

***“DIAGNÓSTICO SOCIOECONÓMICO DE MUJERES VIVIENDO CON  
VIH/SIDA DE LA REGIÓN METROPOLITANA”***

**Carla Donoso  
Cristina Vírveda**

**Rodrigo Pascal  
*Coordinador***

VIVO POSITIVO

Este proyecto de investigación contó con el aporte financiero del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y de VIVO POSITIVO. Su ejecución estuvo a cargo de VIVO POSITIVO, la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAHC) y el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).

Derechos de edición reservados por

© 2002, VIVO POSITIVO,  
Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA.  
San Isidro 367, Santiago  
Teléfonos: (562) 635 9396 - Fax: (562) 6355074  
vivopositivo@vivopositivo.org  
www.vivopositivo.org

Inscripción N° 129.557. Santiago de Chile.

ISBN: 956-8247-01-7

Ninguna parte de este libro, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada, sea por procedimientos mecánicos, ópticos, químicos o electrónicos, incluidas las fotocopias, sin permiso escrito del editor.

Texto compuesto en tipografía *Palatino Linotype 11/13*

Se terminó de imprimir esta  
PRIMERA EDICIÓN  
de 1.000 ejemplares,  
en los talleres de Lom Ediciones.  
Santiago de Chile, noviembre de 2002.

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> <i>Rodrigo Pascal</i>	5
<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>CAPITULO I. Antecedentes y marco conceptual del diagnóstico</b>	11
<b>CAPITULO II. Aspectos metodológicos</b>	29
<b>CAPITULO III. Análisis de la información</b>	35
<b>CAPITULO IV. Conclusiones</b>	59
<b>CAPITULO V. Propuestas de trabajo para SERNAM</b>	65
<b>Bibliografía</b>	71

## PRESENTACIÓN

*“Cómo poder decir que te amo, si cuando te llamo me contestan que no estás”*. Con esta frase busco, de alguna manera graficar, la sensación que me produce el testimonio y la realidad de muchas Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, mujeres que han perdido a sus parejas y también a sus hijos e hijas, mujeres que han tenido que asumir la jefatura del hogar, mujeres que han sido abandonadas por sus familias, mujeres que golpean puertas y no les son abiertas, Mujeres que, en su gran mayoría solas en compañía de sus hijos e hijas y de sus hijos e hijas VIH+; sobreponiéndose o no a la devastadora realidad de su condición de salud, siguen asumiendo sus responsabilidades de madres y mujeres, la gran mayoría de las veces en un silencio sordo, que carcome cualquier bastión de dignidad humana. Crítica podríamos hacer acerca de procesos y actitudes de autovictimización en sus ánimos y prácticas de asociatividad o en sus propias relaciones interpersonales. Sin embargo, desleal sería no reconocer las desventajas reales, concretas, que esta condición de género impone en sus realidades cotidianas, donde se ven en la imperiosa necesidad de postergarse ante las vicisitudes de las coyunturas de este desnaturalizado condicionamiento social impuesto –histórica y endémicamente– por nuestra sociedad machista. Todo ello se combina y se multiplica con los prejuicios sociales que acompañan –con una carga desmesurada– la condición de vivir con VIH.

El documento que Ustedes a continuación procederán a leer, es un aporte para acercarnos a la realidad y al universo de dificultades que se van sumando en la vida de estas ciudadanas Chilenas. Una lectura detenida nos abre las puertas a dimensiones humanas desconocidas y que, con una facilidad abrumadora, se van transformado

en condiciones inhumanas de existencia. Su lectura va dando cuenta de la dimensión de la deuda social que nuestro país tiene para con ellas y lo que queda de sus familias. ¿Qué puede ser más urgente? ¿Qué puede justificar nuestra pasividad, desde lo social y desde lo político?

También es imperativo ver y reconocer, que un número importante de ellas, ha asumido con valentía roles protagónicos en la visibilización de sus realidades, y roles protagónicos en el desarrollo organizacional y asociativo para enfrentar sus problemáticas, dedicando y multiplicando sus tiempos, con los esfuerzos correspondientes, asumiendo una multiplicidad de roles, como madres, compañeras, trabajadoras. En estas condiciones, las mujeres viviendo con VIH/SIDA ejercen un creciente liderazgo y trabajo en lo social.

Ahora bien, en un gran esfuerzo hemos podido construir este diagnóstico. Sus resultados imponen desafíos a los distintos actores sociales: VIVO POSITIVO, las Agrupaciones, los Servicios de Salud, el SERNAM, el Gobierno en su conjunto y a la sociedad toda. Estos desafíos deben entenderse como una responsabilidad en lo personal y desde lo colectivo, que incluye a las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA.

*Rodrigo Pascal*  
*Coordinador Ejecutivo*  
*VIVO POSITIVO*

# INTRODUCCIÓN

El presente diagnóstico describe la situación socioeconómica en que se encuentran las mujeres que viven con VIH/SIDA en nuestro país, problemática que no ha sido abordada por otros estudios. De acuerdo al control epidemiológico de la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud, una de las características de esta pandemia en Chile –al igual que en otros países del mundo– es la tendencia a la feminización, lo que guarda relación con la vulnerabilidad sociocultural en la que se encuentran las mujeres producto de los patrones de género establecidos en nuestra sociedad.

El conocimiento de la situación en la que se encuentran las mujeres seropositivas es fundamental a la hora de diseñar programas o políticas de intervención focalizadas específicamente en este grupo. Asimismo, consideramos que conocer con mayor profundidad las características del grupo de mujeres afectadas entregará luces para el diseño de programas de prevención e intervención social en VIH/SIDA que ataquen directamente aquellos factores que hacen a las mujeres vulnerables frente a la pandemia.

Este diagnóstico es fruto del interés manifestado por la Ministra Directora del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) por conocer con mayor profundidad la situación en la que se encuentran las mujeres que viven con VIH/SIDA. En junio de 2000, la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA, VIVO POSITIVO, sostuvo una entrevista con la Ministra Sra. Adriana Delpiano, oportunidad en que planteamos, entre otros asuntos, la creciente feminización de la epidemia del VIH/SIDA en Chile, la nula visibilización de este fenómeno en la opinión pública, así como decisión de la Coordinado-

ra Nacional de afrontar este problema como un tema transversal a los ejes temáticos de VIVO POSITIVO (Derechos Ciudadanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA, Atención Integral, Prevención y Organización de la Red Nacional a lo largo de Chile). Es así como VIVO POSITIVO plantea a la Ministra la necesidad de contar con un diagnóstico socioeconómico de mujeres seropositivas atendidas en los Hospitales Públicos de la Región Metropolitana, con el objetivo de aportar los antecedentes necesarios para que el SERNAM incluya en su agenda y en sus políticas públicas acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres VIH positivas.

Como se ha señalado anteriormente, no existen otros estudios en nuestro país que den cuenta de la situación socioeconómica en que se encuentran las mujeres que viven con VIH/SIDA. Es por esto que el presente diagnóstico tiene un carácter exploratorio-descriptivo y busca caracterizar la situación socioeconómica, laboral y de participación social de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, que se atienden en los hospitales de la Región Metropolitana. Para ello se elaboró y aplicó una encuesta a una muestra intencionada de 71 mujeres que se atienden en los programas de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) y VIH/SIDA. Las mujeres encuestadas fueron contactadas a través de las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA y a través de las asistentes sociales y personal de salud de los Programas de VIH/SIDA de los centros hospitalarios.

Además de la información recopilada a través de las encuestas, se realizó una revisión de la bibliografía pertinente -a nivel nacional e internacional- así como entrevistas a informantes claves, a fin de indagar con mayor profundidad en la situación de las mujeres afectadas.

Este informe consta de cinco capítulos. En el primero se exponen los antecedentes y el marco conceptual en el que se contextualiza el diagnóstico. En el segundo capítulo se explica el marco metodológico utilizado y las fases del estudio, en particular, la elaboración y aplicación del instrumento utilizado. En el tercer capítulo se expone el análisis de la información cuantitativa arrojada por el diagnóstico. En el cuarto capítulo se plantean las conclusiones que se desprenden del diagnóstico, las que fueron complementadas con la información otorgada por otras fuentes (revisión bibliográfica y entrevistas con informantes claves). Finalmente, en el quinto capítulo

se exponen las propuestas de trabajo para el Servicio Nacional de la Mujer, que fueron elaboradas conjuntamente con las mujeres de la Coordinadora de Mujeres Viviendo con VIH “Belona” y el Grupo de Mujeres del Hospital Sótero del Río.



# CAPITULO I. ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL DEL DIAGNÓSTICO

## I.1. ANTECEDENTES GENERALES: MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DE LA EPIDEMIA

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 34,3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo a diciembre de 1999, el 45,7% eran mujeres, es decir, 15,7 millones<sup>1</sup> y 1,3 millones niños. Desde el inicio de la epidemia hasta la fecha el número de defunciones estimadas era de 18,8 millones de personas, 2,8 millones de estas muertes ocurrieron durante 1999. Actualmente, más del 95% de las personas afectadas por el VIH/SIDA pertenecen a países subdesarrollados, en los que se ha producido el 95% de todas las defunciones causadas por el VIH/SIDA en el mundo<sup>2</sup>.

En Chile, el primer caso de SIDA fue diagnosticado en el año 1984, mientras que la primera mujer lo fue al año siguiente<sup>3</sup>. De este modo, en Chile, las mujeres se ven afectadas por la epidemia desde el comienzo, lo que marca una diferencia con otros países, donde, en las etapas iniciales, los grupos afectados fueron principalmente hombres homo/bisexuales<sup>4</sup>.

De acuerdo a las estadísticas que maneja la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), a diciembre de 1999, se han notificado 4.085

<sup>1</sup> ONUSIDA, 2000.

<sup>2</sup> CONSIDA, 2000.

<sup>3</sup> CONASIDA, 1995.

<sup>4</sup> Palma, 1994.

enfermos de SIDA y 4.640 personas asintomáticas. De igual modo, se han producido 2.705 defunciones a causa del VIH/SIDA a la misma fecha<sup>5</sup>. La tasa de incidencia acumulada de VIH/SIDA en Chile alcanza a 27,6 por 100.000 habitantes.

Las últimas estimaciones de CONASIDA indican que en Chile 22.514 personas han sido afectadas por el VIH/SIDA (esta cifra incluye a las personas fallecidas) y unas 19.479 personas viven actualmente con el virus en Chile<sup>6</sup>. Sin embargo, considerando las indicaciones de Naciones Unidas para Asuntos del SIDA (ONUSIDA) que señalan que por cada persona diagnosticada existen cinco que viven con el virus sin saberlo, VIVO POSITIVO estima que, a la fecha, en nuestro país, existen 40.000 personas afectadas por el VIH/SIDA. Esta situación continuará acentuándose en el tiempo al no existir campañas masivas de información a la población. Al respecto, CONASIDA señala que la tasa de crecimiento anual de casos es del 20%.

Los principales grupos de edad afectados se encuentran entre los 20 y 49 años, concentrando el 85,1% de los casos. Desde un punto de vista geográfico, las tasas de incidencia acumulada más elevadas corresponden a: Región Metropolitana (45), V Región (33,3), I Región (19,1) y II Región (18). La principal categoría de exposición es la sexual, con un 93,1% de los casos.

Según la CONASIDA, respecto de la distribución por sexo del VIH/SIDA, el 89,7% de los casos corresponde a hombres y el 10,3% a mujeres<sup>7</sup>. Los últimos datos indican que desde 1984 hasta la fecha han sido notificadas de SIDA 370 mujeres, de las cuales 235 ya han fallecido, y 719 mujeres han sido notificadas por VIH.

Sin embargo, en los últimos años se ha observado un crecimiento mayor de los casos de VIH/SIDA entre las mujeres. De hecho, un análisis de las notificaciones anuales de casos de SIDA indica que, a partir de 1990, se ha producido un incremento porcentual ma-

<sup>5</sup> CONASIDA, 2000.

<sup>6</sup> CONASIDA, 2000.

<sup>7</sup> La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en Chile se realiza a través de dos mecanismos: Pasivo, por notificación obligatoria de casos de SIDA y portadores diagnosticados en el país; y activo, por estudios de seroprevalencia de VIH, con metodología de Centro Centinela, desarrollados en Chile a partir de 1992.

yor de mujeres enfermas (33%) que de hombres (25%). Así, la proporción hombre:mujer ha pasado de 15:1 en 1991 a 7,2:1 en 2000. Hasta 1998, el 70% de las mujeres declara que adquirió el VIH por vía sexual, más específicamente, por contactos heterosexuales; un 11.3% por transfusión sanguínea; un 3.8% por uso de drogas intravenosas; un 11.3% por transmisión vertical<sup>8</sup> y un 3.8% no especifica o no sabe la forma en que adquirió el virus<sup>9</sup>.

Al analizar el nivel educacional de las mujeres con VIH/SIDA, se observa que durante los últimos años se ha producido un aumento de la declaración de escolaridad básica –de 31% a 51%– y una disminución de la escolaridad media –de 54% a 36%–. Ello indica que las mujeres afectadas tienen bajos niveles de escolaridad. Por otro lado, al analizar la variable ocupacional encontramos una concordancia con la de escolaridad, ya que la categoría profesional disminuye de manera estadísticamente significativa, mientras que la categoría de operaria aumenta de 23% a 41%, diferencia también significativa. El análisis de estos dos parámetros muestra una clara tendencia hacia la pauperización de la pandemia entre las mujeres<sup>10</sup>.

De acuerdo a ello, en nuestro país, la tipología de la epidemia es: incipiente, localización urbana, tendencia a la feminización, pauperización en las mujeres y predominio en hombres homo/bisexuales<sup>11</sup>.

## I.2. CONCEPTOS CLAVES: GÉNERO Y VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES FRENTE AL VIH/SIDA

Algunos estudios señalan que el VIH/SIDA es cada vez más femenino, más joven y más pobre. Estas características de la pandemia evidencian la necesidad de considerar el enfoque de género y el concepto de vulnerabilidad como base para enfrentar esta problemática.

<sup>8</sup> Por transmisión vertical se entiende el traspaso del VIH/SIDA de la madre embarazada al hijo/a durante el momento del embarazo, el parto o la lactancia.

<sup>9</sup> CORSAPS, 1995.

<sup>10</sup> CONASIDA, 1999.

<sup>11</sup> CONASIDA, junio de 2000.

El enfoque de género permite analizar la construcción social de las diferencias sexuales, es decir, cómo se construye y reproduce lo femenino y masculino en diferentes sociedades. De Barbieri señala que los sistemas de género son “los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de impulsos sexuales, a la reproducción de la especie y en general al relacionamiento entre las personas”<sup>12</sup>. Pero el ordenamiento de género no sólo da lugar a la construcción de diferencias sino que en la mayoría de las sociedades supone la desigualdad entre hombres y mujeres y la subordinación de éstas últimas en distintos planos: social, político, económico, simbólico-cultural, etc. Joan Scott<sup>13</sup> señala que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder que se expresa a través de cuatro dimensiones: en un nivel simbólico, en un nivel normativo, en nociones políticas e instituciones y organizaciones sociales y finalmente, en la identidad subjetiva. Scott plantea así la posibilidad de transformación de las relaciones de género pues esta definición no se queda en la inmutabilidad de la subordinación universal de la mujer. Asimismo, el concepto de género supone que la posición y condición de las mujeres debe ser analizadas en un contexto particular, considerando además la clase, la etnia, la edad y el contexto social e histórico<sup>14</sup>.

