

# ARTÍCULO

## “LOS RETOS DE LAS MUJERES FRENTE A LA VULNERABILIDAD DE LA INFECCIÓN POR VIH”

Elizabeth Adriana Gómez Álvarez, Carlos Fonseca Hernández

## “Los retos de las mujeres frente a la vulnerabilidad de la infección por VIH”

### **<sup>1</sup>Resumen**

Dentro de la historia de la sociedad podemos destacar el rol que se le ha otorgado a la mujer, un rol definido desde la postura patriarcal y de control para el mantenimiento de la hegemonía masculina, así pues podemos enumerar infinidad de aspectos que colocan a la mujer en zona de peligro entre los que podríamos destacar la inequidad en el acceso a la educación, la desigualdad en los salarios, la exigencia del cuidado del otro por encima del propio, las limitaciones en la sexualidad solo por mencionar algunas. El estudiar los patrones culturales que constituyen al género podemos identificar que las condiciones impuesta a la mujer hacen que la vulnerabilidad de esta aumente en todo sentido, y el caso del la infección por VIH no es la excepción. Este documento pretende analizar como la condición de ser mujer hace que la vulnerabilidad femenina aumente ante el VIH, así como explorar cuales son las opciones con las que cuenta para disminuirla.

**Palabras claves:** *VIH, Género, Vulnerabilidad, Determinantes, Femenina.*

### **Abstract**

Within history society may highlight role that has granted women a defined role since lay patriarchal and control for maintaining hegemony male so can enumerate countless aspects place women in danger zone including could highlight inequity accessing education, unequal wages, requirement Care another above own constraints sexuality for mention some. Studying the cultural patterns that constitute the genre we can identify the conditions imposed on the woman makes the vulnerability of this increase in every way, and the case of HIV infection is no exception. This paper intends to analyze the condition of being a woman makes the increase female vulnerability to HIV, as well as explore what are the options that much to reduce it.

**Keywords:** *HIV, Gender, Vulnerability, Determinants, Female.*

### **Introducción**

En la actualidad las ciencias sociales han puesto un especial interés a la investigación de

---

1 Elizabeth Adriana Gómez Álvarez, Maestría en Salud Familiar y Comunitaria en la Unidad Académica Profesional Netzahualcóyotl, Licenciatura en Psicología, ambas por la Universidad Autónoma del Estado de México. Es profesora del Centro Universitario UAEM Ecatepec.

Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación PROMEP “Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de Jóvenes Universitarios”.

los fenómenos de manera integral, ya que en los problemas complejos, las metodologías de investigación deben de ser igualmente complejas, y el tema que nos ocupa en esta ocasión, no es la excepción la relación existente entre el VIH, y la perspectiva de género da como resultado una mayor vulnerabilidad a las mujeres de manera particular. Sin embargo debemos considerar la vulnerabilidad que existe en hombres que tiene sexo con hombres y como los comportamientos de esto en algunos casos también afecta directamente e indirectamente a las mujeres.

Desde la aparición del VIH en el México en 1981, ha constituido un problema social, ya que no solo apareció una enfermedad hasta entonces desconocida y mortal, sino también construyéndose una representación social de ella y de quien la padece, siendo en patología relacionado a prácticas “perversas” o “socialmente no aceptadas” y con íntima conexión con la homosexualidad (Valdespino, García, Del Rio, Loo-Méndez E, Magis, Salcedo. 1995: 2). Sin embargo con el paso de los años el VIH comenzó a cambiar de rostro mostrándose como una enfermedad que no se concentra en una población específica, si no permeando en el general de la población. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es considerado como una pandemia, debido a su impacto personal y social, así como, por las repercusiones que tiene en la salud pública y en la economía mundial.

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. A finales del 2007, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones menores de 15 años. Cada día 7,400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, que 2.7 millones de personas contrajeron la infección en el 2009. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2009, el SIDA causó 2 millones de muertes.

