



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ÁREA ESPECIALIZADA DE INFORMACIÓN

MUJER Y VIH/SIDA EN COSTA RICA: DATOS DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

INTRODUCCIÓN

La década de los años 80's fue sacudida por la aparición de una nueva enfermedad, de la cual se fue teniendo información muy paulatinamente, al lado que iba dejando tras de sí a gran cantidad de víctimas. Muchas de ellas sufrieron la enfermedad, y murieron sin una explicación de cómo habían sido objeto de su transmisión y de su agresividad. Fue el caso de la aparición del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y, con este, del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Al principio de la epidemia, cuyos primeros registros aparecen en los Estados Unidos de América, se la asoció inmediatamente con un *grupo de riesgo* en particular: el de los homosexuales masculinos. Fueron estos quienes primero llenaron las consultas médicas y los centros hospitalarios, en búsqueda de un tratamiento eficaz y rápido para evitar lo que en ese momento se consideraba su desenlace obvio y consecuente: la muerte. No tardaron en pasar muchos años, cuando ya el VIH/SIDA era una realidad *amenazadora* alrededor del mundo. Fue cuando se le comenzó a considerar una pandemia.

Pero junto a esta consideración, saltó a la vista, con el tiempo y con los estudios clínicos, epidemiológicos y estadísticos, sobre todo los realizados desde el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC; Atlanta, EE.UU.) y el Instituto Pasteur (Francia), que dicha pandemia no era *patrimonio* exclusivo de un *grupo de riesgo*, sino que el VIH podía transmitirse a toda persona que estuviera expuesta. Sin embargo, años de estigmatización y victimización prolongada, no han logrado eliminar del todo en el imaginario social, la relación del VIH/SIDA con poblaciones marginales de hombres y mujeres, considerándola desde muchos puntos de vista (sociales, culturales, religiosos) como una enfermedad *merecida* y *bien vista* a los ojos de algunos sectores conservadores a nivel político, religioso e incluso sanitario.

De esta forma, incluso el uso epidemiológico del concepto de *grupos de riesgo*, fue resemantizado, reforzando con ello el rechazo social de las víctimas, y consolidando un

sistema de prácticas morales y políticas, en cuanto a materia sexual se refiere, de corte conservador y ortodoxo. Así reducidos el VIH/SIDA a *tipos* de prácticas sexuales no convencionales, en el espectro simbólico de los primeros años de la pandemia no quedaba otra cosa, según este discurso, que *separar* y dejar morir a portadoras, portadores y pacientes, a la manera de las antiguas pestes medievales.

Sin embargo, y dados los resultados de las investigaciones mencionadas, y las que constantemente se realizan al respecto (vigilancia epidemiológica), es que *ahora* se comprende, aunque aun con alguna resistencia en algunos de esos sectores conservadores, que la situación del VIH/SIDA ha roto (a) con la reducción de la comprensión de su transmisión a una práctica sexual (existen, por ejemplo, otras vías de contagio, como la que ocurre entre toxicómanos, al compartir jeringas infectadas –vía parenteral-; por la vía perinatal en la transmisión madre-hija/hijo; en la transfusión de factores de coagulación en la población hemofílica, con sangre infectada), y (b) la otra reducción a la población homosexual masculina.

De esta forma, se ha vuelto no sólo una necesidad, sino un imperativo en los diversos campos de la vida social (incluida, por supuesto, el de la salud) el estudio concienzudo y comprometido por entender dicha problemática en una población que tradicionalmente, ha sido víctima de múltiples asimetrías sociales: las mujeres, invisibilizadas y revictimizadas al no ser considerada su situación específica como de interés en el campo de la investigación científica. Esto debido a un error y a un prejuicio científico, al querer seguir reproduciendo en el imaginario que el VIH/SIDA es un problema de hombres.

Sin embargo, y como se verá a lo largo de las siguientes páginas, gracias al estudio y visibilización de las prácticas sexuales entre la población heterosexual y bisexual, y por la dinámica social (por ejemplo, laboral) se pone en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres. Es por ello que Organismos como ONUSIDA, así como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, y las autoridades en materia de salud pública a nivel regional y nacional, tanto públicos (por ejemplo, los ministerios de salud, y los centros de seguridad social) como privados (por ejemplo, las ONGs) se han abocado a la tarea de hacer visible la situación de la mujer en situación de vulnerabilidad y riesgo, respecto al VIH/SIDA.

