



GÉNERO y VIH/SIDA

Informe General

Vicci Tallis

Vicci Tallis (autora del informe)

Vicci Tallis es activista en género y VIH/SIDA en el Proyecto Empower (Empoderar), una ONG con sede en Sudáfrica. Ha trabajado en VIH/SIDA desde 1986 en varias calidades – promoción y defensa públicas, prestación de servicios y desarrollo de capacidades. Fue la consultora en género para la Dirección Nacional sobre VIH/SIDA. Su licenciatura, que actualmente está completando, se centra en la reducción de las vulnerabilidades de género al VIH/SIDA a través de programas más efectivos.

Alice Welbourn (asesora)

Alice es escritora independiente, creadora de redes y asesora especializada en enfoques de derechos y bienestar sexuales y reproductivos (DBSR) sensibles al género y a la edad y centrados en las personas. Brinda asesoría a varias organizaciones en este campo. La mayor parte de su trabajo ha sido internacional y escribió 'Stepping Stones', que ha sido adaptado para más de 30 países en África y Asia. En la actualidad está desarrollando una nueva red internacional de capacitadoras/es en enfoques de DBSR centrados en las personas. Recientemente se convirtió en fiduciaria de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW). Está casada y tiene dos hijos adolescentes.

Emma Bell (editora)

Emma es Oficial de Investigación y Comunicaciones en BRIDGE, donde coordina el trabajo de servicios a clientes y ha sido autora y editora de varios informes. Ha escrito sobre género y globalización, participación, maquinarias nacionales para mujeres y violencia contra las mujeres. Su trabajo previo incluye enseñanza sobre género y cambio agrario en el Departamento de Estudios de África y Asia de la Universidad de Sussex, y trabajó en un sitio en Internet sobre transversalización de la igualdad de género con el Departamento para el Desarrollo Internacional, del Reino Unido.

Laura E. Asturias (traductora)

Es editora de la revista electrónica *Tertulia* (www.la-tertulía.net) y la publicación feminista *La Cuerda* (www.geocities.com/lacuerda_gt) en Guatemala.

La autora agradece especialmente a Dawn Cavanagh, del Proyecto Empower, por su apoyo en la conceptualización y el proceso de redacción, como también a Laura Washington, del Proyecto Empower, por sus comentarios al primer borrador. Asimismo, a Hazel Reeves, Charlotte Sever y Ra'ida Al-Zu'bi, integrantes del equipo de BRIDGE, por sus sustanciales aportes y retroalimentación al presente informe.

BRIDGE agradece el apoyo financiero de las siguientes agencias: Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (ASDI), Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido, Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega, Ministerio de Asuntos Exteriores y Comercio de Nueva Zelanda, Ministerio de Relaciones Exteriores de Dinamarca y Secretariado de la Mancomunidad.

BRIDGE fue fundado en 1992 como un servicio especializado de investigación e información sobre género y desarrollo, dentro del Instituto de Estudios de Desarrollo (IDS) en el Reino Unido. BRIDGE apoya los esfuerzos de transversalización de la perspectiva de género por parte de diseñadores de políticas y practicantes, cerrando las brechas entre la teoría, las políticas y la práctica con información accesible y diversa sobre género.

Otras publicaciones de la serie *Canasta Básica*:

- Género y Cambio Cultural, 2002
- Género y Participación, 2001

Disponibles en Internet en www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html o por solicitud a BRIDGE. Detalles de contacto al reverso de esta Canasta Básica.

Contenido

Acrónimos.....	iv
Resumen ejecutivo.....	1
1. Introducción.....	5
2. Un enfoque basado en derechos.....	8
3. Epidemias evolutivas	12
3.1 Las epidemias del VIH y del SIDA	12
3.1.1 <i>La tercera epidemia - estigma y tabú.....</i>	13
3.2 ¿Qué impulsa a las epidemias del VIH/SIDA?	16
3.2.1 <i>Factores sociales</i>	17
3.2.2 <i>Factores económicos</i>	21
3.2.3 <i>Factores políticos</i>	24
3.3 Impacto de las epidemias	25
3.3.1 <i>Impactos sociales.....</i>	25
3.3.2 <i>Impactos económicos</i>	27
3.3.3 <i>Impactos políticos.....</i>	27
3.3.4 <i>Impactos demográficos</i>	27
4. Desafíos críticos: hacia la transformación.....	29
4.1 Enfoques actuales	30
4.1.1 <i>Enfoque en los estereotipos.....</i>	30
4.1.2 <i>Programa neutral al género</i>	31
4.1.3 <i>Enfoques sensibles al género</i>	34
4.1.4 <i>Enfoques que empoderan</i>	35
4.1.5 <i>Transformación.....</i>	39
4.2 Institucionalización del género y del VIH/SIDA.....	43
4.2.1 <i>Enfoques de múltiples vías</i>	48
5. Conclusiones y recomendaciones.....	54
6. Referencias.....	58

Acrónimos

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
ACORD	Agencia para la Cooperación y la Investigación en el Desarrollo
ADAPT	Prevención y Capacitación en Abuso Doméstico en Agisanang
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional
AWID	Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo
CAFOD	Agencia Católica para el Desarrollo
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
COSUDE	Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación
DAW	División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer
DAWN	Alternativas de Desarrollo con las Mujeres por una Nueva Era
DBSR	Derechos y bienestar sexuales y reproductivos
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional, Reino Unido
ECCA	Este, Centro y Cuerno de África
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FIDA	Asociación de Mujeres Abogadas de Uganda
GIPA	Mayor Involucramiento de Personas Viviendo con o afectadas por el VIH/SIDA
HDN	Redes de Salud y Desarrollo
ICASO	Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA
ICRW	Centro Internacional para Investigaciones sobre Mujeres
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
IGAD	Organismo Intergubernamental sobre el Desarrollo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JOHAP	Programa Conjunto de Oxfam para el VIH/SIDA
MAP	Hombres como Socios
NORAD	Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo
OCAA	Ayuda Comunitaria de Oxfam al Exterior
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA
PVVS	Personas que viven con VIH/SIDA
SAfAIDS	Servicio de Diseminación de Información sobre el SIDA para el Sur de África
SHIP	Proyecto de Intervención en ITS/VIH
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TB	Tuberculosis
TDMB	Transmisión de madre a bebé
TDPB	Transmisión de progenitores a bebé
UE	Unión Europea
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNRISD	Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
W@B/HDN	Mujeres en Barcelona/Redes de Salud y Desarrollo
WASN	Red de Apoyo para Mujeres y SIDA

Resumen ejecutivo

Desafíos críticos de género:

- Utilizar un marco de género centrado en los derechos humanos.
- Asegurar que las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA sean congruentes con las complejas y diversas realidades de las vidas de mujeres, hombres, niñas y niños.
- Cambiar o transformar la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, a fin de crear un contexto en el que ellas tengan igual poder y tanto las mujeres como los hombres sean menos vulnerables.
- Desarrollar una respuesta coordinada e institucionalizada al VIH/SIDA, que sea de múltiples niveles, multifacética y multisectorial.

El VIH/SIDA no sólo es impulsado por la desigualdad de género – también profundiza esa desigualdad, poniendo en mayor riesgo a mujeres, hombres, niñas y niños. Hasta hace poco, el haber definido y estigmatizado como 'de riesgo' a hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y usuarios/as de drogas propició que quedara oculta la creciente tasa de infección entre personas generalmente consideradas 'seguras', incluidas mujeres casadas y de la tercera edad. El factor de riesgo dominante son ahora las relaciones heterosexuales. Se estima que, en la actualidad, las mujeres conforman casi el 50 por ciento de quienes viven con VIH y SIDA. Como personas y en sus roles sociales de madres y cuidadoras, hoy día ellas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA.

Causas e impactos

Los enfoques de salud tradicionales han sido y continúan siendo inadecuados, al ignorar las dimensiones sociales, culturales, económicas y de derechos humanos. Un enfoque en los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres es una importante medida correctiva. Sin embargo, se requiere de un marco de derechos humanos más amplio, que aborde la gama de desigualdades que potencian el VIH/SIDA – incluida la pobreza – y reconozca los derechos de aquellas personas que contrajeron el VIH por vías no sexuales. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) es uno de esos marcos. Otra herramienta útil es 'Mujeres y VIH/SIDA: La Carta de Derechos de Barcelona' (julio 2002), que incluye, entre otros, los derechos a la igualdad, a la independencia económica y a la educación.

La negación, culpabilización y estigma en torno al VIH han silenciado las discusiones abiertas, postergado las respuestas efectivas y añadido más cargas a quienes viven con VIH y SIDA. La sexualidad de las mujeres es, en particular, sujeta a estigmatización y control. De hecho, la construcción social de la sexualidad – quién debería o no expresarse sexualmente, incluidos los hombres que tienen sexo con hombres, las y los jóvenes, las personas con discapacidad y aquéllas que ya no están en edad reproductiva – implica que a estas personas a menudo se les niegan información y servicios adecuados sobre salud sexual.

Si se trata de tomar decisiones en las relaciones, se espera que los hombres dominen y las mujeres sean pasivas. Las personas en posición de desigualdad no son capaces de negociar cuándo tener relaciones sexuales, con cuánta frecuencia, o cómo podrían protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH. La doble moral de tolerar que los hombres tengan múltiples parejas sexuales y la expectativa de que sepan más sobre las relaciones sexuales los colocan en riesgo a ellos mismos y a sus parejas, además de que les impiden buscar consejería sobre salud sexual.

La relación entre el VIH, el género y la pobreza es compleja. La preocupación por la subsistencia a corto plazo puede llevar a las mujeres pobres a involucrarse en relaciones sexuales de supervivencia que, paradójicamente, pueden exponerlas a un riesgo a largo plazo de enfermedad y muerte a través de la infección por VIH. La pobreza también limita el acceso de las personas a la información sobre salud sexual, a las tecnologías preventivas y al tratamiento. Si bien esto es cierto tanto para mujeres como para hombres, la desigualdad de género moldea distintas experiencias de la pobreza e influye en la capacidad de ambos para salir de la pobreza. Los recortes en la inversión social a menudo conducen a una mayor presión sobre las mujeres y las niñas para que asuman el rol de red de seguridad social, cuidando a parientes enfermos y garantizando un ingreso conforme los proveedores de la familia van enfermando y fallecen. Éste es uno de los impactos invisibles del VIH/SIDA.

Enfoques

Desafortunadamente, numerosos enfoques para combatir la diseminación y el impacto del VIH/SIDA no han considerado las diferencias y la desigualdad de género. Algunos han reafirmado nociones sobre la pasividad femenina y la dominación masculina en las decisiones sobre las relaciones sexuales y la reproducción. Otros han respondido a distintas necesidades y restricciones de las mujeres y los hombres, pero sin desafiar el *status quo* de género. Las intervenciones deberían orientarse tanto a empoderar a las mujeres como a transformar las relaciones de género.

Una tarea fundamental es partir de las realidades cotidianas en las vidas de las personas y de sus prioridades. La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW) aborda la pregunta: '¿Qué quieren las mujeres que viven con VIH?'. Por su parte, el proyecto Sonagachi, en la India, apoya las prioridades autodefinidas por las trabajadoras sexuales, incluida la negociación de prácticas sexuales más seguras con sus clientes. Ambos programas son dirigidos por las mujeres mismas. Una genuina participación en la definición tanto de los problemas como de las soluciones es fundamental para lograr el empoderamiento.

Mujeres y hombres que viven con VIH pueden llevar vidas dignas y enriquecidas cuando las sociedades y comunidades donde residen les apoyan, en lugar de estigmatizarles. Según dijo una mujer que vive con VIH en México: 'Sé que soy una mujer de valor'. Esos refuerzos positivos son el resultado de esfuerzos concertados por parte de personas, comunidades y organizaciones tales como la ICW.

