

**“MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA:
¿DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?”**

Un Estudio de Correlaciones en Ocho Regiones del País

Francisco Vidal y Marina Carrasco

VIVO POSITIVO – UNIVERSIDAD ARCIS

FLACSO-CHILE

Auspicia: Fundación Ford

Patrocina: SERNAM

Colaboración: CONASIDA

Santiago, 2004

EQUIPO DE TRABAJO

Investigadores Responsables

Francisco Vidal, Magíster en Sociología (U. Católica de Chile)
 Universidad ARCIS, UMCE
 VIVO POSITIVO

Marina Carrasco, Antropóloga Social (U. De Chile)
 VIVO POSITIVO

Asesoras Metodológicas

Inés Reca
 Universidad ARCIS

Carla Donoso
 VIVO POSITIVO

Teresa Valdés
 FLACSO-CHILE

Irma Palma
 Universidad de Chile

Agustina Morales
 Hospital Sótero del Río

Asesoría Computacional

Geraldine Gutiérrez, Universidad de Chile

Apoyo Logístico

Sara Araya, Agrupación Fuerza y Esperanza de Mujer, Área de Género
 Gladys Orellana, Coordinadora de Mujeres Belona, Área de Género
 Karina Espinoza, Agrupación Re – Vivir, Área de Género
 Claudia González, Voz de Mujer, Área de Género
 Marco Flores, Agrupación Re – Vivir, Área Desarrollo Organizacional
 Germán Nienhusser, Unidos por la Vida, Área Desarrollo Organizacional
 Patricio Novoa, Área Atención Integral

Coordinación Proyecto

Rodrigo Pascal

Apoyo Logístico

Pedro Fernández
Jorge Carreño
Ítalo Tapia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	
II. MARCO TEÓRICO: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	<u>16</u>
1. DEFINICIÓN	<u>16</u>
2. HISTORIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	<u>19</u>
III. METODOLOGÍA.....	<u>21</u>
1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	<u>21</u>
2. DISEÑO, APLICACIÓN Y ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO	<u>21</u>
3. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO.....	<u>22</u>
4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	<u>23</u>
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	<u>24</u>
IV. ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	<u>26</u>
1. EDADES	<u>26</u>
2. NIVELES EDUCACIONALES	<u>26</u>
3. REGIONES DE RESIDENCIA.....	<u>27</u>
4. PERCEPCIÓN DE INGRESOS	<u>28</u>
5. PARTICIPACIÓN EN EL INGRESO FAMILIAR	<u>30</u>
6. SITUACIÓN OCUPACIONAL	<u>31</u>
7. PERCEPCIÓN DE PENSIONES	<u>31</u>
8. ESTRATO SOCIOECONÓMICO	<u>32</u>
9. RELIGIÓN	<u>33</u>
V. ANTECEDENTES SOBRE VIH/SIDA.....	<u>35</u>
1. AÑO DE NOTIFICACIÓN	<u>35</u>
2. INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA ANTES DE LA NOTIFICACIÓN	<u>35</u>

3. TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES	36
4. SITUACIÓN DE PAREJA	37
4.1. SITUACIÓN CONYUGAL	37
4.2. SITUACIÓN DE PAREJA ACTUAL.....	38
5. NÚMERO Y SITUACIÓN SEROLOGÍA DE HIJOS/AS	38
VI. ATENCIÓN EN SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	39
1. ENTREGA DE LA NOTIFICACIÓN	39
2. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	40
3. TIPO DE DIFICULTAD PARA ACCEDER AL SERVICIO	41
4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO	42
5. RELACIÓN CON EL MÉDICO TRATANTE	43
5.1. ÍNDICE DE “INFORMACIÓN”.....	44
5.2. ÍNDICE DE “TRATO”.....	46
6. INFORMACIÓN RECIBIDA DEL HOSPITAL SOBRE VIH/SIDA.....	48
7. PRESTACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	50
8. PRESTACIONES DE SALUD DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN.....	51
8.1. SOLICITUD DE PRESTACIONES	51
8.2. NEGACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD	52
8.3. REACCIÓN POR NEGACIÓN DE ATENCIÓN	53
9. INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE	53
10. PERCEPCIÓN DE RESPETO A DERECHOS	55
11. PRESIONES DESDE EL SERVICIO DE SALUD	57
VII. SEXUALIDAD	61
1. INICIACIÓN SEXUAL	61
2. PAREJAS SEXUALES ANTES DE NOTIFICACIÓN	62
3. EVALUACIÓN RELACIONES SEXUALES ANTES DE LA NOTIFICACIÓN... 	63
4. RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	64
5. PAREJAS SEXUALES DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN.....	65

6. EVALUACIÓN RELACIONES SEXUALES DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN	68
7. RAZONES PARA NO HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES	69
8. INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD ENTREGADA EN EL SERVICIO	70
VIII. PRESERVATIVO	73
1. USO DE PRESERVATIVO	73
2. RAZONES DE NO USO	74
3. FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVO	75
4. ACTITUDES HACIA EL CONDÓN	76
5. ACTITUD HACIA LA UTILIZACIÓN EFECTIVA DEL CONDÓN	78
6. PRESERVATIVO FEMENINO	81
6.1. CONOCIMIENTO DEL PRESERVATIVO FEMENINO	81
6.2. DISPOSICIÓN A USAR CONDÓN FEMENINO	81
IX. REPRODUCCIÓN	83
1. NÚMERO DE EMBARAZOS	83
2. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	83
3. DECLARACIÓN DE ABORTOS O PÉRDIDAS	84
4. RAZONES DE ABORTOS O PÉRDIDAS	84
5. MÉTODOS DE PREVENCIÓN ANTES DE LA NOTIFICACIÓN	86
6. TIPO DE MÉTODO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO	86
7. MÉTODOS DE PREVENCIÓN DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN	87
8. MÉTODOS DE PREVENCIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN	88
9. TIPO DE MÉTODO DE PREVENCIÓN DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN	89
10. RAZONES DE NO USO DE MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO	89
11. HIJOS/AS DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN	90
12. DESEO DE TENER HIJOS/AS A FUTURO	91

13. ESTERILIZACIONES	91
13.1. MOMENTO DE LA ESTERILIZACIÓN.....	92
13.2. MOTIVOS PARA LA ESTERILIZACIÓN.....	93
X. VIOLENCIA	95
1. SITUACIONES DE MALTRATO EN EL TRANCURSO DE LA VIDA.....	95
2. VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA ACTUAL	97
XI. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	99
XII. BIBIOGRAFIA	129

PRESENTACIÓN

La tremenda desigualdad de género es una de las mayores fuerzas motoras detrás de la epidemia de VIH/SIDA a escala mundial. Pobreza, falta de educación, incapacidad para negociar relaciones sexuales seguras o de rechazar relaciones sexuales no deseadas, normas sociales que alientan a los hombres y a los adolescentes a tener conductas sexuales riesgosas y prácticas culturales que privan a las mujeres de la información y métodos necesarios para protegerse, son algunos de los factores que propagan la enfermedad y revelan los numerosos desafíos para enfrentarla.

Dos largas décadas de experiencia con el VIH/SIDA han demostrado que nada reemplaza un plan nacional sobre SIDA que involucre de manera proactiva a todos los actores – el gobierno nacional y las autoridades comunales, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, los medios de comunicación, las iglesias y las organizaciones internacionales. El desarrollo de un plan nacional requiere de estudios específicos y localizados como *“Mujeres Chilenas Viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos Sexuales y Reproductivos?”*, que provean un análisis detallado sobre la situación de la enfermedad y sirvan para priorizar y enfocar acciones a nivel local y nacional.

El presente estudio aporta de manera importante al conocimiento sobre el tema en Chile – y también internacionalmente - y provee útiles indicaciones para la acción por parte de los servicios de salud, el sector educación, las municipalidades, los organismos dedicados a la defensa de los derechos de la mujer y de las personas viviendo con VIH, así como para los medios de prensa y difusión.

Al igual que en otros países del mundo, las estadísticas demuestran un crecimiento mayor en los casos de SIDA en las mujeres que en los hombres, una tendencia que tiene consecuencias devastadoras para la familia y la sociedad como se ve en países con alta tasa de infección. El estudio señala diferencias importantes según la edad, el nivel de ingreso y la región de residencia de las afectadas, las que constituyen variables importantes de considerar a la hora de diseñar las políticas y los programas necesarios para proteger a las personas y familias afectadas y prevenir la transmisión del virus. Es claro que el grupo más vulnerable lo constituyen las mujeres jóvenes, de bajos ingresos, que viven en la región sur del país. Valdrá la pena examinar cómo llegar más eficazmente a este grupo en particular, sin perjuicio de una acción más inclusiva a lo largo del país.

Una dimensión importante y de gran variación es la calidad y difusión de la información sobre el virus y la enfermedad. Por ejemplo, el uso del preservativo es más frecuente entre las mujeres de mayor edad, de nivel educacional alto y medio bajo y entre las mujeres de mayores ingresos. Queda claro que no basta la disponibilidad de un servicio o un recurso como el preservativo; es preciso que las personas – hombres y mujeres – dispongan de información clara y accesible sobre su uso así como de una capacidad de negociación de la mujer para incorporarlo en sus relaciones sexuales.

Quizás uno de los aspectos más preocupantes que destaca el estudio es el hecho que la mayor parte de las mujeres entrevistadas ha vivido alguna situación de maltrato en el transcurso de su vida, lo cual demuestra que la violencia contra la mujer se da en todos los

niveles educacionales y en todos los estratos socioeconómicos y se exagera en situaciones de vulnerabilidad extrema. Existe cada vez más evidencia a escala mundial que hay una relación directa entre el SIDA y el aumento de la violencia contra la mujer: psicológica, física, sexual. La única manera de encarar este tema es quebrar el silencio y difundir un código de conducta universalmente aceptado de intolerancia social al maltrato, protegiendo a las víctimas y sancionando legalmente a los perpetradores.

Un aporte adicional importante del estudio es su enfoque de derechos que otorga un marco conceptual y político/estratégico para el diseño de acciones y el uso de recursos. La revisión histórica de los derechos sexuales y reproductivos que hacen los autores es en sí misma una contribución valiosa para quienes se interesan por los temas de equidad de género, desarrollo adolescente y derechos humanos en general.

Finalmente, es de destacar la feliz asociación entre una organización de movilización de la sociedad civil como lo es VIVO POSITIVO con organismos académicos y de estudio de la realidad nacional, como Universidad ARCIS y FLACSO-Chile, que dan origen a un trabajo serio, informativo y de obligada lectura para políticos, activistas, investigadores, periodistas y profesionales chilenos.

Marta Maurás
Enero 2004

Marta Maurás es Directora de Asuntos Económicos y Sociales en la Oficina del Secretario General de Naciones Unidas y Jefe de Gabinete de la Vice-Secretaria General.

PRESENTACION

Este libro se inserta en una línea de trabajo de gran interés para el Área de Estudios de Género de FLACSO-Chile como es la situación de la epidemia del VIH/SIDA en nuestro país. Se presentan aquí los resultados de una investigación única en el país, tanto por su contenido como por su metodología. Es una encuesta que da cuenta de la situación de las mujeres que viven con VIH/SIDA y de sus derechos sexuales y reproductivos.

Al mismo tiempo, esta es la tercera publicación que realizamos en conjunto con la Coordinadora de Personas Viviendo con VIH, Vivo Positivo y la Universidad Arcis, lo que expresa una colaboración fructífera que se ha mantenido en el tiempo y que permite poner a disposición de un público amplio resultados de investigación y debates urgentes en una sociedad que paulatinamente, y no sin conflicto, se va abriendo a dimensiones a la realidad humana como es la pluralidad de vivencias y experiencias en la sexualidad y los derechos humanos en ese ámbito.

El presente trabajo fue desarrollado por Francisco Javier Vidal y Marina Carrasco en el marco de una colaboración entre la Universidad ARCIS y Vivo Positivo, con la asesoría de diversos/as expertos/as.

El valor de este trabajo radica en que es la primera fotografía de la situación de las mujeres que viven hoy día en nuestro país con VIH/SIDA, obtenida a través de un cuestionario aplicado a una muestra representativa de mujeres en esa situación.

Junto con entregar conocimientos nuevos y poco conocidos, este trabajo constituye, sin duda, un instrumento para la acción de todos los actores involucrados en la tarea de prevenir la epidemia y tratar a quienes viven con VIH/SIDA en el marco del pleno respeto a los derechos humanos. Examinar las experiencias que las mujeres tienen en cuanto al respeto de sus derechos en una sociedad que tiende a discriminar permitirá crear conciencia y avanzar en el reconocimiento y aceptación de la diversidad de situaciones que vivimos mujeres y hombres de nuestro país. El desafío es contribuir a que dicho proceso sea más rápido y a que los servicios de salud y toda la institucionalidad pública haga suyos los preceptos y compromisos contraídos por el país en numerosas instancias internacionales, como son las Conferencias Internacionales y las Asambleas especiales de Naciones Unidas en las que se ha abordado esta epidemia y las formas de prevenirla.

Constituye un privilegio poder contribuir a tan importante tarea desde este espacio institucional.

Teresa Valdés
Coordinadora
Área de Estudios de Género
FLACSO-Chile

PRESENTACIÓN

Nos encontramos frente a una nueva publicación de VIVO POSITIVO, pudiendo hablar de la entrada a una nueva etapa en la construcción de conocimiento desde las personas viviendo con VIH/SIDA. Una organización joven que da pasos importantes hacia una madurez reflexiva, tanto interna como en su contribución hacia la sociedad. No es menor que este proceso de reflexión esté enfocado hacia uno de los aspectos menos trabajados en el ámbito nacional e internacional, “la mujer y el VIH/SIDA” y “los derechos sexuales y reproductivos”. Las dificultades que se evidencian para que ciertos grupos poblacionales puedan ejercer sus derechos, así como la vulnerabilidad de adquirir el VIH/SIDA, claramente está relacionada con la forma en que las sociedades acogen a estas poblaciones. En este contexto la historia da cuenta de profundas dificultades en la distribución del poder, en donde la mujer ha sido sujeto de carencias dramáticas. Quienes trabajamos en VIH/SIDA no hemos dejado de repetir un modelo centrado en lo masculino. Pues bien, este estudio y sus aportes son pasos trascendentales para saldar estas deudas, dando cuenta desde los propios relatos de las mujeres, de una realidad que hoy es ineludible; llamándonos a actuar de forma integrada en la búsqueda de soluciones, donde el fin último es una distribución más equitativa del poder, una estrategia y proceso de transformación social, que busca más allá de la temática del SIDA, contribuir en la construcción paulatina de una sociedad más justa y acogedora.

Los particulares relatos de las mujeres, que hemos convertido en valores numéricos para establecer correlaciones entre distintas variables, nos hablan de la violencia, de las inequidades, del ejercicio de un poder omnímodo, de deseos y sueños castrados, de entrañas mutiladas, de historias donde una vez más nos queda claro que la realidad supera todo relato de ficción. Donde la ignorancia de unos y otras cubre con su manto, dando pasos a hechos, realidades y acciones que el calificativo de aberrantes y maleficientes pueden ser usadas, sin que ello signifique caer en exageración o dramatismo inescrupuloso. Este estudio y publicación nos llama a reflexiones profundas sobre causas y consecuencias frente a cómo nuestra sociedad, y quienes somos actores con distintos grados de poder, ubicamos en posiciones de vulnerabilidad, justo a quienes nos debemos responsablemente; el cómo la violencia ya sea activa o pasiva hacia la mujer va en desmedro de sus posibilidades de desarrollo, limitando su capacidad de decisión y en consecuencia actuar en beneficio de su propia salud e integridad física y psicológica. Sin embargo, en una lectura más fina podemos reflexionar frente a nuestras limitaciones en el desarrollo como sociedad.

Necesariamente no damos respuestas a la compleja malla construida para limitar nuestra capacidad de desarrollo integral en lo individual y/o lo social; sin embargo, el testimonio numérico y colectivo de las mujeres viviendo con VIH/SIDA de este estudio, adquiere un poder de contundencia indiscutible. Su lectura pausada es un medio motivador para que en lo individual y colectivo nos propongamos los desafíos, para generar la necesaria transformación social, que cambie el curso de la epidemia del VIH/SIDA.

Rodrigo Pascal
Coordinador Ejecutivo
VIVO POSITIVO

I. INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del primer caso de SIDA en 1981³ hasta diciembre de 2000, han fallecido 21,8 millones de personas en el mundo por causas relacionadas con la epidemia. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, a fines de 2001, existían 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, de las cuales 18,5 millones correspondían a mujeres. Sólo en 2001, murieron 3 millones, de las cuales 1,1 millón eran mujeres⁴. En Chile, el primer caso de SIDA fue diagnosticado en el año 1984, mientras que la primera mujer lo fue al año siguiente⁵. 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 más afectados por el VIH fueron principalmente hombres homo/bisexuales⁶. Esto habría incidido en una menor visibilización de la mujer con relación a las estrategias de prevención implementadas en tales países. Anderson destaca que el cáncer cervical fue tardíamente reconocido por la comunidad científica como síntoma de SIDA propio de las mujeres, lo cual habría producido que el diagnóstico se realizara en etapas muy avanzadas de la enfermedad y que, por lo tanto, las mujeres no pudieran beneficiarse de las ventajas de un tratamiento temprano⁷.

De acuerdo a las cifras que maneja la Comisión Nacional del SIDA, a diciembre de 2000, se han notificado 4.085 enfermos y 4.640 personas asintomáticas en nuestro país⁸. De igual modo, se han producido 2.705 defunciones a causa del VIH/SIDA a la misma fecha. Ello da un total de 11.430 personas afectadas por el VIH/SIDA, incluyendo quienes están con vida y quienes han fallecido por la enfermedad. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile alcanza a 30,2 por 100.000 habitantes y los principales grupos de edad afectados se encuentran en el tramo comprendido entre los 20 y 49 años, concentrando el 84,9% de los casos. Desde un punto de vista geográfico, las tasas de incidencia acumulada más elevadas corresponden a las siguientes regiones: Región Metropolitana (51,9), V Región (37,5), I Región (28,4) y II Región (24). La principal categoría de exposición sigue siendo la sexual, con un 93,5% de los casos. Sin embargo, considerando las indicaciones del Grupo Temático de Naciones Unidas para Asuntos del SIDA (ONUSIDA) de 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 continuaría acentuándose en el tiempo al no existir campañas masivas de información a la población, como se evidencia en los nuevos casos de personas que ingresan a los programas de VIH/SIDA del sistema público de salud.

³ El 5 de junio de 1981, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) reportó cinco casos de neumonía grave entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en Los Ángeles. La particularidad de estos casos era que los cinco pacientes eran homosexuales jóvenes y su neumonía se atribuía al pneumocystis carinii (Grmek, 1992)

⁴ UNAIDS, 2002.

⁵ CONASIDA, 1995.

⁶ Palma, 1994.

⁷ Anderson, 1998.

⁸ CONASIDA, 2001. De acuerdo a CONASIDA, en nuestro país la tipología de la epidemia es: localización urbana y rural, predominio en hombres homo/bisexuales, tendencia a la feminización, tendencia a la heterosexualización, pauperización en mujeres y hombres y un diagnóstico mayoritario en edad adulta.

La distribución por sexo muestra que los hombres representan el 89,2% de los casos de personas viviendo con VIH/SIDA, mientras que las mujeres el 10,8%⁹. No obstante, las estadísticas muestran un crecimiento mayor de los casos de SIDA en mujeres en comparación con hombres, incluyendo todas las categorías de exposición. La razón hombre: mujer muestra una tendencia hacia la disminución, es decir, *“la brecha entre ambos sexos se acorta, indicando un incremento mayor de casos de SIDA en mujeres. La diferencia entre el periodo 90-92 y 96-98 alcanza una significación estadística ($p=0,00003$), apoyando el diagnóstico de feminización de la epidemia”*¹⁰. En concordancia con ello, se observa un crecimiento relativo mayor de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres comparados con los transmitidos por relaciones sexuales entre hombres. *“La tendencia de la distribución de casos en mujeres que declararon exposición heterosexual en comparación a hombres que adquirieron la infección por vía homo/bisexual, muestra un aumento de las primeras, aumento que tiene una fuerte significación estadística al comparar el periodo 90-92 versus 96-98. Lo anterior indica por primera vez en nuestro país una heterosexualización de la epidemia”*¹¹.

Al analizar las características de las mujeres afectadas por el VIH encontramos que se han producido algunos cambios con el transcurso del tiempo, los cuales tienen que ver tanto con el nivel de escolaridad como con el tipo de ocupación de las mujeres. Al analizar la variable escolaridad se observa que aumenta la declaración de escolaridad básica de 31% a 51% y disminuye la declaración de escolaridad media de 54% a 36%, lo que indica que la epidemia está afectando principalmente a las mujeres que tienen bajos niveles de escolaridad. El análisis de la variable ocupacional es concordante con la de escolaridad, ya que la categoría profesional disminuye de manera estadísticamente significativa ($p=0,05$), mientras que la categoría de operaria aumenta de 23% a 41%, diferencia también significativa ($p=0,04$). El mayor número de mujeres viviendo con VIH/SIDA corresponde a dueñas de casa, con un 51% de los casos. El análisis de estos dos parámetros muestra una clara tendencia hacia la pauperización de la pandemia entre las mujeres¹². En concordancia con estos datos sobre la progresión de la transmisión, Raquel Child señala que el sector en que más crece la epidemia en Chile es en el de las mujeres heterosexuales, que, en su mayoría, son dueñas de casa y/o mujeres con educación básica¹³. Esta consideración es avalada por algunos estudios empíricos realizados en América Latina, donde se concluye que *“entre las mujeres afectadas, la relación heterosexual consentida, sin protección, con una pareja en la que existe una relación afectiva, es el modo más frecuente de transmisión del VIH”*¹⁴. De este modo, siguiendo a Child, la epidemia afecta principalmente a quienes tienen dificultades para tomar decisiones en forma autónoma y a quienes viven en el desconocimiento.

⁹ 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.

¹⁰ CONASIDA, 2001

¹¹ CONASIDA, 2001

¹² CONASIDA, 1999.

¹³ Entrevista publicada en el Diario La Época 5 de enero de 1998.

¹⁴ Villela, 1998: 12.

En el caso de las mujeres chilenas, entonces, el problema no sería sólo la falta de información, sino una mezcla de falta de conciencia de riesgo y de ausencia de herramientas para tratar el tema al interior de la pareja. Ello también se evidencia en un estudio sobre sexualidad realizado en nuestro país, donde se encontró que las mujeres con pareja estable tienen muchas dificultades para hablar de sexualidad con sus compañeros, particularmente los temas referidos a las cosas que les disgustan y a aquellas que les agradan en el terreno sexual¹⁵. No obstante, las desigualdades de género entre hombres y mujeres no sólo se circunscriben al ámbito de las conversaciones sobre sexualidad, sino que también incluyen las pocas posibilidades reales que tienen las mujeres para negociar técnicas de sexo más seguro, como profundizaremos más adelante. Esto amerita, a nuestro juicio, la implementación de estrategias de prevención dirigidas específicamente a la mujer, ya que la falta de conciencia de riesgo también parece tener que ver con que la situación de pareja de las mujeres se ajustaba a la estrategia preventiva de la pareja estable ampliamente difundida¹⁶.

En virtud de la fundamentación recién descrita creímos necesario conocer más a fondo a las mujeres que viven con VIH/SIDA en nuestro país, no sólo con el mero interés de conocerlas –aún cuando no desconocemos la legitimidad de ello- sino para diseñar estrategias que permitan reducir su vulnerabilidad en términos del ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos. En este sentido, esta investigación está orientada a conocer el estado en el cual se encuentra el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA de 8 regiones del país, para promover su empoderamiento y el ejercicio pleno de sus derechos. Esto se realizará a través de la ejecución de talleres de empoderamiento, que beneficiarán a 25 mujeres de las regiones donde se realizó el levantamiento de la información. Las mujeres capacitadas se convertirán en monitoras en Salud Sexual y Reproductiva y deberán replicar la experiencia al interior de sus agrupaciones de pertenencia.

En la parte teórica de este estudio se proporciona un recorrido por la historia del concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos, con el objeto de enmarcarlos dentro del tema más amplio de los Derechos Humanos y de los Derechos Ciudadanos, dando cuenta de la evolución permanente de estos conceptos. La presentación de los resultados del estudio parte con una panorámica de la situación socioeconómica en que se encuentran las mujeres y sobre la atención que reciben en los servicios de salud. En este sentido quisimos conocer la forma en que las mujeres evalúan la atención que reciben y las variables que pudiesen correlacionarse con esta evaluación. Es así como indagamos sobre la relación que mantienen con el médico tratante, su percepción sobre la difusión y el respeto a los derechos del paciente y a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en los servicios de salud. De igual modo, quisimos conocer algunos aspectos sobre su Salud Sexual y Reproductiva, tales como los exámenes que se practican, la frecuencia con que lo hacen, los tipos de prestaciones que más solicitan y el acceso que tienen a éstas, así como también las razones por las cuales las mujeres creen que se les ha negado algún tipo de prestación de salud que han requerido. Estas variables también fueron

¹⁵ Sharim, Rodó, Silva y Rivera, 1996.

¹⁶ Esta necesidad también ha sido destacada por las organizaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA. Ver Orellana, 2002.

correlacionadas con la forma en que las mujeres evalúan la calidad de la atención en los servicios. Como en investigaciones anteriores pudimos constatar que la atención proporcionada a las personas que viven con VIH/SIDA es distinta de acuerdo a la zona geográfica, cruzamos algunas variables con macrozonas (zona norte, centro y sur), con el objeto de detectar las diferencias que pudiesen existir en cuanto a la atención que se les brinda a las mujeres y las informaciones que se difunden desde el servicio. Ello con el objeto de influir en el diseño de políticas públicas y a focalizar las actividades de capacitación realizadas al personal de salud a través del Ministerio de Salud.

En la segunda parte de esta investigación se profundiza en la vida sexual y reproductiva de las mujeres estudiadas, recogiendo antecedentes tales como la edad de iniciación sexual y el impacto de la seropositividad tanto en la evaluación que hacen de sus relaciones sexuales como en el número de parejas acumuladas. También se entregan antecedentes acerca del uso del preservativo tanto antes como después de la notificación, las actitudes de las mujeres frente a esta medida preventiva y las actitudes hacia su utilización efectiva. En este sentido, se profundiza en las principales dificultades que tienen las mujeres para incorporar el condón en sus relaciones sexuales y en el grado de conocimiento que tienen del preservativo femenino, así como de su disposición a usarlo. En relación a los aspectos reproductivos, se presentan antecedentes sobre embarazos, número de hijos/as, serología hijos/as, deseo de tener más hijos/as y métodos de prevención del embarazo utilizados tanto antes como después de la notificación por VIH. En el caso de este grupo específico de mujeres, también se presenta información sobre prácticas de esterilización y sobre los distintos tipos de situaciones de violencia que han vivido en el transcurso de su vida.

No podemos concluir esta introducción sin agradecer a las mujeres de todo el país que nos contaron sus experiencias y compartieron parte de su vida con nosotros y a las agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA de las distintas regiones que facilitaron los aspectos logísticos de este proyecto. De igual modo, debemos destacar el apoyo de los servicios de salud de Viña del Mar y de Coquimbo, que colaboraron en la convocatoria al levantamiento de la información y facilitaron las dependencias del servicio para la aplicación de las encuestas. También agradecer al equipo asesor, conformado por Carla Donoso, Inés Reca, Teresa Valdés, Irma Palma, Geraldine Gutiérrez y Agustina Morales, que tuvieron la paciencia de leer las múltiples versiones preliminares y hacer sugerencias sobre los próximos pasos. De este grupo, debemos hacer mención especial a Carla Donoso -que trabajó como parte del equipo de investigación durante toda la primera etapa del proyecto- y a Geraldine Gutiérrez, por el involucramiento y la disposición para hacer cada vez más y más cruces de variables. El equipo de VIVO POSITIVO también jugó un papel central durante toda la realización del proyecto, particularmente el Área de Género y el Área de Desarrollo Organizacional: Sara Araya, Marcos Flores, Gladys Orellana, Pedro Fernández, Erika Espinoza, Jorge Carreño, Ítalo Tapia, Germán Nienhusser y Claudia González. Sin la colaboración de todas estas personas y del auspicio de Fundación Ford este trabajo no habría sido posible

II. MARCO TEÓRICO: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. DEFINICIÓN

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son el reflejo del carácter progresivo de los Derechos Humanos y constituyen una respuesta al avance de la ciencia y la tecnología en relación a los cuidados médicos disponibles para todos aquellos aspectos referidos a la Salud Sexual y Reproductiva. Ello es concordante con los planteamientos de Valdés, para quien los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como el concepto de ciudadanía se encuentran en permanente evolución y constituyen el resultado de las luchas de los organismos de la sociedad civil¹⁷. Los Derechos Sexuales y Reproductivos son una consecuencia directa de la definición de la Salud Reproductiva expresada en La Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, donde se la entiende como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la Salud Reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”*¹⁸.

Otra definición complementaria es la elaborada por Gabarra, quien señala que *“los Derechos Reproductivos y Sexuales son aquellos que reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres respecto a su capacidad reproductiva y su vida sexual”*. Esto implica que *“todas las personas deben tener acceso igualitario, sin distinción de sexo, edad, condición cultural, socioeconómica a la realización plena, segura y libre de la vida sexual, la libre opción de la maternidad/paternidad y la planificación familiar voluntaria y responsable”*¹⁹.

A partir de diversas conferencias internacionales²⁰ se ha aceptado que *“los Derechos Sexuales y Reproductivos se deben encarar con un enfoque más integral, que incluye defender los derechos de las personas a tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y su reproducción, sin estar sujetos a ningún tipo de coerción, discriminación o*

¹⁷ Valdés, 2002.

¹⁸ CCMM Plataforma 94,97; CIPD 7.2. Citado por Alcalá, 1995: 16-17.

¹⁹ Gabarra, 1998

²⁰ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994, La Conferencia Mundial de Desarrollo Social de Copenhague de 1995 y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995

violencia”.²¹ Así, **los Derechos Sexuales** incluyen el derecho humano a tener control respecto de su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin coerción, discriminación y violencia²². Esto significa que la Salud Sexual y Reproductiva conlleva el reconocimiento del derecho a *“tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a la infección o a los embarazos no deseados; la posibilidad de poder regular la fecundidad sin el riesgo de efectos secundarios peligrosos, el derecho a un embarazo y a un parto seguro, el derecho a dar a luz y a criar niños saludables”*²³.

De acuerdo a Lubertino, una sexualidad sana supone²⁴:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social;
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas u otros factores psicológicos que inhiban la relación sexual, impidiendo la plenitud del placer;
- La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

A diferencia de lo que ocurre con los Derechos Sexuales, **los Derechos Reproductivos** abarcan ciertos Derechos Humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre esta materia²⁵, entre ellos: *“El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de Salud Sexual y Reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia”*²⁶.

Sin una pretensión de realizar una enumeración excluyente, Lubertino plantea que podemos pensar como Derechos Sexuales, reproductivos y /o vinculados a la maternidad / paternidad -aunque diferenciados entre sí- los siguientes²⁷:

- El derecho al libre ejercicio de la sexualidad, sin discriminaciones ni violencia de ningún tipo;
- El derecho al placer sexual;

²¹ Nogueira, 2002.

²² Alcalá, 1995: 16-17

²³ Nogueira, 2002.

²⁴ Lubertino 1996.

²⁵ Al respecto Alcalá (1995) señala que *“aunque el término ‘Derechos Sexuales’ no aparece en acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de los Derechos Humanos en la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96. Es digno de observar que incluso los gobiernos que expresaron reservas en oposición a los ‘Derechos Sexuales’ utilizaron el término en sus declaraciones en la sesión de clausura de la Conferencia de Beijing”*.

²⁶ CCMM Plataforma 95,97,216,223; CIPD Principio 8, 7.3; CMDH Programa 41;CED 16.1(e) Citado por Alcalá, 1995.

²⁷ Lubertino, 1996.

- El derecho sobre el propio cuerpo (que es más abarcativo que lo sexual o lo reproductivo);
- El derecho a la educación sexual;
- El derecho al acceso a la información y a los servicios de anticoncepción;
- El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad e higiene;
- El derecho a la maternidad / paternidad voluntaria y responsable -como función social- derecho al acceso a la información y al tratamiento, en su caso, frente a la esterilidad;
- El derecho a la maternidad / paternidad adoptiva;
- El derecho de la embarazada y/o de la pareja a una orientación durante el embarazo y hacia el parto y la crianza del hijo/a;
- El derecho a la atención y asistencia materno-infantil integral, humanizada y gratuita, incluyendo los controles prenatales, la asistencia hacia el trabajo de parto y el puerperio;
- El derecho de la pareja embarazada al ejercicio de su sexualidad...

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la Salud Sexual y Reproductiva (de las mujeres) incluye, en la actualidad, los siguientes componentes:

- Información en Sexualidad y Consejería;
- Trastornos menstruales, anticoncepción y enfermedades del sistema reproductivo;
- Embarazo en las adolescentes;
- Atención del embarazo y el parto, embarazos no deseados o repetidos con intervalos demasiado cortos;
- Manejo y tratamiento de la menopausia y el climaterio

Otros tópicos relevantes son:

- Manejo y tratamiento de emergencias obstétricas y neonatales;
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad;
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH / SIDA;
- La prevención del aborto y el tratamiento de sus complicaciones y el cáncer

Además de estos aspectos de la salud de las mujeres, la preocupación por los Derechos Sexuales y Reproductivos debe incluir la atención a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la violencia doméstica, las leyes y políticas que afectan la Salud Sexual y Reproductiva, la explotación sexual de mujeres y niños, las necesidades de mujeres migrantes y/o refugiadas o aquellas afectadas por desastres naturales o algún tipo de discapacidad y, por último, la participación de los hombres en las decisiones vinculadas a la Salud Sexual y Reproductiva.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos se fundamentan en el derecho de las personas a ejercer plenamente su capacidad sexual y reproductiva y el control sobre el propio cuerpo y su salud. Se basan además en considerar a las personas sujetos capaces de decidir en forma

autónoma sobre su sexualidad y reproducción y en la igualdad entre varones y mujeres para que compartan el compromiso respecto a la reproducción. La igualdad de compromiso no significa que ambos estén situados en igual forma frente a la reproducción. Las mujeres, por razones biológicas (embarazo, parto y amamantamiento) y socioculturales (asignación de roles, género) tienen frente a la reproducción una implicancia mayor, su situación es diferente y esto debe ser considerado a la hora de determinar quienes deciden sobre la misma²⁸.

Principios básicos implícitos en los Derechos Sexuales y Reproductivos

- Son Derechos Humanos
- No son políticas de Población
- Reconocen autonomía y libertades personales

2. HISTORIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

De acuerdo a Vega (1998) la primera formulación expresa de los Derechos Reproductivos acontece en la *Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo* celebrada en El Cairo en 1994 (par. 7.3), y reaparece con redacción similar al año siguiente en la *IV Conferencia Mundial de la Mujer*, en Pekín. En el plan de acción de El Cairo se afirmó que: *“Los Derechos Reproductivos abarcan ciertos Derechos Humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre Derechos Humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de Salud Sexual y Reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia”*²⁹.

El Programa de Acción de la CIPD, y la Plataforma de Acción de Beijing reconocen los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos, por lo que los afirman como una parte inalienable, integral e indivisible de los Derechos Humanos universales.

Los Derechos Reproductivos y Sexuales son Derechos Humanos

Los Derechos Reproductivos y Sexuales se vinculan a los Derechos Humanos a partir de la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena, en 1993, la Conferencia sobre Población y

²⁸ Gabarra, 1998.

²⁹ Vega, 1998

Desarrollo de El Cairo de 1994 y La Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing en 1995.

Conferencia DDHH-Viena 1993: “Los Derechos Humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los Derechos Humanos universales”.

Conferencia de Población, El Cairo 1995, párrafo 7.3: “Los Derechos Reproductivos reposan en el reconocimiento básico del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el espaciamiento y oportunidad de tener hijos, y a tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más elevado standard de Salud Sexual y Reproductiva libres de discriminación, coerción y atención a la promoción del respeto mutuo y relaciones de género equitativas”

Declaración de Beijing 1995: “Los Derechos Humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, y decidir libremente sobre estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos han sido identificados como un cimiento del desarrollo. El descuido de la salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos la violencia, el abuso sexual y la violación de las mujeres y los niños; el VIH/SIDA; la mortalidad materna; el embarazo de adolescentes; los niños abandonados; las prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina; el crecimiento de la población; el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad; y la violación de los Derechos Humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

III. METODOLOGÍA

1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó entre abril y mayo de 2002 y requirió obtener información detallada sobre número, distribución y características de las mujeres con VIH a nivel nacional, información que no estaba disponible en ese momento en los *Boletines Epidemiológicos* de CONASIDA³⁰. De acuerdo a estos antecedentes, a diciembre de 2001, habrían 1.092 mujeres viviendo con VIH/SIDA en el país, lo que corresponde al 10,9% del total de personas afectadas³¹. A partir de estos datos, incluidos en el anexo 1, se optó por mantener una cierta proporcionalidad en las cifras y ampliar la muestra originalmente planteada de 60 a 100 mujeres (50 en Santiago y 50 en regiones), considerando parámetros de distribución por edad y ubicación geográfica. El importante número de mujeres con que se trabajó asegura una mayor confiabilidad de los datos y proporciona un espectro más amplio de experiencias de vida dentro de la muestra. Por otro lado, la selección de las ciudades donde se realizaría el levantamiento de información, se llevó a cabo considerando parámetros de prevalencia del VIH en la región³² y existencia de agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA que facilitarían las labores logísticas del proyecto.

2. DISEÑO, APLICACIÓN Y ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Entre abril y junio de 2002 año se diseñó y validó el instrumento de recolección de datos. En junio se realizó una aplicación de prueba a un grupo de mujeres viviendo con VIH/SIDA, producto de lo cual se introdujeron algunas modificaciones menores. En todo este proceso se trabajó coordinadamente con un equipo de asesoras temáticas³³ y con el Área de Género de VIVO POSITIVO³⁴. Durante el desarrollo de estas etapas se lograron, a nuestro juicio, dos objetivos centrales. Por una parte, un mayor involucramiento de las mujeres viviendo con VIH en la construcción de los instrumentos y, por otra, contar con una batería de instrumentos que cubrían una amplia gama de problemáticas y cuyo diseño fue validado por expertas en género y por las propias mujeres con VIH. De este modo, se resguardaban los aspectos éticos implicados en una investigación de esta naturaleza, así como la rigurosidad científica de los instrumentos utilizados.

El instrumento era una encuesta cerrada con algunas alternativas de respuesta abierta, que debía ser aplicado de manera individual por una persona especialmente entrenada para estos fines³⁵. Esta aplicación se realizó entre julio y noviembre de 2002 en las regiones II, IV, V, VI, VIII, IX, X y Metropolitana y estuvo a cargo de los investigadores responsables del

³⁰ Esta información fue entregada por Edith Ortiz encargada del Área de Estudios de CONASIDA.

³¹ Según esta información, habrían fallecido, a la fecha, 328 mujeres por causas relacionadas con el VIH/SIDA.

³² Las regiones seleccionadas, de acuerdo a la prevalencia del VIH en la región –calculado sobre la base del total de mujeres afectadas por la pandemia, independientemente de si están vivas o si han fallecido- son: Región Metropolitana (797 casos), V Región (238 casos), VIII Región (71 casos), II Región (50 casos); IV Región (37 casos) y la VI Región (24 casos)

³³ Este equipo estuvo compuesto por Inés Reza, Irma Palma, Teresa Valdés y Agustina Morales.

³⁴ En este proceso participaron Gladys Orellana, Sara Araya, Erika Espinoza y Claudia González.

³⁵ Para la construcción y aplicación del instrumento se siguieron las recomendaciones de Campbell y Katona, 1992: 31-66.

estudio, que fueron apoyados por dos personas del equipo del Área de Género para el caso de Santiago. Consideramos que la participación directa de los investigadores responsables en la aplicación del instrumento resulta un insumo sumamente potenciador para el posterior proceso de análisis de la información.

La versión final quedó compuesta de 73 preguntas, divididas en los siguientes ítems (En el anexo 2 se incluye la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva):

- Atención en Salud Sexual y Reproductiva : 18 preguntas
- Afectividad, Sexualidad y Reproducción : 32 preguntas
- Antecedentes sobre VIH/SIDA : 11 preguntas
- Antecedentes sociodemográficos : 12 preguntas

3. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO

3.1. Objetivos generales:

- Recabar información respecto a la calidad de la atención proporcionada en los servicios de salud y las variables que ésta se correlaciona.
- Identificar la forma en que se abordan los temas de sexualidad y reproducción en los servicios de salud y el modo en que esto influye en la vida sexual y en las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres viviendo con VIH/SIDA.
- Detectar posibles cambios en la vida sexual y reproductiva de las mujeres a partir de la notificación por VIH/SIDA
- Contar con los insumos necesarios para el diseño de talleres de empoderamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos dirigidos a mujeres viviendo con VIH/SIDA de cada una de las ciudades donde se realizó el levantamiento de información

3.2 Objetivos específicos:

- Evaluar el acceso y la calidad de la atención proporcionada en el servicio, dentro de la que se incluye la relación con el médico tratante, la información que éste le entrega, el trato que le proporciona y la forma en que se le comunicó su notificación por VIH.
Preguntas: 1, 2, 3, 4, 5 y 15
- Indagar sobre posibles vulneraciones a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, tales como presiones por parte del equipo de salud que impidan la toma de decisiones de manera autónoma por parte de las mujeres en los ámbitos señalados.
Preguntas: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13

- Pesquisar la existencia de discursos represivos respecto de la sexualidad y de la reproducción en el personal de salud, la manera en que éste influye en la conducta de las mujeres y el grado de difusión y de respeto de los derechos de los pacientes al interior del servicio, particularmente en los aspectos referidos al ámbito sexual y reproductivo.
Preguntas: 14, 16, 17 y 18
- Conocer antecedentes respecto a la edad y circunstancias en que se dio inicio a la actividad sexual, así como también sobre la trayectoria sexual de las mujeres.
Preguntas: 19, 20, 21, 22, 36 y 37.
- Conocer la situación de pareja en que se encuentran actualmente, el grado de utilización del preservativo y las actitudes que tienen las mujeres tanto hacia el condón como hacia su utilización efectiva.
Preguntas: 41, 42, 43, 45, 46, 49 y 50.
- Entregar antecedentes respecto a la trayectoria reproductiva de las mujeres, tales como embarazos, hijos/as, pérdidas y/o abortos y utilización de medidas de prevención del embarazo, tanto antes como después de ser notificadas.
Preguntas: 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35 y 56.
- Determinar la incidencia de situaciones tales como el maltrato y la notificación por VIH/SIDA en las decisiones sexuales y reproductivas.
Preguntas: 28, 29, 38, 39, 40, 44 y 47.
- Conocer antecedentes sobre percepción de riesgo antes de la notificación, forma de adquisición del virus y acceso a tratamientos.
Preguntas: 48, 51, 52, 53, 54, 55 y 61.
- Recabar antecedentes sociodemográficos, y socioeconómicos de las mujeres, dentro de los que se incluye la edad, los niveles educacionales, el ingreso familiar mensual, su situación ocupacional, entre otros.
Preguntas: 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72 y 73.

4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información obtenida a través de las encuestas decidimos utilizar el Statistical Package for Social Sciences (SPSS), ya que este instrumento nos permitía no sólo obtener un análisis de las distribuciones de frecuencia para cada variable tomada aisladamente, sino también establecer correlaciones entre variables³⁶. De esta manera, se posibilita entender más detalladamente la realidad de las mujeres viviendo con VIH, a partir de la identificación de las variables que se relacionan de manera más estrecha con sus problemáticas. Por otro lado, este insumo permite direccionar el diseño de talleres

³⁶ Arce y Real, 2001.

de empoderamiento, toda vez que se cuenta con la información pertinente para intervenir en la relación entre estas variables³⁷. Así, entre septiembre y noviembre se realizó el vaciado de datos de la información de las encuestas al SPSS, obteniéndose las tablas de frecuencia para cada una de las preguntas. Entre noviembre y diciembre, se trabajó en la codificación de las preguntas abiertas, a partir de una sistematización de la totalidad de respuestas efectivamente dadas a cada pregunta abierta, proceso que fue apoyado cercanamente por las asesoras temáticas. Durante los mismos meses, se finalizó una propuesta de cruce de variables en SPSS, la cual, además del trabajo con las asesoras, requirió de una cercana asesoría computacional, toda vez que debíamos evaluar las posibilidades técnicas del instrumento y del SPSS para realizar determinadas correlaciones de variables. Cada asociación entre variables planteadas en la propuesta se encuentra apoyada en hipótesis teóricas y/o en percepciones resultantes tanto del trabajo de campo como de la participación en actividades de abogacía realizadas por VIVO POSITIVO.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la presentación de los datos se seguirá un orden distinto al contenido en la encuesta, partiendo por los *antecedentes sociodemográficos* de las entrevistadas, lo cual nos permitirá conocer información relevante tanto para caracterizar la muestra de manera general, como para establecer correlaciones de variables que describirán de mejor manera las diferencias entre los distintos grupos. Dentro de este ítem se incluyen las edades de las mujeres, los niveles educacionales que han alcanzado, las regiones donde residen, la percepción de ingresos, la situación ocupacional en que se encuentran, el estrato socioeconómico al que pertenecen y la religión que profesan. En relación a las tres primeras variables mencionadas, se pretendió mantener una cierta proporcionalidad con las cifras nacionales de mujeres afectadas por la pandemia y establecer diferencias más claras entre las entrevistadas en dichos aspectos. También incluimos un apartado de *antecedentes sobre el VIH/SIDA*, con el objeto de tener una visión general de aspectos relativos a las circunstancias en que adquirieron el virus y a la situación en que se encuentran en la actualidad. De este modo, la información recopilada en este capítulo dice relación con el año que recibieron la notificación por VIH, la información que manejaban sobre la pandemia, la percepción de riesgo, la ingesta de antirretrovirales, el estado civil y/o la situación de pareja de las entrevistadas, antes y después de la notificación, y la situación serológica de sus hijos/as y/o pareja.

Posteriormente se expondrán los resultados obtenidos en los aspectos referidos a la *atención en Salud Sexual y Reproductiva*. Dentro de esta categoría se incluyeron temáticas tales como la evaluación de la calidad de la atención proporcionada en el servicio, la relación que las mujeres mantienen con el médico tratante, las informaciones sobre VIH/SIDA que se entregan en el servicio, la calidad de la atención, las prestaciones en Salud Sexual y Reproductiva, la difusión y el respeto de los derechos del paciente y la manera en que se abordan temas relacionados con las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres desde el servicio de salud.

³⁷ En el anexo 3 se incluye el contenido de los talleres de empoderamiento realizados con las mujeres en la ciudad de Santiago, durante septiembre de 2003.

El último apartado dice relación con la *sexualidad y la reproducción* de las mujeres entrevistadas. Los aspectos consultados dentro de la vida sexual de las mujeres fueron los siguientes: iniciación sexual, parejas sexuales antes y después de la notificación, evaluación de las relaciones sexuales antes y después de la notificación, reinicio de la actividad sexual una vez conocida la seropositividad, información sobre sexualidad recibida desde el servicio en que se atienden y uso del preservativo tanto antes como después de ser notificadas. Las temáticas abordadas en cuanto a reproducción fueron: número de embarazos, declaración de abortos o pérdidas, métodos de prevención del embarazo antes y después de la notificación, aspectos referidos a los/as hijos/as y finalmente analizaremos las esterilizaciones a las que algunas mujeres se han sometido. El último tema que se consultó dentro de este apartado fue las situaciones de violencia psicológica, física y sexual que han experimentado las mujeres en el transcurso de su vida y la manera en que esto afecta su vida sexual y sus decisiones reproductivas.

La lógica que seguirá el análisis será partir con una descripción de los resultados obtenidos en términos de las respuestas dadas por las mujeres a cada una de las preguntas formuladas. Posteriormente, correlacionaremos estos resultados con algunas *variables sociodemográficas*, dentro de las cuales la edad y el nivel educacional fueron definidas como variables regulares, es decir, como variables que se cruzarían con todas las preguntas. En otros casos, decidimos incluir dentro del análisis otras variables sociodemográficas que nos parecieron pertinentes, de acuerdo a la naturaleza de la pregunta formulada, como estrato socioeconómico y zona geográfica en que reside la entrevistada. El año de notificación, aún cuando no alude a un contexto sociodemográfico³⁸, decidimos incorporarlo dentro de esta categoría, tanto por la cantidad de cruces en que ésta se utilizó como para establecer una diferenciación con otro tipo de correlaciones específicas que quisimos analizar. Es así como después del análisis de correlaciones con las variables sociodemográficas, se presentan los resultados obtenidos en las correlaciones que quisimos establecer con algunas *variables específicas*, las que fueron establecidas a partir de la naturaleza de la pregunta formulada y de un análisis teórico y práctico de sus posibles relaciones.

