

PN-ABT-393

*More than Mothers and Whores:
Redefining the AIDS Prevention
Needs of Women*

Kathryn Carovano
The Johns Hopkins University

AIDSCOM
Academy for Educational Development

**AIDSCOM, Contract No. DPE-5972-Z-00-7070-00
United States Agency for International Development
Academy for Educational Development
1255 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037
Tel. (202)862-1900 Fax (202)862-1911**

***More than Mothers and Whores:
Redefining the AIDS Prevention
Needs of Women***

Kathryn Carovano
The Johns Hopkins University

1992

This publication is one of a series of occasional papers prepared by AIDSCOM staff and consultants to provide health promotion and behavior-change program planners with information that can help guide their HIV/STD prevention activities.

This series was funded by the U.S. Agency for International Development through the Offices of Education, Health, and Population of the Bureau for Research and Development. The AIDSCOM Project is managed by the Academy for Educational Development of Washington, D.C., with The Johns Hopkins University, Porter/Novelli, the Annenberg School of Communications at the University of Pennsylvania, and PRISM/DAE.

*Project No. 936-5972
AIDS Technical Support:
Public Health Communication Component
Contract No. DPE-5972-Z-00-7070-00*

PARTNERS FOR A WORLD AGAINST AIDS: AIDSCOM

The AIDS Public Health Communication (AIDSCOM) Project seeks to develop, test, and refine the application of the Public Health Communication (PHC) Framework to AIDS prevention and control. PHC draws upon and integrates the successful experiences of the Agency for International Development (A.I.D.) in development communication and social marketing and focuses on planning, intervention, and monitoring and evaluation. Given the challenges of controlling the spread of HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases (STDs), AIDSCOM has worked to increase understanding of the integral role communication plays in effecting behavior change.

AIDSCOM has shown that behavioral and operations research must form the foundation of effective communication strategies. The project has also demonstrated that full involvement of the target population significantly increases the effectiveness of behavior-change interventions. Implementing these interventions has shown that communication efforts offer a unique opportunity for influencing social norms and making behavior change an option for individuals at risk.

Since 1987, AIDSCOM has conducted assessments of HIV prevention opportunities and programs in some 67 countries worldwide and implemented extensive technical assistance in 42 of those countries. AIDSCOM assists governments and a wide variety of nongovernmental and private organizations throughout Africa, Asia, the Caribbean region, Latin America, and the Near East.

Throughout the world, millions of concerned individuals have resources to share, ideas to contribute, and a role to play in shaping a world against AIDS. Partnerships to stop HIV can be personal and institutional, public and private, national and local, organized and spontaneous. AIDSCOM seeks to be a catalyst for change in building and supporting these important relationships. This series of publications is dedicated to the thousands of individuals who have become partners for a world against AIDS.

AIDSCOM

The Academy for Educational Development
1255 23rd St., N.W.
Suite 400
Washington, D.C. 20037
Telephone: (202) 862-1900
Fax: (202) 862-1911

CONTENTS

THE EPIDEMIOLOGY OF AIDS AMONG WOMEN2

ADOLESCENT WOMEN3

“WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE”5

WOMEN IN THE SEX INDUSTRY6

**REPRODUCTIVE DECISION-MAKING, FOR WOMEN
LIVING WITH HIV AND AIDS8**

CONCLUSIONS9

I

n the spring of 1989, while I was working in Lima, Peru, a group of feminist women organized a meeting so that I could talk with them about women and AIDS. We talked about the risks to women and about what they thought could be done, and we got into a discussion of options: the condom and nonpenetrative sex. Frescia, a health educator there, told me this story:

We had just finished a health promotion program with a group of women, and we asked them to fill out an evaluation form. One of the women who was very good during the training was taking a long time to finish the questionnaire, so I asked her if she was having trouble with it. She told me that she was having a hard time reading it, so I asked her if maybe she needed to use glasses. She said yes, that she had had her eyes tested ten years ago, and the doctor had prescribed glasses for her. She had bought a pair but lost them a few months later. To explain why she had never gotten a new pair she said, "My husband told me that I was so stupid that he would never buy me another pair of glasses." So just imagine this woman asking her husband to use a condom or consider having nonpenetrative sex.

Around the world, women are at increasing risk for AIDS. At the root of this risk is women's lack of control over their bodies and their lives. As Herbert Daniel,¹ a writer and activist living with AIDS in Brazil has pointed out, "Like every other epidemic, AIDS develops in the cracks and crevasses of society's inequalities. We cannot face the epidemic if we try to hide the contradictions and conflicts which it exposes."

As the AIDS epidemic continues to unfold, we are being forced to confront once again one of society's more glaring inequalities—the inequality of the sexes. The relative lack of control by women in relation to men, particularly within the context of sexual relations, places them at increasing risk for AIDS. Those women with the least control, generally poor women of color, are those who face the greatest risk. To develop effective AIDS prevention programs, we must confront the challenges that this "crack" exposes and develop programs that give women control over their sexuality and over their own lives. A first step toward developing prevention programs for women is to recognize that women are primarily at risk for AIDS because they are sexually active and that their sexual activity goes beyond the simplified realms of sex for procreation or sex for money. Sex for some is for pleasure. And for many women, sex is simply part of survival.

Reprinted with permission from the
*International Journal of Health
Services*, Volume 21, Number 1, pp.
131-142. © 1991 by Baywood
Publishing Co., Inc.

Throughout the world, women's sexual identities have long been defined on the basis of their reproductive capacity and, to a lesser degree, their involvement in commercial sex. Motherhood legitimizes a woman's sexuality—and very often her life—while prostitution provides women with a means of survival, though with a heavy stigma. Women in many societies have traditionally been identified sexually as either mothers or whores, “good girls” or “bad girls.” In examining current AIDS prevention efforts for women, one finds that this dichotomy dominates and is being used as a framework to identify the risks posed to and by women. Many societies regard the sensuous, sexual women as “bad” and, in essence, only “bad girls” are perceived to be at risk for AIDS. “Good girls” in contrast, are viewed as asexual, or their sexuality is relegated to the socially sanctioned realm of sex for procreation, which is viewed as unrelated to HIV transmission. Both “mother” and “prostitute” are definitions for women that are based on their relationships to others. “As women we are so often defined by who leans on us. Being needed names us.”² Within the context of AIDS, these definitions reflect the needs of men and children, and it is in their relationship to the HIV-infected woman that she becomes either a concern or a threat. The focus on these particular identities, “mother” and “prostitute,” among the many that define women, leads one easily to the hypothesis that efforts to prevent AIDS among women have been the result not of a concern for women but rather a concern that is primarily about protecting the health of men and children.

The impact of this thinking is reflected by the fact that, to date, most AIDS prevention programs for women have been designed exclusively to reach women in the sex industry. Women engaged in prostitution have been identified as one of the principal “reservoirs” for transmitting HIV and, as such, a “risk group” that threatens the general population. Faced with increasing numbers of children at risk for AIDS as a result of rising infection rates among women, new programs are also being formulated to target prenatal women. Unfortunately, those women—and they are most of us—who do not fall into one of these limited spheres are being largely ignored by program planners and implementing agencies working in AIDS prevention. Not surprisingly, the numbers of AIDS cases reported among women continue to grow at alarming rates.

THE EPIDEMIOLOGY OF AIDS AMONG WOMEN

According to the World Health Organization, of the estimated 600,000 people who developed AIDS in the 1980s, more than 150,000 were women. During the next two years, 500,000 more people will develop AIDS and of these, 200,000 are expected to be women. In other words, more women are expected to become ill with AIDS during 1990 and 1991 than developed AIDS during the last decade.³

These figures are alarming as they stand; yet, the actual number of women who have died or who are living with AIDS is undoubtedly far greater even than these numbers convey. Underreporting of AIDS cases

is a recognized problem throughout the developing world, and underreporting of cases among women is a problem everywhere. Problems of reporting cases among women result from factors as varied as women's lack of access to health care, the exclusion of "female diseases" in the diagnostic criteria for AIDS, and the persistent attitude among many physicians that "good girls don't get AIDS." Despite these problems, data still show that women around the world are being diagnosed with AIDS in ever-increasing numbers, and most of them are poor women of color, whether they are living in Newark, Bangkok, Nairobi, or Rio de Janeiro.

In the United States, the proportion of the total AIDS cases occurring among women rose from 7 percent of cases reported before 1985 to 11 percent of cases reported during the first half of 1989.⁴ In Frankfurt, West Germany, the percentage of HIV-infected patients who are women rose from 4 percent in 1984 to 25 percent in 1988.⁵ Throughout much of sub-Saharan Africa, women represent 50 percent or more of the AIDS cases, and similar ratios have been reported in some parts of the English-speaking Caribbean. Studies conducted among pregnant women have revealed seroprevalence rates of 10.5 percent in Port au Prince, Haiti, and 24 percent in Kampala, Uganda.³ In Latin America and Asia, women currently make up a small but growing percentage of reported cases.

The growth of pediatric AIDS cases reveals the ripple effect of HIV infection in women; according to James Grant,⁶ Director General of UNICEF, more than 90 percent of pediatric AIDS cases are the result of perinatal transmission. AIDS accounts for up to one-third of all deaths to children in some African cities, and in some parts of New York City, one of every 100 babies is born with HIV infection.⁷ UNICEF has projected that the average infant mortality in ten east and central African countries will rise from a current rate of 164 deaths per 1,000 to 185 per 1,000 by the year 2000. Prior to the introduction of HIV, these rates had been predicted to fall to 130 per 1,000 during the next decade. In addition, UNICEF has estimated that in these countries as many as five million children will have lost their parents to AIDS by the end of the decade.⁶ A survey conducted in 1989 in the Rakai district of Uganda—the region hardest hit by AIDS—found that 23,351 children had already lost one or both parents, the majority of them to AIDS.⁸

These alarming statistics indicate the need to develop AIDS prevention programs that provide information and sexual empowerment to all sexually active women. The remainder of this paper will examine the risks that AIDS poses to specific segments of the population of women, beginning with young, adolescent women.