No obstante, el 'empoderamiento' corre el peligro de continuar siendo mera retórica si se descuida la desigualdad de poder en las relaciones de género a nivel personal, colectivo e institucional y al nivel social más amplio. La transformación de la desigualdad de poder en las relaciones de género se encuentra en el centro del enfoque participativo al VIH de 'Stepping Stones', que trabaja tanto con mujeres como con hombres en el desarrollo de sus habilidades comunicacionales y relacionales. Los impactos han incluido una reducción en la violencia doméstica y una mejor comunicación entre mujeres y hombres en asuntos sexuales.

El desequilibrio de poder entre las instituciones de desarrollo y aquellas personas a quienes quieren apoyar tiene que ser desafiado si los enfoques han de empoderar y transformar. Las y los trabajadores del desarrollo deben cuestionar sus prejuicios en torno al VIH y su propia vulnerabilidad a la infección. También tiene que ser eliminada la división artificial entre 'expertos' y personas 'en riesgo'. De igual forma, las recientes tendencias que buscan trabajar exclusivamente con hombres deben ser desafiadas si se implementan a expensas de los programas para mujeres, o si son orientadas a hombres pero no abordan la desigualdad de género. En Brasil, el Instituto PROMUNDO trabaja exitosamente con hombres jóvenes promotores de pares para desafiar la aceptación de la violencia basada en género.

La compleja naturaleza y magnitud de la epidemia del VIH/SIDA requieren de respuesta coordinada a todos los niveles, que incluya diferentes enfoques – como prestación de servicios, desarrollo de capacidades, investigación, promoción y defensa públicas – y sea incorporada en todos los sectores. En Sudáfrica, el Programa Conjunto de Oxfam para el VIH/SIDA (JOHAP), a través de diálogo y financiamiento, ha apoyado a sus organizaciones socias en la transversalización de un enfoque de género y VIH/SIDA en la totalidad de su trabajo.

La efectividad de las respuestas al VIH/SIDA depende de nuestra capacidad para manejar las desigualdades que potencian la epidemia y están arraigadas en ésta. Debemos abrir debates en torno a los temas de la sexualidad y enfocar la igualdad de género en las relaciones sexuales, además de desafiar el estigma y la discriminación que enfrentan quienes viven con VIH y SIDA. Las personas más afectadas deberían tanto definir el problema como identificar las soluciones. A través de acciones colectivas a todos los niveles, desde el local hasta el internacional, podemos generar la energía necesaria para convertir este desafío en una acción coordinada.

Resumen ejecutivo escrito por Emma Bell.

Este resumen ha sido adaptado del artículo principal para el boletín *En Breve* No. 11.

1. Introducción

El VIH/SIDA actúa como una fuerte luz que expone las desigualdades, incluida la de género, a nivel global. Las epidemias del VIH/SIDA son peores en aquellas regiones donde la pobreza y la desigualdad económica son extensas y profundas, donde la desigualdad es persistente y el acceso a los servicios públicos es débil y disparado (Collins y Rau 2000). La gran mayoría de todas las personas que viven con VIH reside en el mundo 'en desarrollo'; el 71 por ciento de hombres, mujeres, niñas y niños que tienen la infección vive en el África subsahariana (ONUSIDA 2002).

Bennett (1990) se refiere a tres epidemias globales sucesivas:

- la *epidemia del VIH o epidemia silenciosa* – en gran medida está oculta y se disemina rápidamente en todo el mundo.
- la *epidemia del SIDA* – representa las consecuencias visibles del VIH.
- la *tercera epidemia* – pasa de lo médico a lo social y se refiere a la negación, culpabilización, estigmatización, prejuicios y discriminación que están presentes en cada país que se enfrenta al VIH/SIDA.

‘La tercera epidemia de reacción social, cultural, económica y política al SIDA [...] es tan central para el desafío global como lo es el SIDA mismo’ (Mann en Bennett 1990:2).

A fin de enfocar efectivamente las tres epidemias, es vital tanto comprender los factores que impulsan la creciente susceptibilidad de hombres y mujeres a la infección como analizar el impacto que el VIH/SIDA está teniendo en las personas, los hogares, las comunidades y la sociedad. El presente informe asume la posición de que las respuestas efectivas caen en un continuo de prevención y cuidados, dentro de un marco de derechos humanos. El continuo de prevención y cuidados enfoca el impacto del VIH/SIDA para todas las personas *afectadas*. Esto comprende a personas no infectadas por el virus; aquéllas que deben enfrentarse a la vida tras la muerte de integrantes de su familia; personas que viven con el VIH así como hombres, mujeres, niñas y niños que han enfermado a causa de síntomas relacionados con el SIDA. Utilizar ese marco requiere de metas integrales de prevención integrada, como también de cuidados y apoyo para personas y familias afectadas por la epidemia. La desigualdad de género es evidente en todas las etapas del continuo de prevención y cuidados, y afecta, entre otras cosas, las posibilidades de prevención, acceso a materiales, información y recursos apropiados, la calidad de cuidados recibidos y las probabilidades de supervivencia. De ahí la necesidad de que el continuo de prevención y cuidados sea establecido con un marco de derechos humanos que directamente desafíe la desigualdad.

El VIH/SIDA ha abierto debates en torno a asuntos relacionados con la sexualidad y ha servido para resaltar la importancia tanto de la igualdad de género en las relaciones sexuales como de la igualdad y el respeto en todas las relaciones sociales. En una declaración ante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA en el 2001, Stephanie Urdang, asesora en género y SIDA del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), señala una creciente comprensión global de que la epidemia tiene que ver menos con epidemiología y más con factores sociales. Lo que se necesita es una definición más clara de cuáles son los factores sociales, y también los económicos y políticos, en lo referido tanto a causa como a impacto. El género y las relaciones de género basadas en el poder son centrales:

A menos que se enfoque específicamente la desigualdad de género, que está arraigada en las relaciones de poder, en cada estrategia, política y programa que se emprenden desde el nivel global y gubernamental hasta el plano comunitario y familiar – nuestros esfuerzos para revertir la epidemia se verán frenados. La desigualdad de género no es simplemente una cuestión de justicia. La desigualdad de género es fatal (página 4 ibídem).

En un artículo publicado en el diario *The New York Times*, el señor Mocumbi, Primer Ministro y ex Ministro de Salud de Mozambique, médico y miembro de la Junta Directiva de la Coalición Internacional para la Salud de la Mujer, planteó que el SIDA se está diseminando rápidamente entre personas heterosexuales debido a la desigualdad de género:

En Mozambique, la tasa general de infección por VIH entre niñas y mujeres jóvenes, 15 por ciento, es el doble de la de varones de las mismas edades, no porque las niñas sean promiscuas sino debido a que tres de cada cinco ya han contraído matrimonio antes de cumplir 18 años, el 40 por ciento de ellas con hombres mucho mayores y más experimentados sexualmente, quienes pueden exponer a sus esposas al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual [...]. La abstinencia no es una opción para estas niñas-esposas. Aquéllas que tratan de negociar el uso del condón suelen enfrentar violencia o rechazo. [...] Como padre, temo por las vidas de mis propias/os hijas/os y de sus amistades adolescentes. Aunque tienen familias seguras, educación y la información y el apoyo que necesitan para evitar las prácticas sexuales riesgosas, muy pocas/os de sus pares cuentan con estos beneficios. Como Primer Ministro, me siento horrorizado de que podríamos perder la mayor parte de una generación, tal vez dos. La Organización de las Naciones Unidas estima que el 37 por ciento de jóvenes de 16 años de edad en mi país morirá a causa del SIDA antes de cumplir 30 años. [...] Debemos

tener el coraje de hablar franca y constructivamente sobre la sexualidad. Debemos reconocer las presiones para que nuestras hijas e hijos tengan relaciones sexuales que no son seguras ni amorosas. Debemos brindarles información, habilidades de comunicación y, sí, condones. Cambiar fundamentalmente las maneras en que las niñas y los niños aprenden a relacionarse entre sí y las formas en que los hombres tratan a las niñas y las mujeres es un trabajo lento y arduo. Pero, sin duda alguna, nuestras hijas e hijos valen el esfuerzo' (Mocumbi 2001).

A pesar del reconocimiento de la importancia de cómo la desigualdad de género impulsa y determina el impacto de las epidemias del VIH/SIDA, poco se ha hecho para enfocar este asunto. Por ejemplo, defensoras de género que asistieron a la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona, en el 2002, consideraron que la información presentada era 'ciega al género'. 'Todavía falta información clave sobre las diferentes formas en que el VIH/SIDA impacta, o puede impactar, a mujeres y hombres' (Moderadora de W@B/HDN 2002).

La complejidad e interconexión de las tres epidemias exigen un análisis profundo que permita comprender a cabalidad cómo se ha 'permitido' que las epidemias del VIH/SIDA se diseminen globalmente a un ritmo tan acelerado. ¿Por qué, 20 años después del primer diagnóstico, la discriminación y el estigma están aún tan presentes y tienen tanto impacto en la diseminación y las consecuencias del VIH/SIDA?

El presente informe describirá:

Un enfoque basado en derechos:

- La importancia de ubicar el VIH/SIDA dentro de un marco de *género* basado en los derechos humanos.

Epidemias evolutivas:

- La historia de las epidemias y el papel de la discriminación y el estigma.
- Un análisis de cómo la desigualdad de género moldea los factores económicos, políticos y sociales que están impulsando las epidemias del VIH.
- Las formas en que el VIH/SIDA exacerba la desigualdad, incluida la desigualdad de género.

Desafíos críticos hacia la transformación:

- Los desafíos críticos para una agenda de género.
- Un marco para evaluar el grado al cual las respuestas al VIH/SIDA enfocan el género, siendo el objetivo final el empoderamiento de las mujeres y la transformación de las relaciones de género.

- Una respuesta de género al VIH/SIDA, institucionalizada a través de un enfoque a múltiples niveles, multifacético y multisectorial.

2. Un enfoque basado en derechos

Un enfoque basado en derechos, que incluya los derechos de las mujeres, debería ser la base de la respuesta al VIH/SIDA.

La respuesta inicial al VIH/SIDA en numerosos países fue ver y enfocar el VIH como un asunto de salud, ignorando las dimensiones sociales, económicas y de derechos humanos que tienen impactos tanto en la prevención como en los cuidados. Tal como señalan Wiseberg, Hecht y Reekie (1998), la respuesta fue 'a menudo reaccionaria, invocada en nombre de la salud pública y frecuentemente a expensas de los derechos humanos' (página 1). El modelo de salud ve la salud como algo sobre lo cual un/a individuo/a tiene control personal. Así, el marco de salud consiste en brindar información y alentar elecciones 'saludables'. La responsabilidad por la salud es colocada sobre la persona, en un vacío social. Esto no reconoce que las elecciones y decisiones serán moldeadas no sólo por lo que se sabe, sino también por temores y prejuicios, además de las limitaciones sobre los medios de la persona para que actúe (Richardson 1996). Tal enfoque puede socavar la salud y el bienestar de mujeres y hombres.

Un enfoque en los derechos humanos enfatiza las exigencias o derechos que todas las personas tienen a una vida plena y satisfactoria, en la que cada quien es capaz de desarrollar su propio potencial humano. Los derechos humanos establecen estándares globales para el bienestar y el desarrollo humanos (DAW, OMS, ONUSIDA 2000).

El VIH/SIDA es un asunto de derechos humanos por las siguientes razones:

- La falta de acceso a métodos de prevención, información y materiales apropiados, tratamiento y cuidados, que conduce a la vulnerabilidad¹ al VIH, está vinculada a violaciones a los derechos humanos tales como la pobreza, la desigualdad, el racismo y el sexismo.
- Las personas que viven con VIH/SIDA y aquéllas que son afectadas por estas epidemias a menudo no son capaces de vivir una vida de igualdad, dignidad y libertad, ya que sus derechos son a menudo violados por su estado de VIH. Esto incluye el derecho a privacidad y confidencialidad, acceso a cuidados de salud aceptables, servicios de salud sexual y reproductiva, empleo, educación, libertad de movimiento y derecho a viajar.