En suma, la forma de presentación de los resultados será del siguiente modo:

- Distribución de frecuencia,
- Correlación con variables sociodemográficas (regulares y ampliadas)
- Correlaciones con variables específicas.

Debido a la gran cantidad de cruces resultantes, obtuvimos una significativa cantidad de tablas, superior a 300, por lo que decidimos excluir de los anexos las tablas descriptivas analizadas en la presentación de resultados. De este modo, sólo se incluyeron las tablas de cruces de variables para ofrecer al lector la posibilidad de dar una lectura distinta a la realizada por los investigadores.

³⁸ No obstante, en el contexto del VIH/SIDA, el año de notificación podría ser conceptualizado como una variable sociodemográfica.

IV. ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDADES

Para establecer una categorización de las mujeres de acuerdo a la variable edad, se trató de mantener una cierta proporcionalidad con los datos entregados por CONASIDA sobre la distribución de mujeres viviendo con VIH/SIDA a nivel nacional. Sin embargo, este antecedente se consideró un parámetro general que orientara la selección de la muestra, pero que, en la práctica, no se trataba de cumplir de manera estricta. De este modo, reagrupamos algunas de las categorías establecidas por CONASIDA y definimos sólo cuatro tramos de edad.

A continuación se presenta un cuadro con las edades que se incluyen en cada tramo y el porcentaje de mujeres contempladas en la muestra, junto con los porcentajes de mujeres a nivel nacional para cada uno de los tramos definidos:

Tramos de Edad	Edades	% Muestra	% Nacional³⁹
Tramo I	Entre 19 y 29 años	26%	37%
Tramo II	Entre 30 y 39 años	36%	29%
Tramo III	Entre 40 y 49 años	29%	13,5%
Tramo IV	Entre 50 y 62 años	9%	7,5%
Total		100%	87%

Como el porcentaje de mujeres mayores de 50 años es bastante inferior al de los otros tramos de edad establecidos, sólo en algunos casos consideramos pertinente incluirlas en el análisis desagregado por edad. En las ocasiones en que fueron omitidas, esto fue realizado para evitar distorsiones en los resultados del estudio. En esos casos, esta situación será explicitada en el texto.

2. NIVELES EDUCACIONALES

Para la categorización de los niveles educacionales, tratamos de que la muestra fuera lo más homogénea posible en términos de distribución por grado de instrucción, aún cuando por las razones mencionadas con anterioridad, esto se tomó sólo como un criterio orientador de la selección de la muestra.

A continuación se exponen los distintos tramos educacionales establecidos, los niveles a que corresponden y el porcentaje de la muestra incluido en cada uno de ellos:

³⁹ Existen pequeñas variaciones con las categorías de edad establecidas por CONASIDA, las cuales fueron adaptadas a las categorías que se construyeron para el análisis de los resultados de esta encuesta. Debido a ello, el porcentaje de mujeres a nivel nacional no suman 100%, ya que CONASIDA tiene tramos de edad que no se incluyeron en la muestra (menores de 19 años y mayores de 62) y, por otro lado, los datos no permiten distinguir si las mujeres están vivas o han fallecido, motivo por el cual los porcentajes se calcularon en base al total de mujeres con VIH/SIDA notificadas en el país (1.420)

Niveles	Escolaridad	%
Nivel Bajo	Educación Básica incompleta o completa	33%
Nivel Medio Bajo	Educación Media incompleta	16%
Nivel Medio Alto	Educación Media completa o Técnica incompleta	29%
Nivel Alto	Educación Técnica completa o Universitaria	22%
Total		100%

Aún cuando en la mayor parte de los casos se trabajó con esta distribución, en ciertos puntos del análisis reagrupamos los niveles establecidos, con el objeto de describir de manera más clara la correlación existente entre ciertas variables analizadas en relación al nivel educacional. De este modo, en ocasiones se reagruparon los niveles intermedios (medio bajo y medio alto) para contrastarlos con los extremos y, en otras oportunidades, reagrupamos los niveles bajos y medios bajos para contrastarlos con los tramos más altos de instrucción (altos y medio altos) Cuando esto ocurre, en el documento se explicita el tipo de reagrupación realizada y los motivos que explican esta decisión⁴⁰.

3. REGIONES DE RESIDENCIA

Como se señaló en el apartado de selección de la muestra, ésta se realizó considerando parámetros de prevalencia del VIH en la región y existencia de agrupaciones que facilitarían las labores logísticas del proyecto, fundamentalmente aquellas referidas a la convocatoria a la actividad de levantamiento de información.

Así, la selección de las regiones en las que se realizó el estudio no necesariamente coinciden con las de mayor prevalencia del VIH en Chile. Esto tiene que ver con que, a lo largo del país se observan diferencias en los grados de articulación y convocatoria que tienen las agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y también en los niveles de discriminación que se observan en las distintas regiones, lo que incide en el grado de visibilización y de participación de las personas, particularmente mujeres, en actividades relacionadas con la Agrupación⁴¹.

A continuación se muestran los porcentajes de mujeres que residen en cada una de las regiones donde se realizó este estudio⁴², junto con el porcentaje que representan del total nacional de mujeres afectadas por la pandemia:

⁴⁰ De este modo podemos hablar de dos tipos de reagrupaciones: una “*Reagrupación Intermedia*”, de los niveles medio bajo y medio alto; y una “*Reagrupación Extrema*”, que concentra los niveles bajo y medio bajo, por una parte, y los altos y medios altos, por otra.

⁴¹ De acuerdo a los resultados de una investigación realizada con personas viviendo con VIH/SIDA a nivel nacional, se encontró que en la zona sur del país los grados de discriminación son más fuertes que en el resto del país, lo que se refleja tanto en la articulación de las agrupaciones como en la participación de las mujeres. Al respecto ver Vidal, Zorrilla, Donoso, Hevia y Pascal, 2002.

⁴² En la Tabla 1 se describen las Agrupaciones de pertenencia de las entrevistadas y en la Tabla 2 los hospitales donde éstas se atienden.

Regiones	%	% nacional
Segunda Región	12%	3,5%
Cuarta Región	11%	2,7%
Quinta Región	12%	17%
Sexta Región	5%	2%
Octava Región	3%	4,4%
Novena Región	6%	2,7%
Décima Región	1%	2,9%
Región Metropolitana	50%	56%
Total	100%	100%

Reagrupación de regiones en zonas: Para objeto de un análisis más global de los datos y para aumentar las posibilidades de establecer correlaciones con las variables que se consideraron pertinentes, decidimos reagrupar las regiones de residencia de las entrevistadas en tres grandes grupos: zona norte, zona sur y zona centro. Así, se obtuvo la siguiente distribución:

Zonas Geográficas	%
Zona Norte	35%
Zona Sur	15%
Zona Centro (Santiago)	50%
Total	100%

4. PERCEPCIÓN DE INGRESOS

Para describir la percepción del ingreso familiar mensual de las mujeres consultadas, se establecieron criterios a partir de los cuales se categorizó esta variable en cuatro tramos, los cuales no coinciden plenamente con los criterios establecidos en otros estudios, de acuerdo a los cuales un ingreso superior a \$250.000 corresponde a un ingreso medio alto. Para efectos de esta investigación, y en virtud de la realidad socioeconómica de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en Chile, éste fue considerado un ingreso alto, ya que, junto con la feminización de la pandemia, CONASIDA y VIVO POSITIVO advierten la existencia de una creciente pauperización dentro de este grupo⁴³. Por otro lado, esto se corresponde con los datos obtenidos a nivel nacional, donde se observa que aún cuando se ha acortado la brecha entre la pobreza total de hombres y de mujeres, sigue habiendo diferencias importantes en desmedro de estas últimas. Esas diferencias están dadas principalmente por un grupo de mujeres que no han superado su situación de indigencia, constituyéndose en un núcleo de pobreza dura. Esa proporción hace que el porcentaje de mujeres pobres sea mayor al porcentaje de hombres pobres, fenómeno que se ha conocido como “feminización de la pobreza”⁴⁴. Para efectos de claridad en la presentación de los datos y de aumentar las posibilidades del análisis de correlaciones, en algunos casos reagrupamos las categorías intermedias y, en otros, las categorías extremas. Esto se realizó con el objeto de describir con mayor claridad el efecto de esta variable sobre alguna de las variables abordadas en este estudio.

⁴³ Al respecto ver Donoso y Vírveda, 2002.

⁴⁴ MIDEPLAN, 2000

Tramos	Ingresos	% Muestra
Tramo I: Ingreso Bajo	Menos de \$ 100.000 mensuales	34%
Tramo II: Ingreso Medio Bajo	Entre \$ 100.000 y \$ 149.000 mensuales	18%
Tramo III: Ingreso Medio Alto	Entre \$ 150.000 y \$ 249.000 mensuales	25%
Tramo IV: Ingreso Alto	Igual o más de \$ 250.000 mensuales	23%
Total		100%

Como se muestra en la tabla, un 34% de las mujeres percibe un ingreso familiar mensual inferior a los \$ 100.000 y sólo un 23% uno superior a \$ 250.000, lo que indica que el grupo estudiado se encuentra en una precaria situación económica.

Correlación con Variables Sociodemográficas

4.1. Edad: Al correlacionar los ingresos que perciben las mujeres con su edad, encontramos que mientras más jóvenes son las entrevistadas, mayor es el porcentaje de ellas que vive con un ingreso familiar mensual inferior a los \$100.000. Es así como el 53,8% de las entrevistadas de entre 19 y 29 años se encuentra en esta situación, mientras que ninguno de los otros tramos etáreos superan el 28%. Por otro lado, los ingresos más altos se concentran en las mujeres de entre 40 y 49 años, con un 37,9% de los casos (Tabla 3)

4.2. Nivel Educativo: El nivel educacional es una variable que lógicamente influye en los niveles de ingreso. Es así como el 50% de las entrevistadas que posee el grado de instrucción más alto percibe ingresos superiores a los \$250.000, mientras sólo el 6,1% de las mujeres de nivel educacional bajo indica encontrarse en esta situación, concentrándose en el tramo de ingreso inferior a \$100.000 mensuales, con un 48,5% de los casos (Tabla 4)

Ingreso per Cápita: De acuerdo al número de integrantes que conforman el grupo familiar, encontramos que la mayor parte de las entrevistadas vive en hogares compuestos por tres y cuatro personas, concentrando el 45% de los casos entre ambas categorías de respuesta (Tabla 5) Si dividimos el ingreso familiar mensual por el número de personas que componen el hogar, tenemos que los porcentajes se concentran en el tramo que va desde los \$13.750 hasta los \$27.500, con un 31% de los casos (Tabla 6) Esto confirma la idea planteada con anterioridad sobre la precaria situación económica en que se encuentran las mujeres viviendo con VIH/SIDA en Chile.

Ingresos adicionales: El 79% de las entrevistadas señala no recibir ingresos adicionales. Del 19% de mujeres que sí los perciben, la mayoría trabaja de forma independiente, con un 63,2% de los casos (Tablas 7), y se concentran en las mujeres mayores de 40 años, en un 49,8%⁴⁵ (Tabla 8) En cuanto al nivel educacional, los porcentajes se concentran en los tramos extremos, con un 51,5% de los casos (27,3% en el nivel educacional alto y 24,2% en el bajo) (Tabla 9)

⁴⁵ El 27.6% corresponde a mujeres de entre 40 y 49 años y el 22,2% a las mujeres mayores de 50.

5. PARTICIPACIÓN EN EL INGRESO FAMILIAR

Para analizar la participación de las mujeres en el ingreso familiar, reagrupamos las categorías “*más de la mitad del ingreso*” y “*la mitad del ingreso*” contenidas en el instrumento en la categoría “*la mitad del ingreso*”, ya que habían muy pocos casos de mujeres que declaraban aportar “*más de la mitad del ingreso*”. De acuerdo a esta recategorización, encontramos que las respuestas tienden a homogeneizarse en los distintos tramos, ya que el 27% de las entrevistadas declara proveer “*todo el ingreso familiar*”, el 25% aporta “*la mitad del ingreso*”, el 24% colabora con “*menos de la mitad*” de éste y un 23% señala “*no tener ingresos que aportar*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

5.1. Edad: Las mujeres mayores de 40 años son las que declaran en mayor medida proveer “*todo el ingreso familiar*” (34,5% para las mujeres menores de 50 años y un 33,3% para las mayores de esa edad). Así mismo, quienes señalan “*no tener ingresos que aportar*” son las mujeres más jóvenes, con un 34,6%, seguidas por las consultadas de entre 30 y 39 años, con un 30,6% (Tabla 10)

5.2. Nivel Educativo: Los niveles educacionales intermedios concentran los porcentajes en la categoría de proveer “*todo el ingreso familiar*”, con porcentajes cercanos al 30% para cada caso. Por otro lado, quienes declaran “*no tener ingresos que aportar*”, son las mujeres de nivel educacional medio bajo, con un 35,7%, porcentaje que disminuye en los tramos de mayor instrucción, a porcentajes inferiores al 20% para cada uno (Tabla 11)

5.3. Ingreso: La mayor parte de las entrevistadas que declara que su ingreso familiar mensual es menor a los \$100.000 declara, a su vez, que aporta “*todo el ingreso familiar*”, concentrando un 50% de los casos (Tablas 12) De acuerdo a ello, es posible afirmar que la precaria situación económica en que se encuentran las mujeres estudiadas, se agudiza por haber tenido que asumir la jefatura del hogar, en muchos de los casos por el fallecimiento de su pareja a causa del VIH/SIDA.

Correlación con Variables Específicas

5.4. Viudez, ingreso y participación: Para efectos de correlacionar el ingreso familiar mensual, la participación de las mujeres en éste y la situación de viudez, construimos una variable que separa las viudas de las no viudas, y construimos dos tablas de tres variables que dan cuenta de las relaciones existentes entre ellas. La lectura de las tablas permite establecer que existe correlación entre las variables, ya que un 62,5% de las mujeres que han enviudado declara tener ingresos bajos (inferiores a \$100.000) y, al mismo tiempo, señala proveer “*todo el ingreso familiar*” (Tabla 13) Ese porcentaje disminuye al 46,2% entre las entrevistadas que no son viudas (Tabla 14)

6. SITUACIÓN OCUPACIONAL

Respecto a la situación ocupacional de las mujeres, el 36% de las entrevistadas “*está trabajando*” al momento de la entrevista; un 33% se declara “*dueña de casa*”⁴⁶ y un 27% “*está cesante*”. Este porcentaje es mayor que la tasa de desocupación por sexo a nivel nacional, donde sólo un 10,5% de las mujeres se declara cesante⁴⁷. Al consultar a las mujeres sobre la ocupación que realizan o la última que realizaban, en caso de no encontrarse trabajando al momento de la encuesta, vemos que un 31,3% de ellas lo hace o hacía como “*empleada en empresa pública o privada*”, un 19,4% en “*servicio doméstico*” y un 17,9% como “*profesional o técnica en empresa pública o privada*” (Tabla 15)

Correlación con Variables Sociodemográficas

6.1. Edad: Las mujeres más jóvenes son las que declaran en mayor porcentaje trabajar como dueña de casa, con un 42,3% de los casos, mientras que un 30,8% señala estar cesante⁴⁸. Las mujeres de entre 40 y 49 años son las que mayormente declaran encontrarse trabajando, en un 51,7% (Tabla 16)

6.2. Nivel Educativo: El nivel educacional se correlaciona directamente con la situación ocupacional de las mujeres, ya que el 50% de quienes cuentan con un nivel educacional más alto declara encontrarse trabajando, porcentaje que disminuye al 21,2%, en las mujeres del nivel más bajo. Aún cuando la mayor concentración de casos de cesantía se da en el nivel educacional bajo, con un 39,4%, no se aprecian diferencias sustantivas con los otros niveles, que bordean el 30%. La excepción la constituyen las mujeres que han completado la Educación Media y/o han iniciado cursos técnicos (nivel medio alto), donde disminuye drásticamente a un 6,9% (Tabla 17)

7. PERCEPCIÓN DE PENSIONES

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA pueden optar a diversos tipos de pensiones, de acuerdo a la situación en que éstas se encuentren. Entre ellas podemos mencionar las pensiones asistenciales, entregadas por la Municipalidad; las pensiones de gracia, otorgadas por el Gabinete del Presidente y las pensiones de invalidez y viudez, otorgadas por las AFP. Al respecto, el 51% de las entrevistadas declara recibir algún tipo de pensión. Los tipos de pensiones que principalmente declaran las mujeres son:

- Pensión de Invalidez : 37,3%
- Pensiones asistenciales : 17,6%
- Pensión de viudez : 17,6%
- PASIS : 9,8%
- Pensión de Gracia : 7,8%

⁴⁶ De acuerdo a las cifras de CONASIDA (2000), las dueñas de casa alcanzan el 51% del total de mujeres notificadas.

⁴⁷ Instituto Nacional de Estadísticas, 2003a

⁴⁸ No obstante, las mujeres de entre 30 y 39 años son las que tienen el mayor porcentaje de cesantía, con un 33,3%.

Correlación con Variables Sociodemográficas

7.1. Edad: Las mujeres mayores de 50 años son las que declaran en mayor proporción recibir algún tipo de pensión, con un 77,8% de los casos. No obstante, los otros tramos etáreos se mantienen alrededor del 50%⁴⁹, por lo que la edad no parecería ser un factor determinante en el acceso a este tipo de beneficios, sino su condición serológica.

7.2. Nivel Educativo: Las mujeres de nivel educacional más bajo son las que mayormente declaran estar gozando de este beneficio, en un 72,7%. A diferencia de ello, sólo el 22,7% de las mujeres con niveles educacionales más altos responde de igual forma, ya que un 77,3% indica no estar recibiendo ningún tipo de pensión.

8. ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Para la categorización y distribución de las mujeres en los distintos estratos socioeconómicos nos basamos en el *Índice Socioeconómico Esomar* (World Association of Market Research), adaptado a la realidad chilena por Roberto Méndez⁵⁰, adecuándolo a las características específicas de la muestra estudiada⁵¹. El índice construido conjugó tres variables: nivel educacional, percepción de ingresos y situación ocupacional. Dadas las características de las mujeres viviendo con VIH/SIDA decidimos dar un mayor peso relativo a la variable nivel educacional, ya que tanto la percepción de ingresos como la situación ocupacional, podrían estar afectadas por la condición serológica de la mujer, distorsionando de alguna manera su clasificación por estrato⁵². A continuación se señalan los porcentajes que se incluyen en cada uno de los tramos establecidos y su equivalencia con el índice Esomar.

Estrato	%
Estrato Bajo (Grupo E)	22%
Estrato Medio Bajo (Grupo D)	30%
Estrato Medio Alto (Grupo C3)	29%
Estrato Alto (Grupo C2)	19%
Total	100%

Esta clasificación presenta algunas diferencias con las categorías usadas en el estudio de Roberto Méndez y que dicen relación con la realidad de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en Chile, cuya creciente pauperización queda reflejada en las cifras a nivel nacional, donde se evidencia una tendencia al deterioro en los niveles de escolaridad y de ocupación para ambos sexos, “*reafirmando la tendencia a la pauperización de las personas*”

⁴⁹ El 50% de las mujeres de entre 19 y 29 años y las que tienen entre 30 y 39 declaran recibir algún tipo de pensión, porcentaje que disminuye levemente al 44,8% en las mujeres entre 40 y 49 años.

⁵⁰ Méndez, 1999.

⁵¹ En el anexo 3 se incluye una descripción detallada sobre esta adecuación.

⁵² El Estudio Sociocomportamental realizado por Nous Consultores muestra que las personas viviendo con VIH/SIDA se comportan de manera distinta que el resto de la población en términos laborales, existiendo un mayor número de personas cesantes y de ingresos bajos y contratos inestables. Ver: Sgombich, y Bahamondes, 2003.

notificadas”⁵³. Por otro lado, en la población específica de mujeres seropositivas se dan características distintas a las de la población en general, como, por ejemplo, la gran cantidad de ellas que ha enviudado por motivos relacionados con el VIH/SIDA y que ha debido asumir, además de su situación serológica, la jefatura de su hogar y la mantención de los/as hijos/as, en algunos casos, de su misma condición serológica. Además, también existe un porcentaje de mujeres que no se declaran viudas, pero que informan de la muerte de su pareja a causa de la pandemia. En suma, la conjugación de estos factores nos llevaron a tomar la decisión de adaptar las convenciones establecidas para las clasificaciones por estrato.

Correlación con Variables Sociodemográficas

8.1. Edad: Las mujeres más jóvenes son las que se concentran en el estrato socioeconómico más bajo, con un 42,3% de los casos. Las entrevistadas de entre 30 y 39 años se concentran en los tramos intermedios (41,7% se ubica en el estrato medio alto y un 38,9% en el estrato medio bajo) mientras que las mujeres de entre 40 y 49 años lo hacen en el estrato medio alto y alto, con el mismo porcentaje (27,6%)⁵⁴ (Tabla 18)

8.2. Nivel educacional: El nivel educacional no fue correlacionado con la clasificación por estrato, por haber sido una de las variables utilizadas para su categorización.

9. RELIGIÓN

Como era de esperarse, más de la mitad de las entrevistadas se declara “*católica*”, en un 54% de los casos, seguida por la religión “*evangélica*”, que es declarada en un 19%. Un 11% declara “*no tener religión*” (Tabla 19) Para comparar estos datos con los del Censo 2002, se transformaron los datos originales, que aparecen en números absolutos, en porcentajes. Es así como encontramos ciertas diferencias al comparar los resultados del estudio del INE en población femenina con los obtenidos en esta investigación, donde se detectó un menor porcentaje de católicas -que en el Censo es de 71.7%; mayor porcentaje de evangélicas -que en el Censo es de 16,1%; y mayor porcentaje de personas que se declara sin religión -que en el Censo es de 6%⁵⁵ (Tabla 20)

Correlación con Variables Sociodemográficas

9.1. Edad: Aún cuando en todos los tramos etáreos se observa una tendencia a declararse principalmente católicas, entre las mujeres más jóvenes se observa una mayor diversidad en las respuestas respecto a la religión profesada. Sólo un 38,5% de las entrevistadas de entre 19 y 29 años se declara católica, lo que representa la menor concentración de porcentajes dentro de todos los tramos de edad considerados en esta categoría. A su vez, este mismo grupo también concentra los mayores porcentajes de religión evangélica, con un 26,9% de los casos, y la mayor declaración de mujeres que informa no profesar ninguna religión, ya

⁵³ CONASIDA, 2000.

⁵⁴ Las mujeres mayores de 50 años no fueron mencionadas en el análisis por ser muy pocos casos y no mostrar una tendencia clara.

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadísticas, 2003b.

que un 23,1% de las entrevistadas que se ubica en este tramo opina de esta manera. En relación a los otros grupos de edad, las mujeres que indican no tener religión sólo alcanzan el 10% (Tabla 21)

9.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educativos existe una mayor proporción de mujeres que señalan ser católicas, con porcentajes que van desde el 43,8%, en el nivel medio bajo, al 59,1% en las mujeres con educación superior. Un dato interesante es que las mujeres que se declaran evangélicas se concentran en los niveles educativos más bajos, con un 30,3%. Por otro lado, las mujeres que declaran no profesar ninguna religión se concentran en los niveles educativos intermedios, bordeando un 18% (Tabla 22)

9.3. Estrato Socioeconómico: Así como en los casos anteriores, la religión católica concentra los porcentajes más altos en cada uno de los estratos socioeconómicos, con cifras superiores al 50% en cada uno. Sin embargo, es interesante hacer notar que el porcentaje de mujeres que se declara evangélica aumenta progresivamente a medida que disminuye el estrato socioeconómico en el que se ubican las entrevistadas. Es así como el 36,4% de las mujeres del estrato más bajo señala ser evangélica, mientras que sólo el 5,3% de las de estrato alto responde del mismo modo (Tabla 23)

V. ANTECEDENTES SOBRE VIH/SIDA

1. AÑO DE NOTIFICACIÓN

Con respecto al año de notificación, se codificaron las respuestas en dos categorías: “*antes del año 2000*” y “*desde el año 2000 en adelante*”. Se estableció este año para realizar las comparaciones, ya que a fines del año 1999 se produce la entrega, por primera vez, de un porcentaje importante de triterapias, lo cual marca un hito en la historia de la pandemia en nuestro país. Por otro lado, desde CONASIDA se profundiza y amplía la capacitación al personal de salud en temas relacionados con la consejería. En relación a la muestra estudiada, el 60% de las mujeres recibieron su notificación antes del 2000, mientras que el 40% restante lo hizo a partir de ese momento.

Correlación con Variables Sociodemográficas

1.1. Edad: No se observa una relación clara entre la edad y el año de notificación, ya que en los distintos tramos de edad existen porcentajes similares de mujeres notificadas tanto antes como después del 2000. Sin embargo, hay una disminución en las notificaciones a partir de ese año entre las mujeres mayores de 40 años (Tabla 24)

1.2. Nivel Educativo: Tampoco se observan tendencias claras al correlacionar el nivel educacional con el año de notificación, por las mismas razones anteriormente dadas. Es interesante mencionar que el único grupo que mantiene la misma proporción de mujeres que fueron notificadas tanto antes como después del 2000, son las de nivel educacional alto, mientras que en todos los otros tramos educacionales, son más frecuentes los casos de mujeres notificadas antes de ese año (Tabla 25)

Vía de Transmisión: Un 95% de las mujeres adquirió el VIH/SIDA por vía sexual y sólo un 2% por vía sanguínea⁵⁶. Además, es muy probable que la mayor parte de ellas lo haya adquirido a través de su pareja estable, ya que un 46% de las entrevistadas se practicó el test de ELISA porque su pareja fue notificada por VIH, porcentaje que baja al 21% entre quienes lo hicieron por motivos relacionados con su propia situación de salud (Tabla 26)

2. INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA ANTES DE LA NOTIFICACIÓN

En relación al grado de información que las entrevistadas tenían acerca del VIH/SIDA antes de ser notificadas, encontramos que el 49% de ellas declaró que tenía “*escasa información*”; el 36% dice que no tenía “*ninguna información*”, y sólo el 15% declara que tenía “*bastante información*”. Entre las entrevistadas que declararon tener información sobre VIH antes de su notificación, el 87,5% no creyó necesario cuidarse de adquirirlo, debido a motivos relacionados con una baja percepción de riesgo, en un 42,9% y el tener pareja estable, con el 37,5% de los casos (Tabla 27) Del 12,5% de entrevistadas que si creyeron necesario tomar medidas para evitar la adquisición del virus, el 50% señala como motivo principal el temor a la infidelidad (Tabla 28)

⁵⁶ Las cifras de transmisión del VIH por vía sexual es de 93,5% a nivel nacional (CONASIDA, 2000)

Correlación con Variables Sociodemográficas

2.1. Edad: Mientras más jóvenes son las entrevistadas, mayor es el porcentaje que señala no haber tenido “ninguna información” sobre el VIH/SIDA antes de su notificación, pasando desde un 42,3% en las entrevistadas menores de 30 años, a un 22,2% en las mayores de 50. Por su parte, las mujeres entre 30 y 39 años son las que señalan en mayor proporción haber contado con “bastante información” sobre VIH/SIDA antes de ser notificadas, con un 19,4% (Tabla 29)

2.2. Nivel Educativo: Quienes declararon tener “bastante información” sobre VIH/SIDA antes de la notificación, son las mujeres pertenecientes al nivel educacional alto, con un 22,7% de los casos, porcentaje que disminuye progresivamente hasta llegar al 12,1% en las entrevistadas de nivel educacional bajo. Además, este último grupo concentra los porcentajes de declaración de no tener “ninguna información”, con un 51,5% (Tabla 30)

2.3. Zona geográfica: Para correlacionar esta variable con el grado de información sobre VIH/SIDA hicimos dos tipos de reagrupaciones. En primer término, reagrupamos la zona norte con la zona sur para contrastar el grado de información que las mujeres tenían con respecto al tema en relación a quienes habitan en la Región Metropolitana y, en segundo lugar, reagrupamos las categorías de información en dos subcategorías: “tenía información” (escasa o bastante) y “no tenía información”. Producto de ello, encontramos que quienes declaran haber tenido mayor información sobre VIH/SIDA son las mujeres residentes en Santiago, con un 72% de los casos, porcentaje que baja al 56% en las residentes en regiones. Por tanto, el 44% de las entrevistadas de regiones señala que “no tenía información” sobre VIH/SIDA antes de ser notificadas, porcentaje que baja al 28% en Santiago (Tabla 31) Cabe señalar también que las mujeres de regiones son quienes tenían una menor percepción de riesgo de adquirir el VIH, ya que sólo un 3,6% de ellas consideró necesario cuidarse de adquirir el virus, porcentaje que sube al 19,4% entre las residentes en Santiago (Tabla 32)

3. TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES

Del total de mujeres consultadas, un 66% de ellas se encuentra bajo régimen de antirretrovirales, mientras que un 32% no se encuentra en esta situación.

Correlación con Variables Sociodemográficas

3.1. Edad: A medida que aumenta la edad de las entrevistadas se incrementa progresivamente la declaración de ingesta de antirretrovirales, con porcentajes de 38,5% en las mujeres de entre 19 y 29 años a un 100% en las mayores de 50⁵⁷.

3.2. Nivel Educativo: No hay relación lineal entre ingesta de tratamientos antirretrovirales y nivel educacional. No obstante, cabe destacar que el nivel educacional

⁵⁷ Los porcentajes intermedios son: 69,4% en las mujeres de entre 30 y 39 años; y 75,9% en las mujeres de entre 40 y 49.

medio alto es el que presenta el mayor porcentaje de mujeres tomando tratamiento, con un 75,9%. Todos los otros niveles bordean el 60% (Tabla 33)

3.3. Año de Notificación: Al desagregar la información por año de notificación, encontramos que el mayor porcentaje de ingesta de medicamentos se concentra en las mujeres notificadas antes del 2000, con un 76,7% de los casos, lo que contrasta con el 50% entre las notificadas con posterioridad a esa fecha⁵⁸.

4. SITUACIÓN DE PAREJA

4.1. SITUACIÓN CONYUGAL

Con respecto a la situación conyugal de las mujeres consultadas, encontramos los siguientes resultados:

- “Soltera” : 30%
- “Separada de hecho” : 28%
- “Viuda”⁵⁹ : 21%
- “Casada” : 16%
- “Anulada” : 4%
- “Conviviente” : 1%

Correlación con Variables Sociodemográficas

4.1.1. Edad: Las mujeres más jóvenes son las que se declaran en mayor medida “solteras”, ya que un 38,5% de las entrevistadas entre 19 y 29 años y un 36,1% de las que tienen entre 30 y 39 años se encuentra en esta situación. Por otro lado, en las mujeres de los tramos de mayor edad, se observa una mayor concentración de casos en la categoría “separada de hecho”, con porcentajes de 34,5% para las mujeres que tienen entre 40 y 49 años y 33,3% para las mayores de 50. Un dato interesante de relevar es que el 26,9% de las mujeres más jóvenes indica haber enviudado, porcentaje más alto después de la declaración de soltería dentro de este grupo. Además, obtienen el segundo porcentaje en declaración de viudez después de las mujeres mayores de 50 años (Tabla 35)

4.1.2. Nivel Educativo: El nivel educacional no establece diferencias sustantivas en relación a la situación conyugal, ya que los porcentajes son similares entre los distintos niveles educacionales y las diferentes situaciones conyugales. La totalidad de casos de nulidades matrimoniales se registran en los niveles educacionales altos, aún cuando en porcentajes relativamente bajos en relación a los otros estados civiles (Tabla 36)

⁵⁸ A la inversa, el 47,5% de las notificadas desde el 2000 en adelante no está tomando tratamientos, porcentaje que baja al 21,7% entre las mujeres notificadas con anterioridad a esa fecha.

⁵⁹ Del total de entrevistadas, un 38% de ellas declara haber tenido una pareja que ha muerto a causa del VIH/SIDA (Tabla 34)

4.2. SITUACIÓN DE PAREJA ACTUAL

Frente a la pregunta sobre la situación de pareja actual, encontramos que el 63% de las entrevistadas señala “*tener pareja estable*”. De ellas, el 38% “*vive con su pareja*”, mientras que un 25% no lo hace. Por otro lado, el 37% de las entrevistadas señala “*no tener pareja estable*”. Para comparar a quienes tienen pareja estable y quienes no la tienen, reagrupamos las categorías “*vive con su pareja estable*” y “*tiene pareja estable pero no vive con ella*” en la categoría “*tiene pareja estable*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

4.2.1. Edad: Aún cuando en todos los tramos de edad se observa una mayor declaración de mujeres que se encuentran emparejadas, las mayores concentraciones en esta categoría corresponden a las mujeres más jóvenes, con un 76,9%. Por otro lado, las mujeres de mayor edad son quienes declaran en mayor medida “no tener pareja estable”, con un 51,7% para las mujeres mayores de 40 años y un 55,6% para las mayores de 50 años (Tabla 37)

4.2.2. Nivel Educativo: A medida que aumenta el nivel educacional disminuye la proporción de mujeres que declara “*tener pareja estable*”. De este modo, el 75,8% de las entrevistadas con nivel educacional más bajo señala tener pareja, porcentaje que disminuye al 54,5% en las de nivel educacional alto. Al analizar sólo a quienes no tienen pareja, encontramos que los menores porcentajes se concentran entre las mujeres de menor nivel de instrucción, con un 24,2% de los casos, cifra que aumenta progresivamente hasta llegar al 45,5% entre las mujeres con mayor grado de instrucción (Tabla 38)

Correlación con Variables Específicas

4.2.3. Serología pareja: Del total de mujeres que declaró tener pareja estable al momento de la entrevista, un 52,4% de ellas señala que su pareja es seronegativa, mientras que sólo un 38,1% indica que su pareja tiene su misma condición serológica⁶⁰.

5. NÚMERO Y SITUACIÓN SEROLOGÍA DE HIJOS/AS

Al preguntar sobre la tenencia de hijos, encontramos que la mayoría de las mujeres se encuentra en esta situación, con un 88% de los casos. En relación al número de hijos, los mayores porcentajes se concentran en la categoría “*uno o dos hijos*”, con un 56,8% de los casos. Un 31,8% señala tener “*tres hijos*” y un 10,2% indica tener “*cuatro hijos*” (Tabla 39) Del total de mujeres que declararon tener hijos, un 15,9% de ellas indica que éstos/as son seropositivos/as. Además, se detectaron dos casos de mujeres que declararon tener dos hijos/as de su misma situación serológica (Tabla 40)

⁶⁰ Un 9,5% no sabe o no responde.

VI. ATENCIÓN EN SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Uno de los temas relevantes que se plantea al hablar de las problemáticas que deben enfrentar las mujeres viviendo con VIH/SIDA tiene que ver con las situaciones que deben experimentar al interior de los servicios de salud pública. En este sentido, el primer acercamiento que las mujeres tienen a estos servicios dice relación con el momento en que reciben su notificación por VIH y con la actitud de la persona que le entrega el resultado, que parece ser un factor determinante en los procesos de aceptación de su nueva condición serológica. Debido a ello, este nos pareció uno de los primeros aspectos que debíamos indagar al analizar la atención en el servicio. Una vez recibida la notificación, las mujeres deben incorporarse a los programas de VIH del hospital que les corresponde de acuerdo a su domicilio, por lo cual también decidimos conocer el grado de acceso que las mujeres tienen a estos servicios y los motivos por los cuales se les podría hacer difícil asistir regularmente a sus controles de salud. Después de haber ingresado al programa de VIH, la atención que se les proporciona nos pareció otro de los aspectos relevantes a indagar, tanto en términos de la percepción que las mujeres tienen de la calidad de la atención, la relación que mantienen con el médico tratante y la información sobre VIH/SIDA que se les entrega en los servicios de salud. El conocimiento de la manera en que las mujeres perciben estos elementos nos dará el punto de partida para comenzar a realizar un análisis más detallado de la atención que reciben en temas centrados en Salud Sexual y Reproductiva, como acceso a exámenes específicos, difusión de los derechos que tienen como usuarias del sistema público y, en particular, como mujeres viviendo con VIH/SIDA. En este contexto, profundizaremos el análisis en la evaluación que las mujeres hacen del respeto a sus Derechos Sexuales y Reproductivos y las presiones que desde el servicio de salud se podrían ejercer en este ámbito.

1. ENTREGA DE LA NOTIFICACIÓN

En relación a la forma en que las entrevistadas recibieron su notificación por VIH, cabe señalar que sólo el 49% de ellas considera que la actitud que tuvo la persona que la notificó fue “*acogedora y/o comprensiva*”; el 33% estima que fue “*dura o enjuiciadora*” y un 18% señala que fue “*indiferente*”. De este modo, en menos de la mitad de los casos, la actitud de la persona que entregó el diagnóstico es evaluada por las mujeres como adecuada.

Correlación con Variables Sociodemográficas

1.1. Edad: No hay una relación directa entre ambas variables, ya que los porcentajes son similares entre los distintos tramos etáreos. Sin embargo, considerando que al 49% de las entrevistadas se las notificó de buena manera, los grupos etáreos que se encuentran bajo este porcentaje son los comprendidos entre 19 y 29 años, con un 46,2%, y el grupo entre 40 y 49 años, con un 41,4%⁶¹. Los restantes grupos de edad se encuentran por sobre este promedio; con un 52,8%, en las mujeres con edades entre 30 y 39 años y con un 66,7% en las que tienen más de 50 años (Tabla 41)

⁶¹ En este último grupo es donde se concentra, además, el mayor porcentaje de notificaciones con actitudes duras y enjuiciadoras, con un 48,3%.

1.2. Nivel Educativo: Aún cuando existe una tendencia a la homogenización en las respuestas dadas por las entrevistadas, vemos que a medida que aumenta el nivel educativo disminuye la proporción de mujeres que evalúa la actitud del personal de salud en el momento de la notificación como “*acogedora y/o comprensiva*”. Es así como las mujeres de nivel educativo más bajo señalaron haber sido notificadas de esta manera en un 51,5% de los casos, porcentaje que disminuye al 45,5% en el nivel educativo más alto. Los niveles educativos intermedios se ubican en torno al 49% y, además, son quienes señalan en mayor medida que, al momento de la notificación, la actitud de la persona fue “*dura y enjuiciadora*” (41% en promedio) (Tabla 42) Es probable que estos resultados se relacionen con una actitud más crítica de las mujeres de niveles educativos altos respecto de la forma en que fueron notificadas y al funcionamiento del sistema de salud.

1.3. Año de notificación: Entre las personas que fueron notificadas antes del año 2000, el 46,7% considera que la actitud de quien la notificó fue “*acogedora y/o comprensiva*”, porcentaje que aumenta a un 52,5% entre las personas que fueron notificadas a partir de ese año. Por otro lado, el 38,3% de quienes fueron notificadas antes del 2000, estima que la actitud de la persona fue “*dura y enjuiciadora*”, disminuyendo al 25% entre las notificadas con posterioridad a ese año. De este modo, los porcentajes indican que la actitud en el momento de la notificación es mejor evaluada por quienes fueron informadas de su seropositividad durante o después del año 2000 (Tabla 43) Como señalamos con anterioridad, esto puede relacionarse también con la profundización de los esfuerzos realizados por CONASIDA en términos de capacitar al personal de salud en temas relacionados con consejería.

2. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En relación al acceso a los servicios de salud, encontramos que a un preocupante 45% de las entrevistadas se les hace difícil el acceso a éste, lo cual nos parece relevante de considerar en términos de la periodicidad necesaria con que este grupo de mujeres deben asistir a controles médicos. El 55%, en tanto, no tendría dificultades de este tipo.

Correlación con Variables Sociodemográficas

2.1. Edad: El tramo de menor edad es el que concentra la mayor proporción de mujeres que considera difícil asistir a los servicios de salud, con un 73,1%, mientras sólo un 11,1% de las mujeres mayores de 50 años opina de esa manera (Tabla 44)

2.2. Nivel Educativo: El nivel educativo no introduce diferencias al momento de evaluar la dificultad en el acceso a los servicios de salud, ya que los porcentajes se distribuyen de manera relativamente homogénea entre los distintos niveles educativos establecidos (Tabla 45)

2.3. Ingreso: Quienes declaran tener mayores dificultades de acceso son aquellas entrevistadas que perciben ingresos más bajos (inferiores a \$100.000), en un 64,7%, seguidas con bastante diferencia por las mujeres de mayores ingresos, ya que un 47,8% de ellas también indica tener dificultades de acceso. En los tramos de ingresos intermedios encontramos la mayor concentración de casos de mujeres que declaran que no se le hace

difícil asistir regularmente a dichos servicios (Tabla 46) Probablemente esto se relacione con que las mujeres de menores ingresos carecen de los recursos necesarios para asistir a los controles, mientras que las dificultades de las mujeres con ingresos superiores podrían relacionarse con la necesidad de cumplir con un determinado horario de trabajo.

2.4. Zona Geográfica: La zona geográfica donde se detectan los mayores problemas de acceso es la zona norte, ya que un 57,1% de las entrevistadas que viven en esta zona manifiesta tener estas dificultades. En tanto, en la zona sur, ese porcentaje disminuye a un 40% y en Santiago a un 38%.

3. TIPO DE DIFICULTAD PARA ACCEDER AL SERVICIO

El tipo de dificultades informadas con mayor frecuencia por parte de las entrevistadas para asistir a sus controles médicos son la “*lejanía del servicio*” y el “*gasto*” que les significa este traslado, con un 60% para cada caso. Por otro lado, el 31,1% de las entrevistadas señala que se le hace difícil acudir al hospital porque “*no tiene con quien dejar a los/as hijos/as*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

3.1. Edad: Aún cuando no se observan diferencias significativas, podemos señalar que las mujeres más jóvenes expresan mayores dificultades relacionadas con aspectos económicos, con un 78,9%, seguidas de las mujeres de entre 30 y 39 años, con un 46,2% de los casos. A diferencia de ello, para las mujeres que tienen entre 40 y 49 años, la mayor dificultad se refiere a la lejanía y al tiempo utilizado en llegar al servicio de salud, con el 83,3%⁶² (Tabla 47)

3.2. Nivel Educativo: Se observa correspondencia entre nivel educacional y tipo de dificultad percibida con mayor frecuencia. El 85,7% de las entrevistadas del nivel educacional bajo considera que la principal dificultad para asistir a controles médicos dice relación con los gastos en que deben incurrir para hacerlo, mientras que sólo el 22,2% de las mujeres de nivel educacional alto opina de esta misma manera. En este grupo la principal dificultad es el tiempo de traslado al establecimiento de salud, con un 66,7% (Tabla 48)

Correlación con Variables Específicas

3.3. Tenencia de Hijos: La tenencia de hijos/as no incide en la declaración de dificultades en el acceso a los servicios, ya que, tanto para quienes los tienen como para las que no, las principales dificultades se relacionan con el gasto en locomoción y con la lejanía del servicio (Tabla 49)

⁶² No se consideraron las mujeres mayores de 50 años por tratarse de dos casos que expresan dificultades de acceso.

4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO

Se observa una buena percepción de la calidad de la atención proporcionada en el servicio de salud, ya que un 59% de las entrevistadas realiza una positiva evaluación de ella; un 38% opina que es “regular” y un 3% considera que la atención es “mala”. Las razones esgrimidas para evaluar favorablemente el servicio de salud son, en primer lugar, la “buena atención”, con un 47,5%; “la relación con el equipo de salud”, con un 23,7% y, finalmente, el “trato” que allí se le proporciona, con un 22% de los casos. Entre las razones declaradas para evaluar como regular la atención del servicio de salud, están los “problemas de atención”, con un 42,1%, la “discriminación”, con un 28,9% y los “problemas con el médico”, con un 21,1%. Resulta interesante destacar que no existe relación entre la gravedad del problema denunciado y la evaluación que se hace del servicio, ya que las dificultades mencionados ameritarían, a nuestro juicio, una peor evaluación del mismo. Este antecedente nos hace pensar que existe una sobre valoración por parte de las entrevistadas de la calidad de la atención proporcionada⁶³.

Correlación con Variables Sociodemográficas

4.1. Edad: Se mantiene la tendencia a realizar una positiva evaluación de la calidad de la atención en todos los tramos de edad. Sin embargo, las mujeres de mayor edad son quienes hacen una mejor evaluación de la atención, con un 88,9% de los casos. Los otros tramos etáreos opinan de la misma manera en porcentajes que bordean el 55%. No obstante, al analizar a quienes hacen una mala evaluación del servicio, encontramos que las más jóvenes concentran los porcentajes, con un 11,5%, representando la totalidad de los casos que evaluaron de esta manera la atención (Tabla 50)

4.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educacionales es mayor la proporción de entrevistadas que evalúa como buena la atención prestada por el servicio de salud. Sin embargo, la mayor concentración de evaluaciones positivas se produce en el nivel educacional medio bajo, ya que el 81,3% de las mujeres de este segmento opinó de esta manera, mientras que en los otros niveles educacionales esta evaluación fluctúa alrededor del 55% (Tabla 51)

4.3. Zona Geográfica: La zona norte es donde se presenta la mejor evaluación de la calidad de la atención prestada en los servicios de salud, ya que un 68,6% de las entrevistadas que se atienden en hospitales de esa zona opina de esta manera. En Santiago, un 56% de mujeres evalúa de la misma manera el servicio. En la zona sur, en tanto, el porcentaje de mujeres que evalúa como buena la calidad de la atención es el más bajo de las tres zonas establecidas, con un 46,7%, cifra similar al de mujeres que estima que la atención es regular, concentrando los porcentajes en esta categoría. (Tabla 52)

4.4. Año de Notificación: El año de notificación no parece ser una variable que influya al momento de evaluar la calidad de la atención prestada en el servicio de salud, ya que tanto en las entrevistadas que fueron diagnosticadas antes del 2000, como en las que recibieron

⁶³ Entre las razones para evaluar mal los servicios de salud se destaca la mala atención y la demora con la que ésta se lleva a cabo (66,7% y 33,3% respectivamente) No obstante corresponden sólo a 3 casos.

su notificación después de ese año, las respuestas tienden a concentrarse en las evaluaciones positivas de la calidad de la atención, con porcentajes de 60% y 57%, respectivamente (Tabla 53)

Correlación con Variables Específicas

4.5. Realización de Exámenes ginecológicos⁶⁴: Las entrevistadas que se han realizado exámenes con mayor frecuencia tienden a evaluar de mejor manera la calidad de la atención del servicio que quienes no se los han realizado. Así, la tendencia es que las mujeres que se practican exámenes evalúan como “buena” la atención del servicio en un 63,3% de los casos, mientras que entre quienes no se han practicado exámenes, los porcentajes disminuyen a 42,9%, concentrándose en la categoría “regular”, con un 57,1%. (Tabla 54) Por otro lado, el tipo de exámenes practicados no incide en la evaluación del servicio, ya que se mantiene la tendencia a evaluarlo favorablemente. No obstante, quienes expresan opiniones menos favorables hacia la atención proporcionada son quienes se han practicado exámenes ginecológicos de rutina, ya que concentran el menor porcentaje de evaluaciones positivas, con un 57,4%, y el mayor porcentaje de evaluaciones regulares de la atención, con un 40,7% (Tabla 55) Una posible interpretación es que estos exámenes deben ser realizados por médicos especialistas⁶⁵, que están fuera de los programas de VIH de los servicios, donde existe una mayor sensibilización en torno al trato que se debe brindar a las personas que han adquirido el virus.

4.6. Acceso a Prestaciones de Salud⁶⁶: Al comparar a las mujeres que no se les ha negado ninguna prestación de salud solicitada con quienes sí se les ha negado, encontramos que las primeras hacen una buena evaluación de la calidad de la atención en un 65,1%, porcentaje que disminuye al 52,6% entre quienes no han accedido a las atenciones solicitadas. Este último grupo es el único que hace una mala evaluación del servicio, con un 10,5% de los casos. A pesar de encontrar correlación entre acceso a prestaciones y evaluación de la calidad de la atención, es interesante destacar que más de la mitad de las mujeres que, aún habiéndoseles negado alguna prestación de salud, evalúa favorablemente la atención que se brinda en el servicio (Tabla 56) Ello reafirma lo planteado con anterioridad respecto de la sobre valoración que las mujeres hacen de la atención en los establecimientos de salud.