ONUSIDA en su informe anual 2009 ubica a México en el décimo séptimo lugar en América Latina. La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA. (CENSIDA,2009: 13).

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2009. 11), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el VIH , de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras

sexuales, principalmente heterosexuales, lo cual significa que este 23% de mujeres han sido infectadas por sus parejas las cuales continúan realizando prácticas de riesgo escudados en las implicaciones propias de su género, es decir cumpliendo pautas de conductas integradas en el constructo de hombría, al tener relaciones sexuales con múltiples parejas, sin la debida protección.

Tendríamos pues que destacar que según ONUSIDA en 2009 más del 90% de los 1,7 millones de mujeres que viven con el VIH contrajeron la infección de sus maridos o parejas estables, datos como este no pueden pasar desapercibidos ya que las mujeres infectados adquieren el virus en casa, con quien se supone mantiene una relación monogamia y que por la tanto la exigencia del condón no existe ya que la pareja es de su entera confianza, este es un ejemplo solamente de cómo las mujeres están siendo un campo fértil para la infección. De igual forma los patrones culturales de dominación masculina propician la infección por VIH, como la cantidad de parejas sexuales anteriores de hombres mayores con respecto de mujeres más jóvenes. Aunque las generaciones actuales de mujeres están adoptando patrones de conducta parecidos a los masculinos con respecto al número de parejas sexuales. Esto no representaría ningún problema si se usará la protección debida, pero las mujeres han tomado el patrón completo, es decir practicas sexuales desprotegidas.

Dentro de esta ecuación debemos analizar a un grupo relevante en la infección por VIH que son los hombres que tienen por sexo con otros hombres, en Latinoamérica existen subculturas de hombres que se juzgan, y son juzgados por otros, como “machos” porque se apropian del rol “activo” y penetran a hombres y mujeres, pero que se definen heterosexuales y que al tener contacto sexual no toman las medidas apropiadas de prevención y por lo tanto hacen llegar la infección a las mujeres. Es decir estas construcciones sociales hacen que se viva una doble moral en la que los hombres fortalecen su masculinidad en la penetración independientemente de con quien la practiquen.

En México, las referencias culturales a sexo entre hombres son comunes y la categoría de “macho probado” o “macho calado”, que alude a que el hombre es tan macho que tiene sexo con hombres y mujeres es una categoría cultural establecida. (Ligouri.1996:87). Ya que las prácticas sexuales como la penetración anal, representa un alto riesgo ya que puede haber rompimiento de membranas lo que favorece la infección, por lo tanto no está de más mencionar que la prevención independientemente de la práctica sexual esta en el poder y la decisión de decir “no” las relaciones sexuales no protegidas.

Además de todo esto el VIH/ SIDA tiene ya una representación social, la cual está íntimamente ligada a la sexualidad, lo cual ha hecho que esta enfermedad sea estigmatizada, el SIDA ha

alcanzado categoría de “enfermedad sexual” y la sexualidad tiene connotación angustiosa. Al igual que el estigma ha fortalecido esta enfermedad. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2002: 9) define el estigma como un medio poderoso de control social que se aplica a través de la marginación, exclusión y ejercicio del poder sobre individuos que exhiben determinados rasgos. Sin embargo no solo el estigma está presente en esta enfermedad sino que también la discriminación ya que al ser una enfermedad sexual, la representación social que esta adquirió ha llegado a conformar ideas que favorecen la discriminación basándose en que quien la contrae lo ha hecho por tener conductas impropias y en algún sentido es un “castigo” o es merecido.

La epidemia cambia de color y de preferencia sexual colocando a la mujer como un blanco fácil debido a la vulnerabilidad social que está presente, al seguir actuando bajo constructos sociales acerca de la sexualidad íntimamente relacionada con el amor hacia sus parejas, y el poco empoderamiento hacia la toma de decisiones y el cuidado de su cuerpo, ya que si una mujer está involucrada emocionalmente con un hombre asume un papel pasivo en el cuidado de su salud, debido a que supone que este varón esta igual de comprometido con ella y no exige por ejemplo el uso de condón como una medida de prevención.