¹ El término 'vulnerabilidad' es rebatido. Hay quienes advierten que promueve una imagen de indefensión y una mentalidad victimista, argumentando que dentro del marco de la vulnerabilidad el enfoque está en la capacidad que una persona tiene para protegerse a sí misma contra la infección por VIH (Cohen y Reid 1999; Collins y Rau 2000). No obstante, Mann y Tarantola (1996) ven la vulnerabilidad como el opuesto del empoderamiento. Es posible que hombres, mujeres, niñas y niños sean vulnerables en ciertos aspectos de sus vidas, pero que tengan poder en otros. Para los fines de este informe y análisis, la vulnerabilidad incluye el contexto en que la gente vive su vida y vincula esto a su susceptibilidad al VIH.

Sin embargo, un enfoque solamente en el concepto de derechos humanos no es suficiente, ya que a menudo las articulaciones de los derechos humanos no toman en cuenta a las mujeres. Evidencias de esto pueden encontrarse cada día, ahí donde los abusos y la discriminación de género son sancionados o tolerados por la sociedad. Más aún, tal como Charlesworth anota, las formulaciones tradicionales de derechos humanos se basan en un modelo típicamente masculino y son aplicadas a las mujeres como 'de paso', si es que llegan a ser aplicadas a ellas (Peters y Wolpe 1995). También existe una tensión entre el reconocimiento y la implementación de los derechos humanos. Por ejemplo, a los hombres puede gustarles la libertad reproductiva, pero sus vidas no son amenazadas por la falta de ésta, ni enfrentan ellos las mismas consecuencias de no ser capaces de disfrutar las libertades reproductivas ni tener acceso a éstas (Cook 1995).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), conjuntamente con la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, desarrolló una serie de directrices para los Estados miembros. Las 12 directrices tienen el propósito de coadyuvar en el diseño de políticas y programas que sean sensibles al contexto de las epidemias del VIH/SIDA, como también que protejan y promuevan los derechos humanos. Si bien las directrices son integrales y proveen un amplio marco en el cual desarrollar respuestas progresistas al VIH/SIDA, en gran medida son neutrales al género. Aún no se han incorporado el pensamiento y análisis de género recientes que ha habido dentro de ONUSIDA.

Dada la dimensión frecuentemente sexual de la infección, el VIH/SIDA se vincula a los derechos sexuales y reproductivos. Las dimensiones sociales y culturales de la actividad sexual y reproductiva promueven y profundizan la desigualdad de género e incrementan la vulnerabilidad tanto de mujeres como de hombres a la infección por VIH. Los derechos reproductivos se refieren a los derechos enfocados en y relacionados con el potencial y la habilidad para procrear. Esto incluye asuntos tales como fertilidad, planificación familiar e interrupción del embarazo.

Los derechos reproductivos cobran otra dimensión en relación con el VIH/SIDA, ya que están siendo erosionadas las batallas arduamente peleadas del movimiento feminista. Los ejemplos de ello incluyen el control a menudo ejercido por trabajadores/as de cuidados de salud sobre las elecciones reproductivas de las mujeres que viven con VIH/SIDA. Se han señalado incidentes de mujeres viviendo con VIH que al solicitar la interrupción del embarazo son 'forzadas' a esterilizarse (Mthembu 1998). Con frecuencia, a aquéllas que viven con VIH/SIDA no se les brinda información correcta sobre el embarazo y la lactancia materna (Seidel y Tallis 1999). Ellas suelen enfrentar decisiones difíciles en cuanto a la lactancia materna, siendo ésta una opción preferida culturalmente. Su decisión de no amamantar puede conducir a que se vean obligadas a revelar su estado de VIH (Paxton 2001). Las mujeres también han reportado actitudes

sojuzgadas y hostiles por parte de prestadores de servicios, incluidas la realización de pruebas sanguíneas sin su consentimiento y la negación de servicios (Manchester y Mthembu 2002).

‘Cuando estuve embarazada y fui a un examen prenatal, se me instruyó hacerme una prueba de sangre. No me dijeron para qué era la prueba. Cada mujer que llegaba a la clínica debía hacerse un análisis sanguíneo. No nos explicaban en absoluto qué tipo de prueba estaban haciendo. Me percaté de que era la prueba del SIDA cuando recibí el resultado’.

Mujer de Tailandia, 29 años (*ibídem*)

Aunque los derechos reproductivos son vitalmente importantes, por definición son limitados en el sentido de que enfocan sólo los derechos de las mujeres y los hombres en edad reproductiva. En el contexto del VIH/SIDA, es importante que también hablemos de derechos sexuales, un término más incluyente que se enfoca en la capacidad de hombres y mujeres para hacer elecciones acerca de la expresión de su sexualidad y sus vidas sexuales, incluyendo con quién, cómo y por qué tendrán relaciones sexuales (Hlatshwayo y Klugman 2001).

Hlatshwayo y Klugman (2001) sugieren un marco de derechos sexuales para hombres y mujeres que comprenda los derechos a:

- Ejercer control sobre su propio cuerpo.
- Tener relaciones sexuales cuando, con quien y como quieran tenerlas, y que no se les obligue a tenerlas.
- Tomar decisiones sobre su propia sexualidad.
- Tener goce sexual.
- Protegerse contra los riesgos de las consecuencias de la actividad sexual, tales como el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Tener acceso a servicios no prejuiciosos y sensibles que les ayuden a manejar asuntos relacionados con la salud sexual.

Los derechos sexuales y reproductivos son vistos como derechos y libertades para mujeres, hombres y parejas. Son vitales si las mujeres han de tener acceso a calidad de vida, bienestar y mayores opciones, y si la prevención y los cuidados del VIH/SIDA han de ser exitosos. ‘El bienestar sexual y reproductivo es el manantial para todas las dimensiones de nuestras vidas – físicas, materiales y psicológicas’ (Cornwall y Welbourn, en imprenta).

Sin embargo, también es crítico que las mujeres disfruten otros derechos humanos básicos si las desigualdades más amplias que impulsan a la epidemia han de ser enfocadas. Más aún, si bien el VIH se transmite predominantemente por la vía sexual, es importante tomar en cuenta

otros modos de infección, tales como el uso de drogas intravenosas y las transfusiones de sangre, y asegurar que los derechos de esos grupos marginados sean respetados.

Existen diferentes convenciones, es decir, piezas de legislación internacional que han sido suscritas por los países y denominadas vinculantes (UNIFEM / AWID 2002). Estas declaraciones contienen cláusulas que se pueden utilizar en el activismo y la promoción y defensa públicas a fin de reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA y el impacto de la epidemia. Por ejemplo, la CEDAW es una herramienta crítica tanto para comprender la desigualdad y la discriminación de género como para combatirlas.

Aspectos de la CEDAW que se relacionan con el VIH/SIDA incluyen:

- Estereotipos sexuales y la brecha de conocimientos
- Exposición física
- Violencia y explotación sexual basadas en género
- Desigualdad de género y relaciones sexuales más seguras
- Acceso a servicios de salud
- Embarazo y transmisión perinatal
- Cuidados y provisión de éstos
- Liderazgo y participación de las mujeres

(UNIFEM 2002)

Las declaraciones específicas desarrolladas por activistas en género y SIDA que hacen un fuerte énfasis en los derechos sexuales y reproductivos junto a los más amplios derechos sociales, económicos y políticos incluyen lo siguiente:

- La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW) desarrolló 12 declaraciones que afirman las necesidades de las mujeres que viven con VIH/SIDA a nivel global.
- 'Mujeres y VIH/SIDA: La Carta de Derechos de Barcelona'² (julio 2002), uno de cuyos principios centrales es el derecho a vivir con dignidad e igualdad.

(Ver en la Colección de Recursos de Apoyo una lista completa de recomendaciones de la ICW y de la Carta de Derechos de Barcelona.)

² 'Mujeres y VIH/SIDA: La Carta de Derechos de Barcelona' fue iniciada por Mujeres en Barcelona y Mujeres Adelante con el involucramiento líder del Caucus Internacional de Mujeres sobre el SIDA de la Sociedad Internacional del SIDA y la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, durante la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, realizada en Barcelona en julio del 2002.

3. Epidemias evolutivas

3.1 Las epidemias del VIH y del SIDA

El VIH y el SIDA han estado presentes durante aproximadamente 20 años y continúan desafiándonos a nivel mundial. Desde el inicio de la epidemia del VIH, más de 60 millones de personas han adquirido la infección. En un principio se pensó que el virus afectaba sólo a hombres que tenían sexo con otros hombres. Sin embargo, el caso de la primera mujer que fue diagnosticada con SIDA se registró ya en 1982. Las principales vías de transmisión siguen siendo las relaciones heterosexuales, el sexo entre hombres, el intercambio de agujas para uso de drogas intravenosas y la infección de infantes durante el embarazo o el parto o a través de la lactancia materna.

Aunque es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres viviendo con VIH/SIDA, las estimaciones globales de ONUSIDA sobre la cantidad de personas que viven con VIH/SIDA muestran que las mujeres conforman una creciente proporción del total de casos. En 1997, ellas representaban el 41 por ciento de personas adultas viviendo con VIH y SIDA (ONUSIDA 1998a) y en el 2001 la cifra había aumentado a casi el 50 por ciento (ONUSIDA 2002).³ Es aparente un incremento aun en países que inicialmente reportaron epidemias entre hombres que tienen sexo con hombres y personas usuarias de drogas intravenosas. Ciertos grupos de mujeres son en particular vulnerables, por ejemplo, las jóvenes y adultas que tienen relaciones sexuales a cambio de bienes, servicios o dinero. Un análisis de datos de las epidemias alrededor del mundo muestra un patrón similar de VIH en mujeres – la prevalencia de la infección es más elevada en aquéllas de 15 a 25 años de edad y alcanza su punto máximo en hombres entre cinco y 10 años más tarde. En algunos países se está observando una epidemia emergente en personas mayores (de más de 50 años), especialmente mujeres, con cifras que han aumentado un 40 por ciento en los últimos cinco años (ONUSIDA 2002). El factor de riesgo dominante son las relaciones heterosexuales. Las mujeres mayores son específicamente vulnerables debido a la conducta sexual de sus compañeros, como también a causa de cambios fisiológicos que ocurren durante la menopausia, entre éstos el adelgazamiento de las paredes vaginales y una menor lubricación.

La historia global de las epidemias del VIH/SIDA es compleja e incluye historias y particularidades individuales a los niveles comunitario, nacional y regional, así como algunos

³ Personas adultas viviendo con VIH/SIDA en el 2001: 37.1 millones. Mujeres viviendo con VIH/SIDA: 18.5 millones (ONUSIDA 2002).

rasgos comunes significativos entre tales historias. Algunos países, principalmente en África, tienen epidemias de VIH bien establecidas y han empezado a enfrentarse al impacto del SIDA. Otros están comenzando a ver que las tasas de prevalencia e incidencia del VIH aumentan de manera estable, y sólo es cuestión de tiempo antes de que las tasas se incrementen. Numerosos países tienen bajas tasas nacionales de prevalencia, pero esto a menudo oculta serias epidemias que inicialmente se concentran en y se limitan a ciertas localidades o entre grupos específicos dentro de la población más amplia. Un ejemplo es el de Myanmar (Burma), en el sureste de Asia, que tiene una prevalencia de menos del 2 por ciento, pero se sabe que entre personas usuarias de drogas intravenosas la infección es hasta del 60 por ciento, con una tasa de prevalencia del 40 por ciento entre trabajadoras/es del sexo. En todo el mundo hay ejemplos de países que no respondieron apropiadamente cuando la prevalencia era baja y ahora están teniendo que enfrentar graves epidemias. En 1990, la primera encuesta prenatal conducida en Sudáfrica mostró que el 1 por ciento de las mujeres embarazadas vivía con el VIH. Luego de 12 años, la prevalencia es de 24 por ciento, y una provincia registra una tasa de más del 36 por ciento (ONUSIDA 2000).

