajo VIH	Otras situaciones
Bruno	18	GBA	Relación sexual sin protección con el entrevistado	Nació con VIH	No refiere
Darío	50	GBA	Relación sexual sin protección con una pareja anterior ("Bisexual")	Relación sexual sin protección con su pareja	No refiere
Diego	50	GBA	"Ni idea"	No refiere	Relaciones con varones. Violencia
Elías	29	Córdoba	Transfusión	Relación sexual sin protección con su pareja	Alcohol, "joda", uso abusivo y venta de drogas. Violencia
Ezequiel	33	Córdoba	Relación sexual sin protección con el entrevistado	Relación sexual sin protección con alguna mujer	Privado de libertad (varias ocasiones). Uso abusivo y venta de drogas
Fernando	sd	Salta	Relación sexual sin protección con el entrevistado	Relación sexual sin protección con un varón	Alcohol. Violencia.
Guillermo	sd	GBA	No responde	No vive con VIH (seronegativo)	Privación de libertad.
Nicolás	37	Córdoba	"Ni idea"	Relación sexual sin protección con su pareja	Uso abusivo de drogas y alcohol.

Fuente: EMDR, 2011.

\* Hay cuatro entrevistas del GBA que no fueron incorporadas al análisis.

Solo uno de los varones entrevistados (en calidad de pareja de una mujer con diagnóstico reciente) no vive con VIH. Las edades oscilan entre los dieciocho y los cincuenta años, y viven en distintas localidades del país. Todos ya estaban en pareja con las mujeres que hoy viven con VIH al momento



del diagnóstico de las mismas. Se trata de relaciones estables y duraderas (entre tres y nueve años de relación, al momento de la entrevista). Solo uno de los entrevistados está actualmente separado de una mujer que fue diagnosticada en noviembre de 2009.

En la mayoría de los casos, sus parejas mujeres han recibido el diagnóstico al momento del parto o durante un embarazo. Ello lleva a que, más temprano que tarde, los varones también se testeen y reciban un diagnóstico también positivo. En otros dos casos, las mujeres se han realizado el testeo por otras razones. Solo en un caso fue el varón quien primero recibió el diagnóstico, al momento de internarse por diferentes síntomas.

Dos varones afirmaron saber previamente su estatus serológico. En ambos casos, no se lo habían comunicado a sus parejas. Algunos refieren haber transmitido ellos el virus a sus parejas, mientras que en otros casos aducen otras razones (como una transfusión), creen que han sido sus parejas mujeres quienes se lo han transmitido a ellos o, directamente no saben o no quieren hablar de la cuestión. Al momento de interrogar cómo creen ellos que han contraído el virus, las respuestas también varían: además de los que consideran haber contraído el virus con sus parejas estables, algunos creen que lo hicieron en el marco de relaciones ocasionales (con mujeres y/o con varones). En un caso, nació con VIH.

En sus relaciones sexuales actuales utilizan preservativo. Aun cuando sus parejas utilicen otros métodos anticonceptivos de uso regular (como el DIU), no puedan quedar embarazadas o en los casos que se han realizado ligadura tubaria, el preservativo aparece como el único método eficaz para prevenir reinfecciones, o transmisión a otras parejas.

En los relatos de los entrevistados son frecuentes las alusiones a varias circunstancias que conforman un marco de vulnerabilidad compleja: se reitera el abuso de alcohol y drogas (especialmente, cocaína). Varios entrevistados refirieron haber sido violentos físicamente con algunas de sus parejas (si bien todos afirmaron no hacerlo en la actualidad) y se reiteran situaciones pasadas de “descontrol”, con mucha rotación de parejas sexuales y, en algunos casos, consumo de prostitución. En dos casos, refirieron haber estado privados de libertad alguna vez.

Las secciones que se desarrollan a continuación siguen las del cuestionario de la encuesta. El primer bloque, correspondiente al diagnóstico y la atención, describe y analiza los contextos y características del diagnóstico, los aspectos ligados a la salud y a la enfermedad, la atención recibida y otros aspectos relativos a este proceso y a la relación entre la mujer viviendo con VIH y los profesionales y servicios de salud. El segundo bloque apunta a conocer mejor el proceso y el contexto de la infección por el VIH: su temporalidad, sus circunstancias, la vía de transmisión, y también la “producción social” de la vulnerabilidad femenina ante el VIH; ello implica hacer un análisis sincrónico de la escena y del momento (real, hipotético) de la infección como también un análisis retrospectivo de la trayectoria de la mujer previa al diagnóstico, y que pudiera aportar elementos para explicar la infección por VIH. Finalmente, el tercer bloque describe la situación actual de las mujeres con diagnóstico VIH positivo reciente, en cuanto a su vida cotidiana conyugal y sexual, con sus hijos y su maternidad, con su trabajo y otras vicisitudes de una mujer con VIH hoy en la Argentina. Cada bloque presenta los principales resultados cuantitativos de la investigación, matizados y/o especificados con los aportes del componente cualitativo.

## Diagnóstico y atención

En esta sección se exponen los resultados acerca del contexto del diagnóstico positivo y la atención recibida en los momentos previos a recibir el diagnóstico, así como en la propia situación del testeo y los momentos inmediatamente posteriores. La sección que le sigue se focaliza en la situación ac-



tual y en la trayectoria que conforman las situaciones individuales de vulnerabilidad respecto de la infección por el VIH, es decir que a partir del diagnóstico se buscará reconstruir en el presente y hacia el pasado el proceso que llevó a la infección. Sin embargo, algunos elementos sobre vulnerabilidad y proceso de infección se adelantan aquí.

## Cuándo se realizaron el test

Las mujeres incluidas en este estudio recibieron su diagnóstico de VIH como máximo dos años y algunos meses antes de la realización de la encuesta puesto que, siguiendo el criterio muestral de la investigación, se estableció como fecha límite hacia el pasado el 1° de enero de 2009 y el trabajo de campo se desarrolló entre mayo y julio de 2011.

Cuatro de cada diez mujeres habían obtenido su diagnóstico positivo en los doce meses previos al momento de la realización de la encuesta, cuatro de cada diez entre uno y dos años antes, y el resto dos años antes o un poco más (Cuadro 4.1.).

**Cuadro 4.1.**  
Mujeres viviendo con VIH. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico  
(EMDR, Argentina, 2011)

	%
Menos de 1 año	36,8
Hasta 5 meses	15,9
6 a 11 meses	20,9
1 año o más	38,3
12 a 17 meses	20,4
18 a 23 meses	17,8
2 años o más	24,9
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

Más allá de las variaciones, se trata en todos los casos de diagnósticos recientes; las mujeres encuestadas se encontraban todas en proceso de readaptar sus vidas ante la nueva situación.

El examen de las circunstancias en las que se realiza el análisis de VIH, que sigue a continuación, brinda información sobre en qué medida predominan elementos de preocupación individual frente a conductas o situaciones de riesgo (por ejemplo si se fue a realizar el test porque había tenido relaciones sexuales sin preservativo o porque había compartido una jeringa o sustancia al inyectarse drogas); en qué medida se trató de algún examen de salud específico o más general (descubrimiento del diagnóstico en un análisis voluntario de rutina o en un chequeo médico general, en un control de embarazo o en un examen prenupcial), o una detección tardía a partir de la aparición de síntomas, o alguna otra circunstancia. Las circunstancias pueden darse de manera combinada, como lo muestra el Cuadro 4.2.



**Cuadro 4.2.**

Mujeres viviendo con VIH. Circunstancias de realización del test (respuesta múltiple)  
(EMDR, Argentina, 2011)

	%
En un análisis de rutina o por otros problemas de salud	34,8
Estaba internada o se iba a operar	13,3
En un control durante el embarazo o en el parto	26,7
En un control durante el embarazo	24,9
En el parto	2,6
Porque su hijo/a tenía VIH	2,2
Porque se enteró que su pareja o ex pareja tenía VIH	27,4
Porque tuvo relaciones sexuales sin protección	25,2
Porque se rompió el preservativo en una relación sexual	4,9
Porque fue víctima de una agresión sexual	1,9
Porque se había inyectado drogas	2,2
Otras circunstancias	5,4
Pre-ocupacional	1,1
En transfusión o donación de sangre	1,1
Para visita higiénica	0,4
Por sospechar de la pareja (por uso de drogas, infidelidad)	1,1
Por consumo de drogas no inyectables	0,2
Por síntomas (manchas en la piel, anemia, ampollas, etc.)	0,4
Otras circunstancias	1,1
N	465
<b>Porcentaje con síntomas al momento de realizarse el test</b>	<b>37,9</b>

Fuente: EMDR, 2011.

Alrededor de un tercio de las mujeres se realizó el análisis a partir de un chequeo médico de rutina o por concurrir al médico por otros problemas de salud no relacionados con el VIH, mientras que un 13 por ciento de las mujeres encuestadas se hizo el análisis en el contexto de una cirugía o por estar internadas en un hospital o sanatorio.

Un 27,4 por ciento de las encuestadas se realizó el test porque su pareja o alguna persona con la que había tenido relaciones sexuales vivía con VIH, mientras que un 25,2 por ciento se realizó el análisis en un contexto de preocupación individual luego de haber tenido relaciones sexuales sin preservativo, más allá de conocer el estado serológico del compañero o compañeros. Una proporción del 2 por ciento del total de la muestra relata que se realizó el análisis por haber sido víctima de una agresión sexual.

El 26,7 por ciento de las mujeres encuestadas se realizaron el análisis de VIH que resultó positivo en un control prenatal y/o en el parto (24,9% en un control prenatal y 2,6% durante el parto). Esta proporción puede ser evaluada como “alta” o como “baja” según la expectativa previa de quien analice los datos. Lo cierto es que uno de cada cuatro diagnósticos positivos en mujeres se da en circunstan-





ber recibido el diagnóstico positivo. Alrededor de un tercio limitó el momento de su infección entre uno y dos años antes de recibir el diagnóstico, mientras otro 17 por ciento indicó que el lapso que consideraba entre la infección y el diagnóstico era menor a un año.

### Cuadro 4.3.

Mujeres viviendo con VIH. Tiempo estimado por la encuestada entre infección y diagnóstico VIH positivo (EMDR, Argentina, 2011)

	%
Menos de 1 año	16,6
Entre 1 y 2 años	32,2
3 años o más	16,6
No sabe cuándo pudo haberse infectado	34,6
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

La mitad de las mujeres se había realizado un test con anterioridad, obteniendo un resultado negativo. De las mujeres que ya se habían realizado un test, una pequeña proporción (6%) se lo había hecho menos de un año antes del test en el que obtuvo el resultado positivo. Alrededor del 30 por ciento se había hecho un test entre uno y dos años previos a su diagnóstico, y proporciones similares entre tres y cinco años, y más de seis años, respectivamente. El test previo las ayudó a poder determinar una probable fecha de infección.

Otras dos preguntas de la encuesta permiten indirectamente estimar en qué medida el test positivo fue precoz, cercano a la infección y a tiempo para iniciar tratamientos y prevenir la transmisión vertical, o tardío, es decir luego de pasado largo tiempo desde la infección, con deterioro del sistema inmunológico, y/o habiendo perdido oportunidades para prevenir la transmisión a la pareja y/o madre-hijo. Los datos preguntados refieren a la manifestación de algunos síntomas en el momento del diagnóstico y al número de CD4 en el primer recuento. Algo menos del 40 por ciento de las mujeres tenía síntomas, tales como fiebre prolongada, adelgazamiento, o erupciones en la piel al momento de realizarse el test (Cuadro 4.2.); mientras que del total de encuestadas, como se verá más abajo, el 38,3 por ciento tuvo un resultado de 350 CD4 o más; 20,9 por ciento tuvo menos de 350 CD4; 31 por ciento no recordaba el resultado y el resto no tenía el dato por diversas razones (Cuadro 4.8.).

## Iniciativa para realizar el test

No es sencillo determinar “quién” tomó la iniciativa para hacer un test de VIH, especialmente desde un diseño cuantitativo, ya que ese proceso da cuenta de una trama de significados personales y sociales en las que difícilmente una respuesta única logra dar cuenta de la profundidad y extensión del mismo, y de la multiplicidad de actores involucrados. Reconociendo estas limitaciones, en la encuesta se incluyó un indicador que intentaba dar cuenta de una parte (final y retrospectiva) de este proceso. Se les preguntó a las encuestadas, con respuesta cerrada y única, de quién había sido la iniciativa para que ella se realizara el análisis que les dio positivo.



#### Cuadro 4.4.

Mujeres viviendo con VIH. Iniciativa para realizar el test  
(EMDR, Argentina, 2011)

	%
Indicación de un médico/a	57,0
Iniciativa propia	28,9
Sugerencia de amigo/a, familiar o conocido	7,1
Por obligación (por ejemplo, examen pre-ocupacional)	3,5
Sin conocimiento de la entrevistada	3,5
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

Seis de cada diez mujeres encuestadas respondieron que la decisión para realizarse el test fue a partir de la indicación de algún médico/a, mientras que tres de cada diez fueron ellas mismas las que tomaron la decisión de realizarse el análisis.

Una proporción de 3,5 por ciento de las encuestadas relata que la toma de decisión para realizarse el análisis surge “por obligación”, por ejemplo en un examen pre-ocupacional, en condiciones que hacen dudar acerca de los márgenes de acción ante la firma del consentimiento informado, si lo había.

Una proporción similar de mujeres señaló en esta pregunta que no existió siquiera conocimiento de la entrevistada para la realización del análisis. Este porcentaje, si bien bajo, es preocupante y da cuenta de situaciones de inobservancia de la legislación nacional que estipula la autorización expresa de la persona para realizar el análisis del VIH.

## Consejería pre-test y post-test

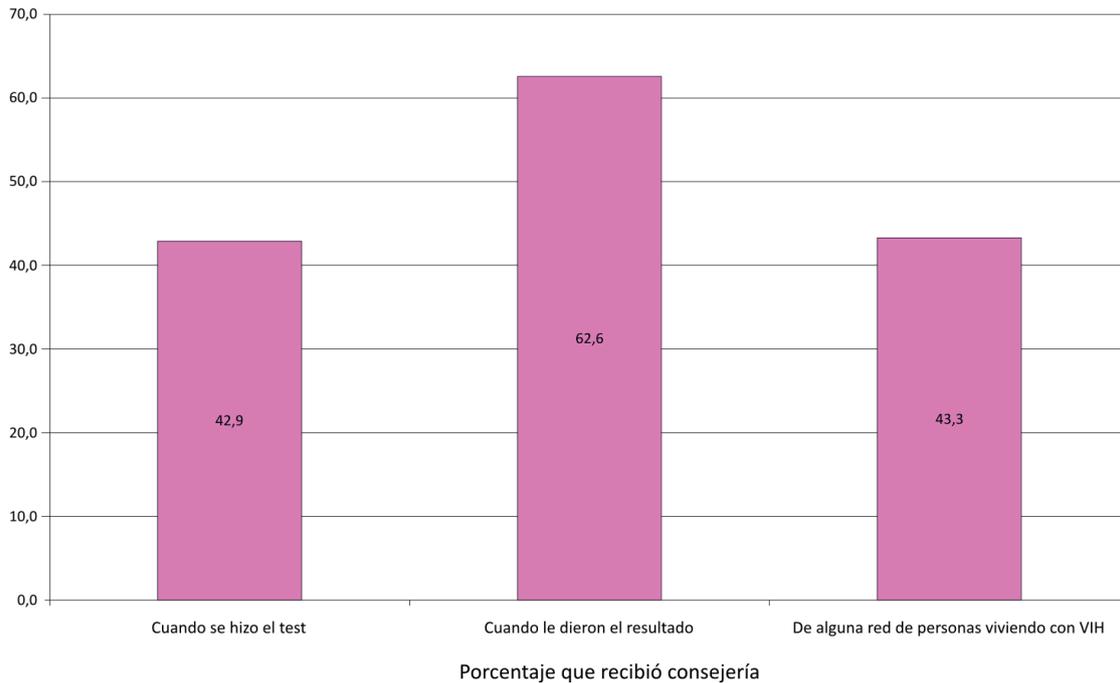
El testeo de VIH requiere conocimiento y consentimiento de la persona, no puede ser hecho a sus espaldas ni de manera involuntaria, y siempre garantizando la confidencialidad. También se requiere que haya una instancia previa donde se le explica el procedimiento, se reconstruyen posibles situaciones de riesgo (abstractas y en la historia personal de quien va a testearse), se informa sobre las alternativas ante un resultado negativo y un resultado positivo, etc.; y una instancia posterior a recibir el resultado, tanto cuando da negativo como cuando da positivo. En este caso, además de la información, la consejería sirve para contener emocionalmente ante el impacto del diagnóstico. El testeo con consejería no sólo es la puerta de entrada al seguimiento y eventual tratamiento, sino que es una ocasión para la prevención primaria y, cuando corresponde, secundaria y terciaria, y de promoción de la salud sexual y reproductiva de manera integral.

Como en investigaciones previas (Pecheny y Manzelli 2008; Gogna et al. 2009), aparece nuevamente el dato de la falta de cobertura universal de la consejería, algo más que grave si se considera que la consejería post-test es para mujeres con diagnóstico positivo. En el componente cuantitativo surgió que consejería pre-test recibieron el 42,9 por ciento de las mujeres, mientras que consejería post-test recibió el 62,6 por ciento, como lo muestra el Gráfico 4.1.



**Gráfico 4.1.**

Mujeres viviendo con VIH con diagnóstico positivo desde 2009 que recibieron consejería (en %) (EMDR, Argentina, 2011)



Dicho por la negativa, estos datos quieren decir que cuatro de cada diez encuestadas (37,4%), diagnosticadas desde 2009 en adelante, no tuvieron ningún tipo de consejería al momento de recibir el diagnóstico positivo. Según nuestro Estudio de 2006 (Pecheny y Manzelli 2008), no recibieron consejería post-test el 31,9 por ciento de las diagnosticadas entre 2002 y 2006. Es decir que la situación no mejoró respecto de esos años.

Varias entrevistadas refirieron incluso que ellas no recibieron directamente el diagnóstico, sino que el mismo fue comunicado primero a familiares (madres, hermanas) o a la pareja. A la triste noticia de infección por VIH se sumó entonces la ausencia de confidencialidad, que hizo que las cosas fueran aún peores:

*Me dolió más porque se lo dijeron a mi mamá primero, por ahí si me lo decían a mí era distinto. (Vanesa, 23 años, Gran Buenos Aires).*

La falta de confidencialidad mínima apareció en varios relatos, tanto en relación con el momento de recibir el diagnóstico como a veces en otros contactos posteriores con los servicios de salud.

*A J. [marido de la entrevistada] le dieron el diagnóstico adelante de su hermano y de un sobrino. [...] Cuando yo llego [al hospital], dejo las cosas, me iba a buscar el resultado, la doctora me llama y me dice: "Señora", dice, "su esposo tiene sida", y yo le digo: "¿Cómo?", "sí" y le digo: "¿Y cómo sabe usted si yo todavía no traje el análisis?" "No, porque me llamaron y me dijeron de que es positivo" y dice: "Usted se tendría que hacer el análisis", y yo digo: "Bueno, pero ahora no, después", porque yo en ese momento... Aparte me cayó una cosa que yo decía ¿Cómo? Es más, creo que hasta le pregunté si estaba segura de que me estaba hablando de él porque... Bueno, y yo me fui a buscar el análisis y me dice: "Yo le aviso porque a él se lo vamos a decir porque él nos pidió de que nosotros le diéramos, o sea, el diagnóstico de todo que se lo dieran a él". [...] Le digo: "Discúlpeme, ¿Usted fue a avisarle a J. que él estaba enfermo y se lo dijo delante de los familiares?" "Y bueno", dice, "si ellos estaban ahí", "¿Y del paciente, de ese otro señor?", "Bueno, pero el señor está internado", y le digo: "Pero él anda todo*



Las investigaciones indican también que cuanto más inesperado es el diagnóstico, mayores son las dificultades para reorganizar la vida cotidiana viviendo con VIH, así como el inicio y seguimiento – eventualmente – del tratamiento antirretroviral. El siguiente Cuadro 4.5. presenta los datos para las mujeres con diagnóstico reciente.

**Cuadro 4.5.**  
Mujeres viviendo con VIH. Expectativa del resultado (EMDR, Argentina, 2011)

	%
Esperaba un resultado positivo	18,2
No esperaba un resultado positivo, pero no le sorprendió	21,5
El resultado positivo fue totalmente inesperado	60,3
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

Seis de cada diez mujeres encuestadas dijeron que el resultado positivo fue totalmente inesperado para ellas; un 21 por ciento no esperaba un resultado positivo, pero tampoco le fue algo totalmente inesperado; mientras que el 18 por ciento de las entrevistadas ya esperaba un resultado positivo.

Quienes menos se lo esperaban, en general, son las mujeres por fuera de circuitos de uso de drogas y/o experiencia de privación de libertad, y/o las que no conocían otras personas viviendo con VIH; estas mujeres en general creen haber contraído el virus a través de sus parejas estables y muchas de ellas se enteran durante el embarazo o parto.

*¿Y vos tenés alguna idea de cómo te infectaste del VIH?*

*Sí.*

*¿Sí?*

*Por el papá de mi nene.*

*¿Y por qué fue: por relaciones, por...?*

*Claro, por... Sí, por relaciones porque no nos cuidábamos porque yo confiaba en él y como le había contado a ella, para mí fue, nosotros habíamos estado separados y yo me había ido a lo de mi papá que vivía en Santa Fe y... ¿Cómo es? Y al mes volví y volvimos a estar juntos, porque estábamos separados. Y... ¿Cómo es? ... Y bueno, y para mí ahí me lo agarré, yo ya estaba de cinco meses.*

*Ya estabas embarazada.*

*Y al tiempito me salió el herpes.*

*Bien... ¿No? Bien rápido te salió como una enfermedad marcadora.*

*Y cuando fui me dijeron que, que era muy reciente lo del HIV, más porque yo estaba embarazada y tenía las defensas bajas, por eso me había salido el herpes.*

*Y antes, ¿Cómo era tu realidad con el VIH? ¿Sabías de la enfermedad que existía? ¿Tenías alguna información, algo o no?*

*Sabía pero no le daba bola, como que no... Yo no sé, como todo que no... si no te pasa no te ponés a pensar, cuando te pasa ahí recién te das cuenta.*

*¿Y conocías a alguien con VIH, alguna mujer?*

*En ese momento, no.*

*No. Eh... ¿Y qué pensabas entonces del VIH? ¿Tenías algún pensamiento especial o no?*

*No, no, como que lo ignoraba. Por ahí pensaba que: "Uh, bajón la persona que lo tiene ¿qué se debe sentir?" decía yo. Y yo pensaba que cuando me enteré, me iba a morir, es lo primero que pensé, que me iba a morir. (Daniela, 20 años, Gran Buenos Aires).*



Y vos cuando te enteraste de este resultado positivo, ¿Te lo esperabas?