ADOLESCENT WOMEN

If knowledge were power, then adolescent women would probably be among the least powerful. In fact, they are when it comes to their ability to protect themselves against HIV infection. The guiding philosophy in addressing the issue of adolescent sexuality in many cultures is "if you don't talk about sex they won't do it." This logic, however, is critically

flawed. Adolescents are sexual beings at varying stages of self-awareness and understanding. Many of them do, and will continue to, engage in sexual intercourse despite lack of access to any accurate information about sex. Unfortunately, if you do not talk to them, they will almost undoubtedly also engage in “unsafe sex.” Sex can and does occur without much understanding; “safe” sex requires an ability to distinguish between risky and nonrisky sexual activities and an ability to choose safer sex.

Whether or not you talk about it, teens clearly are having sex. Many women—and most men—have their first sexual relations prior to marriage, usually during their teens, and most often those first encounters are unprotected. Research in family planning has revealed that the quality of reproductive health information is generally low among adolescents. This finding is a reflection in part of the lack of social acceptance of providing sex education and contraceptive services to teens in many countries. In the developing world, contraceptive services are often available only to married women, and in some situations, only to women who have already borne one or more children.⁹

In most of the world’s countries, births to women under 20 represent a significant proportion of all births; in Swaziland, a study conducted in 1985 reported that more than 30 percent of the children were born to women between 15 and 19 years of age.¹⁰ According to evidence from the World Fertility Survey, the average fertility rate for women aged 15 to 19 in developing countries is 8.7 percent of the global total.¹¹ High levels of adolescent pregnancy and teenage abortions reported in Japan,¹² Nigeria,¹³ and Baltimore, Maryland,¹⁴ reflect the reality of high levels of sexual activity and low levels of correct contraceptive use among adolescents.

Given the sexual practices of teens, the threat of AIDS cannot be ignored. In the United States in 1989, 26.3 percent (n=4,306) of the AIDS cases reported among females occurred among women between 20 and 29 years of age.¹⁵ Given the long incubation period for AIDS, the majority of these women may very well have been infected during adolescence. A survey conducted in 1988 in a New York City shelter found that 18 percent of the girls in the study tested positive for HIV.¹⁶ In some African cities where infection rates among sexually active adults have reached 30 percent to 40 percent, the risk of exposure through sexual contact is extremely high. Young women tend to have their first sexual encounter later than their male peers; hence, even their first contact could place them at risk for HIV. In Uganda, older men are reportedly looking to young school girls instead of prostitutes for “AIDS-free sex.”¹⁷

AIDS prevention programs for adolescent women and girls, in school, while increasingly common in developed countries, are still extremely rare in the developing world. The need for such programs is critical, though given the early school drop-out rates of many girls in developing countries, school-based programs alone are not enough. On average, 44 percent of ever-married women in the developing world have received no formal education and of those who have, only 7 percent have ten or more years of schooling.¹¹ Out-of-school programs will be critical in reaching young minority women in many developed countries as well.

Adolescent women, like everyone else, need to be given information that offers them choices and is based on an understanding of their sexual behavior. Studies of adolescents who have received sex education have shown that they are unlikely to engage in sex any sooner or any more frequently than their uninformed peers, but they are more likely to use contraceptives.¹⁸ Sex education and AIDS information is not an aphrodisiac but rather a basic tool for adolescent health and survival. To deny adolescents access is to leave them powerless and at high risk for HIV.

“WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE”

The first woman to be diagnosed with AIDS in Mexico (in 1985) was a 52-year-old housewife living in Mexico City; her only known “risk” behavior was having unprotected sexual intercourse with her husband.¹⁹ The vast majority of women with AIDS and HIV infection are between the ages of 20 and 45 and are frequently referred to as “women of reproductive age.” As neglected as young women have been, even more neglected are women over the age of 20. Although these women are generally better informed about sexuality and family planning and perhaps more able to make mature choices about their sexual behavior, they are also at increasing risk for AIDS and yet remain largely uninformed. To date, this group—if not involved in prostitution—has probably received the least attention of all sectors of society.

The primary reason for the lack of programs for this population is the false notion that these women are not at risk. These are the “good girls” who are generally perceived to be loyally monogamous or asexual and hence not at risk for HIV. Only when pregnant or considering pregnancy are most women in this population directly confronted with their potential risk of contracting AIDS, and generally in the context of society’s concern for their unborn children. Many women with HIV infection in both developed and developing countries learn that they are infected only after one of their children is diagnosed with AIDS. In the United States, an estimated 60 percent of HIV-infected women find out about their seropositive status only once their children are diagnosed with AIDS.²⁰ Routine screening of prenatal women is increasingly becoming the norm in many developed countries, including the United Kingdom, where legislation passed in November 1989 makes it a requirement for all pregnant women.²¹

Ironically, despite the identification of this population as “women of reproductive age,” the only advice given is that if they perceive themselves to be at risk, they should protect themselves from AIDS using methods that prohibit conception. The limited means available to prevent the sexual transmission of HIV have exposed the contradiction between disease prevention and women’s reproductive roles. As discussed earlier, condoms and nonpenetrative sex are currently the only means available to sexually active men and women to prevent HIV transmission. In addition to providing protection against the sexual transmission of HIV, both methods also inhibit conception, an added advantage for some, but a critical flaw for those wishing to conceive.

Noreen Kaleeba,²² Director of the AIDS Support Organization in Uganda, made real this dilemma when she described her experience counseling a young woman considering pregnancy. Her client's reasons for not adopting measures to protect herself from HIV, despite recognizing her potential risk, included the following: "Babies and condoms don't go together, nonpenetrative sex is no sex at all for a man, and it is a woman's responsibility to bear a child." Motherhood brings status, security, and validation to many women's lives. In many cultures women are told that the purpose of their existence is to bring forth new life, especially male, and that their value depends on bringing it forth.²³

In many cultures, no social place exists for women who are either unable or who choose not to have children. "Because there is no alternative social or personal identity for women separate from parenting, women's risk of infection is greater."²⁴ In other words, as long as there is no valid role for women who choose not to parent children, measures to prevent HIV infection that negate the importance of that role will have only limited impact. To provide women exclusively with HIV prevention methods that contradict the fertility norms of most societies is to provide many women with no options at all. The need for research and development of an effective virucide to prevent HIV transmission without impeding reproduction is critical if we are to provide a real choice to many women.

Women need to be able to protect themselves from HIV without being forced to forfeit the option to bear children. In an ideal world, mutually faithful monogamy would allow women to protect themselves and have healthy children, but this is not the reality of relationships for most of the world's population. To force women to rely on abstinence, nonpenetrative sex, condoms, female condoms, and potentially even spermicides is to ignore the importance placed on women's reproductive roles.

WOMEN IN THE SEX INDUSTRY

In January 1990, the *Prensa Libre*, a leading newspaper in Guatemala, published a plea to national police from the regional health director of Esquintla to undertake a national search for a young Salvadoran woman who had left the city. The article provided her name, a description of her appearance, and information about where she had most recently worked. The justification for the search: the young woman in question was a prostitute who had tested positive for HIV. The objective of the search: to find this woman and put her under "medical surveillance" in order to control the further spread of HIV in Guatemala.

Throughout the world, AIDS prevention programs have been developed targeting women in the sex industry. While there are many programs that have been developed with the clear intention of protecting women working in what is potentially a high-risk trade, countless cases also exist of scapegoating and abuse. Prostitutes have repeatedly been referred to as "reservoirs for transmission" and blamed for spreading AIDS. Such attitudes are a reflection of the "bad girl" vision of woman as temptress, while men are simply viewed as innocently responding to

natural urges. Prostitutes are viewed as encouraging men to stray; hence, they are held responsible for their own and others' disease. It is worth noting that despite this portrayal of prostitute-as-vector, as of January 1989, in the United States, "... there [had] been no documented cases of men becoming infected through contact with a specific prostitute."²⁵

Prostitution has existed in every society for which there are written records and continues to exist as a result of sexual double standards that limit women's economic options and means of sexual expression. It is, by definition, the exchange of sexual services for money or goods, and thus logically, most women who enter voluntarily into prostitution do so primarily for economic reasons.²⁶ As Simone de Beauvoir²⁷ points out in *The Second Sex*:

The truth is that in a world where misery and unemployment prevail, there will be people to enter any profession that is open; as long as a police force and prostitution exist, there will be policemen and prostitutes, more especially as these occupations pay better than many others. It is pure hypocrisy to wonder at the supply that masculine demand stimulates; that is simply the action of an elementary and universal economic process.

According to a report in the *New African*, economic problems compelled many Ghanaian women to seek income through prostitution; these women currently constitute the population at highest risk for AIDS in Ghana.²⁸

Considerable effort has been focused on developing AIDS prevention programs targeting women in the sex industry. To date, this work has involved five principal approaches, which can be summarized as follows:

- Methods that truly seek to provide women with information and tools that will allow them to protect themselves, or at least give them a better chance at doing so
- Methods that seek to evade the risk posed by HIV by providing sex workers with job training and alternative employment opportunities
- The harassment and/or arrest of women as a means of theoretically controlling prostitution
- Routine HIV antibody testing of legally or semilegally registered prostitutes
- Combinations of one or more of these approaches.

Of these approaches, only the first has proven appropriate or effective in preventing the spread of AIDS to prostitutes. The others either portray women as scapegoats, are unrealistic, or overlook prostitutes entirely to focus instead on the protection of male clients. A common flaw found in almost all efforts thus far is a lack of focus on the education of both clients and/or noncommercial partners and a lack of recognition that not all sex is "work."