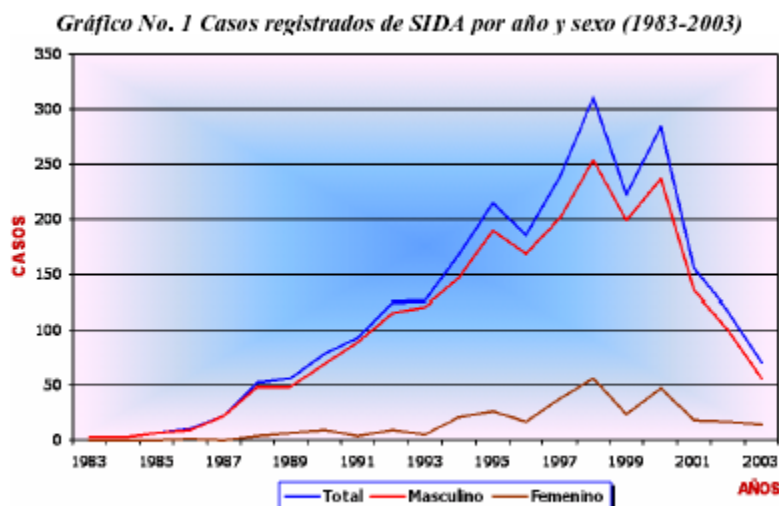
De algunos de estos renovados esfuerzos de investigación se nutren las siguientes páginas. Estudios realizados por profesionales calificados, desde instituciones igualmente comprometidas en dar a conocer esta realidad, al mismo tiempo compleja y retardada para quienes deseamos, desde los lugares que nos corresponden, ofrecer luz sobre esta problemática, y aportar junto a ello esperanza a quienes tradicionalmente se las ha ignorado desde estudios sesgados por un científicismo positivista y, porqué no decirlo, patriarcal.

El *Instituto Nacional de las Mujeres* (INAMU) se ha querido unir a estas voces y esfuerzos por visibilizar la situación de las mujeres que viven con el VIH/SIDA, comprometiéndose igualmente en la construcción de una sociedad más justa, equitativa e igualitaria para todas y todos los habitantes de Costa Rica.

MUJER Y VIH/SIDA EN COSTA RICA

▪ Morbilidad de las mujeres por SIDA

En términos generales, sobre la *tendencia de la morbilidad por SIDA*, expuesto en el Gráfico No. 1¹, se pueden definir dos fases: una de ascenso (1983-1998) y otra de descenso (a partir de 2001). Entre las posibles causas de este último dato está la aplicación de la terapia antirretroviral, así como el aumento en la cobertura de esta². Esto puede también haber contribuido a la modificación en la esperanza de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.



Para tener una idea de las diferencias en el número de casos y tasas sobre el SIDA, desagregándolos por edad y sexo, se presenta la siguiente Tabla:

¹ Cfr. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_costa_rica_es.pdf

² El marco legal que protege a portadores del VIH, así como pacientes del SIDA, está contenida en la Ley #7771 del 20 de mayo de 1998, *Ley General sobre el VIH-SIDA*. Esta Ley se propone regular aspectos como la promoción, educación y prevención de la infección por VIH, así como la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH/SIDA. También, trata sobre los derechos de portadores y pacientes del VIH/SIDA, y los demás habitantes de la República. El *Reglamento* a la *Ley General sobre el VIH-SIDA*, se aprueba el 3 de junio de 1999.

Tabla No 1³

Casos y tasas de sida por edad y sexo. Costa Rica 2005.

(Tasas por 10.000 habitantes)

Grupos de edad en años	Masculino			Femenino			Total	Tasa
	Casos	Porcentaje	Tasa	Casos	Porcentaje	Tasa		
< 1	1	0.5	0.3	0	0	0	1	0.1
1 a 4	0	0.0	0	0	0	0	0	0
5 a 14	1	0.5	0.02	0	0	0	1	0.01
15 a 24	13	6.2	0.3	10	25.6	0.2	23	0.3
25 a 34	65	30.8	1.9	10	25.6	0.3	75	1.1
35 a 44	80	37.9	2.5	9	23.1	0.3	89	1.4
45 a 54	38	18.0	1.6	7	17.9	0.3	45	1
55 a 64	7	3.3	0.6	3	7.7	0.2	10	0.4
65 a 74	5	2.4	0.7	0	0	0	5	0.3
> 75	1	0.5	0.2	0	0	0	1	0.1
							0	
Total	211	100	0.9	39	100	0.2	250	0.6