No, no, no.

¿O fue totalmente inesperado?

Jamás, hasta el día de hoy me pongo a pensar a veces que no... No me entra en la cabeza lo que tengo porque yo siempre fui una mujer de cuidado, estuve once años con él y... Y jamás estuve con otra persona ¿Viste? Y sí, fue mi, mi primer, mi segunda pareja, yo soy casada por primeras nupcias, soy casada, me separé de mi primera pareja y me junté con él, once años estuve con él, y pero no estuve más con otra persona. O sea que tampoco consumiste drogas.

No, no, nunca; no, nunca, nunca. Ni siquiera transfusiones tuve tampoco.

Tampoco tuviste transfusiones.

No. No, no.

Tampoco tuviste, bueno, una pareja por ahí ocasional.

No, no, no, no.

Una a veces se tienta.

Sí. No, no, no. No.

(...)

¿Y él tenía problemas con el alcohol?

No, no, no, no, era un tipo sano, no fumaba...

¿Con alguna droga?

No, no, no.

Nada que ver.

No, no.

O sea que, bueno, fue por vía sexual la transmisión.

Sí, sí, sí. Sí, sí.

¿Y ustedes no se cuidaban con preservativo?

No, no. No, porque yo no quedo embarazada porque tengo ligadura, así que no nos cuidábamos.

(...)

Claro, pero ¿Qué, qué te vas a imaginar? Que estás en pareja hace once años. Y aparte yo si, yo no quedaba más embarazada, entonces digo: ¿Para qué cuidarme? si estoy con una persona que quiero, que es de confianza, que... Viste, que es la única persona con quien yo me acostaba. Y yo digo ¿Para qué, viste, cuidarme? De mucha confianza y no era cualquiera, yo lo conocía ¿Viste? (Leticia, 51 años, Ciudad de Buenos Aires).

A las mujeres como éstas, cuyo diagnóstico les resulta totalmente inesperado, es a quienes les parece más complicado en un primer momento "hacerse cargo" de la infección, en el sentido de desarrollar estrategias para vivir con la enfermedad (coping). En muchos casos, son las que se encuentran más alejadas de redes sociales en las que puedan apoyarse para recibir orientación y apoyo sobre este nuevo evento que marca un quiebre biográfico y una reorganización de sus vidas (Pierret 1998; Pecheny, Manzelli y Jones 2002, 2007).

El hecho de haber tenido síntomas al momento de testearse no pareció estar asociado a expectativas en relación al resultado positivo del diagnóstico. Aun cuando quienes tenían algún síntoma se mostraron algo menos sorprendidas del diagnóstico positivo en comparación a quienes no los tenían, unas y otras mayoritariamente declararon que dicho resultado fue totalmente sorpresivo.

El diagnóstico fue un resultado menos sorpresivo para la entrevistada cuando se hizo el análisis a partir de enterarse de que su pareja del momento o alguna de sus parejas previas tenía VIH. En dichos casos, el 42 por ciento de las mujeres se esperaban un diagnóstico positivo, en comparación con el 8 por ciento de las mujeres que se hicieron el test por otros motivos (no se muestra en cuadros).

En el componente cualitativo, la gran mayoría de las entrevistadas señalaron el carácter inesperado



del diagnóstico positivo. En muchos de esos casos, luego de enterarse del diagnóstico sobrevino una etapa de depresión o angustia paralizante. Muy pocas entre quienes contrajeron el VIH mediante una relación sexual con su compañero estable sabían que él vivía con VIH. Aunque ellos no lo dijeron ni estaban bajo tratamiento, con el tiempo algunas mujeres reconstruyeron historias que les hicieron suponer que ellos ya lo sabían y lo ocultaron. En otros casos, al recibir el diagnóstico, muchas veces son ellas las que insisten y acompañan a sus parejas para que también se testeen. Y son ellas quienes “se ponen al hombro” el tratamiento de ambos, así como el seguimiento de los hijos, en los casos de detección durante el embarazo.

## Seguimiento y tratamiento posteriores al diagnóstico – Otras enfermedades

Al momento de la encuesta, el 94,4 por ciento de las mujeres se encontraba bajo seguimiento médico, mientras que casi el 60 por ciento ya se encontraba tomando medicación antirretroviral (Cuadro 4.6.).

**Cuadro 4.6.**  
Mujeres viviendo con VIH. En seguimiento y/o tratamiento (EMDR, Argentina, 2011)

	%
En seguimiento médico	94,4
En tratamiento (toma medicación antirretroviral)	57,5
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

Es probable que el pequeño porcentaje que no se encontraba todavía en seguimiento (aproximadamente 5%) se explique, en parte o totalmente, porque la fecha de la encuesta haya sido muy cercana al diagnóstico y la mujer estuviera todavía haciéndose los primeros análisis. Asimismo, podría haber en la muestra un sesgo hacia una mayor cobertura de seguimiento que en el universo general de mujeres con diagnóstico positivo desde 2009, dado que el contacto a las encuestadas por las mujeres de las redes se dio mayormente en los lugares de seguimiento y tratamiento. Casi un 60 por ciento de las mujeres encuestadas ya se encontraba tomando medicación antirretroviral.

## Monitoreo de la infección

Para controlar la infección, asegurar la mayor eficacia de los tratamientos y en última instancia mejorar la calidad y extender la vida de las personas con VIH, es crucial el monitoreo laboratorial de la infección. Dos análisis brindan indicadores para saber cómo se encuentra el estado inmunológico de las pacientes, la necesidad de iniciar o cambiar tratamientos, y la efectividad pasada, presente y futura inmediata de los medicamentos: el conteo de CD4 y la medición de la carga viral en sangre. En la encuesta se incluyeron preguntas relativas a los CD4 pero no relativas a la carga viral, ya que en pruebas piloto surgió que el dato relatado era bastante vago en la memoria de las protagonistas, al tiempo que la variabilidad de los resultados no es lineal con la antigüedad de la infección ni con el estado general de salud (valores altos de carga viral se dan en la primo-infección o en estadios avanzados de la infección, o en situaciones que pueden ser puntuales y no indicativas de progresión).



El tiempo desde el resultado positivo del VIH y la realización del primer estudio de CD4 da cuenta de la rapidez entre el diagnóstico positivo y la realización de los primeros análisis de laboratorio para conocer el estadio de la infección, de manera que se pueda evaluar el inicio o no del tratamiento con medicación antirretroviral. Aproximadamente el 40 por ciento de las encuestadas se realizó el primer estudio de CD4 hasta un mes después del diagnóstico positivo, mientras que casi otro 40 por ciento se realizó este estudio entre dos y seis meses posteriores al diagnóstico. Sólo un 12 por ciento tardó más de seis meses entre el diagnóstico y el primer estudio de CD4 (Cuadro 4.7.).

**Cuadro 4.7.**

Mujeres viviendo con VIH. Tiempo desde el resultado positivo y el primer estudio de CD4 (EMDR, Argentina, 2011)

	%
Hasta un mes	40,9
Entre dos y seis meses	37,6
Más de seis meses	11,6
Nunca le hicieron un conteo de CD4	4,9
No sabe si le hicieron el estudio o no contesta	4,9
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

El hecho de conocer o no los valores del primer análisis de CD4 es en sí mismo un indicador próximo del compromiso de las personas con su propio tratamiento. El 60 por ciento de las encuestadas conoce los valores de su primer análisis de CD4 (Cuadro 4.8.).

Por otro lado, los valores de esos análisis dan cuenta del estado de salud del sistema inmunológico de cada encuestada al momento de recibir el diagnóstico.

**Cuadro 4.8.**

Mujeres viviendo con VIH. Estudios de CD4: realización y resultados del primer estudio (EMDR, Argentina, 2011)

	%	N
350 y más	38,3	178
Menos de 350	20,9	97
Entre 349 y 201	8,2	38
200 ó menos	7,5	35
Menos de 350, pero no recuerda exactamente cuánto	5,2	24
No recuerda	31,0	144
No lo hizo, no sabe si se lo hicieron, no contesta	9,8	46
Total	100,0	
N		465

Fuente: EMDR, 2011.

Respecto del primer estudio de CD4, sólo una parte de la muestra se hizo el análisis o recuerda el resultado: del total de encuestadas, el 38,3 por ciento tuvo un resultado de 350 CD4 o más, es decir que tenían un nivel de CD4 bueno o relativamente bueno; 20,9 por ciento tuvo menos de 350 CD4 (7,6%

del total señaló tener 200 CD4 o menos); 31 por ciento no recuerda para nada el resultado y el resto aún no se lo había hecho, no sabía si se lo habían hecho o estaba esperando el resultado. Del aproximadamente 40 por ciento que no recuerda o no tiene resultado de CD4, 37,5 por ciento tenía síntomas al momento del diagnóstico y 62,5 por ciento no tenía síntomas al momento del diagnóstico.

En síntesis, por lo menos una de cada cinco mujeres se enteró que vivía con VIH con menos de 350 CD4, y una de cada trece cuando tenía 200 CD4 o menos. Entre aquellas que sabían y recordaban el valor, dos tercios tenían 350 CD4 o más, y un 12 por ciento tenía menos de 200 CD4.

En el Cuadro 4.9. se observa el peso de algunas enfermedades oportunistas o concomitantes posiblemente relacionadas con el VIH/sida, según fueran mencionadas por las encuestadas. Cabe aclarar que no se preguntó cuándo habían padecido tales enfermedades.

Se presenta también el dato sobre cuántas han estado internadas por razones ligadas directamente a la infección por VIH.

**Cuadro 4.9.**  
Mujeres viviendo con VIH. Porcentaje que ha tenido determinadas enfermedades (respuesta múltiple)  
(EMDR, Argentina, 2011)

	%
Neumonía	26,3
HPV	20,6
Toxoplasmosis	11,2
Hepatitis C	7,5
Tuberculosis	7,5
Sífilis	6,9
Hepatitis B	5,8
Cáncer cérvico-uterino	3,0
Otras enfermedades relacionadas con el VIH	9,1
N	465
Porcentaje que estuvo internada por razones ligadas al VIH	20,2

Fuente: EMDR, 2011.

La neumonía aparece como la enfermedad más frecuente, 26,3 por ciento de las encuestadas menciona haber padecido alguna vez esta infección oportunista, mientras que un 20,6 por ciento de las encuestadas menciona haber tenido HPV (no vinculado en principio al VIH), siendo un 3 por ciento las mujeres que mencionan haber tenido cáncer cérvico-uterino.

Cada una de las más típicas co-infecciones (hepatitis B y C, tuberculosis) y la sífilis fueron mencionadas por aproximadamente 6-7 por ciento de la muestra.

Veinte por ciento de las encuestadas mencionan haber tenido la experiencia de estar internadas por razones relacionadas con el VIH. Considerando el breve lapso transcurrido entre el diagnóstico y el momento de la encuesta, quizá pueda deberse este alto porcentaje de respuestas positivas al hecho de incluir en él a quienes se enteraron del VIH ya internadas por alguna complicación.

Según los relatos de las entrevistas en el componente cualitativo, la atención en los servicios de salud es heterogénea. Las entrevistas refieren a prácticas diferenciales según la unidad sanitaria e incluso al interior de cada institución.



Por un lado, varias mujeres que recibieron el diagnóstico en el contexto del embarazo o parto, e ingresaron al sistema de salud por el lado de los servicios y profesionales vinculados a la salud sexual y reproductiva, como ginecólogos/as u obstetras, terminaron teniendo una buena comunicación de la noticia del diagnóstico del VIH, un buen seguimiento garantizado por un vínculo regular con las y los médicos, que facilitó la confianza. Son estas mujeres las que muchas veces continúan vinculadas a los servicios materno-infantiles por el seguimiento de sus hijos. Las entrevistadas rescatan el buen trato de las y los pediatras que acompañan, aconsejan e informan sobre el VIH.

Por otro lado, también se relatan críticamente experiencias en internaciones y atención, tanto en lo que refiere a la experiencia personal, vivida, como a las situaciones de las que las mujeres entrevistadas fueron testigo.

*Hay mucha necesidad en los hospitales. Yo no lo sabía, me tocó estar internada y fue muchísimo para mí, [...] para mí esos quince días fueron ahhh [suspira].... Vi muchas muertes, personas que entraron como yo y nunca más salir, partir... Personas...*

*¿Chicas jóvenes?*

*Muy... como nosotras, más chicas, más jóvenes que nosotras, personas que se olvidan, que están solas... [...] Imaginate que verme en un hospital "¿Qué hago acá? ¿Pero qué hago acá?... Empezé a hacer las cosas bien para no estar acá..." Y bueno, fue un trato, viste, un trato conmigo misma, con mi salud, y un alerta y, bueno, yo creo que el ver muchas muertes, encariñarme con las chicas... Yo me iba a la iglesia del hospital, a F. [Fundación], y pedía la ropa para las chicas y me daban la ropa, toallón, bombacha, el papel higiénico, shampoo, todo higiene, yo le agradezco a dios por la mamá que tengo, ella, todas me cargaban, me decían: "Tenés que..." me decían: "¿Qué mamá hincha..."; jodiendo ¿No? porque ya la veían y decían: "Nos despertamos, está tu mamá, nos dormimos, nos acostamos, está tu mamá, nos despertamos está tu mamá, re fiel tu vieja" Todos los días mi familia, si no era mi mamá, mis hermanos, mis hermanas, mis primas, a mí eso me llevó adelante a decir: "No, ¿qué hago acá? Yo tengo que levantarme y vivir" Y bueno, me levanté. Pero hay chicas que no, no tienen familia y es un vacío, un vacío feo. (Victoria, 37 años, Gran Buenos Aires)*

La buena o mala suerte establece quién será el médico o médica tratante: "cuando te toca una, te toca", y en ese azar se juega gran parte de cómo será afrontado el diagnóstico y, cuando sea necesario, el tratamiento. Así como son referidos malos tratos por parte de enfermeras, distancias y "asepsias" hostiles de parte de los médicos, las entrevistadas también reconocen aquellos/as profesionales que explican con paciencia, que tranquilizan y que acompañan. Buenas o malas atenciones hacen la diferencia.

Las entrevistadas contaron que han preferido cambiar su lugar de atención, aun cuando ello conlleve turnos más espaciados, si allí los servicios están más familiarizados con el tratamiento del VIH/sida y si los médicos y médicas son más amigables. De todos modos, existen reiteradas barreras burocráticas, como los tiempos para sacar los turnos, dificultades al tramitar los pases de transporte o las bolsas de alimentos. Nuevamente, la suerte está a la orden del día.

Casi ninguna mujer entrevistada conoce la existencia de una Ley Nacional de Sida ni los derechos de las personas viviendo con VIH (o de cualquier paciente, o cualquier ciudadana), sino que la posibilidad de acceder a alguno de los beneficios que contempla la ley está atada al "darse maña" (Pecheny et al. 2007; Pecheny y Manzelli 2008) o al "conseguir" algo.

En algunos casos, las entrevistadas se enteraron de su diagnóstico de VIH luego de que sus maridos o sus parejas estables recibieran un resultado positivo y ellas fueran también invitadas a testearse. En muchos de estos casos, los varones habían llegado en muy mal estado de salud y estas mujeres dijeron relegar su propia atención en función de acompañar y cuidar a sus parejas, en las que el deterioro ha sido a veces muy rápido.

En otras oportunidades, cuando son ellas quienes reciben primero el diagnóstico positivo, varias entrevistadas relataron el rechazo de sus parejas a hacerse el análisis, continuos aplazamientos y, una vez diagnosticados, la resistencia a comenzar el tratamiento y mantener la adherencia al mismo.

Aquí también son muchas veces las mujeres las que, además de lidiar con su propio diagnóstico (o acompañando a sus hijos/as en el proceso de confirmación de su estatus serológico), se preocupan y responsabilizan por el cuidado de la salud de sus parejas.

*Me llamó, me dijo “Chiquita, vos también estás infectada” y me dice: “Así que ahora tenemos que hacer el análisis de los CD4 y de la carga viral, y bueno, cuidate, tratá de no enfermarte, de que no tengas estas enfermedades oportunistas que hagan que los virus se multipliquen rápidamente y, bueno. Y después que te hagas los CD4 y la carga viral hablamos”. Yo ya me había enterado por uno de los chicos que estaba internado en el pabellón con J., porque bueno, después de que él estuvo internado en el R., que fue donde lo dieron el diagnóstico, lo llevé un par de días a mi casa y a los pocos días lo interné en el R. y ya después de ahí no se levantó más. Digamos, no se pudo levantar más de la cama porque no se podía parar, no se podía sostener. Incluso, cuando le dieron el alta, lo llevamos en camilla, lo levantó un señor, estaba todo flaco, lo levantó como si fuera un bebé, lo alzó en brazos, lo acostó. Y ¿cómo es? Bueno, así que me hice los CD4 y la carga viral, me dio, digamos, dentro de lo posible, estaba, la primera vez me dieron bien, digamos, con poca carga viral y los CD4 700, casi 800. Y los segundos que me han hecho me han dado la carga viral en casi 3000 copias y me han descendido los CD4 en casi 200 copias.*

*¿Qué pasó después que te enteraste?*

*Nada, no sé, me parece que es como que, no sé si me paralicé, me paralizó el miedo, me paralizó la impotencia, un montón de cosas, pero lo otro es que **yo estaba muy abocada a mi pareja que estaba internado**, que estaba enfermo, que por los dos tipos de cáncer yo sabía que él iba a tener muy poco tiempo conmigo, entonces trataba de estar todo el tiempo al lado de él, no me quedaba de noche porque los médicos no me dejaban, pero si yo me hubiese podido quedar a la noche también me hubiese quedado. Entonces era **como que en esos momentos yo no pensaba en mí**. Me molestaba de que los otros pensarán por mí, o sea, la doctora le dijo a los guardias: “La señora hasta las diez de la noche se puede quedar, después de las diez de la noche la sacan del hospital, si ella se quiere quedar en la vereda del hospital que se quede, pero adentro del hospital no, ella necesita ir a dormir a su casa”. Y a mí me dijo: “Vos necesitás, él ya está, él se puede recuperar y su situación se puede revertir si dios así lo permite, pero no depende ni de nosotros ni de vos. Entonces **ahora la que se tiene que cuidar sos vos**”, pero yo eso no lo podía entender. O sea, yo quería estar con él, digo siempre lo mismo, hasta el momento en que él falleció yo tenía la ilusión de que un milagro iba a suceder, que su situación se iba a revertir, no era que iba a salir saltando en una pata, pero que se iba a recuperar y que con lo luchador que él era de que él iba a poner todo lo suyo para salir a adelante, pero bueno, dios dispuso lo contrario. (María, 53 años, Córdoba).*

Este fragmento ilustra – al igual que varios otros transcritos en este informe – cómo el diagnóstico nunca se da en un momento “vacío” de la vida de las personas, sino en medio de situaciones con muchos otros problemas y preocupaciones, vinculados o no al VIH. De ahí nuestra insistencia en que el proceso de diagnóstico y comunicación del resultado, con consejería y apoyo desde la institución de salud y si fuera posible también con apoyo del entorno afectivo y de los pares, incluya todos los cuidados posibles para evitar que la novedad de la seropositividad constituya para la mujer un derribe anímico y organizativo de su vida.





totalidad de diagnósticos femeninos, que incluyen en el universo un 3 por ciento de casos de transmisión vertical; si se deja de lado esta vía de transmisión, la vía sexual heterosexual da cuenta del 91,7 por ciento de todos los casos femeninos.

Otras vías de infección, tales como a través de relaciones sexuales con una mujer (0,4%) o por uso de drogas inyectables (1,3%) fueron mencionadas de manera marginal por las mujeres encuestadas, como muestra el Cuadro 5.1. El bajo porcentaje de uso inyectable de drogas como vía de transmisión también coincide con los datos del *Boletín*, y merece un análisis en relación tanto con la relativamente alta proporción de casos atribuido a esta vía en la década de los noventa, como en relación con la experiencia pasada propia y de alguna de las parejas, análisis que haremos más abajo en este informe. Un 4 por ciento manifestó desconocer cómo podría haberse infectado.

La mayoría de las mujeres encuestadas (73%) indicó haberse infectado sexualmente de un varón con quien mantenía una relación de pareja estable. Como se observa en el Cuadro 5.2., casi la mitad de las mujeres indicó haberse infectado de su cónyuge (pareja conviviente o marido) y alrededor de un cuarto adicional de quien era su novio en ese entonces.

Por otra parte, el 22,5 por ciento se refirió a relaciones sexuales con una pareja ocasional, mientras que un 4 por ciento señaló a relaciones sexuales con clientes, en el marco de actividades de trabajo sexual/prostitución.

Cuatro de las entrevistadas (1%) indicaron haberse infectado como resultado de relaciones sexuales forzadas. No se preguntó por profilaxis post-exposición; de todas maneras, pero o bien no accedieron a ella o bien falló la profilaxis.

**Cuadro 5.1.**  
Mujeres con VIH. Distribución de la vía de infección  
(EMDR, 2011, Argentina)

Vía de infección	%
Por relaciones sexuales con un varón	92,4
Por relaciones sexuales con una mujer	0,4
Por uso de drogas inyectables	1,3
Otra	1,7
No sabe cómo pudo haberse infectado	4,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>465</b>

Fuente: EMDR, 2011

**Cuadro 5.2.**  
Mujeres con VIH que creen haberse infectado por relaciones sexuales con un varón. Distribución del tipo de relación con ese varón  
(EMDR, 2011, Argentina)

Relación con la encuestada	%
Marido o pareja conviviente	48,8
Novio	24,2
Amante o relación ocasional	22,5
Trabajo sexual, con un cliente	3,6
Forzadas	0,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>425</b>

Fuente: EMDR, 2011

A las mujeres que indicaron que la vía de infección había sido una relación sexual con su cónyuge o pareja varón, incluyendo al novio, se les hizo una batería de preguntas adicionales sobre dicha relación, vinculadas al tiempo que llevaban en pareja, si tenían conocimiento sobre el estado serológico de su compañero, y sobre las circunstancias por las cuales su pareja pudo haber contraído el VIH.