El VIH-Sida es un complejo variable de padecimientos, es un acontecimiento y un proceso a la vez individual y colectivo, cuya conformación y sentido deben contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos y las historias regionales (Grimberg, 2001: 32). En el caso de las mujeres estas historias de vida están plagadas de conductas totalmente estereotipados por la cultura, donde los roles hacia la sexualidad no cambian y posibilitan la vulnerabilidad de la mujer. El análisis de datos estadísticos presentados nos brinda la posibilidad de ver la radiografía del fenómeno, es decir identificar como se está constituyendo el problema, que forma y colores tiene, sin embargo debemos de explorar más allá de lo que se ve; en otras palabras que viven las mujeres, cuales son las condiciones sociales que han favorecido estas cifras pero sobre todo que hacer para evitar que estas cifras sigan en aumento, tarea nada fácil pero no imposible.

## **Género**

Los estudios de género en esta materia nos ayudan a entender por qué el binomio mujer/VIH dan como resultado una mayor vulnerabilidad. Resaltando también que el género no es el estudio de las condiciones de la mujer sino la interacción entre las construcciones sociales del hombre y la mujer así como la reciprocidad de influencia entre ambos.

Para Fonseca (2008:17) el género es entendido como el resultado de la reproducción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres. Por lo tanto al hombre se le

educa para proveer, decidir y vivir una sexualidad placentera para satisfacer sus necesidades biológicas, a diferencia de las mujeres que son educadas para cubrir necesidades de otros, en el cuidado y atención de los hijos, de la pareja y a vivir una sexualidad subordinada a los deseos del hombre, estas características integradas a la construcción del género llevan consigo la construcción de estereotipos y prácticas para consolidar los mismos. Como tener distintas parejas sexuales en el caso de los varones y en las mujeres a vivir una sexualidad condicionada al amor y el gran valor que en la cultura mexicana tiene a la virginidad.

El género como una construcción social e histórica de carácter relacional, configurada a partir de las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres (Szás, 1999: 18). Es entonces una construcción social que está en un principio diferenciada por características biológicas, pero que sin embargo estas solo son el pretexto para construir roles para el varón y para la mujer.

Esto se traduce en formas tradicionalmente patriarcales de organización social y en una alta valoración de la maternidad en la mujer. Durante décadas esto se reflejó en una notable brecha en los niveles educativos de las mujeres e hizo lenta la ascensión por parte de éstas de un lugar en el mercado de trabajo y un status de ciudadanas plenas. Desde el punto de vista sexual, el recato y la “decencia” promovidos como valores para las mujeres casaderas hacía inapropiada la demostración de conocimientos sobre sexualidad, y más aún la discusión abierta de conductas sexuales o la sugerencia del uso del preservativo, estigmatizado además como profiláctico en relaciones clandestinas (como aquéllas con trabajadoras sexuales).

Aunque esta eficiente forma de control social sobre la sexualidad femenina en la región (que muestra cambios en dirección a la equidad en las tres últimas décadas) puede haber “protegido” a muchas mujeres de adquirir la infección, también parece haber contribuido a que sean justamente mujeres monógamas las que han experimentado una alta proporción de casos de SIDA en varios países (Del Río, cit. en Cáceres. 2003: pág. 8).

El uso de condón, prácticamente la única forma disponible de protección de la infección por VIH en el coito cuando se conoce con certeza el riesgo de la pareja, está bajo el control masculino, ya que aún cuando existe en la actualidad el condón femenino este no representa una opción usada por las mujeres, por distintas situaciones como es la poca distribución del mismo o su elevado costo comparado con el del condón masculina. Ya que el condón masculino es distribuido de manera gratuita en el sector salud o a la venta en cualquier distribuidora de medicamentos; sin embargo, la venta del condón femenino es limitada a establecimientos de artículos sexuales a los cuales la mujer pocas veces acude por prejuicios sociales relacionadas a la vida sexual y al como una mujer debe vivirla, como por ejemplo el hecho de que una mujer lleve consigo un condón

indicaría que está llevando una vida inmoral y no que se preocupa por su salud.