Unidad de Bioestadística, Ministerio de Salud

- **Mortalidad de las mujeres por SIDA**

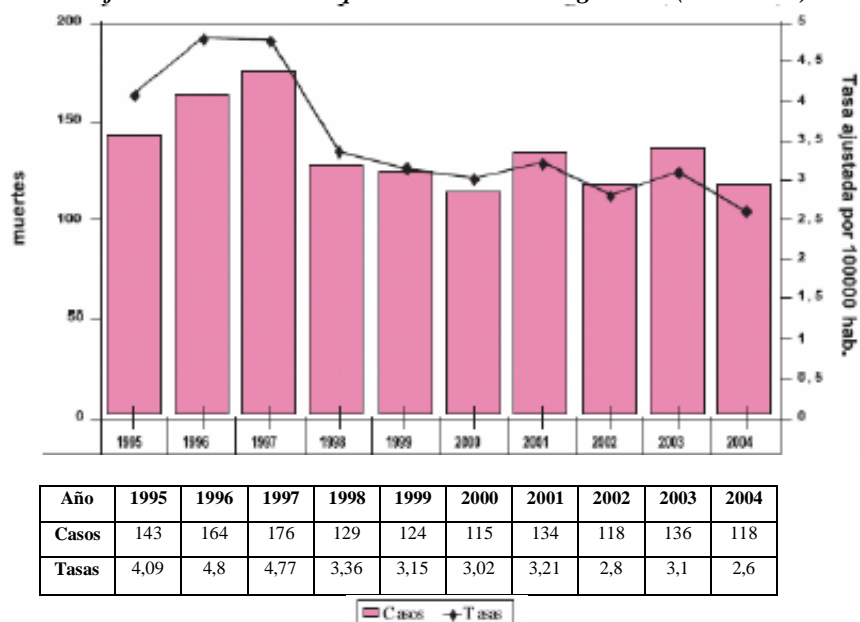
En relación con la *mortalidad* general por SIDA, y desagregando por sexos, tal y como se puede apreciar en el Gráfico No. 2, existen dos comportamientos similares a los expuestos en el Gráfico No 1, respecto a la *morbilidad* por SIDA. En el periodo 1985-1997 hay un aumento casi constante del número de defunciones, tanto para personas del sexo masculino como para personas del sexo femenino. Ciertamente las defunciones masculinas son superiores, ya que, como se puede constatar en la historia de la evolución de esta patología, ha estado relacionada principalmente –aunque no únicamente- con hombres en los primeros años de la enfermedad en el país, y en el mundo en general. Por ello la importancia de la Tablas No 1 y No 2.

La tendencia de la tasa de mortalidad por el SIDA, es creciente desde los años 80's. Sin embargo, y como se puede ver en el Gráfico No 2, luego de 1997, las defunciones totales y las del sexo masculino decaen, relacionado lo anterior posiblemente con el uso de los antirretrovirales y al aumento de su cobertura; sin embargo, cabe destacar que en cuanto a las defunciones por sexo, las mujeres mantienen niveles constantes.

Lo anterior es de suma importancia, debido a que de acuerdo a la *Ley General sobre el VIH-SIDA*, y su *Reglamento*, la Caja Costarricense de Seguro Social está obligada a dar a portadores sintomáticos y pacientes, el conocido “cóctel” de medicamentos antirretrovirales; con ello se ha logrado, no sólo una mejor calidad de vida en la población que recibe este tratamiento, sino una mayor esperanza de vida. A esto también ha aportado la amplia cobertura que tiene la seguridad social en Costa Rica.

³ Cfr. <http://www.ministeriodesalud.go.cr/sida/sida2005.pdf>

Gráfico No 2 Mortalidad por casos de SIDA según año (1995-2004)



Fuente: INEC-Unidad de Estadística, Ministerio de Salud, 2005

Como ya se adelantaba, en la Tabla No 2 se pueden ver los datos respecto a defunciones y tasas de SIDA, por edad y sexo.