Algo más del 40 por ciento llevaba seis años o más de relación al momento en que presume que se infectó de su pareja, y un 27 por ciento adicional, entre tres y cinco años (Cuadro 5.3.). Esto indica que la infección ocurre en contexto de relaciones no sólo estables sino también duraderas.

Pese a ello, sólo una minoría (menor al 10%) de las mujeres conocía entonces el estado serológico de su compañero. Es posible conjeturar que uno de los motivos de esta falta de información fuera por el desconocimiento de la pareja de su propia infección, pero en las entrevistas del componente cualitativo, con mujeres y varones, aparece que también es frecuente que los varones – por múltiples

razones, como las mujeres – no comenten su diagnóstico con sus parejas, sobre todo en los primeros tiempos de una relación o en relaciones ocasionales.

Al igual que no puede establecerse con certeza si el varón tenía o no conocimiento sobre su estado serológico, tampoco disponemos de información directa sobre el contexto de su infección, es decir, sobre cómo se habría infectado él. Una manera indirecta de aproximarnos es a través de las impresiones de la propia entrevistada sobre las distintas prácticas que pudieron ser motivo de la infección de su pareja. Cabe aquí aclarar que la modalidad de pregunta admitió que la mujer indicara más de una práctica o posibilidad, por lo que los porcentajes de las distintas prácticas no suman cien por ciento.

### Cuadro 5.3.

Mujeres viviendo con VIH que declararon haberse infectado de su cónyuge o novio.  
Duración de la relación, proporción que sabía que su pareja vivía con VIH, y proporción que considera que su pareja pudo haberse infectado por práctica especificada (EMDR, 2011, Argentina)

Características seleccionadas	%
Duración de la relación	26,3
Menos de un año	20,6
1 a 2 años	11,2
3 a 5 años	7,5
6 años y más	7,5
Total	6,9
<b>% que sabía que su pareja vivía con VIH</b>	
Vías por las que la pareja pudo haberse infectado (respuesta múltiple)	
Relaciones sexuales con una mujer	63,2
Relaciones sexuales con trabajadora sexual	32,9
Uso de drogas por vía inyectable	20,5
Relaciones sexuales con otro hombre y/o con una travesti	12,0
Relaciones sexuales con una travesti	8,5
Relaciones sexuales con otro hombre	6,2
Cuando estuvo privado de libertad	9,4
Por una transfusión	1,6
Nació con VIH	0,3
Otros	4,0
No sabe	14,1
N (mujeres que declararon haberse infectado por compañero estable)	310

Fuente: EMDR, 2011.

Casi dos de cada tres mujeres indican que su marido, pareja estable o novio pudo haberse infectado a partir de relaciones sexuales con una mujer. Alrededor de un tercio menciona la posibilidad de que haya sido a través de relaciones con trabajadoras sexuales.

Porcentajes menores al 10 por ciento de las mujeres indican que la infección de su compañero pudo deberse a relaciones sexuales con otros hombres (6,2%) y/o relaciones con travestis (8,5%); aquellas que respondieron una opción, la otra, o las dos, suman 12 por ciento; es decir, de los compañeros que supuestamente infectaron a su pareja mujer, ese porcentaje entra dentro de la categoría epidemiológica tradicionalmente llamada HSH, hombres que tienen sexo con hombres.



Alrededor de un quinto de las mujeres indicó que su pareja pudo haberse infectado a través del uso de drogas inyectables, lo cual indica que esta vía de transmisión no desapareció del panorama de la epidemia del VIH, y participa de modo significativo en la construcción de la vulnerabilidad heterosexual a la infección.

También aproximadamente una de cada diez mujeres apuntó a la privación de libertad de su pareja como contexto en el que el varón contrajo el VIH.

Estos resultados deben interpretarse como conjeturas de las mujeres sobre las situaciones de riesgo a las que estuvo expuesto el compañero del cual creen que se infectaron.

En varios casos, las mujeres se encontraban en proceso de redefinición de su vida y, retrospectivamente, de su trayectoria pasada. La encuesta y la entrevista fueron parte de ese proceso. El diagnóstico de VIH, sobre todo cuando es inesperado, lleva a la reconstrucción de las propias trayectorias y la detección retrospectiva de situaciones de exposición ante diversos riesgos y daños (Carricaburu y Pierret 1992; Pierret 1998; Pecheny, Manzelli y Jones 2002, 2007; Gianni 2006, Pecheny y Manzelli 2008).

Las entrevistas del componente cualitativo aportan indicios adicionales sobre los contextos de infección. En la enorme mayoría de los casos, las mujeres entrevistadas han contraído el VIH mediante relaciones sexuales desprotegidas con una pareja estable. Los motivos para no haber utilizado preservativo varían de una historia a otra: porque tenían un vínculo de confianza, porque él supuestamente era "sano", porque "siempre fue así" o "no había".

En otros casos, han contraído el VIH con parejas ocasionales. Entre quienes se encontraron alguna vez en situación de prostitución o hacían trabajo sexual, muy pocas creen que puede haber sido por relaciones sexuales con un cliente, ya que con los clientes usaban preservativo, incluso contra la voluntad de aquellos.

Algunas mencionan que la infección debió haber tenido lugar por vía sexual en contextos de consumo intensivo de cocaína, alcohol u otras drogas.

Una única mujer relató haber recibido una transfusión con sangre infectada, algo poco probable en estos años recientes, en que la sangre y los productos derivados son controlados sistemáticamente, control reglamentado por Ley Nacional.

Fueron entrevistadas tanto mujeres cuyo diagnóstico ya tenía más de dos años al momento de la entrevista, como a otras que habían recibido los resultados apenas unos meses o incluso semanas antes.

De la muestra cualitativa, pocas sabían que su compañero vivía con VIH. Algunos varones no lo sabían (se enteraron poco antes, junto con la mujer, o se testearon a raíz del diagnóstico de la mujer; en algún caso se enteró luego de la muerte de él). En otras parejas, las mujeres suponen que ellos ya lo sabían, pero no se lo habían dicho. Y hay casos en que al darle positivo a la mujer, el compañero blanquea ante ella su propia situación.

En términos de fidelidad sexual, varios relatos de las mujeres entrevistadas señalan el contraste entre la actitud de la mujer, totalmente o casi totalmente fiel a su compañero, y la actitud masculina de tener relaciones sexuales de modo sistemático por fuera de la pareja estable.

## Complejizar las escenas sexuales y las trayectorias socio-afectivas

Como señala Vera Paiva (2006), las y los protagonistas de las escenas sexuales, cuando tienen sexo,

no están “infectándose”, sino viviendo experiencias cuyos sentidos siempre son otros (y a menudo son sentidos diferentes para cada protagonista de la misma escena): buscando pasarla bien, “haciendo el amor”, buscando tener hijos, viviendo una pasión desenfrenada, trabajando, infligiendo o padeciendo violencia, así como también despidiéndose o reencontrándose.

¿No le dijiste que estabas infectado?

*No, me acuerdo esta escena, que yo estaba, estaba drogado, ella también, estábamos en un departamento mío que yo me había comprado, estaba por mantener relación, saco un preservativo y dice: “No, no usés, si yo no uso”, y en el momento estaba drogado y no pensé, tal cual. (Ezequiel, Córdoba).*

¿Y tuviste, sufriste alguna situación, por ejemplo, no sé, de violencia, de maltrato? Con mi ex marido sí. Él me, él me levantaba la mano a veces delante de los chicos y mi hija lo llevaba al hermano adentro para que él no viera. Un día [R., nombre del hijo] vio cuando él me estaba ahorcando y [R.] le dijo: “Voy a llamar a la abuela” y ahí me soltó, porque él se iba a llamarla a mi mamá que él me estaba pegando. Y después me quemaba sí con el cigarrillo, cuando yo no quería tener relaciones. [...]

¿Y vos cómo pensás que él se infectó?

*Porque nunca se cuida. Yo sé que hice mal lo que hice ¿no? Pero yo a él lo quise mucho. Él en 2010, no, sí, en 2009 él vino para las fiestas a pasar con nosotros allá en mi casa, el 31 y él me dijo que quería tratar de estar, volver conmigo. Y yo no sabía que estaba embarazada en diciembre, yo estaba saliendo ya con el papá de él, pero él nos veíamos así, nada más que, no en mi casa...*

Sí, por fuera.

*En un hotel. Y él vino y me dijo que quería volver. Pero cuando yo me fui a dormir él quedó en la casa de mi tío que vive al lado, yo me fui a acostar a las tres y media y a las cuatro me llama: “Abrime el portón”, le digo: “Ahora busco la llave”, “No” me dice “Estoy acá en la puerta”, me decía que le abra la puerta de mi casa. “¿Qué pasó?” le digo y le abro la puerta y me dice “No, la moto se me pinchó entonces me voy a quedar hasta que amanezca para encontrar una gomería”. Y entonces agarro y le abro la puerta y entra, había tomado, yo había tomado y me dijo para volver y yo tuve relaciones con él. Yo le pregunté al doctor si él me habrá contagiado ahí y me dijo que posiblemente sí, que él sabía lo que tenía y vino nada más que a eso. Yo le expliqué al doctor lo que pasó, “yo sé que hice mal”, le digo, “porque yo estaba ya con otra persona pero yo lo quería a él, le perdoné los otros engaños” le digo, “sabía que me estaba engañando y yo seguía con él”.*

¿Vos creés que también en su, en su descontrol de alcohol y...? porque él tomaba ¿no? ¿toma mucho?

*Él tomaba y se ponía así, violento. Yo cuando él tomaba yo ya me iba a dormir temprano y no, no, trataba de no estar ahí porque él empezaba a hablar y empezaba a buscar y si yo le contestaba era peor, entonces me iba a dormir. A veces venía, después de estar con la amante y venía tomado...*

A buscarte.

*Sí. Y después de estar, a veces venía a las cuatro de la mañana de casi amanecer con ella, venía como si nada a tener relaciones conmigo y no nos cuidábamos nosotros los años que estuvimos juntos. (Marta, 38 años, Gran Buenos Aires).*

Reconstruir los sentidos típicos de las escenas, así como los sentidos excepcionales, para cada una y para cada uno, en los contextos productores de vulnerabilidad, es fundamental para entender por dónde y cómo se construyen los riesgos, y/o se adoptan prácticas de auto-cuidado o cuidado del otro o la otra. ¿Dónde y cómo podría jugar, por ejemplo en la escena que se relata en el fragmento citado apenas más arriba, el preservativo? ¿Qué perspectivas habría, en esa escena cargada de tal violencia, de contar o preguntar acerca del estatus serológico, o de cuidarse de un embarazo no buscado?

Las categorías legas y expertas para definir escenas y vínculos también son problemáticas. Por ejemplo, tal como utilizamos en la presente investigación, las categorías de pareja: “estable” u “ocasional”. ¿Qué quiere decir estable u ocasional en la vida de las personas? ¿Es lo mismo para una adolescente que para una mujer ya con nietos? No se trata únicamente de un problema analítico, sino que tiene que ver con la posibilidad misma de establecer por dónde pasa la transmisión heterosexual del VIH. Veamos un fragmento de entrevista:

*Yo quería que dé negativo porque... por qué no sé, me parece que no, no hice tanto desastre como para que... bah, uno dice siempre que las que tienen [VIH], andan así en mucho sexo con varios hombres, pero no es así. Eso es lo que yo decía ¿cómo, y yo con este hombre? Y lo que a mí más también me preocupa es que, no sé, yo no sé a quién culpar, yo tuve a mi marido treinta y dos años, y este hombre hace siete años ¿Y quién fue? ¿Mi marido? ¿Este hombre? (Irma, 62 años, Gran Buenos Aires).*

Para muchas mujeres, el VIH no formaba parte de su entorno. No conocían o no reconocían a otras personas cercanas viviendo con VIH, no hablaban del sida, ni habían oído hablar del tema más que por la televisión, por lo cual la posibilidad de que sus parejas o ellas mismas estuvieran infectadas caía por fuera de lo inteligible, aun cuando ex post había signos de alarma muy directos acerca de que el VIH formaba ya parte de sus vidas.

Podemos hipotetizar que persiste una mayor familiaridad con personas y con el tema en personas y grupos determinados que están más socializados con la realidad y la posibilidad de la infección por VIH: usuarios/as y ex usuarios/as de drogas inyectables, varones gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, travestis, y en alguna medida las mujeres que hacen sexo comercial. En investigaciones previas (Pecheny, Manzelli y Jones 2002, 2007) no solamente de Argentina se evidenció la mayor sorpresa y negación ante la propia infección o la de sus seres queridos, entre quienes fueron contruidos históricamente como menos vulnerables o incluso “invulnerables” al sida: las mujeres y los varones heterosexuales que no formaban parte de los entonces llamados grupos de riesgo.

*[Mi pareja] Estuvo dos meses internado de neumonía. Después, aparentemente, se curó de la neumonía y con todos los remedios que le dieron le subió la presión y no se cuidaba. No quería, él no era enfermo, porque nunca fue enfermo, era deportista, jugaba a la pelota. Le dieron medicamento y no tomaba. Así que anduvo ahí... ¿Nunca sospechaste que él tenía el virus?*

*Yo no sé, sí, podía ser que sospechaba pero como nadie me decía, yo iba, preguntaba y me decía: “Y, tiene que esperar”, porque le llevaba unos frascos así al hospital de C. y de allá lo rechazaban porque no tenía que ser en ese frasco, tenía que ser un frasco, qué sé yo, esterilizado, un montón de cosas. Así que no le hicieron después. Después fue a la Capital y allá se enfermó y cuando se internó en el hospital, eh... P. creo que es. Sí, P.*

*El P, ese que está en Flores. Y ahí, bueno, a él, bueno, a él le agarró un ataque, anduvo entre todo eso, le agarró un ataque cerebral y ya, viste, de ahí no se levantó más. Y me decían los médicos, viste, íbamos a pedir: “Y, él tiene una, un...” ¿Cómo era? “Un virus muy malo” decía la doctora, pero nunca nos dijo.*

*Nunca te dijo nada.*

*Y le hicieron, le llevaron, dice: “Ahora cuando van a venir los análisis, pero dentro de un mes van a tener que venir”. Y nunca fuimos a buscar. Se murió él y, bueno...*

*Y quedaron ahí.*

*Quedaron ahí. Nunca se fue a buscar. (Irma, 62 años, Gran Buenos Aires).*

Además de mostrar la vulnerabilidad individual, ligada a la información y valores de la mujer, y la vulnerabilidad social, ligada a los recursos materiales y simbólicos, a sus redes sociales de interacción; aquí vemos cómo opera lo que Ayres y Paiva denominan vulnerabilidad programática: ¿cuán-

tas oportunidades de prevención, o de al menos un diagnóstico precoz, desperdició en este caso el sistema de salud? Esta mujer no vive con VIH, hoy, por casualidad, ni siquiera por haber tenido relaciones sexuales desprotegidas, sino porque se construyó un contexto que vulnerabiliza a mujeres heterosexuales de bajos recursos económicos y poca información sobre transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS). En dicha construcción de vulnerabilidad, como lo ilustra el fragmento, la falta de acción o la acción inadecuada del sistema de salud no es exterior al problema.

Si la sexualidad y los vínculos son polisémicos, también lo es la prevención, el cuidarse, el ser responsable de la sexualidad o de la salud. El modelo preventivo de la inmunización parece ser el único que, para algunas mujeres, prevalece en su decodificación subjetiva. Si el Papanicolaou es también erróneamente pensado como “preventivo” – cuando en realidad apunta a la detección precoz – el test del VIH también opera, cuando la consejería está ausente o no es adecuada, como una falsa práctica de prevención del VIH, que suplanta al uso sistemático del preservativo (u otras medidas como podría ser el testeo simultáneo de la pareja o parejas):

*Aparte el último análisis mío fue en septiembre del 2010 y me dio negativo.*

*¿De VIH?*

*Sí.*

*Ah, ¿Vos solías hacerte análisis?*

*Todos los años me hago.*

*Como una rutina.*

*Sí, junto con el ginecológico me hacía ese.*

*¿Y por qué te lo hacías?*

*Bueno, por prevención.*

*¿Pero porque no te cuidabas?*

*No, no me he cuidado, no, no. “Porque te conozco, porque ya pasó un mes, porque ya pasaron dos, porque...” (Irene, 51 años, Capital Federal).*

Aquí también hay “responsabilidades” individuales (ligadas a la falta de información, a valores contradictorios, a la falta de voluntad o iniciativa) y programáticas, derivadas de la ausencia de intervenciones adecuadas desde los profesionales, servicios e instancias gubernamentales que pueden contribuir con acciones y recursos a instalar comportamientos individuales y colectivos de cuidado y autocuidado.

En otras entrevistas, se plantearon historias de cómo la mujer contrajo el VIH, o cómo se infectó la pareja, que admite más de una hipótesis. En algunos pocos casos, los relatos que la mujer construyó sobre la vía probable de infección, nos llevaron a sospechar otras vías probables o más probables. No se trata aquí de desconfiar de la veracidad del relato (es decir, en qué medida la mujer está convencida de su propio relato, en qué medida dice la verdad o está mintiendo), sino que los propios datos objetivos de las trayectorias abonan la posibilidad de alternativas tanto de la vía de infección, como de quién contrajo el virus con mayor o menor antigüedad en el seno de una pareja.

Una mujer entrevistada en el componente cualitativo, por ejemplo, se enteró del diagnóstico de VIH en ocasión de un embarazo buscado. Ella dedujo que se había infectado en una transfusión sanguínea recibida en 2010, a raíz de una complicación de una pérdida de embarazo. En Argentina, la sangre para transfusión está muy bien controlada; por ello este equipo dudó acerca de la plausibilidad de que la infección se debiera a sangre infectada. Su compañero, también entrevistado para la investigación, aporta otra perspectiva al relato.

*Antes de que naciera nuestra bebé, antes de que ella naciera, a los tres meses nos enteramos, en un análisis que se hizo ella saltó positivo, salió positivo en lo que tenía. Cuando ella se enteró, al tiempo me contó a mí, yo tenía ganas de, no sé, tenía ganas de hacer, lo primero que se me cruzó por la cabeza fue estrangularla, por decirlo así,*





Resumiendo, comprender la vulnerabilidad a la infección por el VIH no equivale a identificar las vías de transmisión del virus. Los datos sobre prevalencia de algunas prácticas y situaciones indican ciertas escenas protagonizadas y/o experimentadas por las mujeres y ciertas trayectorias subjetivas y relacionales que pueden materializarse en la infección, pero que van más allá del acto en que esto sucede.

La transmisión del virus puede darse en determinadas escenas muy “excepcionales” (hoy en día, por ejemplo, en una transfusión; o en caso de una violación callejera) o bastante típicas (por ejemplo, en el marco de relaciones sexuales para buscar un embarazo, o en el marco de la vorágine de una situación pasional quizá multiplicada por el uso de drogas y/o alcohol). Asimismo, la transmisión del virus sucede en trayectorias personales (sexuales, afectivas, familiares, laborales, que pueden o no incluir determinadas prácticas y situaciones de mayor riesgo ante la infección).

Es por ello que preguntamos a todas las mujeres, independientemente de la vía indicada de infección, generalmente heterosexual, sobre diversas prácticas y las de su pareja actual o parejas anteriores, y sobre algunas situaciones que pudieran contribuir o haber contribuido a la vulnerabilidad individual y social o relacional.

Las preguntas pedían especificar si las prácticas o situaciones tuvieron lugar el último año y/o en el pasado, o nunca, con el fin de determinar en qué medida forman parte del contexto actual y/o de infección, y/o si se trata de eventos o períodos de sus trayectorias biográficas.

El modo en que estaban formuladas las preguntas permite discriminar temporalmente: nunca; en el pasado pero no el último año; en el pasado y también el último año; en el último año pero no en el pasado. Para el análisis, presentaremos separadamente los datos para la trayectoria, en lo que sigue, y para el momento presente (mejor dicho, los datos agregados del último año), más abajo en este Informe.

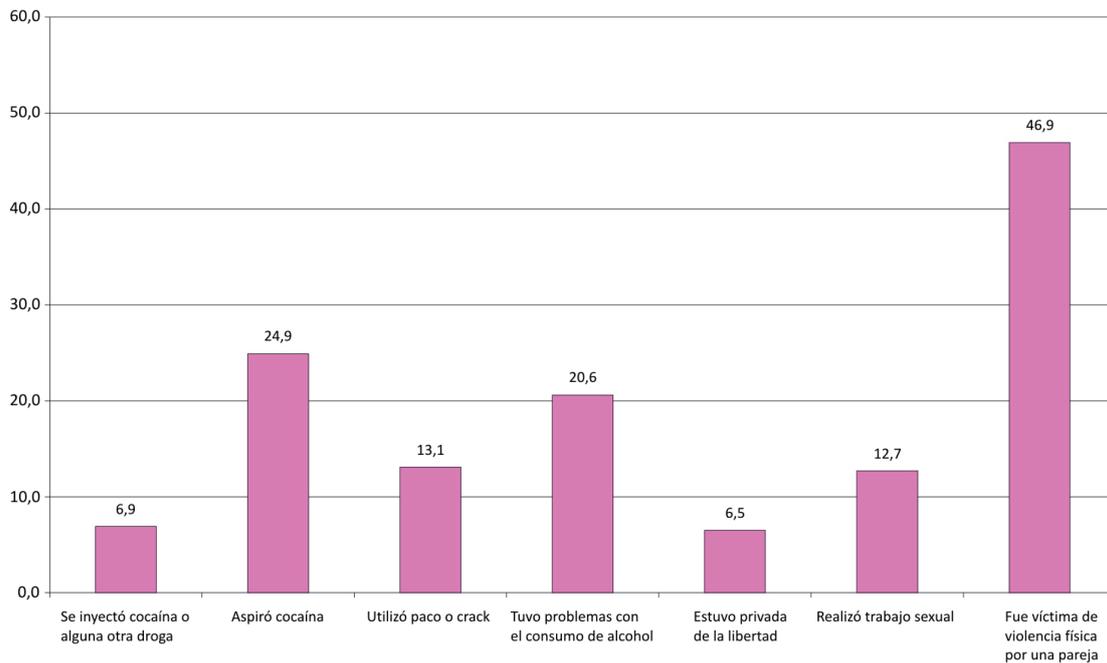
Las preguntas se refieren a prácticas y situaciones que configuran dimensiones de vulnerabilidades específicas al VIH, como es el trabajo sexual, el encarcelamiento, el uso problemático de alcohol y uso de drogas en la vida de estas mujeres y/o en sus escenas o parejas sexuales. Si bien de acuerdo con sus formas de consumo, el abuso de alcohol y el paco no transmiten el VIH, nos parece importante incluirlas ya que pueden contribuir a la vulnerabilidad individual o social de las mujeres, así como formar parte de escenas (sexuales) en las que la protección mediante uso de preservativos se vuelve difícil sino imposible.