Es importante mencionar también la diferencia entre el costo promedio entre los condones ya que el condón masculino oscila entre 30 a 50 pesos (tres condones) y 50-70 pesos un solo condón femenino, lo que los hace mucho menos accesibles, dejando de nueva cuenta que los varones tengan el control en el uso de preservativo.

Por eso el concepto de género debe de estar construido desde una visión integral para Grimberg, (1999:56) el género: *“Constituye una serie de asignaciones sociales que van más allá de lo biológico/ reproductivo, a partir de las cuales se adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos, es decir, “modos de ser” y “actuar” diferenciales para varones y mujeres. Implica relaciones, roles e identidades activamente construidas por los sujetos a lo largo de sus vidas, en nuestras sociedades, históricamente produciendo y reproduciendo relaciones de desigualdad social.*

Retomamos el planteamiento de Lorena Aguilar, (citado por Castañeda. 2005) en el cual de manera muy clara establece la complejidad de la categoría género desde el punto de vista metodológico: El enfoque de género nos brinda una visión holística, que examina la organización social como un todo, el ámbito económico, social, político y cultural, para comprender ciertos aspectos de la sociedad. Así, esta posibilidad teórica no se circunscribe a una variable, por el contrario, es una categoría de análisis que trabaja sobre la vida familiar, la estructura política y económica de hombres y mujeres en la sociedad. Y por ende impacta en el cuidado de la salud y la prevención del VIH.

## **Vulnerabilidad femenina**

La vulnerabilidad es el concepto que refiere mayor probabilidad de daño en unas personas sobre otras a causa de sus condiciones sociales, por ejemplo, la situación social de un individuo puede influir negativamente en su capacidad para ejercer control sobre su propia salud y claro ejemplo de esto es la mujer que por las sus condiciones físicas, sociales, culturales y económicas han hecho que la vulnerabilidad sea mayor.

Es indispensable realizar una clara diferencia entre el concepto de vulnerabilidad y riesgo, ya que el riesgo implica la toma de decisiones y la vulnerabilidad es la suma de distintos factores que posibilita que un fenómeno sé de. El concepto riesgo expresa una probabilidad cuya base son las decisiones y comportamientos individuales. El concepto de vulnerabilidad señala la importancia de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y epidemiológicos que condicionan decisiones y comportamientos, y por lo tanto, señalan la necesidad de respuestas basadas en cambios estructurales y no sólo en cambios de comportamientos individuales (Delor, 2000:50).

Entonces reflexionemos en cuáles son las conductas de riesgo que las mujeres viven; es decir una conducta de riesgo para la infección por VIH es el tener múltiples parejas sexuales, cosa que las mujeres mexicanas en su mayoría no tiene, sin embargo están siendo infectadas por sus parejas estables, pero el uso del condón en estas relaciones no es una medida utilizada por las mismas cabría pues cuestionarnos si realmente es una conducta de riesgo o es un factor de vulnerabilidad.

Para mencionar uno de los primeros factores que hace que la vulnerabilidad de la mujer aumente es su anatomía y fisiología en el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en la relación heterosexual, la mujer es más vulnerable que el hombre debido a que la vagina tiene una zona de exposición al virus de mayor superficie que el pene, y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales. En el caso de las mujeres jóvenes la mucosa vaginal es más frágil, y como consecuencia hay mayor probabilidad de un trauma resultante que permita la entrada del virus (Ginebra, 1999:192), aunado a esto hay que considerar otra práctica sexual de lo que poco se hace referencia que es el sexo anal. El sexo anal puede ser introducido en el repertorio sexual de una cultura no solamente por placer o por placer mutuo, sino por motivos como conservar la virginidad femenina, evitar el embarazo o porque durante la menstruación la sangre se considera "sucía".(Kendall. 2004:20)