5. RELACIÓN CON EL MÉDICO TRATANTE

La relación que las mujeres establecen con los médicos tratantes al interior de los programas de VIH de los servicios, fue otro de los aspectos que se evaluó en este estudio, por considerar que ésta es de fundamental importancia en términos del grado de comprensión de la enfermedad y del involucramiento de la persona afectada, tanto en términos de su tratamiento como de su autocuidado. Esto es particularmente claro en el

⁶⁴ Los exámenes consultados fueron el Papanicolau, mamografías, examen de mamas a través del tacto y examen ginecológico de rutina,.

⁶⁵ Los otros exámenes consultados pueden haber sido realizados por matronas, quienes habitualmente se encuentran dentro del programa de VIH.

⁶⁶ Las prestaciones consultadas fueron atenciones ginecológicas, tratamiento para la infertilidad, tratamiento de la menopausia y climaterio, atención psicológica por problemas sexuales, tratamiento para la depresión, esterilización y atención de aborto.

caso del VIH/SIDA, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, que requiere de controles periódicos, la relación con el médico es de carácter permanente, por lo que las relaciones más horizontales y más cercanas son factores que inciden de manera directa en la forma en que las mujeres enfrentan su situación serológica. En este sentido, la capacidad del profesional para explicar con claridad la situación de salud en que éstas se encuentran y la actitud y disposición que éste tenga, promueven la construcción de relaciones de mayor cercanía con las mujeres seropositivas. Debido a ello, tanto el trato como la información proporcionada por el profesional fueron los aspectos centrales a través de los cuales evaluamos la relación médico paciente.

Desde un punto de vista metodológico, se presentó a las mujeres una serie de afirmaciones, positivas y negativas, sobre posibles situaciones de interacción con el médico tratante. Frente a cada situación éstas debían expresar su grado de identificación con las situaciones que reflejaban las afirmaciones, según su experiencia. Los resultados obtenidos en cada una de esas afirmaciones son los siguientes:

• “El médico trata de darle una buena atención”	91%
• “Siente que puede hacerle preguntas”	88%
• “El médico la considera como persona y se preocupa por usted”	79%
• “Siente que el médico las atiende a la rápida”	25%
• “El médico le habla en un lenguaje muy enredado”	24%
• “El médico la trata mal y/o la reta”	13%

De acuerdo a estos resultados, podemos señalar que, en términos generales, existe una positiva percepción de la relación que las mujeres mantienen con su médico. Sin embargo, así como en casos anteriores, encontramos que esta relación es sobre valorada por parte de las mujeres, ya que a pesar que el 91% de ellas estima que éste *“trata de darles una buena atención”*, el 25% del total de mujeres consultadas considera que *“las atiende a la rápida”* y, al mismo tiempo, el 24% estima que *“su lenguaje es poco comprensible”*.

Como ya fue señalado, los aspectos centrales en que nos centramos fue la información y el trato proporcionado por el médico, para lo cual reagrupamos las afirmaciones y construimos índices diferenciados para evaluar cada uno de estos aspectos⁶⁷. Cada uno de estos índices, posteriormente, se correlacionaron con distintas variables, con el objeto de analizar las posibles relaciones entre ellas.

5.1. ÍNDICE DE “INFORMACIÓN”

Con respecto al índice de “información”, se contemplaron cuatro categorías, según el grado de acuerdo o desacuerdo expresado por las entrevistadas en relación a las alternativas referidas a la disposición del médico a despejar dudas (abordable/no abordable) y a la

⁶⁷ Dentro de la categoría “trato” se incluyeron las afirmaciones: “la atiende a la rápida”, “la considera como persona y se preocupa por usted”, “la trata mal y/o la reta”, “trata de darle una buena atención”. En la categoría “información”, incorporamos las alternativas “puede hacerle preguntas y consultar sus dudas” y “le habla en un lenguaje muy enredado”.

claridad de la información que éste le entrega (clara/confusa)⁶⁸. Respecto a la calidad de la información entregada por el médico, el 71% de las entrevistadas considera que ésta es clara y que el profesional tiene una disposición favorable para responder las dudas de las consultantes (abordable), mientras sólo el 7% de ellas considera que la información es confusa y el médico poco abordable (Tabla 57)

Correlación con Variables Sociodemográficas

5.1.1. Edad: En todos los tramos de edad es mayor la proporción de personas que considera que la información entregada por el médico es clara y que puede hacerle preguntas sin problemas, con porcentajes que fluctúan entre el 63,9%, en las mujeres de entre 30 y 39 años, y el 88,9%, entre las mayores de 50. Sin embargo, un 30,6% de entrevistadas de entre 30 y 39 años considera que, si bien los médicos son abordables, la información que entregan es confusa. Ese porcentaje es bastante alto con respecto a los demás tramos etáreos, los cuales sólo bordean el 10%. También vemos que el 19,2% de las entrevistadas de entre 19 y 29 años considera que la información entregada por el médico es confusa y que tiene dificultades para hacerle preguntas, concentrando los mayores porcentajes en relación a los otros tramos de edad considerados (Tabla 58)

5.1.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educacionales las entrevistadas consideran que la información entregada por el médico es clara y que éste es abordable. Sin embargo, las personas con nivel educacional bajo son las que presentan la menor proporción de entrevistadas que evalúan de esta manera la información entregada por el médico, con un 57,6% de los casos. En los otros tramos educacionales, estos porcentajes superan el 76%. A su vez, dentro de este mismo grupo, un 15,2% considera que el médico es poco abordable y que la información que éste le entrega es confusa, mientras que en los otros niveles educacionales los porcentajes no alcanzan el 5% (Tabla 59)

5.1.3. Zona Geográfica: En las tres zonas geográficas definidas, las entrevistadas consideran que la información entregada por el médico es clara y que puede hacerle preguntas: 78% en Santiago, 73,3% en la zona sur y 60% en la zona norte. Esta última zona, junto con obtener el menor porcentaje de apreciaciones favorables, es la que presenta el mayor porcentaje de consideraciones negativas respecto de la información entregada por el médico, ya que el 14,3% considera que la información es confusa y que el médico es poco abordable. En Santiago, sólo el 4% de las consultadas opina del mismo modo, mientras que en la zona sur no se detectaron casos dentro de esta categoría (Tabla 60)

5.1.4. Año de Notificación: El 78,3% de las entrevistadas que fueron notificadas antes del año 2000 considera que la información es clara y el médico abordable, porcentaje que disminuye a un 60% en las mujeres que fueron notificadas después de ese período. Por otro lado, las notificadas antes del 2000, aún cuando consideran que el médico es abordable, estiman que la información que éste les entrega es confusa, en un 11,7% de los casos. Este porcentaje aumenta al 25% en las notificadas con posterioridad a esa fecha. De este modo, quienes conocieron su seropositividad más recientemente indican que si bien sienten que

⁶⁸ Las categorías resultantes fueron: abordable-clara, abordable-confusa, no abordable-clara, no abordable-confusa.

pueden hacerle preguntas al médico, consideran que la información que éste le proporciona no es lo suficientemente clara (Tabla 61) Al parecer el año de notificación incide en una mayor comprensión de la información proporcionada por el médico tratante y en el establecimiento de relaciones que permiten aclarar de manera adecuada las dudas de las consultantes.

Correlación con Variables Específicas

5.1.5. Calidad de la atención: Encontramos que existe correlación entre el índice de información y la evaluación que las mujeres hacen de la calidad de la atención brindada en el servicio, ya que el 79,7% de quienes consideraban que la calidad de la atención era buena, estiman que la información que se les entrega es clara y que el médico es abordable. Este porcentaje disminuye drásticamente a un 55,3% entre quienes evaluaron la atención proporcionada en el servicio de salud como regular⁶⁹. De este modo, la evaluación que las mujeres hacen de la atención en el servicio se correlaciona directamente con la información proporcionada por el médico⁷⁰ (Tabla 62)

5.2. ÍNDICE DE “TRATO”

Para la construcción del índice de “trato” se convirtieron en positivas las cuatro afirmaciones incluidas dentro de esta categoría⁷¹, considerándose sólo las respuestas “de acuerdo”⁷². Producto de la construcción de este índice, resultaron las categorías de análisis “bueno”, “regular” y “malo” en términos la percepción del trato del médico hacia las mujeres. En general, las entrevistadas hacen una buena evaluación del trato otorgado por el médico, en un 59% de los casos; un 31% piensa que es regular y un 10% estima que es malo.

Correlación con Variables Sociodemográficas

5.2.1. Edad: Mientras más jóvenes son las mujeres peor es la evaluación que hacen del trato otorgado por el médico. Es así como sólo el 38,5% de las mujeres entre 19 y 29 años considera que el trato del profesional es bueno, porcentaje que aumenta a 52,8% entre las mujeres de 30 a 39 años y a un 82,8% en las entrevistadas de entre 40 y 49 años. De igual modo, el 19,2% de las entrevistadas más jóvenes evalúa negativamente el trato otorgado

⁶⁹ En todos las otras categorías de evaluación de la calidad de la información (abordable/confusa, no abordable/clara, no abordable/confusa) se observa una mayor concentración de porcentajes entre las mujeres que evalúa la atención como regular en relación a quienes consideraban que ésta es buena.

⁷⁰ La excepción a esto lo constituyen quienes evaluaron mal el servicio, ya que consideraron positivamente la información entregada por el médico. Sin embargo, esto sólo corresponde a tres casos.

⁷¹ Estas afirmaciones son: “la atiende a la rápida”, “la considera como persona y se preocupa por usted”, “la trata mal y/o la reta”, “trata de darle una buena atención”.

⁷² Así, el número de afirmaciones con las que la entrevistada esté de acuerdo, será igual al puntaje que obtenga en el índice. Mientras más puntos se obtengan, mejor será la evaluación del trato otorgado por el médico. De este modo, las categorías de análisis que resultan del índice se reagruparon de la siguiente manera: “bueno”: 4 puntos; “regular”: 2 y 3 puntos; “malo”: 1 punto.

por el médico, mientras ninguna entrevistada mayor de 39 años opina de esta manera⁷³ (Tabla 63)

5.2.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educacionales el trato proporcionado por el médico es evaluado positivamente. Sin embargo, la proporción de mujeres que opina de esta manera va aumentando progresivamente según el nivel educacional, con porcentajes que van desde un 54,5%, en el nivel educacional bajo, a un 68,2% en el nivel alto. Los rangos intermedios fluctúan en el 57% (Tabla 64)

5.2.3. Zona Geográfica: En todas las zonas geográficas la evaluación que las entrevistadas hacen del trato otorgado por el médico es buena, con porcentajes superiores al 55%. La zona sur es donde se concentra el porcentaje de evaluaciones positivas, con un 66,7%, lo cual contrasta con la evaluación que hace esta zona de la calidad de la atención prestada en el servicio de salud, donde se presentan los menores porcentajes de percepciones favorables hacia ésta⁷⁴. La zona norte y Santiago presentan los mayores porcentajes de evaluaciones negativas, con un 11,4% y 10% respectivamente (Tabla 65)

5.2.4. Año de Notificación: El año en que las mujeres fueron notificadas no parece incorporar cambios en la evaluación que hacen del trato otorgado por el médico. Tanto quienes han sido notificadas antes del 2000, como durante o después de tal año, consideran que el trato otorgado por el médico es bueno, con porcentajes de 58,3% y 60% respectivamente (Tabla 66)

Correlación con Variables Específicas

5.2.5. Calidad de la atención: Existe correlación entre ambas variables, ya que quienes evalúan positivamente la atención en el servicio estiman que el trato del médico es bueno, en un 72,9% de los casos. Este porcentaje disminuye a un 39,5% entre quienes consideran que la atención en el servicio es regular. Este último grupo es el que concentra el mayor porcentaje de estimaciones negativas respecto al trato proporcionado por el médico (23,7%), lo que contrasta con el 1,7% de quienes hacían una buena evaluación del servicio y una mala evaluación del trato del médico. De acuerdo a ello, el trato que el médico proporciona a las mujeres influye en la evaluación que éstas hacen de la calidad de la atención en el servicio (Tabla 67)

5.2.6. Índice de Información: Al cruzar el índice de trato con el índice de información, encontramos correlaciones entre ambas variables, ya que los porcentajes de entrevistadas que consideran que el trato proporcionado por el médico es bueno disminuye progresivamente a medida que empeora la forma en que evalúan la información que éste les entrega. De este modo, el 64,8% de las mujeres que considera que el trato del médico es bueno estima, al mismo tiempo, que la información entregada es clara y el médico es

⁷³ Las mujeres mayores de 50 años no se consideraron por ser pocos casos y no seguir la tendencia de los otros grupos etáreos.

⁷⁴ Sólo un 46,7% de las entrevistadas de esta zona consideró que la atención prestada en el servicio de salud era buena, en contraste con las otras zonas, que muestran porcentajes de un 56% en el caso de Santiago y de un 68,6% en la zona norte (Ver Tabla 52)

abordable. Este porcentaje disminuye a un 14,3% entre quienes sostienen que la información es confusa y el médico poco abordable (Tabla 68)

6. INFORMACIÓN RECIBIDA DEL HOSPITAL SOBRE VIH/SIDA

En cuanto a la información que las mujeres han recibido desde el servicio de salud, se construyó un listado de aspectos sobre los cuales las mujeres debían pronunciarse respecto a su difusión desde el establecimiento hospitalario. En términos generales, se observa una buena evaluación de la información sobre VIH/SIDA difundida desde el hospital, ya que los resultados obtenidos fueron los siguientes:

• “Importancia de realizarse exámenes de monitoreo por VIH”	81%
• “Información sobre reinfección por VIH”	62%
• “Información sobre adherencia al tratamiento”	54%
• “Información sobre prevención del embarazo”	51%
• “Información prevención de la transmisión vertical”	51%
• “No le han entregado ninguna información”	7%

De este modo, vemos que, aún cuando en términos generales hay una buena evaluación de la información difundida desde el servicio, éstas se refieren principalmente a aspectos biomédicos, observándose una disminución de las informaciones referidas al ámbito reproductivo.

Información sobre Adherencia: Del total de aspectos consultados a las mujeres en este ítem, nos interesó profundizar en las variables que se podrían correlacionar con la información sobre adherencia, dada su relevancia en términos de la efectividad del tratamiento antirretroviral. De este modo, al correlacionar la información sobre este tema con el **nivel educacional** de las entrevistadas encontramos que mientras aumenta el grado de instrucción disminuye el grado de información sobre adherencia entregada por el médico, ya que el 60,6% de las mujeres con nivel educacional bajo declara haber recibido este tipo de información, mientras que sólo lo hace el 40,9% de las mujeres con nivel educacional alto (Tabla 69)

Otra variable que nos pareció interesante correlacionar con la información sobre adherencia fue la posibilidad que las mujeres perciben de **hacerle preguntas al médico**, encontrándose correlaciones entre ambas variables. Así, el 58,6% de quienes estiman que pueden hacer preguntas a su médico señala que se les ha entregado información sobre adherencia, porcentaje que baja al 25% entre quienes estiman que tienen dificultades para formularle preguntas al profesional. Así mismo, el 75% de quienes consideran que no pueden hacerle preguntas al médico declaran no haber recibido información sobre este tema (Tabla 70)

Índice de información: A partir de las respuestas dadas por las mujeres sobre el tipo de información proporcionada desde el servicio, construimos un “índice de información”, que reagrupa las respuestas en tres categorías “poca o ninguna información”, “regular

información”, “buena información”⁷⁵. Los resultados de este índice nos muestran que las entrevistadas hacen una positiva evaluación de la información entregada desde el servicio en un 46% de los casos. Sin embargo, un 29% y un 25% de las mujeres evalúa la información como “regular” o “poca o ninguna”, respectivamente.

Correlación con Variables Sociodemográficas

6.1. Edad: No se observa una tendencia clara que permita discriminar por tramos etáreos. Sin embargo, en todos ellos, los mayores porcentajes se concentran en la categoría de “buena información”, profundizándose en el grupo de mujeres entre 40 y 49 años, con un 55,2%⁷⁶. Las mujeres de los tramos intermedios de edad son las que concentran los porcentajes de “poca o ninguna información”, con cifras cercanas al 30% (Tabla 71)

6.2. Nivel Educativo: Las mujeres con mayor grado de instrucción son las que evalúan de peor manera la información que entrega el servicio, con un 36,4% de los casos. A diferencia de ello, los otros niveles educacionales se ubican alrededor del 23%. Los niveles intermedios concentran las evaluaciones favorables, con porcentajes superiores al 50% (Tabla 72)

6.3. Zona Geográfica: La zona sur es la que hace una peor evaluación de la información proporcionada a las mujeres, ya que el 60% de las residentes en dicha zona considera que se entrega “poca o ninguna información”. Este porcentaje desciende al 25,7% en la zona norte y al 14% en Santiago, que es donde se concentran los porcentajes de consideraciones positivas sobre la información entregada, con un 56% de los casos. Después le sigue la zona norte con un 42,9% y la zona sur con un 20% (Tabla 73)

Correlación con Variables Específicas

6.4. Calidad de la Atención: Encontramos correlación entre ambas variables, ya que, a medida que aumenta la información mejora la evaluación de la calidad de la atención. Es así como el 65,2% de quienes hacen una positiva evaluación de la calidad de la atención en el servicio, obtienen un buen resultado en el índice de información entregada en el servicio. Este porcentaje baja al 44% entre quienes obtienen un mal resultado en este índice. Por otro lado, quienes consideran que reciben una información deficiente desde el servicio, concentran los porcentajes en la categoría “regular” de la evaluación de la calidad de la atención, con un 52%. (Tabla 74)

⁷⁵ Para la construcción del índice se han recategorizado las informaciones de acuerdo a su presencia (valor 1) o ausencia (valor 0) A partir de la sumatoria de cada ítem, se construyó la siguiente categorización: entre 0 y 1: “poca o ninguna información”; entre 2 y 3: “regular información”; entre 4 y 5: “buena información”.

⁷⁶ No obstante, es este grupo el que también manifiesta el porcentaje más alto de información considerada como “poca o ninguna”, con un 31% de los casos.

7. PRESTACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En este apartado consultamos sobre las prestaciones en Salud Sexual y Reproductiva que las mujeres viviendo con VIH/SIDA se han practicado en los últimos dos años. Para ello, se les presentó un listado de exámenes a las consultadas, quienes debían responder si se los habían practicado durante ese período. De esta manera, encontramos que el 79% de las entrevistadas se había realizado al menos uno de estos exámenes, mientras el 21% señala lo contrario. Los exámenes que las entrevistadas se han realizado con mayor frecuencia son los siguientes:

• “Papanicolau”	91,1%
• “Exámenes ginecológicos de rutina”	68,4%
• “Exámenes de mamas a través del tacto”	62,0%
• “Mamografías”	29,1%
• “Otros”	6,3%

De este modo, se aprecia un alto porcentaje de entrevistadas que no han tenido acceso a realizarse mamografías. Considerando la depresión inmunológica en que se encuentran estas mujeres se hace necesario ampliar la cobertura de estas prestaciones para que las mujeres viviendo con VIH/SIDA puedan acceder a este tipo de exámenes de manera periódica.

Correlación con Variables Sociodemográficas

7.1. Edad: En la mayor parte de los exámenes mencionados, vemos que el porcentaje de mujeres que se los ha practicado en los últimos dos años aumenta progresivamente según la edad de las entrevistadas. Es así como el Papanicolau se lo han realizado el 85% de las mujeres de entre 19 y 29 años y el 100% de las mayores de 40. Esto se repite al considerar el examen ginecológico de rutina, que aumenta desde el 50%, entre las más jóvenes, al 85,7%, entre las mayores de 50 años. Al considerar las mamografías se produce la misma situación, puesto que se la han realizado un 15% en las entrevistadas de entre 19 y 29 años, porcentaje que aumenta a un 57,1% entre las mayores de 50. Esta relación lineal entre edad y realización de exámenes se rompe al considerar el examen de mamas a través del tacto, ya que aún cuando el menor porcentaje lo concentra el primer tramo de edad, con un 45% de los casos, el porcentaje mayor lo obtienen las mujeres de entre 40 y 49 años, con un 76,2%. Este porcentaje disminuye a un 57,1% entre las mujeres mayores de 50 años, porcentaje más bajo después de las mujeres más jóvenes (Tabla 75)

7.2. Nivel Educativo: En el caso del Papanicolau, quienes menos se lo practican son las mujeres con mayores grados de instrucción, mientras que quienes más se lo practican son las de nivel educacional bajo, con 85% y 96,2% respectivamente. Respecto a los otros exámenes consultados, si bien no se puede establecer una relación directa con el nivel educacional, la tendencia es que los porcentajes de realización de exámenes aumenten de acuerdo al nivel educacional de las entrevistadas. La linealidad se rompe al considerar a las mujeres de nivel educacional medio bajo, ya que éstas son las que se practican con menor frecuencia todos los tipos de exámenes consultados, a excepción del Papanicolau. El

ejemplo más ilustrativo de esto es que ninguna de las mujeres de este grupo se ha realizado una mamografía (Tabla 76)

7.3. Estrato Socioeconómico: Si bien la tendencia en cada uno de los estratos socioeconómicos es la misma que se ha descrito antes⁷⁷, podemos ver algunas variaciones en los porcentajes. En el estrato socioeconómico alto todos los exámenes mencionados obtienen porcentajes superiores al 70%. La diferencia con los otros estratos es particularmente visible en lo que se refiere a mamografías, ya que sólo el 9,1% de las mujeres de estrato socioeconómico medio bajo se la ha realizado en los dos últimos años. Cabe señalar que el único examen cuya frecuencia de realización es menor en el estrato socioeconómico alto es el Papanicolau, ya que el 88,2% de las mujeres de este estrato se lo ha realizado, aumentando a un 95,5% en el estrato medio bajo. Considerando la totalidad de las respuestas dadas por cada uno de los estratos socioeconómicos en torno a las prestaciones de salud que se han practicado, podemos ver que, en porcentajes absolutos, la tendencia es a la disminución progresiva en la realización de exámenes a medida que se descende en la clasificación por estrato (Tabla 77)

8. PRESTACIONES DE SALUD DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

8.1. SOLICITUD DE PRESTACIONES

A diferencia de las prestaciones consultadas con anterioridad, este punto se orienta a determinar las prestaciones de salud más frecuentemente solicitadas por las mujeres después de la notificación y el acceso que han tenido a éstas. Para ello, se ocupó el mismo sistema anteriormente descrito de presentar un listado de prestaciones frente a las cuales las entrevistadas debían responder si las habían solicitado⁷⁸. De acuerdo a los resultados obtenidos, encontramos que el 83% de las entrevistadas ha solicitado al menos una de las prestaciones consultadas después de la notificación, mientras que sólo el 17% no lo ha hecho.

Al analizar el tipo de atención más solicitada, vemos que los porcentajes se concentran en las “*atenciones ginecológicas*” y en el “*tratamiento para la depresión*”, con un 73,5% y un 59% respectivamente. Con porcentajes más bajos, le siguen las atenciones por “*esterilización*”, con un 24,1% y la “*atención psicológica por problemas sexuales*”, con un 22,9%. Bastante más atrás aparece el “*tratamiento para la menopausia y el climaterio*”, con un 8,4%. Por otro lado, llama la atención que, aún cuando obtengan porcentajes bastante bajos, un 6% de las mujeres consultadas haya solicitado “*atención de aborto*” (considerando que ésta es una práctica ilegal en Chile) y un 3,6% “*tratamiento para la infertilidad*” (tomando en cuenta que el derecho a la maternidad, en el caso de las mujeres seropositivas, es todavía un tema en debate) Esto nos habla de que existe un pequeño grupo de mujeres con opciones bastante definidas en términos de sus Derechos Reproductivos.

⁷⁷ En cada uno de los estratos socioeconómicos, el Papanicolau tiene el mayor porcentaje, seguido por exámenes ginecológicos de rutina, examen de mamas a través del tacto y mamografía.

⁷⁸ Las prestaciones consultadas fueron atenciones ginecológicas, tratamiento para la infertilidad, tratamiento de la menopausia y climaterio, atención psicológica por problemas sexuales, tratamiento para la depresión, esterilización y atención de aborto.

Correlación con Variables Sociodemográficas

8.1.1. Edad: No se observan relaciones significativas, manteniéndose la tendencia en términos de las prestaciones más solicitadas. Lo que podemos constatar es que la demanda por *atención psicológica por problemas sexuales* aumenta de acuerdo a la edad, desde un 13,6% entre las más jóvenes, a un 50% en el tramo de edad superior a 50 años. Los tramos de edad intermedios bordean el 20%. También llama la atención que sean las más jóvenes quienes declaran solicitar en mayor grado tratamiento para la depresión, con un 68,2% (Tabla 78)

8.1.2. Nivel Educativo: Las mujeres con mayor grado de instrucción han solicitado en mayor proporción *atención ginecológica*, con un 88,2%, mientras que las de nivel educacional bajo lo han hecho en sólo un 67,9%. Por su parte, este mismo grupo declara haber solicitado en mayor proporción *tratamiento para la depresión* que las de nivel alto, con porcentajes de 64,3% y 52,9% respectivamente. También vemos que las mujeres de nivel educacional bajo han solicitado en mayor proporción atención de *esterilización* que de las de nivel educacional alto, con porcentajes que bajan desde el 28,6%, en el primer grupo, al 17,6% en el último (Tabla 79)

8.2. NEGACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD

Del total de mujeres que ha solicitado alguna de las prestaciones señaladas con anterioridad, a un 22,9% de ellas se les ha negado. Las prestaciones más frecuentemente negadas son:

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| • “Atención ginecológica” | 36,8% |
| • “Tratamiento para la depresión” | 15,8% |
| • “Esterilización” | 15,8% |

De este modo, las prestaciones de salud más negadas son justamente las más solicitadas. (Tabla 80)

Correlación con Variables Sociodemográficas

8.2.1. Edad: No se observan correlaciones entre edad y negación de prestaciones de salud, aún cuando las mujeres entre 40 y 49 años son las que concentran los porcentajes de quienes declaran no haber recibido la prestación solicitada, con un 33,3%. A este grupo le siguen las mujeres más jóvenes, con un 22,7% (Tabla 81)

8.2.2. Nivel Educativo: Contrariamente a lo esperado, el nivel educacional alto concentra los mayores porcentajes de mujeres que declara haber solicitado una prestación y que ésta le ha sido negada, con un 41,2%. Esto podría deberse, como hemos hipotetizado con anterioridad, a las mayores exigencias y demandas que este grupo hace al sistema de salud público. A diferencia de ello, sólo al 6,7% de las mujeres de nivel educacional medio bajo se les ha negado alguna atención solicitada (Tabla 82)

8.2.3. Estrato Socioeconómico: La variable estrato socioeconómico se comporta de manera coherente con la de nivel educacional, ya que las mujeres de estrato alto son quienes más informan que se les ha negado alguna atención solicitada, con un 38,5% de los casos. Así como en el punto anterior, el estrato medio bajo es el que obtiene el menor porcentaje de declaración de negación de prestaciones solicitadas, con un 16% (Tabla 83)

8.2.4. Zona Geográfica: Las mujeres que se atienden en la zona sur del país son las que declaran en mayor medida que se les ha negado alguna prestación de salud solicitada, con un 41,7%, seguidas por las de la zona norte, con un 22,6%. Santiago, en tanto, es la zona en la que se detecta el menor número de casos de personas que declararon haber solicitado atención y no haberla recibido, con un 17,5% de los casos (Tabla 84)

8.3. REACCIÓN POR NEGACIÓN DE ATENCIÓN

Otro de los temas que nos pareció interesante indagar, en términos del ejercicio de derechos, fue la reacción que tuvieron las mujeres una vez informadas que no iban a recibir la prestación de salud que habían solicitado y, además, con las percepciones que se formaron acerca de los motivos que explicarían esta situación. Con respecto al primer tópico, llama la atención que un 52,6% de las mujeres que solicitaron alguna atención y no la obtuvieron no hicieron presente un reclamo frente a este hecho y que sólo un 21,1% lo haya realizado (Tabla 85) Al indagar en torno a los motivos por los cuales las mujeres creen no haber sido atendidas se encuentran, con iguales porcentajes, los “*motivos relacionados con el VIH*” y la “*falta de especialistas*”, con un 33,3% para cada caso.

9. INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS DEL PACIENTE

En relación al tema de los derechos y de su ejercicio por parte de las mujeres, consideramos pertinente conocer su grado de difusión, al interior de los servicios públicos en los cuales éstas se atienden. De este modo, indagamos sobre la difusión de los derechos del paciente establecidos por FONASA y de otros derechos que se vinculan a la condición serológica de las mujeres, así como también a aquellos referidos a sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Para ello construimos un listado de derechos frente a los cuales las mujeres debían señalar si habían recibido información acerca de éstos en el servicio de salud⁷⁹. En términos generales, las mujeres declaran mayoritariamente que existe difusión de muchos de los derechos consultados, ya que un 94% de las entrevistadas señala haber recibido información concerniente a al menos uno de los derechos consultados, mientras que un 6% señala no haber sido informada de ninguno de tales derechos.

⁷⁹ Los derechos consultados fueron: “*derecho a recibir atención de urgencia las 24 horas en los servicios de salud*”, “*derecho a revisar su ficha clínica*”, “*derecho a recibir información clara, comprensible y completa sobre su situación de salud*”, “*derecho a recibir atención oportuna, de calidad y adecuada a sus necesidades*”, “*derecho a la confidencialidad de sus exámenes y diagnósticos*”, “*derecho a no ser discriminada en la atención de salud*”, “*derecho a decidir libremente si desea entregar información sobre su vida sexual al médico u otro integrante del equipo de salud*”, “*derecho a recibir atención de consejería en prevención secundaria*”, “*derecho a decidir libremente sobre la utilización de medidas preventivas*”, “*derecho a realizarse periódicamente exámenes de monitoreo de VIH (carga viral y CD4)*”

A partir de las impresiones que nos formamos en el proceso de recolección de información, pensamos que a las mujeres les cuesta distinguir con claridad la fuente exacta desde donde recibieron la información sobre sus derechos⁸⁰, por lo cual este resultado podría estar sobredimensionado. Los resultados obtenidos para cada uno de los derechos consultados se presentan a continuación:

• <i>A realizarse periódicamente exámenes de monitoreo de VIH</i>	:	89,4%
• <i>A la confidencialidad de sus exámenes y diagnósticos</i>	:	79,8%
• <i>A no ser discriminada en la atención de salud</i>	:	64,9%
• <i>A decidir libremente sobre utilización de medidas preventivas</i>	:	60,6%
• <i>A recibir información clara y completa sobre su situación de salud:</i>		54,3%
• <i>A recibir atención de emergencia las 24 horas del día</i>	:	51,1%
• <i>A acceder a servicios de consejería en prevención secundaria</i>	:	50%
• <i>A recibir atención oportuna, de calidad y adecuada a sus necesidades</i>	:	48,9%
• <i>A decidir libremente si desea entregar información sobre su vida sexual al médico u otro integrante del equipo de salud</i>	:	45,7%
• <i>A revisar su ficha clínica</i>	:	28,7%

Este último derecho punto nos parece importante destacar, ya que la concepción de paciente informado que participa activamente de sus diagnósticos y tratamientos no parece ser considerado a la hora de permitirle a las mujeres revisar su ficha clínica y obtener antecedentes objetivos sobre su situación de salud. Por otro lado, los aspectos relacionados con la vida íntima de la mujer y su libertad para decidir si desea hablar de estas temáticas tampoco parece ser muy considerado dentro de los servicios, ya que menos del 50% respondió que esto se le había explicitado.

Índice de Difusión de Derechos: Con el objetivo de obtener una visión más amplia del grado de difusión de los derechos de las mujeres con VIH/SIDA por parte del servicio de salud, hemos construido un índice que reagrupa todos los ítems sobre los derechos que las mujeres señalan que se le han informado. Este índice nos permitirá estimar, mediante un sistema de puntajes, el grado de difusión de los derechos del paciente por parte del servicio de salud y, al mismo tiempo, nos será de utilidad para correlacionarlo con otras variables que pudiesen ser de interés. Producto de ello se obtuvieron las siguientes categorías de difusión: “buena difusión de derechos”, “regular difusión de derechos” y “mala difusión de derechos”⁸¹. De acuerdo a este índice, obtuvimos los siguientes resultados:

• “Buena difusión de los derechos”	40%
• “Regular difusión de los derechos”	36%
• “Mala difusión de los derechos”	24%

⁸⁰ Como muchas de las mujeres consultadas participan de Agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA o de otro tipo de organizaciones relacionadas con la temática, es probable que les resulte difícil establecer la fuente exacta desde donde se originó esta información.

⁸¹ Para la construcción del índice se han realizado dos categorizaciones, partiendo desde la presencia (1) o ausencia (0) de la difusión de cada uno de los 10 derechos consultados. A partir de ello se operó del siguiente modo: Puntajes 0 y 1: “Mala difusión de derechos” (no ha recibido ninguna información o ha recibido entre una y dos de ellas); Puntajes 2 y 3: “Regular difusión de derechos” (ha recibido entre tres y seis informaciones); Puntajes 4 y 5: “Buena difusión de derechos” (ha recibido entre siete y diez informaciones).

De acuerdo a estos resultados, vemos que menos de la mitad de las entrevistadas considera que hay una buena difusión de derechos y un porcentaje cercano opina que la difusión es regular. Ello contrasta con el 94% de mujeres que indica haber sido informada de al menos uno de los derechos consultados

Correlación con Variables Sociodemográficas

9.1. Edad: No existe una relación directa entre la edad y los resultados del índice de difusión de derechos. No obstante, las mujeres de entre 40 y 49 años concentran la menor puntuación en la categoría de “buena difusión de derechos”, con un 34,5% de los casos. Por otro lado, quienes obtienen mayores puntuaciones en esta categoría son las mujeres de los grupos etáreos más jóvenes, (tramo 19 a 29 años: 42,3%; tramo 30 a 39 años: 41,7%)⁸² (Tabla 86)

9.2. Nivel Educativo: No se observa correlación entre ambas variables, ya que los porcentajes son bastante similares en todos los niveles educacionales y en todas las categorías del índice de difusión de derechos. No obstante, las mujeres de nivel educacional alto son las que obtienen la mayor puntuación en la consideración de que existe una “mala difusión de derechos” en el servicio, con un porcentaje del 27,3% (Tabla 87)

9.3. Zona Geográfica: Al relacionar los resultados del índice de difusión de derechos por parte del servicio de salud con la zona donde éste se ubica, encontramos que la zona mejor evaluada es Santiago. Un 44% de las entrevistadas residentes en esta zona considera que existe una “buena difusión de derechos”, mientras sólo un 16% estima que hay una “mala difusión de derechos”. La zona sur es la peor evaluada, ya que sólo un 26,7% de las entrevistadas considera que existe “buena difusión de derechos”, mientras que un 33,3% responde de manera opuesta, convirtiéndose en la zona con la mayor concentración de puntajes en esta categoría (Tabla 88)

10. PERCEPCIÓN DE RESPETO A DERECHOS

También quisimos conocer la percepción de las entrevistadas acerca del respeto hacia sus derechos al interior del servicio, ya que es posible que exista difusión de éstos, pero que no sean respetados. En relación al tema encontramos los siguientes resultados:

- Los derechos se respetan “siempre” : 35%
- Los derechos se respetan “a veces” : 46%
- Los derechos no se respetan “nunca” : 19%

De este modo vemos que, al comparar la difusión y el respeto de derechos, se observan diferencias en los resultados obtenidos, ya que en el ítem de difusión de derechos los puntajes se concentran en la categoría de “buena difusión de derechos”, mientras que, en el ítem de respeto de derechos, los puntajes se concentran en la consideración de que éstos sólo se respetan “a veces”. Así se detecta una diferencia entre las informaciones entregadas

⁸² Las mujeres mayores de 50 años obtienen mejor puntaje en el índice. Sin embargo, por tratarse de sólo cuatro casos, decidimos no considerarlas.

desde el servicio y las prácticas reales y cotidianas que tienen lugar al interior de éstos. Por otro lado, como señalamos con anterioridad, es posible que las mujeres hayan obtenido la información de sus derechos desde fuentes distintas al servicio, lo que sería coherente con la mayor concentración de puntajes en el índice de difusión.

Correlación con Variables Sociodemográficas

10.1. Edad: Si bien no puede establecerse una relación lineal entre la edad y la percepción de respeto de los derechos por parte de las entrevistadas, hay algunos datos que nos parece interesante constatar. En el caso de las mujeres mayores de 50 años, el 44,4% de ellas considera que sus derechos se respetan “*siempre*”, porcentaje que baja a un 23,1% entre las entrevistadas del tramo de menor edad, quienes concentran los porcentajes en la categoría “*a veces*”, con un 57,7%. Además, ninguna de las mujeres más adultas señala que sus derechos no son respetados en el servicio de salud, porcentaje que aumenta al 25% en las mujeres entre 30 y 39 años (Tabla 89)

10.2. Nivel Educativo: En todos los tramos, la mayoría de los casos se concentra en la categoría “*a veces*”, con porcentajes que varían entre el 54,5%, en el nivel educacional bajo, y 37,9%, en el medio alto. Quienes en mayor medida consideran que sus derechos no se respetan “*nunca*” son las mujeres de niveles educacionales altos, con un 34,5%, para el nivel medio alto, y un 18,2%, para el alto. Ello contrasta con el 9,1% de las mujeres de nivel educacional bajo que opinó de la misma manera. El nivel medio bajo obtiene la mayor puntuación en la categoría de que sus derechos se respetan “*siempre*”, con un 43,8% (Tabla 90). Esto puede relacionarse con la actitud más crítica de las mujeres con mayor grado de instrucción y con la sobre valoración de la atención entre las entrevistadas con niveles educacionales más bajos.

10.3. Zona Geográfica: Santiago es la zona donde las entrevistadas consideran que los derechos se respetan más frecuentemente, concentrando los porcentajes en la categoría “*siempre*”, con un 48% de los casos. En la zona norte, en tanto, esa percepción disminuye a un 25,7% y en la zona sur sólo alcanza un 13,3%. Estas últimas zonas concentran los porcentajes, principalmente, en la categoría “*a veces*”, con un 57,1% y un 66,7%, respectivamente. Esto explica que en la categoría “*nunca*”, todas las zonas presenten porcentajes similares (alrededor del 19%) (Tabla 91)

Correlación con Variables Específicas

10.4. Difusión de Derechos: Encontramos correlaciones entre la difusión de los derechos del paciente y la percepción que las entrevistadas tienen sobre su respeto en el servicio de salud. Así, vemos que el 60% de quienes considera que sus derechos son respetados “*siempre*” estima, al mismo tiempo, que existe una “*buena difusión*” de éstos al interior del servicio, porcentaje que baja al 41,3% entre quienes sostienen que sus derechos se respetan “*a veces*”. No se detectaron casos de mujeres que creyeran que hay una buena difusión de derechos y que éstos no sean respetados. Entre quienes consideran que sus derechos no son respetados “*nunca*”, un 63,2% de ellas percibe que hay una “*mala difusión de los derechos*” del paciente, porcentaje que disminuye al 5,7% entre quienes estiman que sus derechos se respetan “*siempre*” (Tabla 92)

10.5. Calidad de la atención: Existe una relación directa con la percepción del respeto a los derechos del paciente en el servicio. Es así como el 45,8% de las entrevistadas que evaluaron positivamente la calidad de la atención en el servicio, considera que existe respeto hacia los derechos del paciente en el lugar donde se atiende, porcentaje que disminuye a un 21,1% entre quienes evaluaron la calidad de la atención como regular⁸³. Sólo un 8,5% de las mujeres que evaluaron positivamente la atención consideraron que sus derechos no eran respetados (Tabla 93)

11. PRESIONES DESDE EL SERVICIO DE SALUD

También quisimos indagar sobre presiones ejercidas desde el servicio de salud en temas de sexualidad y reproducción, para lo cual presentamos a las mujeres una serie de posibles presiones que se pudiesen ejercer desde el servicio en estas temáticas y le pedimos que indicaran si les había tocado vivir tal situación⁸⁴.

De este modo, encontramos que un 50% de ellas sí se había sentido presionada en al menos una de las situaciones planteadas. De ese total, los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera:

- “Presionada a cambiar sus conductas sexuales” 66%
- “Presionada a utilizar métodos de prevención de embarazo” 56%
- “Presionada a utilizar el mismo método de prevención de embarazo” 42%
- “Presionada a esterilizarse” 34%

Índice de Presiones: Para tener una visión más amplia de las presiones ejercidas desde el servicio y las correlaciones que podrían existir con otras variables, construimos un “*índice de presiones*”, con tres categorías: “*bueno*” (no se ha sentido presionada); “*regular*” (se ha sentido presionada en una o dos situaciones) y “*malo*” (se ha sentido presionada en tres o cuatro situaciones)⁸⁵. De acuerdo a los resultados del índice, obtuvimos los siguientes resultados:

- Resultado “*bueno*” : 50%
- Resultado “*regular*” : 35%
- Resultado “*malo*” : 15%

Este índice fue construido con la totalidad de las respuestas dadas por las entrevistadas, es decir, incluye tanto a quienes se han sentido presionadas como quienes no lo han sentido. Por esta razón, el 50% de mujeres que obtiene un resultado “*bueno*”, corresponde a las mujeres que declararon no haberse sentido presionadas desde el servicio. A continuación

⁸³ Por otro lado, ninguna mujer que consideró mala la atención proporcionada en el servicio estimó que sus derechos se respetan siempre. Sin embargo, el porcentaje de personas que consideró mala la calidad de la atención en el servicio es muy bajo para incluirlo en el análisis.

⁸⁴ Las posibles presiones que fueron consultadas son: esterilizaciones, utilización de métodos de prevención de embarazo, continuar usando el mismo método de prevención del embarazo, cambio en conductas sexuales.

⁸⁵ Para la construcción del índice se han recategorizado las presiones en “0” y “1”. Luego se han sumado y vuelto a categorizar los resultados en tres clasificaciones 1: “bueno”: no ha recibido presión, 2 “regular” ha recibido presión en uno o dos de los ámbitos y 3 “malo” ha recibido presión en tres o cuatro de los ámbitos”.

presentaremos las correlaciones que existen entre el índice de presiones con algunas variables que se consideraron pertinentes, considerando tanto a las mujeres que se han sentido presionadas como a las que no se han sentido. Sin embargo, para establecer algunas correlaciones más específicas, también haremos una caracterización en términos de edad y nivel educacional, sólo entre aquellas que se han sentido presionadas en algún ámbito.

Correlación con Variables Sociodemográficas

11.1. Edad: Encontramos que se observa una tendencia a que sean las mujeres más jóvenes las que declaran haberse sentido más presionadas desde el servicio, ya que sólo un 34,6% de las entrevistadas entre 19 y 29 años obtiene un resultado *“bueno”* en el índice de presiones, porcentaje que se va incrementando a medida que las mujeres avanzan en edad. De este modo, el grupo de entre 30 y 39 años obtiene un 41,7% en esta categoría, aumentando los valores de esta variable entre las mujeres mayores de 40 años a porcentajes superiores al 65%. Por otro lado, considerando los resultados negativos en el índice de presiones, podemos ver que nuevamente los casos se concentran en los grupos más jóvenes (19,2% para el primer tramo y 27,8%, para el segundo) No se registran casos de mujeres mayores de 40 años que obtengan un resultado *“malo”* en el índice construido (Tabla 94).

Al considerar sólo a las mujeres que declaran haberse sentido presionadas desde el servicio, encontramos semejanzas con los resultados recién descritos, ya que las mujeres más jóvenes son las que mayormente han experimentado estas presiones. De este modo, sólo un 24% de las mayores de 40 años declara haberse sentido presionada, cifra que aumenta al 76% entre las mujeres menores de 40 años, con porcentajes del 34% para el primer tramo y de 42% para el segundo (Tabla 95).

11.2. Nivel Educativo: Respecto al nivel educacional no se pueden establecer relaciones directas, sin embargo cabe señalar que las mujeres con nivel educacional medio bajo son las que obtienen los mejores resultados en el índice, con un 68,8% de los casos. Los otros niveles educacionales obtienen porcentajes que bordean el 45%. El nivel educacional bajo es el que presenta una peor evaluación en el índice de presiones, ya que, por una parte, obtiene el menor puntaje en la categoría *“bueno”* (42,4%) y, por otra, obtiene la mayor puntuación en la categoría *“malo”* (24,2%) (Tabla 96) Al considerar sólo a las que se han sentido presionadas, se observa que se mantiene la tendencia descrita, ya que las mujeres que mayormente declaran haberse sentido presionadas son las de nivel educacional bajo, con un 38% (Tabla 97)

11.3. Zona Geográfica: La zona norte es la que mejor resultado muestra en el índice, ya que un 62,9% de las entrevistadas de esta región no se ha sentido presionada por parte del servicio de salud. A ella le sigue muy de cerca la zona sur, donde el 60% de las entrevistadas obtiene un resultado *“bueno”* en el índice. Sin embargo, en Santiago, el porcentaje baja drásticamente a un 38%. Por lo tanto, Santiago es la zona que obtiene un peor resultado en el índice; un 46% de ellas obtiene un resultado *“regular”* y un 16%

obtiene un resultado “*malo*”, porcentaje superior al de las otras zonas⁸⁶ (Tabla 98) Esta constatación no deja de sorprendernos, ya que la Región Metropolitana es donde funcionan más activamente las agrupaciones y donde el personal de salud ha sido más capacitado. No obstante, quizás por esta misma razón, las mujeres residentes en Santiago tengan una actitud más crítica ante el sistema de salud y hayan desarrollado mayor capacidad para detectar presiones desde el servicio en el ámbito sexual y reproductivo.

11.4. Año de Notificación: También encontramos relaciones entre el índice de presiones y el año de notificación, puesto que quienes llevan mayor tiempo notificadas son las que reportan haber sido mayormente presionadas desde el servicio. Es así como las mujeres notificadas antes del 2000 concentran los mayores puntajes en la categoría “*malo*”, con un 18,3% y los menores porcentajes en la categoría “*bueno*”, con un 48,3%. La situación se invierte en las notificadas después del 2000, ya que concentran los mayores puntajes en la categoría “*bueno*”, con un 52,5% y los menores puntajes en la categoría “*malo*”, con un 10%. (Tabla 99)

Correlación con Variables Específicas

11.5. Calidad de la Atención: La evaluación que hacen las entrevistadas de la calidad de la atención del servicio, se relaciona directamente con los resultados que arroja el índice de presiones por parte del establecimiento de salud, ya que el 61% de las mujeres que hacen una buena evaluación del servicio de salud, no se ha sentido presionada. Ese porcentaje baja a un 36,8% entre las mujeres que hacen una evaluación regular y a 0% en las mujeres que hacen una mala evaluación del servicio de salud. Por otro lado, las evaluaciones regulares del servicio se concentran entre quienes declaran haberse sentido presionadas en uno o dos de los ámbitos consultados, es decir, que obtienen un resultado “*regular*” en el índice de presiones, con un 42,1% (Tabla 100)

Las siguientes variables ya no serán correlacionadas con el índice de presiones, sino que con presiones específicas. En particular, nos interesó conocer las correlaciones entre la presión orientada al “*cambio en las conductas sexuales*” con las “*indicaciones*” represivas emanadas desde el servicio de salud en materias de sexualidad y reproducción que fueron consultadas⁸⁷. Además, quisimos saber el tipo de presión más ejercida de acuerdo a la zona geográfica donde se atiende la entrevistada.

11. 6. “Indicaciones” del Servicio y presión a cambiar las conductas sexuales:

- Existe correlación entre la presión a cambiar las conductas sexuales y la indicación de que “*las mujeres seropositivas no deben tener relaciones sexuales*”, ya que el 66,7% de quienes han recibido esta información, se ha sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales (Tabla 101) Esta correlación es la más significativa de todas,

⁸⁶ Un 26,7% de las mujeres que viven en la zona sur obtienen un resultado regular en el índice de presiones y un 13,3% obtiene un resultado malo. Por otro lado, un 22,9% de las mujeres de la zona norte obtienen un resultado regular y un 14,3% obtiene un resultado malo.

⁸⁷ Estas indicaciones eran: “las mujeres seropositivas no deben tener relaciones sexuales”, “las mujeres seropositivas no deben embarazarse” y “las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH”.

ya que es la única donde los porcentajes se concentran en la categoría de declaración de presiones. En las siguientes correlaciones, sin embargo, es mayor el porcentaje de mujeres que declara no haberse sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales.

- Aún que en menor grado, también encontramos correlaciones entre la presión a cambiar las conductas sexuales y la indicación “*las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH*”, ya que entre quienes han recibido tal indicación desde el servicio, el 38,6% se han sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales. Este porcentaje disminuye a un 20% entre las mujeres que no han recibido tal indicación (Tabla 102)
- Así como en el caso anterior, también existe cierta correlación entre la presión a cambiar las conductas sexuales y la indicación “*las mujeres seropositivas no deben embarazarse*”, ya que entre quienes han recibido dicha indicación, un 39,4% de ellas se ha sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales. Este porcentaje disminuye al 20,6% entre quienes no han recibido la indicación (Tabla 103) Los porcentajes indican que también en este caso, haber recibido este tipo de información se relaciona con la percepción de presión por parte del servicio de salud hacia las mujeres.