El Gráfico 5.1. muestra la proporción de mujeres que respondió afirmativamente haber tenido cada práctica o experimentado la situación alguna vez en la vida, más allá de si continúa o no dicha práctica en el presente. Los datos sobre el último año no se exponen en este capítulo, sino en el capítulo siguiente, al referirnos a la situación actual de las mujeres. La pregunta acerca de “alguna vez en la vida” es un modo de acercarnos al contexto de vulnerabilidad de la entrevistada en toda su trayectoria previa al diagnóstico.



**Gráfico 5.1.**

Mujeres viviendo con VIH, porcentaje de mujeres que realizaron determinadas prácticas o estuvieron en determinadas situaciones alguna vez en la vida. (EMDR, Argentina, 2011). N=465



Comenzando por las experiencias y prácticas de las propias encuestadas, el 6,9 por ciento indicó haberse inyectado cocaína alguna vez en la vida, proporción mayor a la que considera haberse infectado por uso inyectable de drogas (1,3%).

El 24,9 por ciento aspiró cocaína y el 13,1 por ciento fumó paco. Según los relatos del componente cualitativo, en muchas trayectorias es posible determinar “períodos” de consumo intensivo seguidos de períodos de menor consumo o sin consumo, a veces solamente en el pasado y no recientemente. A su vez, para muchas otras el consumo de cocaína aspirada ha sido esporádico o puntual.

En cuanto al alcohol, el 20,6 por ciento reconoció haber tenido al menos una vez problemas de abuso.

El 12,7 por ciento de las mujeres realiza o realizó alguna vez trabajo sexual o estuvo en situación de prostitución.

El 6,5 por ciento de las mujeres encuestadas estuvo privada de la libertad alguna vez en la vida.

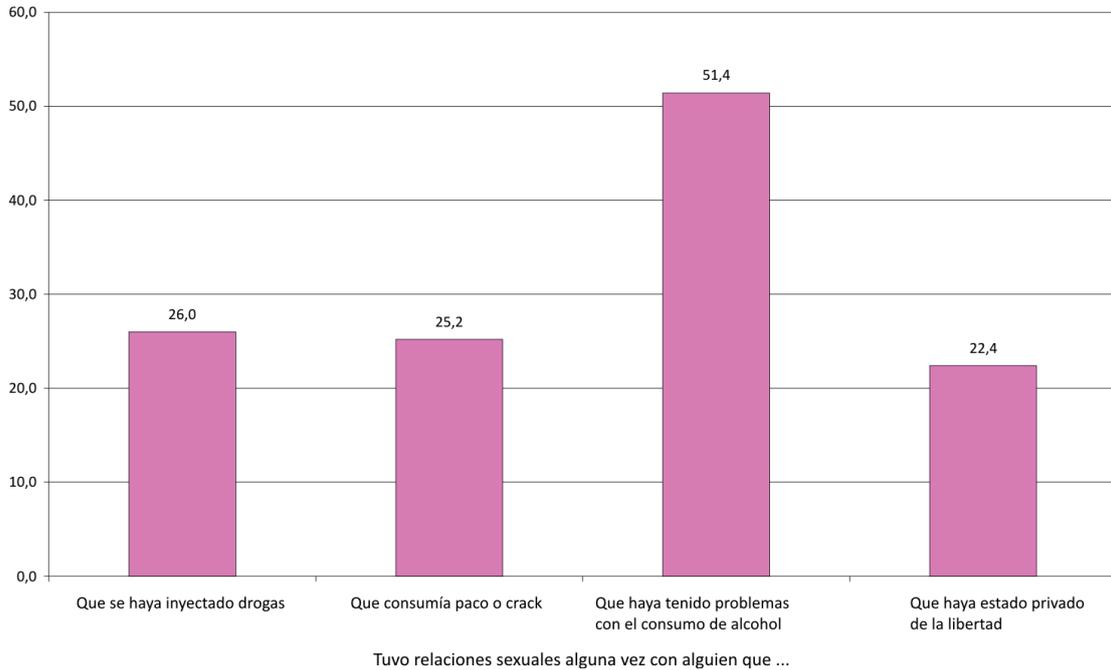
Cuando se consideran las situaciones de manera relacional, los datos sobre prácticas y situaciones de los compañeros a lo largo de la vida también expresan dimensiones específicas de la vulnerabilidad de estas mujeres a contraer el VIH. Los datos son significativos: al menos el 22,4 por ciento de las mujeres tuvo relaciones sexuales con alguien que estuvo preso; el 26,0 por ciento con un compañero que se inyectaba drogas; el 25,2 por ciento con un varón que utilizaba paco, y el 51,4 por ciento tuvo relaciones sexuales o de pareja con un varón que abusaba del alcohol (ver Gráfico 5.2.).

Estos porcentajes están estimados incluyendo en el denominador a quienes indicaron no poder saberlo con certeza; es decir, los valores deben interpretarse como mínimos, ya que en muchos casos la entrevistada puede desconocer prácticas y experiencias que sus parejas hayan tenido tanto mientras estaban con ellas como en el pasado.



**Gráfico 5.2.**

Mujeres con VIH, porcentaje de mujeres que declararon haber tenido relaciones sexuales alguna vez con parejas que realizaron determinadas prácticas. (EMDR, Argentina, 2011). N=465



Resumiendo: como lo expresa el Gráfico 5.2., un cuarto de la muestra tuvo compañeros ocasionales o parejas estables con experiencia de uso inyectable de cocaína u otras drogas, y otro tanto señaló al paco; un cuarto de la muestra se vinculó sexualmente con alguien que alguna vez estuvo privado de su libertad; y más de la mitad de la muestra con alguien con problemas con el alcohol. Estos datos sirven para contextualizar qué se entiende, para el caso de estas mujeres, por transmisión heterosexual del VIH.

La violencia conyugal apareció en la encuesta con datos alarmantes. Como se ve en el Gráfico 5.1., más arriba, casi la mitad de las mujeres encuestadas (46,9%) fue alguna vez víctima de violencia por parte de una pareja. En conjunto, estos datos ratifican la impresión señalada por las mujeres de las redes viviendo con VIH, que formaron parte del equipo de trabajo, quienes señalaron a la violencia conyugal como un aspecto central de la vulnerabilidad al VIH: según su impresión, no es en “cualquier relación” ni en cualquier momento de la pareja en que se manifiesta la vulnerabilidad, sino en estos momentos particularmente violentos – acentuados sobre todo por el alcohol primero, y también por otras drogas, particularmente la cocaína. El vínculo entre violencia, sexualidad y uso de alcohol/drogas es un aspecto para profundizar en futuras investigaciones.

Calcular los porcentajes de manera combinada permite nuevamente matizar y contextualizar cómo es la vulnerabilidad de las mujeres encuestadas ante el VIH, aun cuando la vía de transmisión pueda definirse estrictamente – y correctamente – como “transmisión sexual heterosexual”, “sexo heterosexual sin protección”, o denominaciones similares.

#### Cuadro 5.4.

Situaciones de riesgo seleccionadas a las que estuvieron expuestas las encuestadas o alguna de sus parejas (EMDR, Argentina, 2011)

Situación de prostitución		Situación de prostitución	
Privada de libertad		Sexo con varón privado de libertad	
Utilizó drogas inyectables		Sexo con varón que usaba drogas inyectables	
<b>Situación de riesgo</b>			
Ninguna de estas situaciones	80,0%	Ninguna de estas situaciones	44,1%
Una de estas situaciones	14,8%	Una de estas situaciones	31,4%
Dos de estas situaciones	4,3%	Dos de estas situaciones	17,0%
Tres de estas situaciones	0,9%	Tres de estas situaciones	7,5%

Fuente: EMDR, 2011.

Si se complejiza el análisis, seleccionando tres situaciones sobre las que se indagó en la encuesta, se observa que al tomar las experiencias personales de la mujer considerada individualmente, el 80 por ciento de la muestra estuvo "únicamente" expuesta al VIH en sus relaciones sexuales (ocasionales y/o estables) no comerciales, no usaron drogas inyectables y no estuvieron presas. Casi el 15 por ciento de las mujeres sí estuvo en alguna de estas situaciones (uso de drogas inyectables, privación de libertad, situación de prostitución) que aumentan la vulnerabilidad. Algo más del 4 por ciento estuvo dos de estas situaciones.

Al tomar a la mujer en su marco de relaciones de pareja, se evidencia que menos de la mitad de la muestra estuvo "únicamente" expuesta al VIH en sus relaciones heterosexuales no comerciales. Estas relaciones fueron desprotegidas, sin uso sistemático de preservativos: algunas de ellas buscaban tener hijos; otras se cuidaban con anticonceptivos (pastillas, DIU), métodos más eficaces para prevenir embarazos no buscados; otras simplemente no habían incorporado los cuidados de embarazo ni ITS a sus relaciones sexuales y afectivas. Suponiendo al compañero seronegativo, o sin haberse planteado la cuestión del sida, lógicamente no usaban preservativos.

*¿Cómo era el vínculo entre ustedes, con esta persona [la pareja de la cual contrajo el VIH]?*

*Vínculo de cariño, de... o sea, fue una relación corta, pero fue una relación.*

*¿Y cómo se habían conocido?*

*Eh, nos conocimos así del barrio, como vecinos. Y bueno, pasó un largo tiempo hasta que, hasta que tuvimos relación, digamos. (...) Vos si lo veías decís, era una persona normal, común y corriente. La verdad que no...*

*No parecía que tenía VIH.*

*No, no, no.*

*¿Y ustedes hablaron, ante de tener relaciones, hablaron del tema del VIH, de cuidarse?*

*No, no, no... Yo le pedía que se cuidara, pero más por cuestión de no quedar embarazada que...*

*Pensando en una enfermedad de transmisión sexual.*

*Sí, exacto.*

*O sea que preservativos no usaron.*

*Eh, las primeras veces sí, después por ahí, por ahí no.(...) La verdad que confié en esa persona y no, no, la verdad que no pensé, como te decía, no pensé que me podía pasar a mí.*

*Pero vos, la información de cómo cuidarte, ¿la tenías?*

*Sí, sí.*

*¿Y de dónde la habías incorporado?*





El uso de drogas forma parte de espacios de sociabilidad, de relaciones socio-afectivas y de escenas de cortejo y seducción. Para algunas mujeres, existen separadamente los grupos o personas con los cuales se comparte el uso intensivo de drogas, y luego, otra serie de lazos sociales, familiares y afectivos. Los vínculos erótico-afectivos transitan de un espacio al otro (y así el muchacho que se conoció tomando termina asistiendo a la casa familiar).

La permanencia o recaída de estas mujeres y/o sus parejas en el uso intensivo de drogas lleva muchas veces a la disolución de aquellos vínculos también forjados en espacios de consumo.

Vos me habías dicho que pensás que este chico... ¿no? te contagió, tu ex pareja.

¿Ustedes eran novios?

Sí.

¿Y cómo se habían conocido?

*Tomando, o sea, tomando. Yo estaba drogándome y él estaba tomando, y fue un momento que él quedó como flash, así, dice que amor a primera vista según él. Y yo lo miré y me pareció agradable, un morocho agradable y empezamos hablar, a hablar y, bueno, a hacer conversación, empezamos a salir, asistía a mi casa, todo. Y bueno, yo seguía concurriendo a la salita, haciendo todo lo que yo tenía, mis responsabilidades, hasta que bueno, de vuelta recaí, caí de vuelta en la droga y me dejé estar y él se fue. Todo eso me pasó cuando él se fue. (Patricia, 24 años, Salta).*

La noticia del diagnóstico de VIH parece alejarlas, provisoria o definitivamente, del consumo. En algún caso, tras el diagnóstico sobrevino el alejamiento de los espacios de sociabilidad ligados al consumo, a través de la reclusión en el ámbito familiar. Muchas “vuelven” al hogar familiar tras el diagnóstico de VIH positivo; en otros casos, el diagnóstico vino acompañado por una merma en los ingresos (renuncias o despidos del trabajo, abandono de la situación de prostitución, o del “fraccionamiento y venta” de drogas como fuente para cubrir gastos – y en algunos casos por internación y/o maternidad); finalmente, algunas intentan disminuir el consumo en pos de un estado de bienestar general que les permita afrontar, cuando lo deciden y/o se lo indican, el tratamiento de VIH.

¿Y qué tipo de drogas consumís?

Cocaína.

¿Aspirada, la aspirás?

Sí, sí, sí.

¿Paco?

No, nunca.

Solamente cocaína aspirada. ¿Y alcohol?

No, últimamente no.

Últimamente no.

*No, desde que me enteré del diagnóstico y que me brotó con esto de la piel, ¿Cuándo fue? Bueno, este fin de semana me tomé una cerveza nada más. Pero desde que empecé, a lo que yo era, nada. Nada, lo dejé.*

O sea que, de alguna manera, el diagnóstico también te está sirviendo como para frenar un poco el tema del consumo de alcohol.

Sí, sí, todo, moderación de, de todo. Aparte... [Se superponen]

Además de... ¿Perdón?

La parte económica también.

¿La parte económica en qué sentido?

*Y, la parte económica en el hecho de antes tenía alguien que me daba la plata, como que me mantenía y ahora no, ahora, como que ahora vivo con el tema de la asignación, entonces o es una cosa o...*

¿La asignación universal por hijo?

*Claro. No es lo mismo. Entonces por eso bajó y... Pero el tema de la, de la, de la...*









## Situación de pareja en el momento del diagnóstico

El 75 por ciento de las encuestadas se encontraba con una pareja estable al momento de realizarse el análisis y tener un resultado positivo: un 11 por ciento casada, un 46 por ciento conviviendo en pareja y un 18 por ciento de novia pero sin convivir. Una de cada cuatro mujeres estaba sin pareja estable (Cuadro 6.1.).

**Cuadro 6.1.**  
Mujeres viviendo con VIH. Situación de pareja al momento del diagnóstico (EMDR, Argentina, 2011)

	%
Con pareja estable	75,7
Conviviendo en pareja	46,0
Casada	11,2
De novia	18,5
Sin pareja estable	24,3
Total	100,0
N	465
Continuidad de la pareja después del diagnóstico	
Siguen juntos/as actualmente	61,1
Se separaron por razones vinculadas al VIH	17,0
Se separaron por otras razones	14,8
Él o ella falleció	7,1
Total	100,0
N (mujeres con pareja estable al momento de diagnóstico)	352

Fuente: EMDR, 2011.

De las encuestadas que se encontraban con pareja estable al momento del diagnóstico, el 60 por ciento siguió con la misma pareja. Cuarenta por ciento, por el contrario, cambiaron su situación conyugal después del diagnóstico. El 17 por ciento de las encuestadas se separó de su pareja por razones vinculadas al VIH; el 7 por ciento perdió la pareja con la que estaba al momento del diagnóstico porque la pareja falleció, mientras que un 14,8 por ciento se separó de su pareja al momento del diagnóstico, pero por razones no vinculadas al VIH.

Como lo muestra el Cuadro 6.2., actualmente, casi la mitad de las mujeres encuestadas vive con una pareja: la mayoría son convivientes de hecho, y en menor medida están casados legalmente. Alrededor de un 10 por ciento adicional mantiene una relación de noviazgo. El 40 por ciento restante no tiene una relación de pareja estable.

**Cuadro 6.2.**  
Mujeres viviendo con VIH. Distribución de las mujeres según su situación de pareja actual (EMDR, Argentina, 2011).

Situación de pareja actual	%
Casada o conviviendo con un hombre	47,8
Con novio	9,5
Conviviendo o de novia con una mujer	1,3
Sin pareja o relación estable	41,4
Total	100,0
N	465

Fuente: EMDR, 2011.

Entre quienes no están en pareja, la preocupación acerca de la posibilidad de entablar una relación es una de las más referidas en las entrevistas: si bien el momento de la vida o tener/no tener hijos son factores señalados como determinantes, también lo es la infección por VIH – contárselo al otro, cuándo, cómo, cómo lo tomará él... Entre quienes están en pareja más o menos estable, el tema del VIH también es esencial para los esfuerzos de sostener el vínculo, pero con otras características: adaptar los cuidados, el estado serológico de la pareja (determinarlo si aún no se sabe, ver cómo sigue la relación con compañero seropositivo o seronegativo, etc.).

Las relaciones de pareja, cuando son estables, parecen ser bastante duraderas. El 35 por ciento está en pareja estable desde hace al menos seis años, y casi un 30 por ciento adicional entre 3 y 5 años. Sólo una minoría está en una relación formada recientemente, que date de menos de seis meses.

Como ilustra el Cuadro 6.3., de las mujeres que están en pareja, la mitad tiene un compañero que es seropositivo, y el 28 por ciento un compañero seronegativo. El 25 por ciento restante desconoce el estado serológico de su pareja. En la mayoría de los casos en que no sabe, el compañero no se había realizado el test (al menos esto es lo que sabía o suponía la mujer encuestada), mientras que una pequeña proporción indicó que no había hablado del tema del testeo con su pareja.

**Cuadro 6.3.**

Mujeres viviendo con VIH en pareja. Duración de la relación de pareja y estado serológico de la pareja. (EMDR, Argentina, 2011).

Características de la relación de pareja	%
Duración de la relación	
1 a 5 meses	5,9
6 a 11 meses	4,8
1 a 2 años	27,0
3 a 5 años	27,0
6 años y más	35,2
Total	100,0
N	270
Estado serológico de la pareja	
Es seropositiva	48,9
Es seronegativa	28,1
No se hizo el test	17,4
No sabe, no han hablado del tema	5,6
Total	100,0
N (mujeres en pareja o de novias)	270

Fuente: EMDR, 2011.

Las situaciones en la que la encuestada no conoce el estado serológico de su pareja suelen darse en relaciones más recientes, donde el desconocimiento es mutuo, dado que a veces ellas tampoco han revelado a la pareja su estado seropositivo. Sin embargo, y como puede deducirse de la falta de conocimiento aun en el marco de relaciones que datan de al menos un año, es posible que muchas mujeres tengan dificultades para abordar el tema con sus parejas.

En síntesis, menos de un tercio de los compañeros de las mujeres de la muestra son seronegativos; de un cuarto no podemos saber el estado serológico, y casi la mitad son seropositivos. Son 132 mujeres las que declaran que su pareja es seropositiva; eso corresponde al 28,4 por ciento del total de la muestra (actualmente con pareja o sin pareja).

## Vida sexual durante el último año

En cuanto a la vida sexual se indagó, en primer lugar, si la entrevistada había mantenido relaciones sexuales durante el último año y si dichas relaciones habían sido con parejas estables, ocasionales, o con ambos tipos de pareja. Para aquellas que recibieron su diagnóstico hace menos de un año, se preguntó por el período post-diagnóstico.

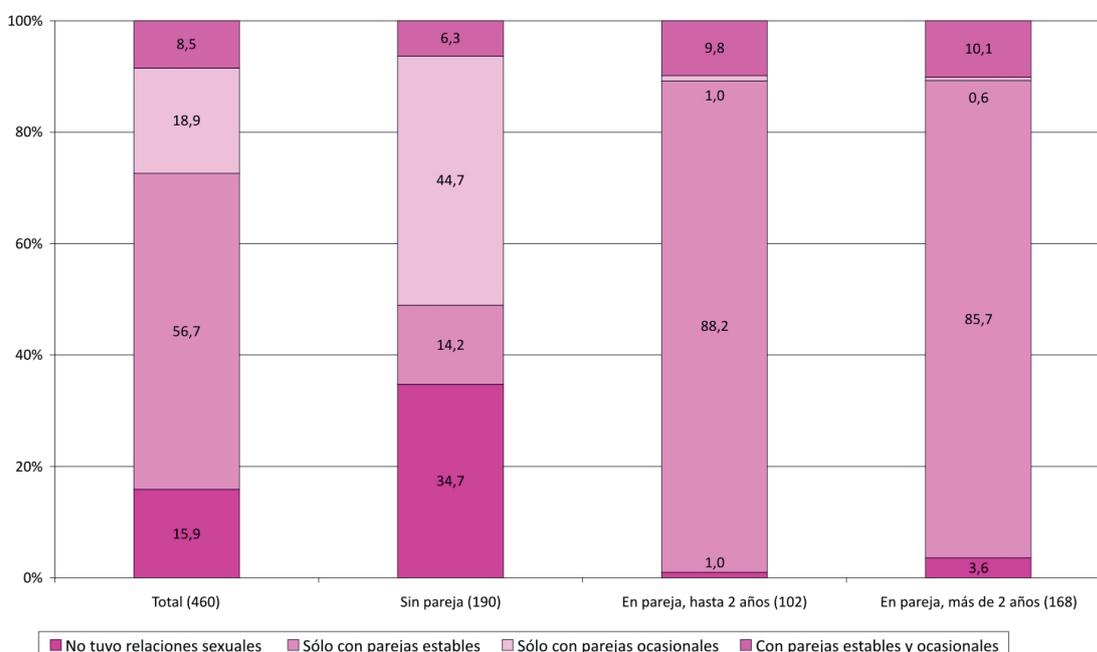
Cuando se considera en conjunto a todas las mujeres encuestadas (la primera columna, que refiere al total de quienes respondieron la pregunta, en el Gráfico 6.1.), se observa que el 15,9 por ciento no ha mantenido relaciones sexuales durante el último año.

Este porcentaje, considerando el hecho de que son mujeres jóvenes e iniciadas sexualmente, habla de la dificultad y reparos que tienen muchas de las mujeres a mantener una vida sexual activa. Sea por el miedo vinculado a la posibilidad de infectar a una pareja, el desconocimiento asociado a poder mantener relaciones sexuales protegidas, al desánimo y tristeza que acompaña a las mujeres en la etapa post-diagnóstica, e incluyendo a quienes enviudaron recientemente, redundando en que una importante proporción de la muestra señala no tener actualmente una vida sexualmente activa.