3.1.1 La tercera epidemia – estigma y tabú

Hombres, mujeres, niñas y niños que viven con el VIH/SIDA a menudo experimentan elevados niveles de estigma y discriminación debido a su estado de VIH. El estigma relacionado con el VIH/SIDA, la tercera epidemia, es altamente complejo, dinámico y de profundo arraigo en la sociedad. Se vincula a desigualdades más amplias que están vigentes en la sociedad y a posturas sociales a menudo negativas acerca de las expresiones de la sexualidad. Los análisis del estigma raras veces se enfocan en las diferencias entre las formas en que se estigmatiza a hombres y a mujeres y en cómo experimentan dicho estigma. El estigma en torno al VIH ha silenciado una discusión abierta tanto de las causas de la infección como de las respuestas apropiadas para manejar esas consecuencias (Aggleton y Parker 2002). El estigma también invoca poderosos sentimientos psicológicos en las personas que viven con VIH/SIDA, incluidas las maneras en que se ven a sí mismas. El temor a que se les estigmaticen tiene como resultado que mujeres, hombres y personas jóvenes no puedan cuidar de su salud sexual y reproductiva, por ejemplo, teniendo acceso a información sobre salud sexual, tratamiento y métodos para la prevención del VIH y otras ITS, tales como el condón femenino. Así, el estigma es evidente y tiene impactos en todos los niveles del continuo de prevención y cuidados. La historia de Thembi, una activista en SIDA de Sudáfrica, lo ilustra claramente.

Thembi – una activista en SIDA de Sudáfrica

Thembi⁴ era una brillante joven que dejó prematuramente la escuela debido a dificultades financieras en su hogar. Encontró trabajo como empleada doméstica y así pudo aportar a los ingresos de su familia, que incluía a su madre, su padre y sus propios dos hijos. Ya en su tercer embarazo, en la clínica se le informó que tenía la infección por VIH. Thembi perdió el trabajo cuando sus empleadores fueron informados de su estado de VIH.

Thembi se unió a un grupo de apoyo que consistía de cinco mujeres. Ella poseía buenas habilidades de liderazgo y organización, por lo que pronto se convirtió en la lideresa del grupo. Dado que en su mayoría no tenían un empleo, las mujeres iniciaron un proyecto de generación de ingresos después de capacitarse en corte y confección. Una exitosa propuesta de financiamiento permitió que el grupo adquiriera tres máquinas de coser y materiales.

Cuando Thembi les contó a su madre y su padre sobre su estado de VIH, la echaron de la casa. Ella, en su desesperación, fue a la iglesia a la que pertenecía, donde fue acogida por el ministro y su esposa. Thembi empezó a ser más y más abierta acerca de que vivía con el VIH y hablaba ante grupos de la iglesia y de jóvenes. Se le ofreció un trabajo como educadora en SIDA, su primer empleo formal, y las cosas parecían estar yéndole bien.

Después de un año en el trabajo, su última hija, Nana, ya de tres años de edad, empezó a enfermar. Luego de un par de semanas en el hospital, la niña falleció a causa de síntomas relacionados con el SIDA. Tras un periodo de duelo, Thembi regresó a su trabajo con más decisión de educar a otras personas. Se acercó a iglesias, negocios, grupos de mujeres, clínicas y escuelas para relatar su historia.

Cuando Thembi enfermó, sus colegas intentaron que fuera admitida en un hospital semi-privado, y cuando lo consiguieron ella permaneció en cama casi dos semanas sin recibir ningún tratamiento, pues no contaba con dinero y debido a la falta de compromiso, por parte del hospital, a tratar personas con SIDA. Luego fue transferida a un hospital público más grande, pero era demasiado tarde – Thembi murió dos días después.

(Adaptado de Tallis 1998)

⁴ Los nombres han sido cambiados.

Link y Phelan (ICRW 2002) destacan cuatro componentes del estigma que son moldeados por el poder social, económico y político:

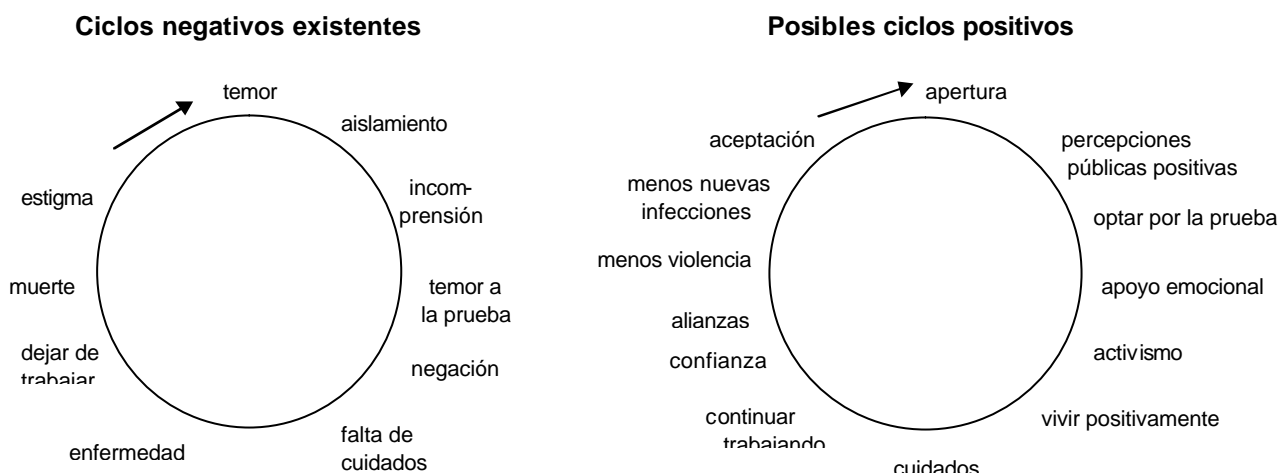
- distinción y etiquetamiento de las diferencias;
- asociación de las diferencias humanas con actitudes negativas;
- la separación entre 'nosotros/as' y 'ellos/as'; y
- discriminación y pérdida de estatus.

Las causas y consecuencias del estigma se ilustran claramente en la parte izquierda de la figura que aparece adelante, reforzando los comportamientos de alto riesgo y respuestas inadecuadas a las epidemias. En todo el mundo, sin embargo, el VIH/SIDA a veces ha motivado respuestas de compasión, solidaridad y apoyo que son capaces de crear y reforzar un ciclo positivo de actitudes y conductas. A menos que hagamos un esfuerzo concertado para erradicar el estigma asociado al VIH/SIDA, el ciclo positivo ilustrado al lado derecho no podrá ser logrado.

Nath (2001), basándose en su trabajo con mujeres que viven con VIH en México, observa altos niveles de autoestima entre aquéllas que son apoyadas, en vez de estigmatizadas, por sus comunidades. Las mujeres fueron capaces de llevar vidas de 'dignidad, positivismo y enriquecimiento' (página 51). Tal como dijo una de ellas: 'Sé que soy una mujer de valor. Hago más ejercicios y trato de no deprimirme. Cuido mi salud y la de mi hijo. Él no está infectado' (página 52).

Tarisai, una mujer viviendo con VIH/SIDA, le relató a Sunanda Ray, del Servicio de Disseminación de Información sobre el SIDA para el Sur de África (SAfAIDS): 'Ser abierta acerca de mi estado de VIH ha cambiado en mucha gente la percepción de que el VIH es resultado de la prostitución, la promiscuidad y un castigo de Dios. Ha ayudado a otras personas que viven con VIH a aceptar su condición. Ahora me ven como una persona completa. Aceptan que puedo tener relaciones sexuales siendo una persona que vive con VIH, así como puedo comer, beber e ir a trabajar. Algunas personas no se hacen la prueba porque piensan que, si su resultado es positivo, luego deberán dejar de tener relaciones sexuales' (The Communications Initiative 2002).

Ciclos negativos y positivos de conductas y actitudes



(Manchester y Welbourn 2001)

3.2 ¿Qué impulsa a las epidemias del VIH/SIDA?

Existen complejas series de micro y macro factores que están alimentando las epidemias del VIH a los niveles nacional, regional, continental y global. Si bien las epidemias siguen diversos cursos en diferentes países, existen aspectos comunes en lo relativo a vías de transmisión y patrones de distribución, los cuales dan cuenta de la rápida diseminación del virus en el mundo en los últimos 20 años. Baylies (2000) señala que los factores que impulsan a las epidemias son 'arraigados e intransigentes, asentados en las mismas relaciones de poder que definen a los roles y posiciones de hombres y mujeres, tanto en las relaciones íntimas como en la sociedad más amplia' (página 1).

Mann y Tarantola (1996) describen tres fuentes separadas, pero interconectadas, de vulnerabilidad individual al VIH y al SIDA: personales, programáticas y sociales. En su totalidad, el modelo puede proporcionar un marco útil para llevar a cabo un análisis detallado de la vulnerabilidad de mujeres y hombres a la infección por VIH, contextualizar las vidas de hombres y mujeres y definir soluciones basadas en este contexto. Resulta especialmente útil para resaltar el papel que juegan las instituciones, las políticas y los programas en potenciar o reducir la vulnerabilidad, un rol que a menudo pasa desapercibido al analizar los factores que impulsan a la epidemia. Las instituciones a diferentes niveles, sean estatales o parte de la sociedad civil, al no tomar en cuenta las realidades de las vidas de las personas son incapaces de actuar efectivamente y aumentan la vulnerabilidad de mujeres, hombres, niñas y niños al VIH/SIDA (Welbourn, comunicación personal, 2002).

Los factores que incrementan la vulnerabilidad de mujeres y hombres al VIH incluyen ciertas prácticas culturales; un acceso inadecuado a la riqueza y los recursos y control sobre éstos, especialmente a la atención de la salud, la educación y la seguridad social; prácticas y creencias religiosas; mala gobernanza; migración; conflicto; violencia; urbanización, así como estigma y discriminación de grupos marginados (por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios/as de drogas inyectables, personas en las prisiones). Todos estos factores tienen dimensiones de género.

Para el propósito de esta discusión, los factores enfocados son sociales, económicos y políticos. Sin embargo, a menudo se traslapan y se refuerzan entre sí; por ejemplo, los tres factores moldean los procesos migratorios que a menudo conducen a que mujeres y hombres sean más vulnerables a la infección. Aun así, en este informe la migración se presenta bajo los factores sociales.

3.2.1 Factores sociales

Existen numerosos factores sociales que tienen impacto en la diseminación del VIH. Esta sección se centrará en sexualidad y poder, violencia basada en género, religión y cultura.

Sexualidad y poder

Las relaciones patriarcales involucran desigualdades de poder a diversos grados y dentro de diferentes sitios, y sin poder es probable que las mujeres experimenten poco control en sus relaciones sexuales con hombres. Es dentro del contexto de relaciones desiguales de poder que a las mujeres se les exige tomar medidas de prevención y protección orientadas a minimizar su riesgo de contraer el VIH (Travers y Bennett 1996:67).