Women involved in prostitution face many of the same challenges in their intimate—as opposed to commercial—sexual relations as do their “nonworking” peers.²⁹ Efforts to promote behavior change among prostitutes have shown that the greatest area of resistance is in women’s relationships with their steady and/or noncommercial partners. “Although most prostitutes [in the United States] expect to use condoms with their customers, most do not use them with their primary partners.”²⁵ Further, numerous studies have shown that, more frequently than not, prostitutes are mothers as well as whores. A survey conducted among 100 female sex workers in metropolitan Manila found that 31 percent of them were married and 62 percent were supporting children; 14 percent were raising children with no support from their spouse or family.³⁰ A survey of 47 women in Nairobi, Kenya, found that all of them had at least one child, though 95 percent of them were unmarried.³¹

Approaches that negate the mother—and lover—in the whore have not been and will not be effective in preventing the further spread of HIV to women. The first step toward developing effective prevention programs for women in the sex industry must be a recognition of the diverse population of women involved in prostitution and the complexity of their lives. Women’s situations vary depending on multiple factors such as number of dependents, age, legal status, general health and appearance, where they work (for example, street, brothel, or bar), drug-use practices, voluntary or forced involvement in prostitution, and sexual behavior. Many of these factors will affect the degree of control that sex workers experience in their sexual encounters and will determine whether it is more appropriate to provide training in safer-sex negotiation or condom use techniques that will leave clients unaware.

For those women who choose or are forced to work in the sex industry, the risk posed by AIDS is potentially high and the need for information and skills great. “Women in general and sex workers in specific have little trust in the ‘good intentions’ of outsiders,”³² and programs that include sex workers in their design and implementation have proven most likely to succeed.

REPRODUCTIVE DECISION-MAKING FOR WOMEN LIVING WITH HIV AND AIDS

As HIV continues to spread among women, the need for prevention and support programs for women and their children with HIV disease is also growing. HIV-positive women need to have access to quality information about HIV transmission and disease management. They also need to receive quality counseling that will assist them to make informed choices about future sexual behavior and fertility.

Women with HIV disease need to understand the potential risk of pregnancy and repeated exposure to HIV to their own health. Studies remain inconclusive on the issue of the effect of pregnancy on an HIV-infected woman’s health, though the majority suggest that it may have

little impact. In addition, women need information about the risk of transmitting the virus to their unborn children. Current estimates of vertical transmission rates range from 30 percent to 50 percent,³³ a risk that may or may not be deemed acceptable to an HIV-infected woman and/or her partner. One popular anecdote is of a poor, black seropositive woman who upon being accused by her physician of making an irresponsible decision in choosing to bear a child responded: "Fifty percent is the best odds I've been given since I was diagnosed as carrying this virus."³⁴ Perception of risk is relative, and on the basis of a woman's or couple's view of this risk, they must be free to choose whether or not to bear children.

Throughout the world, millions of women who are subfertile or infertile live in dread of divorce or social ostracism because they cannot bear children.⁹ "Women's status as childbearer has been made into a major fact of her life. Terms such as 'barren' or 'childless' have been used to negate any further identity."²³ The argument that suggests that HIV-positive women should not bear children identifies them, in essence, as barren.

In many parts of the developing world in particular, women make reproductive decisions with a view to children as security investments. Studies have shown that "the higher the level of infant mortality, the greater fertility necessary to achieve the [security] goal."³⁵ As infant mortality levels increase as a result of HIV, we may witness more rather than fewer births to women with HIV disease. A survey conducted among 58 women with HIV infection in Kinshasa, Zaire, supports this possibility by documenting that 71 percent wanted more children within the next two years and 5 percent were already pregnant.³⁶ In Port au Prince, Haiti, a study found that pregnancies were as common among HIV-infected women as among a control group of uninfected women.³ The argument that HIV-infected women should receive "directive counseling" to avoid or terminate pregnancy denies the complexity and real importance of motherhood in many women's lives.

For HIV-infected women who choose to bear children, or who already delivered children who are infected with HIV, health care programs need to be integrated to provide concurrent care for women and children. If a woman has to travel to two separate clinics to receive care for herself and her child, the woman's health can be expected to suffer. Women have traditionally given priority to their children's health care needs over their own, and there is no evidence to suggest that AIDS has changed this pattern.³⁷

CONCLUSION

Women of all ages are primarily at risk of contracting AIDS through sexual contact with an infected partner. Most women currently lack needed information, tools, and the power over their own bodies and lives to enable them to reduce their risk. A review of available data leaves a feeling that we must find a "magic bullet" that will give women the

technological means to protect themselves, or there must be a revolution to finally give women equal control over sexual decisions.

Women are more than mothers and whores, and the core issue is about "women's right to be sexual, to separate sexuality from procreation"²³ and to be in control of their own sexual decision-making. For those women who do not seek to conceive, condoms and nonpenetrative sex do exist as potential alternatives. The general problem of powerlessness and lack of control by women in sexual decision-making, however, is highlighted when considering either option, particularly condoms. Women who attempt to introduce condoms into a relationship are often perceived as overly "prepared" for sex, not trusting of their partner's fidelity, unfaithful themselves, or even HIV-infected.^{38,39} For women in the sex industry, a condom may mean accepting a lower fee for service or blurring the distinction between work and love. For all women, condoms and nonpenetrative sex, unlike most other contraceptive technologies available today, both require male cooperation, which implicitly means male control. Women tend to choose contraceptive methods that their male partners are not "inconvenienced" by and often are not even aware of. Evidence from the World Fertility Survey of current contraceptive users shows that the mean level of pill use is 31 percent throughout the developing world, a rate that far exceeds that of any other modern method, including condoms, which are reportedly used by only 7 percent of the population.¹¹ From family planning we know that while many men support controlling the size of their families, few assume primary responsibility for the prevention of pregnancy.

Alternative, women-controlled preventive technology is critically needed, but in the meantime, prevention education programs are also needed that begin to make all sexually active women aware of their potential risk for AIDS. Studies conducted in the United States have shown that while women are relatively knowledgeable about AIDS and endorse condoms as an important way to prevent the spread of HIV, they do not use them, in large part because they do not perceive *themselves* to be at risk.⁴⁰ This lack of risk awareness, which is certainly not unique to U. S. women, is largely a reflection of the false notion that women are not at risk—a perception that must be challenged if effective programs are to be developed.

Efforts to prevent the spread of AIDS to women must therefore focus on empowerment, on the "repossession by women of our bodies,"²³ which will require both social reform and technological support. Acknowledging the risks faced by women and providing them with targeted prevention information are desperately needed, but alone will not enable many women in both developed and developing countries to protect themselves from HIV infection. Supporting efforts to develop women-controlled preventive technology that provides women with real choices is also critical, given the reality of many women's lives.

To be effective, AIDS prevention programs for women must be developed in a context of understanding the social and economic barriers that result in the powerlessness that characterizes many of the women affected by AIDS in both the developing and developed world. It is time to go beyond the simple vision of women as either mothers or whores to a recognition of the diversity of women's sexual roles and the risks they face, often for reasons that go far beyond their individual control. The

“risk-group” approach tends to deny the multiple factors that place women at risk of contracting HIV and to ignore the complexity of implementing change in many women’s lives. To ensure this understanding, the women being targeted must be involved at every stage of policy and program development. Only then can women’s needs begin to be understood and met in ways that will allow them to effectively protect themselves against AIDS.

REFERENCES

1. Daniel, H. *Vida antes da Morte/Life Before Death*, p. 37. Escritorio e Tipografia Jaboti Ltda, Rio de Janeiro, Brazil, 1989.
2. Moskowitz, F. A. *A Leak in the Heart: Tales From a Woman's Life*, p. 99. David R. Godine, Boston, 1985.
3. Mann, J. Women, Mothers, Children and the Global AIDS Strategy. Paper presented at the International Conference on the Implications of AIDS for Mothers and Children, Paris, November 27, 1989.
4. Current trends: First 100,000 cases of AIDS—United States. *MMWR* 38: 561–563, 1989.
5. Staszewski, S. Epidemiology of HIV Infection in Women from Frankfurt Area. Poster presented at the Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 7, 1989.
6. Grant, J. UNICEF's Present Policy and New Approaches. Paper presented at the International Conference on the Implications of AIDS for Mothers and Children, Paris, November 27, 1989.
7. New York State Department of Health. *Status Report: HIV Seroprevalence Study*. Albany, N. Y. July 1988.
8. U.S. Department of State. Pediatric AIDS prevention Under FY 90 Child Survival FRA. Unclassified Cable. American Embassy, Kampala, Uganda. December 5, 1989.
9. Germain, A., and Ordway, J. *Population Control and Women's Health: Balancing the Scales*. pp. 1–15. International Women's Health Coalition, Washington, D.C. June 1989.
10. Gule, G. Z. *Youth Education and Services for Health and Family Life: Situation Analysis in Swaziland*. p. 28. International Planned Parenthood Federation, Africa Region, July 1985.
11. United Nations. *Fertility Behavior in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey*. New York, 1987.
12. Hayashi, K. Adolescent sexual activities and fertility in Japan. *Bull. Inst. Public Health* 32(2–4): 88–94, 1983.
13. Nichols, D., et al. Sexual behavior, contraceptive practice and reproductive health among Nigerian adolescents. *Stud. Fam. Plan.* 17:110–116, 1986.
14. Governor's Task Force on Teen Pregnancy. *A Call to Action: Final Report, Governor's Task Force on Teen Pregnancy, State of Maryland*. p. 56. Annapolis, September 1985.
15. Centers for Disease Control. AIDS cases by sex, age at diagnosis, and race ethnicity, reported through June 1988, United States. In *HIV/AIDS Among Racial and Ethnic Populations*. p. 3. Atlanta, June 1989.
16. Foley, M. J. Women health policymakers: Interview with Dr. Mathilde Krim. *The Network News* (National Women's Health Network) 13(6): 52, 1988.
17. Ojulu, E. Ugandan prostitutes are now wiser. *New African*. September, 1988. p. 34.
18. Youth in the 1980s: Social and Health Concerns. *Popul. Rep. [M]* 12: M-349–M-388. 1985.
19. Lifshiz, A. Inmunodeficiencia adquirida en un sujeto de bajo riesgo: primera mujer en Mexico. In *Revista Medica*. Instituto Mexicano de Seguro Social. Mexico. June 1986.
20. Low income minority women and AIDS. *The Network News* (National Women's Health Network) 13(5): 6, 1988.