Independientemente de los motivos, en México el sexo anal entre hombres y mujeres suele ser común; en encuestas centinela hechas en más de la mitad de las entidades federativas de la República, en 1991-1997, de los hombres que tuvieron sexo con mujeres alguna vez en su vida ( $n= 9\ 777$ ), 1 415 (14.4%) reportaron nunca haber tenido sexo anal, mientras que 7 342 (81.2%) dijeron tener sexo anal con su pareja siempre o casi siempre. (Encuesta Centinela. Información procesada por CENSIDA. 2002). Pero estos datos no solo son en parejas heterosexuales si no también en hombres que tiene sexo con hombres como ya se había mencionado anteriormente por lo que se debe de considerar como una prioridad el trabajo con este grupo para fortalecer los programas de prevención, pero no dejarlos en niveles de información, sino que deben de ser mucho más complejos es decir trabajar por la equidad de género y por modificar las construcciones sociales de la masculinidad mal entendida.

Lo anterior nos da cuenta como la mujer debe de tener una amplia gama de conocimientos acerca de su cuerpo, ya que la naturaleza juega también en contra de ella y a favor del VIH.

Existe de 2 a 12 veces mayor probabilidad de que ocurra más fácilmente la transmisión de hombre a mujer que viceversa. (Rico B, Liguori.1998). La vulnerabilidad no solo es biológica sino también social que se entiende como la suma de factores socioculturales, económicos y políticos que limitan las opciones individuales de reducción de riesgo en general. En otras palabras, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad que afecta de manera más directa a las mujeres. La



vulnerabilidad social incluye la discriminación, estigmatización y la marginación de ciertos grupos (Vera-Gamboa.2003:13). En las mujeres, la moral de género desalienta el conocimiento de su propio cuerpo y su sexualidad, y aun en los casos en que ellas tienen la información adecuada acerca del VIH, transmisión y protección, ciertas reglas culturales pueden dificultar que hablen abiertamente de sexo si no desean despertar suspicacias que las tachen de ser una “mala mujer” ya que la sexualidad femenina en la cultura mexicana está supeditada a las decisiones de los varones y el expresar las condiciones para vivir la misma las mujeres son etiquetadas como liberales y con falta de valor, porque aun en el siglo XXI el patrón cultural de la mujer mexicana vierte un enorme valor a su “virtud” es decir la virginidad y a vivir una vida sexual condicionada al amor, por lo que la mujer asume que su pareja vive su sexualidad del mismo modo que ella, y en la mayoría de las ocasiones no cuestiona el uso del condón ya que esto implicaría no tener confianza en su pareja o a ver el encuentro sexual como una acto de satisfacción cosa que está permitida solo a los varones.

La vulnerabilidad biológica es entonces derivada de comportamiento, entre los que podemos destacar a aquellos hombres que tienen sexo con hombres. Izazola-Licea (2006) reportó que los bisexuales tienen sexo anal con mujeres más frecuentemente que los hombres heterosexuales.

En este sentido, es trascendente reconocer que los métodos para prevenir el VIH, propuestos tanto para mujeres como para hombres —abstinencia, fidelidad mutua y el condón masculino—, son estrategias que no están al alcance de las mujeres dentro del patrón dominante de la heterosexualidad y dejando siempre a la mujer en la espera de la decisión del hombre. Dentro de la cultura mexicana las primeras medidas resultan casi imposibles para la mayoría de los varones, ya que la masculinidad de los varones mexicanos es directamente proporcional al número de parejas sexuales, que los hace “muy hombres”.