La masculinidad y la feminidad son ideales socialmente contruidos de cómo deberían ser los hombres y las mujeres. La masculinidad se asocia a la dominación; la feminidad, a la pasividad. También la sexualidad es contruida socialmente, y para los hombres la gama de expresiones de ésta, incluidas la heterosexualidad y la homosexualidad, es un importante medio para probar su virilidad. Las construcciones sociales de la feminidad generalmente estipulan que la sexualidad de las mujeres debe ser invisible y controlada. Su asociación con la masculinidad y la feminidad es compleja y distinta en diferentes contextos históricos y culturales. Sin embargo, pese a dichas diferencias, tanto la percepción social como las prácticas asociadas a la heterosexualidad tienen ciertos elementos comunes. Se definen distintos roles sexuales para hombres y mujeres, si bien no son sólo diferentes sino también desiguales. Casi en todos lados se da preeminencia a los deseos masculinos, en tanto las mujeres son percibidas como receptoras pasivas de la pasión de los hombres (Doyal 1994). A menudo ellas son socializadas

para que creen que las relaciones sexuales son algo que les ocurre, mientras que los hombres piensan que son algo que ellos hacen.

El poder desigual en las relaciones sexuales conduce a una doble moral sexual que tiene implicaciones alarmantes para la capacidad tanto de hombres como de mujeres de prevenir la transmisión sexual del VIH (Wilton 1997). Partes desiguales no están en posición de negociar cuándo y con cuánta frecuencia tendrán relaciones sexuales, ni cómo podrán protegerse contra las ITS y el VIH. Baylies y Bujra (2000) señalan las dificultades que las mujeres tienen para desafiar el poder masculino 'en el solitario momento de las relaciones privadas y negociar relaciones sexuales más seguras' (página xii). A menudo, las relaciones sexuales son la vía por la cual suele esperarse que las chicas y las mujeres paguen por vivienda, alimentos y bienes (ONUSIDA en Baylies 2000). A nivel mundial, la tolerancia de las relaciones de los hombres con múltiples parejas es una norma social que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres. En numerosas culturas, tanto mujeres como hombres creen que una variedad de parejas sexuales es aceptable y esencial para ellos, pero inapropiada para ellas.

En un estudio con mujeres de más de 10 países, realizado por el Centro Internacional para Investigaciones sobre Mujeres (ICRW), se observó lo siguiente: 'Aunque muchas mujeres expresaron preocupación acerca de las infidelidades de sus compañeros, estaban resignadas a su falta de control sobre la situación. Mujeres de India, Jamaica, Papua Nueva Guinea, Zimbabwe y Brasil reportan que mencionar el asunto de la infidelidad de sus compañeros puede comprometer su seguridad física y la estabilidad de su familia' (Gupta y Weiss 1993:405).

Asimismo, es importante enfatizar que la doble moral sexual también pone a los hombres en mayor riesgo. Cuando no cuidan su salud sexual o no creen necesario buscar consejería para tales asuntos, se ponen en riesgo ellos mismos y exponen a sus parejas. La construcción social de quién tiene y quién no tiene una sexualidad o de lo que es una sexualidad legítima coloca a todas las personas en riesgo de adquirir el VIH u otras ITS; por ejemplo, las sociedades a menudo no reconocen que la gente joven, las personas con discapacidad y aquellas que ya no están en edad reproductiva tienen relaciones sexuales. Como consecuencia de ello, se suele negar a estas personas información apropiada sobre salud sexual. Esto también se aplica a sociedades que no reconocen la homosexualidad.

Violencia basada en género

Una de las implicaciones más graves de las relaciones de poder de género es la violencia masculina contra mujeres y niñas de todas las edades, la cual está presente en cada sociedad y tiene serias implicaciones para la capacidad de las mujeres de protegerse contra la infección por VIH. La violencia física, emocional y/o sexual contra mujeres y niñas es producto de la

construcción social de la masculinidad, que a menudo tolera la dominación masculina sobre las mujeres. La naturaleza y magnitud de la violencia reflejan disparidades sociales, culturales y económicas preexistentes entre los sexos. Tales actos de violencia ocurren en muchos contextos – el hogar, el matrimonio, el lugar de trabajo y los espacios públicos. Todas las mujeres y las niñas pueden vivir temerosas de la violencia, y ese temor tiende a aumentar en ambientes particulares y en ciertos tiempos.

La violencia basada en género es a la vez causa y consecuencia de la infección por VIH:

- Las niñas y las mujeres que sufren violación podrían ser infectadas por el VIH como resultado de ésta.
- La mayoría de las mujeres que son violadas no tiene acceso a profilaxis post-exposición⁵ y vive con el temor de una posible seroconversión.⁶
- El temor a la violencia puede impedir que las mujeres insistan en el uso de condones u otros métodos para relaciones sexuales más seguras.
- Mitos tales como que tener relaciones sexuales con una virgen cura la infección por VIH provocan violaciones y abuso sexual.

Muchas mujeres y chicas que revelan su estado de VIH a sus compañeros, miembros de su familia y comunidades sufren abusos físicos y emocionales. En diciembre de 1998, una joven mujer sudafricana, Gugu Dlamini, fue golpeada a muerte por miembros de su comunidad luego de que reveló su estado de VIH, pues fue vista como una desgracia para la comunidad (Vetten y Bhana 2001).

En situaciones de guerra y conflictos, el riesgo y los incidentes de violencia basada en género aumentan. Esto se debe a una combinación de factores que incluyen la ruptura de la ley y el orden, así como movimientos de población a gran escala, específicamente de mujeres, niñas y niños. Las situaciones de conflicto incrementan la vulnerabilidad de mujeres y niñas debido a:

- La violación de mujeres y niñas por fuerzas de oposición, sumada al hecho de que las tasas de VIH suelen ser más elevadas entre el personal militar. La violación también es común en campos de personas refugiadas – a menudo perpetrada por personal de emergencia.
- Más relaciones sexuales de supervivencia, conforme las mujeres se enfrentan a la pérdida de ingresos, de su hogar y de miembros de su familia que las apoyaban.

⁵ La profilaxis post-exposición (PPE) se refiere a la administración de medicamentos antirretrovirales como un método que puede reducir la probabilidad de contraer la infección por VIH después de una exposición de alto riesgo. En teoría, la PPE puede ya sea prevenir el establecimiento de la infección o prevenir una nueva infección al permitir la eliminación de células ya infectadas (Anderson 2000).

⁶ La seroconversión se refiere al desarrollo inicial de anticuerpos después del contacto con el VIH.

(Gordan y Crehan 1999)

Cultura y religión

La cultura y la religión tienen un profundo efecto en mantener el *status quo* de género y reforzar las normas y expectativas sociales acerca de los hombres y las mujeres, y pueden crear algunas de las barreras más significativas a una efectiva prevención del VIH. Un ejemplo clave es la posición de la iglesia católica en cuanto al uso del condón. Por lo general, la posición asumida por la religión organizada sobre la sexualidad y el VIH/SIDA es sumamente conservadora y raras veces desafiada; aun así, muchas personas confían en su iglesia y acuden a sus líderes en tiempos de crisis. La cultura y la religión continuarán aumentando la vulnerabilidad de hombres y mujeres a la infección mientras sigan representando el sexo y la sexualidad como un tema tabú.

Sin embargo, a nivel mundial existen cada vez más ejemplos de cómo las organizaciones religiosas pueden enfocar el VIH/SIDA en una manera progresista para reducir la vulnerabilidad. Por ejemplo, diferentes religiones han tenido que enfrentar y reenmarcar su posición sobre el asunto de los condones. Dentro de algunas organizaciones en la iglesia católica existen pasos para brindar a la gente información completa sobre todos los medios de prevención del VIH basada en prueba científica, incluidos los condones (CAFOD 2001). En Indonesia, un proyecto para capacitar a predicadores islámicos se centró en hacer concesiones en los principios por el interés del bienestar social, argumentando que si bien son pecado las relaciones sexuales fuera del matrimonio, son un mayor pecado cuando se tienen sin un condón (KangGURU Radio English 2000).

Migración

O'Brien (1995) señala que es vital comprender los patrones de la conducta de la movilidad para prevenir la diseminación del VIH y cuidar de las personas afectadas. A nivel mundial, dos mil millones de personas migran temporal o permanentemente, lo cual incluye movilidad entre países y dentro de éstos. En las últimas décadas, una mayor pobreza, la desigualdad de derechos de las mujeres, la falta de acceso a trabajo formal y los cambios económicos y políticos han conducido a un incremento en la cantidad de mujeres que buscan trabajo en el extranjero o en otras áreas de sus propios países. Sin embargo, ellas a menudo son invisibles, tanto en términos de estadísticas como en su calidad de actoras principales en el proceso migratorio (Zlotnik en Sweetman 1998). Ser migrante no es, en y por sí mismo, un factor de riesgo para la infección por VIH. No obstante, la alteración de las circunstancias puede llevar a riesgos personales, por ejemplo, separación de la familia, parejas sexuales y las tensiones y vulnerabilidades asociadas con el proceso migratorio.

Los factores sociales y las realidades económicas juegan un papel esencial en cuanto a quiénes migran. Las decisiones en el hogar acerca de quién debería migrar son determinadas por la

disponibilidad de mercados de trabajo y los roles de las y los integrantes de la familia en el hogar. Tanto esas decisiones como esos roles están marcados por el género. La migración, especialmente bajo condiciones forzadas – por ejemplo, en situaciones de conflicto o movimientos ‘ilegales’ de la población – pueden conducir a un bajo estatus y a trabajo mal remunerado y/o aislado, como también a condiciones de vida que aumentan la dependencia respecto de otras personas, quienes a menudo son más poderosas, para aspectos clave de subsistencia, y esto incrementa la vulnerabilidad al VIH/SIDA. Es el caso, en particular, de mujeres cuyas opciones suelen ser limitadas por su bajo estatus y trabajo mal remunerado y/o aislado (incluyendo el matrimonio y el trabajo doméstico, en fábricas y en el comercio sexual). Su bajo estatus y su aislamiento de la familia y de redes de apoyo social suelen hacerlas vulnerables a abusos y a la infección por VIH y otras ITS. En regiones donde hay una elevada migración masculina por razones de trabajo, la vulnerabilidad al VIH/SIDA puede ser un problema. En Camboya, por ejemplo, existe la expectativa de que los hombres tengan múltiples parejas sexuales mientras viajan, lo cual aumenta el riesgo de infección por VIH para ellos mismos, su(s) pareja(s) en el hogar y otras parejas sexuales (Sellers, Panhavitetr, Chansophal y Maclean, en imprenta).

A pesar de los riesgos asociados al proceso migratorio, es importante reconocer el derecho a ‘la libertad de movimiento y viaje indiferentemente del estado de VIH’ (Doce Declaraciones de la ICW y la Carta de Derechos de Barcelona 2002). Éste fue un punto focal durante la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona, en el 2002, debido a que las autoridades españolas negaron visas a numerosas personas del hemisferio Sur – muchas de las cuales habían revelado su estado de VIH. Algunos países tienen políticas discriminatorias en cuanto a los viajes de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y otros están instituyendo controles más estrictos. Por ejemplo, Canadá introdujo recientemente la necesidad de una prueba del VIH para personas que emigran a ese país. Aunque dicen que esto no afectará la decisión final, no queda claro por qué requieren la información.

3.2.2 Factores económicos

Críticos factores económicos incluyen marcos y políticas macroeconómicos, así como pobreza y desigualdad.

Marcos y políticas macroeconómicos

Los factores macro-políticos y económicos que tienen impactos en el desarrollo en general, localizados a los niveles nacional, regional y global, están impactando cada vez más el acceso a los derechos socioeconómicos y esto, a la vez, aumenta la vulnerabilidad al VIH y al SIDA. A un creciente grado, las presiones que surgen de la economía global influyen en la toma de decisiones de los gobiernos nacionales. La deuda nacional, la especulación de capital, la imposición de programas de ajuste macroeconómico y el crecimiento del desempleo son algunos

procesos clave en la economía global que influyen negativamente en la salud y el bienestar de los países pobres. Los recortes en la inversión social han venido acompañados de un 'ajuste silencioso' – las desmedidas dificultades y presiones que las mujeres experimentan como resultado del ajuste estructural (Kaihuzi 1999; Singh y Zammit 2000; Rowbotham y Linkogle 2001; Riley 2001). Esto es especialmente cierto en ausencia de formas alternativas de medios de subsistencia y de servicios sociales que satisfagan las necesidades básicas de las personas pobres.