El concepto de vulnerabilidad en relación al VIH/SIDA, por su parte, explica la mayor o menor dificultad de un grupo humano determinado para adquirir el VIH; analizando la conjunción de factores individuales, sociales, económicos y políticos en una sociedad dada. Esto implica ir más allá del enfoque que se limitaba a la consideración de los comportamientos individuales como determinantes para la adquisición del VIH<sup>15</sup>. Al respecto se ha señalado que “la intolerancia y la discriminación racial, religiosa o hacia las minorías sexuales, la discriminación hacia las personas viviendo con VIH (PVVIH) o que se sospeche de esa condición, la violencia de género y la discriminación económica y política contra las mujeres a lo largo de todo

<sup>12</sup> De Barbieri, 1992.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Montecino y Donoso, 2000.

<sup>15</sup> Gómez, 1998.

su ciclo de vida, el abuso de poder de los y las adultas sobre los/as más jóvenes, de las personas que ostentan el poder económico, la falta de soporte social hacia las PVVIH o afectadas por el VIH, la pobreza, la violencia intrafamiliar y las violaciones sexuales, se puede continuar con esta larga lista, son factores que deben ser reconocidos y confrontados como el combustible principal en la expansión de la epidemia”<sup>16</sup>.

De este modo, se evidencia que las mujeres son particularmente vulnerables a la adquisición del VIH por una amplia gama de aspectos que guardan relación con su posición subordinada en la sociedad, la que se expresa en cuestiones tales como su acceso limitado a la educación, su inserción precaria en el mercado laboral, la falta de acceso a los servicios de cuidado de la salud en general y en particular de la salud sexual y reproductiva. Además, estudios recientes a nivel mundial dan cuenta de la feminización de la pobreza, fenómeno asociado a la sobre-representación de la jefatura de hogar femenina en los hogares de extrema pobreza. Asimismo, la construcción sociocultural del género reproduce la subordinación de las mujeres a través de creencias, normas, pautas de comportamiento y roles que sitúan a las mujeres en una posición desvalorizada.

Es así como la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH debe ser analizada considerando distintas dimensiones, a saber:

a) VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

Además de todos los factores socio-culturales mencionados, se ha comprobado que las mujeres son más vulnerables biológicamente a la adquisición del VIH. La transmisión del virus hombre-mujer (y de otras ETS) es dos a cuatro veces más eficiente que de mujer a hombre. En comparación al hombre, durante una relación sexual la mujer tiene una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de su pareja y el semen infectado con el virus del VIH contiene normalmente una concentración más alta de VIH que las secreciones sexuales de la mujer.

<sup>16</sup> Pascal, 2000.

Asimismo, la presencia de otras Enfermedades de Transmisión Sexual no diagnosticadas en las mujeres aumenta entre tres a cinco veces la posibilidad de infección por VIH. Además, las mujeres más jóvenes tienen un riesgo mayor, ya que su cuello uterino es inmaduro y sus secreciones vaginales se encuentran en menores cantidades.

Sin embargo, no hay que desconocer que la vulnerabilidad biológica está estrechamente vinculada a la vulnerabilidad social y sexual de las mujeres. El sexo coercitivo, las violaciones, los incestos, el intercambio de sexo por dinero o bienes, ponen a las mujeres en un serio riesgo de adquirir el VIH. Además se ha demostrado que un historial de abuso sexual o violencia doméstica se correlaciona con futuros comportamientos de riesgo respecto del VIH<sup>17</sup>.

#### b) VULNERABILIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA

Como hemos señalado, existen una sumatoria de factores sociales y económicos que inciden en la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH.

En relación a los aspectos económicos, destaca el subempleo femenino, la nula o baja capacitación laboral, la baja escolaridad o analfabetismo y la pertenencia al sector más débil de la fuerza laboral, lo que lleva a las mujeres a la dependencia económica de sus parejas. De este modo, las mujeres en muchas ocasiones permanecen en sus hogares, atendiendo a su familia y realizando trabajo reproductivo, sin derecho a remuneración por estos servicios. Sin embargo, en la actualidad las transformaciones económicas y sociales han llevado a que muchas mujeres tengan que asumir la jefatura de sus hogares, lo que implica duplicar o incluso triplicar su jornada de trabajo.

Las mujeres que asumen jefatura de hogar deben buscar distintas estrategias para conseguir un sustento económico y generalmente pasan a integrar el mercado informal del trabajo (labores domésticas remuneradas, vendedoras ambulantes, trabajo a domicilio, etc.). Esto no sólo se explica por la falta de acceso a educación, sino

<sup>17</sup> Ibid.

también por la necesidad de compatibilizar el trabajo productivo con el reproductivo (tareas domésticas, cuidado de hijos/as y otros familiares, etc.)<sup>18</sup>.

Esta vulnerabilidad social también se manifiesta en la falta de acceso a atención en salud de calidad. Además, es frecuente que las mujeres posterguen el cuidado de su propia salud priorizando las necesidades de sus familias y de las personas que tienen a su cuidado.

Otra dimensión a considerar es la política, en donde se ha constatado que las mujeres han estado históricamente marginadas de los espacios de poder y de toma de decisiones, con una baja representación en la política formal.

#### c) VULNERABILIDAD CULTURAL

Además de los factores sociales y económicos señalados anteriormente, merece una mención aparte el entramado de creencias y representaciones simbólicas que sitúan a las mujeres en una posición de inferioridad, reproduciendo su subordinación. Estas creencias operan en diversos ámbitos que van desde la distribución de los roles sociales, hasta las creencias en torno a la sexualidad y los patrones de comportamiento sexual.

La socialización de género tradicional en materia sexual pone a las mujeres no sólo en riesgo de adquirir el VIH/SIDA y otras ETS, sino que también impide el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la salud sexual y reproductiva. La ideología tradicional de las relaciones de género dificulta que las mujeres puedan negociar cuándo y cómo tener sexo, exigir el uso del preservativo o rechazar relaciones sexuales. En muchos casos, intentar esta negociación puede implicar riesgo de violencia, desconfianza, recriminaciones, abandono y pérdida de sustento económico. En el contexto actual no se les permite a las mujeres hablar abiertamente de sexo, si no quiere verse como sospechosa y generar desconfianza. También ocurre que las mujeres culturalmente aceptan las relaciones sexuales que sus parejas entablan con terceras personas, ya sea por que

<sup>18</sup> Montecino y Donoso, 2000.

socialmente es aceptado como una manifestación de lo que es ser hombre, por temor por parte de la mujer a la reacción de su pareja la que puede ser violenta (incluyendo agresión física) o bien por temor al abandono por parte del hombre, lo que traería serias consecuencias sobre todo el grupo familiar (quiebre del sistema familiar o la pérdida de los ingresos económicos aportados por el hombre).

De esta manera aquellas actitudes y conductas que parecieran ajustarse a decisiones y características personales, no se pueden aislar del contexto social donde se vive y se ejerce la sexualidad. Vivimos en una sociedad donde la construcción de la sexualidad es fundamentalmente esencialista<sup>19</sup> y entendida desde la función reproductora de hombres y mujeres. Se castigan otras identidades sexuales y las prácticas sexuales que no conllevan a la reproducción. A las mujeres se las restringe a papeles pasivos que además son desvalorizados y, por el contrario, se valoran los roles activos de los hombres como por ejemplo ser proveedores, activos sexualmente y agresivos. Cabe señalar que estos patrones de género sitúan tanto a hombres como a mujeres en situaciones de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

### I.3. LA POBREZA EN CHILE

El neoliberalismo se concibe como una doctrina económica, que también se expresa en el ámbito político. En términos generales, este modelo preconiza el rol mínimo del Estado, es decir, este no debe intervenir demasiado en las actividades sociales y económicas, sino que debe ser conservado dentro de ciertos límites<sup>20</sup>. El Estado Neoliberal se opone al Estado de Bienestar, puesto que no se encarga de cubrir las necesidades de la población en términos universales, sino que por el contrario, es un Estado mínimo o Subsidiario, que focaliza sus políticas y recursos en aquellos sectores más desamparados que no están en igualdad de condiciones para satisfacer sus necesidades básicas en el juego de la oferta y la demanda.

<sup>19</sup> Cordero, 2000.

<sup>20</sup> Bobbio, 1989.



La puesta en marcha de este modelo económico en nuestro país ha contribuido a profundizar diferencias sociales, económicas, culturales, entre los distintos grupos. Entre ellas destacan:

- La acentuación de las desigualdades socioeconómicas y concentración del poder en manos de entidades económicas que no asumen responsabilidades frente a las sociedades en las que actúan. Esto ha traído como consecuencia que el crecimiento económico de los países no se distribuye en forma equitativa, y por el contrario, cada vez tiende más a la concentración en una pequeña elite. Un ejemplo de esto, es que en la actualidad “treinta y siete mil sociedades multinacionales y sus filiales en el extranjero dominan la economía mundial. De las 200 más poderosas, 172 corresponden a cinco países de capitalismo avanzado: Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia y el Reino Unido”. En Chile, el 20% más rico de la población concentra el 60% de los ingresos, en tanto que el 80% restante debe compartir el 40%.
- La marginación social como consecuencia de la concentración del poder económico y de las desigualdades económicas. La creciente automatización de los procesos productivos opera bajo la premisa de que “a mayor producción menor número de puestos de trabajo”, esto tiene como consecuencia el aumento de la población sobrante, vale decir la que no tiene cabida en la economía de sus regiones. De este manera el sistema en forma continua va expulsando personas que ya no le prestan utilidad alguna.
- Flexibilización laboral (salarial, numérica y funcional): Se flexibilizan los contratos de trabajo, el salario, la calidad del trabajo, el despido, etc. Los nuevos Códigos del Trabajo pierden el sentido protector del Derecho del Trabajo.

En síntesis, el neoliberalismo, ha acentuado las diferencias sociales, las desigualdades socioeconómicas, la marginalización social y el deterioro progresivo y vertiginoso en bastas áreas del globo, diferencias que se irán acrecentando si no se toman medidas para contrarrestar los efectos negativos. Para Chonchol, todas estas acciones atentan contra los principios elementales de la democracia y de las políticas participativas, limitando el desarrollo humano y social de las personas.

## MUJERES, POBREZA Y EMPODERAMIENTO

Cuando se consideran los hogares en situación de pobreza en nuestro país, según sexo del jefe, se aprecia con mayor claridad la importancia de la perspectiva de género. A nivel nacional, en 1992, un 23% de los hogares indigentes estaba a cargo de mujeres, fracción que aumenta a un 25,3% en 1994 (lo que equivale a 176 mil hogares), mientras que en los hogares no pobres se mantuvo constante el peso relativo de las jefas de hogar con un 19%. Este aumento del peso relativo de las jefas de hogares en indigencia, se produjo porque la incidencia del problema sólo disminuyó en los hogares a cargo de hombres<sup>21</sup>. Así, se constata que cuando existen diferencias en los niveles de pobreza por sexos, ellas apuntan a una mayor extensión y, a menudo, mayor gravedad del problema entre las mujeres<sup>22</sup>.

Se ha demostrado que estos procesos de pauperización afectan principalmente a las mujeres quienes en atención a sus roles se ven compelidas a hacerse cargo de la sobrevivencia de sus grupos, lo que en la mayoría de los casos implica además de las labores reproductivas que frecuentemente realizan, realizar tareas productivas de carácter informal y enrolarse en organizaciones comunitarias de sobrevivencia. Con el propósito de disminuir los efectos negativos que ha traído consigo la implementación del modelo neoliberal, la IV Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing en 1995, tomó una serie de compromisos, los cuales apuntan esencialmente a salvaguardar la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres en las transformaciones económicas de las sociedades actuales.

Para elaborar estos compromisos, en primer lugar, se procedió a caracterizar la pobreza que afecta a las mujeres, describiéndola como: "no sólo la carencia de ingresos y recursos productivos, sino que por el hambre y la mala nutrición, la mala salud, el acceso limitado a la educación y otros servicios básicos, la vivienda inadecuada, la falta de participación en el proceso de adopción de decisiones y en la vida civil, social y cultural"<sup>23</sup>. En segundo lugar, se estableció el Programa de Acción Regional en cuya Área III se hace referencia a la eliminación de la pobreza; y en ella se menciona la adecuación de las

<sup>21</sup> Venegas, 1996.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> SERNAM, 2000.

políticas macroeconómicas y de los programas de ajuste para evitar sus efectos negativos, así como la creación de condiciones para reducir y superar la pobreza. Concretamente se centra en las políticas de asignación de recursos para aumentar la oportunidad de empleo y los salarios de las mujeres, asegurar la cobertura y calidad de la educación, el acceso a los servicios de salud, a una vivienda digna y especialmente la necesidad de mejorar las condiciones y observar los aportes de las mujeres rurales.

La pobreza es un problema social, a pesar que los sistemas de medición lo analizan como un problema individual, por esto las políticas deben considerar al sujeto/a inserto en un grupo o comunidad y fomentar la participación organizada de los sectores pobres, propiciando transformaciones internas que les permitan incorporarse a los bienes y servicios que la sociedad posee, mejorando su calidad de vida y visualizando mejores expectativas para su descendencia. Por esta razón se ha planteado que el asistencialismo no permite, ni permitirá, la salida del círculo de la pobreza.

En los países en desarrollo, las políticas de desarrollo orientadas hacia las Mujeres han pasado por distintas fases. En el enfoque Género en el Desarrollo o de Empoderamiento, se plantea la necesidad de que las mujeres accedan a la propiedad y al control de los recursos económicos, sociales y organizativos en igualdad de condiciones con los hombres<sup>24</sup>. De este modo, a diferencia de los otros enfoques (Bienestar, Equidad, Antipobreza etc.), el enfoque de Género en el Desarrollo enfatiza la importancia de establecer relaciones de género igualitarias para lograr el desarrollo de los países, enfatizando la importancia de la organización, el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres, el aumento de la autoestima y el acceso a recursos materiales<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Montecino y Rebolledo, 1997.

<sup>25</sup> Montecino y Rebolledo, 1996.

#### I.4. EL VIH/SIDA COMO ASUNTO DE DERECHOS HUMANOS

Los primeros signos de existencia de la pandemia del VIH/SIDA se dieron en los inicios de los años 80. Esta se entendió exclusivamente dentro de un ámbito bio-médico, sin embargo, transcurridas casi dos décadas desde su aparición podemos decir que esta realidad está ligada muy profundamente al campo de los Derechos Humanos Universales.

A lo largo de las dos últimas décadas han sido numerosas las conferencias, declaraciones y recomendaciones que han tratado de impulsar la protección y el respeto de los derechos humanos, demostrando en todas estas instancias la relación intrínseca que existe entre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos Universales. Algunos ejemplos de estas acciones fueron la Declaración de Derechos y Humanidad y la Carta sobre el VIH/SIDA, de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aprobada en 1992, la Declaración de Creencias de Cebu, consultas internacionales del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo sobre ética, derecho y el VIH/SIDA, celebrada en Filipinas de mayo en 1993, así como las Conferencias Mundiales sobre VIH/SIDA celebradas por Naciones Unidas, la última celebrada en Durban, Sudáfrica, en julio del 2000.