21. Scherr, L. Changes in the Impact of AIDS on Obstetrics Staff. Paper presented at the International Conference on the Implications for AIDS for Mothers and Children. Paris. November 29, 1989.
22. Kaleeba, N. Management of Mothers, Children and Families in Developing Countries. Paper presented at the International Conference on the Implications of AIDS for Mothers and Children. Paris. November 28, 1989.
23. Rich, A. *Of a Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. W. W. Norton. New York. 1976.
24. Reid, E. Women and AIDS. In *National AIDS Bulletin*. pp. 20-23. Australian Federation of AIDS Organizations. August 1988.
25. Cohen, J. Overstating the risk of AIDS: Scapegoating prostitutes. *Focus: A Guide to AIDS Research* 2(4): 1-2, 1989.
26. Alexander, P. On Prostitution. pp. 1-20. Unpublished monograph. The National Task Force on Prostitution. February 1987.
27. de Beauvoir, S. *The Second Sex*. Random House, New York. 1952.
28. Y eboah-Afaria, A. Ghanaian prostitutes fight AIDS with condoms. *New African*. January 1989, p. 54.
29. Worth, D. Sexual decisionmaking and AIDS: Why condoms promotion among vulnerable women is likely to fail. *Stud. Fam. Plann.* 20: 297-307. 1989.
30. MacDonald, G. KAP Survey of a Purposive Sample of Male and Female Sex Workers in Metropolitan Manila, the Philippines. Internal AIDSCOM Monograph. Academy for Educational Development, Washington, D.C. January 1989.
31. Katsivo, M. N. Social Characteristics and Sexual Behavior of Women in the High Risk Behavior Category. Paper presented at the Fifth International Conference on AIDS. Montreal. June 7, 1989.
32. Stephens, C. Women Working as Prostitutes: Participatory/Consensus-Based Planning for the Provision of Mobile, Prevention, Risk-reduction, and Seroprevalence Activities. Paper presented at the Fifth International Conference on AIDS. Montreal. June 8, 1989.
33. Hauer, L. B. Pregnancy and HIV Infection. *Focus: A Guide to AIDS Research* 4(11): 1-2. 1989.
34. Arras, J. D. HIV Infection and Reproductive Decisions: An Ethical Analysis. Paper presented at the Fifth International Conference on AIDS. Montreal. June 6, 1989.
35. Cain, M. Women's status and fertility in developing countries: Son preference and economic security. *World Bank Staff Working Paper, No. 682. Population and Development Series, No. 7*, pp. 1-68. World Bank, Washington, D.C., 1984.
36. Hassig, S. Contraceptive Utilization and Reproductive Desires in a Group of HIV-Positive Women in Kinshasa. Paper presented at the Fifth International Conference on AIDS. Montreal. June 7, 1989.
37. Riley, M. Project Director, Children's HIV & AIDS Model Program (Project CHAMP). Children's National Medical Center/Academy for Educational Development, Washington, D.C. Personal communication. May 9, 1990.
38. Worth, D., and Rodriguez, R. Latina women and AIDS. *SIECUS Report* 15(3): 5-7, 1987.
39. Bledsoe, C. The Cultural Meaning of AIDS and Condoms for Stable Heterosexual Relations in Africa: Recent Evidence from the Local Print Media. Paper presented at IUSSP Seminar. Kinshasa, Zaire. February 27, 1989.

40. Valdiserri, R. O., et al. The relationship between women's attitudes about condoms and their use: Implications for condom promotion campaigns. *Am. J. Public Health.* 79: 499-501. 1989.

PN-ABT-393

*Más que madres y prostitutas:
Volviendo a definir la necesidad
de la prevención del SIDA en la mujer*

Kathryn Carovano
The Johns Hopkins University

AIDSCOM
Academy for Educational Development

**AIDSCOM, Contract No. DPE-5972-Z-00-7070-00
United States Agency for International Development
Academy for Educational Development
1255 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037
Tel. (202)862-1900 Fax (202)862-1911**

***Más que madres y prostitutas:
Volviendo a definir la necesidad
da la prevención del SIDA en la mujer***

Kathryn Carovano
The Johns Hopkins University

1992

Esta publicación pertenece a una serie de publicaciones ocasionales que el personal de AIDSCOM y sus consultores han preparado para ofrecer información que puede servir de guía en las actividades de prevención del VIH/ETS a los planificadores de programas del fomento de la salud y el cambio de comportamiento.

Esta serie de publicaciones ha sido financiada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (U.S.A.I.D.) mediante las Oficinas de Educación, Salud, y Población de la División de Investigación y Desarrollo. El Proyecto de AIDSCOM está dirigido por la Academia para el Desarrollo Educativo en Washington, D.C. con la colaboración de la Universidad de Johns Hopkins, Porter/Novelli, la Facultad de Comunicaciones de Annenberg de la Universidad de Pensilvania, y PRISM/DAE.

*Proyecto No. 936-5972
Apoyo Técnico para el SIDA:
Componente de Comunicación en Salud Pública
Contrato No. DPE-5972-Z-00-7070-00*

UNIDOS PARA UN MUNDO SIN SIDA: AIDSCOM

El Proyecto de comunicación en salud pública para la prevención del SIDA (AIDSCOM) busca desarrollar, examinar, y perfeccionar la aplicación del esquema conceptual en comunicación en salud pública en la prevención y control del SIDA. Comunicación en Salud pública utiliza e integra las experiencias exitosas de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (U.S.A.I.D.) en el desarrollo de la comunicación y mercadeo social y se concentra en planificación, intervención, monitoreo y evaluación. Dado el desafío de controlar la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), AIDSCOM se ha empeñado en aumentar la comprensión del papel integral que juega la comunicación en la producción de cambios de comportamiento.

AIDSCOM ha demostrado que las investigaciones operacionales y de comportamiento deben formar las bases para las eficaces estrategias de comunicación. El proyecto también ha demostrado que la máxima participación de la población meta aumenta considerablemente la eficiencia en las intervenciones de cambio de comportamiento. Al llevar a práctica estas intervenciones se ha demostrado que los esfuerzos de comunicación ofrecen una oportunidad única para influenciar normas sociales y hacer que el cambio de comportamiento sea una opción para los individuos que se encuentran en riesgo.

Desde 1987, AIDSCOM ha dirigido evaluaciones de oportunidades y programas de prevención del VIH en 67 países a nivel mundial y llevó a cabo una extensa asistencia técnica en 42 de esos países. AIDSCOM asesora a gobiernos y a una amplia variedad de organizaciones no gubernamentales y privadas en Africa, Asia, la región del Caribe, América Latina y el Cercano Oriente.

En el mundo entero millones de personas interesadas tienen recursos para compartir, ideas para contribuir, y desempeñan una función en el esfuerzo de mantener al mundo contra el SIDA. La solidaridad para detener el VIH pueden ser personales e institucionales, públicas y privadas, nacionales y locales, organizadas y espontáneas. AIDSCOM busca ser un catalizador para los cambios en la construcción y apoyo de estas importantes relaciones. Esta serie de publicaciones está dedicada a las miles de personas que se han unido para un mundo sin SIDA.

AIDSCOM

Academy for Educational Development
1255 23rd Street, N.W.
Suite 400
Washington, D.C. 20037
Teléfono: (202) 862-1900
Fax: (202) 862-1947

Day Wilkes, Coordinadora de Producción
Rosa Maria Wallach, Traductora
Patricia Ardila, Editora

TABLA DE CONTENIDO

LA EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA ENTRE LAS MUJERES	3
LA MUJER ADOLESCENTE	4
“LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA”	5
LA MUJER EN LA INDUSTRIA DEL SEXO	7
TOMA DE DECISIONES CON RESPECTO AL EMBARAZO PARA LA MUJER QUE VIVE CON VIH Y SIDA.....	9
CONCLUSIONES	11

E

n la primavera de 1989, mientras trabajaba en Lima (Perú), un grupo de mujeres feministas organizó una reunión con el fin de que yo les hablara acerca de las mujeres y el SIDA. Hablamos mucho sobre los riesgos que enfrenta la mujer y sobre lo que ellas pensaban que se podría hacer, y discutimos varias opciones: el condón y el sexo sin penetración. Frescia, una educadora de salud que estaba presente, nos relató la siguiente historia:

Acabábamos de terminar un programa de promoción de salud con un grupo de mujeres y les solicitamos que llenaran un formulario de evaluación. Una de las mujeres que mejor se había desempeñado durante la capacitación se estaba demorando mucho en responder al cuestionario, así que decidí preguntarle si tenía algún problema con éste. Me dijo que tenía mucha dificultad para leerlo, así que le pregunté si necesitaba anteojos. Ella me dijo que sí, que se había hecho un examen de la vista hacía diez años y que el doctor le había recetado anteojos. Ella los había comprado pero los perdió a los pocos meses. Para explicar por qué no había vuelto a comprar otro par dijo: "Mi esposo me dijo que yo era tan estúpida que él nunca me iba a comprar otro par." Imagínense a esta mujer pidiéndole a su marido que use condón o que considere tener relaciones sexuales sin penetración.

En todo el mundo, la mujer corre un riesgo cada vez mayor de contraer el VIH. La falta de control sobre sus cuerpos y sobre sus propias vidas está a la raíz del problema. Herbert Daniel,¹ escritor y activista que vive con SIDA en el Brasil señaló: "Como cualquier otra epidemia, el SIDA ataca los puntos más débiles de las desigualdades sociales. No podemos enfrentar la epidemia si tratamos de esconder las contradicciones y conflictos que ésta ha sacado a la luz."