Tabla No. 2⁴
Defunciones y tasas de sida por edad y sexo. Costa Rica 2005
(Tasa 10,000 habitantes)

Grupos de edad en años	Masculino			Femenino			Total	Tasa
	Defunciones	%	Tasa	Defunciones	%	Tasa		
< 1	0	0	0	1	5.6	2.8	1	1.4
1 a 4	0	0	0	0	0.0	0	0	0
5 a 14	1	0.9	0.2	0	0.0	0	1	0.1
15 a 24	2	1.9	0.4	3	16.7	0.7	5	0.6
25 a 34	28	26.2	8.1	4	22.2	1.2	32	4.7
35 a 44	38	35.5	11.9	3	16.7	0.9	41	6.6
45 a 54	27	25.2	11.8	4	22.2	1.8	31	6.9
55 a 64	7	6.5	5.6	1	5.6	0.8	8	3.2
65 a 74	3	2.8	4.2	1	5.6	1.3	4	2.7
> 75	1	0.9	2.2	1	5.6	1.8	2	2
Total	107	100	4.9	18	100	0.8	125	2.9

INEC, Unidad Bioestadística. Ministerio de Salud.

Es de notar, de acuerdo con las anteriores Tablas, cómo en términos de *morbi-mortalidad*, las tasas más altas por edad en el caso de las mujeres, se ubica en los años de su mayor capacidad de reproducción. Esto tiene un resultado directo en cuanto a la

⁴ Ibid.

transmisión *madre-hija/o*, así como a la capacidad de criarles y de enfrentar los retos que impone la supervivencia de la familia.

Para ambos casos, mujeres y hombres, no cabe duda que también está en cuestión la *educación sexual* que tengan. Se hace evidente la importancia y la urgencia de trabajar en este sentido, educando en el campo de la sexualidad humana. Ello porque, aunque como se hace evidente, es en el grupo de hombres en donde se concentran las mayores tasas de *morbi-mortalidad*, no es menos cierto que el segmento de edades que comprende entre los 15 a los 44 años en el caso de las mujeres, se mantiene constante, como ya se ha señalado. Con este instrumento (educación sexual) se podría hacer mucho para evitar la transmisión del VIH a mujeres y hombres; pero sobre todo en el campo de las mujeres, a quienes la información sobre su sexualidad, o no llega o llega sesgada por innumerables prejuicios sexistas.

▪ El riesgo de transmisión del VIH en las Mujeres

En cuanto a la probabilidad de desarrollar la enfermedad –*el riesgo*–, cambia según grupos de edades. ¿Qué importancia tiene este dato en relación con la mujer? Básicamente, porque en el entre las niñas y niños de 0 a 9 años, es el grupo de menor riesgo, pero la incidencia del SIDA depende de la transmisión *madre-hijo*. En adelante, como se puede apreciar en el Gráfico No. 3⁵, a partir del grupo de edad 15 a 19 años, exponencialmente hay un incremento del riesgo de adquirir la enfermedad hasta el grupo 35-39, que tomado junto al grupo 30-34, son los de mayor riesgo en *toda* la población del país. En la medida en que se superan los 39 años de edad, tal riesgo tiende a decaer sostenidamente hasta el grupo de 70 años y más.

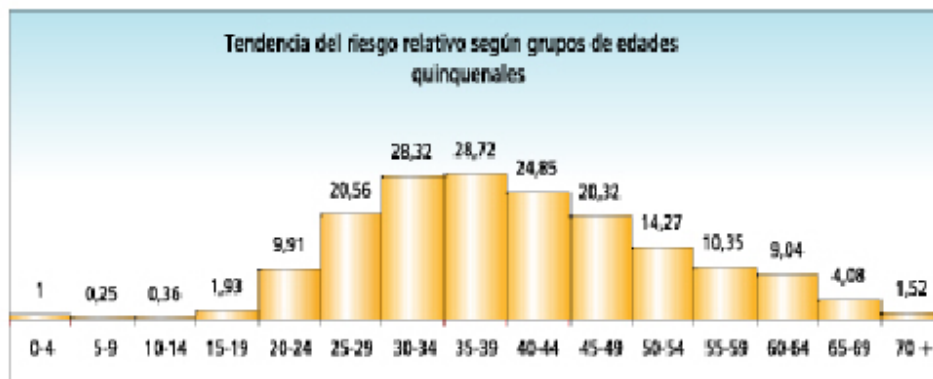
Quienes se encuentran en mayor riesgo de SIDA se encuentran en el grupo comprendido entre los 25 y 49 años de edad, y son de sexo masculino, que pertenecen al menos a uno de los siguientes grupos: homosexuales, bisexuales, usuarios de droga por vía intravenosa, o hemofílicos. Estas personas tienen su residencia sobre todo en el entorno de puntos fronterizos, los puertos más importantes del país, y por supuesto, la gran área metropolitana.⁶

⁵ Cfr. <http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/VIH%20SIDA.pdf>

⁶ Ibid.