11. 7. Zona Geográfica y Tipo de Presión: En la zona norte la presión más frecuentemente ejercida es a utilizar métodos de prevención de embarazo, con un 61,5% de los casos. A diferencia de ello, en la zona sur y en Santiago la presión más frecuente es la que se refiere al cambio en las conductas sexuales, con 83,3% y 67,7% de los casos respectivamente (Tabla 104)

VII. SEXUALIDAD

1. INICIACIÓN SEXUAL

La mayor parte de las entrevistadas se inició sexualmente entre los 15 y los 17 años, con un 48% de los casos, mientras que un 27% lo hizo entre los 18 y 21 años (Tabla 105) El 95% de las personas consultadas no utilizó ningún tipo de medida de prevención en la primera relación sexual⁸⁸. El motivo principalmente esgrimido para la utilización de medidas preventivas fue para evitar embarazos, en un 80% de los casos, lo cual nos habla de una baja percepción de riesgo de adquirir el VIH incluso entre las pocas mujeres que usaron medidas preventivas en su primera relación sexual.

Correlación con Variables Sociodemográficas

1.1. Edad: Si bien en todos los tramos etáreos se mantiene la tendencia de iniciarse entre 15 y 17 años, entre los grupos de mayor edad (más de 40 años) aumenta la proporción de entrevistadas que se inicia después de los 22 años, pasando de un 8,3% en las mujeres que tienen entre 30 y 39 años, a un 33,3% en las mujeres de más de 50. Todas las entrevistadas del grupo de menor edad estaban sexualmente activas antes de los 22 años (Tabla 106).

1.2. Nivel Educativo: El nivel educacional alto rompe con la tendencia de iniciarse sexualmente entre los 15 y 17 años, ya que un 63,6% de ellas se inicia después de los 18 años⁸⁹. Esto contrasta con el 24,3% de las personas con nivel educacional bajo que se inicia a partir de esa edad⁹⁰. Al analizar los niveles educacionales extremos en términos de un inicio más temprano de la sexualidad, encontramos que el 21,2% de los niveles educacionales bajos se iniciaron entre los 12 y 14 años, mientras que los más altos lo hicieron sólo en un 9,1% durante ese período (Tabla 107)

1.3. Estrato Socioeconómico: Si bien la tendencia de iniciarse sexualmente entre los 15 y 17 años se mantiene en todos los estratos socioeconómicos, si comparamos los grupos extremos podemos ver que un 31,6% de las entrevistadas pertenecientes al nivel alto inició su vida sexual entre los 22 y 27 años, mientras que sólo el 18,2% de las mujeres de estrato bajo se inició en el mismo período. Estas diferencias se mantienen al considerar las edades más tempranas de iniciación sexual, donde encontramos que el 10,5% de las mujeres del estrato alto informa haber tenido su primera relación sexual entre los 12 y 14 años, porcentaje que sube al 22,7% entre las del grupo más bajo (Tabla 108)

De este modo, podemos afirmar que aún cuando existe una cierta homogeneización en la edad de iniciación sexual dentro de la muestra, detectándose una tendencia a iniciarse entre los 15 y 17 años, también podemos constatar algunas diferencias entre los distintos grupos etáreos, educacionales y socioeconómicos. Es así como las mujeres de menor edad tienden

⁸⁸ Entre las 5 personas que sí las utilizaron, tres usaron anticonceptivos y dos utilizaron condones

⁸⁹ El 31,8% de las entrevistadas del nivel educacional alto se inició entre 18 y 21 años, mientras que igual porcentaje lo hizo entre los 22 y 27 años.

⁹⁰ El 15,2% de las entrevistadas del nivel educacional bajo se inició entre 18 y 21 años, mientras que el 9,1% lo hizo entre los 22 y 27 años.

a adelantar su entrada a la sexualidad en relación a los grupos de mayor edad, mientras que los niveles socioeconómicos y educacionales altos existiría una tendencia a retrasar su iniciación al compararlos con los grupos más bajos en la categorización de ambas variables

2. PAREJAS SEXUALES ANTES DE NOTIFICACIÓN

En relación al número de parejas sexuales que las entrevistadas tuvieron antes de recibir la notificación por VIH, encontramos que el 45% de ellas señala haber tenido “*entre dos y tres parejas sexuales*”, seguidas de las que han tenido “*cuatro o más parejas sexuales*”, con un 35% de los casos. Un 20% de las mujeres declara haber tenido sólo “*una pareja sexual*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

2.1. Edad: Aún cuando se mantiene la tendencia de declarar “*dos o tres parejas sexuales*”, las mujeres que tienen entre 40 y 49 años son las que declaran el mayor número de parejas, ya que un 48,3% de ellas ha tenido “*cuatro o más parejas sexuales*”, mientras todos los otros tramos están por debajo del 31%. Por otro lado, sólo el 3,4% de este grupo declara sólo “*una pareja sexual*”, mientras que los otros grupos están por sobre el 19% (Tabla 109) Con el objetivo de clarificar estos resultados, se ha organizado la información agrupando las categorías “*entre dos y tres parejas sexuales*” y “*cuatro o más parejas sexuales*” en la categoría “*más de dos parejas sexuales*”. De manera general, vemos que el 96,6% de las mujeres de entre 40 y 49 años ha tenido más de dos parejas sexuales⁹¹, seguidas por las más jóvenes, que responden del mismo modo en un 80,8% de los casos⁹² (Tabla 110) De este modo, se observa una cierta polarización de los grupos etáreos en relación a la cantidad de parejas sexuales anteriores a la informe⁹³.

2.2. Nivel Educativo: Al incorporar la variable educacional en el análisis, se observa que se rompe la tendencia de tener entre “*dos y tres parejas*”, ya que las mujeres de mayor nivel educacional concentran los porcentajes en la categoría “*cuatro o más parejas sexuales*”, correspondiendo a un 37,9% para el nivel medio alto y alcanzando al 54,5% en el alto. Por otro lado, las mujeres de menor nivel educacional se concentran en la categoría “*entre dos y tres parejas sexuales*”, con un 63,6% y, al mismo tiempo, son quienes declaran en menor grado haber tenido “*una pareja sexual*”, con sólo un 9,1%. Los otros tramos obtienen porcentajes superiores al 20% en esta categoría (Tabla 111)

2.3. Estrato Socioeconómico: También se observan diferencias al incorporar el estrato socioeconómico de las entrevistadas, ya que encontramos que quienes declaran tener mayor número de parejas sexuales son las mujeres de los estratos altos, con un 63,2% de ellas que señala haber tenido “*cuatro o más parejas sexuales*”. Bastante más atrás le sigue el nivel educacional bajo, con un 31,8% de entrevistadas que responden del mismo modo (Tabla 112) Estos datos son coherentes con los resultados de la correlación con nivel educacional,

⁹¹ 48,3% entre dos y tres parejas sexuales y 48,3% entre cuatro o más parejas sexuales

⁹² 50% entre dos y tres parejas sexuales y 30,8% entre cuatro o más parejas sexuales

⁹³ En este caso quedaron fuera del análisis las mujeres mayores de 50 años, por tratarse de pocos casos que escapan a esta polarización, ya que sólo alcanzan el 66,6% en la categoría “*dos o más parejas sexuales*”.

donde eran las mujeres de mayor nivel educacional las que declaraban mayor número de parejas sexuales.

Correlación con Variables Específicas

2.4. Edad actual, edad de iniciación y número de parejas sexuales: Entre las mujeres más jóvenes, mientras más temprana es la iniciación sexual, mayor es el número de parejas sexuales acumuladas. El 18,2% de las entrevistadas que iniciaron su vida sexual entre los 12 y los 14 años ha tenido “*cuatro o más parejas sexuales*”, mientras sólo el 3,7% de quienes se iniciaron entre los 18 y 21 años ha tenido igual número de parejas (Tabla 113) La tendencia se mantiene entre las mujeres que van desde los 30 a los 39 años, ya que el 18,2% de las entrevistadas que iniciaron su vida sexual entre los 12 y 14 años ha tenido “*cuatro parejas sexuales o más*”; mientras que ninguna entrevistada que inició su vida sexual entre los 22 y 27 años, ha tenido este número de parejas (Tabla 114) Entre las mujeres de 40 a 49 años, se rompe la disposición descrita, pues mientras aumenta la edad de iniciación sexual, aumenta también el número de parejas sexuales. Es así como el 28,6% de quienes iniciaron su vida sexual entre los 22 y 27 años ha tenido “*cuatro o más parejas sexuales*”⁹⁴ (Tabla 115)

3. EVALUACIÓN RELACIONES SEXUALES ANTES DE LA NOTIFICACIÓN

Encontramos que existe una buena evaluación de las relaciones sexuales anteriores a la notificación, ya que un 58% de las entrevistadas considera que éstas eran “*placenteras*”, principalmente por motivos relacionados con el placer sexual alcanzado, con un 51,7% de los casos y porque estaba enamorada, con un 32,8%. Del 32% de las entrevistadas que evalúa sus relaciones sexuales anteriores a la notificación como “*a veces placenteras y a veces no placenteras*”, un 59,4% lo atribuye al mal desempeño de la pareja y un 15,6% a la falta de deseo. Sólo un 9% de las entrevistadas evalúa sus relaciones sexuales anteriores como “*no placenteras*”, las principales razones son la falta de placer (44,4%) y los recuerdos de abuso (33,3%)

Correlación con Variables Sociodemográficas

3.1. Edad: Si bien en todos los tramos etáreos es mayor el porcentaje de entrevistadas que manifiesta que sus relaciones sexuales anteriores a la notificación eran placenteras, hay una disminución de ese porcentaje entre quienes tienen entre 40 y 49 años, alcanzando sólo un 44,8%, seguidas de las más jóvenes con un 57,7%. Este último grupo es el que además considera que sus relaciones sexuales no eran placenteras en un 19,2%, representando el porcentaje más alto de la muestra que se ubica en esta categoría. Las mujeres mayores de 50 años son las que evalúan mejor sus relaciones sexuales en un 77,8%, seguidas por el grupo que va entre los 30 y 39 años, con un 63,9%⁹⁵ (Tabla 116).

⁹⁴ Se debe tener en cuenta que la mayor parte de estas mujeres han iniciado su vida sexual después de los 22 años. No se considerarán las entrevistadas mayores de 50 años ya que son sólo 9 mujeres las que se encuentran en este tramo de edad y no presentan diferencias sustantivas de ser descritas.

⁹⁵ Cabe señalar, no obstante, que las mujeres mayores de 50 años representan sólo el 9% de la muestra, mientras que las de entre 30 y 39 años, el 36%.

3.2. Nivel Educativo: Se mantiene la tendencia a evaluar de manera favorable las relaciones sexuales. No obstante, quienes concentran los porcentajes de evaluaciones positivas son las mujeres de nivel educativo medio alto, con un 72,4% de los casos. A diferencia de ello, las de nivel educativo alto concentran el menor porcentaje de evaluaciones positivas, con 45,5%. Por otro lado, las mujeres que concentran los porcentajes de evaluaciones negativas son las de nivel educativo bajo, con un 18,2% (Tabla 117)

3.3. Estrato Socioeconómico: Considerando que aún cuando se mantiene la tendencia a evaluar positivamente las relaciones sexuales, existen algunas marcadas diferencias que consideramos necesario destacar, como que un 27,3% de las entrevistadas de estrato socioeconómico bajo evaluaron sus relaciones sexuales anteriores a la notificación como no placenteras. En los otros grupos socioeconómicos, los porcentajes que evalúan de esa manera disminuyen considerablemente, fluctuando alrededor del 4%. El estrato socioeconómico medio bajo es el que evalúa de mejor manera sus relaciones sexuales, con un 73,3% (Tabla 118)

4. RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

Del total de entrevistadas, un 68% ha mantenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses (42% de manera ocasional y 26% frecuentemente), mientras que un 32% no informa actividad sexual durante ese período.

Correlación con Variables Sociodemográficas

4.1. Edad: Se observa una tendencia a que los grupos más jóvenes sean los que declaran en mayor frecuencia haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, alcanzando un 80,8% en las menores de 30 años. A medida que aumenta la edad disminuye la declaración de actividad sexual en dicho período, con porcentajes que descienden progresivamente del 75% entre las de 30 y 39 años; al 62% entre las de 40 y 49 años; y al 22,2% entre las mayores de 50. (Tabla 119)

4.2. Nivel Educativo: El nivel educativo no parece ser una variable que influya en la declaración de actividad sexual en los últimos seis meses, que, como dijimos, es de un 68%. Las mayores concentraciones de puntajes se encuentran en las mujeres de nivel educativo medio alto, con un 79,3%; mientras que las menores concentraciones se ubican en el nivel educativo bajo, con un 60,6%, y en el alto, con un 63,6% (Tabla 120)

4.3. Estrato Socioeconómico: Los porcentajes indican que el estrato socioeconómico no es un factor determinante en la mantención de la actividad sexual. Sin embargo, se observa una tendencia al aumento de declaración de actividad sexual en los últimos seis meses a medida que disminuye el estrato socioeconómico de las entrevistadas. Las mujeres pertenecientes al estrato más alto son las que mayormente declaran no haber tenido relaciones sexuales, con un porcentaje del 36,8%. También es interesante hacer notar que

los porcentajes de abstinencia van disminuyendo a medida que se desciende en la clasificación por estrato, llegando al 22,7% en el estrato más bajo⁹⁶. (Tabla 121)

Correlación con Variables Específicas

4.4. Número de parejas sexuales antes de notificación: Existe correlación entre ambas variables, aún cuando en un sentido distinto al que pensábamos, ya que quienes declaran haber tenido sólo “*una pareja sexual*” antes de la notificación, son las que han tenido actividad sexual en mayor grado, alcanzando el 80% de los casos. Los porcentajes van disminuyendo a medida que aumenta la declaración de parejas sexuales, llegando al 62,9% entre quienes declararon haber tenido más de cuatro parejas sexuales antes de la notificación (Tabla 122)

4.5. Evaluación de relaciones sexuales antes de notificación: Existe correlación entre ambas variables, ya que al analizar a las mujeres que han tenido relaciones sexuales, encontramos que el mayor porcentaje se concentra entre quienes evaluaban positivamente su vida sexual antes de la notificación, en un 72,4%. Las evaluaciones negativas y regulares bordean el 65% en la declaración de actividad sexual en los últimos seis meses. De este modo, quienes consideraban placenteras sus relaciones sexuales antes de la notificación son quienes obtienen el menor porcentaje de abstinencia sexual, con un 27,6% (Tabla 123)

Por otro lado, considerando la frecuencia de la actividad sexual, también se observa relación entre las variables señaladas, ya que el 65,4% de las entrevistadas que declara tener relaciones sexuales frecuentemente consideraba que sus relaciones sexuales anteriores a la notificación eran placenteras, porcentaje que disminuye a casi un 60% entre quienes declaran tener relaciones sexuales ocasionalmente y a un 50% entre quienes no han tenido actividad sexual (Tabla 124)

4.6. Situación de pareja: Los resultados de la correlación indican que, efectivamente, las mujeres que declaran haber tenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses son quienes tienen pareja estable en este momento. Además, en relación a la frecuencia de la actividad sexual, quienes viven con sus parejas son las que concentran los porcentajes de declaración de actividad sexual frecuentemente, con un 57,7%, disminuyendo a un 34,6% entre quienes no viven con su pareja. Estos datos contrastan con el 75% de mujeres que no tiene pareja y que no ha tenido sexo en los últimos seis meses. Es interesante destacar que existe un 18% de mujeres que vive con su pareja estable, pero que no ha tenido relaciones sexuales durante el período señalado (Tabla 125)

5. PAREJAS SEXUALES DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

Al consultar sobre el número de parejas sexuales que las entrevistadas han tenido después de la notificación, encontramos que del total de mujeres entrevistadas, un 60% de ellas sólo ha tenido “*una pareja sexual*”, mientras que el 19% no ha tenido “*ninguna pareja sexual*”. Esto nos habla de un importante porcentaje de mujeres que ha optado por dar término a su

⁹⁶ Cabe hacer notar que el porcentaje que le sigue al 22,7% es 33,3% en el estrato medio bajo, lo que significa una diferencia porcentual de 10,6%.

vida sexual después de recibida la notificación. Por otro lado, un 13% de las entrevistadas ha tenido “*entre dos y tres parejas sexuales*” y, finalmente, un 8% ha tenido “*cuatro o más parejas sexuales*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

5.1. Edad: La tendencia de tener sólo una pareja sexual se mantiene en la mayor parte de los tramos etáreos. Sin embargo, se evidencia una correlación entre la edad de las entrevistadas y el reinicio de la actividad sexual, ya que las más jóvenes son las que presentan el menor porcentaje de abstinencia después de recibida la notificación, con un 7,7%. Estos porcentajes van incrementándose a medida que las entrevistadas aumentan en edad, ya que los tramos que le siguen obtienen porcentajes de 16,7%, 17,2% y 66,7%, respectivamente. Además, se observa una tendencia a la disminución del número de parejas sexuales después de la notificación a medida que las mujeres avanzan en edad. Es así como, si reagrupamos las alternativas “*entre dos y tres parejas sexuales*” con “*cuatro ó más parejas sexuales*” en la categoría “*más de dos parejas sexuales*”, encontramos que el 30,8% de las entrevistadas de entre 19 y 29 años se incluye en esta categoría. A este tramo le sigue el que va de 30 a 39 años, con un 25% de los casos; luego el de 40 a 49 años con un 13,8% y, finalmente, las mayores de 50, donde no se registran casos (Tabla 126) De acuerdo a ello, la variable edad influye tanto en los porcentajes de abstinencia sexual como en el número de parejas sexuales después de la notificación.

5.2. Nivel educacional: Para analizar la influencia de esta variable, reagruparemos los niveles educacionales extremos⁹⁷ y mantendremos las categorías “*ninguna pareja sexual*”, “*una pareja sexual*” y “*más de dos parejas sexuales*”. De este modo, encontramos que quienes tienen niveles educativos más altos declaran mayor número de parejas sexuales y menor grado de abstinencia. Es así como el 31,4% en las entrevistadas de los niveles educacionales altos ha tenido “*más de dos parejas sexuales*” después de recibida la notificación y sólo un 13,7% de ellas declara no haber reiniciado su vida sexual. A diferencia de ello, los niveles educativos bajos, tienen menor número de parejas sexuales (10,2%) y mayor grado de abstinencia (24,5%) (Tabla 127) Al desagregar la información para ver los porcentajes de abstinencia sexual, vemos que éstos se concentran en los niveles educacionales extremos, con un 27,3% para cada caso⁹⁸ (Tabla 128)

5.3. Estrato Socioeconómico: Manteniendo la reagrupación de número de parejas sexuales, vemos que la relación entre estrato socioeconómico y número de parejas sexuales después de la notificación, muestra algunas diferencias en relación al nivel educacional. Por una parte, se mantiene la tendencia a que sea el estrato más alto el que declara mayor número de parejas sexuales, con un 31,6% de los casos, mientras que las entrevistadas de

⁹⁷ Así, el nivel educacional “*bajo*”, correspondería a quienes tienen nivel educacional igual o inferior a media incompleta, y “*alto*”, a quienes tienen niveles educacionales iguales o superiores a la media completa.

⁹⁸ La diferencia que se observa al analizar los grados de abstinencia al reagrupar los niveles educacionales y al desagregarlos, tiene que ver con que el nivel educacional medio alto presenta el menor porcentaje de abstinencia (3,4%), lo que incide en que en la reagrupación presenten menor grado de término de la actividad sexual.

estrato bajo responden del mismo modo en un 27,3%⁹⁹. Sin embargo, al analizar los porcentajes de mujeres que no ha reiniciado su vida sexual, vemos que el mayor porcentaje de casos se concentra en el estrato alto, con un 26,3%, en tanto que las de estrato bajo responden del mismo modo en sólo un 4,5% (Tabla 129), lo cual marca una diferencia importante con el análisis por nivel educacional, donde los porcentajes de abstinencia se concentran en los niveles extremos, con porcentajes similares para cada caso (ver Tabla 128) Aún cuando se mantiene la tendencia a tener “*una pareja sexual*” en todos los estratos, vemos que los mayores porcentajes se concentran en el estrato bajo, con un 68,2%, y los menores en el alto, con un 42,1% (Tabla 129)

Correlación con Variables Específicas

5.4. Evaluación de las relaciones sexuales antes de la notificación: La evaluación que hacen las entrevistadas de su vida sexual anterior a la notificación no introduce diferencias en el número de parejas que han tenido después de saber que han adquirido el virus, ya que los mayores porcentajes de mujeres se siguen concentrando entre quienes tienen “*una sola pareja sexual*”, independientemente de la evaluación que hicieron de su vida sexual antes de la notificación. De este modo, declaran tener una pareja sexual el 66,7% de las entrevistadas que evaluaba negativamente sus relaciones sexuales; el 65,6% de las que evaluaban regular y el 56,9% de quienes las evaluaban como placenteras (Tabla 130)

5.5. Indicaciones sobre sexualidad desde el servicio: También podemos analizar la relación entre el número de parejas sexuales después de la notificación con las “indicaciones” sobre sexualidad entregadas desde el servicio de salud, vistas con anterioridad.

- Con respecto a la afirmación “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*” se mantiene la tendencia a tener sólo una pareja sexual y no influye en la declaración de abstinencia¹⁰⁰. Sin embargo, quienes han recibido esta información declaran tener un menor número de parejas sexuales que quienes no la han recibido, ya que sólo un 14,3% de quienes la han recibido ha tenido “*más de dos parejas sexuales*”, porcentaje que aumenta al 22,8% entre las mujeres que no se les ha entregado esta información. Así, esta indicación no incide en los grados de abstinencia, pero sí en el número de parejas sexuales después de la notificación (Tabla 131)
- En relación a la afirmación “*las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH*” la tendencia de tener una sola pareja se mantiene. Sin embargo, también encontramos algunas diferencias, pero en sentido opuesto, ya que quienes recibieron esa información presentan menor frecuencia de abstinencia que quienes no la recibieron, con un 26,7% y un 15,7% respectivamente. Además, presentan mayor número de parejas sexuales que quienes no la recibieron, con un 21,4%. De acuerdo a ello, esta información proporcionada desde el servicio no incide en la conducta posterior de las mujeres. (Tabla 132)

⁹⁹ El nivel medio bajo señala tener “más de dos parejas sexuales” en un 20% de los casos y el nivel medio alto lo hace en un 10,3%.

¹⁰⁰ Tanto quienes han recibido la información como quienes no la han recibido obtienen el mismo porcentaje de declaración de abstinencia sexual, con un 19%.

6. EVALUACIÓN RELACIONES SEXUALES DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

Del total de entrevistadas que declararon tener relaciones sexuales en los últimos seis meses, la mayor parte de ellas considera que éstas son “*placenteras*”, con un 51,5%. Las principales razones para opinar de esta manera son: porque “*siente placer sexual*” y “*porque está enamorada*” (48,6% y 40% respectivamente). En tanto, el 36,8% de las mujeres que consideraron que sus relaciones son “*a veces placenteras y a veces no placenteras*”, las razones principales de esta evaluación tiene que ver con el “*uso del condón*”, con un 28% de los casos y con el “*temor a la transmisión*” y la “*falta de deseo*”, con un 24% para cada caso. Finalmente, el 10,3% de las mujeres que opina que sus relaciones sexuales actuales “*no son placenteras*”, esgrimen como motivo central el “*temor a la transmisión*”, con un 50% de los casos, seguida bastante más atrás por la “*falta de deseo*”, con un 25%. Así, el temor a transmitir el VIH/SIDA se convierte en un elemento que influye de manera negativa en la evaluación que las mujeres hacen de sus relaciones sexuales actuales. Además, se evidencia una disminución en el deseo sexual después de la notificación.

Correlación con Variables Sociodemográficas

6.1. Edad: En todos los tramos etáreos es mayor la proporción de mujeres que considera que sus relaciones sexuales actuales son placenteras (alrededor del 50% en todos los tramos¹⁰¹) Por lo tanto no hay diferencias suscitadas por la edad en la evaluación que hacen las entrevistadas de sus relaciones sexuales actuales. Cabe señalar, no obstante, que el tramo que va desde los 30 a 39 años es el que concentra el mayor porcentaje en la categoría de relaciones estimadas como “*no placenteras*”, con un 14,8% (Tabla 133)

6.2. Nivel educacional: Con respecto al nivel educacional se mantiene la tendencia señalada con anterioridad. Sin embargo, las mujeres con mayor nivel educacional son las que evalúan más positivamente sus relaciones sexuales actuales, con un 71,4%, mientras que ninguno de los otros niveles supera el 50%. También es importante destacar que ninguna mujer perteneciente a este grupo evaluó negativamente sus relaciones sexuales actuales y sólo lo hizo el 4,3% de las mujeres de nivel educacional medio alto. Estos porcentajes contrastan con los niveles educativos más bajos, donde un 15% de las mujeres de nivel educacional bajo y un 27,3% de las del medio bajo realizó tal evaluación (Tabla 134)

6.3. Estrato socioeconómico: A medida que aumenta el estrato socioeconómico mejora la evaluación que hacen las entrevistadas de sus relaciones sexuales actuales. Es así como el 75% de las mujeres de estrato alto evalúa positivamente sus relaciones sexuales, mientras que sólo lo hace el 35,3% de las de estrato socioeconómico bajo. En este mismo sentido, vemos que ninguna de las entrevistadas perteneciente al estrato socioeconómico alto evalúa como no placenteras sus relaciones sexuales actuales, mientras que sí lo hace el 23,5% de las mujeres de estrato socioeconómico bajo (Tabla 135)

¹⁰¹ Exceptuando a las mujeres mayores de 50 años que las evalúan como “a veces placenteras y a veces no placenteras” pero que representan sólo 2 casos.

Correlación con Variables Específicas

6.4. Relaciones sexuales antes y después de la notificación: Al comparar la evaluación de las relaciones sexuales que hacen las mujeres antes y después de la notificación, podemos ver que la proporción de entrevistadas que evalúa positivamente sus relaciones sexuales disminuye desde un 58% antes de la notificación a un 51,5%, en la actualidad. Del mismo modo, quienes opinan que sus relaciones sexuales son no placenteras aumentan desde un 9% antes de la notificación a un 10,3% en el momento actual. Esto muestra que, aún cuando no hay diferencias radicales entre ambas evaluaciones, podemos constatar una tendencia a evaluar más negativamente las relaciones sexuales después de la notificación.

7. RAZONES PARA NO HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES

Del total de mujeres que no ha tenido actividad sexual durante los últimos seis meses (32%)¹⁰², el 53,1% de ellas no lo ha hecho “*por motivos relacionados con el VIH*” y sólo el 21,9% porque “*no ha tenido la oportunidad*”. De este modo, la notificación por VIH se constituye en un importante factor para que las mujeres pongan término anticipado a su vida sexual.

Correlación con Variables Sociodemográficas

7.1. Edad: Las mujeres de entre 40 y 49 años son las que mayormente declaran no haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses “*por motivos relacionados con el VIH*”, seguidas de las mujeres más jóvenes, con un 72,7% y un 60% respectivamente. A diferencia de ello, las mujeres entre los 30 y 39 años obtienen la misma puntuación tanto en no haber tenido relaciones sexuales “*por motivos relacionados con el VIH*”, como en no haberlo hecho por “*no haber tenido la oportunidad*”, con un 44,4%. Lo mismo sucede con las mujeres mayores de 50 años, que obtienen un 28,6% en cada categoría (Tabla 136)

7.2. Nivel educacional: La tendencia a no tener relaciones sexuales por motivos relacionados con el VIH, se mantiene, llegando al 80% en el caso de las mujeres con nivel educacional medio bajo. Los otros niveles bordean el 50% (Tabla 137)

7.3. Estrato Socioeconómico: No parece haber relación entre estrato y razones que las mujeres esgrimen para no haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses. No obstante, los mayores porcentajes de mujeres que declaran no haber tenido relaciones sexuales por motivos relacionados con el VIH, se concentra en los grupos medios (60% en cada caso) A diferencia de ello, las mujeres de estratos extremos muestran porcentajes que bordean el 40% (Tabla 138)

Correlación con Variables Específicas

7.4. Indicaciones sobre sexualidad desde el servicio:

- Respecto de la indicación “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*”, encontramos que el 42,9% de quienes recibieron esta información, no ha

¹⁰² Ver punto 4 de apartado de sexualidad.

tenido relaciones sexuales por motivos relacionados con el VIH. Ese porcentaje aumenta a un 56% entre quienes no han recibido esta indicación. (Tabla 139)¹⁰³. Esto muestra que el haber recibido esa información en particular, no influye en las conductas sexuales posteriores de las mujeres.

- Por otro lado, del total de entrevistadas que declararon no haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y que se les ha dicho que *“las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH”*, un 57,9% de ellas no ha tenido relaciones sexuales *“por motivos relacionados con el VIH”*. Este porcentaje disminuye a un 46,2% entre quienes no han recibido esa información (Tabla 140) Por lo tanto podríamos decir que esta información sí influye en las prácticas sexuales posteriores de las entrevistadas.

De acuerdo a ello, el grado de influencia de la información entregada por el servicio de salud en la conducta de las mujeres varía según el tipo de información que se trate. Este tema será tratado con mayor detalle en el siguiente punto.

8. INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD ENTREGADA EN EL SERVICIO

Para conocer la forma en que se está abordando el tema de la sexualidad y la reproducción en las mujeres que viven con VIH/SIDA desde los servicios de salud, presentamos a las entrevistadas una serie de “indicaciones” o “informaciones”, que hemos definido como adecuadas e inadecuadas¹⁰⁴, frente a las cuales éstas debían responder si la habían recibido por parte del personal de salud que las atiende. Los resultados obtenidos para cada una de las afirmaciones se presentan a continuación:

• <i>“Las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas sexuales que viven con VIH/SIDA”</i> (inadecuada)	70%
• <i>“Las mujeres seropositivas no deben embarazarse”</i> (inadecuada)	66%
• <i>“Las mujeres seropositivas pueden tener hijos/as sin VIH”</i> (adecuada)	52%
• <i>“La sexualidad es algo necesario para la vida de las personas”</i> (adecuada)	51%
• <i>“Las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales”</i> (inadecuada)	21%
• <i>“No ha recibido ninguna de las informaciones consultadas”</i>	3%

Índice de “informaciones”: Para tener una visión más clara de la información señalada y poder correlacionarla con otras variables, construimos un “índice” de las informaciones que emite el servicio de salud en temas de sexualidad y reproducción, que combinan las aseveraciones mencionadas en el párrafo anterior¹⁰⁵. El resultado de este índice corrobora que el tipo de información que entrega el servicio de salud corresponde, fundamentalmente,

¹⁰³ Se debe considerar que las personas a las que les han dado la información referida es bastante bajo.

¹⁰⁴ Las informaciones que se rotularon como “inadecuadas” tienen que ver con aspectos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres que deben ser analizados por ellas mismas, sin ningún tipo de presión, ya que, de una manera u otra, lo que se dice desde el servicio es información que se considera como legítima y deseable.

¹⁰⁵ Para la construcción del índice se han recategorizado las informaciones en ceros y unos, (presencia y ausencia) de tal manera que los “unos” dan cuenta de lo deseable. (En el caso de las informaciones negativas, lo deseable es no haberla recibido por parte del hospital) Luego se contabilizarán todos los “unos”, lo que equivaldrá al puntaje que obtiene cada entrevistada. Finalmente se han etiquetado los niveles de información, de acuerdo a los puntajes obtenidos: 0 punto (no ha recibido información deseable), 1 y 2 puntos (información inadecuada), 3 puntos (información regular), 4 y 5 puntos (información adecuada)

a lo que hemos definido como “*información inadecuada*”, con un 44% de los casos. Un 25% declara haber recibido “*información regular*” e igual porcentaje estima haber recibido “*información adecuada*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

8.1. Edad: Mientras mayor edad tienen las mujeres consultadas, mejor es la evaluación que hacen de la información entregada por el servicio de salud. Es así como el 44,4% de las entrevistadas mayores de 50 años y el 37,9% de las mujeres entre 40 y 49 años considera que la información entregada es “*adecuada*”, porcentaje que baja al 16,7% en las mujeres entre 30 y 39 años y a un 15,4% en las entrevistadas más jóvenes, que son precisamente quienes se encuentran en pleno ciclo reproductivo. Si consideramos a quienes recibieron “*informaciones inadecuadas*”, vemos que las mujeres entre 30 y 39 años concentran los puntajes en esta categoría, con un 52,8% de los casos, seguidas por las más jóvenes con un 42,3%. Los otros grupos de edad no superan el 38% (Tabla 141)

8.2. Nivel Educativo: Existe correlación entre ambas variables, ya que a medida que aumenta la instrucción de las mujeres se incrementan las consideraciones positivas respecto de la información entregada desde el servicio. Así, el 36,4% de las entrevistadas de nivel educacional alto considera que la información recibida es “*adecuada*”, mientras que sólo el 18,2% de las de nivel educacional bajo opina de esta manera. Por otro lado, un 48,5% de las entrevistadas de nivel educacional bajo considera que la información recibida en el servicio es “*inadecuada*”, mientras que sólo lo hacen el 36,4% de las de nivel educacional alto (Tabla 142) De acuerdo a ello, el nivel educacional influye en el grado de adecuación de la información proporcionada por el servicio de salud.

8.3. Estrato socioeconómico: El estrato socioeconómico también se correlaciona con el índice de información, en el mismo sentido planteado con anterioridad. Es así como las entrevistadas de estrato socioeconómico alto expresan más frecuentemente haber recibido información “*adecuada*” por parte del servicio de salud, con un 47,4% de los casos. Ello contrasta con el 13,6% de personas de estrato socioeconómico bajo que opina del mismo modo. Esta situación se repite al considerar las informaciones “*inadecuadas*”, ya que quienes informan en mayor grado haberlas recibido son las mujeres de estrato bajo, con un 59,1% (Tabla 143) Por tanto existe congruencia en los resultados obtenidos al comparar la pertinencia de la información sobre sexualidad entregada por el servicio de salud con el nivel educacional y con el estrato socioeconómico al cual pertenecen las entrevistadas.

8.4. Zona Geográfica: La zona sur es la que concentra los porcentajes de informaciones “*adecuadas*”, con un 53,3%. En las otras zonas, los porcentajes son del 22%, en el caso de Santiago, y del 17,1%, en la zona norte. Así mismo, las informaciones “*inadecuadas*” se concentran en Santiago y en la zona norte, con porcentajes de 50% y 42,9% respectivamente (Tabla 144)

Correlación con Variables Específicas

8.5. Relaciones sexuales en los últimos seis meses: Al correlacionar algunas de las indicaciones dadas por el servicio de salud que fueron consultadas con la actividad sexual

de las entrevistadas en los últimos seis meses, no encontramos correlaciones en términos de las conductas efectivas de las mujeres, ya que éstas se comportan sexualmente de manera similar, independientemente de haber recibido o no las indicaciones consultadas.

- Respecto a la indicación “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*” no se observa relación con la conducta efectiva de las mujeres, ya que tanto quienes han recibido esta indicación como quienes no la han recibido muestran porcentajes similares en declaración de actividad sexual y en declaración de abstinencia (Tabla 145)
- Tampoco encontramos correlación entre la indicación “*las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH*” con la actividad sexual, ya que el 72,9% de quienes han recibido tal información ha tenido relaciones sexuales, ya sea ocasional o frecuentemente en los últimos seis meses, con porcentajes de 50% y 22,9% respectivamente. Sólo el 27,1% de quienes ha recibido esta información no ha tenido actividad sexual en el mismo período. Entre las mujeres a las que no se les ha dicho lo anteriormente mencionado, un 56,6% ha tenido relaciones sexuales, ocasional o frecuentemente, y un 43,3% no ha las ha tenido en los últimos seis meses (Tabla 146)

Sin embargo, como se mencionó en el apartado de presiones ejercidas desde el servicio, estas indicaciones, a pesar de no incidir en la conducta efectiva de las mujeres, son percibidas como presiones que el servicio pretende ejercer sobre la sexualidad de las mujeres¹⁰⁶ y que inciden negativamente en la evaluación de la calidad de la atención que hacen estas usuarias¹⁰⁷.

8.6. Calidad de la atención: Si bien no se observan diferencias significativas según el tipo de información sobre sexualidad y reproducción recibida, entre quienes hacen una buena evaluación de la calidad de la atención en el servicio y quienes la evalúan como regular, se observan algunas diferencias entre ambos grupos. Es así como quienes evalúan como regular la calidad de la atención son quienes concentran los porcentajes en la categoría de informaciones consideradas como “*inadecuadas*”, con un 47,4%, porcentaje que disminuye al 42,4% entre quienes evalúan positivamente la calidad de la atención. Por otro lado, las mujeres que hacen una buena evaluación de la calidad de la atención presentan mayores porcentajes de entrega de informaciones “*adecuadas*” desde el servicio (27,1%), mientras que quienes la evalúan como regular declaran haber recibido tal información en un 21,1% (Tabla 147) De este modo, la entrega de información adecuada sobre sexualidad y reproducción incide, aunque levemente, en la forma en que las entrevistadas evalúan la calidad de la atención.

¹⁰⁶ En el apartado citado encontramos que el 66,7% de quienes han recibido la información “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*” y el 38,6% de quienes han recibido la indicación “*las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH*”, se han sentido presionadas a cambiar sus conductas sexuales (Tablas 101 y 102)

¹⁰⁷ El 61% de las mujeres que hacen una buena evaluación del servicio no se ha sentido presionada, porcentaje que baja al 36,8% entre quienes hacen una evaluación regular. Entre quienes evalúan como regular la atención del servicio, los porcentajes se concentran entre quienes declaran haberse sentido presionada en uno o dos de los cuatro ámbitos consultados (Tabla 100)

VIII. PRESERVATIVO

1. USO DE PRESERVATIVO

Al consultar sobre el uso del preservativo entre las mujeres que han tenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses, encontramos que un importante 82,4% de las mujeres entrevistadas señala haberlo utilizado en ese período, mientras que un 16,2% declara lo contrario.

Correlación con Variables Sociodemográficas

1.1. Edad: La edad es una variable que se correlaciona con el uso del preservativo, ya que mientras más adultas son las mujeres declaran en mayor grado haber usado esta medida preventiva. Este uso disminuye progresivamente mientras más jóvenes son las entrevistadas. De este modo, mientras la totalidad de las entrevistadas mayores de 50 años declaró usar preservativo; las mujeres entre 40 y 49 años, lo hacen en un 94,4%; las que tienen entre 30 y 39 años, en un 85,2%; disminuyendo a un 66,7% en las entrevistadas más jóvenes. (Tabla 148)

1.2. Nivel Educativo: El nivel educacional también parece ser un elemento importante en la utilización del condón, aún cuando no encontramos la linealidad registrada en el caso anterior, ya que la totalidad de las mujeres de nivel educacional alto y medio bajo declararon haberlo usado en los últimos seis meses. El 82,6% de las entrevistadas de nivel educacional medio alto y sólo el 60% de las de nivel educacional bajo declararon del mismo modo. Ello es concordante con la declaración de no uso, donde la mayor cantidad de casos se concentran en el nivel educacional bajo, con un 40% (Tabla 149)

1.3. Ingreso: El ingreso también se relaciona al uso del preservativo, ya que el 23,1% de las mujeres que perciben ingresos más bajos declara no usarlo, porcentaje que disminuye al 6,7% entre las entrevistadas con ingresos más altos (Tabla 150) Para tener una visión más clara de la influencia de esta variable, reagrupamos los ingresos extremos, resultando sólo dos categorías: “*ingreso bajo*” (menos de \$ 149.000) e “*ingreso alto*” (más de \$ 150.000) De este modo, vemos que los ingresos altos usan preservativo en un 89,3%, disminuyendo a un 77,5% entre las mujeres de ingreso bajo.

Correlación con Variables Específicas

1.4. Evaluación relaciones sexuales: Quienes utilizan el preservativo hacen una evaluación más positiva de sus relaciones sexuales. Es así como, entre las mujeres que declaran utilizarlo, un 53,6% de ellas considera que sus relaciones son “*placenteras*”, disminuyendo a un 45,5% entre quienes no lo hacen. Por otro lado, quienes no han usado preservativo en los últimos seis meses, evalúan sus relaciones sexuales como “*no placenteras*” en un 18,2%, porcentaje que disminuye a un 8,9% entre quienes sí lo utilizan (Tabla 151) Esto se corrobora al dar vuelta la tabla, encontrándose que el mayor porcentaje de uso de preservativo se concentra entre quienes evalúan positivamente sus relaciones sexuales actuales, con un 85,7%. Por otro lado, entre quienes no lo han usado, el mayor

porcentaje se concentra en quienes evalúan negativamente sus relaciones sexuales, con un 28,6% (Tabla 152)

Así, vemos que existe correlación entre uso de preservativo y evaluación de las relaciones sexuales actuales, siendo mayor su uso entre quienes evalúan de mejor manera su actividad sexual. Es probable que esta relación se explique en el sentimiento de tranquilidad que les proporciona a las mujeres el uso del preservativo, ya que quienes están de acuerdo con la afirmación *“me gusta usar condones porque me da tranquilidad”*, son las que lo han usado en un 91,3% de los casos, mientras quienes están en desacuerdo con tal afirmación, lo han usado sólo en un 57,1% (Tabla 153) Por tanto habría una relación entre evaluación de las relaciones sexuales, uso de preservativo y sentimiento de tranquilidad en las mujeres entrevistadas.

1.5. Situación de Pareja: El mayor uso de preservativo lo encontramos entre las mujeres que no tienen pareja estable, declarando usarlo un 92,3% de quienes se encuentran en esta situación, porcentaje que disminuye al 80% en las mujeres con pareja estable. Del mismo modo, entre quienes tienen pareja estable, el porcentaje de personas que no usa preservativo es del 18,2%, disminuyendo a un 7,7% entre quienes no la tienen (Tabla 154) Por otro lado, la cohabitación también parece ser un factor que interviene en su utilización, ya que el 75% de las mujeres que *“vive con su pareja”* ha usado preservativo, mientras entre quienes no conviven, la declaración de uso aumenta a un 87%. (Tabla 155)

1.6. Situación serológica pareja: La incorporación del condón a las prácticas sexuales de las mujeres estudiadas no se vincula necesariamente al estado serológico de sus parejas, ya que tanto quienes informan tener parejas que viven con VIH/SIDA, como quienes declaran lo contrario, señalan usar preservativo en proporciones bastante altas (81% y 75,9%, respectivamente) Por tanto, existe un 20,7% de mujeres cuya pareja no vive con el virus, y que no ha utilizado condón en el período indicado, porcentaje que disminuye levemente en los casos de parejas del mismo estado serológico, llegando al 19%. Por su parte, la totalidad de las mujeres que no saben o no responden si sus parejas viven con el virus, han utilizado esa medida de protección en los últimos seis meses (Tabla 156)

2. RAZONES DE NO USO

Del total de mujeres que declara no usar preservativo (17,6%), la principal razón esgrimida para ello es que *“a su pareja no le gusta usarlo”*, en un 72,7% de los casos, porcentaje que contrasta con el 27,3% que declara no haberlo incorporado porque *“a ella no le gusta usarlo”*. También se debe destacar que se detectó un 18,2% de entrevistadas que informa no usarlo porque *“quiere embarazarse”*.

Correlación con Variables Sociodemográficas

2.1. Edad: La edad no introduce mayores modificaciones a la tendencia general descrita de declaración de no uso por motivos relacionados con la voluntad de la pareja. Sin embargo, las mujeres que escapan de esta norma son aquellas que tienen entre 30 y 39 años, quienes señalan no usar preservativo porque *“a su pareja no le gusta usarlo”* y porque *“a ella no le gusta usarlo”*, con el mismo porcentaje para cada caso (75%). Por otro lado, las mujeres

más jóvenes son las únicas que declaran no haberlo usado en los últimos seis meses por “*querer embarazarse*” (Tabla 157)

2.2. Nivel Educativo: Las personas que no usan preservativo pertenecen sólo a dos niveles educacionales: bajo y medio alto. En ambos niveles, la tendencia sigue siendo que las mujeres no usan preservativo porque “*a sus parejas no les gusta usarlo*”. En el nivel educacional más bajo existe una mayor diversidad en las respuestas: 62,5% no usa porque “*a su pareja no le gusta usarlo*”, 25% no usa porque “*a ella no le gusta usarlo*”, 25% no usa por razones no especificadas y 25% no usa “*porque quiere embarazarse*”. Cabe destacar que las únicas mujeres que señalan este último motivo son las pertenecientes al grupo de menor instrucción, que son, como ya vimos, las mujeres más jóvenes (Tabla 158)

3. FRECUENCIA DE USO DE PRESERVATIVO

Del total de mujeres que ha usado preservativo en los últimos seis meses, el 67,9% de ellas declara haberlo utilizado “*en todas sus relaciones sexuales*”, mientras que el 32,1% lo ha hecho sólo “*a veces*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

3.1. Edad: En todos los tramos de edad es mayor la proporción de personas que ha utilizado preservativo “*en todas sus relaciones sexuales*” durante los últimos seis meses. Los mayores porcentajes se concentran en los tramos de 30 y 39 años y 40 y 49 años (78,3% y 64,7% respectivamente) Es interesante destacar que la mayor concentración de casos de mujeres que declara haber utilizado el preservativo sólo “*a veces*” se encuentra entre los grupos más jóvenes, con un 42,9%, lo cual confirma lo planteado con anterioridad en relación al menor uso del preservativo en este grupo¹⁰⁸ (Tabla 159)

3.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educacionales es mayor el porcentaje de entrevistadas que ha utilizado el preservativo “*en todas sus relaciones sexuales*” durante los últimos seis meses. Los porcentajes se concentran en las mujeres con nivel educacional medio bajo y alto, con un 90,9% y 71,4%, respectivamente. A la inversa, los mayores porcentajes de entrevistadas que informan haber utilizado el preservativo sólo “*a veces*”, pertenecen a los niveles educacionales medio alto y bajo, con un 42,1% y 41,7% respectivamente (Tabla 160)

3.3. Estrato Socioeconómico: En todos los estratos socioeconómicos se mantiene la tendencia a utilizar el preservativo “*en todas las relaciones sexuales*”, con porcentajes superiores al 50%. El estrato bajo es el que presenta menor utilización del preservativo, ya que un 45,5% de este grupo lo ha utilizado sólo “*a veces*”. En este caso, encontramos que los porcentajes de mujeres que declaran utilizar el preservativo “*siempre*” se concentran en los grupos intermedios, con cifras superiores al 70%¹⁰⁹ (Tabla 161)

¹⁰⁸ No consideramos a las mujeres mayores de 50 años por haberse encontrado sólo un caso que declara usarlo sólo “*a veces*”.

¹⁰⁹ La información desagregada es: 70,6% para el estrato medio alto y 75% para el medio bajo.

Correlación con Variables Específicas

3.4. Información sobre reinfección: Tanto las mujeres que han recibido información sobre reinfección como las que no la han recibido, concentran los porcentajes en la utilización del preservativo “*en todas sus relaciones sexuales*”. Sin embargo, se observa una tendencia a que quienes han recibido esta información declaran mayor frecuencia de uso del preservativo, con un 70,3%, porcentaje que disminuye a un 63,2% entre quienes no han recibido dicha información (Tabla 162) Por lo tanto, las mujeres que utilizan preservativo más frecuentemente son aquellas que tienen mayor conocimiento sobre reinfección.

3.5. Actitud hacia el condón: Para analizar la correlación existente entre la actitud de las mujeres hacia la utilización del preservativo y la frecuencia de su uso, cruzamos dos afirmaciones sobre actitudes hacia el condón (una positiva y una negativa, como se explicará en detalle en el siguiente apartado) con la frecuencia de su utilización. Al respecto, encontramos que quienes tienen actitud más favorable hacia el condón tienden a incorporarlo en sus prácticas sexuales en mayor grado que quienes tienen actitud desfavorable, lo cual indica un grado de coherencia entre el discurso y las prácticas efectivas entre las mujeres entrevistadas.