Mientras la epidemia del SIDA se propaga, una vez más nos vemos forzados a enfrentar una de las desigualdades más evidentes de nuestra sociedad: la desigualdad entre los sexos. La falta relativa de control de la mujer frente al hombre, particularmente en el contexto de las relaciones sexuales, aumenta el riesgo de la mujer de contraer el VIH. Las mujeres con un menor control—generalmente aquellas pobres—son las que corren un riesgo mayor. Para poder desarrollar programas efectivos de prevención del SIDA, debemos confrontar los desafíos que esta desigualdad presenta y desarrollar programas que le den a la mujer un mayor control sobre su sexualidad y sobre su propia vida. El primer paso para poder desarrollar programas de prevención para la mujer consiste en reconocer que ésta corre el riesgo de contraer el VIH/SIDA porque es sexualmente activa y esta actividad trasciende el simple hecho de tener

Esta reimpresión ha sido autorizada por la *International Journal of Health Services*, Volumen 21, Número 1, p.131-142. © 1991 por Baywood Publishing Company, Inc.

relaciones sexuales para procrear o por dinero. Para algunas de ellas el sexo también significa placer, mientras que para otras el sexo es simplemente parte de la sobrevivencia.

En todo el mundo la identidad sexual de la mujer se ha definido con base en su capacidad reproductiva y, en menor grado, con base en su vinculación al comercio sexual. La maternidad legitima la sexualidad de la mujer y muy a menudo su función en la vida, mientras que la prostitución le provee los medios para sobrevivir, aunque con un gran estigma. En muchas sociedades, la mujer ha sido tradicionalmente identificada sexualmente como madre o como prostituta: las “niñas buenas” o las “niñas malas”. Al examinar los esfuerzos actuales de prevención del SIDA dirigidos hacia la mujer, se encuentra que esta dicotomía es la que predomina y la que está siendo utilizada como marco para identificar los riesgos relacionados con la mujer. Muchas sociedades juzgan a la mujer sensual y sexual como “mala”, de manera que básicamente son las “niñas malas” aquellas que se considera corren el riesgo de contraer el VIH. A las “niñas buenas”, por el contrario, se les percibe como asexuales o su sexualidad se relega al reino de la procreación, el cual no sólo es aceptado si no que se le considera ajeno a la transmisión del VIH. “Madre” y “prostituta” son definiciones de mujer que se basan en la relación que ésta tiene con otras personas; “A las mujeres muy a menudo se nos define según quien requiera apoyarse en nosotras. El nombre que se nos dé dependerá de quien nos necesite”.² En el contexto del SIDA, estas definiciones reflejan las necesidades del hombre y del niño, y es en la relación con la mujer infectada con el VIH que ésta se convierte en preocupación o amenaza. El énfasis en estas identidades específicas de “madre” y “prostituta”, entre otras varias que definen a la mujer, nos conduce fácilmente a la hipótesis de que los esfuerzos para prevenir el SIDA entre las mujeres han sido el resultado, no de un interés por la mujer, en sí misma, sino más bien de una preocupación primordial por proteger la salud del hombre y del niño.

El impacto de esta manera de pensar se refleja en el hecho de que hasta la fecha, la mayoría de los programas de prevención del SIDA para la mujer han sido diseñados para aquéllas vinculadas a la industria del sexo. La mujer que se dedica a la prostitución ha sido identificada como una de las principales fuentes de infección con el VIH y, como tal, un “grupo de riesgo” que amenaza a la “población en general”. El incremento en el número de niños que corren el riesgo de contraer el VIH debido al porcentaje elevado de infección entre las mujeres, ha hecho que se formulen nuevos programas orientados hacia la mujer embarazada. Desafortunadamente, aquellas mujeres que no caen en ninguna de estas dos categorías—es decir, la mayoría de nosotras—han sido ampliamente ignoradas por los planificadores de programas de prevención del SIDA y por los organismos encargados de ejecutarlos. Por lo tanto, no es sorprendente que el número de casos declarados de SIDA entre mujeres continúe aumentando en proporciones alarmantes.

LA EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA ENTRE LAS MUJERES

Según la Organización Mundial de la Salud, de las 600.000 personas que se estima desarrollaron el SIDA en la década de los ochenta, más de 150.000 fueron mujeres. En los próximos dos años, 500.000 personas más van a desarrollar el SIDA y este total se supone que 200.000 serán mujeres. En otras palabras, se espera que el número de mujeres que se enfermarán de SIDA durante 1990 y 1991 sea mayor el de aquéllas que desarrollaron la enfermedad durante la década pasada.³

Estas cifras de por sí son alarmantes. Sin embargo, el número real de mujeres que han muerto o que están viviendo con SIDA es indudablemente mucho mayor de lo que estas cifras sugieren. En general, el subregistro de casos de personas con SIDA es un problema reconocido en el mundo en desarrollo, mientras que el subregistro de casos entre las mujeres en particular es un problema en todas partes. Con respecto a ésta última, el subregistro resulta de factores tan variados como la falta de acceso a los centros de salud, la exclusión de las "enfermedades femeninas" de los criterios de diagnóstico del SIDA y la actitud persistente de muchos médicos de que "a las niñas buenas no les da el SIDA". Aun así, las estadísticas nos muestran cifras crecientes de mujeres diagnosticadas con SIDA en todo el mundo. La mayoría de ellas son pobres, ya sea que vivan en Newark, Bangkok, Nairobi o Río de Janeiro.

En los Estados Unidos, la proporción del total de casos de SIDA identificados entre mujeres ascendió del 7 por ciento antes de 1985 al 11 por ciento durante los primeros seis meses de 1989.⁴ En la ciudad de Frankfurt (Alemania) el porcentaje de pacientes infectadas con el VIH aumentó del 4 por ciento en 1984 al 25 por ciento en 1988.⁵ En muchos países africanos localizados al sur del Sahara la mujer representa el 50 por ciento o más de los casos de SIDA. Porcentajes similares han sido identificados en algunas partes del Caribe angloparlante. Estudios llevados a cabo entre mujeres embarazadas han revelado niveles de seropositividad del 10.5 por ciento en Puerto Príncipe (Haití) y del 24 por ciento en Kampala (Uganda).³ En Latinoamérica y Asia, la mujer representa en la actualidad un pequeño pero creciente porcentaje de los casos declarados de SIDA. El incremento de casos de SIDA pediátrico revela el efecto escalofriante de la infección del VIH en la mujer; según James Grant,⁶ Director General de UNICEF, más del 90 por ciento de los casos de SIDA pediátrico son el resultado de transmisión perinatal. Una tercera parte del total de las muertes de niños en algunas de las ciudades del África se debe al SIDA. En algunos sectores de la ciudad de Nueva York, uno de cada 100 recién nacidos ha contraído la infección del VIH.⁷ UNICEF ha proyectado que la tasa promedio de mortalidad infantil en diez países del este y centro de África se elevará de 164 por mil actual a 185 por mil para el año 2000; antes del VIH, se había proyectado que la tasa actual iba a disminuir a 130 por mil durante la próxima década. Además, UNICEF ha estimado que para el final de la década, aproximadamente 5 millones de niños habrán perdido a sus padres debido al SIDA en esos países.⁶ Una encuesta conducida en 1989 en Rakai, distrito de Uganda—la región más golpeada por el SIDA—encontró que 23.351 niños ya habían perdido a uno de sus padres, la mayoría de ellos por causa del SIDA.⁸

Estas estadísticas alarmantes indican la necesidad de desarrollar programas de prevención del SIDA que le den información y poder a todas las mujeres sexualmente activas. El resto de este artículo se centrará sobre los riesgos que el SIDA presenta a segmentos específicos dentro de la población de mujeres, empezando con las adolescentes.

LA MUJER ADOLESCENTE

Si asumimos que saber es poder, las mujeres adolescentes son probablemente las que menos poder tienen, sobre todo cuando se trata de su capacidad para protegerse de la infección del VIH.

La filosofía que “gufa” la sexualidad adolescente en varias culturas es que “si no les habla sobre el sexo, ellas no lo van a hacer”. Esta lógica, sin embargo, está totalmente equivocada. Las adolescentes son seres sexuales con diferentes grados de conocimiento y entendimiento sobre sí mismas. Muchas de ellas tienen y van a tener relaciones sexuales a pesar de la falta de acceso a la información adecuada sobre el tema. Desafortunadamente, si no se les habla, lo más seguro es que tengan “relaciones sexuales arriesgadas”. El contacto sexual ocurre y puede ocurrir sin que la persona tenga mucho conocimiento; el “sexo sin riesgo” exige saber distinguir entre las actividades arriesgadas y las que no lo son, así como la capacidad de escoger el “sexo sin riesgo”.

Hábleseles o no de ello, las adolescentes están teniendo relaciones sexuales. Muchas mujeres—y muchos hombres—tienen sus primeras relaciones sexuales antes del matrimonio, generalmente durante la adolescencia; muy a menudo, estos primeros encuentros se realizan sin protección alguna. Las investigaciones conducidas en el área de la planificación familiar han revelado que las adolescentes reciben muy poca información y de baja calidad en lo que se refiere a la salud y a la reproducción. Esto refleja parcialmente el hecho de que la sociedad no acepta, en muchos países, que a los adolescentes hay que darles educación sexual y facilitarles el acceso a los anticonceptivos. En los países en desarrollo, los anticonceptivos muchas veces se encuentran únicamente al alcance de la mujer casada y en algunos casos al de aquéllas que ya han tenido un hijo o más.⁹

En la mayoría de los países del mundo, un alto porcentaje de los nacimientos ocurre en mujeres menores de 20 años; un estudio conducido en Swazilandia en 1985 indicó que más del 30 por ciento de los niños recién nacidos tenían madres cuyas edades oscilaban entre los 15 y los 19 años de edad.¹⁰ Según el *World Fertility Survey*, la tasa de fertilidad promedio para las mujeres entre los 15 y los 19 años en los países en vías de desarrollo es de 8.7 por ciento del total global.¹¹ Los altos niveles de embarazos y abortos en adolescentes en Japón,¹² Nigeria,¹³ y Baltimore, (EEUU)¹⁴ reflejan una realidad donde se presenta un alto nivel de actividad sexual y un bajo nivel del uso correcto de anticonceptivos entre las adolescentes.