El 84,1 por ciento restante indicó que sí había mantenido relaciones sexuales durante el último año: 56,7 por ciento sólo con parejas estables, 18,9 por ciento con parejas estables y ocasionales, y el 8,5 por ciento restante sólo con parejas ocasionales. La situación de pareja (con o sin pareja estable) de la mujer condiciona su actividad sexual. Las mujeres en pareja dicen tener una vida sexual activa, generalmente circunscripta a su pareja estable, en mayor proporción que aquellas que no están en pareja (Gráfico 6.1.).

**Gráfico 6.1.**

Mujeres viviendo con VIH. Actividad sexual durante el último año según si está en pareja y duración de la relación.  
(EMDR, Argentina, 2011).



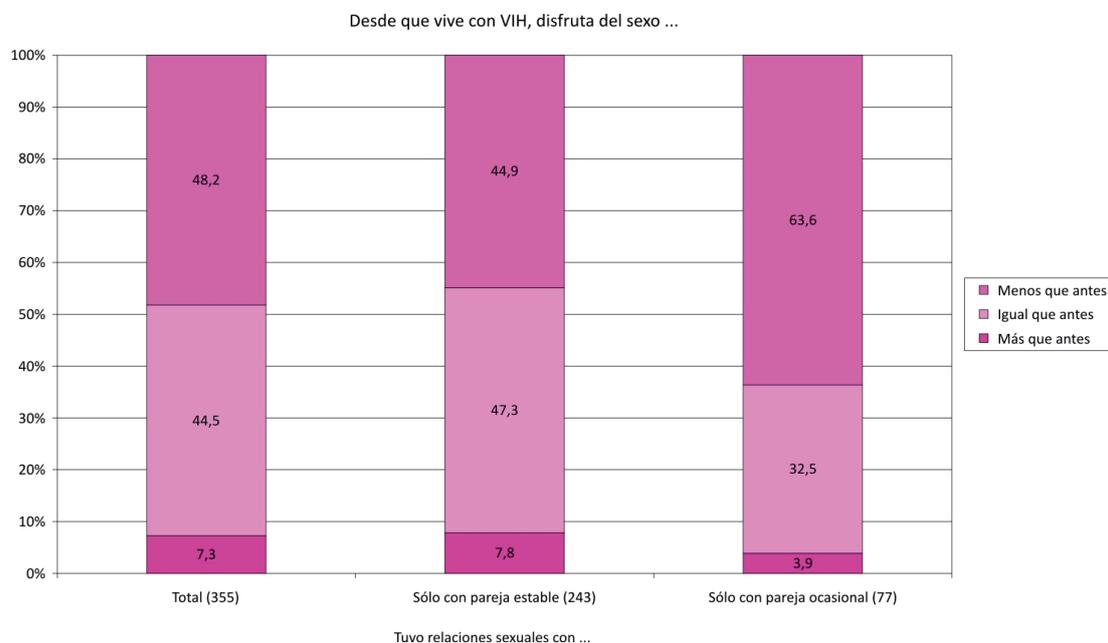
Como muestra el Gráfico 6.1., las mujeres que no están en pareja son quienes con mayor frecuencia entablan relaciones sexuales con parejas ocasionales. Pero, asimismo, una de cada diez mujeres en pareja, sean relaciones más o menos prolongadas, mantiene relaciones sexuales tanto con su pareja estable como con otras ocasionales.

A aquellas mujeres que indicaron haber tenido relaciones sexuales durante el último año se les indicó que calificaran su vida sexual. Casi el 70 por ciento de las mujeres calificaron su vida sexual actual como "satisfactoria" o "muy satisfactoria", mientras el 30 por ciento restante la calificó como "poco satisfactoria" o "nada satisfactoria" (no se muestra en cuadros).

Los niveles aparentemente altos de satisfacción de las mujeres con su vida sexual actual deben matizarse con las respuestas en torno a cambios en el nivel de satisfacción sexual a *posteriori* del diagnóstico. Se le pidió a cada mujer encuestada que indicara si su vida sexual había mejorado, empeorado o era más o menos igual luego del diagnóstico. La mitad de las mujeres manifestó que disfruta menos de sus relaciones sexuales desde que recibió su diagnóstico, un 44 por ciento no ha notado diferencias mientras que una minoría (7%) declaró tener una vida sexual más satisfactoria desde el diagnóstico (Gráfico 6.2., columna del Total).

**Gráfico 6.2.**

Mujeres con VIH que han tenido relaciones sexuales durante el último año (N=355).  
 Nivel de satisfacción sexual en comparación con la situación anterior al diagnóstico, según el tipo de pareja con la que ha entablado relaciones sexuales. Argentina, 2011.



Al lado de la columna Total, las siguientes columnas del Gráfico 6.2. muestran la evaluación que hacen las mujeres sobre su vida sexual en comparación a antes del diagnóstico, distinguiéndose si tuvieron relaciones sexuales solo con una pareja estable o solo con parejas ocasionales. No examinamos separadamente a las que tuvieron relaciones sexuales con ambos tipos de pareja (estables y ocasionales) dado su bajo número de casos; los N difieren a veces respecto de otros cuadros o gráficos, pues en cada caso hay algunas pocas mujeres que no han respondido la respectiva pregunta.

Las mujeres que mantienen relaciones sexuales solo con parejas ocasionales indican con mayor frecuencia que sus pares que mantienen relaciones sexuales con su pareja estable, que su vida sexual ha empeorado en comparación a como lo era antes del diagnóstico. En síntesis, la noticia sobre el diagnóstico afecta de manera importante la sexualidad de las mujeres, y particularmente más a aquellas mujeres que al momento del diagnóstico no estaban en pareja o han roto su relación, y restringen su vida sexual a encuentros con parejas ocasionales.

## Uso de preservativo

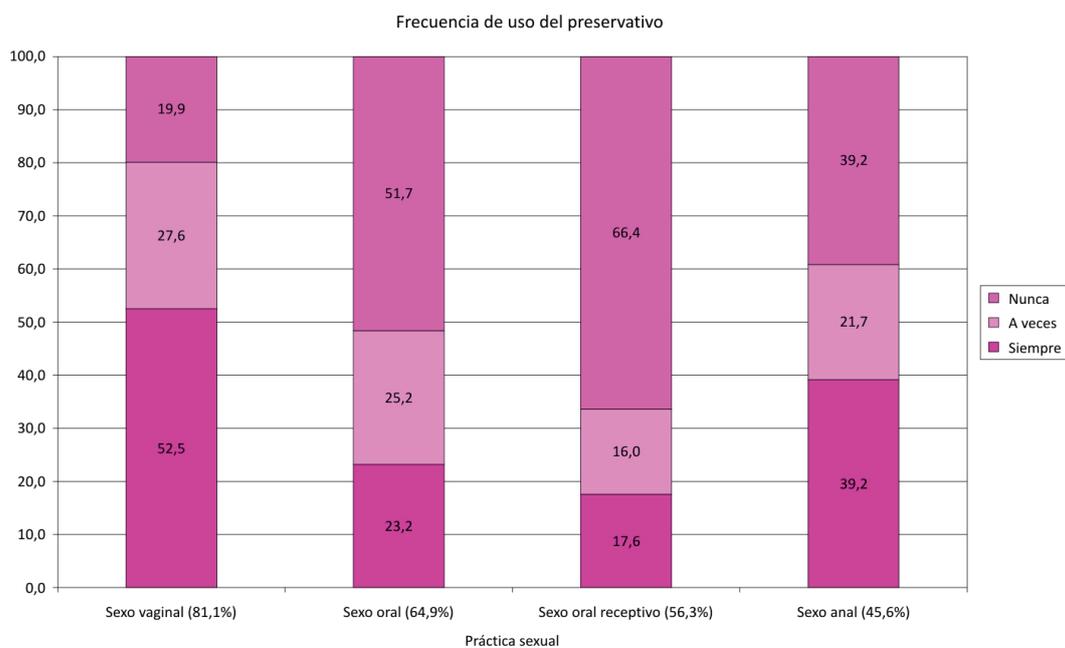
El uso del preservativo es esencial en la prevención de la transmisión del VIH y las re-infecciones, así como de otras infecciones de transmisión sexual. La encuesta relevó información sobre el uso de preservativo durante las relaciones sexuales en general. Adicionalmente, se indagó sobre el uso del preservativo en prácticas sexuales específicas. De esta manera se le preguntó a cada mujer si durante el último año, y en cada práctica sexual especificada, usaba preservativo siempre, a veces, o nunca, o no había tenido dicha práctica sexual.

El Gráfico 6.3 muestra la distribución del uso del preservativo entre todas las mujeres que tuvieron cada práctica específica. La proporción de mujeres que tuvo cada práctica está especificada entre paréntesis debajo de cada columna.

El uso del preservativo no es ni consistente ni extendido entre las mujeres viviendo con VIH encuestadas y varía, a su vez, de acuerdo a la práctica sexual que se trate.

**Gráfico 6.3.**

Mujeres viviendo con VIH que tuvieron relaciones sexuales durante el último año. Porcentaje que tuvo cada práctica sexual, y distribución de la frecuencia de uso del preservativo durante cada práctica.



En la muestra, el sexo vaginal es la práctica más frecuente entre las mujeres viviendo con VIH; el 81 por ciento de las mujeres hoy sexualmente activas indicaron haberlo practicado. Para esta práctica, el 20 por ciento de las mujeres no utiliza nunca el preservativo, y el 28 por ciento de manera intermitente. Sólo el 53 por ciento declara utilizarlo siempre, de manera sistemática (en la muestra de 2006, compuesta aquella vez de mujeres viviendo con VIH sin distinción de antigüedad del diagnóstico, 66,4% de las mujeres dijeron haberlo usarlo siempre los doce meses previos).

En otras prácticas sexuales, no-reproductivas, como el sexo oral, el sexo oral receptivo y el sexo anal, el uso sistemático del preservativo es más bajo.

En el caso del sexo anal, práctica sexual potencialmente riesgosa para reinfección del VIH y para otras ITS, que realizaron la mitad de las entrevistadas, el 39,2 por ciento no utilizó nunca el preservativo, el 21,7 por ciento lo ha usado a veces, mientras que sólo el 39,2 por ciento declara utilizar condón de manera sistemática para dichas relaciones (en 2006, respondieron esto el 68,8% de las mujeres).



El uso del preservativo para sexo oral, sea tanto para darlo como para recibirlo es aún más esporádico, siendo sólo una minoría las mujeres que lo utilizan siempre. Para el sexo oral (felación), dijeron usar siempre preservativo el 23,2 por ciento de quienes tuvieron la práctica; y para el sexo oral receptivo (cunnilingus), señalaron uso sistemático el 17,6 por ciento de quienes tuvieron la práctica. (Nota: según las entrevistas cualitativas, “nadie”, es decir ningún varón, usa el preservativo para practicar sexo oral a una mujer. La evidencia cualitativa parece reflejar mejor la realidad que las respuestas a la encuesta que, quizá, incluyen respuestas llamadas de cortesía, o sea aquellas que la encuestada cree que la encuestadora esperaría recibir). Los porcentajes de uso sistemático son más bajos que los encontrados en 2006: 38,8 por ciento para las felaciones y 36,4 por ciento para el sexo oral receptivo.

En todo caso, más allá de las diferencias en los criterios de inclusión en la muestra, los datos actuales registran un uso sistemático de preservativo más bajo que en las mujeres encuestadas hace cinco años (Pecheny y Manzelli 2008: 71).

Otro de los aspectos que evaluamos es si la prevalencia y frecuencia del uso de preservativo para las diferentes prácticas sexuales variaba de acuerdo con el tipo de pareja sexual de la mujer, es decir con parejas estables o con parejas ocasionales. Los resultados revelan un nivel de uso similar en las distintas prácticas entre las mujeres que tuvieron relaciones sexuales con pareja estable en comparación con quienes tuvieron relaciones con parejas ocasionales (no se muestra en cuadros).

Adicionalmente se controló la prevalencia de uso de preservativo en las distintas prácticas sexuales entre las mujeres que habían sido notificadas de la infección al menos hacía un año, de manera de medir sólo desde el momento que supieran de su diagnóstico. Los datos surgidos de este análisis son sustantivamente similares a los ya expuestos para el total de las encuestadas.

## Última relación sexual

El uso no-sistemático del preservativo se constata de manera más fehaciente cuando se indaga específicamente por su uso durante la última relación sexual, y por eso se pregunta respecto de fecha, tipo de relación (estable, ocasional, paga) y uso o no-uso de preservativo. Este dato es más preciso que el uso en general, más propenso a recibir respuestas “esperables” – es decir, que las encuestadas pueden tender a dar alguna respuesta más políticamente correcta, mientras que para la última, la identificación de las circunstancias es más precisa en la memoria.

Teniendo en cuenta la fecha de la última relación sexual, las mujeres viviendo con VIH mantienen relaciones sexuales de manera frecuente, y más aún si están en pareja. El 58 por ciento de las entrevistadas había mantenido relaciones sexuales durante la semana de realizada la encuesta, y un 18 por ciento adicional entre dos y tres semanas antes. En cuanto a con quién mantuvieron dicha relación, está asociado a si están o no en pareja. El 74 por ciento de las mujeres (283) que tuvo relaciones lo hizo con su pareja estable, un 23 por ciento (87) con una pareja ocasional, y un 3 por ciento (12) con un cliente. Del total, el 67,3 por ciento usaron preservativo en esa relación.

Independientemente del carácter de la pareja (estable u ocasional no comercial) los niveles de uso rondan el 65-70 por ciento. La excepción son las mujeres en situación de prostitución o trabajo sexual, quienes casi en su totalidad indicaron haber usado protección en la última relación sexual con un cliente (once usaron, una no usó).

Como en investigaciones previas (Pecheny y Manzelli 2008) se interrogó sobre si el uso de preservativo ha sido motivo de desacuerdo o tensión con alguna pareja, en el último año (o desde el diagnóstico). El Cuadro 6.4. expone los datos al respecto:

#### Cuadro 6.4.

Mujeres viviendo con VIH en pareja. Dificultades para usar preservativo. (EMDR, Argentina, 2011).

En el último año el uso de preservativo fue motivo de desacuerdo o de tensión con su/s pareja/s...*		
	N	%
A menudo	70	18,5
A veces	98	25,9
Muy raramente	37	9,8
No, para nada	173	45,8
Total	373	100,0

\* En el caso de diagnóstico más reciente que un año, se considera desde el momento del diagnóstico  
Fuente: EMDR, 2011.

Casi la mitad (44,4%) de las mujeres que han tenido sexo el último año, dijeron que en ese tiempo el uso de preservativo a menudo o a veces fue motivo de desacuerdo o de tensión con una pareja; para 45,8 por ciento no lo ha sido.

A partir del abordaje cualitativo fue posible reconstruir algunas de las inquietudes que acompañan a estas mujeres en su vida sexual luego del diagnóstico. Por ejemplo, que la negociación y el uso del preservativo siguen siendo problemáticos, y la protección es una responsabilidad asumida mayoritariamente por las mujeres, tanto para aquellas cuya pareja estable vive con VIH, como entre quienes comienzan a formar nuevos vínculos.

Muchas mujeres que inician una búsqueda de compañero sexual o amoroso lidian con la cuestión de proponer usar preservativo sin todavía compartir con él su propio estado serológico. En el momento de la escena sexual, el temor a "lastimar al otro" y protegerlo de un peligro que no puede ser enunciado, produce casi siempre ansiedad que puede hasta disminuir o anular el placer en la relación sexual y crear tensión en el vínculo.

Para muchas mujeres que en el pasado no habían usado preservativo regularmente o que nunca habían usado, aun cuando sabían que sus parejas mantenían relaciones sexuales con otras personas, en la actualidad intentan negociar el uso del preservativo, así como los tiempos y modos de sus relaciones sexuales. Esto habla de procesos de fortalecimiento personal y, posiblemente, mayor satisfacción.

De todos modos, para varias de las entrevistadas el diagnóstico relega y pospone el deseo sexual, como evidencia el 16 por ciento de la muestra del componente cuantitativo que afirmó no tener relaciones sexuales en la actualidad. La desaparición o disminución de la libido en el momento inmediato a recibir el diagnóstico, o incluso por un tiempo largo, ha sido registrada en diversas investigaciones sobre la vida con VIH (Pecheny y Manzelli 2008). Esta proporción del 16 por ciento, cabe señalar, no es sin embargo tan alta como las halladas en otros estudios.

Durante las entrevistas surgieron interrogantes en torno al sexo oral, tanto cuando es practicado por ellas como cuando se les practica. Las dudas indican que la atención se centra en la prevención del sexo penetrativo, que es tradicionalmente considerado "riesgoso".

*Y en tu vida amorosa... ¿apareció el VIH? ...en la parte sexual, qué sé yo, ¿te aparecieron algunas cosas...?*

*El miedo.*

*El miedo.*

*Y el decir: "Nos cuidamos o nada", por más que... Tampoco sabía mucho yo, entonces*

le decía: "Bueno, lo tenemos los dos..." y por ahí él no se quería cuidar, o no había para cuidarse pero él quería hacerlo igual y yo no.

¿Por qué no había para cuidarse?

Porque no teníamos plata, porque ni diez centavos para tomar un colectivo, nada. (Ríe) Estábamos re mal en ese entonces, me acuerdo.

¿Y no había preservativos en la salita, nada?

Yo iba, buscaba, pero cuando no había más, o sea... Si no llegaba a haber, en el caso que no había, yo no quería, no quería porque yo estaba embarazada, aparte yo lo, lo quería cuidar a mi bebé, por ahí él no se daba cuenta, no tenía noción de las cosas. Yo por ahí al tener menos edad, al ser más chica, aunque era, no sé, pensaba más que él, o sea, y eso que él era más grande y hasta ahora, parece... un nene parece. (Daniela, 20 años, Gran Buenos Aires).

Al papá de mi bebé le dije que si era él yo lo iba a perdonar porque lo quería, pero que yo ya no soy la misma, de tener relaciones no disfruto, me da lo mismo tener o no tener. Eso hablé con la psicóloga también, que por qué estoy así, por qué cambió mi cuerpo, me dijo que eso es porque es reciente. Yo al papá del bebé, él piensa que yo tengo otro, porque cuando él viene y yo a veces no quiero tener relaciones, me dice que yo tengo otro y le dije que no, que no tengo otro, que le juro por él que no tengo otro, que soy yo la que cambié y que me ayude nomás [...]

No pudiste... ¿No podés negociar el preservativo con él, nunca lo pudiste...?

No, es más anoche ves estábamos teniendo relaciones con preservativo, después él dijo que... yo le dije que yo no tenía ganas y él me dijo: "Yo no terminé" y después dijo: "Lo vamos a hacer de vuelta" Y yo me di cuenta, le digo: "No tenés el preservativo" "Sí, lo tengo" me dice y cuando yo lo toco le digo: "No, no lo tenés"; "No me di cuenta que salió" me dijo y lo tenía al costado, le digo: "No, te lo sacaste". Tuvimos relaciones sin preservativo y le dije que aprovechara porque era la última vez, porque después va a usar "y si terminás, terminás, si no, lo mismo" le dije, así le dije anoche. [...]

El doctor me dijo que me cuide, que use siempre preservativo. Él me pregunto si me cuidaba y yo le dije: "¿Usted qué quiere, que le diga la verdad o que le mienta?" "No" me dijo "Decime la verdad" y yo le dije que no me cuidaba porque él, él no podía terminar y me dice: "Eso es mentira, porque si él quiere va a poder terminar con preservativo" y le dije que él era una persona así chapada a la antigua y me dijo que igual le obligue porque puede ser también que por eso hayan subido los virus, se juntan los virus con los de él. Porque a él le salió mal ahora, me dice por eso lo llaman para que venga a hacerse de vuelta, pero no quiere venir, le digo porque a mí me dijeron que venga para que hable con una psicóloga y **él dijo que a perder tiempo no iba a venir y menos dejar de trabajar para venir a charlar**, así me dijo. (Marta, 38 años, Gran Buenos Aires).

El relato evidencia y refleja una escena reconocible, y que ilustra hasta qué punto se imbrican cuestiones individuales (la situación de ella, la de él, los valores, informaciones, ganas y motivos de cada uno), los aspectos sociales y relativos a la construcción de género, así como aspectos estructurales y económico-políticos, relativos a la escasez de tiempo, a las responsabilidades de llevar el sustento al hogar, a las necesidades.

La frase del marido sintetiza muchas de estas cosas: el papel del varón, aquello que es esperable en términos de género y de clase en relación con el autocuidado de la salud y el vínculo con los servicios, los modos de relacionarse afectiva y sexualmente con la pareja. No se trata por supuesto de atribuir responsabilidades ni, mucho menos, culpas; sino de reconocer modos estructurados histórica y socialmente de construir situaciones diferenciales de vulnerabilidad social y, como en este caso, ante una infección sexualmente transmisible.

¿Y tu vida amorosa cómo es?

*Bien (Ríe) No sé. Cambió mucho, porque yo no quería ni que me toque. Decía: "No me toques, no quiero, no". O sea, antes disfrutaba mucho, o sea, estaba bien, normal, pero ahora no. O sea, cuando, ahora y cuando recién me enteraba...*

¿A partir del diagnóstico sentiste?

*Sentí que no quería que me toquen más. Decía: "No, no quiero" pero no. Nos cuidamos, bah, nos cuidamos, yo lo cuidaba a él. Yo no quería nada, ni que me dé un beso, le decía: "No, no me des ni un beso, porque...". Bueno, pero eso por ignorante, por no saber, por no informarme, por decir: "VIH, doblo para allá" (Ríen) Y bueno, pero cuidaba del cepillo: "No agarres mi cepillo, no esto, no el otro, limpiá acá, limpiá allá". Y soy loca de andar limpiando, limpiaba todo ¿Sabés qué? Sacaba sábanas, esto, lo otro. (Vanesa, 23 años, Gran Buenos Aires).*

Así como previamente se examinó la prevalencia de determinadas prácticas para entender de manera más comprensiva y compleja las escenas y trayectorias que pudieron materializarse en la infección del VIH, en esta sección prestamos atención a las prácticas y situaciones en el momento presente de las mujeres. Los porcentajes registrados a lo largo de la vida son mucho mayores que los registrados para el último año (o menos). Sin embargo, muestran la persistencia de varias de las dimensiones que hicieron a la vulnerabilidad previa: abuso de drogas y alcohol propio o de la pareja, situaciones de prostitución, de privación de libertad y de violencia.

#### Cuadro 6.5.

Mujeres viviendo con VIH. Porcentaje de mujeres que realizaron determinadas prácticas o estuvieron en determinadas situaciones durante el último año\*. (Argentina, EMDR, 2011).

