

// JURISPRUDENCIA ARGENTINA

NÚMERO ESPECIAL

2011 - I

DIRECTOR ALEJANDRO P. F. TUZIO

FASCÍCULO 8

DERECHOS PERSONALÍSIMOS Y VIH/SIDA EN EL NUEVO DECENIO

COORDINADORA: Patricia Sorokin

Contenido

DOCTRINA

Grupo y factor: su relevancia en la construcción de visibilidad social

Por Patricia Sorokin Pág. 3

Producción de conocimiento como bien público

Por Silvia Schupack, Patricia Sorokin y Leonor Suárez. Pág. 7

"Hombre soy, nada humano me es ajeno"

Por Elisa D. Altolaquirre, Adriana Carra y Gerardo Perazzo. Pág. 10

Una visión sobre el VIH/sida en los Objetivos del Milenio

Por Katya Rodríguez S., José S. Ponce y Fernanda M. Ledesma. Pág. 13

La feminización de la epidemia del VIH/sida. El caso de Colombia y de la Argentina

Por Silvana González Montoya, María Florencia Santi y Julieta Arosteguy. Pág. 16

VIH: análisis de la criminalización, la responsabilidad individual y colectiva y el tratamiento de los datos sensibles en los medios de comunicación

Por Natalia P. Cosmai, Hugo L. Mariani, María Victoria Pintos y María Fernanda Sabio. Pág. 20

Personas con VIH: una perspectiva desde los derechos humanos y la bioética

Por María Angélica Sotomayor Saavedra, Laura Rueda Castro, María Solari Verdugo y Raquel Garese. Pág. 23

El consentimiento informado como garantía en sí mismo

Por Sara Daneri, Adriana Molina, Patricia Saidón y Claudia Vukotich. Pág. 27

Bioética y pediatría intensiva. El conflicto permanente entre la defensa de la vida, la calidad de vida y la responsabilidad profesional

Por Carmen A. Cardozo de Martínez, Iván Perdomo Ramírez y Miguel del Valle. Pág. 32

Objeción de conciencia y derecho a la salud sexual y reproductiva: ¿extremos irreconciliables?

Por María Susana Ciruzzi, Paula Marinkovic y Patricia M. San Miguel. Pág. 39

Siglo III AC: *Directum de reerum* (El arte de lo bueno y de lo justo). Siglo XXI DC: técnicas de fecundación *in vitro* (FIV) y VIH/sida

Por Carolina Ghioldi, Alejandra Mpolás Andreadis, Andrea Marazzi, Marta Bigliardi y Alicia Barrera. Pág. 43

Fecundación *in vitro* (FIV) en Costa Rica y en la Argentina

Por Carlos Valerio, Henriette Raventós, Natalie Araya, Alejandra Vega y Andrea Marazzi. Pág. 47

Testeo de opinión sobre genética en profesionales de la salud. Estudio preliminar de intervención

Por Delia Outomuro, Andrea M. Actis y Lorena Mirabile. Pág. 52

Bioética, biotecnología y compromiso social. Un desafío curricular

Por Miryam Pires, María Florencia Mangiameli y Nicolás Montanaro. Pág. 55

Investigación científica, VIH/sida y acceso a terapias: el rol de la sociedad civil

Por Roberto Cañete Villafranca, Rubén Alvarado y Eduardo Warley. Pág. 58

Drogas de uso pasivo: ¿opción desesperada con final incierto?

Por Bárbara Anclaume, Alicia Cairolí, Eduardo A. Duro, Andrea Lachari, Andrea Paura y Claudia Vukotich. Pág. 62

La investigación y los conflictos de interés. Una mirada a vuelo de pájaro

Por Jorge L. Manrique, Susana N. Torres, Mariana Andrijic y Alberto Combi. Pág. 65

Patrimonio indígena: ¿investigación o biopiratería? Responsabilidad ética

Por Héctor J. Sánchez Pérez, Elizabeth Benites Estupiñan, Estela Quiróz Malca y Claude Vergés de López. Pág. 70

Investigación sobre VIH/sida en comunidades indígenas. Dilemas y propuestas

Por Olga Rodríguez, Demlián Goldstein, Susana B. Zampolini y Agueda Muñoz del Carpio Toia. Pág. 75

El caso "Guatemala"

Por Luis M. López D., Virginia Rodríguez F., Marco A. Sagastume Gemmell, Andrés Peralta, Liliana V. Siede y Dirce Guilhem. Pág. 81

Diálogos posibles: ética, arte y educación

Por Dirce Guilhem, Luciana N. S. Bampi, Flávia Squinca y Patricia Sorokin. Pág. 88