Dadas las prácticas sexuales de las adolescentes, la amenaza del SIDA no se puede ignorar. En 1989, el 26,3 por ciento (n = 4.306) de los casos registrados de mujeres con SIDA en los Estados Unidos ocurrió entre aquellas cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 29 años de edad.¹⁵ Dado el largo período de incubación del SIDA, es muy probable que la mayoría de estas mujeres se hubieran infectado durante la adolescencia. Una encuesta realizada en 1988 en un refugio para adolescentes en la ciudad de Nueva York indicó que el 18 por ciento de las niñas que constituyeran la muestra resultó positivo en la prueba de anticuerpos al VIH.¹⁶ En algunas ciudades del Africa donde la tasa de infección entre adultos sexualmente activos ha alcanzado entre el 30 y el 40 por ciento, el riesgo que se corre de exponerse al VIH mediante contacto sexual es extremadamente alto. Las mujeres jóvenes tienen su primera relación sexual generalmente más tarde que los hombres de su misma edad, y es por eso que corren el riesgo de contraer el VIH durante su primer encuentro sexual. Según algunos informes, en Uganda los hombres mayores buscan a colegialas en vez de prostitutas para tener "relaciones sexuales libres de SIDA."¹⁷

Mientras que cada día hay más programas de prevención del SIDA para mujeres adolescentes y niñas en edad escolar en los países desarrollados, en el mundo en desarrollo son todavía extremadamente raros. La necesidad de dichos programas es crítica, si bien la alta tasa de deserción escolar en los países en vías de desarrollo indica que los programas que se llevan a cabo en los colegios no son suficientes. En promedio, el 44 por ciento de las mujeres casadas en el mundo en desarrollo no ha recibido una educación básica; de las que sí han recibido, solamente el 7 por ciento tiene 10 ó más años de estudios.¹¹ Es por eso que se requieren programas de prevención dirigidos a todas aquellas mujeres jóvenes—especialmente en las poblaciones minoritarias—que se hallan por fuera del sistema educativo, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Las mujeres adolescentes, como las demás, necesitan recibir información que les ofrezca alternativas basadas en el conocimiento de su comportamiento sexual. Estudios conducidos entre adolescentes que han recibido educación sexual han demostrado que es improbable que éstas se inicien en las actividades sexuales antes o con más frecuencia aquellas que no han recibido educación sexual, si bien es más probable que las primeras usen anticonceptivos.¹⁸ La educación sexual y la información sobre el SIDA no son afrodisíacos sino instrumentos esenciales para la salud y la supervivencia de las adolescentes. Negarles el acceso a esta información significa dejarlas indefensas y en peligro de contraer el VIH.

“LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA”

La primera mujer diagnosticada con SIDA en México (en 1985) tenía 52 años de edad, era ama de casa y vivía en la ciudad de México; su único comportamiento “arriesgado” había sido tener relaciones sexuales con su marido sin protegerse.¹⁹ La gran mayoría de mujeres con SIDA e infectadas con el VIH se encuentran entre los 20 y 45 años de edad y constantemente nos referimos a ellas como “mujeres en edad reproduc-

tiva". Las mujeres mayores de 20 años han sido tan abandonadas como las jóvenes adolescentes. Aunque, las primeras se hallan por lo general mejor informadas acerca de la sexualidad y la planificación familiar, y quizás estén más capacitadas para tomar decisiones maduras acerca de su comportamiento sexual, también enfrentan un peligro cada vez mayor de contraer el VIH pues en su mayoría permanecen desinformadas. Hasta el momento, este grupo—a no ser que esté involucrado en la prostitución—ha recibido una atención mínima por parte de todos los sectores de nuestra sociedad.

La razón principal para la falta de programas dirigidos a este sector de la población es la falsa creencia de que no corren ningún riesgo. Estas son las "niñas buenas" a las que por lo general se les percibe como fieles, monogámicas o asexuales y por lo tanto inmunes a contraer el VIH. Solamente cuando la mujer en este grupo etéreo está embarazada o considerando quedar embarazada se le confronta directamente con el posible riesgo de contraer el VIH, aunque generalmente en el contexto de la preocupación social por el niño que todavía no ha nacido. Tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo, muchas mujeres se enteran de este hecho solamente cuando a uno de sus hijos lo diagnostican con SIDA; en los Estados Unidos, alrededor del 60 por ciento de mujeres infectadas con el VIH se entera de su condición seropositiva solamente una vez que uno de sus niños ha sido diagnosticado con SIDA.²⁰ La prueba de anticuerpos en la mujer embarazada es rutinaria y se ha convertido en la norma en muchos países desarrollados incluyendo el Reino Unido, país que en noviembre de 1989 aprobó la legislación que convierte dicho examen en un requisito necesario para la mujer embarazada.²¹

Irónicamente, a pesar de que a esta población se le identifica como "mujeres en edad reproductiva", la única sugerencia que se les puede dar es que si creen que están en peligro de contagiarse, deben protegerse del SIDA usando métodos que eliminen la posibilidad de concebir. Los medios para prevenir la transmisión sexual del VIH son tan limitados que han revelado la contradicción entre la prevención de la infección y el rol reproductivo de las mujeres. Como se discutió anteriormente, los condones y el sexo sin penetración son actualmente los únicos medios al alcance de hombres y mujeres sexualmente activos para evitar la transmisión del VIH. Además de proveer protección contra la transmisión sexual del VIH, ambos métodos inhiben la concepción, lo cual puede constituir una ventaja para algunas, pero representa una falla crítica para aquéllas que desean concebir.

Noreen Kaleeba,²² Directora de la Organización de Apoyo para el SIDA en Uganda, hizo evidente este dilema cuando describió su experiencia de consejería con una mujer joven que estaba considerando quedar embarazada. A pesar de reconocer el riesgo, las razones de su cliente para no tomar precauciones contra el VIH incluían las siguientes: "Los bebés y los condones no van juntos; las relaciones sexuales sin penetración no significan nada para el hombre; y es responsabilidad de la mujer parir un hijo". La maternidad da status y seguridad y convalida la vida de muchas mujeres. En muchas culturas a las mujeres se les dice que el propósito de su existencia es traer hijos al mundo, especialmente varones, y que su valor depende de que ésto se realice.²³

En muchas culturas, la mujer no alcanza una posición social si no puede o decide no tener hijos. "En la medida en que no hay ninguna alternativa social o identidad personal que separe a la mujer de su papel de madre, el riesgo de ser infectada es mucho mayor."²⁴ En otras palabras, mientras no exista otro rol válido para la mujer que decida no tener hijos, las medidas preventivas que le niegan la importancia de ese rol tendrán solamente un impacto limitado. Ofrecerle a la mujer exclusivamente métodos de prevención del VIH que contradicen la mayoría de las normas de una sociedad sobre la fertilidad significa negarle cualquier opción. La necesidad de investigar y producir un virucida efectivo que permita prevenir la transmisión del VIH sin impedir la reproducción es crucial si se le dan opciones verdaderas a la mujer.

La mujer necesita protegerse del VIH sin que se le obligue a perder la opción de tener hijos. En un mundo ideal, la monogamia mutua le permitiría a la mujer tanto protegerse como tener hijos sanos. Sin embargo, ésta no es una realidad que predomine en las relaciones humanas en la mayoría de las poblaciones del mundo. Forzar a la mujer a confiar en la abstinencia, en las relaciones sexuales sin penetración, en los condones masculinos o femeninos y en espermicidas de gran potencia es ignorar la importancia que se le da al rol reproductivo de la mujer.

LA MUJER EN LA INDUSTRIA DEL SEXO

En enero de 1990, la *Prensa Libre*, uno de los diarios más importantes de Guatemala publicó una petición del Director Regional de Salud de Escuintla dirigida a la policía nacional para que se iniciara la búsqueda en todo el territorio nacional de una joven salvadoreña que había abandonado la ciudad. El artículo mencionaba su nombre, hacía una descripción de su apariencia física y proporcionaba información sobre el lugar donde había trabajado recientemente. La justificación para la búsqueda: la joven del caso era una prostituta que había resultado positiva al VIH. El objetivo: encontrar a esta mujer y ponerla bajo "vigilancia médica" para así evitar que el VIH se propagara en Guatemala.

En todo el mundo se han desarrollado programas de prevención del SIDA orientados hacia la mujer en la industria del sexo. Varios de ellos se han realizado con la clara intención de proteger a la mujer que trabaja en una actividad comercial que se considera potencialmente arriesgada. Pero también hay casos innumerables en que se ha abusado de ellas y se les ha utilizado como "chivos expiatorios". A las prostitutas se les ha llamado "reservorios de transmisión" y se les culpa por "propagar el SIDA". Esta es la típica imagen de "niña mala"; la mujer vista como seductora, mientras que al hombre se le ve como un ser inocente que responde a sus necesidades naturales. Las prostitutas son vistas como las encargadas de incitar al hombre para que se pierda, de manera que son ellas las responsables de su propia enfermedad y de la de los otros. Es importante notar que a pesar de esta imagen de la prostituta como portadora, hasta enero de 1989, en los Estados Unidos, "...no existe

ninguna documentación de casos de hombres que hayan sido infectados mediante el contacto directo con una prostituta específica.”²⁵

La prostitución ha existido en todas las sociedades desde tiempos inmemoriales y continúa existiendo como resultado de un doble estándar sexual que le limita a la mujer sus opciones económicas y sus medios de expresión sexual. Por definición, la prostitución es el intercambio de servicios sexuales por dinero o bienes, y se asume que la mayoría de las mujeres que se vinculan voluntariamente a ella lo hacen primordialmente por razones económicas.²⁶ Como Simone de Beauvoir²⁷ señala en su libro “El segundo sexo”:

La verdad es que en un mundo donde la miseria y el desempleo prevalecen, siempre va a haber gente que entre en cualquier profesión disponible; mientras la policía y la prostitución existan, siempre habrá policías y prostitutas, más aun si estas ocupaciones pagan mejor que muchas otras. Es pura hipocresía el admirarse de la oferta que la demanda del sexo masculino estimula; ésto es simplemente una acción elemental y universal de un proceso económico.