Prácticas y experiencias durante el último año	%	Durante el último año, tuvo relaciones sexuales con alguien...	%
Se inyectó cocaína o alguna otra droga	2,2	Que se haya inyectado drogas	8,6
Aspiró cocaína	9,8	Que consumía paco o crack	11,4
Utilizó paco o crack	6,3	Que haya tenido problemas con el consumo de alcohol	21,6
Tuvo problemas con el consumo de alcohol	9,1	Que haya estado privado de la libertad	8,2
Estuvo privada de la libertad	1,1		
Realizó trabajo sexual	5,9		
Fue víctima de violencia física por una pareja	16,9		
N = 465			

\* Para aquellas que fueron diagnosticadas hace menos de un año se refiere a posteriori del diagnóstico.  
Fuente: EMDR, 2011.

Como indica el Cuadro 6.5., una minoría de las mujeres viviendo con VIH ha usado drogas inyectables durante el último año (2,2%). La proporción de mujeres que utilizó cocaína aspirada o paco, es mayor, al igual que el uso problemático del alcohol; cada una de estas prácticas y experiencias personales corresponde a 6-10 por ciento de la muestra.

Ha sido muy baja la proporción registrada de mujeres que han estado detenidas en el último año. Ello se debe al sesgo de la muestra que por definición excluyó a las mujeres actualmente privadas de libertad.

La prevalencia del trabajo sexual en el último año de alrededor del 6 por ciento del total de mujeres encuestadas.

En cuanto los vínculos, los datos de los varones con quienes las mujeres han tenido relaciones sexuales muestran valores más elevados de situaciones y prácticas que aumentan la vulnerabilidad al VIH.



Durante el último año, una de cada diez mujeres viviendo con VIH tuvo relaciones con una pareja que utiliza o utilizó drogas inyectables, o paco. Similar proporción es quien entabló una relación sexual con una pareja que está o estuvo presa. El relacionarse con varones con uso problemático de alcohol alcanza el 22 por ciento.

La violencia conyugal es parte de la cotidianeidad de estas mujeres. Luego del consumo abusivo de alcohol por parte de la pareja o a veces de ambos, la violencia (golpes, abusos, humillaciones) delinea también el contexto de vulnerabilidad compleja de las mujeres recientemente diagnosticadas. Casi el 17 por ciento de las encuestadas fue, el último año, víctima de violencia física por parte de una pareja: prácticamente una de cada cinco mujeres.

Una entrevistada refirió la posibilidad de conversar e incorporar sus prácticas de consumo de drogas en el ámbito de la consulta médica. En los otros casos de usuarias, el asunto del uso de drogas como parte de la conversación en la consulta no fue referido en la entrevista. Cabe interrogar el peso de los imaginarios (que desacoplan mujeres madres y consumo) al momento de la consulta médica, para saber cuánto y cómo los consumos de sustancias son tenidos en cuenta en los tratamientos de mujeres viviendo con VIH. Cuando aparece el tema del uso de drogas, las reacciones de los profesionales de salud son variadas:

*¿Vos estabas consumiendo drogas?*

*Yo venía de consumo, de hecho yo siempre le dije la verdad a mi médico: "Vengo de pegarme un palo, vengo..." "¿Cómo estás con la droga, gordita?" Porque él sabe toda mi vida.*

*¿Vos podías hablar abiertamente del tema de las drogas con él y en ningún momento...?*

*Sí, de hecho él me ve y me dice: "¿Estás bien, estás ahí o estás voy, vengo, voy, vengo, voy, vengo?" Y lo miro y me río, le digo: "No, doc., ya está, con eso me dijiste todo" Si no, le digo: "No, vengo bárbaro" "Bien" y él se pone contento, obvio, cómo no se va a poner contento...*

O sea que podríamos decir que vos con él tenés una confianza y que tenés una excelente relación y que podés hablar de todo.

*Sí, sí, sí. Yo le digo: "Hoy estoy mal, estoy p'atrás estoy pinchada y él me abraza, él me ha secado muchas veces las lágrimas de mis ojos.*

La parte humana ¿No? No es solamente la cuestión de...

*Amor, amor, realmente ese médico tiene amor por los pacientes, no lo hace por un título si no lo hace por amor. (Victoria, 37 años, Gran Buenos Aires).*

Otra entrevistada, a su vez, refirió haber recibido maltratos en un servicio fundados en su consumo de drogas.

O sea que unos meses te estuviste atendiendo ahí.

*Sí. Sí, sí, pero no me gustó porque siempre tenía un pero para mí, se la había agarrado conmigo porque me, porque me drogo.*

Como una discriminación hacia...

*Claro, me dice: "Te drogaste, jodete, si sabés las consecuencias", así nomás. (Gisela, 36 años, Provincia de Buenos Aires).*

Los datos epidemiológicos y las comprobaciones en casos individuales habían mostrado la relación directa que se establece entre el uso de drogas por vía inyectable, cuya práctica compartida es una vía eficaz de transmisión del VIH, y la vulnerabilidad ante la infección por el virus. Esta relación directa se reflejó en un importante número y proporción de casos de VIH/sida en la Argentina, particularmente en la década de los noventa.



Hoy los números y porcentajes muestran una drástica disminución de los casos de VIH/sida asociados al uso inyectable. Sin embargo, el uso de drogas está presente en al menos tres aspectos: por las trayectorias previas de las mujeres y sus parejas actuales o pasadas en el uso inyectable; por la asociación entre uso de drogas y transmisión del VIH, no qua vía de transmisión por la práctica inyectable del uso, sino por las escenas y contextos de vulnerabilidad sexual y relacional que el uso intensivo de drogas alienta y potencia; por la vulnerabilización subjetiva que el uso de drogas y alcohol produce en mujeres a cargo de sostener relaciones de pareja y familiares con usuarios intensivos o problemáticos.

La combinación de estas situaciones y prácticas, con otras que suelen estar asociadas, como las experiencias de privación de la libertad (indisociables de las experiencias de consumo y tráfico de drogas ilegales), las relaciones sexuales y afectivas en contextos de tranquilidad o descontrol, así como la situación de prostitución que una de cada diez mujeres señalaron haber transitado, confluyen en un cuadro de vulnerabilidad individual y social que permite, sino potencia, la transmisión del VIH. La vulnerabilidad que hemos mencionado como programática, es decir la que resulta de las acciones e inacciones del sistema de salud y del Estado en general, aparece aquí mediante la criminalización de ciertas prácticas, la estigmatización y la insuficiente intervención en materia de discriminación e inequidad de género. Mostrar que las prácticas de uso de drogas están vinculadas a la infección por VIH, aun cuando este vínculo no resida única ni principalmente en la modalidad inyectable, invita a investigar e intervenir en relación con esta vulnerabilidad compleja que tiene sus dimensiones de género y sociales, y que se refleja en datos sobre infección por VIH.

## Anticoncepción

Del total de encuestadas, 44,7 por ciento (207 mujeres) utilizan actualmente métodos anticonceptivos de uso regular. Utilizan a veces el 3,4 por ciento y 12,3 por ciento no utilizan. A ellas debe sumarse un 2,8 por ciento que estaban embarazadas al momento de la encuesta; y 22,6 por ciento de las mujeres consideradas infértiles (algunas de ellas por post-menopausia o esterilidad; otras, que representan un comparativamente alto 13,6%, tenían una ligadura tubaria – estas mujeres, en términos estrictos sí estaban usando un método anticonceptivo, un método permanente). El 13,6 por ciento de ligaduras es alto comparando con la prevalencia de la anticoncepción quirúrgica en mujeres en edad reproductiva de la población general (ver por ejemplo los datos de la ENNyS o la Encuesta AHE en Pecheny et al. 2012).

Calculando los porcentajes de mujeres en riesgo de embarazo, el 73,9 por ciento usa actualmente métodos anticonceptivos, 5,7 por ciento a veces, y 20,4 por ciento no usa.

La prevalencia de uso de métodos debe matizarse al discriminar por método (la pregunta fue de respuesta múltiple): la inmensa mayoría usa como método anticonceptivo al preservativo, de menor eficacia que las pastillas, el DIU o la ligadura. Y aproximadamente 6 por ciento señaló la abstinencia periódica o el retiro (Gráfico 6.4.). Cuando se consideran solo a las que están en riesgo de embarazo, la prevalencia de uso de anticonceptivos eficaces es del 42,5 por ciento (no se muestra en cuadros).

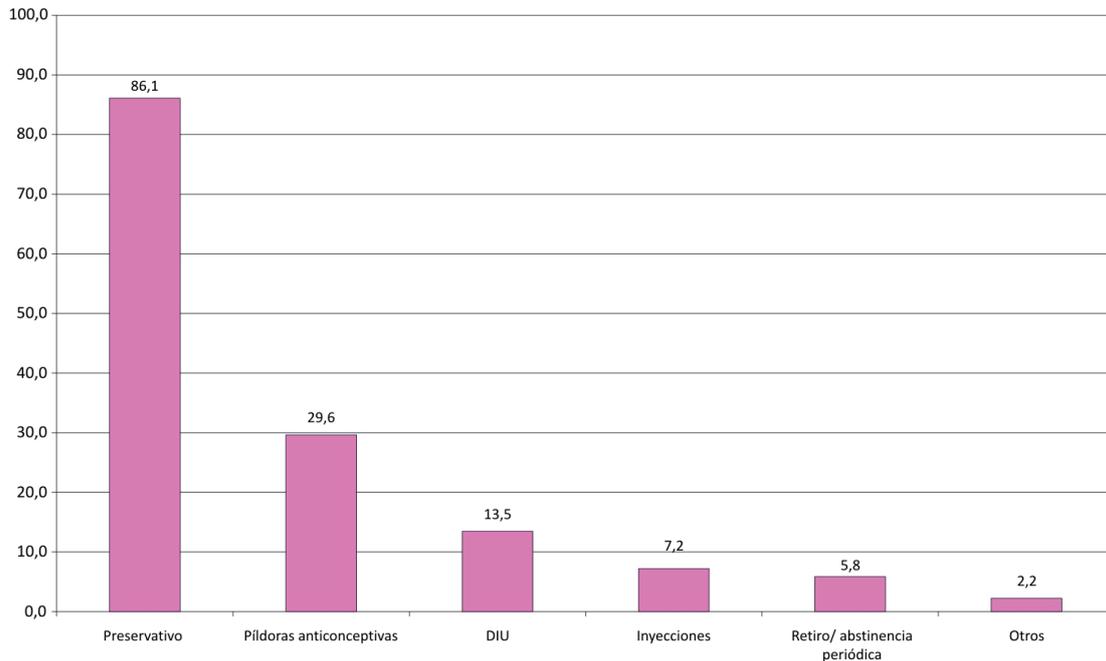
Del total de la muestra, 25 por ciento usa métodos anticonceptivos eficaces; este porcentaje sube al 40 por ciento cuando se consideran solo a las que están en riesgo de embarazo (no se muestra en cuadros).

De las mujeres encuestadas que usan métodos, el 86,1 por ciento usa preservativo; el 40,8 por ciento usa preservativo y otro método, es decir que tiene una doble protección.



**Gráfico 6.4.**

Mujeres viviendo con VIH (fértils.) Deseo de embarazo y porcentaje que indicó el uso de cada método.  
(EMDR, Argentina, 2011).



## Maternidad e hijos

Como se señalara al inicio del presente informe, tres de cada cuatro mujeres que participaron del estudio tienen hijos. En la mayoría de los casos, los hijos fueron concebidos y nacidos previamente al diagnóstico de VIH de la mujer. Un cuarto de la muestra se realizó el test en el marco de un control durante el embarazo o el parto, por lo cual hay también aproximadamente un cuarto de la muestra de mujeres que ha tenido hijos después de haber recibido el diagnóstico.

De las 348 mujeres de la muestra que tienen hijos e hijas, el 36,5 por ciento tiene una/o, el 28,4 por ciento tiene dos, el 25,6 por ciento tiene tres o cuatro, el 9,5 por ciento tiene cinco o más. La cantidad promedio es de 2,4 hijos por mujer con hijos (no se muestra en cuadros).

Diecisiete mujeres (4,9% de las mujeres con hijos) dijeron tener un hijo que nació con VIH (uno de ellos ya fallecido; ninguna mujer tuvo dos hijos nacidos con VIH); treinta mujeres estaban esperando confirmar el estado serológico de un hijo reciente.

No se aclara la temporalidad del diagnóstico propio y del diagnóstico del hijo: es decir, se desconoce si ella supo primero del diagnóstico propio – ya sea antes del embarazo, durante el embarazo, en el parto, inmediatamente después del parto, o bastante después del parto; si primero se conoció el diagnóstico del hijo o hija; o si fueron simultáneos.

Aun cuando el lapso transcurrido entre el diagnóstico y el momento de la encuesta es inferior a dos años (ver más arriba Cuadro 4.1.), una de cada diez mujeres indicó haberse quedado embarazada a posteriori de haber sido diagnosticada. Más de la mitad de dichos embarazos no fueron ni buscados ni planeados, dato consistente con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos eficaces (ver Cuadro 6.6.).

Este dato muestra la persistencia de la disociación entre cuidados anticonceptivos y cuidados relativos a la infección, y que ya aparecieron en todas las investigaciones previas (Pecheny y Manzelli 2008; Gogna et al. 2009). Se necesitan acciones integrales tendientes a garantizar la atención y cuidado reproductivo de las mujeres y parejas viviendo con VIH, es decir la “doble protección”, superando el prejuicio de muchos profesionales que suponen que indicar métodos anticonceptivos que no sean el preservativo puede desalentar el uso de este método, que también protege de las infecciones y reinfecciones.

En la investigación realizada en 2006 (Pecheny y Manzelli 2008: 92), el 21,5 por ciento de las mujeres (el 55,2 por ciento de las mujeres sin hijos y el 14,5 por ciento de las mujeres con hijos) señaló que deseaba o planeaba tener hijos o más hijos en el futuro; y la mitad de esa muestra habían tenido hijos buscados y no buscados. Teniendo en cuenta la importancia de la maternidad y de los proyectos de maternidad, y a pesar de lo reciente del diagnóstico, se indagó si tenían deseos o planes futuros de tener hijos (o más hijos).

A la pregunta sobre querer o planear tener hijos en el futuro, aproximadamente el 30 por ciento de las mujeres respondió positivamente, mientras que un 15 por ciento adicional reconoció no estar aún segura al respecto. El resto de las mujeres incluye a quienes declaran no querer tener (más) hijos (38%) y a quienes indicaron que, independientemente de sus deseos, no pueden tenerlos (19%), ya sea por menopausia, por tener una ligadura de trompas, o considerarse infértil.

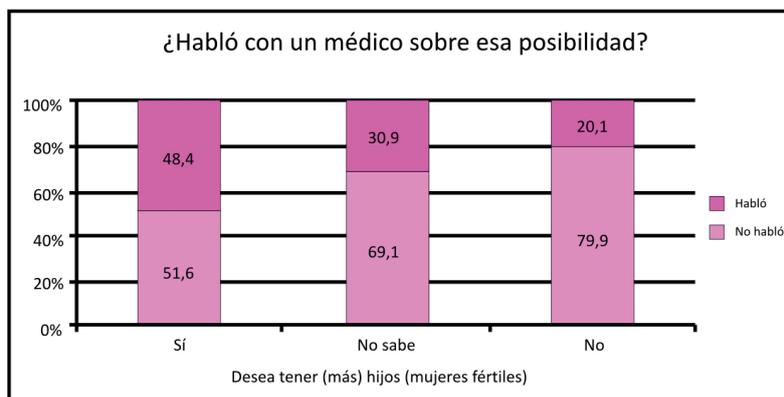
Si se restringe la mirada a las mujeres fértiles, la proporción de mujeres que desea tener hijos en el futuro asciende a 35 por ciento, mientras que aquellas que no están seguras alcanzan al 18 por ciento.

**Gráfico 6.5.**

Mujeres viviendo con VIH (fértil). Deseo de tener hijos o más hijos; consulta con un médico al respecto. (EMDR, Argentina, 2011).

### ¿Desea de tener (más) hijos?

Sí (35%), No sabe / puede ser (18%) ; No (47%)



El deseo o proyecto de tener hijos no necesariamente hace que ello sea motivo de consulta o charla con un profesional. La mitad de las mujeres que manifestaron querer tener un hijo en el futuro y alrededor del 30 por ciento de las que no están seguras han consultado o discutido el tema con un o una profesional. La mayoría de las consultantes (77%) percibió una actitud favorable por parte del médico consultado.

Consistentemente con lo esperado y también ya constatado en estudios previos (Gogna et al. 2009), las mujeres que desean tener hijos son principalmente aquellas que aún no son madres. La proporción de mujeres que no son madres y desean tener un hijo en el futuro es del 52 por ciento, mientras que entre las que son madres desciende a casi la mitad (28%).

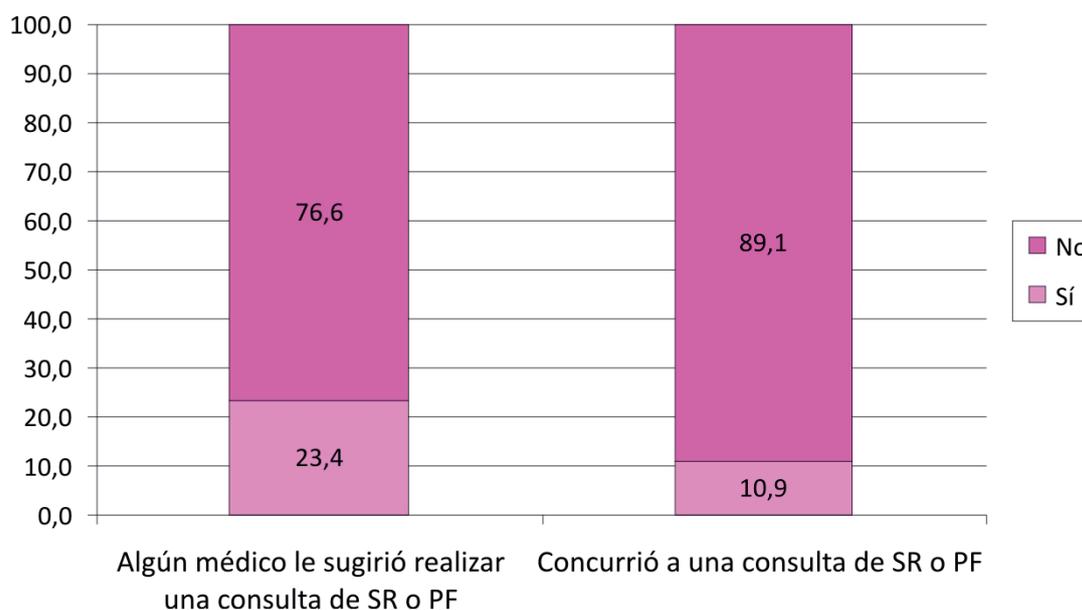
## Salud reproductiva y planificación familiar

La atención y cuidado de la salud reproductiva de las mujeres con diagnóstico reciente es limitada. Esta es un área en la que, tratándose de mujeres sexualmente activas y en edad fértil, resulta importante atender.

Menos de un cuarto de las mujeres indicó que, desde el diagnóstico, algún médico le sugirió realizar una consulta de salud reproductiva y/o planificación familiar. La proporción que efectivamente realizó una consulta desde su diagnóstico es del 11 por ciento.

**Gráfico 6.6.**

Mujeres viviendo con VIH (fértil). Relación con salud reproductiva o planificación familiar. (EMDR, Argentina, 2011).



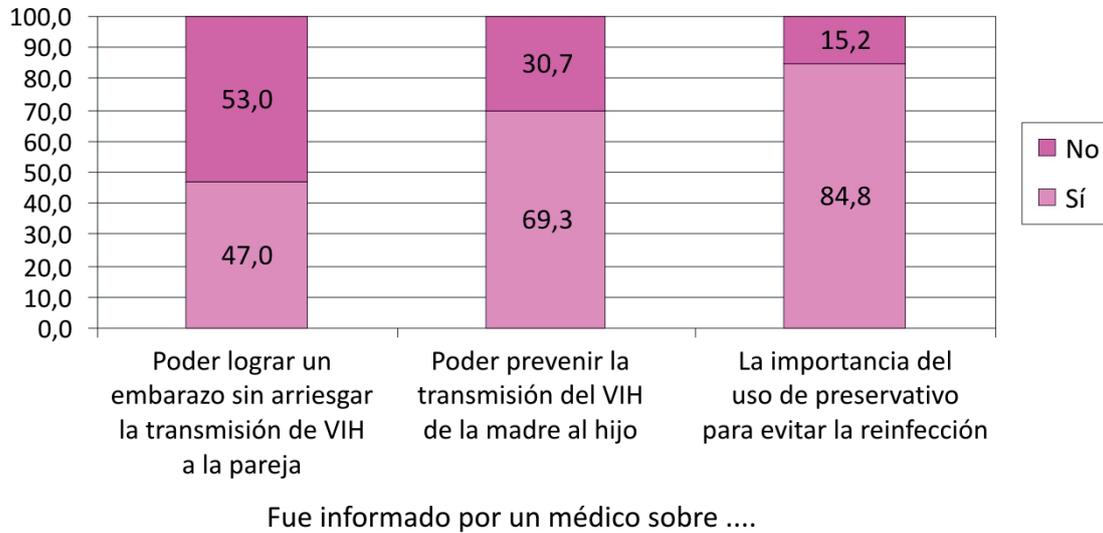
La importancia del incentivo a la mujer viviendo con VIH a tener una consulta ginecológica queda en evidencia cuando se miran conjuntamente ambos datos. Mientras que entre quienes recibieron la recomendación de un médico de hacer una consulta ginecológica el 35 por ciento efectivamente la realizó, entre quienes no recibieron dicha recomendación la proporción que tuvo una consulta ginecológica desde el diagnóstico desciende al 3,5 por ciento. (no se muestra en gráficos).

Más alentadores, aun cuando queda mucho para mejorar, son los datos sobre la información recibida acerca de que parejas discordantes puedan lograr un embarazo, así como de la posibilidad de tener un embarazo saludable y un bebé sin transmitirle la infección. Como ilustra el Gráfico 6.7., algo menos de la mitad indicó haber recibido información por parte de un médico sobre la posibilidad de que parejas discordantes puedan lograr un embarazo sin transmitir la infección. Y, el 70 por ciento sobre la posibilidad de prevenir la transmisión vertical.