Protección de datos sensibles: un desafío

Por Carlos Minott, María del Rosario Moreno, Adriana Scrigni y Cristina Dacoll. Pág. 92

En América Latina, a excepción de los países del Cono Sur, en donde la situación del VIH/sida se ha mantenido "estable", lamentablemente en el resto de países sudamericanos, según el último informe del *Global Report*, se indica que no hay datos concluyentes; sin embargo, el informe del PNUD destaca que "al igual que la mayoría de países en desarrollo, la estadística de propagación del VIH/sida en América Latina ha adolecido de problemas de subregistro, si bien se han ido mejorando los procedimientos para lograr una detección más efectiva de los casos; se especula que entre 1991 y 2005 la tasa de incidencia del VIH en promedio en la región subió de 2.8 a 17.3 por 100 mil habitantes, mientras que la tasa de incidencia del sida aumento de 2.5 a 6.2 por 100 mil habitantes".

Se podría recomendar que el Objetivo 6 no se focalice tan sólo en VIH/sida, paludismo y tuberculosis sino que también se ocupe de otras enfermedades. Esto implica una atención integral donde se involucre a los sistemas de planteamiento y evaluación de las investigaciones científicas que, como parte de este compromiso, se revisen aquellos procesos investigativos en los cuáles se evidencian muchísimas falencias en las que hay implicancias éticas, legales, sociales y biomédicas, así como la nunca nombrada ni desarrollada visión del esfuerzo de apoyar iniciativas orientadas a mejorar el nivel de reflexión a nivel personal, estimular un aumento de la autoestima, medidas que, siendo a nivel humano y personal, podrían dar mucho mayor efecto que las medidas que se han tomado, de repetir y orientar hacia actividades que muchas veces no pueden ser aplicadas por situaciones locales propias de grupos y de perso-

nas, acciones enraizadas en la propia formación que como seres humanos tengan los miembros de una población en general o de una comunidad en particular.

Los datos científicos obtenidos durante las dos últimas décadas han reafirmado las conclusiones del Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (1990): que se necesita urgentemente más investigación para atender los problemas sanitarios de los países de rentas bajas y medias, una investigación que se centre especialmente en las poblaciones pobres, marginadas y desfavorecidas. La asignación de recursos para financiar la investigación en salud debe estar asegurada por un proceso de decisión transparente que mantenga vínculos claros con las necesidades sanitarias de la población.

Es preciso el planteamiento de objetivos que tengan como base el respeto al orden público, los cuales deberían garantizarse por convenios internacionales que comprometan verdaderamente su cumplimiento, así como también que se incluya en todas las cartas constitucionales de cada país el acceso real general a los servicios de salud y que éstos tengan las condiciones necesarias y la emisión de leyes que garanticen realmente y prácticamente el acceso a la mantención de la salud y la prevención de enfermedades, además de su implementación estricta en los países donde ya existe y no se pone en práctica.

Las inversiones en investigación y desarrollo en salud son fundamentales para mejorar la salud mundial y la equidad en salud.

La feminización de la epidemia del VIH/sida

El caso de Colombia y de la Argentina

Por Silvana González Montoya (*), María Florencia Santi (**)
y Julieta Arosteguy (***)

SUMARIO:

I. La feminización del VIH/sida.- II. El VIH/sida en Colombia: lo que se conoce.- III. El VIH/sida en la Argentina.- IV. Conclusión

I. LA FEMINIZACIÓN DEL VIH/SIDA

En América Latina y el Caribe casi 2 millones de per-

sonas viven hoy con VIH (1), y el número de infecciones en 2008 se incrementó en 170.000 casos-3000 más que en 2006-.

(*) Licenciada en Trabajo Social (Universidad de Antioquía).

(**) Profesora en Filosofía (Conicet/FLACSO).

(***) Licenciada en Filosofía (UBA/FLACSO).

(1) "Situación de la epidemia de sida", Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud, diciembre de 2009.

Si bien el n
América La
el número d
es a que se
sahariana,
infectados,
camente d

Este hecho
VIH/sida", l
año 2007
Para ese añ
15 y 24 añ
mujeres -7
Asia, 25%
Latinoamér

Esta femini
nerabilidad
ciales y epic
za y reproduc
mujeres y n
escolar o a
víctimas de
nor particip
cuencia, ba
fren un may
VIH/sida.

Adicionalme
más alta de
promedio u
hombres. E
ceder a inf
como a mé

Pero la situ
dad socio-
el acceso a
progreso ci
nes de neg
las relacio
basada en
en mayor r
cuales forz

(2) Grupo Ir

n. 4, Méxicc

(3) En la 23

y paz en el

mujeres.