De manera particular la cultura mexicana dota a la mujer de todos los factores mencionados para que aumente la vulnerabilidad, ya que al vivir en una cultura que alienta el machismo, justifica acciones violentas hacia las mujeres derivadas de sus comportamientos, y el proporcionar un alto valor a la mujer dependiendo de su virginidad como signo de pureza, solo por mencionar algunos.

Otro elemento que se suma a la vulnerabilidad femenina es la violencia, ya que en el contexto mexicano es muy común. La Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres destaca que 19.6 % de las mujeres viven violencia psicológica con su pareja actual y el 9.8 % viven violencia física y el 7% violencia sexual y económica 5.1%. En 1994, en Ciudad Nezahualcóyotl, en el Estado de México, 33% de 342 mujeres alguna vez casadas o en unión libre había vivido una relación violenta; de éstas, 66% reportaron violencia física, 76% psicológica y 21% sexual. Si

consideramos que estas cifras solo son una pequeña muestra de las condiciones de vida de las mujeres podremos percatarnos una de las razones por las que la infección de VIH en mujeres ha aumentado considerablemente Ya que una mujer violentada es forzada en todos los sentidos incluyendo el sexual, y difícilmente exigirá el uso del condón.

## **¿Y ENTONCES QUE HACER?**

Después de hacer esta revisión inevitablemente surgen algunas preguntas, ¿Qué hacer para que la vulnerabilidad femenina disminuya?, ¿Son los varones los únicos responsables de poner a la mujer en esta posición?, ¿Se puede cambiar la construcción de género de la cultura mexicana?. Las respuestas a estas inquietudes son complejas así como el fenómeno pero no significa que no se puedan resolver. En primer lugar debemos considerar que una manera de disminuir esta vulnerabilidad es dotar a las mujeres de estrategias que le permitan empoderarse y tomar sus decisiones; pero surge otra duda ¿Cómo? la noción de empoderamiento ha sido muy utilizada por la psicología comunitaria norteamericana (Rappaport citado por Townsend J, 2002, op.cit.). Zimmerman (1995:23) enfatiza que el empoderamiento es el control y dominio personal sobre la vida y el entorno, se refieren más bien a la transformación del individuo y de la sociedad. También lo explica desde un nivel psicológico esta versión incluye las relaciones cercanas de las mujeres, una dimensión colectiva, y enfatiza las nociones de autoestima y conciencia, por lo tanto este es un proceso individual una forma de decidir sobre su vida y su comportamiento. Pero como es de imaginar

el proceso de empoderamiento femenino es largo y complejo, y atañe sólo a las propias afectadas (nadie puede “empoderar” a las mujeres desde fuera, sino apoyarlas en este proceso) y hace referencia a un proceso de restitución de poder que les permita adueñarse de su propia vida y tomar decisiones al respecto.( Herrera, 2002: 44).

Geeta Gupta (2002:4) ha identificado seis fuentes distintas de poder (en su acepción de poder como capacidad, más que como dominio): 1. *Información y educación*, (el conocimiento es poder, y la educación trasforma por lo tanto se debe de dotar a la mujer de ambos para llenarla de herramientas para el cuidado de su salud) 2.- *Habilidades*, fundamentales como la asertividad, la toma de decisiones, etc. Que permitan a la mujer conducirse bajo las necesidades que esta tenga. 3. *Acceso a servicios y tecnologías de prevención*, mediante las políticas públicas brindan una cobertura total en los servicios de salud. 4. *Acceso a recursos económicos*, trabajar en las condiciones sociales para erradicar las inequidades en los salarios y en las oportunidades laborales, que actualmente siguen siendo muy marcada, 5. *Capital social* el trabajo con la