Debido a que en un principio el virus fue aislado en hombres jóvenes homosexuales que morían extrañamente de causas no conocidas, se produjo un fenómeno discriminatorio y estigmatizador que afectó a las comunidades homosexuales de los países del Norte. Estas llevaban más tiempo organizadas por la defensa de sus derechos, lográndose un avance mayor en la protección de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

No sucedió así en los países del Sur, dónde ha llevado mucho más tiempo lograr que se conformen comunidades de minorías sexuales, debido en parte a la desintegración de la sociedad civil articulada por largos períodos de dictaduras y al poder de los sectores económicamente poderosos y conservadores.

Cuando hablamos de derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA, nos referimos a derechos humanos de primera generación, o lo que denominamos derechos civiles y derechos políticos ampliamente reconocidos por los Estados, cuyas responsa-

bilidades les corresponde a ellos desarrollar y proteger. Hablar de VIH/SIDA y derechos humanos es hablar del derecho a la vida, del derecho a la integridad física, del derecho a la salud, el derecho a la autonomía, del derecho al trabajo, a la educación, a la no discriminación, etc.; es decir, todos derechos inherentes a las personas.

Si bien la mayor parte de los avances en la protección de los derechos humanos de las PVVIH se han producido en los países del Norte, también en la Región Latinoamericana ha habido avances sustanciales en la protección de los derechos ciudadanos como parte esencial de los derechos humanos. Por ejemplo, Argentina, Uruguay, Brasil, Venezuela, Costa Rica y Panamá han logrado cobertura universal de tratamientos antiretrovirales para las Personas Viviendo con VIH/SIDA, ejerciendo mecanismos legales vigentes en sus ordenamientos jurídicos, logrando disminuir la asimetría existente entre el VIH/SIDA y otras enfermedades que desafían la calidad de vida de las personas.

En Chile, al igual que en otros países, surgieron organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA, que posteriormente se aglutinaron en la Coordinadora de Personas Viviendo con VIH/SIDA "VIVO POSITIVO". Esta organización ha iniciado dos actividades de promoción de los derechos humanos: la participación en la redacción del Proyecto de Ley en Prevención en VIH/SIDA y la presentación de recursos de protección<sup>26</sup> para el acceso a tratamientos antiretrovirales. Este proyecto de ley, si llegara a aprobarse con su articulado original, protegería áreas tan importantes como la confidencialidad en el diagnóstico, impondría sanciones contra la discriminación laboral, garantizaría el acceso a la educación sin discriminación por el estado serológico, haría obligatoria la consejería anterior y posterior al test de detección de VIH y cautelaría los derechos de las PVVIH. Estas estrategias van dirigidas a la protección de los derechos humanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA en Chile, quedando un amplio camino por recorrer y que radica tanto en la sociedad como en el Estado.

<sup>26</sup> Cabe señalar que se trata de acciones realizadas en conjunto con la Clínica Jurídica de Acciones de Interés Público de la Universidad Diego Portales y CEJIL (Centro por la Justicia y el Derecho Internacional).

Varios años de experiencia en la lucha contra la epidemia VIH/SIDA han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos es un factor esencial para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. La promoción y protección de los derechos humanos es necesaria tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA, como para alcanzar los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección por VIH/SIDA, paliar los efectos negativos del VIH/SIDA en los/as afectados/as y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia.

Sin embargo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos que nace para protegernos a todos/as por igual, incluidos los grupos con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual o a las mujeres que constituyen más de la mitad de la población, no está dotada de mecanismos efectivos que permitan lograr la protección de todos los derechos que allí se mencionan.

El concepto de derechos humanos se ha ampliado en las últimas décadas hasta llegar en los últimos años a distinguirse diversas generaciones de derechos. Los Derechos de Primera Generación corresponderían a derechos políticos y civiles, nacidos como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial. Derechos de Segunda Generación que son los denominados derechos económicos, sociales y culturales conquistados en la décadas de los 60. Los Derechos de Tercera Generación corresponderían al derecho al desarrollo, el derecho a la paz, los derechos de grupos y colectivos, lo que corresponde a una mención peligrosa como lo plantea Camila Maturana<sup>27</sup>. "*¿Acaso son las mujeres, o los gays un grupo de personas, no son seres humanos?*". De este modo, es deber del Estado como suscriptor de los diferentes instrumentos de protección de los derechos humanos proteger a todos/as los/as individuos sin importar credo, sexo, raza, religión, etc.

<sup>27</sup> Maturana, 2000.

## LA LUCHA POR LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES SEROPOSITIVAS

Se ha cuestionado el hecho de que la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha adolecido de limitaciones que hacen difícil afirmar que en efecto tenga un carácter universal. Esto ha sido particularmente evidente en relación a la protección de los derechos de las mujeres. Por ejemplo Cook señala que “las revisiones que se han hecho de los derechos humanos tal y como han sido planteados desde sus orígenes han mostrado las limitaciones que han tenido en la protección de los derechos humanos de las mujeres. El respeto de los derechos humanos dista de ser universal. El derecho internacional, el derecho natural y el de las naciones han dejado de lado durante mucho tiempo la protección de las mujeres en su ámbito público y privado”<sup>28</sup>.

Gracias a la ratificación de Tratados Internacionales para la protección de los derechos humanos, Chile se encuentra en una posición ventajosa al respecto, habiendo ratificado el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Sociales Económicos y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, y la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, entre otras. Sin embargo, el avance en la protección de los derechos humanos en lo referente a las mujeres es lento, debido a que quienes tienen la responsabilidad en lograr este avance son en su mayoría hombres con escasa o nula conciencia de la discriminación específica por causa del género.

El Movimiento Internacional de Salud de las Mujeres que ha contribuido al avance de la protección de los derechos humanos en la esfera de la salud, ha empezado recientemente a incluir en su agenda la vulnerabilidad femenina a la infección del VIH/SIDA y a exigir que se incluyan dentro de las políticas públicas sus necesidades.

Si bien desde hace aproximadamente 10 años se habla de la feminización de la pandemia, el Movimiento Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA ha tardado tiempo en organizarse y las

<sup>28</sup> Cook, 1997.

primeras reivindicaciones sobre este problema proceden del Movimiento Feminista Internacional, pero desgraciadamente este no está conformado, ni aún hoy en día, por Mujeres Viviendo con VIH/SIDA.

En Chile las mujeres afectadas se han encontrado solas una vez recibido su diagnóstico y las organizaciones no gubernamentales vinculadas al tema del VIH/SIDA han tardado tiempo en darse cuenta que las mujeres necesitan estrategias distintas a la hora de enfrentar su diagnóstico. Esto ha provocado que las mujeres seropositivas se encuentren en una seria desventaja, en lo referente a la consideración de sus necesidades y al respeto de sus derechos.

En el año 1997 surge la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA "VIVO POSITIVO", dentro de la cual se encontraba la Agrupación AMAVIH, un grupo de autoayuda de mujeres seropositivas. Este grupo lamentablemente se disolvió en 1999. En el año 2000 surge la Coordinadora de Mujeres Viviendo con VIH "BELONA", también conformada por mujeres seropositivas que tiene en una primera instancia un propósito de autoayuda, adquiriendo dentro de su proceso natural de desarrollo una motivación de carácter político, integrándose posteriormente a VIVO POSITIVO. Sin embargo, las mujeres VIH positivas en Chile se encuentran todavía con escasa organización e ínfima presencia en el espacio político.

Al estar ya conformadas las organizaciones de lucha contra el SIDA, las organizaciones feministas y de mujeres no hicieron suya la causa del VIH/SIDA, "para no duplicar esfuerzos", sin darse cuenta que las mujeres seropositivas en la mayoría de los casos son mujeres pobres y sin participación en ninguna esfera pública de sus comunidades. Por ejemplo, en la reciente "Expo-Feminista" celebrada en marzo 2000 en Maryland, Baltimore (USA), una mujer seropositiva miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (I.C.W.), se quejaba que en la agenda de la Conferencia no estaba contemplado el tema VIH/SIDA. ¿Acaso no es el VIH/SIDA un asunto que afecte a las mujeres?. ¿No es el acceso y la protección a la salud, a la calidad de atención y una atención a la salud sexual y reproductiva un asunto que también compete a las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA?

El Movimiento Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA es de constitución reciente. La Comunidad Internacional de



Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (I.C.W) nace en Amsterdam, Holanda, hace una década, tardando en instalarse en América Latina. El Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas nace en Colombia en 1997, como consecuencia de un Encuentro de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA. Lamentablemente las mujeres seropositivas chilenas aún no tienen una participación activa en ninguno de estos dos movimientos.

Parte de las reivindicaciones del Movimiento Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA tienen que ver con asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva, el ejercicio y respeto de sus derechos en esta materia. Otra reivindicación importante es la disminución de la vulnerabilidad social y económica a que las mujeres seropositivas se ven expuestas antes y después de la adquisición del VIH/SIDA.

## CAPITULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este diagnóstico tiene un carácter exploratorio-descriptivo por cuanto busca caracterizar una realidad que no ha sido aún estudiada en nuestro país. Se ajusta a una metodología cuantitativa, vale decir pretende dar cuenta de la situación socioeconómica de las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA atendidas en los hospitales públicos en la Región Metropolitana, mediante el uso de indicadores medibles y cuantificables. Como indicadores para la elaboración del instrumento del diagnóstico se utilizaron variables económicas, habitacionales, laborales y de participación social.

### OBJETIVOS DEL ESTUDIO

#### *Objetivo General:*

- Conocer la situación socioeconómica de las Mujeres que Viven con VIH/SIDA en la Región Metropolitana.

#### *Objetivos Específicos:*

- Determinar el ingreso de las Mujeres que Viven con VIH y de sus familias
- Describir las condiciones materiales en las que viven las mujeres con VIH/SIDA
- Caracterizar la situación laboral de estas mujeres con VIH/SIDA
- Caracterizar el grado y tipo de organización de las mujeres seropositivas

## MUESTRA

La población estudiada corresponde al grupo de mujeres seropositivas atendidas en hospitales públicos de la Región Metropolitana.

La muestra de 71 mujeres tiene un carácter intencionado y no representativo y por lo tanto se trata de un estudio de carácter exploratorio. Esto se debe a que no existe un catastro del universo estudiado que permita un diseño muestral representativo. La ausencia de un catastro de las Mujeres con VIH/SIDA se fundamenta en razones éticas puesto que el derecho a la privacidad y confidencialidad de las Personas que Viven con VIH/SIDA es central y debe seguir siendo cautelado. No obstante, cabe destacar que el número de mujeres encuestadas equivale en términos porcentuales al 10% del total de mujeres notificadas. Asimismo, en la elaboración de la muestra se consideró como variable el centro hospitalario en que las mujeres reciben atención. De esta manera se aplicó la encuesta a mujeres de todos los centros hospitalarios de la Región Metropolitana. Nos interesó dar cuenta de la realidad de las mujeres que se atienden en los centros hospitalarios públicos no sólo porque ello corresponde a la realidad de las mujeres que integran VIVO POSITIVO sino que también porque, de esta manera, daremos también cuenta de la realidad más precaria en relación al VIH/SIDA. Esto no desconoce el hecho de que la realidad de las Mujeres Viviendo con VIH es más amplia, que incluye a aquellas que han sido notificadas y que se atienden en el sistema privado de salud o no han buscado atención médica, así como aquellas mujeres que viven con el VIH y no lo saben.

De este modo, la muestra de entrevistadas corresponde a 71 mujeres residentes en la Región Metropolitana, que se atienden en los siguientes centros de salud públicos: Hospital Sótero del Río, Hospital Barros Luco, Hospital San Juan de Dios, Hospital Salvador, Hospital San José y Fundación Arriarán.

El detalle de mujeres encuestadas se expone a continuación:

Instituciones	Nº casos	%
Hospital El Salvador	15	21
Hospital Barros Luco	13	18,3
Hospital Sótero Del Río	16	22,5
Hospital San Juan de Dios	15	21
Fundación Arriarán	09	12,6
Hospital San José	03	4,2
<i>Total</i>	<i>71</i>	<i>100</i>

## ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO

Es importante señalar que para la elaboración del instrumento de medición socioeconómica se consideraron y evaluaron las distintas metodologías existentes actualmente en nuestro país para la medición de la pobreza.

### a) ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO CASEN

El método utilizado en Chile para medir la pobreza se basa en el concepto de pobreza absoluta, el cual está dado por la medición de aspectos biológicos, considerando sólo necesidades básicas como la alimentación. Esta medición se realiza a través del ingreso y de la línea de pobreza. Si combinamos estos dos métodos se obtiene el método integrado de medición de la pobreza.

Línea de indigencia: Se denomina al costo de la canasta alimentaria mensual per capita. Se define como indigentes a las personas que residen en hogares cuyos ingresos per capita es inferior a este valor. Es decir, que aunque dedicaran la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrán cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes. Se estiman 2 líneas de indigencia, una correspondiente a las zonas urbanas y otra para zonas rurales.

El valor línea indigencia 1998 es:

Zona urbana \$18.944

Zona rural \$14.546

El valor de la línea de pobreza para las zonas urbanas se obtiene duplicando el valor de la línea de indigencia. En tanto que el de las zonas rurales se calcula incrementando un 7,5% el presupuesto básico de alimentación estimado para estas zonas. Los hogares cuyos ingresos per capita se encuentran por debajo de estas líneas, están en condiciones de satisfacer sus necesidades alimentarias pero no el conjunto de necesidades básicas y se definen como pobres no indigentes.

El valor de la línea de pobreza a marzo 1998:

Zona urbana \$37.889

Zona rural \$25.546

#### b) CONSIDERACIÓN DE OTROS INDICADORES

Se ha planteado que el método utilizado en el país para graficar la magnitud de la pobreza presenta algunas falencias, ya que sólo se mide o se considera pobreza la escasez o ausencia de ingresos. Si bien es cierto esta carencia de ingresos es una evidencia de la situación de pobreza, esta medición no refleja la magnitud real del problema, puesto que ignora importantes componentes asociados a la calidad de vida de las personas:

- Falta de Bienes y acceso a servicios.
- Hábitat deteriorado y el florecimiento de viviendas espontáneas sin servicios básicos y fabricadas con materiales ligeros.
- Presencia de enfermedades debido al nulo o difícil acceso a los sistemas de salud.
- Alimentación deficitaria, lo que se expresa físicamente en la vida de las personas en situación de pobreza.
- Difícil acceso a la educación y a la cultura, esto reproduce la marginación social.

#### c) CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO

Considerando los objetivos y especificidad del diagnóstico se elaboró un cuestionario de 45 preguntas que se dividen de la siguiente manera:

- I. Datos generales de la encuestada: 10 preguntas
- II. Antecedentes familiares y de ingreso: 8 preguntas
- III. Situación habitacional: 5 preguntas
- IV. Antecedentes de capacitación y trabajo: 12 preguntas
- V. Acceso a tratamientos antiretrovirales: 4 preguntas
- VI. Alimentación: 2 preguntas
- VII. Participación Social: 4 preguntas

## VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Las encuestas fueron aplicadas en los diferentes centros hospitalarios durante los meses de octubre y noviembre de 2000. En la fase de elaboración y aplicación del instrumento participó un grupo de alumnas en práctica de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Los aspectos éticos del instrumento fueron examinados por un grupo de actores claves en el tema antes de su validación: funcionarios de CONASIDA, del Servicio Social del Hospital Doctor Sótero del Río, un miembro de la Organización FRENASIDA, integrantes de la Agrupación de Mujeres BELONA y VIVO POSITIVO.