(4) Grupo Ir

(5) Fuente:

-SiVigila-, li

(6) Instituto

(7) Íd.

(8) Íbid.

Si bien el número de hombres infectados por el VIH en América Latina es considerablemente más elevado que el número de mujeres que viven con el VIH, la tendencia es a que se equiparen, tal como ocurrió en África Subsahariana, región en la cual la proporción de hombres infectados, respecto de mujeres infectadas, es prácticamente de 1 a 1.

Este hecho evidencia la denominada "feminización del VIH/sida", la cual fue reportada por primera vez en el año 2007 por la Organización de Naciones Unidas. Para ese año se estimó que "el 60% de jóvenes entre 15 y 24 años viviendo con VIH/sida en el mundo son mujeres -75% en África, 42% en el Caribe, 28% en Asia, 25% en Europa del Este y Asia Central y 28% en Latinoamérica (2)-".

Esta feminización de la epidemia refleja la mayor vulnerabilidad de las mujeres en aspectos biológicos, sociales y epidemiológicos. Las labores de cuidado, crianza y reproducción doméstica siguen recayendo en las mujeres y niñas, lo cual aumenta el riesgo de deserción escolar o abandono de estudios. Son las principales víctimas de violencia doméstica y sexual y, al tener menor participación en la economía formal y, en consecuencia, bajo aseguramiento y cobertura en salud, sufren un mayor estigma y discriminación si viven con el VIH/sida.

Adicionalmente, las mujeres representan la proporción más alta de pobres (3) y en todo el mundo ganan como promedio un poco más del 50% de lo que ganan los hombres. Esto les restringe las probabilidades de acceder a información científica sobre el VIH/sida, así como a métodos de prevención.

Pero la situación de pobreza, exclusión y vulnerabilidad socio-económica no sólo tiene implicaciones en el acceso a recursos del desarrollo y a beneficios del progreso científico. También están en peores condiciones de negociar el uso del preservativo y de frenar las relaciones de pareja en las cuales sufren violencia basada en el género, incluida la sexual. Esto las ubica en mayor riesgo de contraer el virus por relaciones sexuales forzadas.

De este modo, la violencia basada en el género o violencia contra las mujeres se constituye en "causa y consecuencia del VIH/sida, así como uno de los principales factores asociados al acelerado proceso de feminización de la epidemia" (4).

II. EL VIH/SIDA EN COLOMBIA: LO QUE SE CONOCE

La prevalencia del VIH/sida en Colombia se estima en un 0,7%, con el primer caso notificado en 1983. Se han reportado desde entonces más de 64.000 casos, con un número creciente entre mujeres (más de 9000), y han muerto más de 18.000 personas. Aunque la principal vía de transmisión es la sexual, se han presentado también casos por transmisión perinatal y transfusional (5).

Al año 2008, ante el Ministerio de la Protección Social se habían notificado un total de 120.642 casos de VIH/sida y muertes por sida, de los cuales 64.729 (63,2%) corresponden a VIH, 40.938 (20,3%) a sida, 13.047 (13,5%) a muertes a causa del sida, y en 1928 casos no se conocía el estado clínico. Los hombres concentraron 49.000 de los casos notificados (75,7%), las mujeres 15.068 (23,3%), y en 485 casos (0,7%) no se conoció el sexo (6).

La proporción ajustada de casos notificados de VIH para el año 2008 en los hombres fue de 12,4 casos por cada 100.000 hombres, mayor a la observada en las mujeres, de 6,0 casos por cada 100.000 mujeres. Sin embargo, en las mujeres se observó un incremento en esta proporción, similar a lo observado en los hombres, entre quienes el número de casos también aumentó (7).

En los hombres se observó que a partir de 1990 la proporción de casos permaneció estable en los diferentes grupos etáreos. En las mujeres la proporción de casos de VIH tuvo una tendencia ascendente en la mayoría de los grupos etarios (8).

Al analizar los casos notificados de VIH por cohorte de nacimiento, se observó que los grupos más afectados

(2) Grupo Interagencial de Género del Sistema de Naciones Unidas en México, Ficha Informativa sobre Género y Desarrollo, n. 4, México, 2007.

(3) En la 23ª sesión especial de la Asamblea General (Beijing+5), titulada "Mujer 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI", se estimó que la mayoría de los 1500 millones de personas que viven con U\$S 1 o menos al día son mujeres.

(4) Grupo Interagencial de Género del Sistema de Naciones Unidas en México, Ficha Informativa..., n. 4, cit.