sociedad juega un papel primordial, ya que permitirá construir nuevos patrones, sociales que ayudarían al fortalecimiento y crecimiento de la mujer. y 6. *Oportunidad de tener voz en la toma de decisiones en todos los niveles*; la integración de la mujer en el ámbito público para la toma de decisiones que impactan a la sociedad pero de manera particular a la mujer. El empoderamiento abarcaría entonces a todas estas áreas al mismo tiempo. En última instancia, señala esta autora, para revertir el desbalance de poder entre hombres y mujeres se requiere de políticas que se orienten a reducir la brecha de género en educación, acceso a recursos económicos, participación política y protección contra la violencia. Es indispensable reconocer que todas estas condiciones permitirían a la mujer lograr el empoderamiento, sin embargo condiciones de la vida cotidiana como el alto costo del preservativo femenino, aunado a la educación sexual plagada de mitos y tabúes con los que la mujer crece que la limitan al conocimiento del cuerpo y que dificulta la elección de usar este tipo de preservativo, debido a las ideas equivocadas acerca de la forma de colocación por mencionar solo una, impactan de manera trascendente; por lo que el trabajo debe de incluir la educación como punta de lanza para desarrollar conductas basados en información confiable y sustentada en el conocimiento objetivo y libre de prejuicios que le permitirán a la mujer conocer el impacto de cada una de las decisiones que tome y lo pueda hacer de manera responsable y consciente.

## **Conclusiones**

Frente a este panorama, el trabajo es muy arduo ya que los programas deben de promover el proceso de empoderamiento y no reducirlo a meros comportamientos individuales, por lo que se requiere puntualizar que si la vulnerabilidad femenina es social el empoderamiento también debe de serlo, ya que esto permitirá realizar cambios en los estructuras de roles y la construcción de género que dentro de esta sociedad existen. Es decir deben de reducirse las desigualdades entre los géneros para que la mujer adquiera las habilidades que le permitan prevenir cualquier acto que afecte su vida, como por ejemplo la exigencia del uso del condón por parte de su pareja aun cuando sean sus esposos, y aunque sea difícil de entender esta se ha convertido en una práctica de riego ya que cada una de los integrantes de la pareja debe asumir la responsabilidad del cuidado de su cuerpo y lograr que las parejas encuentre en el uso del condón una medida de prevención para la infección y no se considere o entienda como un acto de desconfianza o de falta de compromiso, sino todo lo contrario como un acto de amor y respeto mutuo, o en el mejor de los casos el cuidado de su salud por medio del uso del condón femenino el cual es una decisión propia, y de esta manera poder cambiar las condiciones de vida de las mujeres y así disminuir el riego de infección. Para esto se necesitan estrategias que impacten en las redes sociales, la familia, las políticas públicas que favorezcan la toma de decisiones responsables de las mujeres considerando que es indispensable un cambio social, para poder modificar la representación de los roles de género, la sexualidad y la vida de la mujer en general.

Es apremiante crear modelos de prevención de VIH, que tengan como base el empoderamiento femenino y que las medidas que se propongan no estén condicionadas a la decisión de sus parejas e impulsar a los jóvenes a crear una nueva cultura de género que auspicie la equidad.

El ideal sigue siendo, como expresó Geeta Gupta en la XIII Conferencia Mundial de SIDA realizada en julio de 2000 en Sudáfrica, “liberar a hombres y mujeres de normas de género destructivas y de dar poder a las mujeres para cuidarse y participar en la toma de decisiones, lo que no significa quitar el poder a los hombres sino quitarles una falsa idea de poder que incrementa la vulnerabilidad de ambos”.

No queda más que trabajar para que las condiciones de vida de los mujeres se modifiquen y que de la misma forma las mujeres adopten el rol de protagonista de sus vidas y no el de simple espectador.