Gráfico No. 3

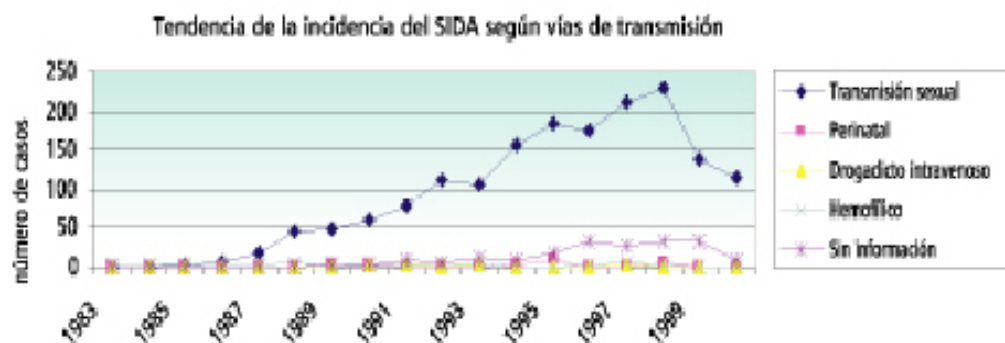
Riesgo relativo por grupos de edad quinquenales



Fuente: Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Por otro lado, existen dos comportamientos en la relación hombre-mujer. El primero se produce del año 1988 al 1993, en que la incidencia de nuevos casos de SIDA es mayor en el grupo de de sexo masculino. Al comparar los casos de sexo femenino, el riesgo relativo supera el valor de 10, llegando en 1993 a más de 20. ¿Qué significa lo anterior? Que en 1993 el riesgo que tenía de contraer la enfermedad una persona del sexo masculino era 20 veces superior al de una persona del sexo femenino. Un factor que puede explicar lo anterior está ligado a la *vía de transmisión sexual* en varones homosexuales, en los primeros años de la epidemia en Costa Rica. Al respecto, los Gráficos No 4-5⁷ nos pueden ilustrar al respecto:

Gráfico No. 4⁸

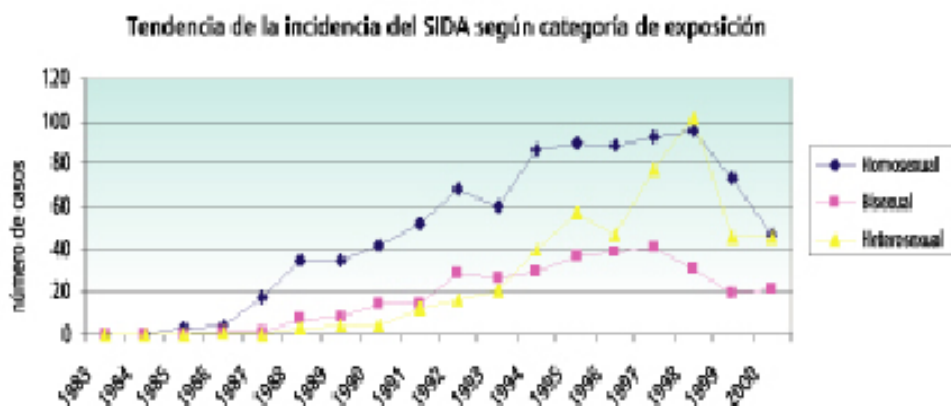


Fuente: Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

⁷ Ibid.

⁸ Léase en la Leyenda del Gráfico, como a continuación: *Transmisión sexual, Perinatal, Drogadicto Intravenoso, Hemofílico, Sin Información.*

Gráfico No 5⁹



Fuente: Unidad de Control del SIDA, Caja Costarricense de Seguro Social.

▪ Cambios en la práctica sexual y VIH/SIDA

Tomando como base la información brindada por los anteriores gráficos, se evidencia un cambio en el patrón de la tendencia del SIDA desde el punto de vista de la práctica sexual. La práctica heterosexual tiende a incrementarse por su contribución al número absoluto de casos, llegando en algunos momentos a equipararse con la homosexual y la bisexual. Como ya se sabe, la incidencia del SIDA siempre ha sido mayor en el grupo de personas masculinas que en el grupo de mujeres, “aunque este último grupo ha tenido una ligera tendencia al aumento en la medida que la vía de transmisión heterosexual ha ganado importancia”.¹⁰

▪ Consideraciones finales

Por lo mencionado anteriormente, y recogiendo las cifras expuestas, nos remite a algunos aspectos que son relevantes a la hora de tratar el tema *Mujer y VIH/SIDA* en nuestro país.