(5) Fuente: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Protección Social de Colombia, Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SiVigila-, Informe Epidemiológico Nacional, vol. 14, n. 7, Bogotá, abril de 2009.

(6) Instituto Nacional de Salud, Informe Epidemiológico Nacional, cit.

(7) *Íd.*

(8) *Ibíd.*

en hombres y mujeres fueron las cohortes jóvenes, principalmente los nacidos entre 1968 y 1987. Llama la atención que la cohorte de mujeres nacidas entre 1988 y 2007 mostrara un crecimiento rápido en el número de casos a partir de los 12 años, comportamiento no observado en los hombres. En las mujeres también se observó que los picos ocurrieron en edades más tempranas que las observadas en los hombres.

El número de casos de VIH en Colombia está en aumento, situación que es preocupante: se observa en los últimos años un crecimiento desproporcionado en el número de casos notificados en mujeres en comparación con los hombres, en los cuales la epidemia se está estabilizando. La situación de las mujeres es alarmante: si las tendencias encontradas se mantienen, en pocos años igualarán e incluso superarán a los hombres, problema que se hace mayor si se observa que el grupo de mujeres afectadas son las menores de 30 años.

Al igual que en otros países de América Latina, en Colombia cada vez es más relevante la transmisión por relaciones sexuales heterosexuales y la epidemia tiene una fuerte tendencia hacia la feminización, de tal forma que la proporción de hombres infectados respecto de mujeres infectadas ha pasado de 11,2 a 2,8 en el período comprendido entre 1985 y 2004.

Esta tendencia a la feminización pone en tela de juicio la estrategia "AFP" (abstinencia, fidelidad y uso de preservativos), que ha sido la base de muchos programas de prevención, pero que dista de las posibilidades reales de que las mujeres apliquen estos principios. Factores como la dependencia económica y afectiva, la pobreza, la violencia basada en el género y el contexto de vulneración de los derechos humanos en general ponen a las mujeres en un grado mayor de vulnerabilidad frente al contagio del VIH.

En el caso de las mujeres colombianas, al riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia basada en el género se suma el de sufrir violencia sexual por razones del conflicto armado. La violencia sexual es un arma de guerra, y para el Estatuto de Roma es un crimen de guerra, de lesa humanidad y genocidio.

Según lo referido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el sub-registro en los casos de violencia sexual para Colombia llegaría a ser del 95%. Si a esto se suma la dificultad para denunciar casos de violencia sexual perpetrados por actores ar-

mados, se advierte un sub-registro todavía más alto. Ello se evidencia en la cifra de denuncias de violaciones sexuales cometidas por actores armados legales e ilegales, con corte al año 2006: sólo 127 denuncias, las cuales las fuerzas de seguridad del Estado —Ejército, Policía y Departamento Administrativo de Seguridad— son los principales agresores sexuales (más del 80% de los casos), seguido de los paramilitares (14,2%) y la guerrilla (3,9%) (9).

Siendo evidente el alto sub-registro, podría inferirse ya que en Colombia se han presentado más de 250.000 casos de violación sexual por razones del conflicto armado y si se estima el riesgo de contraer el VIH por esta causa, esto ubica a las mujeres colombianas como un grupo especialmente vulnerable al contagio del VIH/sida, lo cual confirma la tesis de la feminización de la epidemia.

Problemas y situaciones relacionados con el conflicto armado, la pobreza, la exclusión y la discriminación, la desigualdad de género son las que ubican a las mujeres en un mayor grado de vulnerabilidad al contagio del VIH/sida. De manera especial, la violencia contra ellas impide que accedan a información, a prácticas de reducción del riesgo como el uso del condón, a la prueba del VIH y a los tratamientos antirretrovirales en general. Por tanto, creemos que no es posible abordar el tema de la feminización de la epidemia sin hacer alusión a la violencia basada en el género, ya que existe un vínculo importante entre estas dos categorías de análisis.

III. EL VIH/SIDA EN LA ARGENTINA

Se estima que en la Argentina viven 130 mil personas infectadas por el VIH, la mitad de las cuales desconocen su diagnóstico. Cada año se notifican al Ministerio de Salud de la Nación alrededor de 5000 nuevos casos de infección por VIH. En 2008 la tasa anual de infección se ubicó en un valor de 13 por 100 mil habitantes.

Según datos oficiales, cada año se registran alrededor de 1700 nuevos casos de sida, lo que da como resultado una tasa de casos de sida de 4,4 por 100 mil habitantes. Las muertes por sida se estiman en 1400 anuales, aproximadamente. Esto se traduce en una tasa de mortalidad estable que en 2008 fue de 35 por millón de habitantes (10).