- **Afirmación positiva:** El 78% de las mujeres que está de acuerdo con la afirmación “*es preferible no tener relaciones sexuales que tenerlas sin condón*”, ha utilizado el preservativo “*en todas sus relaciones sexuales*”, porcentaje que disminuye al 33,3% entre quienes están en desacuerdo con dicha afirmación. Por otro lado, entre quienes han incorporado el preservativo sólo “*a veces*”, un 66,7% está en desacuerdo con la afirmación señalada y un 22% está de acuerdo (Tabla 163)
- **Afirmación negativa:** La totalidad de las mujeres consultadas que está de acuerdo con la frase “*es preferible tener relaciones sexuales sin preservativo que no tenerlas*”, ha utilizado el preservativo sólo “*a veces*” en los últimos seis meses. A diferencia de ello, el 84,4% de las entrevistadas que está en desacuerdo con tal afirmación, declara utilizarlo en “*todas sus relaciones sexuales*” (Tabla 164) Otro dato que nos pareció interesante relevar es que la totalidad de las mujeres que utilizan el preservativo “*siempre*” está en desacuerdo con la frase señalada (Tabla 165)

4. ACTITUDES HACIA EL CONDÓN

Para analizar la actitud que las mujeres tienen hacia el condón, se presentaron una serie de afirmaciones, que reflejaban actitudes positivas y negativas hacia éste, y se le pidió a las entrevistadas que expresaran su grado de acuerdo o de desacuerdo con cada una de ellas¹¹⁰.

Los resultados se exponen a continuación:

¹¹⁰ Esta pregunta sólo debían responderlas las mujeres que habían tenido actividad sexual durante los últimos seis meses.

- “El condón le quita romanticismo al sexo” : 60,3% de acuerdo; 33,8% en desacuerdo
- “El condón puede ser erótico” : 27,9% de acuerdo; 55,9% en desacuerdo
- “Me gusta usar condón porque me da tranquilidad” : 67,6% de acuerdo; 20,6% en desacuerdo
- “El condón es sinónimo de desconfianza en la pareja” : 35,3% de acuerdo; 58,8%, en desacuerdo
- “No me gusta usar condones, pero tengo que hacerlo” : 70,6% de acuerdo; 17,6% en desacuerdo

En términos generales, podemos ver que, en la visión de las mujeres, el condón no se asocia ni al romanticismo, ni al erotismo, aunque tampoco a la desconfianza dentro de la pareja. La tranquilidad que proporciona su uso y el sentir que tienen que usarlo, aún cuando no les guste, serían los elementos potenciadores de su incorporación.

Índice de Actitud hacia el Condón: Para tener una visión más amplia de los factores que podrían incidir en la actitud de las entrevistadas hacia el condón, hemos construido un índice que combina las afirmaciones incluidas en la encuesta. Este índice ha reagrupado las actitudes hacia el condón en una “actitud favorable”, una “actitud intermedia” (no favorable, ni desfavorable) y una “actitud desfavorable”¹¹¹. De acuerdo a este índice, vemos que el 39,7% de las entrevistadas presenta una “actitud intermedia”; un 35,3% expresa una “actitud desfavorable” y un 25% tiene una “actitud favorable” hacia el condón.

Correlación con Variables Sociodemográficas

4. 1. Edad: Aún cuando no encontramos relación directa entre ambas variables, podemos señalar que, en términos generales, los puntajes se concentran en la “actitud intermedia”, con un 47,6% entre las mujeres más jóvenes y un 40,7% en las entre 30 y 39 años. Esta situación cambia al considerar a las mujeres de entre 40 y 49 años, quienes no muestran una tendencia definida, ya que obtienen el menor porcentaje de “actitud intermedia” (27,8%) y, al mismo tiempo, concentran los mayores porcentajes de “actitud favorable” (33,3%) y de “actitud desfavorable” (38,9%)¹¹² (Tabla 166)

4.2. Nivel Educativo: Para analizar la relación entre nivel educacional y actitud hacia el condón, reagrupamos los niveles educacionales en “alto” y “bajo”¹¹³. De este modo, vemos que se mantiene la tendencia a la mayor concentración de puntajes en la “actitud intermedia”, con porcentajes cercanos al 40%. No obstante, quienes expresan en mayor grado una “actitud favorable” hacia el uso del condón son las mujeres de niveles

¹¹¹ El índice se ha construido a partir de la combinación de 5 afirmaciones en sentido positivo y negativo. De este modo, la categoría “de acuerdo” tendrá valor 1, la categoría “indiferente” tendrá valor 2, y la categoría “en desacuerdo” tendrá valor 3. Por su menor cantidad, se han transformado las afirmaciones positivas “c” y “e”, en negativas. Esto se hace invirtiendo los valores, por lo tanto para estas dos afirmaciones específicas, “de acuerdo” tendrá valor 3 y “en desacuerdo” tendrá valor 1. El rango de puntajes que puede obtener una entrevistada va de 5 puntos (de acuerdo en las cinco afirmaciones) a 15 puntos (en desacuerdo en las cinco afirmaciones) Producto que el rango es muy amplio, se han recodificado los puntajes para construir rangos más pequeños. De tal modo, quienes obtengan de 5 a 8 puntos, tendrán valor 1: (actitud desfavorable); las que obtengan de 9 a 11 puntos, tendrán valor 2: (actitud intermedia); y las que obtengan de 12 a 15 puntos, tendrán valor 3 (actitud favorable) Mientras mayor puntaje se obtenga, habrá una actitud más favorable hacia el condón.

¹¹² Las mujeres mayores de 50 años no fueron consideradas por tratarse de dos casos.

¹¹³ El nivel educacional “alto” es igual a media completa y técnica o universitaria, mientras que el nivel educacional “bajo” correspondería a quienes poseen un grado igual o menor a media incompleta.

educacionales altos, con un 32,4% de los casos, mientras que las de niveles educacionales bajos sólo alcanzan un 16,1%. Esto es coherente con los resultados obtenidos en las “*actitudes desfavorables*”, ya que quienes concentran los porcentajes en esta categoría son las mujeres de los niveles educacionales bajos, con un 41,9%, mientras que las mujeres con mayor grado de instrucción alcanzan un 29,7% en esta categoría (Tabla 167)

Desagregando la información tenemos que las mujeres de nivel educacional más bajo son las que presentan actitudes más desfavorables hacia el condón, con un 45%, mientras que las de nivel más alto, sólo lo hacen en un 14,3%. Este porcentaje contrasta con el nivel educacional inmediatamente inferior (medio alto), que presenta un 39,1% de actitudes desfavorables. Por tanto, se observa coherencia en las respuestas tanto al reagrupar como al desagregar los grados de instrucción de las mujeres (Tabla 168)

Correlación con Variables Específicas

4.3. Evaluación relaciones sexuales actuales: Las mujeres que consideran que sus relaciones sexuales son placenteras concentran los puntajes tanto en las actitudes favorables hacia el condón como en las desfavorables, con porcentajes de 28,6% y 37,1% respectivamente¹¹⁴. Sin embargo, es interesante destacar que ninguna mujer que evalúa negativamente sus relaciones sexuales actuales expresa una “*actitud favorable*” hacia el condón (Tabla 169)

5. ACTITUD HACIA LA UTILIZACIÓN EFECTIVA DEL CONDÓN

En este estudio pretendimos también establecer una diferenciación entre la actitud de las mujeres hacia el condón, recién descrita, de sus actitudes hacia la utilización efectiva de éste. Esta distinción se basa en que, en el primero caso, se refiere a las percepciones más subjetivas de las mujeres hacia el condón y a sus asociaciones simbólicas; mientras que, en el segundo caso, se alude a situaciones específicas que podrían incidir en su incorporación en la relación sexual, es decir, a aspectos más conductuales.

De este modo, se presentaron una serie de afirmaciones, que reflejaban actitudes positivas y negativas hacia su utilización efectiva en situaciones de negociación, y se le pidió a las entrevistadas que expresaran su grado de acuerdo o de desacuerdo con cada una de ellas¹¹⁵.

Los resultados se exponen a continuación:

¹¹⁴ Vemos que las mujeres que hacen una mejor evaluación de las relaciones sexuales tienden a polarizar más sus respuestas (el porcentaje de “actitud intermedia” llega sólo a un 34,3%). Esta situación cambia entre las personas que hacen una peor evaluación de sus relaciones sexuales actuales, ya que ellas se concentran en la categoría “intermedia” (71,4% se sitúa en ésta). Eso deriva en que tanto el porcentaje de actitud favorable hacia el condón, como la actitud desfavorable sean mayor en las entrevistadas que hacen una buena evaluación de sus relaciones sexuales.

¹¹⁵ Esta pregunta sólo debían responderlas las mujeres que habían tenido actividad sexual durante los últimos seis meses

- “La mujer debe aceptar tener relaciones sexuales sin condón si el hombre no quiere usarlo”
: 13,2% de acuerdo; 86,8% en desacuerdo
- “No es necesario usar condón, cuando las dos personas son seropositivas”
: 17,6% de acuerdo; 77,9% en desacuerdo
- “Es preferible tener relaciones sexuales sin condón que no tenerlas”
: 23,5% de acuerdo; 70,6% en desacuerdo
- “Es preferible no tener relaciones sexuales a tenerlas sin condón”
: 69,1% de acuerdo; 23,5% en desacuerdo
- “Para que el hombre se ponga preservativo la mujer debe decirle que vive con VIH/SIDA”
: 27,9% de acuerdo; 69,1% en desacuerdo
- “Si el hombre no quiere usar preservativo, la mujer puede convencerlo ofreciéndole algo a cambio”
: 41,2% de acuerdo; 47,1% en desacuerdo

En términos generales, se observaría una marcada tendencia a la negociación del preservativo en las relaciones sexuales de las entrevistadas, como muestran los porcentajes descritos, aún cuando casi un cuarto de la población estudiada incurriría en conductas de riesgo. La última de las afirmaciones mencionadas, pensamos que podría tener doble lectura, pues podría entenderse como una forma de negociación o de sumisión por parte de la mujer. Es probable que por este motivo sea la única que obtenga porcentajes similares tanto en las alternativas de acuerdo como de desacuerdo.

Índice de Utilización Efectiva del Condón: Para tener una visión más amplia de los factores que podrían incidir en la actitud de las entrevistadas hacia la utilización efectiva del condón, hemos construido un índice que combina las afirmaciones incluidas en la encuesta¹¹⁶. Este índice ha reagrupado las actitudes hacia la utilización efectiva del condón en una “actitud favorable”, una “actitud intermedia” y una “actitud desfavorable”. De acuerdo a este índice, vemos que el 79,4% de las entrevistadas se concentra en una “actitud favorable”; un 11,8% tiene una “actitud intermedia”; y un 8,8% de las entrevistadas presenta una “actitud desfavorable” hacia la utilización efectiva del condón.

Por tanto, vemos diferencias entre actitudes hacia el condón y hacia su utilización efectiva, ya que, en el primer caso, los porcentajes se concentraban en la “actitud intermedia”, mientras que, en este caso, se concentran en la “actitud favorable”. Por otro lado, hay una importante disminución de las actitudes desfavorables entre ambos índices, bajando desde el 35,3% a 8,8%. Estos antecedentes nos permiten confirmar la idea de que las mujeres tienden a usar preservativo en sus relaciones sexuales, aún cuando éste no sea de su agrado.

Correlación con Variables Sociodemográficas

5.1. Edad: Existe correlación entre la edad y la utilización efectiva del condón, ya que a medida que se incrementan los valores de una variable, lo hacen también los de la otra. De este modo, los porcentajes de actitud favorable suben progresivamente según la edad de las entrevistadas: 71,4% en las mujeres entre 19 y 29 años; 81,5% entre las de entre 30 y 39 años; 83,3% en las mujeres entre 40 y 49 años y 100% en las mujeres mayores de 50 años (Tabla 170)

¹¹⁶ La forma de construcción del índice de actitud hacia la utilización efectiva del condón es igual a la forma en que fue construido el índice de actitud hacia el condón.

5.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educativos es mayor la proporción de personas que tienen una “*actitud favorable*” hacia la utilización efectiva del condón. Sin embargo, hay algunas variaciones importantes, ya que sólo el 55% de las mujeres con nivel educativo bajo presenta este tipo de actitud, porcentaje que sube al 100% en las mujeres con nivel educativo alto. En promedio, los niveles educativos intermedios se concentran en un 86% en las actitudes favorables (Tabla 171)

Correlación con Variables Específicas

5.3. Situaciones de maltrato: También encontramos correlaciones entre ambas variables, ya que sólo el 50% de las entrevistadas que ha vivido situación de maltrato con su pareja actual tiene una “*actitud favorable*” hacia la utilización efectiva del condón, proporción que aumenta al 82,2% entre quienes no han vivido estas situaciones. Ello indica que la violencia intrafamiliar incide directamente en la actitud de las mujeres hacia la utilización efectiva del condón (Tabla 172)

5.4. Evaluación relaciones sexuales: Esta variable no se relaciona de manera directa con su actitud hacia la utilización efectiva del condón, ya que las mujeres que tienen una “*actitud intermedia*” hacia su uso son quienes evalúan de mejor manera sus relaciones sexuales actuales, con un 62,5% de los casos¹¹⁷. Sin embargo, nos parece interesante destacar que quienes tienen una “*actitud favorable*” hacia el uso efectivo del condón, consideran, en un 53,7%, que sus relaciones sexuales actuales son placenteras, porcentaje que disminuye drásticamente a un 16,7% entre quienes tienen una “*actitud desfavorable*” (Tabla 173)

Dando vuelta la tabla, encontramos una marcada tendencia a que las mujeres tengan una “*actitud favorable*” hacia la utilización efectiva del condón, independientemente de la forma en que evalúen sus relaciones sexuales actuales, con porcentajes que no bajan del 70% en las tres categorías de evaluación. Sin embargo, quienes consideran que sus relaciones sexuales actuales son “*placenteras*”, son quienes tienen los menores porcentajes de “*actitud desfavorable*” hacia la utilización efectiva del condón, con un 2,9% de los casos. Estos porcentajes se incrementan al 16% entre quienes consideran que sus relaciones actuales son “*a veces placenteras y a veces no placenteras*” y al 14,3% entre quienes estiman que éstas son “*no placenteras*” (Tabla 174)

5.5. Índice de actitud hacia el condón: Existe correspondencia entre ambos índices, ya que quienes presentan una actitud más favorable hacia el condón también la tienen respecto de su utilización efectiva. Así, el 88,2% de quienes tienen una “*actitud favorable hacia el condón*” tienen también una “*actitud favorable hacia su utilización efectiva*”. Esta correspondencia disminuye a un 62,5% entre quienes expresan una actitud desfavorable hacia esta medida preventiva. Por otro lado, la mayor concentración de porcentajes los encontramos entre quienes tienen una “*actitud intermedia*” hacia el condón y una “*actitud*

¹¹⁷ Por otro lado, quienes tienen una “actitud desfavorable” hacia la utilización efectiva del condón son las mujeres que evalúan sus relaciones sexuales como “a veces placenteras y a veces no placenteras”, con un 66,7%.

favorable” hacia su utilización efectiva, con un 88,9%. Este es otro elemento que avala la idea de que las mujeres usan el condón, a pesar de que no les guste hacerlo (Tabla 175)

6. PRESERVATIVO FEMENINO

6.1. CONOCIMIENTO DEL PRESERVATIVO FEMENINO

El tema del preservativo femenino, en el caso de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, es otro aspecto relevante de considerar, por lo que decidimos consultar si conocían su existencia. Al respecto, encontramos que sólo un 44% de las entrevistadas declaró conocerlo.

Correlación con Variables Sociodemográficas

6.1.1. Edad: Las mujeres entre 40 y 49 años son las que declaran tener mayor conocimiento de la existencia de esta medida preventiva, con un 51,7% de los casos. Los tramos de edad extremos son los que declaran menor conocimiento del preservativo femenino, con un 38,5% entre las más jóvenes y un 33,3% entre las más adultas (Tabla 176)

6.1.2. Nivel educacional: Existe correlación entre ambas variables, ya que sólo el 30,3% de las entrevistadas de nivel educacional bajo conoce este método de protección, mientras que, en promedio, los niveles educacionales intermedios y altos declaran conocerlo en un 51% (Tabla 177)

Correlación con Variables Específicas

6.1.3. Pertenencia a Agrupaciones: esta variable incide en el conocimiento del preservativo femenino, ya que el 65,4% de las entrevistadas que no pertenece a ninguna organización declara no conocerlo, porcentaje que disminuye a un 52,7% entre quienes pertenecen a alguna agrupación. Esto muestra que la articulación de las personas que viven con VIH/SIDA incide positivamente en el mayor grado de conocimiento sobre el tema (Tabla 178)

6.2. DISPOSICIÓN A USAR CONDÓN FEMENINO

El 75% de las entrevistadas que conoce el preservativo femenino estaría dispuesta a usarlo, fundamentalmente por motivos relacionados con “*evitar la negociación*”, en un 36,4% de los casos (Tabla 179) Las mujeres que no están dispuestas a usarlo aducen como principal razón “*la incomodidad*”, con un 45,5% de los casos (Tabla 180)

Correlación con Variables Sociodemográficas

6.2.1. Edad: El mayor porcentaje de mujeres que estaría dispuesta a usar el preservativo femenino se concentra en las más jóvenes, con un 90% de los casos, seguidas de las mujeres que tienen entre 40 y 49 años, con un 86,7% (Tabla 181)

6.2.2. Nivel educacional: Al reagrupar los niveles educacionales en “bajo” y “alto”, encontramos que la disposición a usarlo es menor en el primer grupo que en el segundo, con porcentajes de 68,4% y 80% respectivamente (Tabla 182)

Correlación con Variables Específicas

6.2.3. Uso de condón: La utilización del condón en los últimos seis meses establece diferencias respecto a la disposición a usar el preservativo femenino. Es así como el 64,3% de las mujeres que ha utilizado condón en los últimos seis meses, estaría dispuesta a usar preservativo femenino, mientras que, entre quienes no lo han utilizado, el porcentaje alcanza sólo a un 27,3%¹¹⁸. Así, los porcentajes indicarían que las mujeres más dispuestas a usar el preservativo femenino, serían aquellas que han utilizado condón en los últimos seis meses. Si esto lo relacionamos con que los motivos aducidos para la no utilización del preservativo masculino tenían que ver con que a la pareja no le gustaba usarlo y que la principal razón para estar dispuesta a usar el preservativo femenino es evitar la negociación, podemos concluir que se hace necesario que esta medida preventiva se encuentre a disposición de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en los servicios públicos de salud en que éstas se atienden (Tabla 183)

¹¹⁸ Se debe tener en consideración que entre quienes no han utilizado preservativo en los últimos seis meses hay un porcentaje bastante alto de entrevistadas que no conocen la versión femenina (63,6%).

IX. REPRODUCCIÓN

1. NÚMERO DE EMBARAZOS

La mayor parte de las mujeres consultadas ha estado embarazada, en un 92% de los casos, concentrándose los mayores porcentajes entre quienes han tenido dos y tres embarazos, con 23% y 28% respectivamente¹¹⁹. Al reagrupar el número de embarazos en dos categorías: “*pocos embarazos*” y “*muchos embarazos*”¹²⁰, encontramos que el 39,1% de las mujeres se encuentra dentro de la primera categoría, mientras que el 60,9% dentro de la segunda.

Correlación con Variables Sociodemográficas

1.1. Edad: Existe una relación lineal entre ambas variables, ya que al considerar a las mujeres que han tenido “*pocos embarazos*” vemos que, a medida que aumenta la edad, disminuye el número de mujeres que se incluyen en esta categoría, bajando desde un 60,9%, entre las mujeres más jóvenes, hasta un 12,1% entre las mayores de 50 años¹²¹. A la inversa, a medida que aumenta la edad aumenta el número de embarazos. Así, un 87,5% de las mujeres mayores de 50 años se ubica en la categoría “*muchos embarazos*”, porcentaje que desciende al 39,1% entre las más jóvenes¹²².

1.2. Nivel Educativo: No se observa una relación directa entre nivel educacional y número de embarazos, observándose una mayor concentración de puntajes en la categoría de “*muchos embarazos*”. Sin embargo, hay algunos datos interesantes de exponer, como que las mujeres que registran mayor número de embarazos son las de nivel educacional alto, mientras que las que obtienen la mayor concentración de puntajes en la categoría de “*pocos embarazos*” son las del nivel medio alto, con porcentajes de 84,2% y 51,9% respectivamente. Por otro lado, en las mujeres con educación superior es donde se muestra una mayor polarización de las respuestas, ya que un 84,2% se ubica en la categoría “*muchos embarazos*” y sólo un 15,8% en la de “*pocos embarazos*” (Tabla 184)

2. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

Al analizar el número de hijos nacidos vivos que han tenido las mujeres, vemos que los porcentajes se concentran en las categorías de “*tres hijos nacidos vivos*”, con un 29,3%, “*dos hijos nacidos vivos*”, con un 28,3% y “*un hijo nacido vivo*”, con un 23,9%¹²³. Aquí también reagruparemos las respuestas de las mujeres en cuatro categorías: “*no ha tenido*

¹¹⁹ A estas mujeres les siguen las que han tenido cuatro y un embarazo, con 16% y 13%, en cada caso. Aún cuando los porcentajes siguientes son muy bajos, cabe destacar que se detectaron algunos casos que escapan de la norma, como una mujer con siete embarazos y otra con nueve.

¹²⁰ La categoría “*pocos embarazos*” incluyó a las mujeres que han tenido uno o dos embarazos, mientras que la categoría “*muchos embarazos*”, correspondería a quienes han tenido al menos tres. Se excluyeron las mujeres que no han estado embarazadas.

¹²¹ Las edades intermedias obtienen los siguientes porcentajes: entre 30 y 39 años disminuye al 40%; entre 40 y 49 años, el porcentaje baja a 26,9%

¹²² Las edades intermedias obtienen los siguientes porcentajes: entre 40 y 49 años disminuye al 73,1%; entre 30 y 39 años alcanza un 60%

¹²³ Un 10,9% ha tenido 4 hijos nacidos vivos.

hijos nacidos vivos”, “*ha tenido entre uno y dos hijos nacidos vivos*”, “*ha tenido entre tres y cuatro hijos nacidos vivos*” y “*ha tenido entre cinco y siete hijos nacidos vivos*”, obteniendo que la mayor concentración de puntajes se registra en la segunda de las categorías señaladas, con 52,2% (Tabla 185)

Correlación con Variables Sociodemográficas

2.1. Edad: La tendencia es que las mujeres más adultas tienen mayor número de hijos nacidos vivos que las más jóvenes. Es así como en la categoría “*uno o dos hijos nacidos vivos*” se concentra el 73,9% de las mujeres menores de 29 años, porcentaje que disminuye progresivamente hasta llegar al 12,5% en las mayores de 50 años. Por otro lado, en la categoría “*tres o cuatro hijos nacidos vivos*”, se encuentra el 87,5% de las mujeres mayores de 50 años, disminuyendo gradualmente hasta llegar al 21,7% en las menores de 30. (Tabla 186)

2.2. Nivel Educativo: La mayor parte de los niveles educacionales se concentra en la categoría “*uno o dos hijos nacidos vivos*”, con porcentajes que bordean el 45%. La excepción la constituyen las mujeres de nivel educacional medio alto, que registran un 63% de casos en esta categoría. Las entrevistadas que más hijos nacidos vivos han tenido son aquellas que cuentan con nivel educacional medio bajo, con un 53,3% (Tabla 187)

3. DECLARACIÓN DE ABORTOS O PÉRDIDAS

En relación a la declaración de abortos o pérdidas por parte de las entrevistadas, cabe señalar que un 47,8% de ellas declara haber vivido una de estas experiencias y un 52,2% informa lo contrario. De ese total, es interesante destacar que un 38,6% de mujeres señala que ha tenido más de un aborto o una pérdida.

Correlación con Variables Sociodemográficas

3.1. Edad: No se observan relaciones entre ambas variables. No obstante, las mujeres que menos abortos o pérdidas declaran son las más jóvenes, ya que sólo un 34,8% de ellas responde afirmativamente. Por otro lado, las mujeres de entre 30 y 39 años son las que más abortos o pérdidas declaran, con un 57,1% (Tabla 188)

3.2. Nivel Educativo: En cuanto al nivel educacional de las entrevistadas se constata que a medida que éste aumenta, se incrementa el porcentaje de declaración de abortos o pérdidas. Es así como un 38,7% de las mujeres del nivel educacional bajo señala haber vivido esta experiencia, cifra que aumenta progresivamente hasta llegar al 73,7% en las mujeres con educación superior (Tabla 189)

4. RAZONES DE ABORTOS O PÉRDIDAS

Al consultar los motivos de ese aborto o de esa pérdida, encontramos que el 59,1% de las mujeres señala que la razón principal fue un “*aborto espontáneo*”, mientras que un 29,5% declara que fue por “*interrupción voluntaria del embarazo*”. Finalmente, un 22,7% señala que la razón principal fueron “*razones médicas o accidente*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

4.1. Edad: No hay una relación directa entre las razones para interrumpir el embarazo y la edad de las mujeres, ya que todas ellas¹²⁴ señalan que la razón principal fue “*aborto espontáneo*”, llegando al 65% entre las entrevistadas de 30 y 39 años. Las mujeres que mayormente declaran “*interrupción voluntaria del embarazo*” son las que tienen entre 40 y 49 años, con un 38,5%. Por último el mayor porcentaje de mujeres que señala que la interrupción de su embarazo fue por “*razones médicas o accidente*” lo obtienen las mujeres de entre 30 y 39 años, con un 30% de los casos (Tabla 190)

4.2. Nivel Educativo: En todos los niveles educacionales se observa que la principal razón para interrumpir el embarazo fue un “*aborto espontáneo*”, con porcentajes que fluctúan entre el 50% y el 66,7%. Respecto a la “*interrupción voluntaria del embarazo*”, vemos que los porcentajes se concentran en el nivel educacional alto, con un 50% de los casos, porcentaje que dobla al nivel educacional que le sigue. En los niveles educacionales más bajos este porcentaje sólo alcanza al 16,7%. Por otro lado, el mayor porcentaje de mujeres que señala que su aborto o pérdida se debió a “*razones médicas o accidente*” son las de nivel educacional bajo, con un 33,3%, porcentaje que disminuye a un 16,7% en las entrevistadas con nivel educacional medio bajo y medio alto (Tabla 191)

4.3. Estrato Socioeconómico: Así como en el caso anterior, vemos que la principal razón declarada fue “*aborto espontáneo*”. La única excepción es el estrato socioeconómico bajo, en donde el “*aborto espontáneo*” y las “*razones médicas o accidente*” obtienen el mismo porcentaje (36,4%) En concordancia con el nivel educacional, encontramos que la mayor concentración de declaración de “*interrupciones voluntarias del embarazo*” se encuentra en el estrato socioeconómico alto, con un 53,8% de los casos, porcentaje que contrasta con el 7,7% que obtienen en la “*razones médicas o accidente*”, porcentaje más bajo entre todos los estratos socioeconómicos (Tabla 192)

Razones voluntarias para interrupción del embarazo

Del total de mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo, un 76,9% lo hizo por “*razones familiares*”, un 23,1% porque “*no quería tener un hijo en ese momento de su vida*” y un 7,7% lo hizo “*por motivos relacionados con el VIH*”. Como, en términos de frecuencia, sólo un pequeño número de mujeres decidió interrumpir voluntariamente su embarazo y la mayor parte de ellas se concentra en la categoría “*por razones familiares*”, no incluiremos un análisis de los cruces con las variables sociodemográficas.

Al incluir la religión en el análisis se muestra que las mujeres católicas concentran los porcentajes de declaración de interrupción voluntaria del embarazo, con un 46,2% de los casos, porcentaje que disminuye al 23,1% entre quienes se declaran evangélicas y al 7,7% en las entrevistadas que informan no profesar ninguna religión¹²⁵.

¹²⁴ Excepto las mayores de 50 años, que no se incluyeron en el análisis por ser sólo tres casos..

¹²⁵ Ninguna mujer que se declara mormona, adventista o testigo de Jehová declara interrupción voluntaria del embarazo

5. MÉTODOS DE PREVENCIÓN ANTES DE LA NOTIFICACIÓN

Al consultar a las entrevistadas sobre la utilización de métodos de prevención del embarazo antes de la notificación, encontramos que un 67% de ellas responde afirmativamente.

Correlación con Variables Sociodemográficas

5.1. Edad: Se observa una tendencia a que las mujeres más adultas sean las que usaban con mayor frecuencia estos métodos¹²⁶. Así, vemos que el 50% de las mujeres menores de 30 años utilizaba algún método de prevención de embarazo, porcentaje que aumenta a un 86,2% en las mujeres de entre 40 y 49 años. Nos parece relevante destacar el alto porcentaje de mujeres jóvenes que no utilizaba métodos de prevención (50%), lo que las convierte en el grupo con mayor concentración de respuestas negativas ante la pregunta consultada (Tabla 193)

5.2. Nivel Educativo: Encontramos que existe relación lineal entre ambas variables. De este modo, las mujeres de nivel educacional más bajo incorporaban medidas preventivas en sólo un 57,6% de los casos, porcentaje que sube progresivamente hasta llegar al 81,8% en las entrevistadas con mayor nivel educacional (Tabla 194)

5.3. Estrato Socioeconómico: En todos los estratos socioeconómicos los porcentajes de uso de medidas preventivas antes de la notificación supera el 60%. Sin embargo, la mayor concentración de uso se encuentra entre las mujeres de estrato socioeconómico alto, con un 84,2% de los casos. A diferencia de ello, todos los otros estratos socioeconómicos bordean el 60% (Tabla 195)

6. TIPO DE MÉTODO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO

En relación al tipo de método de prevención del embarazo mayormente utilizado por las mujeres antes de la notificación, encontramos que los porcentajes se concentran en el “*dispositivo intrauterino*” y en las “*píldoras anticonceptivas*”, con 59,7% y 58,2% respectivamente. Sólo un 16,4% señaló haber utilizado el “*preservativo*” como método preventivo. Esto nos dice que si bien existe un alto porcentaje de mujeres que usaban métodos preventivos antes de la notificación, sólo un pequeño porcentaje de ellas lo hacía de manera efectiva para evitar adquirir el VIH/SIDA u otra ITS.

Correlación con Variables Sociodemográficas

6.1. Edad: La edad no incorpora mayores diferencias al análisis recién planteado, ya que los porcentajes se concentran en el dispositivo intrauterino y en los anticonceptivos orales en todos los grupos etáreos. Sólo nos parece interesante señalar que los porcentajes de uso de preservativo se concentran en los grupos más jóvenes, ya que el 38,5% de las entrevistadas menores de 30 años declaró haberlo utilizado. Este porcentaje baja al 20,8% entre las mujeres que tienen entre 30 y 39 años y al 4% en las entrevistadas mayores de 40

¹²⁶ La excepción la constituyen las entrevistadas mayores de 50 años, que probablemente no se encontraban en etapa reproductiva.

(Tabla 196) A nuestro juicio, esto habla de un cierto cambio conductual entre los grupos más jóvenes

6.2. Nivel Educativo: En las mujeres de los dos niveles educacionales más bajos existe una mayor declaración de uso de dispositivo intrauterino que de píldoras anticonceptivas, con porcentajes de 73,7% y 70%, respectivamente. Esta relación se invierte al considerar a las mujeres de los dos niveles educacionales más altos, donde se observa un mayor uso de píldoras anticonceptivas. El porcentaje más alto de declaración de este método lo encontramos en el tramo superior, ya que un 72,2% de entrevistadas de este nivel optó por dicha estrategia. En relación al uso del preservativo, encontramos que éste se incorpora menos frecuentemente entre las mujeres de nivel educacional más bajo, con un 5,3% de los casos, mientras que en los dos segmentos superiores, los porcentajes superan el 20% (Tabla 197)

6.3. Estrato Socioeconómico: En concordancia con los resultados obtenidos en el nivel educacional, encontramos que tanto en el estrato socioeconómico alto, como en el medio alto, el método más utilizado es la píldora anticonceptiva, en un 68,8% y en un 66,7% respectivamente. En tanto, en los estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, el método de prevención más utilizado es el dispositivo intrauterino, en un 73,3% y en un 61,1%, respectivamente. Las mujeres de mayor estrato socioeconómico son las que declaran en mayor medida haber usado preservativo como método preventivo antes de la notificación, con un 18,8% de los casos (Tabla 198)

7. MÉTODOS DE PREVENCIÓN DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

La mayor parte de las entrevistadas declara utilizar algún método de prevención del embarazo después de la notificación, con un 67% de los casos. Sin embargo, nos llama más la atención que un 33% informe lo contrario.

Correlación con Variables Sociodemográficas

7.1. Edad: Las mujeres más jóvenes usan con mayor frecuencia métodos de prevención de embarazo que las más adultas. Las mujeres menores de 40 años usan medidas preventivas en porcentajes superiores al 75%, bajando al 51,7% entre las mujeres que tienen entre 40 y 49 años y al 33,3% en las entrevistadas de más de 50 años (Tabla 199)

7.2. Nivel Educativo: No hay establecer una relación directa entre ambas variables, ya que los niveles educacionales extremos son los que presentan los porcentajes más bajos de uso, bordeando el 55%, y los niveles intermedios los porcentajes más altos, cercanos al 80% (Tabla 200)

Correlación con Variables Específicas

7.3. Relaciones sexuales en los últimos seis meses: Frente a la alta declaración de no uso de medidas preventivas, quisimos conocer si las mujeres que respondían de esta manera estaban sexualmente activas, por lo correlacionamos ambas variables. Al respecto, encontramos que el 63,6% de las entrevistadas que no ha utilizado medidas anticonceptivas

después de la notificación no ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, mientras el 36,4% si las ha tenido (18,2% frecuentemente y 18,2% ocasionalmente) También se puede señalar que existe mayor declaración de uso entre quienes tienen relaciones sexuales ocasionalmente que entre quienes las tienen frecuentemente, con porcentajes que bajan del 53,7% al 29,9% respectivamente (Tabla 201)

8. MÉTODOS DE PREVENCIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

Al comparar la utilización de medidas preventivas antes y después de la notificación no se observan diferencias, ya que un 67% de las entrevistadas señaló usarlas antes de su notificación, e igual porcentaje declaró hacerlo después de la notificación. Sin embargo, al hacer el cruce entre ambas variables, encontramos que estas mujeres no son las mismas o que han optado por otro tipo de conducta. De este modo, un 67,2% de mujeres que usan medidas preventivas antes de la notificación, continúa haciéndolo, mientras que un 32,8% de quienes no las utilizaban y ahora sí las utilizan. Por otro lado, un 66,7% de las mujeres que no usan medidas preventivas después de la notificación, sí lo hacía antes y un 33,3% se mantiene en la conducta de no usar (Tabla 202) Así, vemos un aumento en la utilización de medidas preventivas entre las entrevistadas que no las utilizaban antes de la notificación, y, al mismo tiempo, una disminución de las mismas entre aquellas que antes sí las utilizaban y después de la notificación lo dejaron de hacer¹²⁷. Es probable que esto se explique por la existencia de un cierto número de mujeres que han optado por terminar su vida sexual, por lo que, si antes necesitaban usar medidas preventivas, ahora ya no lo necesitan.

Correlación con Variables Sociodemográficas

8.1. Edad: Las mujeres más jóvenes son las que declaran mayor incorporación de medidas preventivas, ya que, en este grupo, los porcentajes de utilización suben de 50%, antes de la notificación, al 80,8% después de ella. Entre las mujeres entre 30 y 39 años se observa esta misma tendencia, subiendo de un 66,7% a un 77,8% entre ambos períodos. A partir de los 40 años la tendencia se invierte, ya que el grupo comprendido entre 40 y 49 años baja desde un 86,2% al 51,7%. Esta tendencia se marca más en las mujeres mayores de 50 años, bajando de un 55,6% a un 33,3%. (Tablas 193 y 199) Esto reafirma la idea de que quienes han dejado de usar medidas preventivas son quienes han dejado de tener actividad sexual (ver tabla 119) o que han terminado su ciclo reproductivo.

8.2. Nivel Educativo: La relación entre estas variables nos muestra que las mujeres de mayor grado de instrucción son las que han dejado de usar medidas preventivas, bajando desde un 81,8%, antes de la notificación, al 54,5% después de la notificación. Esto puede deberse a que este grupo es el que registra menor actividad sexual en los últimos seis meses, después de las de nivel educacional bajo¹²⁸. Este último grupo es el único que no registra cambios en la utilización de medidas preventivas, con un 57,6% de declaración de

¹²⁷ En la tabla 203 se observa que el cambio en la utilización de medidas anticonceptivas es semejante entre aquellas que no usaban y comenzaron a usar y aquellas que usaban y dejaron de usar, con porcentajes del 22%, lo cual explica que los porcentajes totales de uso de medidas preventivas antes y después de la notificación no experimenten variaciones.

¹²⁸ Ver tabla 120.

uso en ambos períodos de tiempo. En los niveles educacionales intermedios es donde se observa una mayor incorporación de medidas preventivas después de la notificación, ya que las mujeres de nivel educacional medio bajo aumentan de un 62,5% a un 81,3% y las de nivel medio alto lo hacen desde un 69% a un 79,3% (Tablas 194 y 200).

9. TIPO DE MÉTODO DE PREVENCIÓN DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

En relación al tipo de método de prevención del embarazo usado encontramos que los porcentajes se concentran en el “*preservativo*”, con un 77,6% de los casos. Los porcentajes que le siguen son: el “*dispositivo intrauterino*”, con un 25,4% y “*los anticonceptivos orales*” con un 13,4%.

Correlación con Variables Sociodemográficas

9.1. Edad: En todos los tramos etáreos, la medida anticonceptiva más utilizada es el preservativo, llegando al 100% entre las entrevistadas mayores de 50 años, porcentaje que disminuye al 66,7% en las de entre 40 y 49 años. En relación al dispositivo intrauterino, su mayor uso se observa en las entrevistadas de este último grupo, con un 46,7%, porcentaje que disminuye al 10,7% en las mujeres de entre 30 y 39 años, donde se detecta una mayor utilización de píldoras anticonceptivas, con un 28,6% (Tabla 204)

9.2. Nivel Educativo: Si bien en todos los grupos existe una mayor declaración de uso de preservativo, estos porcentajes se concentran en las mujeres de mayor nivel educacional, con un 91,7% de los casos. Quienes declaran menor incorporación del preservativo son las mujeres de nivel educacional bajo, con un 57,9%. Aún cuando no se observan mayores diferencias en relación a los otros métodos preventivos, hay una cierta tendencia a que las mujeres con menor nivel educacional usen más frecuentemente pastillas anticonceptivas, mientras que las de mayor grado de instrucción prefieren el dispositivo intrauterino, con porcentajes de 21,1% para el primer caso, y de 33,3%, para el segundo (Tabla 205)

Correlación con Variables Específicas

9.3. Método de prevención antes de la notificación: Si comparamos el grado de utilización del preservativo antes y después de la notificación, encontramos que en el primer período un 16,4% de las mujeres usaba esta medida, porcentaje que sube al 77,6% en el segundo período. A la inversa, la utilización de dispositivos intrauterinos baja de 59,7% antes de la notificación a un 25,4% después de la notificación; y los anticonceptivos orales lo hacen desde un 58,2% a un 13,4%. Se aprecia, por tanto, un notable incremento de la utilización del preservativo después de recibida la notificación.

10. RAZONES DE NO USO DE MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO

Al consultar los motivos por los cuales las mujeres entrevistadas no han usado medidas de prevención, encontramos que la mayor concentración de porcentajes se encuentra entre quienes “*no tienen relaciones sexuales*”, con un 48,5% de los casos. Ello reafirma lo planteado con anterioridad en relación a que quienes no usan medidas preventivas son las que han optado por dar término a su actividad sexual. Un 45,5% señala no utilizarlo

“*porque no lo necesita*”, categoría que incluye el haber sido esterilizada o estar en período de menopausia o de climaterio. Un inesperado 6,1% declara no usar tales medidas “*porque quiere embarazarse*”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

10.1. Edad: En todos los tramos etáreos los porcentajes de mujeres se concentran de manera relativamente homogénea entre las alternativas de no usar medidas preventivas por no mantener relaciones sexuales o por no necesitarlo. Sin embargo, las mayores concentraciones de puntajes se encuentran entre las mujeres mayores de 40 años, para el primer caso, y las mayores de 30 años, para el segundo caso (50% para cada uno de los tramos establecidos) Respecto al deseo de quedar embarazada, vemos que las únicas mujeres que declaran este motivo son las menores de 39 años (Tabla 206)

10.2. Nivel Educativo: El nivel educacional no incorpora diferencias sustantivas, aún cuando las mujeres con nivel educacional medio bajo concentran los porcentajes en motivos relacionados con la abstinencia sexual, con un 66,7%. Los otros niveles bordean el 50%. En la categoría de no uso porque no lo necesita, los puntajes se polarizan, detectándose una concentración de porcentajes en los tramos extremos, con un 50% de los casos, bajando a un 33,3% en los niveles intermedios (Tabla 207)

11. HIJOS/AS DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN

En relación a la tenencia de hijos/as después de la notificación, un 27,3% sí ha tenido, mientras que un 72,7% no ha hecho¹²⁹.

Correlación con Variables Sociodemográficas

11.1. Edad: Los porcentajes de declaración de hijos/as después de la notificación se concentran en los grupos más jóvenes, con un 41,7% para cada uno de los dos primeros tramos etáreos (Tabla 208)

11.2. Nivel Educativo: Las mujeres de nivel educacional bajo son las que concentran los porcentajes en esta categoría, con un 41,7%. En las mujeres con educación superior este porcentaje disminuye a un 12,5% (Tabla 209)

11.3. Año de Notificación: Los porcentajes de tenencia de hijos/as después de la notificación se concentran en las mujeres diagnosticadas antes del año 2000, con un 70,8% de los casos. Sólo un 29,2% de las mujeres que ha tenido hijos/as después de la notificación lo ha hecho con posterioridad a ese año (Tabla 210)

¹²⁹ De entre las mujeres que han tenido hijos/as después de la notificación, encontramos un caso de una mujer que señala haber tenido dos hijos/as después de ese momento.

12. DESEO DE TENER HIJOS/AS A FUTURO

Al consultar sobre si desea tener hijos/as a futuro, el 51% de las entrevistadas responde negativamente, mientras que un importante 47% manifiesta este deseo. Entre las razones esgrimidas para no querer tener más hijos, los porcentajes se concentran en los “*motivos relacionadas con el VIH*”, con un 41,2%, porcentaje que disminuye al 17,6% entre quienes señalaron que “*ya tiene suficientes*” (Tabla 211)

Correlación con Variables Sociodemográficas

12.1. Edad: Como era de esperar, las mujeres más jóvenes concentran los porcentajes de deseo de tener hijos/as, con un 42,6% de los casos para los dos primeros tramos etáreos (Tabla 212)

12.2. Nivel Educativo: El nivel educacional no permite distinguir un patrón en cuanto al deseo de tener más hijos/as, ya que las mujeres de nivel educacional medio alto concentran los porcentajes en esta categoría, con un 36,2%. Un 31,9% de las mujeres de nivel educacional bajo expresa este mismo deseo, mientras que los otros niveles no alcanzan el 20% (Tabla 213)

Correlación con Variables Específicas

12.3. Situación de Pareja: La relación de pareja en que se encuentran las mujeres incide directamente en el deseo de tener hijos/as, ya que dentro de las mujeres que expresan este deseo, un 72,3% de ellas tiene pareja estable, mientras que sólo un 27,7% no la tiene (Tabla 214)

12.4. Información sobre sexualidad desde el servicio: La información de que “*las mujeres seropositivas pueden tener hijos sin VIH*” no incide en el deseo de tenerlos, ya que tanto quienes han recibido dicha información como quienes no la han recibido, obtienen puntajes similares en deseo de tener hijos/as y en deseo de no tenerlos, con porcentajes cercanos al 50% en todos los casos (Tabla 215)

13. ESTERILIZACIONES

La práctica de esterilizaciones constituye otro elemento relevante de estudiar en el caso de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, ya que muchas de ellas se someten a este tipo de intervenciones por motivos relacionados con su seropositividad. Por otro lado, también la decisión de terminar la vida reproductiva de la mujer puede ser, en ocasiones, influida por visiones represivas del servicio de salud respecto de la reproducción en el caso de las mujeres con VIH/SIDA. Los resultados de este estudio muestran que un 31% de las mujeres consultadas ha sido esterilizada y un 68% no lo ha sido¹³⁰.

¹³⁰ Se detectó un caso de “no sabe, no responde”.

Correlación con Variables Sociodemográficas

13.1. Edad: Las mujeres más jóvenes son las que se han sometido en mayor grado a este tipo de intervenciones, con un 42,3%, porcentaje que disminuye al 27,8% en el tramo etáreo inmediatamente superior (Tabla 216)

13.2. Nivel Educativo: Los niveles educacionales se han reagrupado en tres tramos, que hemos etiquetado como: “*Bajo*”, “*Medio*” y “*Alto*”¹³¹. Los resultados indican que la proporción de personas que ha sido esterilizada es mayor en el nivel educacional bajo, con un 42,4% de los casos, mientras en el nivel alto esta cifra disminuye a un 27,3%. No obstante, los niveles educacionales medios presentan menor frecuencia de esterilización que los altos, con un 24,4% (Tabla 217)

13.3. Año de Notificación: El 35% de quienes fueron notificadas antes del año 2000 ha sido esterilizada, mientras que sólo el 25% de las notificadas con posterioridad a esa fecha se encuentra en esta situación. Si consideramos sólo a las mujeres que han sido esterilizadas, encontramos que un 67,7% de ellas lo ha sido antes del 2000, mientras que sólo un 32,3% lo hizo después de esa fecha. Esto muestra una tendencia clara a la disminución de las esterilizaciones en los casos de mujeres viviendo con VIH/SIDA.

13.4. Zona Geográfica: Considerando sólo a las mujeres que han sido esterilizadas, encontramos que los porcentajes se concentran, en la misma medida, en la zona norte y en Santiago, con un 48,4%, porcentaje que disminuye considerablemente en la zona sur, donde sólo un 3,2% de entrevistadas declaró haber sido esterilizada.

13.1. MOMENTO DE LA ESTERILIZACIÓN

Del total de mujeres esterilizadas, un 77,4% lo ha sido después de su notificación por VIH, mientras que sólo el 19,4% lo hizo antes de su notificación¹³². De acuerdo a esto, la notificación por VIH se convierte en un elemento determinante en el término anticipado de la vida reproductiva de las mujeres consultadas.

Correlación con Variables Sociodemográficas

13.1.1. Edad: Para cruzar la variable edad con el momento de la esterilización, reagruparemos los tramos etáreos en dos: tramo 1: de “*19 a 35 años*” y tramo 2: “*más de 36 años*”. De este modo, si analizamos al grupo de las más jóvenes, encontraremos que el 85% de ellas se esterilizó después de la notificación, mientras que sólo un 10% lo hizo con anterioridad (Tabla 218)

13.1.2. Nivel Educativo: Según la reagrupación anteriormente usada de los niveles educacionales, encontramos que las mujeres de nivel educacional alto son las que se practican esterilizaciones con mayor frecuencia antes de la notificación, con un 50% de los

¹³¹ “Bajo” (ningún curso aprobado, básico incompleto o básico completo), “Medio” (medio incompleto, medio completo y técnico incompleto) y “Alto” (técnico incompleto o universitario completo o incompleto).

¹³² Se detectó un caso de “no sabe, no responde”.

casos. Ese porcentaje disminuye a un 21,4% en las mujeres de nivel educacional bajo y a 0% en las de nivel medio. Este último grupo concentra los porcentajes de esterilizaciones después de la notificación, con un 90,9% (Tabla 219)

13.1.3. Año de Notificación: Existe correlación entre estas variables, ya que el 85,7% de las que fueron notificadas antes del año 2000, fueron esterilizadas después de su notificación por VIH. Ese porcentaje baja a un 60% entre las mujeres que fueron notificadas durante o después de esa fecha¹³³.