- Se hace necesaria una estrategia de *prevención* de la infección por el VIH en la población de mujeres. Para ello sería una estrategia importante el incorporar una perspectiva de Promoción y Educación de la Salud a la población en general, y a la femenina en particular. Pero, sobre todo, del desarrollo de una educación sexual vista a través de enfoques integrales.
- Lo anterior sería de particular importancia para desbloquear y decodificar determinados mitos y estereotipos que el sentido común y la cotidianeidad han captado como *normales*: a saber, (a) que el tema del VIH/SIDA es particularmente una problemática

⁹ Léase en la *Leyenda del Gráfico, Homosexual, Bisexual, Heterosexual*.

¹⁰ Cfr. <http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/VIH%20SIDA.pdf>

de interés sólo para la población homosexual masculina, y (b) consecuentemente con el anterior, que la mujer no es ni sujeto ni objeto de las campañas de salud preventiva, en cualquier nivel de atención en los centros de salud nacionales.

- Por el contrario, es adecuado *visibilizar* la problemática de las mujeres que viven con el VIH/SIDA, y diseñar campañas educativas que permitan una mayor prevención de la transmisión. Para ello, habría que hablar con un lenguaje asertivo y concreto, tomando en cuenta la diversidad de mujeres a las que irían dirigidas tales campañas, y considerando las especificidades socio-económicas, políticas, así como las culturales e incluso religiosas. De esta forma, la situación de la mujer que vive con el VIH/SIDA dejará de ser un mito, o un dato que se deje de lado a la hora de promover tales campañas. Hay información suficiente como para respaldar la importancia de dirigir campañas específicas a las mujeres, sobre todo tomando en cuenta el aumento de la incidencia del VIH/SIDA en la población masculina, heterosexual y bisexual.
- Por otro lado, los diversos procesos sociales por los que ha atravesado nuestro país en las últimas dos décadas, dan fe de un empobrecimiento en algunas capas y sectores sociales; y atenuando lo anterior, el factor de la migración campo-ciudad, así como la que se registra por el ingreso de inmigrantes de otros países –sobre todo centroamericanos-, y unido a ello, cierta contracción al nivel laboral, ha hecho que muchas mujeres se encuentren en una condición de mayor vulnerabilidad social, tales como la prostitución, o hayan sido víctimas de las redes del tráfico internacional de blancas. Si se une lo anterior a la propaganda que sobre nuestro país existe en el exterior, como “*paraíso sexual*”, hace que tengamos realmente un desarrollo de *turismo sexual*, informado y denunciado por diversos medios, incluso los de difusión masiva, en donde se evidencia un incremento de esta actividad para ambos mujeres y hombres que terminan en la prostitución, pero en donde a conveniencia muchas veces no se planean estrategias de atención y prevención en esta población, sobre todo en la más vulnerable, que sigue siendo la de las mujeres.
- De igual manera, al analizar los datos de prevalencia, se encuentra que las mujeres son doblemente vulnerabilizadas en tanto que están siendo “*infectadas*” por sus parejas heterosexuales. De ahí la importancia de establecer mecanismos de prevención y de cambios culturales en cuanto a la sexualidad se refiere.
- Sería muy provechoso, en cuanto la gestión y producción del conocimiento, el que también se promueva el diseño de nuevas investigaciones que permitan comprender la problemática de la *Mujer y el VIH/SIDA*. Para ello, los estudios de índole cuantitativo han sido de suma importancia. Igualmente, los de carácter cualitativo deberían igualmente ser promovidos. Todos ellos en aras de una mayor y mejor *intervención* en la situación de estas mujeres. Perspectivas y modelos investigativos, por ejemplo, como la Investigación-Acción Participativa (IAP), entre otros, pueden ser un instrumento muy valioso para analizar el espacio de la producción simbólica de esta población en particular, y tener con ello más elementos para una adecuada intervención, como se acaba de mencionar, de cara al diseño de mejores estrategias de prevención, así como de promoción y educación sexual que tome en cuenta enfoques de derechos humanos.

- Finalmente, aunque la problemática del VIH/SIDA compete a todas y todos, parecería importante que las autoridades sanitarias, así como los variados centros de salud, puedan diseñar campañas educativas, sobre todo tomando como perspectiva prioritaria los factores protectores de la salud, más que los de riesgo –aunque estos últimos por supuesto, tampoco pueden ser obviados-.