La vía principal de transmisión de VIH sigue siendo a través de las relaciones sexuales. De acuerdo con

(9) La compilación de datos fue elaborada a partir de la información proporcionada por la Dirección Nacional de Fiscalías de la Fiscalía General de la Nación, Ramiro Ramírez Cardona, Claudia y otras, "Violencia sexual, conflicto armado y justicia en Colombia", Ed. Corporación Sisma Mujer, Bogotá, 2007, p. 17.

(10) Ministerio de Salud, Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina, n. 27, noviembre de 2010, p. 3.

La feminización de la epidemia del VIH/sida...

Ministerio de Salud de la Nación, "en el período 2007-2009 el 88% de los varones y el 84% de las mujeres diagnosticadas se habían infectado de ese modo. En el caso de los varones, el 49% lo hizo en una relación heterosexual, en tanto el 36% lo hizo en una relación desprotegida con otro varón. Además continúan descendiendo las transmisiones por uso compartido de material para consumo de drogas inyectables y los diagnósticos de infección por transmisión vertical" (11). En términos generales, puede afirmarse que la curva epidemiológica de nuevas infecciones está estabilizada.

No obstante, es sabido que la tendencia mundial marca una feminización de la epidemia del VIH/sida. Las mujeres son más susceptibles al contagio y la prevalencia del VIH y el sida es cada vez mayor entre ellas, y la Argentina no es ajena a esta tendencia.

Resulta llamativo, en consecuencia, que en su Boletín sobre VIH-sida más reciente el Ministerio de Salud no mencione este fenómeno, e incluso afirme que "la razón hombre/mujer en infecciones por VIH es estable desde mediados de la década y se ubicó en 1,7 varones por cada mujer diagnosticada en el período 2007-2009" (12). Por el contrario, los datos muestran que la epidemia en la Argentina está caracterizada por la feminización y la disminución de la edad de infección (13). Según un informe de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, "la primera mujer enferma [en la Argentina] se registró en 1987, momento en que la razón varones/mujeres diagnosticados era 92/1. En el período 2007-2008, en el nivel nacional, la razón hombre/mujer en notificaciones del VIH fue de 1,6, marcando una franca feminización de la epidemia. Esto presenta variaciones según grupos de edad; en el grupo de 15 a 24 años se sitúa en el ámbito nacional en 0,9, mientras que en el intervalo de 35 a 44 años es de 2,2, evidenciando la mayor vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y jóvenes a la infección" (14).

Para revertir la feminización de la epidemia en la Argentina resulta imprescindible implementar una política sanitaria específica de prevención del contagio dirigida a las mujeres y especialmente a las mujeres más jóvenes. Muchas de las políticas sanitarias se orientan principalmente a prevenir la transmisión vertical del VIH (madre-hijo) pero no se desarrollan programas sistemáticos que contemplen de manera integral las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con el VIH (15).

IV. CONCLUSIÓN

Revertir la epidemia mundial de VIH es un reto que exige no sólo la reducción de la tasa de nuevas infecciones sino también la disminución de los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad al virus, incluidos los riesgos asociados al género. Estos últimos riesgos plantean la necesidad de ampliar el número de los llamados "grupos vulnerables", que tradicionalmente se ha reducido a los usuarios de drogas inyectables, a las personas en contexto de prostitución y a los hombres que tienen sexo con otros hombres. Deben focalizarse otros grupos que son igualmente vulnerables, como las mujeres, en especial las que presentan problemáticas conexas como pobreza, falta de educación y las que se encuentran refugiadas o desplazadas por la violencia.

En la medida en que se visibilice con más fuerza el fenómeno de la feminización de la epidemia del VIH/sida también se aumentará la percepción del riesgo en ellas y, en consecuencia, podrán implementarse métodos de prevención, al menos en las relaciones sexuales consentidas. En los casos de violencia sexual es necesario que los países mejoren sus estrategias de prevención y logren tener avances en materia de judicialización, ya que la impunidad en los delitos sexuales de todo tipo perpetúa la discriminación y, entre otras lamentables consecuencias, el aumento de la feminización de la epidemia.

(11) Ministerio de Salud, Boletín sobre el VIH-sida..., cit., p. 4.

(12) *Íd.*, p. 3.

(13) Bianco, M. y Mariño, A. (comps.), "Dos caras de una misma realidad: violencia hacia las mujeres y VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay", Buenos Aires, 2010.

(14) *Íd.*, p. 8.

(15) *Íd.*, p. 9.