A nivel nacional, las políticas fiscales de los gobiernos significan que se tomen medidas políticas que a menudo desfavorecen a la gente pobre y marginada, en particular a las mujeres pobres, las mujeres rurales y grupos tales como los de personas usuarias de drogas intravenosas. Una de las primeras áreas impactadas es la de salud y desarrollo. Los vínculos con la infección por VIH son claros.

Pobreza y desigualdad

Las mujeres y los hombres experimentan la pobreza de manera diferente debido a la desigualdad de género:

Las causas y resultados de la pobreza están fuertemente marcados por el género y, sin embargo, las conceptualizaciones tradicionales consistentemente no delimitan las dimensiones de género de la pobreza, lo que tiene como consecuencia políticas y programas que son incapaces de mejorar las vidas de las mujeres pobres y sus familias (Beneria y Bisnath en Cagatay 1998:2).

Aun cuando las mujeres tienen acceso a ingresos y bienes (como tierra, equipo, conocimientos, empleo y habilidades), éstos a menudo son controlados por hombres, lo que hace que ellas sean menos capaces de salir de una vida de pobreza (May 2000; Nkiru Igbelina-Igbokwe 2002).

La relación entre el VIH y la pobreza es compleja – si bien la mayoría de personas que viven con VIH/SIDA es pobre, muchas que no lo son también son afectadas e infectadas. No obstante, quienes viven en la pobreza tienen mayores probabilidades de enfermar y por lo general fallecen más rápidamente debido a desnutrición y falta de acceso a cuidados de salud apropiados. Así, la epidemia del VIH es bimodal, con picos entre la gente más rica y mejor educada, y entre las personas más pobres en la sociedad (Collins y Rau 2000). La epidemia del VIH entre la gente más rica se debe a su acceso a recursos disponibles y su posición en la sociedad, incluida la capacidad de viajar, lo cual le da la oportunidad de involucrarse en actividades sexuales que la ponen en riesgo. Según Baylies (2000), en esta categoría entran primordialmente los hombres, y su comportamiento es visto como una 'expresión de su poder' (página 12). Ello contrasta con la

situación de las personas pobres, en particular las mujeres pobres, cuya situación de pobreza puede conducirlos a acciones riesgosas para poder sobrevivir, así como impedirles tomar medidas de protección.

Algunos ejemplos del vínculo entre género, pobreza y VIH incluyen:

Factores biomédicos – Los factores que predisponen a niñas y mujeres a un mayor riesgo de infección, incluyendo anemia crónica y primer coito prematuro, son exacerbados por la pobreza (Farmer en Collins y Rau 2000). La falta de control de las mujeres pobres sobre las circunstancias en que ocurren las relaciones sexuales puede incrementar la frecuencia de éstas y reducir la edad en que empieza la actividad sexual.

Relaciones sexuales de supervivencia – Evidencias provenientes de todas las regiones del mundo sugieren que el principal motivo detrás del intercambio de servicios sexuales por parte de quienes los proveen es la oportunidad económica (Tawil *et al.* en Collins y Rau, 2000). El contexto de la mayor parte del trabajo sexual en África son las relaciones sexuales de supervivencia, y el trabajo sexual se trata de ganar dinero para que las mujeres y sus familias puedan permanecer vivas. Así, las relaciones sexuales de supervivencia son una forma de generación informal de ingresos a pequeña escala. Algunas mujeres en el sector informal simplemente están ampliando sus capacidades y medios de subsistencia existentes, realizando un trabajo que es tipificado como 'de mujeres'. Raras veces, como suele ser el caso con el trabajo de las mujeres, son bien remuneradas por sus esfuerzos. El trabajo sexual motivado por la pobreza tiene más probabilidades de fomentar conductas que implican correr riesgos.

La paradoja de lo que llamamos relaciones sexuales de supervivencia, sean estrictamente comerciales o no, es que se logra una subsistencia social de relativo corto plazo (pero aun así apremiante) sólo a expensas de la exposición al riesgo a largo plazo de enfermedad y muerte a través de la infección por VIH (Preston Whyte 2000:3).

*Transmisión de Madre a Bebé (TDMB)*⁷ – El acceso a medicamentos relativamente baratos que pueden reducir la transmisión del virus al bebé es sustancialmente negado a todas aquellas mujeres que no pueden pagarlos en la mayoría de 'países en desarrollo'. Además, las

⁷ Actualmente existen debates en torno al término 'transmisión de madre a bebé' (TDMB) versus 'transmisión de progenitores a bebé' (TDPB). En un esfuerzo por remover la culpabilización de las mujeres, hay quienes prefieren centrarse en 'progenitor' y no en 'madre'. Este término es comúnmente usado en Zimbabwe, por ejemplo, con un enfoque a involucrar a los hombres en los asuntos de salud reproductiva y sexual que las mujeres enfrentan. Otras/os activistas creen que utilizar el término 'progenitor' oculta la realidad de que los hombres raras veces se involucran en el embarazo, pueden rechazar a una mujer cuando ella descubre que está infectada por el VIH y por lo general no se comprometen a brindar cuidados una vez que el bebé ha nacido (comunicaciones personales con mujeres que viven con VIH/SIDA).

infecciones a través de la lactancia materna pueden ser eliminadas mediante lactancia exclusivamente con biberón, pero las mujeres pobres no tienen ni el dinero para comprar leche en fórmula ni el acceso a facilidades e infraestructura básicas, tales como agua limpia con la cual preparar la fórmula y así reducir el riesgo de otras infecciones (Seidel y Tallis 1999). Ellas cuentan con menos privacidad debido a que viven en condiciones de hacinamiento y sobrepoblación, y la decisión de no amamantar a su bebé puede ser notada por personas en el vecindario y conducir a la revelación de su estado de VIH.

Acceso a tecnologías – La pobreza también puede limitar la capacidad de las mujeres para acceder a antirretrovirales, al condón femenino y a microbicidas. A nivel nacional e internacional ha habido discusiones acerca de financiar o subsidiar el acceso a dichas tecnologías. No obstante, ¿tiene sentido el hecho de que los programas de acceso a tratamiento antirretroviral estén ahora iniciando en clínicas donde aún no hay agua corriente disponible? Esto fue discutido durante la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona, en el 2002. La declaración ‘Mujeres y VIH/SIDA: La Carta de Derechos de Barcelona’ incluye el derecho al acceso a cuidados de salud aceptables, asequibles, de calidad e integrales, incluidas las terapias antirretrovirales.

3.2.3 Factores políticos

Una respuesta efectiva a las epidemias exige voluntad y compromiso políticos a los más altos niveles posibles. Los países que han hecho algunos avances en reducir la diseminación del VIH y enfrentar el impacto del VIH/SIDA tienen en común un alto nivel de compromiso político, sumado a un sostenido liderazgo público (por ejemplo, Uganda, Tailandia y Brasil). Aunque algunas naciones han demostrado liderazgo y compromiso, esto no necesariamente significa que la respuesta entre en un marco de derechos humanos con enfoque de género. Un ejemplo es la homofobia del Presidente de Uganda, quien durante varios años ha negado sistemáticamente a homosexuales y lesbianas el acceso a sus derechos. Esto ha sido logrado a través de persecución y negación de la existencia de dichas personas en el país, como también por el incremento de su marginación y vulnerabilidad al VIH/SIDA.

La falta de voluntad política obstaculiza los programas efectivos de prevención y atención al no propiciar un ambiente conducente o habilitador. El ejemplo más claro de ello se encuentra en Sudáfrica, con la falta de voluntad política demostrada por el Presidente Mbeki y su negación del vínculo entre el VIH y el SIDA. De hecho, los líderes de la mayoría de países han sido lentos para actuar o han negado la magnitud del VIH/SIDA. Una iniciativa para involucrar a los líderes mundiales fue lanzada en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona (2002) y está siendo liderada por el ex Presidente estadounidense Bill Clinton. Las y los defensoras de

género deben asegurar que el compromiso político incluya el compromiso con la igualdad de género.

3.3 Impacto de las epidemias

En la actualidad, el SIDA es la principal causa de muerte en el África subsahariana y la cuarta causa de mortalidad a nivel mundial (ONUSIDA 2002). Los impactos del VIH y del SIDA son sociales, económicos, políticos y demográficos, además de personales. Cantidades cada vez mayores de mujeres y hombres están viviendo con VIH/SIDA y deben enfrentar una multitud de complejos asuntos mentales, emocionales, sociales y financieros. El VIH/SIDA afecta a todas las mujeres y a todos los hombres, indiferentemente de su clase, raza, orientación sexual y estado de VIH. Estos factores influirán en la manera en que el VIH/SIDA impacte sus vidas.

Mucho se ha escrito sobre el impacto del VIH/SIDA, pero no ha habido gran éxito en medir el impacto humano del VIH, especialmente en lo relativo al género (Whelan 1999). A pesar de ello, existen amplias evidencias de que las mujeres son afectadas de manera desproporcionada. Un impacto clave del VIH/SIDA es la profundización de las desigualdades de género y otros factores que impulsan a las epidemias.

3.3.1 Impactos sociales

El impacto del VIH/SIDA en las mujeres ha sido llamado 'triple riesgo' (Bennett 1990). Esto enfoca los roles de género clave que suele esperarse que ellas desempeñen: productivo, reproductivo y comunitario. El VIH/SIDA afecta a las mujeres como individuos, madres y cuidadoras en estos roles definidos socialmente. Los roles socialmente definidos de los varones (adultos y niños) también condicionarán el impacto de las epidemias sobre ellos.

Las mujeres son afectadas como individuos por el VIH/SIDA, pero en los programas centrados en esta epidemia ellas a menudo son representadas sólo como madres y cuidadoras. Un estudio realizado en Durban, Sudáfrica, enfocado en las experiencias de embarazadas que vivían con VIH destacó el grado al cual se ha descuidado el empoderamiento femenino. Las entrevistadas tenían una comprensión e información limitadas del SIDA y otras ITS. Muchas de las participantes reconocieron que sus compañeros no eran monógamos, pero no habían tenido la oportunidad ni el espacio para pensar, analizar y personalizar lo que esto podía significar para ellas. Las mujeres se quedaban en esas relaciones sobre todo por temor a sufrir violencia y debido a su dependencia financiera de los hombres. Ello era exacerbado por el hecho de que muchas estaban desempleadas y pocas tenían habilidades que les permitieran conseguir trabajo. Costumbres y prácticas sexistas tales como el pago de *lobola* (riqueza de la novia) e *inhlawulo*

(pago de 'daños' a las familias de las mujeres por embarazo⁸) fueron temas dominantes en el estudio (Tallis 1997).

Como madres que viven con VIH/SIDA, las mujeres son afectadas en tres formas. En primer lugar, muchas madres de personas adultas jóvenes temen que sus hijas e hijos adquirirán el VIH pero a menudo carecen de habilidades para hablarles abiertamente sobre la sexualidad. En segundo lugar, cada vez más madres tienen que cuidar a sus hijas/os menores y adultas/os y a las parejas de éstas/os cuando enferman. Finalmente, para una madre que está infectada por el VIH existe el riesgo de transmitir el virus a su bebé, ya sea durante el embarazo o el parto; asimismo, después del nacimiento a través de la lactancia materna, lo cual puede ocurrir si ella no es consciente del riesgo o no cuenta con recursos económicos para comprar la leche en fórmula (Tallis 1998).