Según un artículo publicado en “New African”, los problemas económicos obligaron a muchas mujeres de Ghana a buscarse un ingreso a través de la prostitución; estas mujeres actualmente constituyen la población en mayor peligro de contraer el VIH/SIDA en Ghana.²⁸

Se han hecho grandes esfuerzos por desarrollar programas de prevención del SIDA orientados hacia la mujer en la industria del sexo. Hasta la fecha, este trabajo ha utilizado cinco enfoques principales que podrían resumirse de la siguiente manera:

- Métodos que realmente le ofrecen a la mujer la información y los conocimientos necesarios que le permitan protegerse a sí misma o por lo menos que le den una mejor oportunidad de hacerlo.
- Métodos que buscan evadir el riesgo que presenta el VIH dándole a las trabajadoras del sexo capacitación laboral y otras alternativas de empleo.
- La persecución y/o el arresto de la mujer, teóricamente como medio de eliminar la prostitución.
- Exámenes rutinarios de anticuerpos al VIH para las prostitutas que están registradas legalmente o semilegalmente.
- La combinación de uno o más de los anteriores.

De todos estos enfoques solamente el primero ha probado ser correcto o efectivo en la prevención de la propagación del VIH entre las prostitutas. Los otros utilizan a las mujeres como “chivos expiatorios”, son poco realistas ó ignoran a las prostitutas concentrándose más bien en la protección de sus clientes masculinos. Una falla común a casi todos los esfuerzos hasta ahora realizados es que ninguno se concentra en la educación tanto de los clientes como de aquellos hombres con quienes las prostitutas mantienen relaciones sexuales estables y no por dinero, ni tampoco reconoce que no todo el sexo es “trabajo”.

Las mujeres involucradas en la prostitución enfrentan los mismos peligros en su vida íntima no comercial que las mujeres que no "trabajan".²⁹ En los esfuerzos para promover cambios de comportamiento entre las prostitutas se ha encontrado que el área de mayor resistencia es aquélla que involucra las relaciones no comerciales con su pareja estable. "Aunque la mayoría de las prostitutas [en los Estados Unidos] espera usar condones con sus clientes, no ocurre lo mismo cuando se trata de sus parejas estables."²⁵ Adicionalmente, numerosos estudios han demostrado que con mayor frecuencia de la esperada, las trabajadoras del sexo son tanto madres como prostitutas. En una encuesta que se llevó a cabo entre 100 trabajadoras del sexo en el área metropolitana de Manila (Filipinas) se encontró que el 31 por ciento de ellas eran casadas y el 62 por ciento mantenían a sus hijos, mientras que el 14 por ciento criaban a sus hijos sin ningún tipo de apoyo de parte del esposo o familia.³⁰ Una encuesta entre 47 prostitutas realizada en Nairobi (Kenya) encontró que todas tenían por lo menos un hijo; sin embargo el 95 por ciento de ellas no estaban casadas.³¹ Enfoques que niegan el rol de madre y amante en la prostituta no han sido ni serán eficaces en la prevención de la propagación del VIH entre las mujeres.

El primer paso para desarrollar programas efectivos de prevención del SIDA dirigidos a la mujer en la industria del sexo consiste en reconocer la diversidad de grupos de mujeres involucradas en la prostitución, así como la complejidad de sus vidas. La situación de las mujeres varía según factores tales como número de dependientes, edad, estado civil, salud en general y apariencia, lugar de trabajo (por ejemplo: calle, burdel, bar), uso de drogas, participación voluntaria o forzada en la prostitución y comportamiento sexual. Muchos de estos factores afectan el grado de control que las trabajadoras sexuales tengan en sus encuentros y determinan si es preferible capacitarlas para negociar el sexo sin riesgo o en las técnicas del uso del condón que permiten que sus clientes no lo perciban.

Para aquellas mujeres que escogen o que son forzadas a trabajar en la industria del sexo, el riesgo que el SIDA presenta es potencialmente alto y la necesidad de información y destrezas específicas es muy grande. "Las mujeres en general y las trabajadoras del sexo en particular tienen muy poca confianza en las 'buenas intenciones' de los extraños,"³² y los programas que incluyen a las trabajadoras del sexo en su diseño e implementación han probado ser los de mayor éxito.

TOMA DE DECISIONES CON RESPECTO AL EMBARAZO PARA LA MUJER QUE VIVE CON VIH Y SIDA

Mientras el VIH continúa propagándose entre las mujeres, la necesidad de programas de prevención y apoyo para ellas y sus hijos sigue aumentando. Las mujeres que han resultado positivas al VIH necesitan tener acceso a información adecuada sobre la transmisión del virus y sobre cómo manejar la enfermedad. Igualmente necesitan recibir consejería

que les ayude a tomar decisiones correctas acerca de su futuro comportamiento sexual y sobre su fertilidad.

Las mujeres con SIDA necesitan entender el alto riesgo que corren con el embarazo y con la exposición repetida al VIH. Los resultados de los estudios sobre cómo el embarazo afecta la salud de la mujer infectada con el VIH son todavía inconclusos, aunque la mayoría sugiere que quizás tenga muy poco impacto. Además, la mujer necesita informarse sobre el peligro de transmitirle el virus al bebé en gestación. Estimativos actuales sobre tasas de transmisión vertical oscilan entre 30 y 50 por ciento,³³ un riesgo que puede ser o no considerado aceptable por una mujer infectada con VIH y/o su pareja. Una anécdota popular se refiere a una mujer pobre, negra y seropositiva quien después de haber sido acusada por su médico de haber tomado la decisión irresponsable de seguir con su embarazo respondió: "Cincuenta por ciento es la mejor probabilidad que me han dado desde que me diagnosticaron que tenía el virus."³⁴ La percepción del riesgo es relativa y es con base en ella que la mujer y/o la pareja debe tener la libertad de escoger si desea o no tener hijos o continuar con el embarazo.

En todo el mundo, millones de mujeres estériles o semiestériles viven con el temor de que vayan a terminar divorciadas o excluidas de la sociedad por no poder concebir.⁹ "El status de la mujer como madre se ha convertido en un factor de gran importancia en su vida. Términos como 'estéril' o 'sin hijos' han sido usados para negarle [a la mujer] otra identidad."²³ El argumento que sugiere que la mujer contagiada con el VIH no debe quedar embarazada básicamente la califica de estéril.

En muchas partes del mundo, y en particular en el mundo en desarrollo, las mujeres toman decisiones sobre su reproducción considerando a los niños como una inversión segura para el futuro. Los estudios han demostrado que "cuanto más alto es el índice de mortalidad infantil se requiere una mayor fertilidad para alcanzar la meta [de seguridad]."³⁵ A medida que los niveles de mortalidad infantil aumentan como resultado del VIH, es posible que veamos más alumbramientos en vez de menos por parte de mujeres que tienen la enfermedad del VIH. Una encuesta llevada a cabo entre 58 mujeres con la infección del VIH en Kinshasa (Zaire) respalda esta posibilidad documentando que el 71 por ciento del total quería más niños durante los próximos dos años y el 5 por ciento ya se encontraba en estado.³⁶ En un estudio realizado en Puerto Príncipe (Haití) se encontró que los embarazos eran tan comunes entre las mujeres infectadas con VIH como entre el grupo de control de mujeres que no estaban infectadas.³ El argumento de que la mujer infectada con VIH debe recibir "consejería directiva" que la conduzca a evitar o a terminar el embarazo niega tanto la complejidad como la importancia real que tiene la maternidad en la vida de muchas mujeres.

Para la mujer infectada con el VIH que decide tener hijos o que ya ha tenido niños nacidos con la infección, se requieren programas de salud integrados que le presten cuidado simultáneo a la mujer y a los niños. Si la mujer tiene que ir a dos clínicas diferentes para recibir el cuidado que ella y sus hijos necesitan, es muy probable que su salud sufra. Tradicionalmente, la mujer le ha dado prioridad a las necesidades de salud de sus hijos sobre las suyas propias y no hay evidencia que sugiera que el SIDA está cambiando esta norma.³⁷

CONCLUSIONES

Las mujeres de todas las edades corren el riesgo de contraer el VIH/SIDA principalmente mediante el contacto sexual con un compañero infectado. Actualmente, la mayoría de las mujeres carece de la información necesaria, los conocimientos esenciales y el poder sobre sus propios cuerpos y vidas que les permitan reducir el riesgo. La revisión de los datos disponibles nos deja la sensación de que debemos, o bien encontrar la "barita mágica" que le de a la mujer los medios tecnológicos para protegerse a sí misma, o hacer una revolución para que finalmente la mujer adquiera la igualdad en el manejo de sus decisiones sexuales.