Una vez concluida esta fase se procedió a la validación técnica del instrumento con un grupo de mujeres pertenecientes a la agrupación BELONA, a partir de lo cual se realizaron algunas modificaciones.

Finalmente, se realizaron los contactos pertinentes para acceder al grupo en estudio. Se realizaron contactos con los Servicios de Salud, las Direcciones de los Hospitales, y profesionales encargados/as de Programas de VIH/SIDA y Servicio Social de los Hospitales, las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA integrantes de la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA "VIVO POSITIVO", todos los que contribuyeron a la localización de las mujeres.

La fase de aplicación del instrumento se encontró con algunos obstáculos, a saber:

- El personal de salud de la Fundación Arriarán no respondió al llamado de solicitud que hiciera VIVO POSITIVO para poder

aplicar el instrumento, lo que dificultó el trabajo en terreno e implicó un retraso en la planificación del estudio.

- Durante el período en que se aplicaron las encuestas, el Hospital San José carecía de un/a médico doctor/a tratante para las PVVIH, esto tuvo como consecuencia que no se pudo encuestar a un grupo de mujeres considerable en este hospital, ya que durante el período en que se aplicó la encuesta no se citaron mujeres para realizar sus controles.

## CAPITULO III. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Como se señaló en el marco metodológico expuesto, en este estudio se encuestó a 71 Mujeres Seropositivas que se atienden en hospitales de la Región Metropolitana. La información que se expone a continuación se divide en cinco ítems, de acuerdo a los principales temas que se abordan en el diagnóstico:

III.1. Caracterización General de las Mujeres Encuestadas

III.2. Antecedentes Socioeconómicos

III.3. Acceso a Tratamientos Antiretrovirales

III.4. Trabajo y Discriminación Laboral

III.5. Participación Social y Capacitación Laboral

### III.1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

#### a) EDAD Y ESTADO CIVIL

En relación a la edad de las mujeres encuestadas, como se muestra en el cuadro N°1, el más alto porcentaje de ellas (45%) se sitúa en el rango de los 31 a 40 años. El segundo porcentaje más alto corresponde al rango de edad 21-30 años con un 25%. Esto quiere decir que un 70% de las mujeres encuestadas se encuentra en la categoría de mujeres en edad reproductiva.

Con respecto al estado civil de las mujeres, como se expone en el cuadro N°1, los porcentajes más altos se ubican en las categorías “viuda” y “casada”, ambas con un 29,5% del total. En tercer lugar se



encuentran las mujeres que conviven con una pareja, con el 16,9% de los casos. Si se suman los porcentajes correspondientes a las mujeres casadas y convivientes, podemos señalar que el 46,4% de las mujeres tiene pareja estable con la cual conviven. Por otro lado, un 14% de las mujeres se declara soltera y un 9,8% separada.

Al cruzar las variables de estado civil y edad, vemos que lo más altos porcentajes se ubican en el grupo mujeres de 31-40 años casadas (14%) y mujeres de 31-40 años convivientes (12,6%).

Cabe destacar que del alto porcentaje de mujeres cuyo estado civil actual es la viudez (29,5%), un 90% declara que la causa de muerte de su marido fue el VIH/SIDA. Asimismo, un 7% de las mujeres que declara encontrarse actualmente con pareja, señala que su pareja anterior falleció a causa del VIH/SIDA. Esto quiere decir que un 34% de las mujeres encuestadas se ha visto afectada –además de la adquisición del VIH– por el fallecimiento de sus parejas a causa del virus.

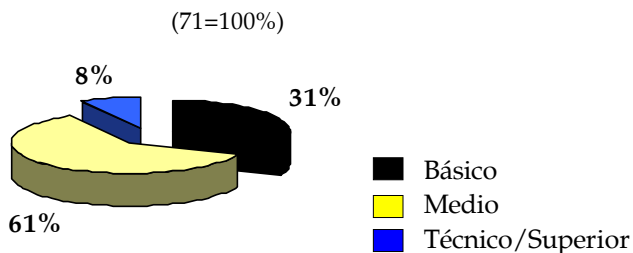
Cuadro N° 1  
ESTADO CIVIL SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Edad	Estado civil											
	Soltera		Casada		Viuda		Separada		Conviviente		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
21 - 30	4	5,6	4	5,6	8	11,2	-	-	2	2,8	18	25,3
31 - 40	4	5,6	10	14	6	8,4	3	4,2	9	12,6	32	45,0
41 - 50	1	1,4	6	8,4	3	4,2	1	1,4	1	1,4	12	16,9
51 - 60	1	1,4	1	1,4	4	5,6	3	4,2	-	-	9	12,6
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>29,5</b>	<b>21</b>	<b>29,5</b>	<b>7</b>	<b>9,8</b>	<b>12</b>	<b>16,9</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

b) NIVEL EDUCACIONAL

Con respecto al nivel educacional de las mujeres encuestadas –como se indica en el esquema– más de la mitad de ellas se ubica en un nivel medio con un 61% que declara haber cursado la enseñanza media. Un 31% de las encuestadas se ubica en el rango de la enseñanza básica y sólo un 8% declara tener estudios superiores.

### NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



Con respecto al cruce entre las variables edad y nivel educacional, encontramos que el más alto porcentaje se ubica en el tramo etéreo 31-40 años de nivel educacional medio con un 29,5% del total. El segundo porcentaje más alto corresponde al tramo 21-30 años de nivel medio con un 16,9%.

Cuadro N° 2

#### NIVEL EDUCACIONAL SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Edad	Nivel Educativo							
	Básica		Media		Superior		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
21 - 30	4	5,6	12	16,9	2	2,8	18	25,3
31 - 40	10	14,0	21	29,5	1	1,4	32	45,0
41 - 50	1	1,4	8	11,2	3	4,2	12	16,9
51 - 60	7	9,8	2	2,8	-		9	12,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>61</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Si bien estos datos indican que entre las encuestadas existe un nivel educacional medio, esto no necesariamente implica un nivel medio de ingreso económico, como se verá en el ítem expuesto a continuación.

c) SITUACIÓN LABORAL

En el instrumento aplicado en este diagnóstico se formularon tres preguntas que tendían a registrar si las mujeres encuestadas realizan trabajo remunerado o no. La primera de ellas pedía precisar ocupación/oficio, la segunda "situación actual", ofreciendo las alternativas de: cesante, con trabajo y jubilada. Finalmente, la cuarta parte del formulario se preguntó a las mujeres si se encontraban trabajando en la actualidad.

Con relación a la primera pregunta las encuestadas respondieron de acuerdo a los trabajos que han realizado anteriormente, lo que no necesariamente implica que estén desempeñándose en ellos en la actualidad. De este modo, las mujeres aportan información sobre sus oficios o experticias adquiridas con anterioridad. Asimismo, las mujeres que trabajan como dueñas de casa precisaron esta actividad en esta pregunta.

En la segunda pregunta logró registrarse a aquellas mujeres que se encuentran actualmente con trabajo estable, aunque algunos de estos trabajos tienen un carácter informal. Asimismo, se hacen visibles los casos en que las mujeres a pesar de declarar un oficio (calificado o no calificado) o un título técnico/profesional, se encuentran cesantes.

Una explicación más detallada merece la situación de las mujeres dueñas de casa, que precisaron esta condición en la primera pregunta y no respondieron a la segunda pregunta al no sentirse representadas por ninguna de las alternativas propuestas. Estas mujeres declararon posteriormente no tener trabajo remunerado. A fin de dar cuenta de esta situación y para efectos del análisis, se agregó la categoría "dueña de casa" en la clasificación de ocupación/oficio declarada por las mujeres y se agregó la categoría "trabajo doméstico no remunerado" en la clasificación de situación laboral actual de las mujeres. De esta manera se sigue la línea planteada por los estudios de Género y Trabajo que rechazan la idea de clasificar como "sin trabajo" a las mujeres que realizan labores domésticas al interior de sus hogares.

De este modo, el análisis integrado de estas tres preguntas (Cuadro N° 3) indica que sólo un 22,5% de las encuestadas tiene un traba-

jo remunerado estable, que un 24% de las mujeres se encuentra cesante y que un 51% de ellas se desempeña en la actualidad como dueñas de casa.

Con relación a la ocupación y/o oficio declarado las mujeres –como lo indica el cuadro N°3– el más alto porcentaje se concentra en la categoría de oficios no calificados con 46%. En segundo lugar se encuentran las mujeres dueñas de casa con un 36%. De este modo, las cifras indican que a pesar de que un alto porcentaje de mujeres señala tener un nivel de escolaridad medio, ello no implica que desarrollen un trabajo remunerado más calificado. Con respecto a los oficios calificados o de nivel técnico profesional, ambos representan un 8,4% de los casos.

Asimismo, cuando se observa la situación laboral de las mujeres de acuerdo al oficio declarado observamos que casi la mitad de las mujeres que declara algún tipo de experticia (oficio calificado, no calificado y nivel técnico/profesional) se encuentra actualmente cesante.

Cuadro N° 3

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL SEGÚN OCUPACIÓN/OFICIO DECLARADO

Ocupación Oficio	Situación laboral actual									
	Cesante		Con trabajo		Jubilada		Trabajo doméstico no remunerado		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Oficio no Calificado</b>	11	15,5	10	14,0	2	2,8	10	14	<b>33</b>	<b>46</b>
<b>Oficio calificado</b>	4	5,6	2	2,8	-	-	-	-	<b>6</b>	<b>8,4</b>
<b>Técnico y/o profesional</b>	2	2,8	4	5,6	-	-	-	-	<b>6</b>	<b>8,4</b>
<b>Dueña de casa</b>	-	-	-	-	-	-	26	37	<b>26</b>	<b>37</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>22,5</b>	<b>2</b>	<b>2,8</b>	<b>36</b>	<b>51</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

d) NOTIFICACIÓN DE VIH/SIDA

Como se observa en el cuadro N°4 la totalidad de las mujeres encuestadas fueron notificadas a partir de 1990. Destaca el hecho de que entre las encuestadas, el número de casos aumenta ostensiblemente a partir de 1996. En el período 1996-2000 se concentra el 75% de las encuestadas.

En relación a la edad de las mujeres encuestadas al momento de su notificación, los más altos porcentajes se concentran en los rangos de edad de 31-40 años con un 38% y 21-30 años con un 29,5%, en tercer lugar se ubica el rango 41-50 años con un 18,3% de los casos. Asimismo, es importante hacer notar la existencia de mujeres menores de 20 años notificadas, porcentaje que alcanza al 8,4% del total de casos.

Cuadro N°4

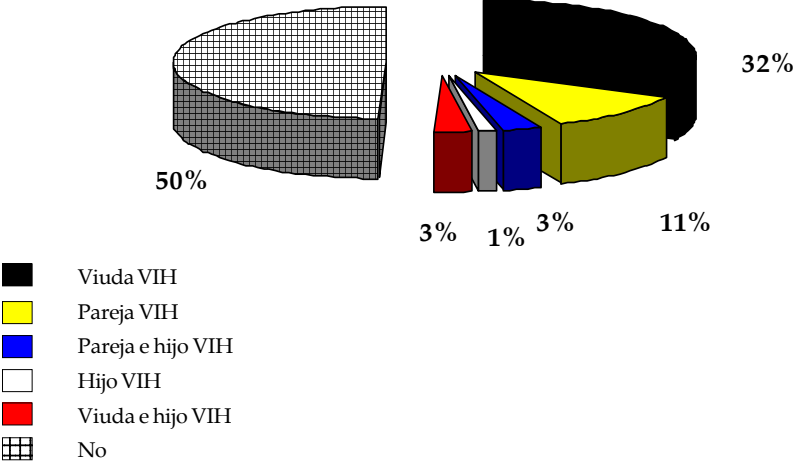
EDAD AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN SEGÚN AÑO DE NOTIFICACIÓN

Año de notificación	Edad al momento de la notificación											
	11-20		21-30		31-40		41-50		51-60		Total*	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1990	-		-		2	2,8	-		-		2	2,8
1991	-		2	2,8	-		-		-		2	2,8
1992	-		-		1	1,4	-		-		1	1,4
1993	2	2,8	2	2,8	1	1,4	-		-		5	7,0
1994	-		3	4,2	-		1	1,4	-		4	5,6
1995	-		-		3	4,2	-		-		3	4,2
1996	1	1,4	1	1,4	3	4,2	2	2,8	-		7	9,8
1997	1	1,4	2	2,8	2	2,8	3	4,2	-		8	11,3
1998	-		5	7	6	8,4	3	4,2	-		14	19,7
1999	1	1,4	5	7	5	7	3	4,2	-		14	19,7
2000	1	1,4	1	1,4	4	5,6	1	1,4	3	4,2	10	14,0
<b>Total*</b>	<b>6</b>	<b>8,4</b>	<b>21</b>	<b>29,5</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>18,3</b>	<b>3</b>	<b>4,2</b>	<b>70</b>	<b>98,6</b>

\*A este total debe agregarse 1 caso en que se desconoce el año y edad a la fecha de notificación.

Asimismo, un porcentaje importante de las mujeres encuestadas, además de haber enfrentado su propia notificación, han debido enfrentar la notificación de sus parejas. Esto en muchos casos implicó posteriormente enfrentar su enfermedad y posterior fallecimiento. Además muchas mujeres tienen hijos/as que actualmente viven con el VIH. La situación de las mujeres con otros familiares afectados por el VIH se describirá con detalle, puesto que consideramos que de esta manera queda reflejada de manera más profunda la magnitud en que el VIH/SIDA ha impactado la vida de las mujeres.

MUJERES CON OTROS FAMILIARES DIRECTOS AFECTADOS POR EL VIH

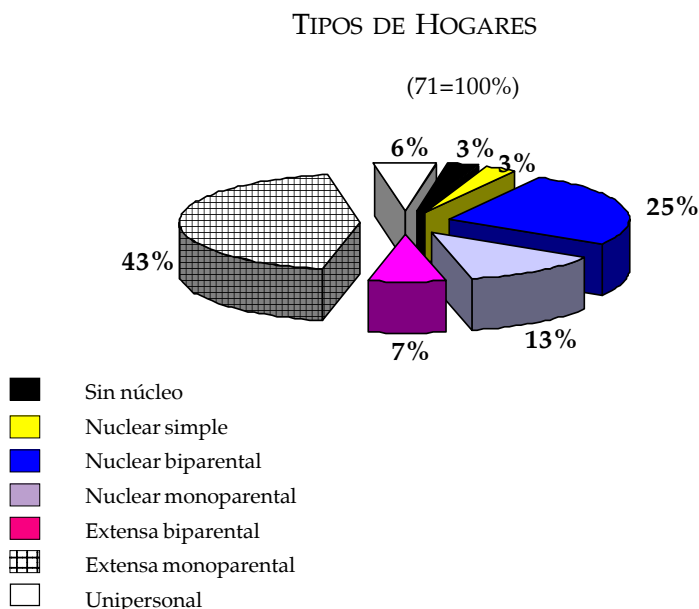


Cabe señalar que el porcentaje de mujeres que declara como causa de defunción de sus parejas el VIH es levemente superior al presentado en el cuadro N°1 pues en este cálculo se incluyó a las mujeres que actualmente tienen otra pareja, pero que señalan que su pareja anterior falleció a causa del VIH/SIDA.