Las mujeres están sobrellevando la carga de los cuidados para el SIDA. Esto es un hecho tanto en los sectores formales como en los informales. Ellas son mayoría en la enfermería y el trabajo social (el sector formal de cuidados). En un país en desarrollo, la mayor carga de los cuidados para el SIDA ocurre informalmente en la comunidad, donde las mujeres cuidan de sus parejas, hijas e hijos. Las abuelas a menudo tienen que cuidar nietas y nietos cuando sus progenitores no pueden hacerlo o ya han fallecido (Tallis 1998). May (2000) se refiere a la 'pobreza de tiempo' experimentada por las mujeres, que es resultado de las largas horas que ellas invierten en sus roles reproductivos – recolectar leña, cuidar a sus hijas e hijos, cocinar y limpiar – en perjuicio de su propio bienestar. Muchas que viven con el VIH también cargan con la presión agregada de estar enfermas ellas mismas y tener que brindar cuidados a su compañero o a su hijo/hija enfermos/as. Para una mujer que vive con el VIH, ese aumento en la carga de trabajo a menudo significa que no tendrá tiempo para cuidarse a sí misma ni atender sus propias necesidades de manera adecuada (Bennett 1990). Tal como lo señala Mary Crewe, los cuidados basados en el hogar son un concepto de clase media que asume que los recursos (incluidos los humanos) están disponibles en el hogar, pero usualmente ése no es el caso (2002). La contribución de las mujeres a la prevención y atención casi nunca es reconocida ni cuantificada.

Las investigaciones también han mostrado que la conducta de búsqueda de salud difiere entre hombres y mujeres. La de ellas suele ser determinada con más frecuencia por sus roles reproductivos, ya sea por estar embarazadas o tener un/a hijo/a enfermo/a. Los factores que impactan en dicha conducta incluyen dinero, tiempo, actitud de las y los trabajadores de salud y

⁸ La familia de una mujer soltera embarazada busca conseguir pago por 'daños', es decir dinero o bienes, del hombre responsable del embarazo. Para la mujer, la importancia trasciende el valor material, pero tiene un impacto significativo en su valía personal y autoestima, como también en cómo se siente acerca del embarazo. Las mujeres cuyos compañeros reconocen sus responsabilidades tienen más probabilidades de experimentar sentimientos positivos sobre el embarazo.

movilidad. Las investigaciones también han revelado que los hombres a menudo reciben mejores cuidados que las mujeres. Ellos tienen más probabilidades de acceder a una mejor atención de salud a través del sector privado, por ejemplo, acceso a clínicas en el lugar de trabajo o a beneficios médicos que incrementan la calidad del cuidado disponible (Tallis 2001).

Los impactos sociales afectan no sólo a personas adultas sino también a niñas y niños. Una creciente tendencia es retirarles de la escuela, especialmente a las niñas, para que cuiden personas enfermas y ayuden con otras tareas domésticas. En Swazilandia, por ejemplo, la inscripción escolar se ha reducido un 36 por ciento debido al VIH/SIDA y las niñas son las más afectadas. Esto tiene impactos en su educación y futuros prospectos (Desmond *et al.* 2000). Aunque la deserción escolar a menudo se asocia a las niñas, los estudios muestran que en ciertos casos también los niños son retirados de la escuela cuando sus parientes enferman o mueren. Sin embargo, es más probable que de ellos se espere que suplementen el trabajo familiar en granjas o en actividades generadoras de ingresos (Bennell, Hyde y Swainson 2002).

3.3.2 Impactos económicos

Todos los impactos sociales arriba mencionados también tienen impactos económicos; por ejemplo, cuando las mujeres enferman o deben cuidar a sus parientes, cuentan con menos tiempo para trabajar en actividades productivas que las benefician a ellas mismas, a sus familias, a sus comunidades y a naciones enteras. También se da un crítico impacto económico sobre las mujeres y el hogar cuando ellas pierden al principal proveedor de ingresos. Entonces se esperará que ellas y sus hijas e hijos cumplan un mayor rol económico en la manutención de la familia. Aunque los impactos económicos del VIH/SIDA están bien documentados tanto a nivel macro como micro (Whiteside y Sunter 2000; Desmond, Michael y Gow 2000), el pleno impacto económico sobre las mujeres no ha sido cuantificado. Esto se debe a que el trabajo de ellas en el hogar, en la comunidad y en tareas productivas fuera del sector formal aún no es considerado seriamente por economistas.

3.3.3 Impactos políticos

Hoy día existe mayor conciencia en cuanto a que el impacto del VIH/SIDA en los procesos políticos debe ser anticipado y planificado. Ello es evidente en la creciente cantidad de iniciativas de investigación en el sur de África, donde se está examinando el impacto del VIH/SIDA en la estabilidad política y la capacidad de los/as funcionarios/as para gobernar. Esta área de investigación es aún relativamente nueva, pero plantea un gran desafío al desarrollo y al bienestar humano, sobre todo en aquellas regiones donde las tasas de incidencia y prevalencia son elevadas y los indicadores de desarrollo ya están bajos y continúan reduciéndose. Hasta la fecha, una buena parte del enfoque ha estado en desarrollar voluntad y compromiso políticos para enfrentar el VIH/SIDA y no en analizar los factores políticos que impulsan a las epidemias ni en enfocar el impacto del VIH/SIDA en la estabilidad y los procesos políticos (Altman 2002).

3.3.4 Impactos demográficos

Las epidemias del VIH/SIDA están teniendo impactos en los principales procesos demográficos, es decir, mortalidad y fertilidad, lo cual podría conducir a cambios en el crecimiento y el tamaño de la población. El SIDA está provocando la muerte de hombres, mujeres, niñas y niños que típicamente tienen las más bajas tasas de mortalidad y esto impacta en la esperanza de vida. Los logros de desarrollo están siendo erosionados. Ha habido poca investigación para cuantificar el desequilibrio de género que ocurrirá.

Aunque el impacto en la fertilidad se comprende menos, está siendo sentido en tres formas:

- Habrá menos nacimientos si las mujeres mueren antes de llegar al fin de sus años reproductivos.
- Las mujeres que viven con VIH/SIDA son menos fértiles.
- El uso de métodos de prevención tales como los condones masculinos y femeninos también reducirá la fertilidad.

(Whiteside y Sunter 2000)

4. Desafíos críticos: hacia la transformación

El análisis de las pandemias del VIH/SIDA, incluidas las fuerzas que las impulsan y el enorme impacto en individuos (mujeres, hombres, niñas y niños), hogares y comunidades, muestra claramente que la desigualdad de género está en el centro de las epidemias y que un enfoque en los derechos humanos es un lente importante a través del cual ver el VIH/SIDA. Lo principal en los enfoques debería ser la incorporación de un minucioso análisis de las relaciones de poder de género y del contexto particular en que hombres y mujeres viven, así como una comprensión más profunda de la posición de las mujeres en la crisis del VIH/SIDA. Adicionalmente, deben enfocar el poder y la sexualidad como un asunto central.

Para muchas personas, el trabajo con enfoque de género se define como con quién se está trabajando y en qué. Inicialmente, un enfoque 'de género' significó trabajar sólo con mujeres, por ejemplo, educándolas sobre el uso del condón. Sin embargo, con un mayor reconocimiento de los factores que restringen la capacidad de las mujeres para negociar relaciones sexuales más seguras, a veces un enfoque de género ha permitido un cambio de perspectiva, pasando de trabajar sólo con mujeres hasta incluir a los hombres, o exclusivamente con hombres. Así sucede en el VIH/SIDA, donde el enfoque de numerosos programas y campañas ahora involucra a hombres. Esto no es un problema en sí, pero cuando los programas centrados en hombres se implementan a expensas de los dirigidos para mujeres, o si trabajan con hombres pero no cuestionan la desigualdad de género, tales enfoques deberían ser desafiados.

Un enfoque de género, por lo tanto, no debería aplicarse a expensas de una agenda feminista que da una alta prioridad a ayudar a las mujeres a cambiar o transformar las dinámicas de poder. Baden y Goetz (1999) advierten que en algunas aplicaciones de políticas el género ha perdido su contenido político feminista. Así, el género se torna descriptivo, centrándose en los diferentes roles y responsabilidades de mujeres y hombres, pero no desafía el desequilibrio de poder.

Los desafíos críticos para un enfoque al VIH/SIDA con perspectiva de género basado en los derechos son:

- abordar las realidades vividas de mujeres, hombres, niñas y niños
- asegurar la participación
- transformar el género como meta
- definir una respuesta de género
- implementar una respuesta coordinada que sea de múltiples niveles, multifacética y multisectorial
- institucionalizar tanto el género como el VIH/SIDA

Sin embargo, hasta la fecha los programas por lo general no han enfocado exitosamente estos desafíos, aunque hay una creciente cantidad de enfoques que están transformando las relaciones de género y persiguen empoderar. El marco de Gupta (2000) para evaluar el grado al cual las respuestas al VIH/SIDA enfocan el género identifica cinco niveles:

- enfoques en los estereotipos
- enfoques neutrales al género
- enfoques sensibles al género
- enfoques transformadores
- enfoques de empoderamiento

Aunque este documento explorará cada uno, para el propósito del presente informe los enfoques de empoderamiento serán discutidos como procesos que ocurren antes que los enfoques transformadores. Se entiende que, si bien el empoderamiento es una parte integral del proceso transformador, la meta final es la transformación de las relaciones de género, más que el empoderamiento en sí. El modelo de Gupta es importante pues brinda un marco dentro del cual localizar respuestas al VIH/SIDA y programas, y ha sido diseñado específicamente para enfocar la interfaz género/VIH. Este documento también abordará las formas en que la meta del empoderamiento y la transformación debería ser incorporada en el trabajo de las instituciones.

4.1 Enfoques actuales

4.1.1 Enfoque en los estereotipos

Numerosos enfoques utilizan estereotipos de género para transmitir su mensaje, lo que tiene como resultado un mayor arraigo del estigma asociado al VIH/SIDA. Gupta describe este enfoque como programas y/o materiales que promueven ‘una imagen depredadora, violenta e irresponsable de la sexualidad masculina’ (página 8), mientras que las mujeres son presentadas como víctimas indefensas. También incluye materiales que se centran en otros estereotipos sobre las mujeres, entre ellos los que presentan a las trabajadoras del sexo como focos de infección. Algunos ejemplos son un afiche para prevención en el cual una trabajadora del sexo es representada por un esqueleto y el pie de foto dice: ‘Lo que ves no es lo que recibes: el SIDA mata’. Asimismo, una tarjeta postal que presenta lo siguiente: **Joy stick** (un ‘palo de placer’ sobre el cuerpo de un hombre, cubriendo el pene), **Play station** (‘estación de juego’ sobre el cuerpo de la mujer, cubriendo la vagina) y **Game over** (‘fin del juego’ sobre una imagen del virus).



(Sólo tienes una vida, usa el preservativo)

Tales imágenes reafirman la idea de que los hombres son activos en las relaciones sexuales y las mujeres son pasivas. O que las personas que están fuera de las conductas aceptables para mujeres y hombres (por ejemplo, trabajadoras/es del sexo, homosexuales u hombres que tienen sexo con hombres) son 'culpables' de la diseminación del virus. Esas imágenes también presentan el diagnóstico de VIH como una sentencia de muerte instantánea, lo cual sólo contribuye a estigmatizar aún más a quienes viven con VIH/SIDA.

4.1.2 Programa neutral al género

Gupta define los programas neutrales al género como programas o materiales que no distinguen entre las necesidades de las mujeres y los hombres, pero que tampoco hacen daño. Los ejemplos citados son mensajes tales como: 'sé fiel', 'quédate con una sola pareja' o 'usa el condón'. Se puede argumentar, sin embargo, que los programas o mensajes neutrales al género en realidad sí ocasionan daños. Si analizamos el ejemplo utilizado por Gupta, mensajes tales como 'sé fiel' y 'quédate con una sola pareja' pueden, de hecho, conducir a una mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH. Esto se debe a que muchas mujeres que son fieles a su pareja creen que por serlo están protegidas contra la infección, si bien ése no es necesariamente el caso (Abdool Karim 1998).