**Gráfico 6.7.**

Mujeres viviendo con VIH. Porcentaje que recibió desde el diagnóstico información vinculada a la prevención de transmisión vertical y reinfección. (EMDR, Argentina, 2011).



El uso del preservativo para evitar una re-infección es uno de los aspectos en que las encuestadas reconocen haber sido alertadas con mayor frecuencia. El 86 por ciento de las mujeres indicó que los médicos le dieron dicha recomendación, pero un 14 por ciento no recibió dicha información.

Del componente cualitativo surge una vez más que los varones no suelen estar incluidos en el cuidado anticonceptivo ni, tampoco, en el cuidado en relación con el VIH, ya sea que vivan o no con el virus.

*¿Vos le preguntaste a alguien cómo te tenías que cuidar?*

*A mí me... un compañero del laburo.*

*Nada que ver con el sistema de salud.*

*No.*

*¿Nunca fuiste a un servicio a preguntar ni nada de eso?*

*(Niega dos veces con la cabeza) No. Un compañero de laburo que como dice que todas esas cosas se sacaba por Internet, me dijeron y le pregunté.*

*Y te empezaste a cuidar, bah, se empezaron a cuidar. ¿Y cómo se cuidan de los embarazos, Guille?*

*¿De los embarazos? Y, preservativo. (Guillermo, pareja de una mujer que vive con VIH. Él es seronegativo. Gran Buenos Aires).*

Y no siempre circula la información sobre lo que sí pueden hacer sin riesgos o con riesgos mínimos.

Ella no quería tomar ni mate conmigo, así que ya con eso... Porque ya cambió la relación en muchas cosas, no quería ni que tome del mismo vaso que ella tomaba agua o jugo, lo que sea, no quería que use sus cubiertos, sus cubiertos estaban encintados cosa que no, no se los use nadie. (Guillermo, pareja de una mujer que vive con VIH. Él es seronegativo. Gran Buenos Aires).

## Aceptar y revelar el diagnóstico

Para muchas mujeres el diagnóstico de VIH es inesperado, para otras no tanto y otras se lo esperaban. Para todas es difícil aceptarlo de entrada. La aceptación y el "hacerse cargo" implican un proceso

más o menos largo y trabajoso. Si este proceso de elaboración personal, de reconocimiento ante sí misma, lleva tiempo, esfuerzo e inversión emocional, también lo es tener que compartirlo con la pareja, la familia, y los seres queridos. Ambos procesos, reconocimiento subjetivo y comunicación a otros, son interdependientes.

La necesidad de contar sobre el diagnóstico, de comunicar al entorno afectivo que se vive con VIH, se plantea a veces de manera inmediata, por ejemplo cuando hay que tomar recaudos o instar a que la pareja o familiares se hagan también el análisis.

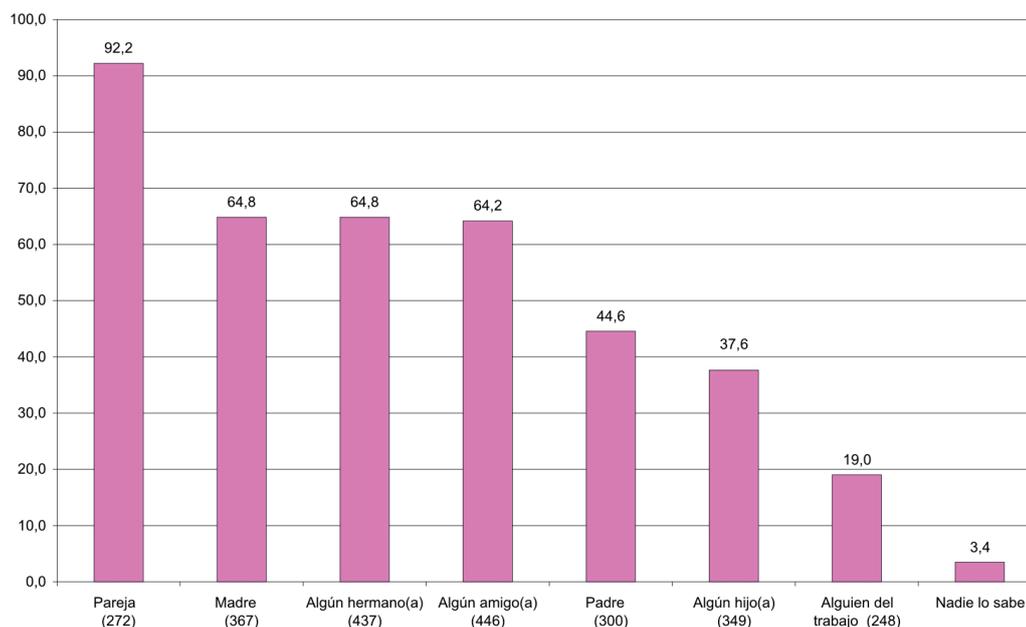
Estos procesos suponen una lenta adaptación, y dan lugar a miedos sobre cómo será la vida a partir de ese momento. Algunos autores recuperan la idea del diagnóstico como “ruptura biográfica”, un punto de quiebre en la trayectoria socio-afectiva. Todo ello implica informarse sobre cuidados y perspectivas, hacerse cargo de los temores a ser discriminada ya sea en el ámbito familiar, círculo de amigos y en el trabajo, en suma, reorganizar la vida.

Las investigaciones y los relatos sobre las experiencias del diagnóstico y la vida con VIH en los años ochenta y noventa, y aún después, mostraban la soledad inicial e incluso crónica que caracterizaba la vida con VIH: muchas y muchos, en esa época, no llegaron a contarle a nadie de su infección, lo cual se traducían generalmente en la imposibilidad de afrontar las vicisitudes personales y del tratamiento. Hoy la situación cambió, y son relativamente muy pocas las personas que permanecen aisladas, que no hablan con nadie del tema.

Con el fin de profundizar en estos aspectos, la encuesta indagó sobre quiénes del círculo de la mujer encuestada sabía sobre su infección, lo que permite conocer el grado de aislamiento o integración social de las mujeres viviendo con VIH. El Gráfico 6.8. presenta los porcentajes de encuestadas que indicaron que distintos parientes, relaciones afectivas y laborales conocen sobre su estatus positivo. En cada caso, dicho porcentaje se estimó en base a quienes mencionaron tener dicha relación, es decir entre quienes tienen madre, padre, pareja, hijos, amigos, etc., cantidad que, en el gráfico, está indicada entre paréntesis. Para el caso de hijos, de hermanos y de amigos, se consideró que se había compartido la información si al menos uno o una de ellos estaban al tanto.

**Gráfico 6.8.**

Mujeres viviendo con VIH. Porcentaje de encuestadas que mencionan que determinadas personas conocen su estatus positivo al VIH. (EMDR, Argentina, 2011).





no voy a llegar, porque me va a dar una enfermedad y yo no voy a dejar que me desgaste, es muy simple. Esa es mi meta, llegar a los 15 de Diana y Diana tiene dos años recién, así que me quedan 13 años para seguir peleando, mínimo. (Carmen, 32 años, Córdoba).

La angustia ante una muerte que se supone inminente se ve redoblada en los casos de mujeres con hijos pequeños, que se preguntan qué va a pasar con ellos cuando ellas no estén. Esta asociación persistente entre VIH y muerte reafirma la decisión metodológica del equipo de investigación por trabajar con encuestadoras y entrevistadoras que fuesen mujeres viviendo con VIH: para muchas mujeres recientemente diagnosticadas, participar de esta investigación significó el primer contacto con personas que conviven con el virus hace años e incluso décadas, que ya han atravesado temores similares y que daban evidencia, en el mismo momento del relevamiento, sobre la posibilidad no solo de sobrevivir, sino de vincularse con nuevos proyectos y habilidades.

Otro de los temores expresados por las entrevistadas se vincula con el rumor malicioso y la difusión incontrolada de información personal.

A la hora de preguntarse sobre por qué compartir o no con los demás, dos temores principales se hacen presentes. Por una parte, el temor a ser discriminadas, y por otra parte, el temor a perder el control acerca de quiénes están al corriente. Algunas entrevistadas dirán que no lo han contado a vecinas o amigas "chusmas", pues se encontraron con personas que sabían de su situación sin haber sido ellas las que se lo contaron.

El miedo a ser discriminadas se presenta como la principal barrera para compartir el diagnóstico. En la mayoría de los casos, se trata de temores que muchas veces acaban siendo infundados, ya que el entorno, una vez enterado, suele acompañar, y muchos vínculos se han visto fortalecidos o recuperados luego del diagnóstico.

Pero las situaciones de discriminación siguen existiendo. El no compartir el mate, por ejemplo, es un signo de la discriminación hacia las personas viviendo con VIH, que sigue apareciendo a pesar de las campañas que se llevan a cabo desde hace tantos años.

¿Y tuviste alguna experiencia desagradable en algún lugar por el VIH, por ejemplo, algún tema? No sé, ¿sentiste algo por haber dicho que **eras VIH**?  
Sí, yo le conté a una persona y esa persona, viste, yo tuve que cambiarme del colegio [se refiere al colegio de los hijos] porque esa persona fue y contó en el colegio diciendo que los chicos tenían sida y le empezaron a decir: "Sidoso de mierda, tu mamá es una sidosa" lo empezaron a cargar a los chicos, a Angel y a Elisa cuando iban al colegio, le empezaron a decir: "Ah, tu mamá es una sidosa, una sidosa, una sidosa" y me tuve que cambiar de barrio, de colegio, todo. Sí. Es discriminación... (Pola, 35 años, Gran Buenos Aires).

En negrita se subrayó en el fragmento anterior una expresión usada, quizá inadvertidamente, por la entrevistadora. La expresión sigue siendo frecuente: una no "vive con el VIH", o "tiene el VIH". Una "es" el virus, el VIH, o HIV. La expresión "ser HIV" da cuenta de una forma típica de manifestarse el estigma: un aspecto del cuerpo, de la personalidad, de la vida, pasa a determinar quién uno es. En este caso, el virus no sólo invade el cuerpo, sino la identidad de la persona.

Una amiga mía que es de ahí del barrio, es buena pero es muy chusma y mala. Bueno, pero porque una vez fui a tomar mate con ella y me dice: "¿Viste que tal persona tiene VIH?, yo no la quiero más en mi casa, no tomo más mate con ella, mi marido no la quiere ni ver, se va a morir", que esto, que lo otro. Y yo agarré y la miré: "No digas así, porque vos tenés un hijo" y yo por dentro decía ¿Por qué no, no puedo decíselo? [...]





*Yo trabajaba, con eso me mantenía y alquilaba, antes de enterarme del diagnóstico. Después, bueno, me fueron apareciendo las cosas en la piel, bueno, se me fueron cerrando las... Ahí en el lugar donde trabajaba...*

*¿Trabajabas en un departamento privado, en la calle?*

*No, en un bolichongo, no, en un boli... No sé cómo llamarlo...*

*En un boliche.*

*En un boliche, en un boliche ahí en P., y bueno...*

*Y cuando empezaste con todo este problema...*

*Y cuando empecé con el problema de la piel es como que las chicas empezaron a comentar ¿Entendés? Que me pica el cuerpo, entonces medio se... Fue habiendo, o sea, hasta que me dijeron: "No vengas más" ¿Por qué? Porque me estaba agarrando más y, bueno...*

*Ah, te dijeron directamente "No vengas más" ¿Y vos creés que ellas sospechaban que vos tenías VIH?*

*Y, comentarían de que sí. (Verónica, 35 años, Ciudad de Buenos Aires).*

*¿Pero tuviste alguna experiencia de que te discriminaran?*

*En el trabajo, yo cuidaba a tres chicos y cuando le conté lo que me pasaba, porque yo estaba re angustiada, me preguntó por qué, entonces bueno, se lo dije.*

*Y fue ahí ni bien tuviste el diagnóstico.*

*No, no esto hace tres meses atrás, cuatro. Y bueno, cuando le dije eso, a la noche me mandó un mensaje o a la tardecita que no quería que vaya más. Y ahí me sentí re mal, porque yo me sentía re discriminada ahí y yo decía: "Pero si no te voy a contagiar". Es más, ella me dijo que le iba a decir al marido y yo le digo: "¿Para qué le vas a decir a tu marido? Si yo no lo voy a contagiar a tu marido ¿Por qué tiene que saberlo?". Entonces, bueno, me mandó un mensaje que había hablado con la familia y que no quería porque tenía miedo. Después, bueno, me llamó, me pidió perdón, porque ella no estaba muy al tanto de lo que era, entonces como que quería que yo vuelva y yo le dije que no, que yo me sentía mal, porque yo no podía estar ahí con ellos, porque iba a pensar que tenía miedo a que si yo le toco un nene o si se lo cambio, le digo yo: "Así no se va a contagiar".*

*Es una cuestión de tener la información.*

*Sí, entonces eso me dijo. Y eso que ella es maestra, me dice: "Yo lo que pasa es que no estaba muy bien informada, pero bueno ahora sí", me pidió perdón llorando y me abrazaba, y me decía que vaya cuando quiera, que nos encontremos, que vaya a la casa, que si quiero ver los chicos, yo nunca más fui. (Nicole, 39 años, Provincia de Buenos Aires).*

Otros testimonios muestran la enorme brecha que existe entre la letra de la ley, que en muchos aspectos es protectora de los derechos de las mujeres viviendo con VIH, y la realidad cotidiana de quienes viven en un marco de vulnerabilidades estructurales varias.

*¿Vos trabajás actualmente?*

*Yo trabajaba. No, actualmente no trabajo.*

*¿Y en ese momento?*

***En ese momento embarazada sí trabajaba en una empresa de limpieza y cuando se enteraron, porque me mandaron a hacer todos los análisis que no sabía que en medio de los análisis que pedían era uno de esos, sí, me mandaron una carta diciéndome que debido a los resultados de los análisis prescindían de mis servicios. Así nomás. Sin dar más explicaciones, sin ofrecer ayudas económicas ni nada, me pagaron lo justo, lo trabajado hasta ese momento y a buscar otra cosa.***

*¿Eso fue, cuánto tiempo de embarazo tenías?*

Seis meses, estaba por, sí, seis meses, estaba ya haciendo todos los trámites para pedir la licencia por maternidad.

¿Y a partir de ahí ya no trabajaste más?

*No, no trabajé, una por el embarazo que ya estaba casi en término, que tenía que ir muchas, demasiadas veces al médico, eran tres o cuatro veces por semana que tenía que ir, si no era por una cosa, era por otra, entonces como que digo, bueno, cuando naciera Diana iba a buscar de nuevo trabajo y hace dos años que tiene Diana y no, todavía no he buscado. Busco, sí, pero no trabajo en blanco por el tema de que, bueno, trabajando en blanco puede llegar a pasar lo mismo de este que me pidan los análisis clínicos y ahí fue todo. O por el tema de que estoy gestionando la pensión y si salta un trabajo en blanco, la pensión se cae. (Carmen, 32 años, Córdoba).*

El fragmento subrayado más arriba muestra el cúmulo de violaciones de derechos de la que fue víctima Carmen, así como la imposibilidad – por el estigma aún vigente, por la histórica dificultad de ejercer derechos en situaciones laborales precarias, por la falta de apropiación de los derechos reproductivos – de ejercer los derechos que las leyes dicen proteger.

*Hace muy poco me empecé a abrir, porque cuando dije en el trabajo que tenía HIV también me echaron, así que...*

¿Y cómo fue eso? ¿Dónde trabajabas?

*Yo trabajaba en una casa de limpieza y como había chicos, yo digo, para prevenir ¿No es cierto? Bueno, me dijeron: “No, no necesitamos más tus servicios”*

Y te quedaste sin trabajo.

*Me quedé sin trabajo. Entonces ahora no se lo digo a nadie, me preguntan: “No, no tengo nada”*

Claro, terminás contando así...

*Y sí, y sí, porque si no te miran de otra forma. Capaz que vos tocaste algo o tomaste un vaso de agua y te lo lavan diez mil veces con lavandina. (Gisela, 36 años, Provincia de Buenos Aires).*

La experiencia de esta investigación puede haber implicado para muchas mujeres la posibilidad de contar ellas, en primera persona y por primera vez, su propio relato en torno al VIH/sida. Aquí hemos visto todos los tipos de discriminación: directa, cuando un empleador efectivamente deja de emplear o echa a una mujer porque vive con VIH; e indirecta, cuando en los hechos la mujer se ve imposibilitada de trabajar, aun cuando no haya nadie que “directamente” la discrimine. Hay discriminación ejecutada, como vimos, y también anticipada: es decir que la mujer se anticipa al rechazo, y prefiere abstenerse de ponerse en situación de hostilidad.

## Contar a los hijos

La mayoría de las mujeres que participaron del estudio tienen hijos. La decisión de cuándo y cómo contarle a los hijos depende de la edad de los hijos (no se le cuenta a los hijos cuando son pequeños, aunque también se registraron casos de entrevistadas que temen contarle a sus hijos ya mayores) y sigue sin existir asesoramiento o acompañamiento acerca de cómo transmitir esa información y cómo tramitarlo de allí en adelante. En términos institucionales, ni la escuela, ni los servicios de salud las asesoraron sobre el asunto. Excepcionalmente, alguna entrevistada relató que pudo conversar sobre estos asuntos en grupos de mujeres viviendo con VIH.

Las entrevistadas relataron que cuando los hijos saben del diagnóstico, suelen acompañarlas, muchas veces ayudando en la toma de la medicación y prestando cuidados, tanto como otros familiares.





su vez también de manera integral, otorgaron una mirada comprensiva y técnica a los diversos aspectos de la investigación, supervisaron las sucesivas etapas, así como obligaron a nunca perder de vista las agendas política, científica y epidemiológica nacional y global en las que se inserta este trabajo. Las reuniones periódicas, la comunicación permanente vía correo electrónico, el respeto por el trabajo y las incumbencias de cada uno, hicieron posible el trabajo multisectorial. También los viajes previstamente imprevistos (las “contingencias”) sirvieron para subsanar retrasos o dificultades en aquellas localidades que lo requirieron. El tiempo brindado para la capacitación y la realización de encuentros presenciales, fueron fundamentales para que el conjunto de compañeras y equipo se pusieran de acuerdo en los propósitos y estilo del proyecto, las cuestiones técnicas y los procedimientos éticos y logísticos.

La colaboración de profesionales de salud ha sido también un factor que hizo a esta investigación posible – aun cuando no fuera una investigación “en” o “sobre” los servicios de salud. La buena coincidencia de poder contar con un comité de ética serio y que conoce las modalidades de las investigaciones en salud que no son biomédicas, hizo posible contar con instrumentos validados técnica y éticamente. Los inconvenientes encontrados, en estos aspectos relativos a la colaboración multisectorial, tuvieron que ver más con los tiempos y algunas “deformaciones profesionales” que con divergencias en cuanto a objetivos o metodologías. Los tiempos de las entidades administradoras en algunos casos complican los proyectos y en un doble sentido: al principio tardan temas relativos a la documentación y transferencias de los recursos; y luego, necesitando que los fondos se ejecuten de acuerdo con plazos ligados a los ejercicios contables o presupuestarios. No obstante ello, dado que aquí estaban presentes e involucradas en el día a día el conjunto de organizaciones de Naciones Unidas con trabajo en sida en el país, los tiempos se adecuaron sin problemas a la razonabilidad del trabajo del campo y el análisis de los resultados. Asimismo, la administración interna al proyecto recayó en un centro de investigación, el CENEP, el cual logró articular aceitadamente con las dos organizaciones de la sociedad civil participantes del proyecto para que se hagan cargo de la gestión de los fondos y los pagos de gastos y reconocimientos directos en cada una de las actividades: capacitación, encuestas, entrevistas, publicación. La confianza y los controles mínimos pero estrictos permitieron la fluidez de los pagos y de los adelantos, también condición necesaria para poder trabajar en tiempo y forma. Todo esto, nos son detalles menores. La sistematización y difusión de estas buenas prácticas, y eficientes prácticas, es una recomendación que puede extraerse de este Informe.

**2.** La validación ética de los instrumentos y procedimientos no es sólo una cuestión de forma, sino que hace a una mejor investigación. Los estudios en ciencias sociales son oportunidades de conocer las historias y experiencias de las personas y grupos sociales. Hubo al inicio del estudio retrasos por la percepción errónea que esta era un estudio clínico y, por ello, necesitaba una validación ética vinculada al sistema de salud. Los esfuerzos entonces pasaron por integrar las preocupaciones, intenciones, broncas e intuiciones de la propia comunidad, en este caso representadas por las mujeres líderes de las redes, así como por el recurso a un comité externo que pudiera dar una mirada desapasionada y experta. Insistimos en que los protocolos, instrumentos, análisis, y “aplicación” de los resultados, así como los riesgos y daños, y beneficios potenciales, tienen una lógica que no siempre coincide con las investigaciones biomédicas, e incluso pueden hasta contradecirlas. Hay mucho trecho aún por recorrer en la institucionalización de procedimientos y comités de ética que puedan dar cuenta de los desafíos que presentan las investigaciones en ciencias sociales con participación comunitaria.

**3.** La capacitación previa al trabajo de campo y la realización del trabajo (encuestas, entrevistas, organización logística, administración y pago de gastos y compensaciones), no sólo han sido un medio para alcanzar el objetivo investigativo, sino que han sido un fin en sí mismo. Las mujeres y las redes se han visto fortalecidas por el propio proceso de investigación, así como también les ha significado una oportunidad de establecer nuevos lazos con nuevas mujeres (y sus parejas y familias) viviendo con VIH, y reforzar su presencia local. Esto permite prever la replicación y multiplicación de sus actividades, no sólo en cuestiones de VIH y sida.

**4.** Los datos encontrados y su análisis muestran, como señalábamos al principio, que la vulnerabili-



dad al VIH es un fenómeno complejo y que involucra, indisolublemente, dimensiones individuales, sociales y programáticas. Las prácticas de cada una de las personas, sus relaciones sociales a lo largo de la vida y en el presente, y el impacto por acción (mejor, peor, más eficiente o menos eficiente) u omisión del Estado, todo ello se refleja en historias a lo largo del tiempo (“trayectorias”) y se condensa en situaciones (“escenas”) de vulnerabilidad – pero también de protección – ante la infección por VIH, así como ante otros padecimientos y daños en salud y sociales: otras enfermedades, uso abusivo de drogas, violencia social, violencia sexual y de género. En materia de VIH/sida, hay aspectos a considerar en estas tres dimensiones, tanto para investigar de manera comprensiva como para intervenir de manera adecuada.