13.2. MOTIVOS PARA LA ESTERILIZACIÓN

Los motivos principalmente esgrimidos para este término anticipado del ciclo reproductivo son “*porque no quería tener más hijos*”, con un 38,7% de los casos y “*en el servicio de salud la presionaron para esterilizarse*”, con un 29%. Otro dato que nos parece interesante destacar es que un 12,9% de las mujeres consultadas fueron esterilizadas sin su consentimiento (Tabla 220) y que un 50% de quienes se esterilizaron después de la notificación lo hicieron bajo algún tipo de presión¹³⁴ (Tabla 221)

Correlación con Variables Sociodemográficas

13.2.1. Edad: La proporción de mujeres adultas que se ha esterilizado por que “*no quieren tener más hijos*” es mayor que la proporción de mujeres jóvenes que aducen esta razón, con un 45,5% y un 35% respectivamente. Las más jóvenes, por otro lado, se han esterilizado por presiones del servicio de salud en un 35%, en tanto las más adultas lo han hecho sólo en un 18,2%. Del mismo modo, también las más jóvenes son las que concentran los casos de esterilizaciones sin consentimiento, en un 15%, porcentaje disminuye a 9,1% en las mujeres adultas (Tabla 222)

13.2.2. Nivel Educativo: El porcentaje de mujeres que solicitaron esterilizarse *porque no querían tener más hijos* disminuye a medida que aumenta el nivel educacional. Es así como un 42,9% de las entrevistadas de nivel educacional bajo lo hizo por este motivo, porcentaje que desciende a un 33,3% en el nivel educacional alto. En relación a quienes se esterilizaron *por presiones desde el servicio de salud* es interesante destacar que los niveles educacionales bajos y medios concentran todos los casos incluidos en esta categoría, con un 35,7% y 36,4% respectivamente. Por último, con respecto a las *esterilizaciones sin consentimiento* podemos ver que el 21,4% de las entrevistadas de nivel educacional bajo vivió esta situación, porcentaje que disminuye a 16,7% en las de nivel educacional alto¹³⁵. (Tabla 223)

13.2.3. Año de Notificación: Los porcentajes de mujeres que se esterilizaron porque *no querían tener más hijos* son muy similares, tanto si fueron notificadas antes o después del

¹³³ De las mujeres que se esterilizaron antes de su notificación, el 9,5% lo hizo antes del 2000, porcentaje que aumenta al 40% después del año 2000.

¹³⁴ Para calcular este porcentaje se sumaron las alternativas referidas a presiones ejercidas desde el servicio, desde el núcleo familiar y quienes fueron esterilizadas sin su consentimiento.

¹³⁵ No obstante, en el nivel educacional medio no se registran casos que se incluyan en esta categoría.

año 2000 (38,1% y 40% respectivamente) Por otro lado, se observa una disminución de las presiones percibidas desde el servicio para esterilizarse, ya que las notificadas antes del 2000 se esterilizaron por esta razón en un 33,3%, porcentaje que disminuye a un 20% en las notificadas después de ese año. En cuanto a las *esterilizaciones sin consentimiento* encontramos que si bien existen diferencias porcentuales entre quienes fueron notificadas antes y después del 2000 (9,5% y 20% respectivamente), éstas se deben al mayor número de casos de mujeres notificadas antes del 2000, ya que en términos de frecuencia, encontramos dos casos de mujeres que declaran haber sido esterilizadas sin su consentimiento en ambos períodos. Ello nos impide hablar de un aumento, pero sí de una mantención en la realización de este tipo de prácticas comparando ambos períodos de tiempo (Tabla 224)

X. VIOLENCIA

1. SITUACIONES DE MALTRATO EN EL TRANCURSO DE LA VIDA

El 77% de las entrevistadas declara que le ha tocado vivir alguna situación de maltrato en el transcurso de su vida, mientras que sólo un 23% indica lo contrario. La caracterización de estas situaciones es la siguiente:

- Maltrato psicológico : 92,2%
- Maltrato físico : 74%
- Abuso sexual : 39%
- Violación : 33,8%

Como se puede apreciar en los porcentajes descritos, muchas de las entrevistadas han vivido más de un tipo de maltrato en el transcurso de su vida, siendo los psicológicos y físicos los más frecuentes. En cuanto a la etapa vital en que la mujer experimentó este maltrato, encontramos que estas situaciones se mantienen estables durante todo su ciclo de vida, probablemente debido a que –como se verá en el siguiente punto- el primer maltratador es el padre y continúa este camino la pareja. Es así como el 44,2% de las entrevistadas fue maltratada tanto en su infancia como en su juventud; el 36,4% fue maltratada durante la adolescencia y el 41,6% durante la adultez.

Responsables del maltrato

También se les consultó a las entrevistadas (como una pregunta abierta) por parte de quien han recibido el maltrato del que han sido víctimas, encontrando los siguientes resultados:

Maltrato físico: Un 49,1% de las entrevistadas señala que ha sufrido este tipo de maltrato por parte de su pareja, mientras que un 24,6% lo ha sufrido por parte de sus padres (Tabla 225)

Maltrato psicológico: El 56,3% de las entrevistadas declara que ha sufrido este maltrato por parte de su pareja y el 19,7% por parte de sus padres (Tabla 226)

Abuso sexual: El 30% de las entrevistadas declara que ha sufrido este tipo de abuso por parte de su pareja, e igual porcentaje señala a un familiar, que no es el padre ni la pareja, como el responsable de éste. Además, el 16,7% informa haber sido abusada por su padre (Tabla 227)

Violación: El 34,6% de las mujeres declara haber sido violada por la pareja, el 26,9% por un familiar, el 23,1% por un desconocido o no familiar y el 11,5% declara que ha sido violada por el padre (Tabla 228)

Como podemos ver, en términos generales, en cada uno de los tipos de maltrato el principal responsable es la pareja y en segundo lugar aparece el padre. Cabe señalar también que, en todos los tipos de maltrato, aparece un porcentaje de entrevistadas que declara que tanto la pareja como el padre, han sido los responsables de las situaciones de maltrato que ha

vivido. Esto nos muestra que muchas entrevistadas han continuado un patrón de violencia que viene desde su familia de origen y se ha trasladado a su vida de pareja o conyugal.

Correlación con Variables Sociodemográficas

1.1. Edad: Aún cuando no se detecta una relación lineal entre edad y situación de maltrato, se debe indicar que son las mujeres más jóvenes las que han vivido este tipo de situaciones más frecuentemente, con un 84,6%, porcentaje que disminuye a un 66,7% en las mujeres de entre 30 y 39 años. No obstante, vuelve a subir en el tramo de entre 40 a 49 años, llegando al 82,8% (Tabla 229)

Considerando los distintos tipos de maltrato, vemos que en todos los tramos etáreos se mantiene la tendencia a declarar más frecuentemente el psicológico, llegando al 100% en las mujeres mayores de 50 años. Respecto al maltrato físico, las entrevistadas más jóvenes lo han sufrido en mayor proporción que las más adultas, ya que el 86,4% de las primeras han vivido este tipo de situación, lo que se repite sólo en el 42,9% de las mayores de 50 años. Respecto al abuso sexual y a la violación, las entrevistadas menores de 40 años han vivido más frecuentemente este tipo de situaciones que las mujeres mayores de 40, con porcentajes que bajan, en el caso del abuso sexual, desde aproximadamente el 45% al 29%, al comparar ambos grupos de edad. Respecto a la violación, encontramos menores diferencias, ya que comparando los mismos tramos etáreos, las diferencias bajan del 38,8% al 26,8% en promedio (Tabla 230)

1.2. Nivel Educativo: Aún cuando no existe relación lineal entre ambas variables, este tipo de situaciones es más frecuente en las entrevistadas pertenecientes a los niveles educacionales bajos, con un 93,9% para el primer tramo educativo y un 81,3% para el segundo, porcentaje que disminuye al 68,2% en las mujeres de nivel educacional alto (Tabla 231) De manera más específica podemos ver que, en cada uno de los niveles educacionales, el maltrato psicológico es el más frecuente, con porcentajes que van desde el 88,9% en las entrevistadas de nivel educacional medio alto a un 100% en las de nivel alto. Luego podemos ver que el maltrato físico es el segundo en importancia en cada uno de los niveles educacionales¹³⁶, siendo en el más bajo donde se registra con mayor frecuencia, llegando al 83,9%. Por último, este mismo grupo es el que más frecuentemente ha sido objeto de violación, con un 48,4% de los casos, mientras los otros niveles educacionales están por debajo del 33% (Tabla 232)

1.3. Estrato Socioeconómico: A pesar de no existir relación lineal entre ambas variables, el 95,5% de las entrevistadas pertenecientes al estrato socioeconómico bajo ha vivido alguna situación de maltrato, porcentaje que disminuye al 65,5% en el estrato socioeconómico medio alto y al 78,9% en el alto (Tabla 233) De manera más específica, al ver los tipos de maltrato, apreciamos que tanto en el estrato socioeconómico alto como en el bajo, las entrevistadas han vivido violencia psicológica en un 100% de los casos. En tanto, en los estratos medios, los porcentajes bordean el 85%. Respecto al maltrato físico, éste es más

¹³⁶ Sin embargo vemos que en las entrevistadas con educación superior, este segundo lugar es compartido con la experiencia de abuso sexual, ambos con un 53,3%. Este grupo obtiene la mayor concentración de casos de declaración de abuso sexual.

frecuente entre las mujeres de estrato bajo, con un 95,2%, mientras en el estrato socioeconómico alto sólo llega al 60% y en el medio alto al 57,9%. En relación al abuso sexual, éste es más frecuente entre las mujeres de estrato alto, con un 46,7% de los casos; mientras que las violaciones son mayormente declaradas por las mujeres de estrato medio alto, con un 42,1% (Tabla 234)

Correlación con Variables Específicas

1.4. Evaluación relaciones sexuales antes de la notificación: Entre las entrevistadas que les ha tocado vivir situaciones de maltrato, el 53,2% de ellas evaluaba positivamente sus relaciones sexuales anteriores a la notificación, porcentaje que aumenta al 73,9% en las entrevistadas que no ha vivido este tipo de experiencias. En tanto, entre las mujeres que no han vivido situaciones de violencia, ninguna de ellas consideraba que sus relaciones sexuales anteriores a la notificación eran no placenteras, porcentaje que aumenta al 11,7% entre quienes sí las han vivido (Tabla 235) Así, la experiencia de situaciones de violencia incide negativamente en la manera en que las mujeres evalúan su vida sexual.

2. VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA ACTUAL

El 82,5% de las entrevistadas no ha vivido situaciones de violencia en su relación de pareja actual, lo cual marca una drástica disminución de declaración de situaciones de maltrato por parte de las mujeres consultadas. Del 17,5% de quienes sufren situaciones de violencia con su pareja actual, las más frecuentes son el maltrato psicológico, con un 100% de los casos y el maltrato físico, con un 27,3% (Tabla 236)

Correlación con Variables Sociodemográficas

2.1. Edad: En todos los tramos etáreos es mayor la proporción de entrevistadas que no ha vivido situaciones de violencia intrafamiliar en su relación de pareja actual. Sin embargo, las únicas que declaran no haberlas vivido son las mujeres entre 40 y 49 años, mientras que, en todos los otros tramos de edad, los porcentajes bordean el 24% (Tabla 237)

2.2. Nivel Educativo: La correlación de estas variables muestra una manutención de la tendencia señalada. Sin embargo, si reagrupamos los niveles educacionales extremos en “alto” y “bajo”, como se ha hecho con anterioridad, podemos ver que las mujeres de niveles educacionales bajos son las que mayormente declaran sufrir de violencia en su relación de pareja actual, con un 22,9%, mientras que las de niveles educacionales altos, sólo lo han experimentado en un 10,7% (Tabla 238)

2.3. Estrato Socioeconómico: Encontramos correlaciones entre violencia intrafamiliar y estrato socioeconómico, ya que las mujeres del estrato bajo declaran vivir esta situación en un 26,7%, porcentaje que disminuye progresivamente hasta el 11,1% en el grupo más acomodado (Tabla 239)

Correlación con Variables Específicas

2.4. Evaluación de las relaciones sexuales actuales Las situaciones de violencia vividas con la pareja influyen en la evaluación que hacen las entrevistadas de sus relaciones sexuales actuales. Entre las mujeres que declaran vivir situaciones de violencia, el mayor porcentaje se concentra en quienes consideran que sus relaciones sexuales actuales son “*no placenteras*”, con el 50% de los casos (Tabla 240). Esto se confirma al dar vuelta la tabla, donde encontramos que el 30% de las mujeres que ha vivido situaciones de violencia con su pareja actual, evalúa sus relaciones sexuales actuales como “*no placenteras*”, porcentaje que disminuye a un 6,5% entre quienes no han vivido dichas situaciones. Estas últimas se concentran mayoritariamente en la evaluación de sus relaciones como “*placenteras*”, con un 47,8% de los casos. (Tabla 241)

2.5. Utilización del Condón: Encontramos correlaciones entre situaciones de violencia intrafamiliar y la utilización del condón, ya que el 71,8% de las entrevistadas que no ha vivido situaciones de violencia en su relación de pareja actual utiliza “*siempre*” el condón en sus relaciones sexuales, porcentaje que baja a un 60% en las entrevistadas que viven este tipo de situaciones (Tabla 242) Por lo tanto, las personas que experimentan violencia intrafamiliar en la actualidad tienen menores posibilidades de incorporar el preservativo en sus relaciones sexuales.

XI. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Muestra: En este estudio se pretendió dar cuenta de la situación en que se encuentran los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA de las regiones II, IV, V, VI, VIII, IX, X y Metropolitana, para lo cual se encuestó 100 mujeres, lo que corresponde a un porcentaje aproximado del 10% del total a nivel nacional, que sería de 1.092, de acuerdo a las cifras manejadas por CONASIDA¹³⁷. En la fase de recolección de información, las variables edad, nivel educacional y región de residencia se trabajaron de manera intencionada, tratando que la muestra fuera los más representativa y homogénea posible, de acuerdo a la caracterización de la epidemia en Chile. No obstante ello, en la zona sur fue mucho más difícil encontrar mujeres interesadas en participar en el estudio que en la zona norte. Creemos que esto se debe a los mayores grados de invisibilización y la menor articulación de agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA en dicha zona, como ya habíamos detectado en intervenciones diagnósticas anteriores¹³⁸.

Antecedentes socioeconómicos: De acuerdo a los resultados del estudio, en términos socioeconómicos, se observan notorias carencias y dificultades, ya que, unido a la feminización de la pobreza detectada a nivel nacional¹³⁹, las mujeres con VIH/SIDA viven situaciones que las convierten en una población más vulnerable dentro del grupo de mujeres en general¹⁴⁰. En primer término, las entrevistadas perciben bajos ingresos –un 34% vive con un ingreso familiar mensual inferior a \$100.000-; principalmente no perciben ingresos adicionales, en un 79%; y un 27% de ellas declara aportar todo el ingreso familiar, convirtiéndose en jefas de hogar. Por otro lado, las mujeres con menores ingresos son las que mayormente declaran aportar todo el ingreso familiar, en un 50% de los casos. Además, en el caso específico de la población estudiada, se profundiza su vulnerabilidad, ya que el 21% de ellas ha enviudado¹⁴¹. Entre quienes se encuentran en esta situación, un 62,5% recibe un ingreso inferior a \$ 100.000 y, al mismo tiempo, declara proveer todo el ingreso familiar, lo cual, a nuestro juicio, convierte a este grupo en un núcleo de pobreza dura que requiere de intervenciones específicas y multisectoriales para su superación.

Esta situación de menoscabo en términos de percepción de ingresos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, se profundiza en los grupos más jóvenes y en los niveles educacionales más bajos; el 53,8% de las entrevistadas de entre 19 y 29 años y el 48,5% de las mujeres de nivel educacional bajo perciben un ingreso familiar mensual inferior a \$100.000. En lo ocupacional, se detectan altos grados de cesantía, mayores que los de la población femenina a nivel nacional¹⁴², afectando a un 27% de las mujeres consultadas. Nuevamente esta situación se agudiza al considerar a las entrevistadas de menor edad y de nivel educacional

¹³⁷ Información entregada por Edith Ortiz, encargada del Área de Estudios de la entidad gubernamental (Boletín Epidemiológico 14, en preparación)

¹³⁸ Ver Vidal y otros, 2002.

¹³⁹ MIDEPLAN, 2000.

¹⁴⁰ Donoso y Vírveda, 2002.

¹⁴¹ No obstante, un 38% de las mujeres declara haber tenido una pareja que ha muerto por el VIH/SIDA, lo que nos hace pensar en una subdeclaración de viudez por razones de no haber estado casadas legalmente.

¹⁴² En el período de recolección de información, la tasa de desocupación de mujeres a nivel nacional no superaba el 9%, con un 8,5 para el período octubre – diciembre 2002 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2003a).

más bajo; el 30,8% de las mujeres de entre 19 y 29 años y el 39,4% de las de menor grado de instrucción declara encontrarse cesante.

Las razones anteriormente mencionadas nos llevaron a tomar la decisión de adaptar las escalas de estrato socioeconómico utilizadas en otras investigaciones, a la realidad de las mujeres estudiadas, ya que de lo contrario encontraríamos muy pocas mujeres pertenecientes al estrato alto, no permitiendo establecer diferencias sustantivas dentro del grupo de mujeres y dificultando las posteriores relaciones con otras variables. En concordancia con lo anterior, encontramos que efectivamente son las mujeres más jóvenes las que se ven más afectadas desde el punto de vista socioeconómico, ya que el 42,3% de ellas pertenece al estrato bajo.

Religión: Se observan algunas diferencias entre la muestra estudiada y la población femenina a nivel nacional en cuanto a religión profesada¹⁴³, disminuyendo la declaración de religión católica y aumentando tanto la evangélica como la de quienes declaran no profesar ninguna religión. Esta tendencia se profundiza en las mujeres más jóvenes, donde se observa un mayor pluralismo en sus respuestas. En cuanto al nivel educacional, encontramos que, en las entrevistadas de nivel bajo, se concentra la mayor proporción de casos de mujeres evangélicas (30,3%), coincidiendo con el estrato socioeconómico más bajo (36,4%). Las mujeres de nivel educacional alto concentran los porcentajes en la religión católica (59,1%), mientras que las de los niveles intermedios son las que declaran en mayor grado no profesar ninguna religión.

Antecedentes sobre VIH/SIDA: En cuanto a antecedentes sobre VIH/SIDA, el estudio revela que la mayor parte de la muestra de mujeres recibió su notificación antes del año 2000, en un 60% de los casos; casi la mitad del total se realizó el examen de ELISA porque su pareja fue notificada por VIH y sólo un 21% se lo practicó por motivos relacionados con su propia situación de salud. Ello podría indicar que la mayoría de las mujeres encuestadas adquirió el virus a través de su pareja estable, ya que fueron éstas las que hicieron crisis de salud más tempranamente. Por otro lado, el 95% de las entrevistadas adquirió el VIH/SIDA por vía sexual, lo cual es coincidente con las cifras nacionales¹⁴⁴. Además, los resultados del estudio muestran que las mujeres señalan no haber tenido suficiente información sobre VIH/SIDA antes de la notificación (un 36% indica no haber tenido “ninguna información” y un 49% sostiene que tenía “escasa información”), evidenciando, en la mayor parte de los casos, una baja percepción de riesgo frente a la posibilidad de adquirir el virus. Este grado de desinformación se agudiza entre las mujeres más jóvenes, en los niveles educacionales más bajos y en las residentes en regiones. Por otro lado, el 66% de las entrevistadas se encuentran bajo régimen de antirretrovirales, concentrándose en las mujeres de mayor edad y entre las notificadas con anterioridad al año 2000.

En cuanto a la situación conyugal, un importante porcentaje de mujeres declara haber enviudado, cifra que alcanza al 21%¹⁴⁵. Sin embargo, llama la atención que sea mayor el

¹⁴³ Instituto Nacional de Estadísticas, 2003b.

¹⁴⁴ Las cifras de transmisión del VIH por vía sexual es de 93,5% a nivel nacional (CONASIDA, 2000)

¹⁴⁵ De acuerdo a las cifras del Censo 2002, el porcentaje de viudas a nivel nacional es de 8,1% (Instituto Nacional de Estadísticas, 2003b).

porcentaje de mujeres que declara haber tenido una pareja que ha muerto a causa del VIH/SIDA, que es del 38%. Esto se explicaría en el hecho de que un grupo de mujeres con parejas fallecidas por VIH/SIDA no se encontraban unidas legalmente. También es interesante resaltar que las mujeres más jóvenes se declaran viudas en porcentajes mayores al 20%, sólo superadas por las entrevistadas de más de 50 años. En relación a la situación de pareja actual, un 63% de las entrevistadas se encuentra emparejada, especialmente las mujeres más jóvenes y las de nivel educacional más bajo. También debemos destacar que, en más de la mitad de los casos, las parejas de las mujeres son hombres de distinta condición serológica. Esta situación requiere ser analizada en mayor profundidad toda vez que significa mayores desafíos en términos de la prevención y del autocuidado, los cuales deberían ser asumidos a través de intervenciones focalizadas. En cuanto a la tenencia de hijos/as, el 88% de las mujeres declara tenerlos, concentrándose principalmente en la categoría de “*uno o dos hijos*”. Además, un 15,9% de ellas indica tener hijos/as seropositivos/as. Esta situación agudiza la vulnerabilidad de estas mujeres, quienes junto con sostener el hogar, contando con bajos ingresos, deben enfrentar tanto su propia condición serológica como la de sus hijos/as. En relación a ello, una de las problemáticas que parecen afectar más a las mujeres que viven con VIH/SIDA es el momento de tener que informar a sus hijos/as que viven con el virus. Este complejo contexto, donde se conjuga el miedo, la culpa y la falta de preparación y de herramientas para enfrentar esta situación, amerita la intervención de profesionales de apoyo en atención integral a estas mujeres, fundamentalmente referidos a los aspectos relacionados con salud mental.

Atención en Salud Sexual y Reproductiva: Uno de los aspectos centrales que nos interesó indagar en este estudio fue la atención proporcionada en los servicios de salud, desde el momento en que las mujeres fueron informadas de su seropositividad. En este sentido, lo primero que quisimos conocer fue la manera en que las mujeres recibieron su notificación por VIH/SIDA y el acceso que tienen al servicio de salud donde les corresponde ser atendidas. A partir de ahí, profundizamos en la evaluación que las entrevistadas hacen de la calidad de la atención proporcionada en los servicios una vez que ingresan a los programas de VIH/SIDA y las variables que se correlacionan con esta evaluación. En este sentido, algunos aspectos que consideramos pertinente consultar fueron los referidos a la relación que mantienen con el médico, las prestaciones de salud mental, sexual y reproductiva, las informaciones que se difunden sobre VIH/SIDA y derechos del paciente, el grado de respeto de estos derechos y las posibles presiones que se pudiesen ejercer desde el servicio en el ámbito sexual y reproductivo. Para finalizar se presentará un perfil de las mujeres que evidencian mayores dificultades en cuanto a la atención y un análisis zonal que permitirá establecer las diferencias que existen entre la calidad de la atención que se proporciona en cada una de las regiones establecidas.

En cuanto a la forma en que se les entregó su notificación por VIH, los resultados de este estudio muestran que menos de la mitad de las entrevistadas recibió su notificación de manera adecuada (“*actitud acogedora y comprensiva*”), concentrándose esta última apreciación en las mujeres de nivel educacional bajo y en las notificadas después del año 2000. Probablemente esto se explique en los mayores esfuerzos de capacitación del personal de salud en materias de consejería realizados por CONASIDA y las mayores demandas de las agrupaciones de personas que viven con VIH/SIDA en términos de la necesidad de una adecuada entrega de la notificación. Las mujeres de niveles educacionales

altos son las que consideran en menor grado que la entrega de la notificación fue adecuada, posiblemente debido a una actitud más crítica de parte de éstas en relación al sistema de salud y a sus derechos como usuarias. No obstante, se mantiene un tercio del total de mujeres que señala que la actitud del personal fue “*dura y enjuiciadora*”. Por otro lado, la consejería entre pares parece estar dando buenos resultados en los servicios donde ésta se ha implementado, por lo que se debería reforzar este tipo de intervenciones en todos los servicios de salud.

También detectamos que existen dificultades para acceder de manera regular a los establecimientos hospitalarios, como le sucede a casi la mitad de las entrevistadas, concentrándose esta problemática entre las mujeres más jóvenes, las que perciben ingresos más bajos y las residentes en la zona norte. Cabe destacar que las mujeres de ingresos más altos, aunque en menor porcentaje, también presentan problemas de acceso, lo que podría entenderse, en este caso, en el contexto del cumplimiento de determinadas exigencias laborales, más que por motivos relacionados con problemas económicos, como detectamos entre las mujeres de menores ingresos. En términos generales, las principales dificultades para acceder a los servicios de salud dicen relación con su lejanía –en el caso de las mujeres de mayor edad y de nivel educacional alto- y con los gastos en que deben incurrir para ello –como señalan las más jóvenes y de nivel educacional bajo. En ambas categorías, un 60% de las mujeres señala tener esta dificultad¹⁴⁶. Esto reafirma lo planteado con anterioridad sobre la diversidad de problemáticas que las mujeres tienen para acceder al servicio, las que se relacionan tanto con su perfil socioeconómico como con su situación ocupacional. Consideramos que esto debe tenerse en cuenta en la planificación de la atención de salud por parte de los servicios, tanto en términos de flexibilidad horaria como de mayor presencia en las distintas zonas, ya que, en el caso de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, la asistencia regular a controles resulta fundamental para un adecuado monitoreo de la evolución del virus, sobre todo entre aquellas que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral.

La relación con el médico tratante fue uno de los aspectos mejor evaluados por las mujeres consultadas, ya que los porcentajes se concentraron en las consideraciones positivas respecto de la interacción médico paciente, con porcentajes cercanos y superiores al 80%. Sin embargo, detectamos una sobrevaloración en la evaluación que realizan las mujeres, ya que aún cuando las consideraciones positivas obtuvieron los puntajes más elevados, también encontramos porcentajes no despreciables de mujeres que informaron de la existencia de problemas en la relación con el médico, pero que, a pesar de eso, hacían una buena evaluación de su desempeño. Es así como, aún cuando más del 90% señala que el médico trata de darles una buena atención, la cuarta parte de las mujeres consultadas considera que el profesional las atiende a la rápida e igual proporción estima que su lenguaje es poco comprensible. Incluso un 13% indica que éste las trata mal o las reta. En suma, existe un cierto número de mujeres que declara no recibir una buena atención por parte del médico y, al mismo tiempo, considera que éste trata de darles una buena atención.

Dada la relevancia de la relación médico paciente, en términos de la forma en que las mujeres enfrentan su situación serológica, decidimos construir índices diferenciados tanto

¹⁴⁶ Como se trata de una pregunta multi respuesta, los porcentajes suman más del 100%.

para la información entregada por el médico tratante como para el trato que éste les proporciona, resultando un índice de “información” y uno de “trato”¹⁴⁷. En el *índice de información* se contempló tanto la información entregada por el médico como su disposición para aclarar dudas de las consultantes. En ambas subcategorías, se evidencia una positiva evaluación, ya que más del 70% consideró que la información entregada era clara y el médico tenía una buena disposición para resolver sus inquietudes. Por tratarse de un alto porcentaje de personas que obtienen un resultado “bueno” en el índice de información¹⁴⁸, caracterizaremos a quienes obtienen una mala puntuación en éste. Al respecto, encontramos que los porcentajes se concentran en las mujeres más jóvenes, en los niveles educacionales bajos y las residentes en la zona norte, con diferencias significativas respecto de otras zonas¹⁴⁹. Por otro lado, las mujeres notificadas después del año 2000 también evidencian resultados menos favorables en el índice construido, aún cuando esto afecta más a la información que se les proporciona que a la disposición del profesional a resolver sus inquietudes. Esto se podría explicar en el hecho de que las mujeres que conocieron su seropositividad más recientemente tienen menos elementos de juicio que les permitan entender de manera adecuada la información que el médico les quiere transmitir. De este modo, con el objeto de mejorar la atención a las mujeres viviendo con VIH/SIDA se deberían realizar actividades de capacitación a los médicos para desarrollar sus habilidades comunicacionales y capacidad de empatía, particularmente cuando las consultantes son mujeres jóvenes, de bajos niveles educacionales y que fueron notificadas recientemente, con el objetivo de que sean más pedagógicos y menos técnicos cuando atiendan mujeres con estas características.

En el *índice de trato* se observa una menor concentración de apreciaciones positivas al compararlo con el índice de información recién descrito, con porcentajes que bajan del 71% al 59%. Las mujeres más jóvenes son las que hacen una peor evaluación del trato, concentrando los menores porcentajes de evaluaciones positivas y los mayores puntajes de consideraciones negativas. En las variables nivel educacional, región de residencia y año de notificación, se constata una buena puntuación en el índice, con porcentajes superiores al 50% en todas ellas. Sin embargo, es posible hacer algunas apreciaciones; como que los niveles educacionales más bajos son los que concentran los menores porcentajes de consideraciones positivas; la zona sur obtiene la mejor puntuación entre las zonas geográficas contempladas; la zona norte y Santiago presentan los mayores porcentajes de evaluaciones negativas y los menores de evaluaciones positivas respecto del trato. Por otro lado, al correlacionar los índices de información y de trato, se constata coherencia en las respuestas de las mujeres, ya que quienes obtienen una buena puntuación en el índice de información, es decir, que consideran la información adecuada y el médico abordable, sostienen, al mismo tiempo, que el médico les proporciona un buen trato.

¹⁴⁷ Dentro de la categoría “trato” se incluyeron las afirmaciones: “la atiende a la rápida”, “la considera como persona y se preocupa por usted”, “la trata mal y/o la reta”, “trata de darle una buena atención”. En la categoría “información”, incorporamos las alternativas “puede hacerle preguntas y consultar sus dudas” y “le habla en un lenguaje muy enredado”.

¹⁴⁸ Las mujeres que concentran los porcentajes en esta categoría son las mayores de 50 años, los niveles educacionales más altos, quienes residen en Santiago y las notificadas antes del año 2000.

¹⁴⁹ Sólo un 4% de las mujeres residentes en Santiago y ninguna de la zona sur opinó de esta manera.

En cuanto a la información difundida sobre VIH/SIDA desde el servicio encontramos que, en todos los casos, más del 50% de las mujeres declaró haber recibido al menos una de las informaciones consultadas en la encuesta¹⁵⁰. No obstante, se detecta mayor énfasis en las informaciones de tipo clínico que en temas referidos a reproducción, con porcentajes que bajan drásticamente del 81% al 51%. De acuerdo a ello, pensamos que se deberían realizar actividades de capacitación al personal de salud en temáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción de las mujeres viviendo con VIH/SIDA. También sería importante incorporar personas viviendo con VIH/SIDA en la realización de estas capacitaciones.

Del total de aspectos consultados en este ítem, nos interesó profundizar en la información sobre *adherencia*, encontrando que quienes han recibido mayor información sobre este tema son quienes sienten que pueden hacerle preguntas al médico, con diferencias superiores al 30% al compararlas con las mujeres que perciben al médico como poco accesible. Por otro lado, las mujeres de nivel educacional más bajo son las que mayormente declaran haber recibido esta información, disminuyendo progresivamente según aumenta el nivel de instrucción. Esto puede interpretarse en términos del mayor énfasis educativo por parte del personal de salud en las mujeres que son percibidas con mayores dificultades de comprensión.

Para correlacionar la información sobre VIH/SIDA difundida desde el servicio con otras variables, construimos un *índice de información*, encontrando que menos de la mitad de las entrevistadas obtiene un resultado “bueno”¹⁵¹. La variable edad no introduce diferencias en el índice construido, ya que en todos los tramos se observa una mayor concentración de puntajes en la categoría “buena información”. Los niveles educacionales intermedios son los que obtienen una mejor puntuación en el índice, mientras que las mujeres de mayor grado de instrucción, concentran los porcentajes en “mala información”, lo cual reafirma la idea de que este grupo específico tiene mayor capacidad de demanda y actitud más crítica frente al sistema. En la zona sur es donde los resultados del índice arrojan evaluaciones más negativas, ya que un 60% estima que la información es “mala” y sólo un 20% la cataloga de “buena”. Ello contrasta con la Región Metropolitana, donde el 56% considera que la información es “buena” y sólo un 14% estima que es “mala”. Esta situación podría deberse a varios motivos, entre ellos podemos mencionar la menor articulación entre las agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA con el personal de salud de esta zona. Por otro lado, como se señaló anteriormente, esta zona es la que presenta una mejor evaluación del trato proporcionado por el médico, lo cual nos induce a pensar que los problemas detectados tienen mayor relación con las informaciones que son entregadas desde el servicio de salud. Es probable que, producto de ello, las mujeres de la zona sur son las obtengan los menores porcentajes en la evaluación de la calidad de la atención proporcionada en el servicio, como se describirá más adelante.

En relación a la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, encontramos que, en los últimos dos años, más de un 20% de las entrevistadas no se había practicado ninguno de los

¹⁵⁰ Las informaciones consultadas fueron: “Importancia de realizarse exámenes de monitoreo por VIH”, “Información sobre reinfección por VIH”, “Información sobre adherencia al tratamiento”, “Información sobre prevención del embarazo” e “Información prevención de la transmisión vertical”

¹⁵¹ Casi un tercio señaló que la información era “regular” y un cuarto estimó que es “mala”.

cuatro exámenes ginecológicos consultados¹⁵², lo cual nos parece importante de destacar, ya que éstos son de vital importancia en la detección de enfermedades oportunistas y/o infecciones de transmisión sexual. Los exámenes más practicados son el Papanicolau y el examen ginecológico de rutina, aunque con diferencias superiores al 20% entre ambos. En todas las categorías, la tendencia de los grupos etáreos es que las mujeres más jóvenes se practican menos exámenes que las de mayor edad. A su vez, al comparar las entrevistadas de mayor grado de instrucción con las de todos los otros niveles, encontramos que las primeras se practican con mayor frecuencia todos los exámenes consultados, con excepción del Papanicolau, donde la tendencia se invierte. Esta relación se mantiene al considerar el estrato socioeconómico, ya que las de mayor estrato se practican en mayor medida todos los exámenes, con excepción del Papanicolau, donde la tendencia también se invierte.

En el contexto de la salud mental, sexual y reproductiva nos pareció necesario conocer el tipo de prestaciones que tienen mayor demanda dentro del grupo estudiado¹⁵³, encontrándose que más del 80% de las mujeres ha solicitado alguna de las prestaciones consultadas, con porcentajes superiores al 55% para las atenciones ginecológicas y para los trastornos depresivos. En este sentido, se reafirma la idea planteada con anterioridad de que los programas de VIH de los servicios de salud, deben contar con los especialistas necesarios para dar una atención integral a las mujeres seropositivas, ya que éstos habitualmente no forman parte de los programas de VIH/SIDA del sistema público de salud. En relación a los tramos de edad, aún cuando no se observan mayores diferencias, se constata que la demanda por atención psicológica por problemas sexuales aumenta de acuerdo a la edad de las entrevistadas. Las mujeres de nivel educacional alto solicitan principalmente atenciones ginecológicas, mientras que las de nivel bajo evidencian mayor demanda de tratamiento para la depresión. Es probable que esto se explique en las desmedradas condiciones socioeconómicas en que éstas se encuentran, lo que podría agudizar las problemáticas que afectan su salud mental. Este hecho ha sido destacado por las Agrupaciones de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, quienes reconocen una tendencia a ser madres más agresivas y a presentar mayores problemas psicológicos¹⁵⁴.

Por otro lado, del total de mujeres que ha solicitado algún tipo de prestación, en más del 20% de los casos, ésta no le ha sido proporcionada. Las prestaciones más negadas son precisamente las más solicitadas; las atenciones ginecológicas y el tratamiento para la depresión. Las mujeres que en mayor medida declaran haber vivido esta situación son las entrevistadas que tienen entre 40 y 49 años, las más jóvenes¹⁵⁵, de mayor nivel educacional, mayor estrato socioeconómico y las residentes en la zona sur. Del total de entrevistadas que informó no haber recibido una prestación solicitada, sólo poco más de un 20% presentó algún tipo de queja frente a esta situación, lo cual nos habla de un importante grado de

¹⁵² Los exámenes consultados fueron: Papanicolau, exámenes ginecológicos de rutina, exámenes de mamas a través del tacto y mamografías.

¹⁵³ Las prestaciones consultadas fueron atenciones ginecológicas, tratamiento para la infertilidad, tratamiento de la menopausia y climaterio, atención psicológica por problemas sexuales, tratamiento para la depresión, esterilización y atención de aborto.

¹⁵⁴ Ver Orellana, 2002.

¹⁵⁵ Incluimos estos dos tramos de edad por tener diferencias cercanas sólo al 10%.

pasividad y resignación en la conducta del grupo estudiado¹⁵⁶. Esta situación adquiere matices de mayor gravedad toda vez que, de acuerdo a las mujeres, el motivo central de no haber recibido la prestación solicitada sea su condición serológica. A nuestro juicio, que las entrevistadas sostengan que no fueron atendidas por situaciones de discriminación relacionadas al VIH/SIDA, debería haberse traducido en una reacción más enérgica por parte de ellas. Debido a ello, se hace necesario implementar estrategias que fortalezcan el empoderamiento y el ejercicio de ciudadanía en este grupo, quienes deben tomar conciencia de los derechos que tienen como mujeres seropositivas y de la necesidad que ellas mismas hagan respetar estos derechos al interior de los servicios.

En relación al punto anterior, nos pareció necesario conocer el grado de difusión de los derechos del paciente al interior del servicio¹⁵⁷, encontrando que, en general, la mayoría de las mujeres señala haber recibido información sobre al menos uno de los diez derechos consultados. El derecho más difundido es el de realizarse exámenes de monitoreo del VIH y los menos difundidos son el derecho a revisar su ficha clínica y a decidir libremente si desea entregar información sobre su vida sexual al médico u otro integrante del equipo de salud. Nuevamente vemos que los aspectos relacionados con la vida íntima de las mujeres aparecen como los temas menos tratados al interior del servicio, lo que reafirma la necesidad de realizar acciones de capacitación en este campo. Para correlacionar la difusión de derechos con algunas variables que podrían introducir diferencias en el análisis y aportar información más precisa, construimos un “*índice de difusión de derechos*”, el cual muestra que un 40% opina que existe una buena difusión de los derechos en el servicio, mientras que un 24% estima que ésta es mala. Las mujeres menores de 40 años y las residentes en Santiago son las que hacen una mejor evaluación de la difusión de derechos, en tanto que, nuevamente, la zona sur resulta ser la que muestra la peor evaluación en este ámbito, concentrando los porcentajes en la categoría de “mala difusión de derechos”. En esta situación también se encuentran las mujeres de nivel educacional alto, que obtienen la mayor puntuación en esta categoría.

Considerando que no siempre coincide el discurso y la práctica, quisimos saber si las entrevistadas perciben que sus derechos son respetados al interior del servicio, encontrando que casi la mitad de ellas estima que éstos se respetan “sólo a veces”. Quienes informan en mayor medida encontrarse en esta situación son las mujeres del tramo de menor edad, de nivel educacional más bajo y las residentes en la zona sur. Por otro lado, las mujeres de entre 30 y 39 años, de niveles educacionales más altos y las residentes en Santiago y en la zona sur, son quienes mayormente señalan que sus derechos no son respetados “*nunca*”.

¹⁵⁶ Estudios realizados en psicología social, muestran que entre las personas de estratos más bajos, se produce lo que Ardila ha llamado el “modelo de la desesperanza aprendida”. De acuerdo a éste, quienes han sido sometidos de manera permanente a eventos aversivos tienden a realizar menores esfuerzos para enfrentar esta situación, ya que han pasado a percibirla como “inmodificable” (Ardila, 1980)

¹⁵⁷ Los derechos consultados fueron: a realizarse periódicamente exámenes de monitoreo de VIH; a la confidencialidad de sus exámenes y diagnósticos; a no ser discriminada en la atención de salud; a recibir atención oportuna, de calidad y adecuada a sus necesidades; a decidir libremente si desea entregar información sobre su vida sexual al médico u otro integrante del equipo de salud; a revisar su ficha clínica; a recibir atención las 24 horas del día en los servicios de urgencia; a recibir información clara, comprensible y completa sobre su situación de salud; a acceder a servicios de consejería en prevención secundaria y a decidir libremente sobre utilización de medidas preventivas.

Para determinar el grado de congruencia entre los discursos y las prácticas, correlacionamos el índice de difusión de derechos con la percepción sobre el respeto de derechos al interior del servicio, encontrando que ambas variables se comportan de manera similar. De este modo, quienes consideran que sus derechos son respetados “siempre” estiman, a su vez, que existe una buena difusión de éstos; mientras que quienes creen que sus derechos no son respetados “nunca”, estiman que hay una mala difusión de ellos al interior del servicio.

En el análisis sobre la atención en Salud Sexual y Reproductiva también se indagó sobre posibles presiones que pudiesen ser ejercidas desde el servicio de salud en este ámbito¹⁵⁸, encontrándose que un 50% de las entrevistadas se ha sentido presionada en alguno de los aspectos consultados. Considerando sólo a quienes han vivido estas experiencias, vemos que un 66% se ha sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales, un 56% a utilizar métodos de prevención del embarazo y un 34% se ha sentido presionada a esterilizarse. A partir de estos resultados, podemos constatar la existencia de lo que es, a nuestro juicio, una intromisión inadecuada en los aspectos de la vida personal de las mujeres y en las decisiones sexuales y reproductivas que ellas libremente deseen adoptar. Al analizar el tipo de presión por zona geográfica, vemos que, tanto en la zona sur como en Santiago, la presión más frecuentemente ejercida se refiere al cambio en las conductas sexuales, mientras que, en la zona norte, ésta se relaciona más con la utilización de medidas de prevención del embarazo. Ello indica un énfasis diferenciado según zona geográfica, donde los servicios de salud de la zona norte muestran una mayor preocupación por la vida reproductiva de las mujeres, a diferencia de la zona sur y de Santiago, donde el énfasis está puesto en la sexualidad de las mujeres que allí se atienden. Así como en casos anteriores, construimos un *índice de presiones*, según el cual, sólo el 50% de las consultadas obtiene un resultado “bueno”, el 35% un resultado “regular” y un 15% uno “malo”. Las mujeres que obtienen un resultado “bueno” en el índice son las de mayor edad, de nivel educacional medio bajo, con residencia en la zona norte y notificadas después del año 2000. En tanto, quienes concentran los porcentajes en la categoría “malo” del índice, son las mujeres más jóvenes¹⁵⁹, de nivel educacional bajo, residentes en Santiago y notificadas con anterioridad al 2000. Esta caracterización sociodemográfica se profundiza al considerar sólo a las mujeres que declaran haberse sentido presionadas, puesto que las menores de 40 años y de menor grado de instrucción son las que concentran los porcentajes de declaración de presiones en el ámbito sexual y reproductivo desde el servicio.

Al correlacionar la percepción de presiones por cambiar las conductas sexuales con algunas indicaciones sobre sexualidad y reproducción emanadas desde el servicio¹⁶⁰, encontramos relación con todas ellas. Sin embargo, la asociación más significativa fue la establecida entre la presión a cambiar las conductas sexuales y la indicación “*las mujeres seropositivas no deben tener relaciones sexuales*”, ya que el 66,7% de quienes se han recibido esta

¹⁵⁸ Las presiones consultadas fueron: “a cambiar sus conductas sexuales”, “a utilizar métodos de prevención de embarazo”, “a utilizar el mismo método de prevención de embarazo” y “a esterilizarse”

¹⁵⁹ En esta categoría se incluyeron los dos primeros tramos de edad (19 a 29 y 30 a 39 años)

¹⁶⁰ Estas indicaciones eran: “las mujeres seropositivas no deben tener relaciones sexuales”, “las mujeres seropositivas no deben embarazarse” y “las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH”.

información, se ha sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales¹⁶¹. De acuerdo a los resultados presentados, estas “indicaciones” son percibidas por parte de las mujeres como presiones que el servicio de salud pretende ejercer sobre su vida sexual y reproductiva. Además, como veremos más adelante, este es un factor que incide de manera negativa en la evaluación que hacen las mujeres sobre la calidad de la atención proporcionada en el servicio.

Al analizar esta información con algunos de los datos presentados con anterioridad, se constata que, a juicio de las entrevistadas, en los servicios de salud, los temas de sexualidad y de reproducción no son tratados de manera adecuada, ya que, por una parte, señalan que no se les entrega la suficiente información sobre estos tópicos y, por otra, que son objeto de presiones por parte del personal de salud para que adopten las decisiones sexuales y reproductivas que éstos creen más convenientes, lo cual no siempre es coincidente con los planteamientos de las mujeres y con la evolución del saber científico con respecto al VIH/SIDA y a los avances en su tratamiento.

En cuanto a la calidad de la atención prestada en el servicio de salud, en términos generales, se observa una positiva evaluación por parte de las entrevistadas, ya que el 59% opinó de esta manera. Las mujeres de mayor edad y las residentes en la zona norte son quienes concentran los porcentajes en esta categoría; mientras quienes presentan las menores puntuaciones de consideraciones positivas son quienes viven en la zona sur del país y las entrevistadas más jóvenes, que representan la totalidad de mujeres que consideró que la atención era mala. El nivel educacional y el año de notificación no incorporan cambios en la percepción de la calidad de la atención, concentrando los porcentajes en la categoría “buena”, con más del 55% de los casos.

Como la calidad de la atención proporcionada a las mujeres viviendo con VIH/SIDA es un aspecto que se hace necesario potenciar en el sistema público de salud, quisimos conocer de manera más específica, qué elementos se relacionaban más significativamente con la manera en que las mujeres percibían la calidad de la atención. Para ello, correlacionamos la evaluación que las entrevistadas hacen de la calidad de la atención proporcionada en el servicio con algunas variables que nos parecieron relevantes de analizar. Ello con el objeto de detectar los elementos que inciden negativamente en la satisfacción usuaria, entregando criterios que permitan introducir correcciones y/o adecuaciones al sistema, con miras a mejorar la calidad de la atención que se brinda en el sistema público de salud y a promover una percepción más positiva por parte de las usuarias.

A continuación se presentan las variables que se correlacionaron y los resultados obtenidos.

- **Relación con el médico:** La relación con el médico tratante resultó ser el elemento que incide en mayor grado en la evaluación que las mujeres hacen de la calidad de la atención proporcionada en el servicio, ya que tanto en el índice de información

¹⁶¹ Tanto las mujeres a quienes se les ha dicho que “las mujeres seropositivas no deben embarazarse” y las que se les ha dicho que “las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH” se han sentido presionada a cambiar sus conductas sexuales en porcentajes cercanos al 40% para cada uno de los casos.

como en el índice de trato construido se obtuvieron las asociaciones más significativas, con porcentajes superiores al 70% para cada caso. Esto significa que las mujeres que consideran que la información entregada por el médico es clara, que sienten que éste tiene disposición para aclarar sus inquietudes y que les proporciona un buen trato, son quienes evalúan de mejor manera la calidad de la atención en el servicio.

- **Exámenes en Salud Sexual y Reproductiva** En cuanto a la *realización de exámenes* encontramos que quienes se los han practicado en los últimos dos años realizan una mejor evaluación de la calidad de la atención en el servicio, en más de un 60% de los casos. En relación *al tipo de examen realizado*, quienes hacen una peor evaluación de la calidad de la atención son quienes se han practicado exámenes ginecológicos de rutina, con diferencias superiores al 10% respecto de los otros exámenes consultados¹⁶². Es probable que esto se relacione con que estos exámenes son realizados por profesionales externos al programa de VIH, quienes se encuentran menos sensibilizados en torno a esta problemática¹⁶³. De acuerdo a ello, se hace necesario profundizar los esfuerzos de capacitación al personal al cual se deriva a las personas viviendo con VIH/SIDA o integrar al Programa a especialistas capacitados específicamente en este tema.
- **Acceso a prestaciones de salud:** Por otro lado, el acceso a prestaciones de salud también incide en la evaluación de la calidad de la atención, ya que las únicas mujeres que hacen una evaluación negativa del servicio son aquellas que no han tenido acceso a alguna prestación solicitada. En este punto, es interesante destacar que existe un 52,6% de mujeres que, a pesar de haberseles negado alguna prestación de salud, igualmente evalúan favorablemente el servicio. Este es otro antecedente que nos hace pensar que existe una sobrevaloración de la calidad de la atención por parte de las mujeres entrevistadas. Esto se ve reforzado al consultar los motivos de la evaluación realizada, ya que el 28,9% de mujeres que denuncia haber sido discriminada en el servicio, evalúa la atención como regular. A nuestro juicio, la gravedad de esta situación ameritaría una peor evaluación del servicio por parte de quienes han vivido esta experiencia y, al mismo tiempo, refuerza la idea de promover el empoderamiento de las mujeres en cuanto al ejercicio de sus derechos.
- **Información sobre VIH/SIDA:** La información sobre VIH/SIDA entregada desde el servicio también se correlaciona con la evaluación que hacen las entrevistadas sobre la calidad de la atención que se les proporciona, ya que el 65,2% de quienes obtienen un resultado “bueno” en el índice de información evalúa positivamente la calidad de la atención del servicio.

¹⁶² Quienes se han practicado estos exámenes concentran la menor puntuación de evaluaciones favorables de la atención entre todos los tipos de exámenes consultados y, al mismo tiempo, la mayor concentración de evaluaciones regulares de la atención, con porcentajes de 57,4% y 40,7% respectivamente.