Las mujeres son más que madres y prostitutas, así que el asunto debe girar sobre su "derecho a ser una persona sexual y a separar la sexualidad de la procreación"²³ a tiempo que gana control sobre su capacidad de tomar decisiones acerca de su propia sexualidad. Para aquellas mujeres que no desean concebir, los condones y el sexo sin penetración constituyen excelentes alternativas. Sin embargo, el problema general de la falta de poder y control de las mujeres en la toma de decisiones acerca de su sexualidad se hace evidente cuando se consideran cualquiera de las dos opciones, particularmente los condones. La mujer que intenta introducir condones en una relación es generalmente percibida o como extremadamente "preparada" para tener contacto sexual, o desconfiada respecto a la fidelidad de su pareja, o infiel ella misma, o aun infectada con el VIH.^{38,39} Para las mujeres en la industria del sexo, el condón significa muchas veces tener que aceptar una tarifa más baja por sus servicios o tener que borrar la distinción entre trabajo y amor. Para todas las mujeres, el condón y el sexo sin penetración—a diferencia de otros métodos anticonceptivos que se encuentran en el mercado hoy en día—requieren la cooperación del hombre, lo que implícitamente significa que éste está en control. La mujer tiende a escoger los métodos anticonceptivos que a su pareja no le parezcan "inconvenientes" o cuya utilización pase desapercibida. El *World Fertility Survey* sobre los usuarios actuales anticonceptivos indica que el nivel medio de uso de la píldora es de 31 por ciento en el mundo en desarrollo, una tasa que excede de lejos cualquier otro método moderno, incluidos los condones, cuyo uso ha sido reportado solamente por un 7 por ciento de la población.¹¹ De la planificación familiar sabemos que si bien muchos hombres se encuentran a favor de controlar el número de hijos en la familia, muy pocos asumen la responsabilidad primordial por evitarlos.

Los métodos alternativos de prevención controlados constituyen una necesidad urgente, pero mientras tanto se requieren programas de educación en prevención para lograr que la mujer sexualmente activa sea consciente del riesgo potencial que presenta el SIDA. Los estudios conducidos en los Estados Unidos han demostrado que aunque la mujer tenga cierto conocimiento sobre el SIDA y esté de acuerdo con usar condones como mecanismo importante de prevenir la propagación del VIH, la mayoría de ellas no los usan, en gran parte porque no creen que **ellas mismas** puedan correr el riesgo de infectarse.⁴⁰ Esta falta de conciencia sobre el riesgo, que no es exclusiva de la mujer norteamericana refleja en gran parte la falsa creencia de que la mujer no está en

peligro—una noción que debe ser cuestionada si es que se quieren desarrollar programas efectivos.

Los esfuerzos para prevenir la propagación del VIH/SIDA entre las mujeres deben centrarse en devolverles el control, en “permitir que las mujeres recuperemos nuestros cuerpos”,²³ lo cual va a requerir una reforma social y apoyo tecnológico. Es absolutamente necesario reconocer los riesgos que la mujer enfrenta y darle la información específica sobre prevención; sin embargo esto por sí mismo no va a permitir que muchas mujeres en los países desarrollados y en desarrollo se protejan de la infección del VIH. También se requieren esfuerzos dirigidos a desarrollar una tecnología preventiva controlada por la mujer misma que le dé verdaderas alternativas, dadas las realidades que viven muchas de ellas.

Para poder ser efectivos, los programas de prevención del SIDA deben desarrollarse en un contexto donde se entiendan las barreras sociales y económicas que resultan en la falta de poder de decisión por parte de muchas de las mujeres afectadas por el SIDA, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. Ya es tiempo de que se trascienda esa visión simplista de la mujer como madre o puta y de que se reconozca la diversidad de los roles sexuales de la mujer así como los riesgos que ella enfrenta, a menudo por razones que están por fuera de su control individual. El enfoque de “grupo en riesgo” tiende a negar los múltiples factores que colocan a la mujer en peligro de contraer el VIH e ignora la dificultad de implementar cambios en la vida de muchas de ellas. Para asegurar que esto se comprenda, las mujeres a las cuales se dirigen los programas deberán estar involucradas en todas las etapas de su diseño y desarrollo así como de políticas que los subyacen. Sólo entonces se empezarán a comprender y enfrentar las necesidades de las mujeres de una manera que les permita a ellas mismas protegerse eficazmente contra el SIDA.

REFERENCIAS

1. Daniel, H. *Vida Antes da Morte/Life Before Dead*, p. 37 Escritorio e Tipografia Jaboti Ltda. Río de Janeiro, Brazil, 1989.
2. Moskowitz, F. A. *Leak in the Heart: Tales From a Woman's Life*, p. 99. David R. Godine, Boston, 1985
3. Mann, J. Women, Mothers, Children and the Global AIDS Strategy. Informe presentado en la "International Conference on the Implications of AIDS for Mothers and Children", Paris, November 27, 1989.
4. Current trends: First 100,000 cases of AIDS-United States. *MMWR* 38: 561-563, 1989.
5. Staszewski, S. Epidemiology of HIV Infection in Women from Frankfurt Area. Poster presented at the Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 7, 1989.
6. Grant, J. UNICEF's Present Policy and New Approaches. Informe presentado en la International Conference on the Implications of AIDS for Mothers and Children, Paris, November 27, 1989.
7. New York State Department of Health. Status Report: HIV Seroprevalence Study. Albany, N.Y. 1988.
8. U.S. Department of State. Pediatric AIDS Prevention Under FY90 Child Survival FRA. Unclassified Cable. American Embassy, Kampala, Uganda, December 5, 1989.
9. Germain, A., and Ordway, J. *Population Control and Women's Health: Balancing the Scales*, pp. 1-15. International Women's Health Coalition, Washington, D.C., June 1989.
10. Gule, G. Z. *Youth Education and Services for Health and Family Life: Situation Analysis in Swaziland*, p. 28. International Planned Parenthood Federation, Africa Region, July 1985.
11. United Nations. *Fertility Behavior in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey*, New York, 1987.
12. Hayashi, K. Adolescent sexual activities and fertility in Japan. *Bull. Inst. Public Health* 32(2-4): 88-94, 1983.
13. Nichols, D., et al. Sexual behavior, contraceptive practice and reproductive health among Nigerian adolescents. *Stud. Fam. Plann.* 17:110-116, 1986.
14. Governor's Task Force on Teen Pregnancy. *A Call to Action: Final Report, Governor's Task Force on Teen Pregnancy*, State of Maryland, p. 56. Annapolis, September 1985.
15. Centers for Disease Control. Número de casos de personas con SIDA notificados hasta junio de 1989 por sexo, edad, y raza en el momento del diagnóstico. *HIV/AIDS Among Racial and Ethnic Populations*, p. 3. Atlanta, June 1989.
16. Foley, M. J. Women health policymakers: Entrevista con la Dr. Mathilde Krim. *The Network News* (National Women's Health Network) 13(6): 52, 1988.
17. Ojulu, E. Ugandan prostitutes are now wiser. *New African*, September, 1988, p.34.
18. Youth in the 1980s: Social and Health Concerns. *Popul. Rep.* [M] 12: M-349-M-388, 1985.
19. Lifshiz, A. Inmunodeficiencia adquirida en un sujeto de bajo riesgo: primera mujer en México. *En Revista Médica*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Junio 1986.

20. Low income minority women and AIDS. *The Network News* (National Women's Health Network) 13(5): 6, 1988.
21. Sherr, L. Changes in the Impact of AIDS on Obstetrics Staff. Informe presentado en la "International Conference on the Implications for AIDS for Mothers and Children", Paris, November 29, 1989.
22. Kaleeba, N. Management of Mothers, Children and Families in Developing Countries. Paper presented at the International Conference on the Implications of AIDS for Mothers and Children, Paris, November 28, 1989.
23. Rich, A. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. W. W. Norton, New York, 1976.
24. Reid, E. Women and AIDS. In *National AIDS Bulletin*, pp. 20-23. Australian Federation of AIDS Organizations, August 1988.
25. Cohen, J. Overstating the risk of AIDS: Scapegoating prostitutes. *Focus: A Guide to AIDS Research* 2(4): 1-2, 1989.
26. Alexander, P. On Prostitution, pp. 1-20. Unpublished monograph. The National Task Force on Prostitution, February 1987.
27. De Beauvoir, S. *The Second Sex*. Random House, New York, 1952.
28. Yeboah-Afaria, A. Ghanaian prostitutes fight AIDS with condoms. *New African*, January 1989, p. 54.
29. Worth, D. Sexual decisionmaking and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Stud. Fam. Plann.* 20: 297-307, 1989.
30. MacDonald, G. KAP Survey of a Purposive Sample of Male and Female Sex Workers in Metropolitan Manila, the Philippines. Internal AIDSCOM Monograph. Academy for Educational Development, Washington, D.C., January 1989.
31. Katsivo, M. N. Social Characteristics and Sexual Behavior of Women in the High Risk Behavior Category. Informe presentado en la "Fifth International Conference on AIDS", Montreal, June 7, 1989.
32. Stephens, C. Women Working as Prostitutes: Participatory/Consensus-Based Planning for the Provision of Mobile, Prevention, Risk-Reduction, and Seroprevalence Activities. Paper presented at the Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 8, 1989.
33. Hauer, L. B. Pregnancy and HIV Infection. *Focus: A Guide to AIDS Research* 4(11): 1-2, 1989.
34. Arras, J. D. HIV Infection and Reproductive Decisions: An Ethical Analysis. Paper presented at the Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 6, 1989.
35. Cain, M. Women's status and fertility in developing countries: Some preference and economic security. World Bank Staff Working Paper, No. 682, *Population and Development Series*, No. 7, pp. 1-68. World Bank, Washington, D.C. 1984.
36. Hassig, S. Contraceptive Utilization and Reproductive Desires in a Group of HIV-Positive Women in Kinshasa. Informe presentado en la "Fifth International Conference on AIDS", Montreal, June 7, 1989.
37. Riley, M. Project Director, Children's HIV & AIDS Model Program (Project CHAMP). Children's National Medical Center/Academy for Educational Development, Washington, D.C. Personal communication, May 9, 1990.
38. Worth, D., and Rodriguez, R. Latina women and AIDS. *SIECUS Report* 15(3):5-7, 1987.

39. Bledsoe, C. The Cultural Meaning of AIDS and Condoms for Stable Heterosexual Relations in Africa: Recent Evidence from the Local Print Media. Paper presented at IUSSP Seminar, Kinshasa, Zaire, February 27, 1989
40. Valdiserri, R. O., et al. The relationship between women's attitudes about condoms and their use: Implications for condom promotion campaigns. *Am. J. Public Health*, 79: 499-505, 1989.