Las dimensiones de la vulnerabilidad son inseparables para la investigación y análisis e – idealmente – para la intervención. A treinta años de la epidemia, pensar las investigaciones e intervenciones implica hacerlo de manera integral: al nivel individual, estudiando y trabajando sobre los conocimientos, actitudes, valores y prácticas; al nivel de los grupos sociales, tomando por objeto a las prácticas culturales, los modos de socialización, los contextos particulares y los conocimientos locales; y al nivel estructural y económico, dando cuenta de los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan los sujetos, los insumos de prevención, las condiciones de las prácticas de riesgo, daño, cuidado y auto-cuidado.

En el caso de las mujeres viviendo con VIH que han participado de este estudio, hemos encontrado puntos para investigar e intervenir en relación con cada una de las dimensiones de la vulnerabilidad (individual, social, programática) así como en cada uno de estos niveles (individual-comportamental, grupal-cultural, estructural-político/económico).

**5.** Los datos evidencian, una vez más, que las mujeres que contraen el VIH tienen características sociodemográficas muy variadas – aun considerando los sesgos de la muestra, correspondiente a mujeres que se atienden en su mayoría en el subsector público de salud. Si bien la mayoría está en edad reproductiva, hay mujeres de todas las edades. También hay variabilidad socioeconómica, de nivel de instrucción alcanzado, de lugar de origen y residencia, de organización familiar, de protección social, e incluso en cuanto a la orientación sexual, o a contar o no con experiencias de trabajo sexual/prostitución.

**6.** En la investigación se apuntó a considerar las cuestiones de reproducción, sexualidad y familia de manera relacional. Para comprender y explicar este tipo de comportamientos fue menester conocer las prácticas y sentidos tanto de mujeres como de varones, incluir la diversidad de prácticas y sentidos sexuales. Se adoptó una postura pragmática en torno a la cuestión del género de investigadoras/es y población bajo estudio: la división por género puede ser una división de tareas por cuestiones de acceso, empatía (cercanía, identificación), a probar y comprobar empíricamente caso por caso. Construir la investigación sobre la base de la reciprocidad de perspectivas permitió escapar tanto a la responsabilización *a priori* de los varones como a la victimización de las mujeres. Hay situaciones efectivamente de victimización, con victimarios (en general varones) y víctimas (en general mujeres). Pero en la mayoría de las experiencias y relaciones la victimización no hace sino oscurecer la capacidad de lenguaje y acción de la determinada como (o estigmatizada como) víctima. Se vuelve pues ineludible considerar la naturaleza de las relaciones asimétricas y que pueden incluir subordinación, dominación, explotación y violencia. En suma, todo esto nos invita a una mayor flexibilidad de los métodos y técnicas de investigación sustentada en una reflexión más profunda sobre el género y el hacer investigación social en salud sexual y reproductiva, a una reflexión más profunda sobre la relación entre género y el método en investigaciones que parten, justamente, de un enfoque de género inclusivo de los varones.

**7.** Las encuestas y entrevistas mostraron que las mujeres se han testeado en circunstancias diversas y por variados motivos. Los controles de rutina y en situación de internación son la circunstancia más frecuente; más de un cuarto de la muestra lo hizo en embarazo o el parto; un cuarto porque su pareja tenía VIH; y un cuarto por haber tenido sexo sin protección. Con porcentajes bajos, igualmente es preocupante aquellas que fueron testeadas sin su conocimiento (lo cual es ilegal) o en un contexto



pre-ocupacional (lo cual, aun con consentimiento, vuelve dudoso el margen de acción con el que contaban para aceptar hacerlo).

Es necesario reforzar la oferta y acceso al diagnóstico por fuera de la situación de embarazo y parto. El control prenatal sigue siendo una de las situaciones más frecuentes de detección del VIH. No es el mejor momento para enterarse de un resultado positivo. Según los datos de nuestra investigación, se registran situaciones incluso de mucha tensión y violencia, como dar el resultado a la pareja o la madre de la mujer, antes que a ella; la falta de confidencialidad y de orientación, o el maltrato. En otros casos, el trato de los profesionales y los servicios ha sido encomiable, y dio inicio a un vínculo terapéutico que prosiguió luego del nacimiento del hijo o la hija.

El porcentaje de mujeres con VIH con ligadura tubaria, que supera al 10 por ciento de la muestra (bastante más elevado que los porcentajes registrados en estudios con población femenina general), así como algunos testimonios del componente cualitativo, invita a investigar el tipo de consejería y consentimiento para la adopción de métodos anticonceptivos permanentes.

Menos de un quinto de la muestra considera haberse infectado el año previo al diagnóstico; cuatro de cada cinco mujeres piensan que la infección tuvo lugar más de un año antes o no podría determinarlo. Cuatro de cada diez tenía síntomas al momento del diagnóstico. Seis de cada diez lo hicieron por indicación de un médico y tres de cada diez por iniciativa propia. En todo caso, los datos muestran que el diagnóstico, para la mayoría, no tiene lugar enseguida después de la probable circunstancia de infección; el diagnóstico tardío descrito puede tener consecuencias muy negativas para la salud de estas mujeres y amerita profundizar en su estudio.

**8.** Un dato preocupante es la baja cobertura de la consejería pre-test y, muy especialmente, post-test. Casi el cuarenta por ciento de la muestra de mujeres recibió su resultado positivo sin ningún tipo de charla o consejería. El impacto emocional del resultado y los caminos a seguir dependen en gran medida de la consejería. Y la falta de consejería post-test aunada al diagnóstico tardío complica considerablemente el seguimiento de estas mujeres.

**9.** La necesidad de intervenir en los contextos inadecuados de la realización del test y la comunicación del diagnóstico se refuerza al conocer los datos sobre “expectativa ante el resultado”: para seis de cada diez mujeres, el resultado positivo fue totalmente inesperado; sólo dos de cada diez dijeron que esperaban un resultado así.

**10.** Noventa por ciento de la muestra se había hecho ya al menos un primer conteo de CD4. Un tercio no recuerda el resultado. Del total de la muestra, cuatro de cada diez dijeron haber recibido un resultado de 350 CD4 ó más, y dos de cada diez dijeron haber recibido un resultado de menos de 350 CD4 (y una de cada diez refirió un resultado de 200 CD4 o menos).

Más allá del evento en algún de los caso estudiados de encontrarnos en una primoinfección, estos datos dan el piso y el techo, en términos de resultados de CD4, de qué proporción llega tardíamente al diagnóstico, llega teniendo que comenzar inmediatamente el tratamiento antirretroviral. También da la pauta de un porcentaje mínimo preocupante (10%) que llegan ya en situación inmunológica bastante complicada.

Un cuarto de la muestra dijo haber tenido neumonía, y fueron mencionadas también la toxoplasmosis, la tuberculosis, las hepatitis, y otras enfermedades relacionadas con el VIH.

**11.** La absoluta mayoría refirió haberse infectado a través de relaciones sexuales desprotegidas con un varón, y entre ellas una alta proporción señala que éste era o es su pareja estable. Un cuarto dijo que se trataría de una relación ocasional. Un pequeño porcentaje (3,6% de quienes dijeron haberse infectado a través de sexo con un varón) dijo que se trataría de un cliente sexual. El porcentaje de transmisión por uso inyectable de drogas es muy bajo.

Llegado a este punto, es conveniente y necesario desmontar qué esconde la categoría “transmisión heterosexual” del VIH hacia las mujeres: cómo son las relaciones, cómo fue el contexto específico probable de infección, y los contextos y modalidades de infección de sus compañeros sexuales.

12. Antes de recibir el diagnóstico de VIH, sólo una minoría de las mujeres sabía si su pareja vivía con VIH: al momento del diagnóstico, menos del 10 por ciento de las mujeres que estaban en pareja sabían que su compañero era seropositivo. Luego del diagnóstico de ellas, sea porque él se testea o porque le cuenta su estado serológico que mantenía oculto, 50 por ciento de las mujeres que están en pareja saben que conviven con un compañero seropositivo.

13. Preguntadas sobre cómo se infectó el varón que les transmitió probablemente el VIH a ellas, la mayoría señala que se trataría de relaciones sexuales con otra mujer; un tercio menciona la posibilidad de relaciones con una trabajadora sexual/mujer en situación de prostitución. Veinte por ciento lo atribuye al uso inyectable de drogas. Y doce por ciento al sexo con travestis y/o con otros varones. Diez por ciento dice que su compañero se infectó cuando estuvo privado de libertad. Catorce por ciento no sabe cómo pudo él haberse infectado.

El análisis de las trayectorias y las escenas sexuales, probables contextos de infección, muestran la inclusión de circunstancias variables, algunas excepcionales y otras frecuentes. Si para muchas mujeres se trata de relaciones sexuales y afectivas con una pareja sin mediar otras consideraciones (no ha habido uso inyectable de drogas, ni situación de prostitución, ni privación de libertad, ni uso abusivo de alcohol o violencia conyugal), para un conjunto también considerable la “transmisión heterosexual” viene determinada por estos otros elementos de producción de vulnerabilidad.

Como dijimos, algunas prácticas y situaciones dan cuenta de escenas protagonizadas y/o experimentadas por las mujeres, y de trayectorias subjetivas y relacionales que se materializan aquí en la infección, pero que van más allá del VIH. La transmisión del virus puede darse en determinadas escenas excepcionales o típicas: buscando un embarazo, o en una pasión quizá potenciada por drogas o alcohol, entre muchas otras escenas típicas que incluyen a menudo la dificultad o imposibilidad de negociar con la pareja el uso del preservativo. La transmisión del virus sucede en trayectorias sexuales, afectivas, familiares, laborales, que pueden o no incluir determinadas prácticas y situaciones de mayor riesgo ante la infección.

En términos de experiencias personales:

- 46,9 por ciento fue víctima alguna vez de violencia física por parte de una pareja
- 24,9 por ciento aspiró alguna vez cocaína; 6,9 por ciento se inyectó drogas; 13,1 por ciento fumó paco y 20,6 por ciento dijo haber tenido problemas con el alcohol
- 12,7 por ciento hizo alguna vez trabajo sexual; y
- 6,5 por ciento estuvo alguna vez privada de libertad (recuérdese que no se encuestó a población en situación de encierro).

El 80 por ciento de la muestra no estuvo en situación de prostitución, ni privada de libertad ni utilizó drogas inyectables. El 20 por ciento restante estuvo en al menos una de estas tres situaciones.

En términos de parejas:

- 51,4 por ciento tuvo alguna pareja con problemas con el alcohol; 25,2 por ciento que consumía paco; 26,0 por ciento que se haya inyectado drogas; y
- 22,4 por ciento estuvo con alguien con experiencia de privación de la libertad.

El 44,1 por ciento no estuvo en situación de prostitución, ni tuvo sexo con alguien con experiencia de privación de libertad y/o uso de drogas inyectables. El 55,9 por ciento restante, estuvo en al menos una de estas tres situaciones. Casi el veinte por ciento estuvo en al menos dos.

Queda claro que el involucramiento de las parejas masculinas en la prevención, tratamiento y acompañamiento de infección por VIH necesita ser estudiada en mayor profundidad, con el fin de proponer medidas para reducir el impacto del VIH en las mujeres.

14. Uso de alcohol, uso de drogas y VIH: los datos epidemiológicos y las comprobaciones en casos individuales habían mostrado la relación directa entre el uso de drogas por vía inyectable y la transmisión del VIH. A diferencia de los años noventa, hoy se registra una drástica disminución de los casos de VIH/sida asociados al uso inyectable. Sin embargo, como dijimos, el uso de drogas está presente en al menos tres aspectos: por las trayectorias previas de las mujeres y sus parejas actuales o pasadas en el uso inyectable; por la asociación entre uso de drogas y transmisión del VIH, no en tanto vía de transmisión por la práctica inyectable del uso, sino por las escenas y contextos de vul-



nerabilidad sexual y relacional que el uso intensivo de drogas alienta y potencia; y por la vulnerabilización subjetiva que el uso de drogas y alcohol produce en mujeres a cargo de sostener relaciones de pareja y familiares con usuarios intensivos o problemáticos. La combinación de estas situaciones y prácticas, con otras que suelen estar asociadas, como las experiencias de privación de la libertad (indisociables de las experiencias de consumo y tráfico de drogas ilegales), las relaciones sexuales y afectivas en contextos de tranquilidad o descontrol, así como la situación de prostitución que una de cada diez mujeres señalaron haber transitado, confluye en un cuadro de vulnerabilidad individual y social que permite, si no potencia, la transmisión del VIH. La vulnerabilidad que hemos mencionado como programática, es decir la que resulta de las acciones e inacciones del sistema de salud y del Estado en general, aparece aquí mediante la criminalización de ciertas prácticas, la estigmatización y la insuficiente intervención en materia de discriminación e inequidad de género.

Mostrar que las prácticas de uso de drogas están vinculadas a la infección por VIH, aun cuando este vínculo no resida única ni principalmente en la modalidad inyectable, invita a investigar e intervenir en relación con esta vulnerabilidad compleja que tiene sus dimensiones de género y sociales, y que se refleja en datos sobre infección por VIH.

**15.** Al momento del diagnóstico, 75 por ciento de las mujeres estaba en pareja estable y bastante duradera, y 25 por ciento sin pareja estable. Luego del diagnóstico, 60 por ciento de quienes estaban en pareja siguieron juntos, y el resto no: se separaron (por razones vinculadas al VIH un 17% y por otras razones 15%) o él falleció (7%).

Hoy, la mayoría de las mujeres encuestadas viven en pareja con un varón, de manera estable: 60 por ciento de la muestra se encuentra en esta situación (un uno por ciento está en pareja con otra mujer). Para ellas, ya sea que se trate de una pareja serodiscordante o no, el desafío de sostener el sexo seguro a lo largo del tiempo no es menor. También lo es compatibilizar el hecho de vivir con VIH con los proyectos de maternidad y/o con la planificación familiar.

Para el 40 por ciento restante, la mayoría sexualmente activa y en edad reproductiva, el desafío pasa por rearmar la vida y vislumbrar la posibilidad de una nueva pareja. La incertidumbre de si, cómo y cuándo contar al otro que se vive con VIH es una de las principales preocupaciones de estas mujeres.

**16.** El 80 por ciento de la muestra tuvo relaciones sexuales el último año, en mayor proporción las mujeres con pareja estable que quienes no están en pareja. Si bien se manifiesta una proporción con una vida sexual menos satisfactoria que antes del diagnóstico, en general dicen tener una vida sexual muy o bastante satisfactoria; para algunas, esto sucede luego del impacto inicial del diagnóstico y/o cuando rearmen una vida en pareja.

**17.** Prácticas y situaciones actuales de vulnerabilidad: la mayoría de las mujeres usa preservativo, pero no siempre. Para el sexo vaginal, lo usan siempre algo más de la mitad de las mujeres, mientras que para el sexo anal (sin riesgo de embarazo) sólo un 40 por ciento y para el sexo oral menos del 25 por ciento.

Tomando como indicador la última relación, un tercio dijo haber usado preservativo, independientemente del tipo de pareja (estable o no). En situación de trabajo sexual, once usaron y una no.

Para casi la mitad de las encuestadas, el uso de preservativo fue motivo de desacuerdo o de tensión con su pareja o parejas en el último año.

Respecto de prácticas de riesgo, el uso inyectable de drogas fue muy bajo, el uso no inyectable fue más alto (10% aspiró cocaína o tuvo problemas con el alcohol). Casi el 20 por ciento fue víctima de violencia física por una pareja, y más del 20 por ciento estuvo con alguien con problemas con el alcohol.

**18.** Casi la mitad de las mujeres se cuidan de un embarazo no buscado, pero no necesariamente con métodos considerados eficaces, ya que el uso del preservativo muchas veces es entendido en su doble función de prevenir ITS y embarazos. Más del diez por ciento dijeron tener ligadura tubaria. Entre quienes dicen ser fértiles, menos de un tercio usan píldoras, 13,5 por ciento un DIU y 7,2 por ciento inyecciones hormonales. Seis por ciento usan el método del retiro o abstinencia periódica.

Tres de cada cuatro mujeres encuestadas tiene hijos. Un tercio dijo querer o planear tener (más) hijos en el futuro.

Integrar entonces seguimiento y tratamiento de la infección por VIH, con anticoncepción y planificación familiar (para no tener o para tener hijos) es uno de los principales desafíos para una política integral destinada a estas mujeres, parejas y familias.

## 5. Referencias

- ANRS-VESPA (2004) Enquête ANRS-VESPA Premiers résultats , Actualités en Santé Publique. París: ANRS.
- Ayres José Ricardo, Paiva Vera y França Jr Ivan, en prensa. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En Paiva Vera, Ayres José Ricardo C.M., França Jr Ivan, Calazans Gabriela, Buchala Cassia, Pupo Ligia y Segurado Aluisio, Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde.
- Bajos Nathalie y Ferrand Michelle (2002) De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. París : INSERM.
- Biagini Graciela, Grigaitis Laura et al. (2008). Embarazo y VIH/sida: vivencias del proceso salud-enfermedad-atención: un estudio de casos de mujeres seropositivas embarazadas atendidas en efectores públicos seleccionados. Buenos Aires: UBATEC.
- Cáceres Carlos et al. (Eds.) (2003) AIDS and Male-to-Male Sex in Latin America: Vulnerabilities, strengths and proposed measures – Perspectives and reflections from the point of view of public health, social sciences and activism. Lima: UPCH/UNAIDS.
- Carricaburu Danièle y Pierret Janine (1992) Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité. París: CERMES-ANRS.
- Epele María (2003) Changing Cocaine Use Practices: Neo-liberalism, HIV-AIDS, and Death in an Argentina Shantytown, Substance Use & Misuse, 38 (9). Pp. 1189-1216.
- Epele María (2010) Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, violencia y salud. Buenos Aires: Paidós.
- Epele María y Pecheny Mario (2007) Harm reduction policies and criminalization in Argentina: A critical view, Global Public Health Journal, Vol. 2, N° 4. Pp. 1644-1692.
- Fainboim Hugo, Gonzalez J., Fassio E., Martínez A., Otegui L., Eposto M., et al. (1999) Prevalence of Hepatitis Viruses in an Anti-Human Immunodeficiency Virus-Positive Population from Argentina. A Multicentre Study, Journal of Viral Hepatitis, 6. Pp. 53- 57.
- Gianni Cecilia (2006) Tiempo y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH-SIDA. Buenos Aires: Colección Tesis del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y FLACSO Argentina.
- Gogna Mónica, Pecheny Mario, Ibarlucía Inés, Manzelli Hernán, Barrón López Sara (2009) The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: Health service users' and providers' perspectives, Social Science and Medicine 69 (6), sept. 2009. Pp. 813-820.
- Grimberg Mabel (2009) Sexualidad, cuerpo y relaciones de género en la experiencia de vivir con VIH. En Grimberg Mabel (Ed.) Experiencias y narrativas. Miradas antropológicas sobre padecimientos cotidianos. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, UBA-Antropofagia.
- Intercambios Asociación Civil (2004) Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires 1998-2003. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ONUSIDA, ONUDD.
- Jorrat Jorge Raúl y Kornblit Ana Lía (2004) Informe para el establecimiento de la línea de base en usuarios de drogas por vía endovenosa – Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Buenos Aires: UBATEC.
- Manzelli Hernán y Pecheny Mario (2003) HIV/AIDS Prevention in Men Who Have Sex with Men. En Cáceres Carlos et al. (Eds.) AIDS and Male-to-Male Sex in Latin America: Vulnerabilities, strengths and proposed measures – Perspectives and reflections from the point of view of public health, social sciences and activism. Lima: UPCH/UNAIDS. Pp. 99-132.

- Margulies Susana, Barber Nélide y Recoder María Laura (2006) VIH-sida y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas, Revista Antípoda, N° 3, Bogotá. Pp. 281- 300.
- Ministerio de Salud de la Nación/Dirección de Sida y ETS (2011) Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina, N° 28, Año XIV, diciembre.
- ONUSIDA (2009) Estimación de la prevalencia nacional del VIH-1 en personas adultas en epidemias concentradas. Manual preliminar. Junio. [On line]. Disponible en [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090609\\_epp\\_concepi\\_2009\\_draft\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090609_epp_concepi_2009_draft_es.pdf)
- Paiva Vera (2005) Analysing sexual experiences through ‘scenes’: a framework for the evaluation of sexuality education, *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 5 (4). Pp. 345-358.
- Paiva Vera (2006) Analizando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. En Cáceres Carlos, Careaga Gloria, Frasca Tim y Pecheny Mario (Eds.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH. Pp .23-51.
- Paiva Vera, Ayres José Ricardo y Gruskin Sofía (2010) Being young and living with HIV. The double neglect of sexual citizenship. En Aggleton Peter y Parker Richard (Eds.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. Londres y Nueva York: Routledge/Taylor & Francis Group. Pp. 422-432.
- Pantelides Edith A., Binstock Georgina, Mario Silvia (2007) La salud reproductiva en la Argentina 2005: resultados de la Encuesta nacional de nutrición y salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Pecheny Mario (2002) Identidades discretas. En Arfuch Leonor (Comp.) *Identidades, Sujetos y Subjetividades*. Buenos Aires: Prometeo. Pp. 131-153.
- Pecheny Mario (2004) Argentina: developing quality HIV treatment for injecting drug users. En Open Society Institute (Ed.) *Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to injection drug users*. New York: Open Society Institute. Pp. 66-79.
- Pecheny Mario, Manzelli Hernán y Jones Daniel (2002). Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. Buenos Aires: CEDES.
- Pecheny Mario, Manzelli Hernán y Jones Daniel (2007) The Experience of Stigma: People Living with HIV/AIDS and Hepatitis C in Argentina, *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (1).
- Pecheny Mario et al. (2007). La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”, en López Elsa y Pantelides Edith comp.(Comps.), *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA.
- Pecheny Mario y Manzelli Hernán (2008) Estudio nacional sobre la Situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Pecheny Mario et al. (2012) Barreras de accesibilidad en salud sexual y procreación responsable: problemas emergentes. Buenos Aires: Salud Investiga – Ministerio de Salud.
- Pierret Janine (1998) *Vivre longtemps avec le VIH: Récits sur la longue durée de vie et reconstruction du temps*. París: CERMES.
- Rossi Diana, Radulich Graciela, Martínez Peralta Liliana, Vila Marcelo, et al. (2002) Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires. En *Reducción de daños. Apuntes para la acción*. Buenos Aires: Asociación Civil Intercambios y Cooperación Alemana para el Desarrollo.