### III.2. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

#### a) SITUACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

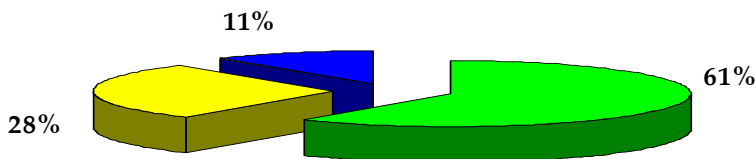
El tipo de familia predominante entre las mujeres encuestadas es la familia extensa monoparental (43%). En segundo lugar se encuentra la familia nuclear biparental con un 25% de los casos. En tercer lugar se encuentran los hogares nucleares monoparentales con un 13%.



Con respecto a la jefatura de hogar –como se grafica en el esquema a continuación– un 61% de los hogares tiene jefatura masculina y un 39% jefatura femenina. Con respecto a los hogares con jefatura femenina, un 28% de las Mujeres Viviendo con VIH encuestadas es Jefa de Hogar y un 11% de los hogares tiene como jefa de Hogar a otra mujer del grupo familiar.

### TIPO DE JEFATURA DE HOGAR

(71=100%)



- Masculina
- Femenina Mujer VIH
- Femenina otra Mujer

Por otro lado, del total de mujeres encuestadas, un 76% tiene hijos, los que en su gran mayoría son menores de edad.

#### b) INGRESOS

Con respecto al nivel de ingreso económico mensual de las mujeres encuestadas, cabe destacar que el más alto porcentaje se sitúa en el tramo 1-100 mil pesos, porcentaje que alcanza a un 41% del total. Cabe destacar que del grupo de mujeres que declara un ingreso inferior a \$100.000, existe un 37% que recibe un ingreso igual o inferior a \$27.500. El segundo porcentaje más alto se sitúa en el tramo 101-200 mil pesos con un 35% del total. Como se refleja en el esquema expuesto a continuación, a medida que el nivel de ingreso aumenta, el porcentaje de mujeres tiende a decrecer, en una relación inversamente proporcional.

Por otro lado, de acuerdo a los datos proporcionados por al encuesta, en promedio las familias consideradas en el estudio tienen un ingreso familiar mensual de \$149.669, el cual debe satisfacer las necesidades de 4,14 integrantes como promedio, lo que significa un ingreso per capita de \$ 37.417 mensuales. Esto ubicaría al grupo estudiado bajo la línea de pobreza, ya que ésta se encuentra fijada en los \$ 37.889<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> Cook, 1997.



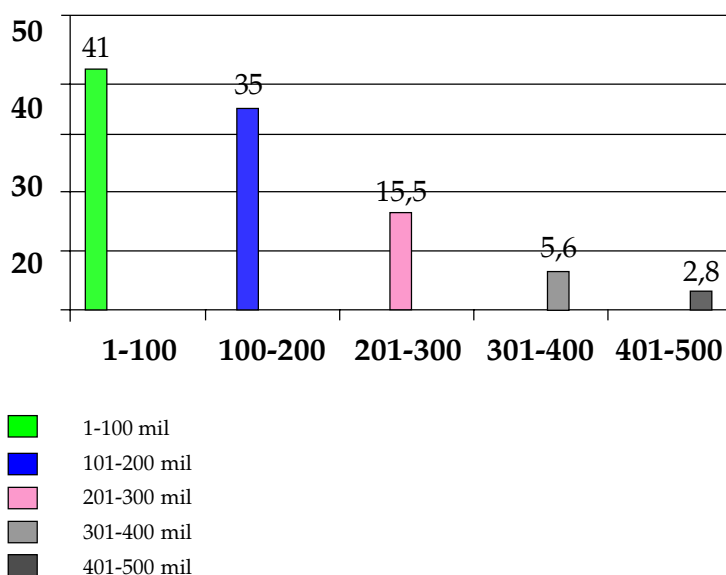
El 25% de las familias de las encuestadas (18 familias) se encuentra en situación de indigencia, es decir con sus ingresos no alcanzan a satisfacer sus necesidades nutricionales básicas. En tanto que el 30% de las familias se encuentran en situación de pobreza, por lo que sólo están en condiciones de satisfacer sus necesidades de alimentación. Sin embargo, sus ingresos no les son suficientes para satisfacer otro tipo de necesidades.

Solo el 45% de las encuestadas se encuentran sobre la línea de pobreza. Sin embargo, un 80% de ellas declara que sus ingresos no son suficientes y tan sólo el 20% señaló lo contrario.

En cuanto a la estabilidad de los ingresos, un 62% declaró que sus ingresos son estables mientras que el 38% restante precisó que sus ingresos son inestables.

#### INGRESO ECONÓMICO DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

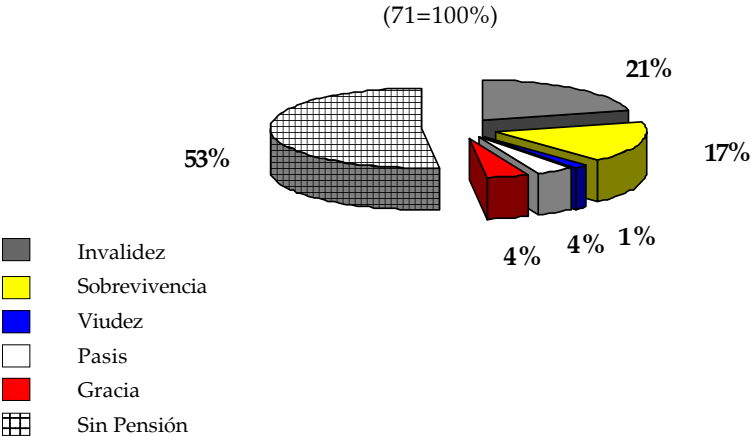
(71=100%)



c) PENSIONES Y SUBSIDIOS

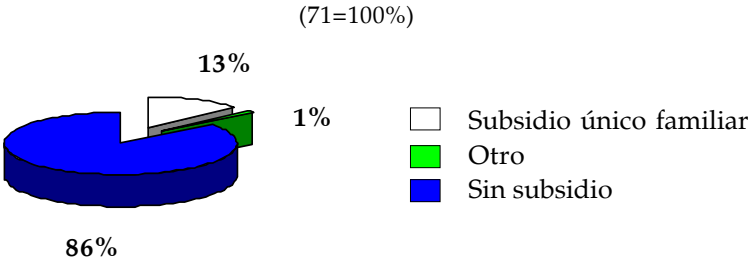
Del total de 71 encuestadas, sólo un 47% recibe algún tipo de pensión, que en algunos casos constituye el único ingreso estable del grupo familiar. Asimismo, un 53% de las mujeres encuestadas no recibe ningún tipo de pensión. El detalle del tipo de pensiones recibidas por las mujeres se expone en el esquema a continuación.

PENSIONES RECIBIDAS POR LAS MUJERES ENCUESTADAS



En relación a los subsidios, como se indica en el esquema a continuación, sólo un 14% de las mujeres encuestadas recibe algún tipo de subsidio mientras que el 86% restante no cuenta con este beneficio. Al igual que en el caso de las pensiones, este beneficio constituye un ingreso estable para las mujeres.

TIPO DE SUBSIDIO RECIBIDO

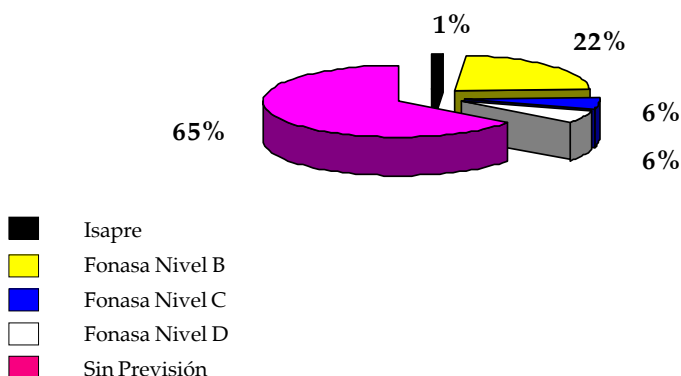


d) PREVISIÓN DE SALUD

De acuerdo a los resultados de este diagnóstico, un 34% de las mujeres es beneficiaria de FONASA, concentrándose el más alto porcentaje (22%) en el Nivel B. Es importante hacer notar el alto porcentaje de mujeres que no tiene ningún tipo de previsión de salud que alcanza al 65% del total, atendiendo en los hospitales con tarjeta de gratuidad. Este dato, al igual que los expuestos anteriormente, da cuenta de la precariedad en que se encuentran las mujeres.

TIPO DE PREVISIÓN DE SALUD

(71=100%)



e) CALIDAD DE LA VIVIENDA

En relación a la calidad de las viviendas, como se indica en el cuadro N°5, las mujeres encuestadas viven en su mayoría en casas o departamentos (79%) y un 21% habita viviendas semipermanentes (mediagua, mejora o pieza). Con respecto a la calidad de las viviendas un 58% habita en viviendas de material sólido, un 31% habita en viviendas de madera y un 11% habita viviendas de otro tipo de material. Con respecto a los servicios básicos, la totalidad de las mujeres declara que tiene acceso a electricidad, agua potable y alcantarillado al interior de la vivienda.

Cuadro N°5  
CALIDAD DE LA VIVIENDA SEGÚN TIPO DE VIVIENDA

Tipo de Vivienda	Calidad de la vivienda											
	Madera		Sólido		Adobe		Internit		Otros		Total	
Total	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Casa</b>	8	11,2	30	42	2	2,8	-		4	5,6	44	62
<b>Depto.</b>	-		11	16	-		1	1,4	-		12	17
<b>Mediagua</b>	3	4,2	-		-		-		-		3	4,2
<b>Mejora</b>	6	8,5	-		-		-		-		6	8,4
<b>Pieza</b>	5	7,0	-		1	1,4	-		-		6	8,4
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>41</b>	<b>58</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1,4</b>	<b>4</b>	<b>5,6</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

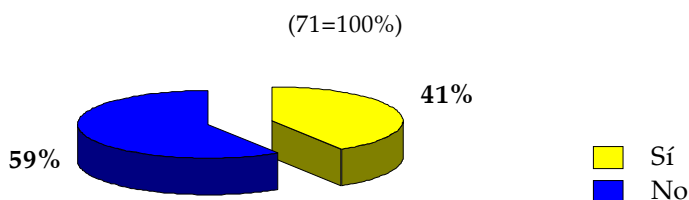
El 35% de las encuestadas señala que es propietaria de la vivienda donde habita. Un 21% señala que arrienda la vivienda donde habita. La situación de allegamiento llega a un 42 %. El allegamiento es una estrategia que permite a las mujeres solventar sus necesidades básicas como la alimentación y el pago de servicios básicos, ya que son compartidos con las familias receptoras. Si estas mujeres habitaran hogares independientes no podrían satisfacer sus necesidades, ya que, se encontrarían en situación de indigencia o bajo la línea de pobreza.

Cuadro N° 6  
FORMA DE TENENCIA DE LA VIVIENDA SEGÚN TIPO DE VIVIENDA

Tipo de Vivienda	Tipo de tenencia de la vivienda									
	Propietaria		Arrendataria		Allegada		Trabajando puertas adentro		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Casa</b>	16	22,5	6	8,5	21	30	1	1,4	44	62
<b>Departamento</b>	6	8,5	2	2,8	4	5,6	-		12	17
<b>Mediagua</b>	2	2,8	-		1	1,4	-		3	4,2
<b>Mejora</b>	-		2	2,8	4	5,6	-		6	8,4
<b>Pieza</b>	1	1,4	5	7,0	-		-		6	8,4
<b>Otros</b>	-		-		-		-		-	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>42,2</b>	<b>1</b>	<b>1,4</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

La estrategia del allegamiento implica que las mujeres afectadas por el VIH/SIDA deban cohabitar con muchos otros familiares. El allegamiento da lugar a las familias monoparentales extensas, que como vimos anteriormente, se encuentran en un alto porcentaje en el grupo estudiado. El hacinamiento es un indicador que se obtiene a partir del número de servicios básicos, dormitorios y camas, que deben ser compartidos por un grupo familiar.

#### HACINAMIENTO EN LOS HOGARES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



#### f) CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DE LAS MUJERES

Para evaluar la calidad de la alimentación de las mujeres se consideró como indicador el cruce entre tipo de alimento y la frecuencia con que se consume. A fin de facilitar la comprensión de estos datos, ellos no fueron expresados en porcentajes en el cuadro.

La calidad de alimentación no sólo debe considerarse un indicador de nivel socioeconómico en este estudio, toda vez que constituye un dato especialmente relevante en el caso de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA. La alimentación de calidad es uno de los elementos claves del autocuidado de las Personas que Viven con el VIH pues incide directamente en el sistema inmunológico de los individuos. Asimismo, en el caso de las personas que toman tratamientos antiretrovirales, el tipo y calidad de la alimentación es una preocupación pues hay diversas indicaciones (tipo, frecuencia de alimentos etc.) asociadas a la efectividad de los medicamentos y la disminución de sus efectos colaterales.

De acuerdo a lo observado en el cuadro siguiente, se evidencia que las mujeres encuestadas poseen una ingesta alimenticia relativamente equilibrada. Sin embargo, los únicos alimentos que son consumidos diariamente por la mayoría de las mujeres no tienen un carác-

ter nutritivo, son básicamente carbohidratos como los productos elaborados a base de harina (pan, pastas etc.) y el té. Un 54% de las mujeres consume verduras todos los días y sólo un 40% consume frutas diariamente. Con respecto a alimentos ricos en calcio<sup>30</sup> sólo un 46% señala consumirlos diariamente y un 11% señala no consumir este tipo de productos nunca. Con respecto a alimentos ricos en proteínas como la carne, sólo un 18% señala consumirla diariamente y un 30% afirma consumirla sólo una vez por semana.

Cuadro N° 7

CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DE LAS MUJERES ENCUESTADAS:  
TIPO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Tipo de alimento	Frecuencia de consumo					Total
	Todos los días	3 veces por semana	2 veces por semana	1 vez por semana	Nunca	
Frutas	29	14	14	10	4	71
Verduras	39	12	12	8	0	71
Carnes	13	14	19	22	3	71
Harinas	56	5	6	4	0	71
Lácteos	33	9	8	13	8	71
Legumbres	11	3	14	34	9	71
Gaseosas	7	1	1	21	41	71
Té	62	2	2	3	2	71
Agua	68	2	1	0	0	71

Además nos interesó determinar el nivel de calidad de la alimentación de los hijos de las mujeres afectadas por el VIH, no sólo como un indicador más de pobreza: los estudios de género que han abordado el tema de la calidad de la alimentación coinciden en señalar que las mujeres tienden a privilegiar la calidad y cantidad de la alimentación del grupo familiar por sobre las necesidades propias. De este modo, supusimos que la recolección de este dato nos daría una idea más cabal de la situación socioeconómica de las mujeres.