## REFERENCIAS

- 1.-Aggleton P, Parker R. “Campaña mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA.” En Ginebra: ONUSIDA; 2002:9.
- 2.-Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA) “ El VIH/SIDA en México 2010” 2009. Pág. 43-47.
- 3.-Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA) “ El VIH/SIDA en México 2009” 2009. Pág. 9 ,11, 13
- 4.-Carlos F. Cáceres. “La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe” en Banco Interamericano de Desarrollo Washington, D. C. Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible.
- 5.-Del Río, Carlos. 1997. Introducción. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema. En Rico, B.; Vandale, Susana; Allen, Betania y Liguori, Ana Luisa, *Mujeres y el VIH/SIDA*. México: Instituto Nacional de Salud Pública
- 6.-Dethlefsen Thoreald, Dahlke Rüdiger;; “La enfermedad como camino”. Edit.Plaza & Janès Editores, S.A 2002. Pag.297.
- 7.-Delor F, Hubert M. “Revisiting the concept of “vulnerability”. *Social Science and Medicine* “2000; 50 (11): 1557-1570; Ross MW, Ferreira-Pinto JB. Towards a public health of situations: the recontextualization of risk. *Cad Saude Publica* 2000; 16 (1):59-71.

8.-Fonseca Carlos; Quintero María Luisa (2008): “*Aproximaciones teóricas sobre la construcción cultural del género*”. En Fonseca Carlos; Quintero María Luisa: “Temas emergentes en los estudios de género”. México: M.A. Porrúa.

9.- Fuente: Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, Encuesta Centinela. Información procesada por CENSIDA, octubre de 2002.

10.-Grimberg, M “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH” en *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 79-99, 2003

11.-Gupta G. “Approaches for empowering women in the HIV/AIDS Pandemic: A gender perspective. Paper preparado para Expert Groups Meeting on “The HIV/AIDS Pandemic and its Gender Implications EGM/HIV-AIDS/2000/EP 4, 1, NOVEMBER, 2000.

12.-Herrera C, Campero L. “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema” en *Salud Publica Mex.* 2002; 44: 554-564.

13.-*Huggins Castañeda* “Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida.” En Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis) Caracas, Venezuela Noviembre 2005. 1ª edición, noviembre/2005 pag. 14.

14.- Izazola-Licea JA, Gortmaker SL, DeGruttola V, Tolbert K, Mann J. Bisexual behavior and HIV risks in Mexican men in a population based survey [abstract]. Conferencia Internacional de SIDA; 1996 julio 7-12, Vancouver, Canada.

15.- Kendall, T, Vazquez,H. “Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas: necesidades y apoyos en el ámbito medico, familiar y comunitario” Edt. Colectivo Sol. Primera edición 2004. Pag.11-38.

16.-Ligia Vera-Gamboa.”*Género, violencia y la epidemiadel VIH/Sida en Yucatán,México.*” En Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México Vol. 14/No. 4/Octubre-Diciembre, 2003. *Rev Biomed* 2003; 14:269-278.

17.- Ligouri AL, González-Block M, Aggleton P. Bisexuality and HIV/AIDS in México. In: Aggleton P, Ed. *Bisexuality and AIDS: International Perspectives*. London: Taylor and Francis; 1996:76-98.

18.- Szasz, I. (1999). “Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja”. En: Bronfman, M. y Castro, R. (org.) *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, Edamex, México.

19.-Rappaport J.” Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings.”Am 14 -xx

J Community Psychol 1995;23(5):795-808 (citado por Townsend J, 2002, op.cit.). 6.-ONUSIDA, Programa conjunto de las naciones Unidas sobre VIH/SIDA "Informe Anual ONUSIDA 2009" 2009.

20.-Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Del Rio-Zolezzi A, Loo-Méndez E, Magis-Rodríguez C, Salcedo-Álvarez RA. Epidemiología del SIDA/VIH en México: de 1983 a marzo de 1995. Salud Publica Mex. 1995;37:556-571.

21.-World Health Organization. Women and HIV/AIDS (Fact Sheet No. 242). Geneva,WHO, 2000; Center for Health and Gender Equity. Women at Risk: Why are STIs and HIV different for women? Takoma Park, Maryland, USA: Center for Health and Gender Equity; 1999.

22. Zimmerman MA. "Psychological empowerment: Issues and Illustrations." Am J Community Psychol, 1995;23(5):581-599 (citado por Townsend J, 2002, op.cit.).