¹⁶³ En investigaciones realizadas con anterioridad, hemos constatado que en las especialidades se detectan los mayores problemas de discriminación y de rechazo a proporcionar atención a quienes viven con el virus (Vidal, Zorrilla, Donoso, Hevia y Pascal, 2002)

- **Percepción de presiones:** La percepción de presiones por parte del personal de salud en el ámbito sexual y reproductivo también influye en las evaluaciones de las mujeres sobre la calidad de la atención proporcionada en el servicio, ya que más del 60% de las entrevistadas que hacen una buena evaluación de ésta, declara no haberse sentido presionada en ninguno de los ámbitos consultados. Por otro lado, ninguna de las entrevistadas que señaló no haberse sentido presionada hace una mala evaluación de la calidad de la atención.
- **Respeto hacia los derechos** También encontramos correlaciones entre la percepción de respeto hacia los derechos de los/as pacientes y la forma en que las mujeres evalúan la calidad de la atención, ya que el 45,8% de quienes hicieron una positiva evaluación de ésta, considera que sus derechos son respetados al interior del servicio.
- **Información sobre sexualidad:** Se observa una correlación entre la información sobre sexualidad entregada desde el servicio y evaluación de la calidad de la atención, ya que quienes hacen una buena evaluación del servicio declaran en mayor grado recibir información “adecuada”, según el índice construido. Por otro lado, quienes hacen una evaluación “regular”, señalan en mayor medida haber recibido información “inadecuada”. Sin embargo, las diferencias porcentuales no superan el 10% en ninguno de los casos al comparar a ambos grupos de mujeres, por lo que la información sobre sexualidad entregada desde el servicio sería la variable con menor peso en la evaluación de la calidad de la atención.

ANÁLISIS DE VARIABLES REGULARES

Para tener una visión más amplia de las características de las mujeres que presentan mayores dificultades en la atención que se les proporciona, trataremos de hacer un perfil sociodemográfico de éstas, con el objeto de detectar regularidades y contribuir a la focalización de estrategias de empoderamiento y de mejoramiento de la calidad de la atención dentro de este grupo de mujeres. Así, al analizar los datos de acuerdo a los perfiles de las mujeres en términos de las variables regulares analizadas -edad y nivel educacional- encontramos que, en términos generales, las entrevistadas de menor edad y de nivel educacional más bajo son las que presentan mayores dificultades en cuanto a la atención proporcionada en el servicio.

Esta afirmación se fundamenta en los siguientes antecedentes:

- Expresan mayores problemas de acceso al servicio por motivos relacionados con motivos económicos
- Se concentran en la categoría “sólo a veces” en términos del respeto de sus derechos en el servicio
- Mayormente declaran haberse sentido presionadas en sus decisiones sexuales y reproductivas por parte del personal de salud
- Obtienen la menor puntuación en el índice de información y en el índice de trato construido a partir la relación que establecen con el médico tratante

No obstante, también se observan algunas especificidades tanto en relación a la edad como al nivel educacional de las entrevistadas.

Es así, como las mujeres más jóvenes:

- Se han practicado menos exámenes en relación a los otros tramos de edad
- Evidencian el mayor porcentaje de casos de negación de atención a prestaciones de salud que han solicitado
- Obtienen el menor porcentaje de consideraciones positivas respecto de la evaluación de la calidad de la atención en el servicio, representando, además, la totalidad de los casos que realizan evaluaciones negativas respecto de ésta

En cuanto al nivel educacional podemos constatar que:

- Las mujeres de nivel educacional bajo son quienes evidencian una mayor demanda de tratamiento para la depresión, debido a las condiciones de vida en que se encuentran
- Las mujeres de nivel educacional alto parecen tener una actitud más crítica frente al sistema de salud, ya que:
 - Son las que señalan en menor proporción haber recibido su notificación de manera adecuada
 - Evalúan de peor manera la información sobre VIH entregada desde el servicio
 - Concentran los porcentajes en declaración de haberseles negado alguna prestación de salud solicitada
 - Concentran los puntajes en la categoría de “mala difusión de derechos” en el servicio
 - Son las que en mayor medida consideran que sus derechos no son respetados nunca al interior del servicio

ANÁLISIS ZONAL

A continuación realizaremos un análisis zonal que permita identificar de mejor manera la forma en que son atendidas las mujeres viviendo con VIH/SIDA a lo largo del país, ya que, de acuerdo a los resultados de este estudio, existen marcadas diferencias entre ellas. Ello hace pensar en la realización de intervenciones diferenciadas de acuerdo a las características específicas de la comunidad que se desea intervenir.

Zona Sur:

Las entrevistadas de la zona sur son las que presentan mayores dificultades en la atención proporcionada en el servicio, ya que:

- Concentran los menores porcentajes de evaluaciones positivas respecto de la atención, manteniendo diferencias significativas con las otras zonas¹⁶⁴.
- Realizan una peor evaluación de la información sobre VIH/SIDA entregada desde el servicio

¹⁶⁴ Las diferencias con la otras zonas son cercanos al 10%, para el caso de Santiago, y de más de 20% con respecto a la zona norte.

- Concentran los casos de negación de atenciones solicitadas
- Obtienen el peor resultado en el “índice de difusión de derechos del paciente” y el menor porcentaje de declaración de que sus derechos se respetan “siempre”.
- Declaran en mayor grado haberse sentido presionadas por parte del personal de salud en términos del cambio en sus conductas sexuales.

No obstante lo anterior, llama la atención que sea la zona donde el trato otorgado por el médico es evaluado más positivamente de acuerdo al índice construido, con diferencias superiores al 10% respecto de las otras zonas.

Zona Norte:

Las entrevistadas de la zona norte se mantienen dentro del promedio en la mayor parte de las variables analizadas. Sin embargo, se observan algunas particularidades, como las siguientes:

- Son las que declaran en mayor medida tener problemas de acceso al servicio
- Informan mayores dificultades en la relación que mantienen con el médico, tanto en términos de la información que les entrega como del trato que les proporciona.
- Presentan la mejor evaluación de la calidad de la atención
- Declaran sentir menores presiones de parte del personal de salud en el ámbito sexual y reproductivo.
- A diferencia de las otras zonas, donde las presiones observadas se refieren al cambio en las conductas sexuales, en la zona norte, éstas se dirigen a la utilización de métodos de prevención del embarazo.

Santiago:

Las mujeres que se atienden en la Región Metropolitana son quienes evidencian menores dificultades en cuanto a la atención brindada en los servicios, ya que:

- Declaran menores dificultades en el acceso a los servicios
- Obtienen el mejor resultado en el índice de información entregada por el médico tratante
- Evalúan de mejor manera la información sobre VIH/SIDA entregada desde el servicio de salud
- Obtienen los menores porcentajes en negaciones de atenciones solicitadas
- Consideran en mayor grado que existe tanto una buena difusión de derechos del paciente como un mayor respeto hacia los mismos
- Sin embargo, concentran los porcentajes de mujeres que declara haberse sentido presionada en el ámbito sexual y reproductivo

Llama la atención que a pesar de los buenos resultados obtenidos en la mayor parte de las variables analizadas, las mujeres de Santiago, aún cuando evalúan positivamente la calidad de la atención en más del 50% de los casos, no son quienes hacen la mejor evaluación de ésta en relación a las otras zonas. Posibles explicaciones de esta situación podríamos encontrarlas en el mayor grado de involucramiento de las mujeres en las agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA, el mayor historial de agrupaciones integradas sólo por mujeres y el disponer de mayor acceso a información sobre el VIH/SIDA y sobre sus

derechos como usuarias del sistema de salud público. Producto de esto, es posible que hayan desarrollado una mayor capacidad para percibir las presiones que pudiesen estar siendo ejercidas sobre ellas en el ámbito sexual y reproductivo. Por otro lado, en cuanto al personal de salud, las posibilidades de capacitación y de intercambio de experiencias entre los profesionales que atienden en la Región Metropolitana son mayores que en regiones, por lo que resultaría plausible pensar que exista una mayor preocupación por la atención brindada a las mujeres.

En relación a las presiones ejercidas desde el servicio de salud en el ámbito sexual y reproductivo de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, consideramos que si bien es una forma de prevenir una posible transmisión del virus, creemos que no es la más adecuada, ya que es sentida como una intromisión en la vida íntima de las mujeres. Esta intromisión, no se justifica ni desde un punto de vista clínico ni desde el punto de vista humano, ya que la utilización de medidas preventivas permite a la mujer llevar una vida sexual plena y placentera y, por otro lado, los avances en la industria farmacéutica permiten que las mujeres viviendo con VIH/SIDA puedan tener hijos/as seronegativos/as, ya que el acceso a estos tratamientos para las mujeres embarazadas está asegurado por el Protocolo ACTG 076, que reduce drásticamente la transmisión vertical. Al respecto, un estudio realizado en Estados Unidos sobre transmisión vertical, muestra que el tratamiento con Zidovudina permitió bajar las tasas de transmisión madre hijo/a de entre un 25% al 30% en los años 90, a cifras entre el 1% y el 6% en la década actual¹⁶⁵. Por otro lado, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos ha recomendado promover la autonomía de las mujeres en sus decisiones reproductivas, independientemente de su estado serológico¹⁶⁶.

Iniciación Sexual: Del total de mujeres consultadas, casi la mitad de ellas se inició sexualmente entre los 15 y 17 años, mientras que más de un cuarto lo hizo entre los 18 y los 21. Así, el 75% de las mujeres encuestadas se encontraba sexualmente activa a los 21 años. Esto es coherente con los resultados del Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, según el cual, el 54,3% de las consultadas ya había iniciado su vida sexual entre los 18 y 19 años, mientras que a los 24 años estaba activa el 77,1% de la muestra¹⁶⁷. El análisis por edad indica que las mujeres más jóvenes tienden a iniciarse sexualmente más temprano que las de mayor edad, ya que todas las entrevistadas de entre 19 y 29 años estaban sexualmente activas a los 22, situación que difiere de las mujeres mayores, donde las edades de iniciación aumentan progresivamente con la edad de las consultadas. Esto también coincide con los resultados del estudio recientemente citado, donde se muestra que, comparando a las mujeres de los grupos de edad extremos, la entrada a la sexualidad se ha adelantado en dos años¹⁶⁸. Al incorporar las variables nivel educacional y estrato socioeconómico, nos llama la atención que las mujeres de mayor grado de instrucción son las únicas que rompen la tendencia de iniciarse entre los 15 y 17 años, concentrando los porcentajes de iniciación en edades superiores a los 18. En cuanto al estrato, se observa una mantención de la tendencia antes señalada, aún cuando los grupos de menores ingresos

¹⁶⁵ García, 2000.

¹⁶⁶ Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

¹⁶⁷ CONASIDA, 2000b: 153.

¹⁶⁸ CONASIDA, 2000b: 155

tienden a iniciarse sexualmente más temprano, mientras que en los estratos altos se observa un retraso en la edad de iniciación sexual.

En cuanto a la utilización de medidas preventivas en la primera relación sexual, se constata que sólo el 5% de las mujeres consultadas las utilizó en el momento de su iniciación, porcentaje muy inferior al nacional, donde se señala que el 15,6% de las entrevistadas usó algún tipo de medida preventiva en tales circunstancias¹⁶⁹. Esto nos habla de una baja percepción de riesgo por parte de las mujeres estudiadas, donde sólo el 2% utilizó una medida efectiva para la prevención del VIH.

Parejas Sexuales antes y después de la notificación: En el tema de parejas sexuales antes de la notificación encontramos que, a diferencia de los datos nacionales, donde la mitad de las consultadas ha tenido sólo una pareja sexual en la vida, los datos que arroja el presente estudio muestran que, para este grupo de específico de mujeres, la mayor concentración de puntajes se encuentra en la categoría “entre 2 y 3 parejas sexuales”, con casi la mitad de los casos. Sólo un 20% de las consultadas declara haber tenido sólo “una pareja sexual” antes de recibir su notificación por VIH. Sin embargo, como veremos a continuación, muchas mujeres han seguido acumulando parejas después de la notificación, aumentando de este modo la brecha con las mujeres encuestadas a nivel nacional. Las mujeres entre 40 y 49 años son las que declaran mayor número de parejas sexuales, concentrándose en la categoría “más de cuatro parejas sexuales”, seguidas por las más jóvenes, las de nivel educacional alto y las de mayor estrato socioeconómico. Tanto las mujeres de nivel educacional bajo como las de estrato bajo se concentran en la categoría “dos o tres parejas sexuales”. Al considerar la edad actual, la de iniciación y el número de parejas sexuales, vemos que, en términos generales, mientras más temprana es la iniciación sexual, mayor es el número de parejas sexuales que declaran tener las entrevistadas. Esta tendencia se rompe entre quienes declaran haber tenido más parejas sexuales, que son las mujeres de entre 40 y 49 años, donde mientras más tarde se inician, más parejas sexuales declaran.

Al analizar las parejas sexuales de las mujeres una vez recibida la notificación vemos que la mayor parte de las entrevistadas ha mantenido su vida sexual. No obstante, se detectó casi un 20% de mujeres que ha optado por dar término a su actividad sexual. El 60% de mujeres que ha mantenido o reiniciado su vida sexual, sólo ha tenido una pareja sexual después de la notificación, lo cual marca una diferencia con el período anterior, detectándose una disminución en el número de parejas declaradas y, además, un fenómeno nuevo, que tiene que ver con la decisión de terminar la actividad sexual después de conocida la seropositividad. Las mujeres más jóvenes son las que declaran en mayor grado haber mantenido o reiniciado su vida sexual, y también son quienes mayormente informan haber tenido más de una pareja sexual después de la notificación. A medida que aumenta la edad de las entrevistadas disminuye progresivamente la declaración de actividad sexual y, consecuentemente, el número de parejas sexuales. En cuanto al nivel educacional, reagrupados en alto y bajo, se observa que, en términos generales, los niveles educativos superiores tienden a tener mayor número de parejas sexuales y menores porcentajes de abstinencia. Sin embargo, al desagregar la información se muestra que los niveles educacionales extremos son los que concentran los puntajes de declaración de abstinencia

¹⁶⁹ CONASIDA, 2000b: 158

con el mismo porcentaje¹⁷⁰. La variable estrato no introduce diferencias respecto al nivel educacional, ya que se mantiene la tendencia a que las entrevistadas de estrato alto declaran mayor número de parejas sexuales después de la notificación y, al mismo tiempo, concentran los porcentajes de abstinencia. Por otro lado, aún cuando se concentran en la declaración de una pareja sexual, las mujeres de estrato bajo son las que presentan los menores porcentajes de abstinencia, lo que introduce diferencias con el nivel educacional, donde los grupos extremos se concentraban en esta categoría. La correlación entre evaluación de las relaciones sexuales antes de la notificación y las informaciones e indicaciones restrictivas en cuanto al ejercicio de la sexualidad de parte del personal de salud, no introduce diferencias en cuanto al número de parejas sexuales, manteniéndose la tendencia a tener una pareja sexual. No obstante, las mujeres que han recibido la indicación “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*” declaran menor número de parejas sexuales que quienes no la han recibido.

De esta manera, el VIH/SIDA provoca, por una parte, una disminución del número de parejas sexuales y, al mismo tiempo, un término anticipado de la vida sexual de las mujeres seropositivas, sobre todo entre las de mayor edad, de niveles educacionales extremos y de estrato socioeconómico alto. En consecuencia, esta variable rompe en cierta medida la consistencia mantenida hasta ahora entre nivel educacional y estrato socioeconómico.

Evaluación de las Relaciones Sexuales antes y después de la notificación: Casi el 60% de las entrevistadas evalúa positivamente sus relaciones sexuales anteriores a la notificación, fundamentalmente por motivos relacionados con el placer sexual obtenido. Esto es coherente con quienes declaran que sus relaciones sexuales eran “*a veces placenteras y a veces no placenteras*”, ya que el motivo principalmente atribuido tiene que ver con el mal desempeño sexual de la pareja. De este modo, el placer sexual parece ser el elemento que las mujeres más rescatan a la hora de evaluar sus relaciones sexuales anteriores a la notificación. Esta idea se reafirma al analizar los motivos que las entrevistadas aducen para hacer una “*mala evaluación de sus relaciones sexuales*”, ya que éstos dicen relación, fundamentalmente, con la falta de placer y con los recuerdos de experiencias de abuso. Haciendo un paralelo con la investigación de CONASIDA, vemos un mayor grado de satisfacción sexual en las mujeres entrevistadas en este estudio, ya que en comparación con los porcentajes nacionales, se observan diferencias superiores al 10% en la categoría de “positiva evaluación” de sus relaciones sexuales¹⁷¹. Aún cuando se mantiene la tendencia de evaluar positivamente la sexualidad en todos los tramos etáreos, las mujeres entre 40 y 49 años son las que, en menor medida, declaran que sus relaciones sexuales anteriores a la notificación eran “*placenteras*”, lo cual también coincide con los datos nacionales, donde se observa que los mayores grados de disconformidad se concentran en las mujeres mayores de 40 años. Por otro lado, las mujeres más jóvenes, las que poseen menor nivel de instrucción y que pertenecen al estrato socioeconómico bajo, son quienes expresan menor conformidad con sus relaciones sexuales anteriores a la notificación. Las evaluaciones favorables se concentran en los grupos intermedios, tanto en términos de escolaridad como de pertenencia a estrato social.

¹⁷⁰ Esta diferencia se produce porque el nivel medio alto es el que muestra el porcentaje más bajo de mujeres que decidieron terminar su actividad sexual.

¹⁷¹ CONASIDA, 2000b.

Al comparar la evaluación que hacen las mujeres de sus relaciones sexuales antes y después de la notificación, se observa una leve disminución, de menos del 10%, en las consideraciones favorables de éstas, aún cuando se mantiene la tendencia de que más de la mitad de las entrevistadas evalúa sus relaciones sexuales después de la notificación como “*placenteras*”. El placer sexual sigue siendo el motivo más frecuentemente esgrimido para realizar esta evaluación, seguido muy de cerca por el amor que las entrevistadas declaran experimentar hacia sus parejas. También se observan diferencias entre los motivos para evaluar las relaciones sexuales como “*a veces placenteras y a veces no placenteras*”, ya que éstos cambian desde el mal desempeño de la pareja, antes de la notificación, hacia la utilización del condón y el temor a la transmisión, después de ese momento. Lo mismo sucede al considerar a quienes hicieron una negativa evaluación de sus relaciones sexuales, que antes de la notificación decía relación con la falta de placer y los recuerdos de experiencias de abuso, mientras que, después de la notificación, se vinculan más al temor a la transmisión del VIH.

También se observa un cambio al comparar la evaluación de las relaciones sexuales antes y después de la notificación en cuanto a los grupos de edad, ya que, en el primer período, las más jóvenes y las mujeres de entre 40 y 49 años eran quienes hacían una peor evaluación de su vida sexual, mientras que, en el segundo período, los casos se concentran en el grupo de entre 30 y 39 años. En cuanto al nivel educacional, también se observan cambios, ya que las mujeres de nivel alto, que antes de la notificación eran quienes en menor grado evaluaban sus relaciones sexuales como placenteras, después de la notificación, son quienes concentran los porcentajes en esta categoría, superando al nivel medio alto, que aparecían como el grupo que hacía una mejor evaluación de éstas antes de recibir su notificación. Por otro lado, entre quienes hacían una evaluación negativa de su vida sexual, también se observa un traslado, desde las de nivel educacional bajo a las del nivel medio bajo, al comparar ambos períodos. Las mujeres de estrato bajo son quienes obtienen las mayores consideraciones negativas sobre las relaciones sexuales, tanto antes como después de la notificación. No obstante, se observan cambios entre quienes hacían una buena evaluación de las relaciones sexuales en los dos períodos, desplazándose desde las del estrato medio bajo a las del estrato alto.

De este modo, la notificación por VIH/SIDA aparece como un factor que influye directamente en la forma en que las mujeres evalúan sus relaciones sexuales, observándose una disminución del grado de conformidad con éstas. Otro cambio que se produce lo detectamos al analizar los motivos por los cuales las mujeres evalúan sus relaciones sexuales de un modo o de otro. En este sentido, aún cuando se mantiene el placer como elemento central en la evaluación que hacen las mujeres de su sexualidad, el desempeño de la pareja deja de tener importancia, pasando a valorarse más el amor que las entrevistadas sienten hacia sus parejas en términos de la evaluación que hacen de sus relaciones sexuales entre ambos períodos. Por otro lado, se introduce el temor a la transmisión del VIH y la utilización de condón como elementos que obstaculizan la obtención de placer por parte de las mujeres. También se observan cambios en términos de edad, de nivel educacional y de estrato socioeconómico, ya que las mujeres de entre 30 y 39 años eran las que mejor evaluaban sus relaciones sexuales antes de la notificación, mientras que, después de ésta, son el grupo que concentra las consideraciones negativas. En términos de nivel educacional y de estrato socioeconómico, se observa que, después de la notificación, las mujeres

pertenecientes a los tramos altos de nivel educacional y de estrato, mejoran la forma en que evalúan su vida sexual, concentrando los porcentajes en las consideraciones positivas respecto de ésta. El único grupo que no muestra variaciones en la forma en que evalúa sus relaciones sexuales es el estrato bajo, ya que en ambos períodos concentra los porcentajes en las estimaciones negativas.

Relaciones sexuales en los últimos seis meses: Casi el 70% de las entrevistadas ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, ya sea ocasional o frecuentemente. Los casos se concentran entre las mujeres más jóvenes, de nivel educacional medio alto y de estrato bajo. Por otro lado, encontramos más de un 30% de mujeres que no ha tenido actividad sexual en ese período, y son las entrevistadas de mayor edad, de niveles educacionales extremos y de estrato socioeconómico alto. Además, los porcentajes de declaración de actividad sexual en los últimos seis meses también se concentra entre quienes informaron haber tenido sólo una pareja sexual antes de la notificación, así como también entre las mujeres que evaluaban positivamente sus relaciones sexuales con anterioridad a ese momento. Así mismo, las mujeres que evaluaban como placentera su vida sexual son las que declaran haber tenido relaciones sexuales más frecuentemente en los últimos seis meses. De esta manera observamos que la forma en que las entrevistadas vivenciaban su sexualidad con anterioridad a la notificación no sólo incide en la mantención de la actividad sexual, sino también en la frecuencia con que ésta se lleva a cabo. Otra variable que influye en la actividad sexual es la situación de pareja, ya que quienes declaran tener relaciones sexuales más frecuentemente son quienes tienen pareja estable, especialmente quienes cohabitan con ellas. Sin embargo, también existe un porcentaje cercano al 20% de mujeres que, a pesar de vivir con su pareja, no ha mantenido relaciones sexuales con ella en los últimos seis meses.

Más de la mitad de las entrevistadas que no ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses aduce como motivo principal su situación serológica, convirtiéndose, de esta manera, en un importante obstáculo para reiniciar o mantener su vida sexual. Las mujeres más jóvenes y quienes tienen entre 40 y 49 años, concentran los porcentajes en esta categoría, mientras que los otros grupos etáreos se distribuyen, con iguales porcentajes, tanto en los motivos relacionados con el VIH como en no haber tenido la oportunidad de tener relaciones sexuales. Las mujeres de nivel educacional medio bajo y de estrato socioeconómico medio son las que principalmente argumentan no haber tenido relaciones sexuales por motivos relacionados con la adquisición del VIH. En cuanto a las indicaciones sobre sexualidad recibidas desde el servicio, encontramos correlación entre la indicación “*las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas que viven con VIH*” con la suspensión de la actividad sexual, ya que quienes han recibido esa información son quienes mayormente declaran no haber tenido relaciones sexuales por motivos relacionados con el VIH, con diferencias superiores al 10% al compararlas con quienes no han recibido tal indicación. La indicación “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*” no incorpora diferencias, ya que quienes no han recibido esta información declaran en mayor grado no haber tenido relaciones sexuales por motivos relacionados con el VIH. Así, la seropositividad se convierte, para algunas entrevistadas, en un elemento que implica el cese de la actividad sexual, situación que se ve reforzada desde un discurso médico represivo respecto de la sexualidad en las mujeres viviendo con VIH/SIDA. La utilización de medidas preventivas y el acceso a fármacos permiten que una

mujer seropositiva pueda realizarse en el plano sexual y reproductivo de manera plena, lo que constituye, a nuestro juicio, un legítimo derecho de estas mujeres, muchas de ellas viudas a causa del VIH/SIDA. Nos parece que es necesario modificar el mensaje que se les entrega a estas mujeres por parte del personal de salud, en el entendido de la importancia que tiene el pleno ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

Información sobre sexualidad entregada desde el servicio: En cuanto a las indicaciones sobre sexualidad y reproducción emanadas desde el servicio¹⁷², encontramos que los porcentajes se concentran en la categoría que hemos definido como “*informaciones inadecuadas*”, y que dicen relación con la necesidad que las mujeres informen a sus parejas sexuales que viven con VIH/SIDA y con terminar su ciclo reproductivo. Con bastantes diferencias porcentuales le sigue la información sobre que pueden tener hijos/as seronegativos/as, la cual fue considerada como “*adecuada*” de acuerdo a los criterios establecidos en este estudio. Estos datos son coherentes con los resultados de la construcción del “*índice de informaciones*”, donde los porcentajes se concentran en la categoría de “*informaciones inadecuadas*”, con cerca del 50% de los casos. Por otro lado, las categorías de “*informaciones regulares*” e “*informaciones adecuadas*” obtienen el mismo porcentaje: 25% cada una. Al cruzar este índice con las variables regulares y sociodemográficas, constatamos que quienes declaran en mayor grado haber recibido “*informaciones adecuadas*” sobre sexualidad y reproducción son las mujeres mayores de 40 años, las que poseen mayor nivel educacional, las que pertenecen a los estratos socioeconómicos altos y las mujeres residentes en la zona sur del país. Por otro lado, las mujeres que declaran en mayor medida haber recibido “*informaciones inadecuadas*”, son las que tienen menos de 40 años, las que poseen los grados más bajos de instrucción, las que pertenecen al estrato socioeconómico bajo y quienes habitan en la ciudad de Santiago y en la zona norte. De acuerdo a ello, podríamos hipotetizar que el personal de salud entrega información diferenciada sobre sexualidad y reproducción de acuerdo a ciertas características personales de las consultantes, privilegiándose la entrega de información adecuada a las mujeres de mayor edad, nivel de instrucción y estrato socioeconómico, lo cual muestra la existencia de prejuicios socioculturales en el personal de salud. Por otro lado, resulta interesante destacar que las “*informaciones adecuadas*” se concentran en las mujeres que han terminado –o se encuentran cerca de terminar- su ciclo reproductivo; mientras que las que se encuentran en período fértil, son quienes reciben en mayor grado “*informaciones inadecuadas*”, lo que dificulta la toma de decisiones sexuales y reproductivas de manera autónoma.

Al cruzar algunas de las indicaciones señaladas -como la necesidad de informar la seropositividad y de no tener relaciones sexuales- con la conducta sexual en los últimos seis meses, no encontramos diferencias, ya que el haber recibido la información no introduce cambios en las decisiones y prácticas sexuales de las mujeres. Sin embargo, al correlacionar la entrega de estas informaciones con la percepción de presiones desde el servicio,

¹⁷² Las informaciones consultadas fueron: “*las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas sexuales que viven con VIH/SIDA*” (información inadecuada); “*las mujeres seropositivas no deben embarazarse*” (información inadecuada); “*las mujeres seropositivas pueden tener hijos/as sin VIH*” (información adecuada); “*la sexualidad es algo necesario para la vida de las personas*” (información adecuada); y “*las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales*” (información inadecuada)

encontramos correlaciones para ambos casos. De este modo, los resultados de este estudio muestran que las indicaciones sobre sexualidad emanadas del servicio parecen poco pertinentes, ya que, por una parte, no cumplen el objetivo de influir en la conducta sexual de las mujeres, pero sí incide en la evaluación que las entrevistadas hacen de la calidad de la atención, toda vez que estas indicaciones son percibidas como presiones que el servicio de salud pretende ejercer sobre su vida sexual.

Uso del Preservativo: En cuanto a la utilización del preservativo, más del 80% de las entrevistadas que ha tenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses, lo ha incorporado dentro de éstas y sólo poco más de un 15% no lo ha hecho. El uso del preservativo es más frecuente entre las mujeres de mayor edad, de nivel educacional alto y medio bajo y entre las mujeres de mayores ingresos. Por otro lado, las mujeres que mayormente declaran no usarlo son las más jóvenes, las de nivel educacional bajo y las de menores ingresos. De este modo, creemos que se debe reforzar la entrega de preservativos a los grupos donde se detecta una menor declaración de uso, que, de acuerdo a los resultados de este estudio son las mujeres más jóvenes, ya que, por un lado, son las que declaran menor uso de este mecanismo preventivo y, al mismo tiempo, informan de mayor frecuencia de actividad sexual, mayor número de parejas sexuales y menor grado de abstinencia.

Por otro lado, el uso del preservativo también influye en la manera en que las mujeres evalúan sus relaciones sexuales actuales, ya que quienes señalan que éstas son placenteras declaran en mayor medida haberlo incorporado. Esto probablemente tenga que ver con el sentimiento de tranquilidad que les proporciona a las mujeres la utilización del preservativo, ya que casi la totalidad de las entrevistadas que declaró haberlo usado estuvo de acuerdo con la afirmación *“me gusta usar condón porque me da tranquilidad”*. Así, vemos una relación directa entre uso de preservativos, satisfacción sexual y sentimiento de tranquilidad derivado de su incorporación en la relación sexual. De acuerdo a ello, podríamos pensar que quienes no lo han incorporado son quienes no han podido negociar su utilización, ya que son precisamente éstas las que evidencian menor grado de satisfacción sexual. También encontramos altas correlaciones entre uso de preservativo y situación de pareja, ya que quienes no tienen pareja estable son las que concentran los porcentajes de declaración de uso, superiores al 90%, lo que evidencia un alto grado de conciencia de su autocuidado y del cuidado del otro por parte de las mujeres que mantienen encuentros sexuales ocasionales. La declaración de uso disminuye entre quienes tienen pareja estable y más aún entre quienes cohabitan con ellas. De acuerdo a esto, la negociación del preservativo parecería ser más fácil cuando se trata de encuentros ocasionales que cuando existe un contexto de convivencia con la pareja. Un dato que nos parece interesante reflexionar es que la situación serológica de la pareja no influye en la utilización del preservativo, ya que tanto quienes tienen parejas seropositivas como quienes tienen parejas seronegativas, muestran porcentajes similares de no utilización. Esta situación requiere de un mayor análisis, ya que implica reforzar las líneas de prevención secundaria al interior de las agrupaciones de personas que viven con VIH/SIDA, sobre todo las de mujeres; e involucrar al trabajo preventivo a sus parejas, con el objeto de sensibilizarlos en torno a los beneficios de la incorporación del condón. Esta segunda línea de trabajo es la que parece presentar mayores desafíos, ya que, como veremos a continuación, las mujeres que declaran no usar condón son quienes no lo han hecho porque

su pareja no ha querido hacerlo. Ello también plantea la necesidad de profundizar las estrategias de negociación de sexo seguro para las mujeres viviendo con VIH/SIDA.

Si incorporamos al análisis las razones por las cuales las mujeres no han incorporado el preservativo en sus relaciones sexuales, encontramos una fuerte concentración de puntajes, superiores al 70%, en la categoría “*porque a su pareja no le gusta usarlo*”. Ello confirma la idea planteada con anterioridad de que el uso del preservativo no depende sólo de que las mujeres quieran usarlo, sino que también influye la voluntad que tengan sus parejas. También se debe destacar que existe un pequeño porcentaje de mujeres que declara no usarlo porque quiere embarazarse, lo cual complejiza el tratamiento de la prevención secundaria, ya que en tales casos, la no utilización obedece a un derecho reproductivo al cual las mujeres viviendo con VIH/SIDA no tendrían por qué renunciar. En este contexto, se hace necesario incorporar tecnologías de reproducción asistida en los servicios públicos de salud para que las mujeres viviendo con VIH/SIDA puedan ejercer con plenitud sus Derechos Sexuales y Reproductivos y, al mismo tiempo, cuidar su salud y la de sus compañeros¹⁷³. Desde esta perspectiva, no ofrecer a estas mujeres la posibilidad de contar con estos instrumentos constituye, a nuestro juicio, una vulneración de estos derechos.

Al correlacionar las razones de no uso con las variables sociodemográficas, encontramos que se mantiene la tendencia a declarar que esta situación obedece a que “*su pareja no quiere usarlo*”. Sin embargo, entre las mujeres que tienen entre 30 y 39 años, este motivo se equipara en términos porcentuales a la declaración de no uso “*porque a ella no le gusta usarlo*”. Si bien la declaración de no uso por motivos relacionados con el “*deseo de tener hijos/as*” es bastante baja, ésta se concentra en las mujeres de menor edad y con nivel educacional más bajo, que son las únicas que responden de este modo.

Frecuencia de uso: Casi el 70% de las mujeres ha utilizado condón en “*todas sus relaciones sexuales*”, acentuándose esta práctica en las entrevistadas que tienen entre 30 y 39 años, de nivel educacional medio bajo y de estrato socioeconómico intermedio. Por otro lado, quienes declaran usar el preservativo sólo “*a veces*” son las mujeres más jóvenes, las de niveles educacionales medio alto y bajo y pertenecientes al estrato bajo. La información sobre reinfección incide positivamente en la incorporación del preservativo, ya que, aunque sin grandes diferencias, quienes han recibido tal información declaran mayor uso de métodos preventivos que quienes no la han recibido. Para analizar la coherencia entre actitudes y conducta correlacionamos la frecuencia de uso con las actitudes que las mujeres tienen hacia el condón, encontrando altas correlaciones entre las variables analizadas. Así, quienes tienen una actitud más favorable hacia esta medida preventiva tienden a incorporarlo con mayor frecuencia que quienes tienen una actitud desfavorable¹⁷⁴. Esto queda claramente demostrado en las correlaciones establecidas con la afirmación “*es preferible tener relaciones sexuales sin preservativo que no tenerlas*”, donde, por una parte, la totalidad de las mujeres que señaló haber utilizado el preservativo “*en todas sus*

¹⁷³ Las prácticas sexuales no protegidas son un riesgo para cualquier persona, independientemente de su situación serológica, ya que quienes no lo han adquirido podrían hacerlo y quienes viven con el virus podrían reinfectarse o adquirir otra clase de ITS.

¹⁷⁴ La frecuencia de uso se cruzó con una afirmación positiva respecto de actitud hacia el condón y con una negativa, encontrándose que para ambos casos existe coherencia entre actitud y conducta.

relaciones sexuales”, estuvo en desacuerdo con la afirmación, mientras que la totalidad de quienes estuvieron de acuerdo con esa frase, declaró utilizar el preservativo sólo “*a veces*”.

Actitudes hacia el condón: En las mujeres estudiadas, no se detecta una disposición favorable hacia el condón, en la medida que no lo asocian ni al romanticismo ni al erotismo, aún cuando tampoco a la desconfianza hacia la pareja. Sin embargo, a pesar de ello, las mujeres tienen conciencia de la necesidad de usarlo, ya que más del 70% estuvo de acuerdo con la afirmación “*no me gusta usar condones pero tengo que hacerlo*” y casi el mismo porcentaje estuvo de acuerdo con que su uso “*les proporciona tranquilidad*”. De este modo, en la percepción de las mujeres, la incorporación del condón se encuentra directamente relacionado a su condición serológica, no evidenciándose otro tipo de consideraciones favorables hacia su utilización. Esto se refleja al construir un “*índice de actitudes hacia el condón*”, donde sólo el 25% de las mujeres se ubica en una “*actitud favorable*”. Al considerar la edad de las mujeres, los grupos más jóvenes concentran los porcentajes en la actitud intermedia y las mayores de 40 años en la actitud desfavorable. Por otro lado, las mujeres de los niveles educacionales altos son las que presentan actitudes más favorables hacia el condón, mientras que las del bajo se concentran en las actitudes desfavorables. La evaluación de las relaciones sexuales no permite establecer diferencias en las actitudes hacia el condón, ya que tanto quienes presentan actitudes favorables como quienes manifiestan actitudes desfavorables, aumentan de acuerdo a la mejor evaluación que las mujeres hacen de sus relaciones sexuales.

También establecimos una distinción entre las percepciones subjetivas hacia el condón y sus asociaciones simbólicas, de lo que es su utilización efectiva, de naturaleza conductual, encontrando cierta coherencia entre ambas variables. Para ello comparamos las respuestas dadas a una afirmación sobre actitudes hacia el condón con las registradas en el ítem de actitudes hacia su utilización efectiva. Es así como se observa una cierta coherencia entre actitudes y conductas, ya que el porcentaje de mujeres que declara estar de acuerdo con la afirmación “*no me gusta usar condón, pero tengo que hacerlo*” es similar al de quienes están de acuerdo con la frase “*es preferible no tener relaciones sexuales que tenerlas sin condón*”. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que declara estar en desacuerdo con la afirmación “*no me gusta usar condón, pero tengo que hacerlo*” es similar a quienes están de acuerdo con la frase “*es preferible tener relaciones sexuales sin condón que no tenerlas*”.

A pesar de la coherencia encontrada entre estas frases específicas, al comparar el “*índice de actitud hacia el condón*” con el índice construido a partir de las afirmaciones sobre “*actitudes hacia su utilización efectiva*”, se observan diferencias entre ambos, ya que en este último caso, los porcentajes se concentran en una “*actitud favorable*” hacia su utilización efectiva, mientras que en el primero lo hacían en la “*actitud intermedia*”. De este modo, vemos que, a pesar de que las mujeres no les gusta usar preservativos, ya que no se concentran en una “*actitud favorable*”, tienden a incorporarlo en sus relaciones sexuales, al concentrarse en la “*actitud favorable hacia su utilización*”. Esto se corrobora al correlacionar ambos índices, ya que los porcentajes se concentran entre quienes tienen una actitud intermedia hacia el condón y una actitud favorable hacia su utilización efectiva.

Quienes presentan mayores dificultades para incorporar el condón en sus relaciones sexuales, obteniendo los puntajes más bajos en el índice, son las entrevistadas que presentan mayor grado de vulnerabilidad y menor empoderamiento: las más jóvenes, de menor nivel educacional y que viven situaciones de maltrato en su relación de pareja actual. Ello concuerda con los datos entregados por otros estudios, según los cuales las mujeres que viven situaciones de violencia en su relación de pareja informan menor uso de métodos anticonceptivos y mayor resistencia por parte del hombre a utilizar él un método preventivo¹⁷⁵. Esta situación cambia completamente al considerar a quienes presentan características opuestas a las de este grupo, ya que la utilización efectiva del condón va aumentando progresivamente de acuerdo a la edad de las entrevistadas; se concentra en las de nivel educacional alto, llegando al 100% de los casos, así como también entre quienes no viven situaciones de violencia intrafamiliar en su relación de pareja actual. Al considerar la evaluación que las mujeres hacen de sus relaciones sexuales, vemos que quienes tienen actitudes favorables hacia la utilización del preservativo son las mujeres que evalúan sus relaciones sexuales actuales como placenteras. Por otro lado, quienes estiman que sus relaciones sexuales son “*a veces placenteras y a veces no placenteras*” concentran los porcentajes en la actitud desfavorable.

Preservativo femenino: En cuanto al preservativo femenino, vemos que menos de la mitad de las entrevistadas declara conocerlo, concentrándose los porcentajes entre las mujeres de 40 a 49 años, de niveles educacionales intermedios y altos y que pertenecen a agrupaciones. Por otro lado, quienes expresan mayor desconocimiento de esta medida son los grupos extremos de edad, los niveles educacionales bajos y las mujeres que no participan de agrupaciones. En este sentido, la participación en organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA parece ser un elemento potenciador del acceso a la información sobre temas relevantes para este grupo de personas. Al considerar sólo a quienes tienen conocimiento de este método preventivo, constatamos que tres cuartas partes de ellas estarían dispuesta a usarlo. Resulta interesante destacar que el principal motivo que señalan las mujeres para preferir el preservativo femenino es evitar la negociación de la versión masculina, confirmándose la idea de que la utilización de medidas preventivas, en la mayor parte de los casos, es una decisión principalmente masculina. Las mujeres que presentan una mayor disposición a usarlo son las más jóvenes y las de entre 40 y 49 años; las de niveles educacionales altos y las que han usado preservativo masculino en los últimos 6 meses. El principal motivo esgrimido para no estar dispuesta a usarlo es la incomodidad que podría producirles, afectando principalmente a las mujeres de mayor edad, de los niveles educacionales más bajos y que no han utilizado preservativo en los últimos 6 meses. Esto evidencia que la negociación del uso del preservativo masculino es un elemento que resulta necesario trabajar con mayor profundidad, ya que, como vimos, las mujeres usarían el preservativo femenino, fundamentalmente, para evitar negociar el masculino. Además, esta disposición es mayor entre quienes han usado más frecuentemente la versión masculina, lo que nos lleva a pensar que para quienes han logrado incorporarlo en sus relaciones sexuales, no ha sido mediante un proceso exento de dificultades. Esto reafirma la idea anteriormente planteada de que se debe reforzar la entrega de herramientas y técnicas de negociación sexual a este grupo de mujeres y de que es necesario que éstas puedan acceder al preservativo femenino en los servicios de salud en los cuales se atienden.

¹⁷⁵ SERNAM; CAPP, 2002.

Reproducción: Más del 90% de las entrevistadas ha estado embarazada, concentrándose en la categoría “*muchos embarazos*”, con casi el 70% de los casos¹⁷⁶. A medida que aumenta la edad se observa un aumento en el número de embarazos. En cuanto al nivel educacional, el mayor número de embarazos se polariza en los niveles altos y bajos, llegando a 7 y 9 embarazos en el nivel educacional más bajo. Al considerar la variable hijos nacidos vivos, se observa una mayor concentración de casos entre las mujeres de mayor edad y en los grupos intermedios de nivel de instrucción.

Casi la mitad de las entrevistadas declara haber vivido una situación de aborto o pérdida¹⁷⁷, concentrándose entre las mujeres de entre 30 y 39 años y las de nivel educacional más alto. Por otro lado, quienes en menor grado declaran haber experimentado esta situación son las mujeres de menor edad y de nivel educacional más bajo. Casi el 60% declara que el motivo del aborto o pérdida fue “*aborto espontáneo*” y cerca del 30% indica que fue por “*interrupción voluntaria del embarazo*”. Al incorporar en el análisis las variables edad, nivel educacional y estrato socioeconómico de las entrevistadas, vemos que en todos los tramos establecidos las razones aducidas se concentran en la categoría de “*aborto espontáneo*”, mientras que las “*interrupciones voluntarias de embarazo*” se producen más frecuentemente entre las mujeres de entre 40 y 49 años, de mayor nivel educacional y de estrato socioeconómico superior. Las principales razones esgrimidas para interrumpir voluntariamente el embarazo son las “*razones familiares*”. Sin embargo, también se detectó casi un 10% de mujeres que señala haber interrumpido su embarazo “*por motivos relacionados con el VIH*”. Al considerar la religión, vemos que los porcentajes se concentran en las mujeres católicas, con casi la mitad de los casos.

Métodos de prevención antes de la notificación: Casi el 70% de las entrevistadas declara haber usado medidas de prevención del embarazo antes de ser notificadas por VIH. Esto representa un porcentaje mayor que el que muestran las cifras a nivel nacional, donde un 47% de las personas encuestadas declaró usar algún método de prevención del embarazo¹⁷⁸. Esta situación es más frecuente en las mujeres entre 40 y 49 años, de nivel educacional alto y de mayor estrato socioeconómico. Quienes informan en mayor medida no haberlas utilizado son las mujeres más jóvenes, con un 50% de los casos, las de nivel educacional bajo y las entrevistadas pertenecientes a los estratos intermedios. En cuanto al tipo de método de prevención utilizado, los porcentajes se concentran en el “*dispositivo intrauterino*” y la “*píldora anticonceptiva*”, ambos con más del 50% de los casos, lo cual es concordante con las cifras nacionales¹⁷⁹. Sólo un 16% declara haber usado “*preservativo*”, lo cual indica una baja percepción de riesgo a la adquisición del VIH/SIDA en la población estudiada. Al incorporar al análisis la edad de las mujeres, vemos que se mantiene la tendencia anteriormente descrita de usar más frecuentemente el dispositivo y los anticonceptivos orales. Sin embargo, parece interesante destacar que la utilización del preservativo disminuye progresivamente según aumenta la edad de las entrevistadas, lo cual nos habla de un cierto cambio conductual entre los grupos más jóvenes, quienes obtienen el porcentaje más alto de uso de esta medida, con casi un 40%. En cuanto al nivel educacional

¹⁷⁶ Corresponde a la categoría de al menos tres hijos/as

¹⁷⁷ Un 40% de ellas informa haber tenido esa experiencia en más de una oportunidad.

¹⁷⁸ MINSAL; INE, 2000.

¹⁷⁹ MINSAL; INE, 2000.

y al estrato socioeconómico de las entrevistadas, vemos que tanto las mujeres de nivel educacional y estrato socioeconómico más bajo concentran los porcentajes en la declaración de uso de dispositivo intrauterino, mientras que las mujeres de mayor nivel educacional y de estratos socioeconómicos superiores lo hacen en las pastillas anticonceptivas, lo cual concuerda plenamente con los datos entregados por la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud¹⁸⁰. Sin embargo, es interesante destacar que tanto las mujeres del nivel educacional más alto como del estrato socioeconómico más acomodado son las que concentran los porcentajes en la declaración de uso de preservativo. La Segunda Encuesta Nacional de la Juventud también muestra diferencias por estrato en la utilización de métodos preventivos, en el mismo sentido de los resultados obtenidos en este estudio¹⁸¹. De este modo, vemos que las mujeres que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad social se encontraban en situación de mayor riesgo en términos de una posible adquisición del VIH/SIDA.

Métodos de prevención después de la notificación: Así como en el caso anterior, casi el 70% de las entrevistadas declara haber usado medidas de prevención del embarazo -en esta ocasión- después de ser notificadas por VIH. Por lo cual existiría un importante porcentaje de mujeres que no utiliza medidas preventivas, a pesar de conocer su estado serológico. Las mujeres que declaran usar con mayor frecuencia estas medidas son las entrevistadas más jóvenes y de niveles educacionales intermedios, lo cual reafirma la idea planteada con anterioridad de un cierto cambio cultural entre las nuevas generaciones. Es interesante señalar que los niveles educacionales extremos son los que declaran menor utilización de métodos preventivos. Al detectarse un porcentaje cercano al 30% de mujeres que declaró no utilizar medidas preventivas después de la notificación, cruzamos estos datos con actividad sexual durante los últimos seis meses, encontrando que, quienes informaron no haberlas usado, eran fundamentalmente quienes no han tenido relaciones sexuales durante dicho período. No obstante, se mantiene un porcentaje importante de mujeres que señala haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses sin haber incorporado medidas de prevención. También se debe destacar que los porcentajes de declaración de uso de medidas preventivas es mayor entre quienes han tenido sexo ocasionalmente que entre las que lo han tenido frecuentemente durante los últimos seis meses. Esto se podría relacionar con los datos expuestos con anterioridad sobre la mayor utilización de medidas preventivas en encuentros ocasionales y la disminución de su uso entre quienes conviven con sus parejas.

Casi el 80% de las entrevistadas que ha tenido relaciones sexuales durante los últimos seis meses declara haber usado el preservativo como método de prevención, lo cual marca un cambio radical de conducta en relación al período anterior a la notificación, donde el porcentaje no superaba el 20%. Aún cuando esta tendencia se mantiene en todos los grupos, vemos que las mujeres mayores de 50 años concentran los porcentajes de uso del preservativo; mientras que las que tienen entre 40 y 49 años obtienen el porcentaje más bajo de uso de esta medida, con una tendencia a la utilización del dispositivo intrauterino. En cuanto al nivel educacional, las mujeres de menor grado de instrucción obtienen el

¹⁸⁰ MINSAL; INE, 2000.

¹⁸¹ De acuerdo al estudio realizado por el INJUV, todas las personas de estrato alto consultadas utilizaba algún método preventivos, mientras que un 36% de quienes tienen bajos ingresos no utiliza ninguno (INJUV, 1997)

menor porcentaje de uso de preservativo, mientras que las de nivel educacional superior son las que obtienen el puntaje más alto de uso de esta medida preventiva. En cuanto a los otros métodos de prevención del embarazo, cabe señalar que se produce una inversión en la tendencia en comparación con el período anterior a la notificación, ya que entre las mujeres de niveles educacionales más bajos pasa a ser más frecuente el uso de píldoras anticonceptivas, mientras que entre las entrevistadas de los niveles más altos, pasa a ser el dispositivo intrauterino.