<sup>30</sup> Cabe señalar que el Calcio tiene una importancia especial en la salud de las mujeres ya que su consumo es central para la prevención de patologías como la osteoporosis que afecta a las mujeres en climaterio. Por otro lado, se ha comprobado que algunos tratamientos antiretrovirales tienen como efecto colateral alteraciones en la composición ósea de las personas que toman los tratamientos y en particular en las mujeres, que producto de la reproducción sufren pérdidas de calcio que frecuentemente no son suplidas con una adecuada alimentación.

Para el levantamiento de esta información, se consideró sólo a aquellas mujeres con hijos/as menores de edad que residen con ellas. De este modo se esperaba que las mujeres tuvieran un conocimiento más cabal del tipo de alimentación recibida por sus hijos/as. El total de casos considerados es de 37 niños/as.

Los datos expuestos en el cuadro N°8 indican que la alimentación que reciben los hijos/as de las mujeres afectadas por VIH no es significativamente de mayor calidad que la de las mujeres, lo que da cuenta del nivel de pobreza en el que se encuentran sus familias. El 94% de los niños/as consume farináceos todos los días. Con respecto al consumo de productos lácteos, que por los requerimientos de calcio deben ser de consumo diario para individuos en crecimiento, sólo es consumido todos los días por un 62%. Además hay un 16% que declara consumirlos sólo una vez por semana o nunca. El consumo de carnes es alarmantemente bajo pues un 24% la consume sólo una vez a la semana y un 27% no consume nunca, ambos porcentajes suman un 51%.

Cuadro N°8

CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS: TIPO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS

Tipo de alimento	Frecuencia de consumo					Total
	Todos los días	3 veces por semana	2 veces por semana	1 vez por semana	Nunca	
Frutas	21	9	6	1	0	37
Verduras	21	5	7	3	1	37
Carnes	11	4	9	10	3	37
Harinas	35	1	1	0	0	37
Lácteos	23	4	4	2	3	37
Legumbres	0	4	13	15	5	37
Gaseosas	5	8	7	6	11	37
Té	21	10	0	1	5	37
Agua	36	0	0	1	0	37

### III.3. ACCESO A TRATAMIENTOS ANTIRETROVIRALES

La efectividad de la terapia triasociadas antiretroviral para detener el avance del VIH en el organismo humano fue dada a conocer a nivel mundial en 1997. La acción combinada de inhibidores de enzimas que facilitan la reproducción del virus (inhibidor de transcriptasa reversa e inhibidor de proteasa) permite que el VIH/SIDA pase de tener un carácter mortal a ser una enfermedad crónica con la cual las personas afectadas pueden convivir adoptando los cuidados necesarios.

A nivel nacional e internacional se señala que las personas debieran iniciar una terapia antiretroviral cuando su sistema inmunológico registra un nivel igual o inferior a 300 CD4 por mililitro de sangre. Asimismo, se ha determinado que con nivel igual o inferior a 200 CD4 se está en claro riesgo de adquirir cualquier enfermedad oportunista definitoria de SIDA con riesgo vital.

Dado que en Chile no existe acceso universal a tratamientos antiretrovirales, actualmente alrededor de un 60% de las personas que se controlan regularmente en el sistema público de salud y que requieren tratamiento antiretroviral se ven imposibilitadas de acceder a él. Esta situación tiene por consecuencia en el mediano o largo plazo el deterioro progresivo de su salud, que las conducirá a la muerte.

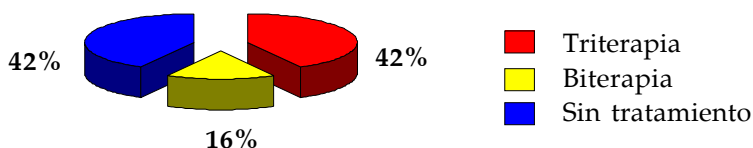
Del total de mujeres encuestadas un 58% tienen acceso a tratamientos antiretrovirales, de las cuales un 27% corresponde a biterapias y un 73% corresponde a triterapias. Casi la totalidad de estos tratamientos son financiados por el servicio de salud y un 15% del total de tratamientos es financiado parcialmente por otras instancias tales como municipios, fundaciones y con los recursos obtenidos por las propias encuestadas.

Con respecto al 42% de mujeres que no accede a tratamientos antiretrovirales, un alto número de mujeres señala que ello se debe a que su servicio de salud no se las ha otorgado. Sólo en un bajo porcentaje las mujeres indicó que de acuerdo a sus antecedentes médicos (nivel de CD4) ello no es necesario.



## ACCESO A TRATAMIENTOS ANTIRETROVIRALES

(71=100%)



Con respecto al acceso a terapias antiretrovirales según el año de notificación, en el cuadro N°9 se observa que la mayor parte de los casos notificados en el período 1990-1994 reciben actualmente terapia antiretroviral. El porcentaje de mujeres que no recibe terapia antiretroviral aumenta progresivamente a partir de 1995 hasta llegar al año 2000 en donde sólo un 30% de las notificaciones de ese año recibe terapia antiretroviral.

### Cuadro N°9

#### ACCESO A TERAPIAS ANTIRETROVIRALES DE ACUERDO A AÑO DE NOTIFICACIÓN

Año notificación	Con tratamiento		Sin tratamiento		Total	
	F	%	F	%	F	%
1990	2	2,8	0		2	2,8
1991	2	2,8	0		2	2,8
1992	1	1,4	0		1	1,4
1993	4	5,6	1	1,4	5	7,0
1994	3	4,2	1	1,4	4	5,6
1995	1	1,4	2	2,8	3	4,2
1996	5	7,0	2	2,8	7	10
1997	4	5,6	4	5,6	8	11,2
1998	9	12,7	5	7,0	14	19,7
1999	7	10	7	10	14	19,7
2000	3	4,2	7	10	10	14,0
No sabe	-		1	1,4	1	1,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>58</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Con respecto al año de acceso a tratamiento antiretroviral, como se observa en el cuadro siguiente, la mayoría de las mujeres notificadas antes de 1995 recibieron tratamiento entre 1997 y 1999. Asimismo, se observa que el mayor porcentaje de tratamientos fueron otorgados en el año 1999.

**Cuadro N°10**  
**AÑO DE ACCESO A TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE ACUERDO**  
**A AÑO DE NOTIFICACIÓN**

Año de Notificación	Año de acceso a tratamiento											
	1994*		1997		1998		1999		2000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1990	-		1	2,3	-		1	2,3	-		2	4,6
1991	-		1	2,3	-		1	2,3	-		2	4,6
1992	-		-		-		1	2,3	-		1	2,3
1993	-		1	2,3	2	4,6	1	2,3	-		4	9,5
1994	1	2,3	1	2,3	1	2,3	-		-		3	7,1
1995	-		1	2,3	-		1	2,3	-		2	4,6
1996	-		2	4,6	1	2,3	1	2,3	1	2,3	5	12
1997	-		-		1	2,3	1	2,3	2	4,6	4	9,5
1998	-		-		2	4,6	7	16,7	-		9	21,5
1999	-		-		-		3	7,1	4	9,5	7	16,7
2000	-		-		-		-		3	7,1	3	7,1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2,3</b>	<b>7</b>	<b>17%</b>	<b>7</b>	<b>17%</b>	<b>17</b>	<b>40%</b>	<b>10</b>	<b>23,8%</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

\* La terapia entregada ese año corresponde a una monoterapia que posteriormente fue reemplazada. En los años 1995 y 1996 no se entregaron terapias triasociadas pues estas sólo se dieron a conocer en 1997.

#### III.4. TRABAJO Y DISCRIMINACIÓN LABORAL

A fin de describir con mayor profundidad la situación socioeconómica de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, se incorporaron en el instrumento varias preguntas referidas a los cambios en la situación laboral y discriminación en el trabajo a causa del VIH/SIDA.

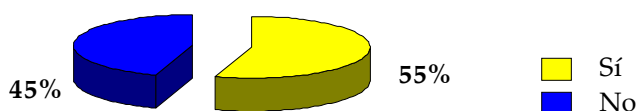
Como señalamos anteriormente, el diagnóstico de la situación laboral de las mujeres plantea varias complejidades metodológicas. El subregistro del trabajo femenino debido a la realización de trabajo informal y a la desvalorización del trabajo doméstico, es una problemática frecuente en estudios de este tipo. Tomando en cuenta estas limitaciones y a fin de evaluar la discriminación laboral, nuestro análisis se centró en aquellas mujeres que declararon realizar o haber realizado trabajo remunerado fuera de sus hogares, ya sea formal o informal. Lo que no excluye la posibilidad de que las mujeres que

declaran realizar sólo trabajo doméstico no remunerado no hayan realizado o realicen también trabajo informal.

Con respecto al cambio de actividad laboral después de recibir la notificación de VIH, del total de mujeres que declaran haber desempeñado algún tipo de trabajo, un 55% señala haber cambiado de actividad laboral después de la notificación.

#### CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

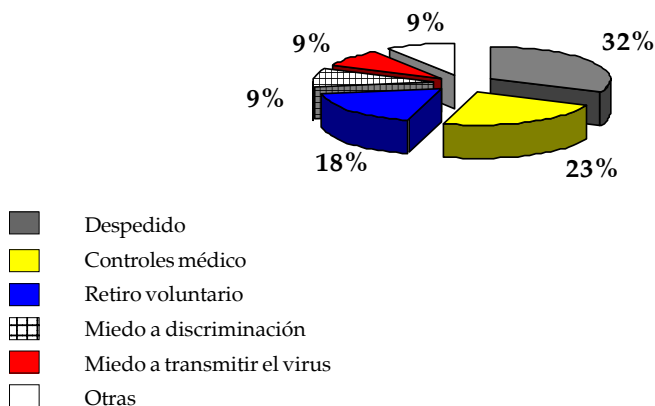
(45=100%)



Es importante agregar que del total de mujeres que señala haber cambiado de actividad laboral después de la notificación, un 40% abandonó definitivamente el mercado laboral (ya sea por despido o por decisión propia) desempeñándose en la actualidad exclusivamente como dueñas de casa, sin definirse como cesante, vale decir, no se encuentra buscando trabajo en la actualidad.

Con respecto a las razones por las cuales las mujeres encuestadas cambiaron de actividad laboral, en primer lugar se encuentran los despidos que alcanzan a un 32%, en segundo lugar la incompatibilidad entre el trabajo y la asistencia a controles médicos con un 23% y el retiro voluntario con un 18%. Cabe señalar que entre las razones asociadas al retiro voluntario se encuentran el cansancio, la depresión, deterioro o temor al deterioro del estado de salud y miedo a que se descubra su condición serológica.

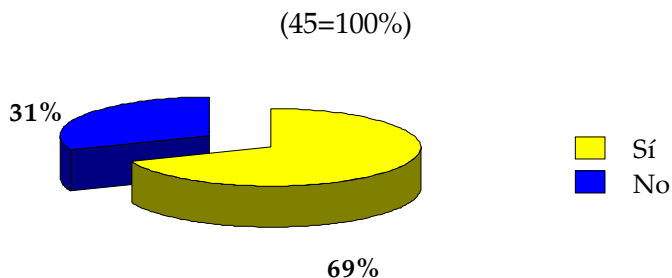
RAZONES DEL CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL  
(25=100%)



En relación a las mujeres que se encuentran trabajando actualmente, sólo un 25% señala que en su lugar de trabajo existe conocimiento de su status serológico y en la mitad de estos casos se trata de trabajadoras independientes. Con respecto al 75% de mujeres que señala que en su trabajo se desconoce su estatus serológico, la totalidad de ellas aduce que no lo ha informado por temor a la discriminación.

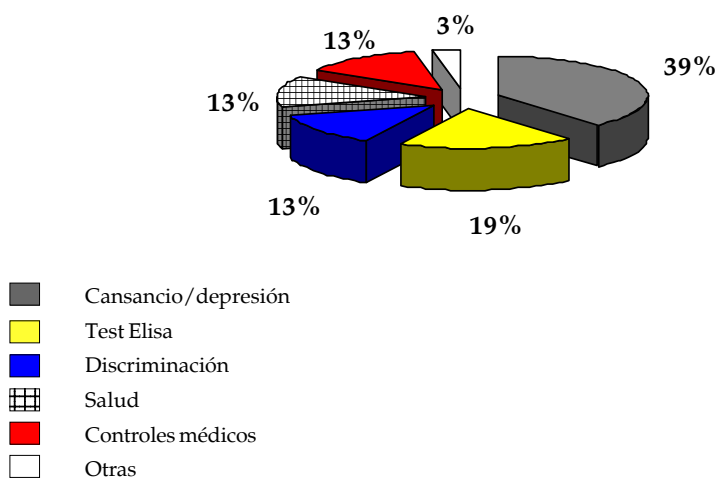
Con respecto al impacto que el VIH/SIDA ha tenido en el desempeño laboral de las mujeres, se formuló una pregunta abierta que abordaba este problema. Para efectos del análisis solamente se consideró a aquellas mujeres que se encontraban trabajando al momento de la notificación. Esto no implica menoscabar la importancia del trabajo reproductivo que realizan las mujeres que se declaran como dueñas de casa. Del total de mujeres que se encontraba trabajando al momento de la notificación un 69% considera que sus capacidades se han visto modificadas y un 31% señala lo contrario (ver esquema a continuación).

### ¿VIVIR CON EL VIH/SIDA HA MODIFICADO SUS CAPACIDADES PARA DESEMPEÑARSE EN EL TRABAJO?



Con respecto a las razones que las mujeres arguyen para este impacto negativo del VIH/SIDA en su capacidad de trabajo, un 39% de las mujeres que respondieron afirmativamente la pregunta anterior señalan sentirse cansadas y deprimidas. Un 19% señala que el hecho de que se pueda solicitar el examen de Elisa en el trabajo es una limitante. Además se señalan alternativas como el deterioro de la salud, la asistencia a los controles médicos y la discriminación laboral con un 13% cada una.

### MOTIVOS POR LOS CUALES EL VIH/SIDA HA MODIFICADO SUS CAPACIDADES EN EL TRABAJO (31=100%)



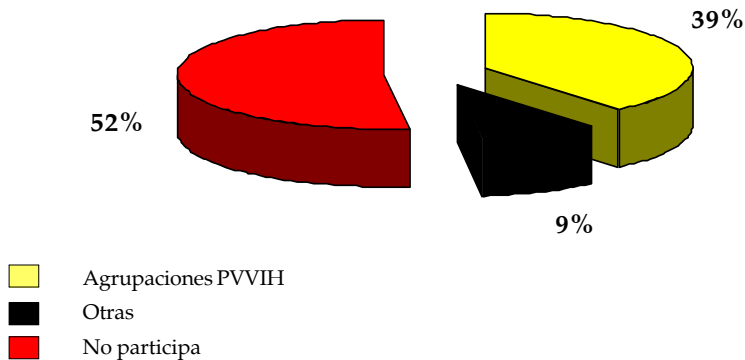
### III.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CAPACITACIÓN LABORAL

#### a) PARTICIPACIÓN SOCIAL

Con respecto a la participación social de las mujeres encuestadas, un 52% no participa en ninguna organización social, un 39% participa en Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH (PVVIH) y un 9% participa en otro tipo de organización (talleres de artesanía, centros de madres etc.). Cabe reiterar, sin embargo, que en relación a esta variable la muestra tiene un carácter intencionado pues buena parte de las mujeres fueron contactadas a través de las Agrupaciones de PVVIH, por lo que estos datos no tienen un carácter representativo.

#### PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES

(71=100%)



#### b) CAPACITACIÓN LABORAL

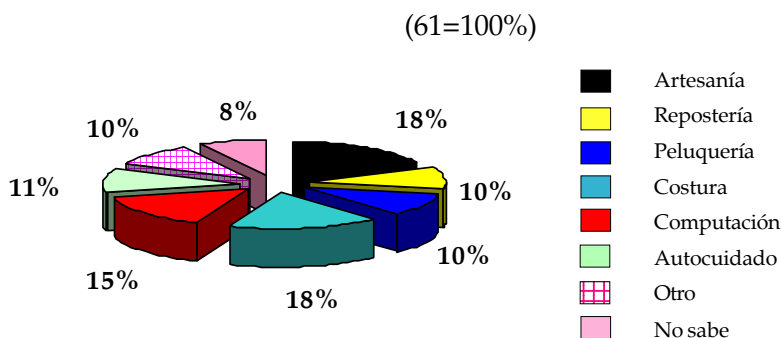
Era de nuestro interés conocer el grado de disposición que las mujeres afectadas por el VIH tienen para involucrarse en actividades de capacitación laboral, cuestión que en la actualidad es considerada como una clave para la superación de la pobreza.

La mayoría de las mujeres encuestadas considera que la capacitación contribuye a mejorar las condiciones de vida, respuesta por

la que se inclinó un 91%. El resto de las mujeres manifestó su escepticismo en relación a la efectividad de estas capacitaciones para mejorar los ingresos económicos. Del mismo modo un 86% de las mujeres señaló que está interesada en participar en programas de capacitación laboral. Mejorar las condiciones de vida es la razón fundamental por la cual a las mujeres les interesaría participar en cursos de capacitación laboral, ya que estos aumentarían sus posibilidades de inserción laboral, mejoraría su situación económica y la de su grupo familiar, además de servirles como una instancia de socialización en la que pueden compartir su cotidianeidad. El porcentaje restante manifestó no confiar en que ello mejoraría sus ingresos o precisó que no tiene tiempo para participar en capacitaciones.

Con relación al tipo de capacitación que a las mujeres encuestadas les gustaría recibir el más alto porcentaje señaló "artesanía" y "costura", cada una con un 18%. Un 15% se inclinó por la computación. Cabe destacar que un 11% señaló que les gustaría capacitarse en temas asociados al autocuidado como Personas Viviendo con VIH en temas tales como consejería entre pares, desarrollo personal, etc. Esto evidencia intereses relacionados con la prevención secundaria (autocuidado) y terciaria (adherencia a los tratamientos antiretrovirales) a los que la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH "VIVO POSITIVO" puede ofrecer una respuesta técnica, requiriendo sólo el financiamiento para implementarlo.

TIPO DE CAPACITACIÓN QUE LES GUSTARÍA RECIBIR



## CAPITULO IV. CONCLUSIONES

La vulnerabilidad que la desigualdad de género ha creado en relación al VIH/SIDA es un hecho evidente en todos los países del mundo; las cifras mundiales indican que el 47% de los nuevos casos entre adultos corresponde a mujeres<sup>31</sup>. Este fenómeno no sólo guarda relación con factores biológicos, sino también con prescripciones sociales y culturales que ponen a las mujeres en riesgo de adquirir el virus e impiden que puedan protegerse y negociar relaciones sexuales saludables y seguras. La subordinación social, cultural, económica, política y sexual en que se encuentran las mujeres en la mayoría de los países del mundo ha constituido un caldo de cultivo para la diseminación del VIH entre ellas.

En Chile, el seguimiento epidemiológico realizado por CONASIDA indica que el VIH está afectando cada vez más a mujeres dueñas de casa, de nivel educacional bajo, que realizan trabajos menos calificados y que se encuentran en relaciones estables (casadas o convivientes). La principal causa de adquisición del virus es sexual y todo parece indicar que ellas adquieren el VIH fundamentalmente a través de sus parejas estables, frente a las cuales nunca tomaron medidas preventivas.

De este modo, la propagación del VIH/SIDA pone en evidencia la necesidad de comprender las pautas sociales y culturales de la sexualidad que están incidiendo en ella. En el caso de las sociedades latinoamericanas, se ha planteado que las pautas culturales de géne-

<sup>31</sup> Gender AIDS, 2001.



ro están facilitando el hecho de que las mujeres y hombres heterosexuales se vean cada vez más afectados. En el caso de las mujeres, la subordinación sexual y las prescripciones culturales que las sitúan en un rol pasivo frente a la sexualidad, constituyen el factor más riesgoso. En el caso de los hombres heterosexuales, estas prescripciones los compelen a la búsqueda y goce de una sexualidad activa y no protegida. Asimismo, diversos estudios indican que los hombres frente a la posibilidad de tener relaciones sexuales ocasionales, no están dispuestos a rechazarlas porque impliquen un riesgo potencial y tampoco existe opción por las llamadas prácticas sexuales de bajo riesgo<sup>32</sup>. Las mujeres, por su parte, no se perciben en riesgo de adquirir el VIH cuando se encuentran en relaciones de pareja estable<sup>33</sup>. A esto se agrega el preocupante dato de que en Chile el 48% las personas no se consideran en riesgo de adquirir el VIH si tienen relaciones sexuales con alguien de quién están enamorados/as<sup>34</sup>.

Por otra parte, los estudios internacionales que han abordado la problemática de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA en distintos países del mundo, coinciden en afirmar que la mayoría de las mujeres que adquieren el virus por vía sexual no sólo se encontraban en una situación de extrema vulnerabilidad al momento de la adquisición del virus, sino que además ello las dejó en una situación aún más precaria.

Como señalamos anteriormente, el objetivo de este estudio es diagnosticar la situación de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA en nuestro país, a fin de aportar un insumo para la elaboración de políticas públicas que den respuesta a la problemática en que ellas se encuentran. El análisis de la información recolectada arrojó como constatación central la preocupante precariedad económica en que se encuentran las mujeres afectadas por el VIH/SIDA.

En relación a las características socioeconómicas de las mujeres encuestadas, la mayoría tiene una edad que va de los 31 a 40 años (45%). Su nivel educacional se concentra fundamentalmente en el nivel medio (59%).

<sup>32</sup> Vidal y Donoso, 2001.

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> CONASIDA, 2000.

Por otro lado, la mayor parte de ellas (30%) se declara viuda o casada. Cabe señalar que casi totalidad de las mujeres viudas precisa que la causa de defunción de sus maridos fue el VIH/SIDA. Asimismo, un 52% de las mujeres señala que su pareja y/o hijo/a ha sido afectado por el VIH/SIDA. Estos datos evidencian la compleja problemática familiar que enfrentan las mujeres, pues en la mayoría de los casos –a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades catastróficas– esta enfermedad puede afectar a una familia completa. Los estudios de casos, indican que muchas mujeres son notificadas de VIH/SIDA al momento de estar embarazadas y sólo entonces se revela también el estatus serológico de sus parejas. Otras han visto enfermar y morir a sus parejas junto con ser notificadas de que ellas también han adquirido el virus. El impacto del VIH/SIDA en las familias implica que en muchas ocasiones las mujeres deben enfrentarse abruptamente a la jefatura de hogar y, además del trabajo reproductivo, deben buscar medios para asegurar la subsistencia de sus familias. En este diagnóstico se determinó que el 39% del total de hogares tiene jefatura femenina (cifra superior a la nacional) y que un 28% de las mujeres con VIH es Jefa de Hogar.

Con relación al ingreso económico, el más alto porcentaje de las mujeres (41%) sobrevive con un ingreso familiar inferior a 100 mil pesos. Cabe destacar que del grupo de mujeres que declara un ingreso inferior a \$100.000, existe un 37% que recibe un ingreso igual o inferior a \$27.500. Un 35% de las mujeres sobrevive con un ingreso familiar de entre 100 mil y 200 mil pesos. Así, los resultados de este estudio indican que las familias de las mujeres encuestadas se encuentran bajo la línea de pobreza. El 25% se encuentra en situación de indigencia, es decir con sus ingresos no alcanzan a satisfacer sus necesidades nutricionales básicas. En tanto que el 30% de las familias se encuentran en situación de pobreza, por lo que sólo están en condiciones de satisfacer sus necesidades de alimentación. Sin embargo, sus ingresos no son suficientes para satisfacer otro tipo de necesidades. Solo el 45% de las encuestadas se encuentran sobre la línea de pobreza, sin embargo, un 80% de ellas declara que estos ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades.

Si bien la mayoría de las mujeres vive en viviendas sólidas (75%) y la totalidad declara tener acceso a servicios básicos en su vivienda, es importante considerar que un porcentaje importante de las mujeres vive como allegada. El allegamiento constituye una estrategia de

sobrevivencia que permite que la totalidad del ingreso se destine a solventar la alimentación y otras necesidades. Esto quiere decir que la calidad de la vivienda no puede ser un criterio para evaluar su situación socioeconómica pues el lugar donde residen no es de su propiedad y se trata de una residencia inestable, sobre todo cuando existen conflictos al interior de la familia extensa. El 42% de las mujeres encuestadas vive como allegada y un 41% se encuentra en situación de hacinamiento. Cabe agregar que problemas como la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, la drogadicción y el bajo rendimiento escolar de los/as estudiantes se encuentran estrechamente asociados a la cohabitación en hacinamiento.

Con respecto a la previsión en salud, un 65% de las mujeres no tienen previsión y se atiende en los servicios públicos a través de la tarjeta de gratuidad. Este es un indicador rotundo del nivel de pobreza en el que se encuentran las mujeres afectadas por el VIH ya que la falta de previsión en salud se asocia al trabajo informal (falta de contratos laborales formales) y a la necesidad de privilegiar la sobrevivencia y las necesidades inmediatas en desmedro de la previsión de problemas de salud. Lo que es aún más grave cuando se considera la alta demanda de atención en salud que tienen las mujeres con VIH y sus familias, no sólo con relación a este problema sino también a otras enfermedades asociadas.

Es importante acotar que la atención en salud de las mujeres afectadas por el VIH es una problemática que requiere de un estudio más profundo. Estudios internacionales demuestran que las mujeres afectadas por el VIH tienden a postergar el cuidado de su propia salud privilegiando el bienestar de su familia y el cumplimiento de sus responsabilidades reproductivas y domésticas. Asimismo, la asistencia a controles de salud y la participación social de las mujeres se ve limitada por la priorización de esas tareas.

Con respecto al acceso a tratamientos antiretrovirales, el 42% de las mujeres encuestadas recibe la triterapia, que constituye el tratamiento óptimo para detener el avance del VIH al interior del organismo. Un 16% de las mujeres encuestadas recibe sólo la biterapia por parte del Ministerio de Salud. Un 42% de las encuestadas no se encuentra con terapia antiretroviral. Es importante agregar que la falta de acceso universal a tratamientos antiretrovirales no sólo pone en peligro la vida de las mujeres con un bajo nivel de defensas

inmunológicas (CD4), sino que también es una constante fuente de angustia para las mujeres que no toman tratamientos, aún cuando en lo inmediato no deban iniciar el tratamiento. La posibilidad de no acceder a la terapia cuando sus niveles de CD4 decrezcan y ello se haga necesario, es un tema que preocupa y muchas veces angustia a las mujeres. Muchas de ellas señalan como su principal preocupación sobrevivir para seguir haciéndose cargo del cuidado de sus hijos/as hasta que estos alcancen la adultez e independencia.

Se ha comprobado que la no cobertura universal y el retraso en la entrega de tratamientos ha dañado gravemente las perspectivas económicas en muchos países. Por ejemplo, debido a la concentración de las defunciones en los años tempranos e intermedios de la adultez, se han perdido las vidas de muchos/as trabajadores/as en edad productiva. En el caso de las mujeres, además del valor que en sí mismas tienen sus vidas, su fallecimiento por falta de acceso a tratamientos antiretrovirales acarrea consecuencias al interior de la familia tales como la orfandad y la desestructuración familiar.

Otra constatación de este diagnóstico es la gran necesidad de atención en salud mental que tienen las mujeres afectadas por el VIH. La mayoría de ellas señala sentirse angustiada, deprimida y desmotivada tras haber sido notificadas. En nuestra aproximación cualitativa constatamos que la mayoría de ellas no resuelve estos problemas sino que opta por “seguir adelante” pues las urgentes necesidades de sobrevivencia de sus familias aparecen como más importantes. Asimismo, la falta de acceso a atención en salud mental es un obstáculo para que ellas y sus familias enfrenten de mejor manera los problemas asociados al VIH/SIDA.

Un fenómeno directamente asociado a la pobreza en que se encuentran las mujeres seropositivas es el desempleo, la falta de oportunidades laborales y la discriminación laboral. A modo de ejemplo, un 55% de las mujeres encuestadas que se encontraba trabajando al momento del diagnóstico cambió de trabajo y un 40% de ellas abandonó definitivamente el mercado laboral. Con respecto a las razones que motivaron el cambio de empleo, el porcentaje más alto es por despido de su trabajo. Asimismo, con respecto al porcentaje de mujeres que se encuentra trabajando en la actualidad, un 75% de ellas señala que no ha comunicado su seropositividad en su lugar de trabajo por temor a la discriminación.

En relación al impacto que ha tenido el VIH en la capacidad de trabajo de las mujeres, un 39% de las mujeres que se encontraba trabajando al momento de la notificación afirma sentirse cansada y deprimida. Otros aspectos mencionados son la discriminación laboral, el deterioro de la salud y la asistencia a controles médicos.

No obstante estos datos, la mayor parte de las mujeres (86%) se declaró dispuesta a tomar parte en programas de capacitación, motivadas fundamentalmente por la urgente necesidad de incrementar sus ingresos económicos. Dentro de los temas en los que les gustaría capacitarse figuran la artesanía, repostería, peluquería, costura, computación, etc. Las mujeres señalaron que estos programas debieran adaptarse a su realidad concreta, especialmente en relación al tiempo que ellos implican y debieran asegurar una efectiva reinserción laboral.

Asimismo, los resultados de este diagnóstico ponen de manifiesto las carencias que tienen las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA en relación al conocimiento y ejercicio de sus Derechos Humanos y Ciudadanos, situación que plantea la urgencia de desarrollar estrategias para su empoderamiento.

Sin duda todos los datos expuestos dejan al descubierto la urgente necesidad de buscar respuestas en conjunto para la problemática social que el VIH/SIDA implica. VIVO POSITIVO, la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH, ha querido expresar a través de este diagnóstico su voluntad de contribuir a la búsqueda de soluciones, asumiendo el rol participativo que le corresponde a la ciudadanía, proponiendo alternativas y comprometiéndose a trabajar activamente con el Servicio Nacional de la Mujer en el mejoramiento de la calidad de vida de las Mujeres que viven con el VIH en nuestro país y en la adopción de medidas que eviten que otras mujeres se vean afectadas por esta pandemia.

## CAPITULO V. PROPUESTAS DE TRABAJO PARA SERNAM

VIVO POSITIVO ha iniciado un trabajo de sensibilización social acerca de las devastadoras consecuencias del VIH/SIDA, no sólo entre la sociedad civil sino que también entre los distintos poderes del Estado, los frutos más tangibles de este trabajo se encuentran en la Ley de SIDA (que se encuentra en la fase final de aprobación en el Parlamento) y los resultados favorables en la presentación de Recursos de Protección en favor de personas a las cuales se les niega el derecho a la vida al no otorgárseles terapia antiretroviral. En relación al Poder Ejecutivo, VIVO POSITIVO ha venido realizando un trabajo sostenido y sistemático con la Comisión Nacional del SIDA, especialmente en aspectos vinculados al acceso a tratamientos antiretrovirales.

Es sabido que el Servicio Nacional de la Mujer fue creado con el objetivo de fomentar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en el país, a través de la formulación de políticas públicas que aseguren la igualdad de oportunidades para las mujeres en todas las esferas y a través de la integración de los derechos de las mujeres dentro de la política pública nacional, regional y local<sup>35</sup>.

A nivel internacional y nacional se ha advertido sobre la relación causal existente entre desigualdad de género y vulnerabilidad frente al VIH. Asimismo, los estudios de seguimiento epidemiológico de CONASIDA han advertido sobre la creciente feminización del VIH

<sup>35</sup> SERNAM, 1997.

en nuestro país. De este modo podemos plantear que el VIH/SIDA es una problemática de género, por cuando son los patrones socioculturales que subordinan a las mujeres frente a los hombres los que las ponen en riesgo de adquirir el VIH. De este modo, la respuesta global e integral que las sociedades deben dar a la expansión de la pandemia entre las mujeres es la lucha por su igualdad de derechos y oportunidades en todas las esferas de la vida social, política y económica.

Es por esto que VIVO POSITIVO considera como un paso fundamental en el avance en la lucha contra el VIH/SIDA, el establecimiento de trabajo conjunto con el Servicio Nacional de la Mujer, a fin de diseñar e implementar respuestas a la precaria situación que viven las mujeres afectadas por el VIH y de buscar estrategias para instalar la prevención del VIH entre las mujeres chilenas.

Las recomendaciones internacionales definen cuatro grandes lineamientos para enfrentar la problemática de la infección por VIH/SIDA entre las mujeres<sup>36</sup>:

- Reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA e implementar intervenciones de prevención, que incluyan la reducción de la incidencia y prevalencia de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) mejorando su acceso a servicios apropiados de tratamiento.
- Reducir el impacto del VIH/SIDA en las mujeres, luchando contra la estigmatización y discriminación de las mujeres en relación a la infección por VIH.
- Aumentar la disponibilidad de servicios de apoyo a las mujeres seropositivas, en los aspectos relativos al mejoramiento de su calidad de vida y al apoyo para tomar decisiones en relación a la planificación familiar.
- Implementar estrategias que faciliten que las mujeres no carguen con todo el peso de la atención y el cuidado de las personas con VIH/SIDA.

<sup>36</sup> OMS, 1995.

Como producto del presente diagnóstico, VIVO POSITIVO se ha permitido formular una serie de propuestas de trabajo conjunto con el Servicio Nacional de la Mujer, que se detallan a continuación:

a) *Propuestas de Trabajo específico con el Servicio Nacional de la Mujer*

- ***Desarrollo de un Programa investigativo en relación a Mujeres y VIH/SIDA***

Considerando el carácter exploratorio del presente estudio, sería recomendable que el SERNAM incorpore el VIH/SIDA dentro de los temas de interés de su Departamento de Estudios, a fin de poder conocer con mayor profundidad las características y consecuencias de esta problemática. Esto puede llevarse a cabo a través de un trabajo conjunto con VIVO POSITIVO y con las Agrupaciones de Mujeres, en particular con la Coordinadora de Mujeres BELONA.

- ***Incorporación de la problemática del VIH/SIDA en los CIDEM***

Consideramos de gran importancia que en los Centros de Información sobre los Derechos de la Mujer, se incluya la entrega de información en relación a la prevención del VIH/SIDA en mujeres así como información útil para las mujeres notificadas por VIH/SIDA. VIVO POSITIVO puede aportar su experiencia en el diseño y elaboración de contenidos de este material.

- ***Convenio de Trabajo con VIVO POSITIVO***

Para VIVO POSITIVO sería de vital importancia contar con el respaldo del Servicio Nacional de la Mujer en todas las actividades que desarrollamos en relación a la situación de las Mujeres afectadas por el VIH. Asimismo, es prioritario para nosotros y en particular para las Mujeres Viviendo con VIH, tener una participación propo- nente en los temas que Sernam desarrolla que se encuentran vincula- dos a nuestro trabajo (Educativo Sexual, Violencia contra la Mujer, etc.)

- ***Creación de Programa Mujer y VIH***

Del mismo modo en que SERNAM ha implementado respues- tas específicas a problemáticas nacionales como la violencia intrafamiliar y la situación de las mujeres temporeras, consideramos que la gravedad de la creciente expansión del VIH/SIDA amerita el diseño de un programa específico que ofrezca respuestas concretas y coordinadas a la problemática planteada por el VIH. VIVO POSITI-



VO puede apoyar en la búsqueda de financiamiento internacional para la implementación de dicho programa.

Además de los resultados concretos que este Programa puede generar, consideramos de alto valor político que el Servicio Nacional de la Mujer exprese su interés en esta temática, lo que constituiría además una positiva señal para el resto de la sociedad.

b) *Propuestas para el Trabajo Intersectorial de SERNAM*

Sabemos que el SERNAM tiene entre sus objetivos lograr que los ministerios, servicios y organismos del Estado adopten y ejecuten acciones y medidas que garanticen la igualdad de oportunidades para las mujeres y hombres, en el ámbito familiar, político, económico y cultural y que, además, apunten a cambios estructurales en la relación entre los géneros<sup>37</sup>.

En el desarrollo de este diagnóstico y en particular en la fase de discusión de las propuestas que serían presentadas al Servicio Nacional de la Mujer, las mujeres afectadas por el VIH/SIDA plantearon una serie de problemas que las afectan y que a nuestro juicio pueden ser abordados desde el Programa de Coordinación Sectorial del SERNAM:

- Incorporación de la prevención del VIH/SIDA en mujeres y la lucha contra la discriminación de las personas seropositivas en la agenda de Educación en Sexualidad que se trabaja intersectorialmente con los Ministerios de Salud y Educación.
- Calificación especial en el puntaje de la ficha C.A.S., cuando las mujeres, sus cónyuges y/o hijos estén afectados por el VIH/SIDA. La experiencia de las mujeres con VIH indica que en la práctica resulta difícil que las trabajadoras sociales que aplican esta encuesta den cuenta de su real situación económica, pues no se considera el carácter invalidante que en ocasiones esta enfermedad tiene o los gastos de dinero en los que las familias deben incurrir para obtener atención médica.

<sup>37</sup> SERNAM, 1997.

- Inclusión de las Mujeres que viven con VIH en los Programas de Jefas de Hogar que SERNAM desarrolla conjuntamente con las municipalidades del país. Como se planteó en este diagnóstico, existe un alto porcentaje de mujeres con VIH jefas de hogar. Sin embargo, la situación de estas mujeres no puede ser igualada a la de otras jefas de hogar pues además del trabajo doméstico y reproductivo, ellas deben asistir a controles médicos y acompañar a sus cónyuges o hijos afectados por el VIH a sus controles. A esto se agrega el hecho de que muchas de ellas, en particular las que se encuentran sin acceso a tratamientos antiretrovirales y tienen un bajo nivel de defensas en su sistema inmunológico, no pueden desempeñar cualquier tipo de trabajo que podría exponerlas a la adquisición de enfermedades oportunistas. De esta manera, ellas debieran ser incorporadas a estos programas tomando en cuenta sus particularidades y necesidades específicas.
- Otra de las dificultades planteadas por las mujeres guarda relación con la asignación de pensiones asistenciales para ellas y sus hijos/as después de la adquisición del VIH. Si bien estos recursos son gestionados por las municipalidades, sería importante que el Servicio Nacional de la Mujer recomendara la asignación de estos beneficios desde el momento de la notificación por VIH, tanto en el caso de ellas, de sus cónyuges o hijos/as.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, Jean. *A Guide To The Clinical Care Of Women with HIV*. Department of Health&Human Services. HIV/AIDS Bureau. U.S.A., 2000.
- Anderson, K. "Mujeres, SIDA y Pobreza en las Poblaciones en Chile". En Gómez, A. (ed.): *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Derechos Humanos. Cuadernos Mujer y Salud 3*. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago, 1998.
- Arraigada, Irma. *Diplomado de Estudios de Género y Sociedad. Género y Pobreza: Perspectivas y Políticas*. Editorial Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, 1999.
- Castillo, X.; Castillo, M. *Prevención del SIDA en Mujeres Heterosexuales con Pareja Estable*, Instituto de la Mujer. Santiago, 1994.
- Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza (C.N.S.P.). *Informe Anual del Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza*. Santiago, Chile 1996
- Comisión Nacional del SIDA. *Notasida N° 3: Mujer y SIDA en Chile*. Ministerio de Salud. Santiago, Julio, 1998.
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). *Boletín Epidemiológico Trimestral*. N°11. 1999.
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). *Boletín Epidemiológico Trimestral*. N°12. 2000.
- Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Síntesis e información seleccionada*. Santiago, 2000.
- Cook, Rebecca. *Derechos Humanos de la Mujer. Perspectivas Nacionales e Internacionales*. PROFAMILIA. Bogotá, 1997.
- Cordero, Verónica. *Argumentos sobre el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos*. Ponencia presentada en el Seminario "Preparándonos para trabajar en el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos". Red- Foro Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Octubre 2000. Santiago, Chile.
- De Barbieri, Teresita. "La categoría de Género: una introducción teórica metodológica". En: *Revista Debates en Sociología*. Pontificia Universidad Católica del Perú. N° 18. Lima, 1993.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). *Vivir juntos en Mundos Separados. Hombres y Mujeres en Tiempos de Cambio*. 2000
- Fundación Latinoamericana. *Boletín sobre SIDA en Argentina*. Buenos Aires, 2000.
- Gender AIDS. The Gender Dimension of HIV/AIDS: Critical issues. En: [www.unifem.undp.org/hiv\\_aids/ungass/](http://www.unifem.undp.org/hiv_aids/ungass/)
- Gómez, A. "Mujeres y VIH/SIDA. Un Enfoque desde el Género". En: Gómez, A.

- (ed.): *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Derechos Humanos*. Cuadernos Mujer y Salud 3. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago, 1998.
- González, A. *Las Mujeres y el VIH/SIDA*, Tesis para optar al Título de Asistente Social. Universidad ARCIS. Santiago, 1999.
- Maturana, Camila. *Justificación y Articulado del Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y reproductivos*. Ponencia presentada en el Seminario "Preparándonos para trabajar en el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos". Santiago, Chile 2000.
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (MIDEPLAN). *Resultados CASEN 1998*. Santiago, Chile 1998.
- Montecino, Sonia y Loreto Rebolledo. *Género y Desarrollo*. Serie Apuntes Docentes 1, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Chile. Santiago, 1996.
- Montecino, Sonia y Carla Donoso. *Teorías de Género. Diplomado a Distancia Género, Desarrollo y Planificación*. Centro Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Chile. Santiago, 2000.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *La Mujer y el SIDA. Programa de Acción*. 1995.
- ONUSIDA. *The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic: Final Report*. UNAIDS. July, 1996
- ONUSIDA. *Punto de vista ONUSIDA. Las mujeres y el SIDA*. ONUSIDA, 1997.
- ONUSIDA. *Ampliación de la Respuesta Mundial al VIH/SIDA a través de una Acción Orientada*. ONUSIDA, 1998.
- ONUSIDA. *Perspectivas de las ONG Sobre el Acceso a los Medicamentos Relacionados con el VIH en 13 Países de América Latina y el Caribe*. ONUSIDA, 1999.
- ONUSIDA. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. UNAIDS. June, 2000.
- ONUSIDA. *Plan Integrado del Grupo Temático de ONUSIDA*. Chile 2000-2001. Grupo Temático ONUSIDA, Chile.
- ONUSIDA. *Metas, Objetivos e Ideas para la Acción. Campaña Mundial Contra el SIDA*. 2000.
- Palma, Irma. "Respuestas al SIDA, Propuestas a la Sexualidad. Notas para una Discusión". En: Valdés, T., Busto, M. *Sexualidad y Reproducción. Hacia la Construcción de Derechos*. CORSAPS, FLACSO. Santiago, 1994
- Palma, Irma.: "No Hay un Discurso que Facilite el Uso del Condón". Entrevista realizada por Adriana Gómez, *Revista Mujer y Salud* 2. Santiago, 1996.
- Pascal, Rodrigo. "Texto base de comisión de trabajo Personas Viviendo con VIH". *Conferencia Ciudadana Contra el Racismo, la Xenofobia, la Intolerancia y la Discriminación*. Santiago, 2000.
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas (RSMLAC). *Revista Mujer y Salud*, N° 4/98;2/1999;3-4/1999; 1/2000; 2/2000. Santiago, Chile.
- Rico, Blanca et al. *Situación de las Mujeres y VIH/SIDA en América Latina*. Instituto Nacional de la Salud Pública. México, 1997.
- Servicio Nacional de la Mujer. *Evaluación del Programa de Cooperación Sueca en Apoyo a la Igualdad de Género en Chile*. Santiago, 1997.
- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). *Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres. Lineamientos Generales 2000*. SERNAM. Santiago, Chile. Mayo, 2000.
- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). *Informe del Gobierno de Chile sobre el Cumplimiento de los Compromisos en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, Beijing, 4 al 15 de Septiembre de 1995*. Santiago, Chile, Abril, 2000.

- Simon Rodríguez, Elena. *Democracia Vital, Mujeres y Hombres hacia la Plena Ciudadanía*. Narceas Ediciones. Madrid, 1999.
- Valdés, T.; Benavente, M.; Gysling, J. *El Poder en la Pareja, la Sexualidad y la Reproducción*. FLACSO-Chile. Santiago, 2000.
- Venegas, Sylvia. *Diagnóstico sobre la situación de pobreza de las mujeres en Chile*. Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM. Santiago, 1996.
- Vidal, Francisco. *Factores que Influyen en las Actitudes Públicas hacia el SIDA*. Tesis para optar al grado de Magister en Sociología, Universidad Católica de Chile. Santiago, 1995.
- Vidal, Francisco y Carla Donoso. *Estrategias de empoderamiento y prevención del VIH/SIDA en parejas de trabajadores marítimo-portuarios*. Informe de Investigación. Corporación Ayun - Universidad ARCIS. 2000.
- Vidal, Francisco y Carla Donoso. *Implementación de un modelo de sensibilización Social en Homofobia y Prevención del SIDA en una comunidad universitaria*. Informe de Investigación. VIVO POSITIVO- Universidad ARCIS. Santiago, 2001.
- VIVO POSITIVO. *Boletín N° 0*. VIVO POSITIVO. Santiago, Chile, Julio, 1999.
- VIVO POSITIVO. *Boletín N° 2*. VIVO POSITIVO. Santiago, Chile, Mayo, 2000.