En términos absolutos, los resultados muestran que se mantiene sin variación el porcentaje de declaración de uso de métodos de prevención del embarazo tanto antes como después de la notificación. Sin embargo, encontramos que no se trata de las mismas mujeres, ya que el porcentaje de entrevistadas que incorporaron medidas preventivas después de la notificación y el porcentaje de mujeres que dejaron de usarlas después de ese momento, es exactamente el mismo. Al correlacionar estas variables con la edad y el nivel educacional de las entrevistadas, vemos que las más jóvenes y las de nivel educacional intermedio son quienes han incorporado medidas de prevención; mientras que las mujeres de mayor edad y de nivel educacional más alto las que han dejado de usarlas. Esto se debería a que las mujeres de mayor edad y mayor nivel educacional son las que señalan en mayor grado no haber tenido actividad sexual en los últimos seis meses. Las mujeres de nivel educacional bajo son las únicas que se mantienen con los mismos porcentajes de uso de medidas preventivas tanto antes como después de la notificación.

Entre las mujeres que declararon no usar métodos de prevención del embarazo, los principales motivos esgrimidos son el no tener vida sexual activa y estar esterilizadas o haber terminado su ciclo reproductivo. También detectamos más de un 5% de mujeres que no las utiliza por querer embarazarse, y que corresponde al grupo de mujeres más jóvenes. (menores de 39 años). En cuanto al nivel educacional, el tramo medio bajo concentra los porcentajes de no uso de medidas preventivas por motivos relacionados con el término de la actividad sexual. Los niveles educacionales extremos concentran los porcentajes en la categoría de no usar medidas preventivas por no necesitarlo, que incluye el haber sido esterilizadas o haber terminado su ciclo reproductivo.

Esterilizaciones: Más del 30% de las entrevistadas señala haberse sometido a intervenciones de esterilización tendientes a terminar con su ciclo reproductivo de manera anticipada. Estas mujeres presentan las siguientes características: son las más jóvenes, de nivel educacional bajo, notificadas antes del año 2000 y residentes tanto en Santiago como en la zona norte. En relación al momento de la esterilización, casi el 80% de quienes se han sometido a estas intervenciones lo hicieron después de su notificación por VIH; concentrándose los porcentajes en las mujeres más jóvenes (menores de 35 años), de nivel educacional medio y notificadas antes del año 2000. De acuerdo a estos antecedentes, se observa una disminución en la práctica de esterilizaciones a las mujeres viviendo con VIH/SIDA a partir del año 2000, lo cual se podría relacionar con el mayor conocimiento del Protocolo ACTG 076 dentro del personal de salud. Aún cuando cerca del 40% de las entrevistadas se esterilizó porque no quería tener más hijos/as, casi un tercio de ellas declara haberlo hecho por presiones ejercidas desde el servicio. También detectamos un 10% de esterilizaciones que se llevaron a cabo sin el consentimiento de la paciente. Así, los resultados muestran que existe el mismo porcentaje de mujeres que declara haberse

esterilizado por razones voluntarias como de entrevistadas que señala no haber podido tomar esa decisión de manera autónoma. Las mujeres de mayor edad son quienes declaran en mayor medida haberse esterilizado voluntariamente, mientras que las más jóvenes son las que informan no haber podido tomar esta decisión de manera autónoma, ya sea por haber sido presionada desde el servicio o por haber sido esterilizada sin su consentimiento. Al incorporar la variable nivel educacional, vemos que las mujeres con grados de instrucción bajos y medios son las únicas que informan haberse esterilizado bajo presiones del servicio; y que las de nivel educacional bajo concentran los mayores porcentajes de esterilizaciones sin su consentimiento. Esto reafirma la idea planteada con anterioridad sobre el trato diferenciado que reciben las mujeres en los servicios de salud y que dicen relación con sus características personales, sociales y culturales. En relación al año de notificación, encontramos que las mujeres declaran haberse esterilizado por presiones desde el servicio con mayor frecuencia antes del 2000, disminuyendo este motivo entre las notificadas con posterioridad a ese año. Las esterilizaciones sin consentimiento de las mujeres viviendo con VIH/SIDA se mantiene constante al comparar ambos períodos. Aún cuando, en términos porcentuales, detectamos una mayor concentración de estas prácticas después del 2000, ello se debe a la existencia de un menor número de mujeres de la muestra que fueron notificadas después de ese período¹⁸². Sin embargo, nos parece preocupante que, a pesar del mayor conocimiento y difusión de los recursos existentes para evitar la transmisión vertical y la mayor difusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, se mantenga este tipo de prácticas al interior de los servicios de salud.

Hijos/as: Más de un cuarto de la población estudiada ha tenido hijos/as después de la notificación, concentrándose entre las entrevistadas de los grupos más jóvenes (menores de 40), de nivel educacional bajo y notificadas antes del año 2000. Por otro lado, casi la mitad de las entrevistadas expresa deseo de tener hijos/as en un futuro cercano. El principal motivo aducido por las mujeres para no querer tener más hijos/as, se vincula con su condición serológica, con más del 40% de los casos. Ello nos parece contradictorio con los avances científicos que se han experimentado con la incorporación del Protocolo ACTG 076, que disminuye drásticamente la posibilidad de que las mujeres seropositivas tengan hijos/as con VIH. Por tanto, nos parece que los beneficios de este Protocolo deberían ser más difundidos entre las mujeres viviendo con VIH/SIDA, ya que en términos objetivos su condición serológica no representa un motivo para terminar su ciclo reproductivo. Las mujeres que desean tener hijos/as son fundamentalmente las entrevistadas menores de 40 años, de niveles educacionales medio alto y bajo y quienes tienen pareja estable. Esta última variable es la que tiene mayor correlación con la expresión de deseo de tener más hijos/as, lo que podemos interpretar en términos de la intención de estas mujeres de rehacer sus vidas y formar una nueva familia con su pareja actual. La información entregada desde el servicio sobre la posibilidad de tener hijos/as sin VIH no incide en el deseo de tenerlos, ya que tanto quienes han recibido esta información como quienes no lo han hecho, muestran porcentajes similares de deseo de tener y de no tener hijos/as. No obstante, debemos recordar que a casi un 70% de las mujeres se les ha dicho que no deben

¹⁸² Esto es el factor que explica el aumento porcentual, ya que en términos de frecuencia, ésta se mantiene constante.

embarazarse y que sólo a la mitad de ellas se les ha informado que pueden tener hijos/as seronegativos/as¹⁸³.

Violencia: Casi un 80% de las entrevistadas declara haber vivido alguna situación de maltrato en el transcurso de su vida, lo cual marca diferencias sustantivas con estudios realizados en población general, donde más de la mitad de las mujeres respondió del mismo modo que las mujeres con que se trabajó en este estudio¹⁸⁴. Aún cuando los mayores porcentajes se concentran en maltrato psicológico y físico, nos llama la atención el alto porcentaje de mujeres que declara haber sido objeto de abusos sexuales y de violaciones, cercano al 40%. Esta situación de violencia es permanente en la vida de estas mujeres, ya que al consultar por el período en que experimentó situaciones de violencia y por el responsable de ella, vemos que el primer maltratador es el padre y luego pasa a ser la pareja, por lo que la violencia se inscribe como algo casi cotidiano en la vida de muchas de las mujeres consultadas. Quienes declaran en mayor grado haber vivido situaciones de este tipo son las mujeres más jóvenes, las que tienen entre 40 y 49 años y las pertenecientes al nivel educacional y estrato socioeconómico bajo. Para analizar los tipos de maltrato procederemos a hacer un perfil de las entrevistadas que declaran haber vivido estas situaciones según las variables regulares consideradas en este estudio. Así, con respecto al primer punto, vemos que, al analizar los distintos tipos de maltrato, el *psicológico* lo han experimentado principalmente las mayores de 50 años, de nivel educacional alto y estrato socioeconómico alto y bajo; el *maltrato físico* lo declaran con mayor frecuencia las entrevistadas más jóvenes y de nivel educacional y estrato socioeconómico bajo; *el abuso sexual*, por su parte, tiende a ser más frecuente entre las menores de 40 años, de nivel educacional y estrato socioeconómico alto. Finalmente, las *violaciones* son mayormente declaradas por las menores de 40 años, especialmente entre 30 y 39, de nivel educacional bajo y estrato socioeconómico medio alto. De este modo, así como demuestran otros estudios, a pesar de que la violencia se da con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos, las cifras muestran que se da en todos los niveles educacionales y en todos los estratos socioeconómicos¹⁸⁵.

Una consecuencia de haber experimentado situaciones de violencia tiene que ver con la forma en que las mujeres evalúan su vida sexual, ya que, en términos generales, quienes las han vivido evalúan de peor manera sus relaciones sexuales antes de la notificación y son las únicas que las calificaron como no placenteras. A diferencia de esta situación, cuando consultamos sobre situaciones de violencia en la relación de pareja actual, vemos que los porcentajes no llegan al 20% y son, en su mayoría, sólo en términos psicológicos. Considerando que existe un alto porcentaje de viudas y de mujeres que declara haber tenido una pareja que ha muerto a causa del VIH/SIDA suponemos que se trata de nuevas relaciones que las mujeres han establecido, donde no experimentan las situaciones de violencia que les había tocado vivir con sus parejas anteriores. El bajo porcentaje de situaciones de violencia en la pareja actual se concentra en las mujeres de los niveles educacionales más bajos y de estrato socioeconómico bajo. Por otra parte, las situaciones

¹⁸³ Este punto fue tratado en el aparatado de sexualidad (información sobre sexualidad entregada desde el servicio)

¹⁸⁴ SERNAM; CAPP, 2001.

¹⁸⁵ SERNAM; CAPP, 2002.

de violencia intrafamiliar influyen negativamente en la evaluación que hacen las mujeres de sus relaciones sexuales actuales, así como también en la posibilidad de negociar la incorporación del uso del condón en sus relaciones sexuales.

XII. BIBIOGRAFIA

Alcalá, María José: “*Definición de Conceptos y Derechos*”. En: Family Care International: Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de Todos Nueva York, 1995: 16-17

Anderson, Karen: “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.

Arce, Constantino; Real, Eulogio: “Introducción al Análisis Estadístico con SPSS”, Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU), Barcelona, 2001.

Ardila, Rubén: “*Psicología Social de la Pobreza*”. En Whittaker, James: La Psicología Social en el Mundo de Hoy. Trillas. México. 1980.

Campbell y Katona: *La Encuesta por Muestreo. Una Técnica para la Investigación en Ciencias Sociales*. En Festinger y Katz (comps.): Los Métodos de Investigación en Ciencias Sociales, Paidós, Barcelona, 1992: 31-66.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): HIV/AIDS: Surveillance Report, 12 (1), Retrieved, may, 2000.

CONASIDA: Perfil del VIH/SIDA en Cifras. Chile: 1984-1994, Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud, Santiago, 1995.

CONASIDA: Notasida N° 3: Mujer y SIDA en Chile, Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud, Santiago, Julio, 1998.

CONASIDA: Boletín Epidemiológico Semestral 13, Santiago, diciembre 2000

CONASIDA: Boletín Epidemiológico Semestral 14, Santiago, diciembre 2001

CONASIDA, 1999

CONASIDA: Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, Ministerio de Salud, Santiago, 2000.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994,

Conferencia Mundial de Desarrollo Social de Copenhague de 1995

Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995

Donoso, Carla; Vírveda, Cristina: Diagnóstico Socioeconómico de la Mujer Viviendo con VIH/SIDA en la Región Metropolitana, VIVO POSITIVO, Santiago, 2002.

Gabarra, Mabel: “*Derechos Sexuales y Reproductivos*” Ponencia presentada en el Seminario “Género y Salud”, Universidad de Rosario, Argentina, 1998 (www.unr.edu.ar)

García, P.: *HIV and Obstetrical Concerns*. En: García & Sha (eds.): HIVAIDS: Treatment Updates – Women and HIH: The Continue Challenge, Retrieved, april, 2000.

Grmek, M.: Historia del SIDA Siglo XXI Editores, Madrid, 1992.

Instituto Nacional de Estadísticas “Estadísticas de Ocupación y Desocupación Trimestre Marzo – Mayo, 2003” Santiago, 2003a (www.ine.cl/03-empleo/i-comenta.htm)

Instituto Nacional de Estadísticas, Censo de Población 2002, Santiago, 2003b (www.ine.cl).

Instituto Nacional de Estadísticas “Estadísticas de Ocupación y Desocupación” www.ine.cl La Época 5 de enero de 1998

Instituto Nacional de la Juventud (INJUV): Segunda Encuesta Nacional de Juventud, Santiago, 1997.

Lubertino, María José: Los Derechos Reproductivos en la Argentina, Instituto Social y Político de la Mujer, Argentina, 1996 (www.ispm.org.ar)

Méndez, Roberto: Ponencia presentada en el VIII Congreso Chileno de Marketing, ICARE, Santiago, junio, 1999.

MIDEPLAN: Análisis de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2000) Doc. N° 11 “*Situación de la mujer en Chile, 2000*”, Santiago.

MINSAL; Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2000, MINSAL, INE, Santiago, 2000 (<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/cdevid/folleto-cdv.pdf>)

Nogueira, Ana Cristina: “*Sexualidad y VIH/SIDA*”. En: Vidal, Francisco y Donoso, Carla (Eds.): Cuerpo y Sexualidad, FLACSO, Universidad ARCIS; VIVO POSITIVO, 2002.

Orellana, Gladys: “*Mujer, Sexualidad y VIH/SIDA*” En Vidal, Francisco y Donoso, Carla (Eds.) Cuerpo y Sexualidad, Serie Estudios de Género, FLACSO, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, Santiago, 2002

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.

Sgombich, X.; Bahamondes, L.: “*Evaluación Sociocomportamental de la Iniciativa de Acceso a Fármacos ONUSIDA CONASIDA*” Ponencia Presentada en el II Foro de América Latina y El Caribe en VIH/SIDA/ITS, La Habana, 2003.

Ferrer, Marcela: “*Detección y Análisis de la Violencia Intrafamiliar*”, SERNAM, CAPP, En: Informativo CAPP, julio, 2001 (www.capp.uchile.cl)

Sharim, D.; Rodó, A.; Silva, U.; Rivera, D.: Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad Colección Estudios Sociales, SUR, Santiago, 1996.

UNAIDS: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002

Valdés, Teresa: “*Derechos Sexuales y Reproductivos: Concepto y Condicionantes de su Ejercicio*”. En Vidal, Francisco y Donoso, Carla (Eds.) Cuerpo y Sexualidad, Serie Estudios de Género, FLACSO, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, Santiago, 2002

Vega, Ana María: Los Derechos Reproductivos y sus Interpretaciones: Una Causa que se promueve en la ONU, Vida Humana Internacional, 1998 (www.vidahumana.org)

Vidal, Zorrilla, Donoso, Hevia y Pascal: Situaciones de Discriminación que afectan a Personas Viviendo con VIH/SIDA en Chile, VIVO POSITIVO, Centro de Investigación en Bioética y Salud Pública (CIBISAP), Santiago, 2002.

Villela, W.: “La Vulnerabilidad de las Mujeres respecto del VIH/SIDA” 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: 12.

ANEXO 1
LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Información a Diciembre de 2001, proporcionada por Edith Ortiz, Encargada del Área de Estudios de CONASIDA

TABLA 1

Casos de SIDA e Infección por VIH Notificados en Mujeres según Región Chile, 1985 – 2001 (total acumulado)

Región	VIH+	SIDA	Total	Vivas	%
I	33	12	45	41	3,75457875
II	34	16	50	38	3,47985348
III	11	5	16	12	1,0989011
IV	26	11	37	30	2,74725275
V	163	75	238	185	16,9413919
VI	18	6	24	21	1,92307692
VII	32	22	54	36	3,2967033
VIII	34	37	71	48	4,3956044
IX	23	14	37	28	2,56410256
X	28	14	42	31	2,83882784
XI	3	1	4	4	0,36630037
XII	4	1	5	4	0,36630037
R.M.	504	293	797	614	56,2271062
Total	913	507	1420	1092	

TABLA 2

Casos de SIDA Notificados en Mujeres según Región Chile, 1985 – 2001

Región	Vivas	Fallecidas	Total
I	8	4	12
II	4	12	16
III	1	4	5
IV	4	7	11
V	22	53	75
VI	3	3	6
VII	4	18	22
VIII	14	23	37
IX	5	9	14
X	3	11	14
XI	1	0	1
XII	0	1	1
R.M.	110	183	293
Total	179	328	507

TABLA 3

**Casos de SIDA e Infección por VIH Notificados en Mujeres según Edad
Chile, 1985 – 2001 (total acumulado)**

Edad	VIH+	SIDA	Total	%
0-4	28	26	54	3,8028169
5-9	4	3	7	0,49295775
10-14	5	1	6	0,42253521
15-19	65	13	78	5,49295775
20-24	180	60	240	16,9014085
25-29	191	100	291	20,4929577
30-34	168	71	239	16,8309859
35-39	117	67	184	12,9577465
40-44	57	57	114	8,02816901
45-49	39	39	78	5,49295775
50-54	30	26	56	3,94366197
55-59	19	19	38	2,67605634
60-64	2	11	13	0,91549296
65 y más	8	14	22	1,54929577
Total	913	507	1420	

TABLA 4

**Casos de SIDA e Infección por VIH Notificados en Mujeres según Categoría de
Exposición
Chile, 1985 – 2001 (total acumulado)**

Categoría	Número	Porcentaje
Heterosexual	1257	88,5
Drogas Inyectables	55	3,9
Transfusional	15	1,1
Vertical	60	4,2
No declarada	33	2,3
Total	1420	100,0

TABLA 5

**Casos de SIDA e Infección por VIH Notificados en Mujeres según Nivel Educativo
Chile, 1985 – 2001 (total acumulado)**

Escolaridad	Número	Porcentaje
Básica	538	37,9
Media	571	40,2
Superior	133	9,4
Ninguna	79	5,6
No declarada	99	7,0
Total	1420	100,0

TABLA 6

**Casos de SIDA e Infección por VIH Notificados en Mujeres según Ocupación
Chile, 1985 – 2001 (total acumulado)**

Ocupación	Número	Porcentaje
Profesional	66	4,6
Oficinista	149	10,5
Operaria	405	28,5
Dueña de casa	582	41,0
Estudiante	44	3,1
Menor de edad	56	3,9
No declarado	118	8,3
Total	1420	100,0

ANEXO 2:**ENCUESTA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
PARA MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA**

Agrupación: _____
Hospital: _____
Ciudad: _____
Fecha: _____
Hora de inicio: _____
Hora de término: _____

Instrucción: Vamos a partir preguntándole sobre la atención que recibe en el servicio de salud donde usted se atiende. En particular, nos interesará conocer datos sobre las atenciones que ha solicitado en el servicio, si las ha recibido y cómo la han tratado.

En primer lugar, nos gustaría saber si usted

1) ¿Encuentra que se le hace difícil asistir regularmente a sus controles en el servicio de salud donde se atiende?

- a) Si (pase a la 2)
- b) No (pase a la 3)

2) ¿Algunas de las siguientes dificultades para acceder a los servicios de salud corresponden a su situación personal? Marque todas las que correspondan

Mostrar Tarjeta 1

a)	El servicio le queda muy lejos y se demora mucho en llegar	Sí	No
b)	Llegar al servicio le sale muy caro porque tiene que gastar mucho en locomoción	Sí	No
c)	Le cuesta ir al servicio porque no tiene con quién dejar a sus hijos/as	Sí	No

3) ¿Cómo diría usted que es la calidad de la atención de salud que se le brinda en el servicio donde se atiende?

- a) Buena — ¿Por qué? _____
- _____
- b) Regular — ¿Por qué? _____
- _____
- c) Mala — ¿Por qué? _____
- _____

4) En la relación que mantiene con el médico que la atiende en el Programa de VIH, usted siente:

Mostrar Tarjeta 2

a)	Que puede hacerle preguntas y consultarle sus dudas	Sí	No
b)	Que la atiende a la rápida	Sí	No
c)	Que le habla en un lenguaje muy enredado	Sí	No
d)	Que la considera como persona y se preocupa por usted	Sí	No
e)	Que la trata mal y/o la reta	Sí	No
f)	Que trata de darle una buena atención	Sí	No

5) Cuando fue notificada, ¿como diría usted que fue la actitud de la persona que le entregó el resultado del examen?

- a) Acogedora y/o comprensiva
- b) Indiferente
- c) Dura y/o enjuiciadora

6) Durante los últimos dos años, ¿se ha practicado alguno de los siguientes exámenes?

Marque todos los que se haya realizado:

Mostrar Tarjeta 3

a)	Papanicolaou	Sí	No
b)	Mamografía	Sí	No
c)	Examen de mamas a través de tacto	Sí	No
d)	Examen ginecológico de rutina	Sí	No
e)	Otros Especificar _____		

7) ¿Ha sido esterilizada?

- a) Sí (pase a la 8)
- b) No (pase a la 10)

8) ¿Cuándo fue esterilizada?

- a) Antes de su notificación por VIH+
- b) Después de su notificación por VIH+

9) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones expresa mejor el motivo de su esterilización?

Marque la alternativa que mejor la represente:

Mostrar Tarjeta 4

- a) Usted solicitó esterilizarse porque no quería tener más hijos/as
- b) En el servicio de salud la presionaron para esterilizarse
- c) Su familia y/o pareja la presionó para esterilizarse
- d) Fue esterilizada sin su consentimiento
- e) Otra. Especificar _____

10) Desde que fue notificada, ¿ha solicitado algunas de las siguientes prestaciones de salud?

Mostrar Tarjeta 5

a)	Atención ginecológica	Sí	No
b)	Tratamiento de la Infertilidad	Sí	No
c)	Tratamiento de la menopausia y el climaterio	Sí	No
d)	Atención psicológica por problemas sexuales	Sí	No
e)	Tratamiento de la depresión	Sí	No
f)	Esterilización	Sí	No
g)	Atención de aborto	Sí	No
		Si hay algún "Sí" pase a la 11	Si son todos "No" pase a 14

11) ¿Se le ha negado el acceso a alguna de estas prestaciones?

- a) Sí ¿ A cuál/es? (marcar con alternativas si corresponde) _____ (pase a la 12)
- b) No (pase a la 14)

12) ¿Por qué cree que le negaron la(s) atención(es)? Señale la razón principal.

13) ¿Qué hizo cuando le negaron la atención (es)?

Esperar respuesta. No mostrar alternativas.

- a) Reclamó
- b) No reclamó

Instrucción: A continuación le vamos a pedir que nos cuente sobre las distintas informaciones que se le han entregado en el servicio de salud donde usted se atiende. Aquí nos interesa sólo lo que le han dicho los integrantes del equipo de salud, no las personas de la agrupación.

14) En el servicio de salud donde usted se atiende le han dicho....

Mostrar Tarjeta 6

a	Que las mujeres seropositivas no pueden tener relaciones sexuales	Sí	No
b	Que las mujeres seropositivas no deben embarazarse	Sí	No
c	Que las mujeres seropositivas pueden tener hijos/as sin VIH	Sí	No
d	Que las mujeres seropositivas tienen la obligación de informar a sus parejas sexuales que viven con VIH	Sí	No
e	Que la sexualidad es algo necesario para la vida de todas las personas	Sí	No

15) En el servicio de salud donde usted se atiende, le han entregado información sobre:

Mostrar Tarjeta 7

a)	Reinfección por VIH	Sí	No
b)	Prevención del embarazo	Sí	No
c)	Adherencia a tratamientos antirretrovirales	Sí	No
d)	Prevención de la transmisión vertical	Sí	No
e)	Importancia de exámenes monitoreo de VIH (carga viral, CD4)	Sí	No

16) En el servicio de salud donde usted se atiende se ha sentido presionada a ...

Mostrar Tarjeta 8

a)	Esterilizarse	Sí	No
b)	Utilizar métodos de prevención de embarazo	Sí	No
c)	Continuar usando el mismo método de prevención del embarazo	Sí	No
d)	Cambiar sus conductas sexuales	Sí	No

17) En el servicio de salud donde usted se atiende, le han informado de la existencia de algunos de los siguientes derechos que usted tiene como paciente

Mostrar Tarjeta 9

a)	Derecho a recibir atención las 24 horas del día en los servicios de urgencia	Si	No
b)	Derecho a revisar su ficha clínica y que esta sea confidencial	Si	No
c)	Derecho a recibir información clara, comprensible y completa de su situación de salud	Si	No
d)	Derecho a recibir atención oportuna, de calidad y adecuada a sus necesidades	Si	No
e)	Derecho a la confidencialidad de sus exámenes y diagnósticos	Si	No
f)	Derecho a no ser discriminada en la atención en salud	Si	No
g)	Derecho a decidir libremente si desea entregar información sobre su vida sexual al médico u otro integrante del equipo de salud	Si	No
h)	Derecho a acceder a servicios de consejería en prevención secundaria	Si	No
i)	Derecho a decidir libremente sobre la utilización de medidas preventivas	Si	No
j)	Derecho a realizarse exámenes periódicos de monitoreo del VIH (carga viral y CD4)	Si	No

18) En general, ¿considera que estos derechos se respetan en el servicio de salud donde usted se atiende?

- a) Sí, siempre
- b) Si, a veces
- c) No, nunca

Instrucción: Ahora vamos a preguntarle algunos datos generales sobre sexualidad, embarazos y métodos de prevención. Vamos a partir preguntándole sobre experiencias de su niñez y/o adolescencia.

19) ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años

20) En su primera relación sexual, ¿usó alguna medida preventiva? (de embarazo)
 a) Sí _____ ¿Cuál? _____ (pase a la 21)
 b) No (pase a la 22)

21) ¿Cuál fue la razón principal por la que usó esta medida preventiva?
 (Esperar respuesta. No mostrar alternativas)
 a) Para evitar embarazos
 b) Para evitar adquirir una enfermedad de transmisión sexual

22) Alguna vez en la vida ¿ha tenido una Enfermedad de Transmisión Sexual?
 (No considerar VIH)
 a) Sí _____ ¿Cuál? _____
 b) No

23) ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ embarazos

24) ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? _____ (Que nacieron vivos al momento del parto, independientemente de si están vivos en la actualidad)

25) ¿Ha tenido pérdidas o abortos alguna vez?
 a) Sí _____ ¿Cuántos? _____ (pase a la 26)
 b) No (Pase a la 28)

26) Indique la razón principal del aborto o pérdida.
 (Si la persona ha tenido más de un aborto o más de una pérdida, indique el número de casos)

	Número de casos
a) Aborto espontáneo (pase a la 28)	
b) Interrupción voluntaria del embarazo (pase a la 27)	
c) Aborto por razones médicas o accidente (pase a la 28)	

27) ¿Por qué decidió interrumpir su embarazo? Señale la razón principal. Si hay más de un caso de interrupción, marque todas las alternativas que correspondan

Mostrar Tarjeta 10

- a) Por razones familiares
- b) Por razones económicas
- c) Por el VIH
- d) Porque no quería tener un hijo/a en ese momento de su vida
- e) Por motivos de trabajo
- f) Otra. Especificar _____

28) ¿Le ha tocado vivir alguna de las siguientes situaciones en el transcurso de su vida?

(También interesa conocer la relación que la encuestada mantenía con la persona autora del abuso o maltrato)

Mostrar Tarjeta 11

				¿por parte de quién?
a	Maltrato físico	No	Si —	
b	Maltrato psicológico	No	Si —	
c	Abuso Sexual	No	Si —	
d	Violación	No	Si —	
		(pase a la 30)	(pase a la 29)	

29) ¿En qué etapa de su vida vivió esa situación? Marque todas las que correspondan**Mostrar Tarjeta 12**

- a) Durante la infancia
- b) Durante la adolescencia
- c) Durante la juventud
- d) Durante la adultez

Observaciones (Utilizar en caso de que exista más de un tipo de maltrato o que usted considere necesario especificar la situación vivida por la encuestada) _____

30) Antes de ser notificada por VIH, ¿usaba algún método de prevención del embarazo?

- a) Sí (pase a la 31)
- b) No (pase a la 32)

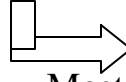
31) ¿Qué métodos de prevención del embarazo utilizaba? Marque todos los que haya usado y el tiempo que los utilizó.**Mostrar Tarjeta 13**

	Método	¿Por cuánto tiempo?
a	Píldoras anticonceptivas	
b	Dispositivo intrauterino	
c	Preservativo	
d	Diafragma	
e	Gel o espuma espermicida	
f	Inyecciones hormonales	
g	Calendario o billings	
h	Coitus interruptus	
i	Otro. Especificar _____	

32) Después de su notificación por VIH, ¿ha usado métodos de prevención del embarazo?

a) Si _____ ¿Cuáles?

b) No (pase a la 33)



Mostrar Tarjeta 13:

	Método
a	Píldoras anticonceptivas
b	Dispositivo intrauterino
c	Preservativo
d	Diafragma
e	Gel o espuma espermicida
f	Inyecciones hormonales
g	Calendario o billings
h	Coitus interruptus
i	Otro. Especificar _____

(pase a la 34)

33) ¿Por qué no ha utilizado? Señale la razón que mejor la represente:

Mostrar Tarjeta 14

- a) Porque no lo necesita (esterilización, menopausia o climaterio)
- b) Porque no tiene relaciones sexuales
- c) Porque quiere embarazarse
- d) Porque su pareja no quiere que use
- e) Porque no tiene acceso o no puede comprarlo
- f) Porque no le gusta usar
- g) Otra razón. Especificar _____

34) ¿Conoce el preservativo femenino?

- a) Si (pase a la 35)
- b) No (pase a la 36)

35) ¿Estaría dispuesta a usarlo?

- a) Sí _____ ¿Por qué? _____
- b) No _____ ¿Por qué? _____

36) Antes de ser notificada por VIH, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (Estimación)

Mostrar Tarjeta 15

- a) Una pareja sexual
- b) Entre dos y tres parejas sexuales
- c) Entre cuatro y seis parejas sexuales
- d) Entre siete y diez parejas sexuales
- e) Más de diez parejas sexuales

37) ¿Cómo diría que eran sus relaciones sexuales antes de ser notificada?

a) No placenteras _____ ¿Por qué? _____

b) A veces placenteras
y a veces no placenteras _____ ¿Por qué? _____

c) Placenteras _____ ¿Por qué? _____

Instrucción: Ahora nos interesa preguntarle sobre aspectos más recientes de su vida en relación a la sexualidad.

38) Durante los últimos seis meses ¿ha tenido relaciones sexuales?

a) Sí, frecuentemente (pase a la 40)

b) Sí, ocasionalmente (pase a la 40)

c) No (pase a la 39)

39) ¿Por qué no ha tenido relaciones sexuales?

a) Por motivos relacionados con el VIH

b) Porque no ha tenido la oportunidad

c) Otra. Especificar _____

(pase a la 44)

40) ¿Cómo diría usted que son sus relaciones sexuales actuales?

a) No placenteras _____ ¿Por qué? _____

b) A veces placenteras
y a veces no placenteras _____ ¿Por qué? _____

c) Placenteras _____ ¿Por qué? _____

41) Durante los últimos seis meses ¿ha utilizado preservativos?

a) Sí (pase a la 42)

b) No (pase a la 43)

42) ¿Cuántas veces ha utilizado preservativos en los últimos seis meses?

Mostrar Tarjeta 16

a) En una oportunidad

b) Ocasionalmente

c) Frecuentemente

d) En todas sus relaciones sexuales

(pase a la 44)

43) ¿Por qué no ha usado preservativo?

Mostrar Tarjeta 17

- a) Porque quiere embarazarse
 - b) Porque a su pareja no le gusta usarlo
 - c) Porque a usted no le gusta usarlo
 - d) Porque no tiene acceso a preservativos
 - e) Otra razón. Especificar _____
-

44) Desde que fue notificada, ¿cuántas parejas sexuales ha tenido? (Estimación)

Mostrar Tarjeta 18

- a) Ninguna pareja sexual
- b) Una pareja sexual
- c) Entre dos y tres parejas sexuales
- d) Entre cuatro y seis parejas sexuales
- e) Entre siete y diez parejas sexuales
- f) Más de diez parejas sexuales

45) En este momento, ¿cuál es su situación de pareja?

Mostrar Tarjeta 19

- a) Vive con su pareja estable (pase a la 46)
- b) Tiene pareja estable pero no vive con ella (pase a la 46)
- c) No tiene pareja estable (pase a la 48)

46) ¿Su pareja vive con VIH/SIDA?

- a) Sí
- b) No

47) En su relación de pareja actual, ¿vive algunas de las siguientes situaciones?

Mostrar Tarjeta 20

a) Maltrato físico	Si	No
b) Maltrato psicológico	Si	No
c) Abuso sexual	Si	No
d) Violación	Si	No

48) ¿Alguna pareja que usted haya tenido ha muerto a causa del VIH/SIDA?

- a) Sí
- b) No

Instrucción: Las preguntas 49 y 50 sólo deberán responderlas quienes han tenido relaciones sexuales después de la notificación, (alternativas distintas a 44a). Ahora queremos saber qué piensa usted respecto de algunas opiniones

que la gente generalmente tiene acerca del preservativo. Para ello le vamos a pedir que ante cada una de las afirmaciones que le vamos a presentar nos diga si “está de acuerdo” con la afirmación, si “no está de acuerdo ni en desacuerdo” (le es indiferente o no tiene opinión definida) o si “está en desacuerdo” con la afirmación.

49) Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

Mostrar Tarjeta 21

Afirmación:	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
a) El condón es sinónimo de desconfianza en la pareja			
b) No me gusta usar condones, pero tengo que hacerlo			
c) Me gusta usar condón porque me da tranquilidad			
d) El condón le quita romanticismo al sexo			
e) Usar condón puede ser erótico			
f) Encuentro el condón muy caro para usarlo regularmente			

Instrucción: Vamos a seguir con el mismo esquema de la pregunta anterior, ya que ahora queremos saber qué opina usted con respecto a la utilización del condón. Para ello le vamos a pedir que ante cada una de las afirmaciones que le vamos a presentar nos diga si “está de acuerdo” con la afirmación, si “no está de acuerdo ni en desacuerdo” (le es indiferente o no tiene opinión definida) o si “está en desacuerdo” con la afirmación.

50) Indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

Mostrar Tarjeta 22

Afirmación:	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
a) Si el hombre no quiere usar preservativos, la mujer puede convencerlo de que lo use ofreciéndole algo a cambio			
b) Es preferible tener relaciones sexuales sin preservativo que no tenerlas			
c) La mujer tiene el deber de aceptar tener relaciones sexuales sin condón si el hombre no quiere usar preservativos			
d) Encuentro que no es necesario usar condón cuando las dos personas son seropositivas			
e) Es preferible no tener relaciones sexuales a tenerlas sin condón			
f) Para que el hombre se ponga preservativos la mujer tiene que decirle que vive con VIH			

Instrucción: En esta parte de la encuesta vamos a preguntarle algunos datos sobre el VIH/SIDA y sobre sus hijos o hijas.

51) ¿En qué año fue notificada? _____

52) ¿Cómo adquirió el VIH/SIDA?

- a) Por vía sexual
- b) Por vía sanguínea

53) Antes de ser notificada, ¿tenía información sobre el VIH/SIDA?

- a) Sí, bastante (pase a la 54)
- b) Sí, escasa (pase a la 54)
- c) No (pase a la 55)

54) ¿Creyó necesario cuidarse para no adquirir el VIH?

- a) Sí — ¿Por qué? _____
- b) No — ¿Por qué? _____

55) Cuando fue notificada, ¿por qué se realizó el examen de ELISA (del SIDA)?
Señale la razón que mejor la represente.

Mostrar Tarjeta 23

- a) Se lo había hecho de manera preventiva
- b) Estaba embarazada
- c) Fue operada
- d) Estaba enferma
- e) Notificaron a su pareja
- f) Notificaron a su hijo/a
- g) Otra. Especificar _____

56) ¿Tiene hijos o hijas?

- a) Sí _____ ¿cuántos? _____ (pase a la 57)
- b) No (pase a la 60)

57) Después de que fue notificada ¿ha tenido hijos?

- a) Sí _____ ¿cuántos? _____
- b) No

58) ¿Alguno de sus hijos/as vive con VIH?

- a) Sí _____ ¿cuántos? _____ (pase a la 59)
- b) No (pase a la 60)

59) Señale la/s edad/es de sus hijos/as seropositivos (en años cumplidos) _____

60) ¿Le gustaría tener hijos (en caso de no tener) o más hijos (en caso de tener)?

- a) Si — ¿Por qué? _____
- b) No — ¿Por qué? _____

61) ¿Está tomando Tratamientos Antirretrovirales?

- a) Si
- b) No

Instrucción: Para terminar le preguntaremos algunos datos generales sobre su vida y su situación socioeconómica.

62) ¿Qué edad tiene? _____ años

63) ¿Cuál es su situación conyugal?

Mostrar Tarjeta 24

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Viuda
- d) Separada de hecho
- e) Anulada

64) Último curso aprobado (¿Hasta qué curso llegó?) _____

Codificar:

- a) Ninguno, sin estudios
- b) Básico incompleto
- c) Básico completo
- d) Medio incompleto
- e) Medio completo
- f) Técnico incompleto
- g) Técnico completo o universitario incompleto
- h) Universitario completo

65) ¿Cuál es su religión?

Mostrar Tarjeta 25

- a) Ninguna
- b) Católica
- c) Evangélica (Cualquier denominación)
- d) Mormona, Adventista, Testigo de Jehová
- f) Otra. Especificar _____

66) ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Hogar se refiere al grupo familiar que comparte los gastos.

67) ¿Cuál es el ingreso mensual de su grupo familiar? \$ _____ pesos

68) Actualmente, ¿cuál su situación ocupacional?

- a) Está trabajando (pase a la 69)
- b) Trabaja habitualmente pero en este momento está cesante (pase a la 69)
- c) Estudia y trabaja (pase a 69)
- d) Estudia y no trabaja

e) Se dedica a los quehaceres del hogar

69) ¿En qué consiste el trabajo que realiza (o el último que realizaba)?

- a) Profesional o técnica independiente
- b) Trabaja por cuenta propia en negocio
- c) Trabaja por cuenta propia como vendedora ambulante
- d) Profesional o técnica en empresa pública o privada (parvularia, secretaria etc.)
- e) Empleada en empresa pública o privada (vendedora, recepcionista, garzona etc.)
- f) Obrera
- g) Servicio doméstico
- h) Otra. Especificar _____

70) ¿Realiza alguna otra actividad a través de la cual recibe ingresos?

- a) Sí _____ ¿Cuál? _____
- c) No

71) ¿Está jubilada o recibe algún tipo de pensión?

- a) Si _____ Especificar _____
- b) No

72) El aporte que Usted hace al ingreso familiar es:

Mostrar Tarjeta 26

- a) Todo el ingreso familiar
- b) Más de la mitad del ingreso familiar
- c) La mitad del ingreso familiar
- d) Menos de la mitad del ingreso familiar
- e) No percibe ingresos que pueda aportar a la familia

73) ¿Tiene previsión de salud?

- a) Sí _____ ¿Cuál? _____
- b) No
- a) Fonasa
- b) Isapre
- c) Otra. Especificar _____

Encuestadora: _____
Comentarios: _____

ANEXO 3

ÍNDICE DE NIVEL SOCIOECONÓMICO ESOMAR

La creación de un buen instrumento de caracterización socioeconómica, que sea sensible y con capacidad de discriminación no es una tarea fácil y que se pueda realizar de manera arbitraria, más aún cuando se cuenta con herramientas que tienen un fundamento teórico y que han sido probadas empíricamente. Es por eso que, para efectos de este estudio y respondiendo a la necesidad de contar con un índice socioeconómico que combine la información respecto de este ámbito que contiene la Encuesta de salud sexual y reproductiva para mujeres viviendo con VIH/SIDA, realizada por Vivo Positivo, se ha llevado a cabo una adecuación del Índice Socioeconómico Esomar. Este último se basa en el sistema desarrollado originalmente por Esomar (World Association of Market Research), para unificar los criterios de los países europeos en torno al tema de los niveles socioeconómicos y ha sido adaptado a la realidad de Chile a través de un modelo presentado por el Sr. Roberto Méndez, en el VIII Congreso Chileno de Marketing de Icare, el 15 de Junio de 1999. El modelo fue validado mediante un estudio empírico financiado conjuntamente por Adimark y J. Walter Thompson¹⁸⁶.

Su aplicación para determinar el nivel socioeconómico familiar se basa en dos variables: el nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar y la categoría ocupacional de éste. Ambas variables se combinan en una “Matriz de Clasificación Socio-Económica”, según modelo adjunto, el que determina el NSE de cada familia de acuerdo a las combinaciones entre ambas variables, generando 6 grupos:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ A = Muy Alto ▪ B = Alto | } | Equivalente al antiguo grupo ABC1. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca = Medio Alto | | Equivalente al antiguo grupo C2. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cb = Medio | | Equivalente al antiguo grupo C3. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ D = Medio Bajo | | Equivalente al antiguo grupo D. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ E = Bajo | | Equivalente al antiguo grupo E (pobreza CASEN). |

En la adecuación que se ha llevado a cabo para este estudio, es necesario aclarar que, aún cuando se trata de una adaptación del NSE original, se mantienen los elementos fundamentales, teniendo la variable nivel educacional más importancia relativa que la variable ocupación.

¹⁸⁶ La versión completa del paper se puede obtener contactando a Adimark.

El primer cambio con respecto al índice original es que se tomará en consideración los datos de la entrevistada, independientemente de que sea la sostenedora de la familia o no. Puesto que sólo se tiene el nivel educacional y la ocupación de la entrevistada, el Índice sólo la clasificará a ella en los grupos determinados (no a su familia). No obstante es muy difícil teóricamente que haya una variación importante entre el NSE personal y el familiar. Por otro lado se cuenta con información contrastante como el ingreso mensual familiar, lo que puede servir para futuras comparaciones.

Una segunda variación tiene que ver con el procedimiento en caso de que la entrevistada se encuentre inactiva. En el índice original, cuando el sostenedor esta desempleado o es jubilado, se utiliza una matriz de bienes, clasificándose los hogares a partir de ella. En el presente estudio, cuando la entrevistada esta inactiva, se ha procedido a clasificarla según el ingreso familiar que ha declarado, resguardando que la variable nivel educacional siempre tenga más peso. Por último, las categorías utilizadas por NSE Esomar no son completamente idénticas a las utilizadas en la Encuesta de salud sexual y reproductiva, por lo tanto se ha hecho un ejercicio de homogeneización entre ambas.

La matriz que se presenta a continuación es la matriz original a partir de la cual se ha procedido a clasificar a cada una de las entrevistadas del presente estudio. Ella es incluyente, en el sentido que considera todas las posibles combinaciones de valores. Algunas de ellas son muy poco probables.

MATRIZ DE CLASIFICACIÓN SOCIAL MODIFICADA, EN LA QUE SE BASÓ EL ÍNDICE CONSTRUIDO EN ESTE ESTUDIO EN PARTICULAR

	1. trabajos menores ocasionales e informales	2. Oficio menor. Obrero no calificado.	3. obrero calificado, capataz, microempresario.	4. empleado administrativo o medio y bajo. Profesional independiente e de carreras técnicas. Profesor primario o secundario.	5. ejecutivo medio. Profesional independiente de carreras profesionales tradicionales	6. alto ejecutivo de empresa grande. Empresarios propietarios de empresas medianas o grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
1. básica incompleta	E (6)	E(6)	D(5)	CB (4)	CB(4)	CA(3)
2 básica completa	E (6)	D(5)	D(5)	CB(4)	CB(4)	CA(3)
3. media incompleta	D (5)	D(5)	D(5)	CB(4)	CA(3)	CA(3)
4. media completa o superior técnica completa	D(5)	D(5)	CB(4)	CB(4)	CA(3)	B (2)
6. universitaria completa	CB(4)	CB(4)	CA(3)	CA(3)	B(2)	A (1)
7. post grado.	CB(4)	CB(4)	CA(3)	B(2)	A(1)	A(1)

A continuación se presenta la matriz técnica a partir de la cual se ha construido el índice de NSE para el estudio *“Derechos Sexuales y Reproductivos para Mujeres viviendo con VIH/SIDA”*.

Los valores que adquiere la variable p64_rr son:

1. “Básica incompleta o completa”
2. “Media incompleta”
3. “Media completa o técnica incompleta”
4. “Técnica completa o universitaria completa o incompleta”.

Los valores que adquiere la variable p67_r son:

- 1 “Ingreso bajo : (menos de \$100.000)”
- 2 “Ingreso Medio Bajo : (entre \$100.000 y \$149.000)”
- 3 “Ingreso Medio Alto : (entre \$150.000 y \$249.000)”
- 4 “Ingreso Alto : (\$250 o más)”

Los valores que adquiere la variable p69 son:

- 1 “Profesional o técnica dependiente e independiente”
- 2 “Trabaja por cuenta propia en negocio”
- 3 “Trabaja por cuenta propia como vendedora ambulante”
- 4 “Profesional o técnica en empresa pública o privada”
- 5 “Empleada en empresa pública o privada”
- 6 “obrero”
- 7 “Servicio doméstico”.

A partir del listado de las variables p64_rr (nivel educacional en tramos), p67_r (ingresos recodificada) y p69 (tipo de ocupación) se ha procedido a clasificar cada entrevistada de la siguiente manera:

- Si (p64 es igual a 1 y p69 es igual a 3) nesomar = 6.
- Si (p64 es igual a 2 y p69 es igual a 3) nesomar = 6.
- Si (p64 es igual a 2 y p69 es igual a 5) nesomar = 4.
- Si (p64 es igual a 2 y p69 es igual a 7) nesomar = 6.
- Si (p64 es igual a 2 y p69 es igual a 8) nesomar = 6.
- Si (p64 es igual a 2 y p69 es igual a 9) nesomar = 6.
- Si (p64 es igual a 3 y p69 es igual a 5) nesomar = 4.
- Si (p64 es igual a 3 y p69 es igual a 7) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 3 y p69 es igual a 8) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 4 y p69 es igual a 2) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 4 y p69 es igual a 3) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 4 y p69 es igual a 5) nesomar = 4.
- Si (p64 es igual a 4 y p69 es igual a 7) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 4 y p69 es igual a 8) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 5 y p69 es igual a 2) nesomar = 4.
- Si (p64 es igual a 5 y p69 es igual a 4) nesomar = 4.
- Si (p64 es igual a 5 y p69 es igual a 5) nesomar = 4.
- Si (p64 es igual a 5 y p69 es igual a 7) nesomar = 5.
- Si (p64 es igual a 5 y p69 es igual a 8) nesomar = 4.

Si (p64 es igual a 6 y p69 es igual a 4) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 6 y p69 es igual a 8) nesomar = 4.
 Si (p64 es igual a 7 y p69 es igual a 1) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 7 y p69 es igual a 2) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 7 y p69 es igual a 4) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 7 y p69 es igual a 5) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 8 y p69 es igual a 1) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 8 y p69 es igual a 2) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 8 y p69 es igual a 4) nesomar = 3.
 Si (p64 es igual a 8 y p69 es igual a 7) nesomar = 4.

Los valores "9" son casos ausentes. Significa que la entrevistada no esta trabajando. Para estos casos se ha procedido a clasificar a las entrevistadas según su ingreso familiar.

Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 2 y p67_r es igual a 1) nesomar = 6.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 2 y p67_r es igual a 2) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 2 y p67_r es igual a 3) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 3 y p67_r es igual a 1) nesomar = 6.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 3 y p67_r es igual a 2) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 3 y p67_r es igual a 3) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 4 y p67_r es igual a 1) nesomar = 6.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 4 y p67_r es igual a 2) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 4 y p67_r es igual a 3) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 4 y p67_r es igual a 4) nesomar = 4.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 5 y p67_r es igual a 1) nesomar = 6.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 5 y p67_r es igual a 2) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 5 y p67_r es igual a 3) nesomar = 5.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 5 y p67_r es igual a 4) nesomar = 4.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 6 y p67_r es igual a 4) nesomar = 4.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 7 y p67_r es igual a 2) nesomar = 4.
 Si (nesomar es igual a 9 y p64 es igual a 7 y p67_r es igual a 3) nesomar = 4.

Según la clasificación original, los valores quedarían distribuidos de la siguiente manera:

1 = A (muy alto)	:	No hay entrevistadas con este NSE
Equivale a ABC1		
2 = B (alto)	:	No hay entrevistadas con este NSE
3 = Ca (medio alto)	:	Equivale a C2
4 = Cb (medio)	:	Equivale a C3
5 = D (medio-bajo)	:	Equivale a D
6 = E (bajo)	:	Equivale a E

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos (no hay entrevistadas que puedan ser incluidas dentro de los grupos ABC1), se ha procedido a re-etiquetar los valores, de tal modo de clarificar la lectura:

Estrato Bajo (Grupo E).
 Estrato Medio Bajo (Grupo D).
 Estrato Medio Alto (Grupo C3)