Numerosos programas de VIH/SIDA son neutrales al género, por ejemplo, muchos Programas Nacionales para el Control del SIDA. La mayoría de países tiene uno de estos programas, que pueden integrar o no la tuberculosis (TB) y las ITS y que típicamente se centran en la salud y tienen su base en los departamentos de salud. Estos departamentos o unidades por lo general se basan en marcos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en tiempos previos a la epidemia y, más recientemente, por ONUSIDA.

Los Programas Nacionales para el SIDA son sitios importantes donde integrar el género porque:

- Establecen políticas nacionales para prevención y atención.
- Son responsables de coordinar el proceso de implementación del Plan y del Programa Nacionales para el SIDA.
- Cuentan con presupuestos suficientemente grandes que pueden apoyar una gama de intervenciones y programas que profundizan la comprensión acerca del género y la capacidad para integrarlo en el trabajo en VIH/SIDA.
- En muchos países tienen influencia sobre el control, e intención de ejercerlo, de la respuesta al VIH/SIDA por parte de organizaciones no gubernamentales (ONG) y la sociedad civil en general.

(Tallis 2000)

La principal meta de cualquier Programa Nacional para el Control del SIDA consiste en reducir tanto la diseminación como el impacto de la epidemia del VIH dentro del país. A fin de tener éxito en ello, es necesario un enfoque de género al VIH/SIDA. Sin embargo, en un estudio sobre el papel de los Programas Nacionales para el Control del SIDA para integrar el género, una muestra de 15 países en Asia y el Pacífico, Europa, las Américas y África reveló una falta de comprensión acerca del género y su relación con el VIH/SIDA, escaso compromiso de incorporar el género a todos los niveles y falta de capacidad y herramientas para hacer análisis, planificación y monitoreo y evaluación de género (Tallis 2000).

Programas neutrales al género: Mejorando la respuesta en Senegal

En Senegal ha habido muchos avances para enfrentar el VIH y el SIDA, y la respuesta del país es descrita por ONUSIDA como mejor práctica por las siguientes razones:

- Respuesta inmediata al VIH cuando fueron identificadas las primeras personas que tenían la infección y se estableció un Programa Nacional para el SIDA.
- Apoyo de políticos a la respuesta al VIH/SIDA.
- Liderazgo político extendido al liderazgo de la sociedad civil.
- Liderazgo estable del Programa Nacional para el SIDA, que gozó de apoyo político.
- Liderazgo abierto y honesto acerca de la epidemia.
- Identificación y manejo de obstáculos al éxito de los programas, por ejemplo, reduciendo impuestos a los condones.
- Movilización e involucramiento de figuras modelo, por ejemplo, de las comunidades religiosa y científica.
- Uso maximizado de la estructura política existente.

- Movilización de recursos a nivel nacional e internacional.

(ONUSIDA 1999a; Sidebe 2000)

Sidebe (2000) señala que esta respuesta podría ser mejorada si la existencia de actitudes y prácticas que incrementan la vulnerabilidad de mujeres y hombres y que desempoderan a las mujeres fuera manejada tanto a nivel individual como de la sociedad. En Senegal, 'la desigualdad civil es amplia y a menudo vinculada a prácticas sociales que alteran las relaciones entre los sexos' (página 8).

Los factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH incluyen los siguientes:

- El matrimonio precoz es común en mujeres de Senegal, pese a leyes que prohíben el matrimonio de niñas menores de 16 años. Estas jóvenes son vulnerables pues tienen actividad sexual temprana y dependen financieramente de su esposo debido a una escolarización limitada y un escaso acceso a alternativas viables. El esposo suele ser un hombre mayor que tiene otras parejas.
- Aunque existe un 'código de familia' que promueve la fidelidad marital tanto de hombres como de mujeres, la realidad es que se espera que ellas sean fieles, mientras que ellos no.
- Existen prácticas tradicionales que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres, las cuales incluyen levirato o herencia de viudas y mutilación genital femenina (MGF). Aunque la MGF fue prohibida por ley en 1999, continúa siendo practicada ilícitamente en muchas áreas.

(Sidebe 2000)

Sidebe asevera que 'el NACP [Programa Nacional para el Control del SIDA] no está haciendo lo suficiente para mejorar los conocimientos de las mujeres sobre el VIH/SIDA ni de sus derechos legales en asuntos tales como el matrimonio precoz y el levirato' (página 9). La respuesta es abrumadoramente neutral al género, lo que en algunos casos está aumentando la vulnerabilidad femenina. Esa vulnerabilidad es incrementada por el hecho de que existen códigos y leyes de derechos humanos, entre éstas las leyes que prohíben la MGF, pero no están siendo implementados o refrendados.

Dónde están las mujeres en la agenda de la investigación

A pesar de que las mujeres han estado siendo diagnosticadas con VIH/SIDA desde principios de la década de 1980, poca investigación se ha realizado sobre las implicaciones del conocimiento de que existen diferencias entre ellas y los hombres en la progresión de la enfermedad, las infecciones oportunistas y el manejo. La investigación ha sido neutral al género. La investigación del VIH/SIDA en mujeres se encuentra en una etapa temprana y hay muchas más preguntas que requieren ser respondidas. A fines de 1999, las mujeres sólo conformaban el 12 por ciento del total de participantes en ensayos. Algunas investigaciones han mostrado que entre mujeres y

hombres hay diferencias en el tiempo de sobrevida, los niveles de carga viral y la toxicidad de los medicamentos, lo que hace necesario diseñar un tratamiento antirretroviral y un manejo de infecciones oportunistas que sean diferentes para los sexos. Ignorar las diferencias en la progresión de la enfermedad para hombres y mujeres conduce a conclusiones y soluciones neutrales al género.

4.1.3 Enfoques sensibles al género

Los enfoques sensibles al género responden a las distintas necesidades y restricciones de las personas con base en su género y sexualidad. Muchos actuales programas para el SIDA operan a este nivel, en que las necesidades prácticas de las mujeres son identificadas y se hacen intentos por satisfacerlas a través de la prestación de servicios. Esto incluye programas centrados en la provisión del condón femenino, en generación de ingresos o incremento del acceso de las mujeres a los servicios de salud. Los enfoques para trabajar con hombres podrían también entrar en esta categoría, brindándoles una educación que se basa en sus roles como tomadores de decisiones en sus relaciones con las mujeres y ayudándolos a ver cómo podrían tomar decisiones mejores y más seguras que les permitan protegerse a sí mismos, además de proteger a sus compañeras y sus actuales y futuros descendientes. Estos enfoques a menudo encajan en la preocupación del hombre por sostener su linaje, al alentarlos a mantenerse libre del VIH y de esta manera tener bebés saludables que puedan llevar adelante el linaje de la familia.

Gupta ofrece el ejemplo de los microbicidas como un método de prevención que satisfará las necesidades de las mujeres y de hombres que tienen sexo con hombres. Así, los programas sensibles al género tendrán impactos en las vidas inmediatas de las mujeres, pero sin necesariamente desafiar el *status quo* de género. El advenimiento de un microbicida efectivo,⁹ sin embargo, tiene el potencial de incrementar el control de las mujeres sobre su salud tanto reproductiva como sexual.

Promoción y defensa públicas en género: La demanda de un microbicida

La Campaña Global por Opciones de Prevención para las Mujeres es un esfuerzo internacional de base amplia, diseñado para alentar la inversión en productos microbicidas que mujeres y hombres puedan utilizar vaginal o rectalmente para protegerse a sí mismas/os y a sus parejas contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Actualmente, la Campaña tiene más de 70 organizaciones socias a nivel mundial que movilizan voluntad política y aseguran que, conforme la ciencia avanza, el interés público esté protegido y las necesidades y perspectivas de las mujeres sean incorporadas en todas las fases de investigación, desarrollo e introducción de

⁹ Según el Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, el desarrollo de un microbicida que sea seguro y efectivo tomará 'algunos años' (Corresponsal Clave de HDN 2002). Se estima que el producto estará disponible no antes del año 2007.

los microbicidas. Un microbicida tiene el potencial de expandir las opciones de las mujeres, de manera que puedan ejercer sus derechos tanto reproductivos como sexuales. (www.global-campaign.org)

Los enfoques sensibles al género no llegan a desafiar el *status quo* en que los hombres mantienen el poder de toma de decisiones y lo utilizan para controlar la sexualidad y los derechos sexuales de sus parejas.

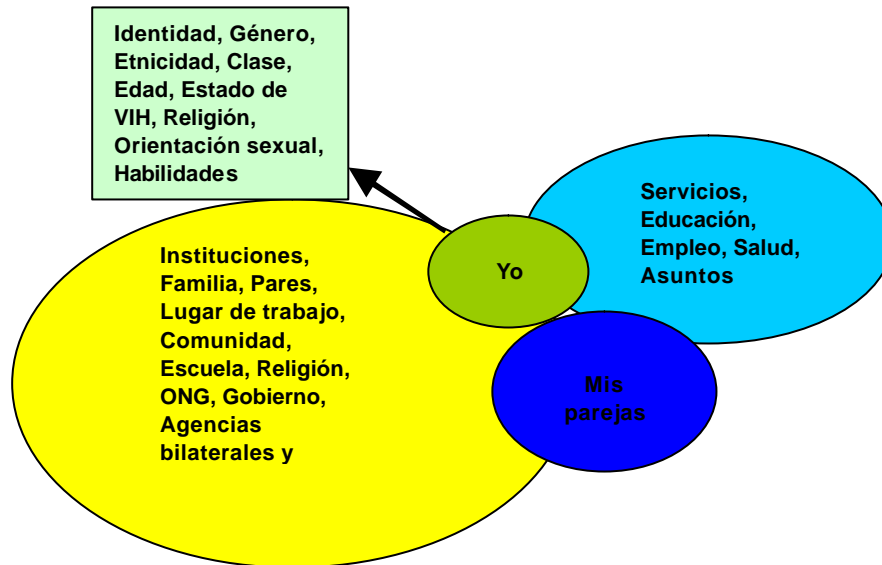
4.1.4 Enfoques que empoderan

Los enfoques que propician el empoderamiento de las mujeres se centran en mejorar su acceso a información, habilidades, servicios y tecnologías, pero también van más allá, para asegurar su participación en la toma de decisiones a todos los niveles. En su sentido más literal, el empoderamiento se refiere a que las personas tomen el control de sus propias vidas, adquiriendo la habilidad de hacer cosas, como también de cambiar y definir sus propias agendas (Young 1997). Esta concepción implica un empoderamiento colectivo y personal. Los pasos incluyen:

- construir una autoimagen positiva y la confianza en una/o misma/o
- desarrollar la habilidad para pensar críticamente
- construir cohesión de grupo
- fomentar la toma de decisiones y la acción

Los enfoques que empoderan empiezan con las realidades vividas de las personas, que son complejas y diversas (Welbourn, comunicación personal, 2002). Varios proyectos, incluido el Proyecto de Mujeres Trabajadoras en Bradford, en el Reino Unido, han visto la importancia de enfocar los intereses de las personas beneficiarias del trabajo de desarrollo y de aquellas más afectadas por cualquier asunto relacionado con el desarrollo. Tales intereses o preocupaciones son determinados por los contextos en que la gente vive. Sólo al enfocar y reconocer los asuntos fundamentales para las vidas de las mujeres, tales como evitar violencia por parte de clientes, policías y proxenetas,¹⁰ pudieron las trabajadoras del proyecto en Bradford empezar a trabajar con éstos en los temas de prevención del VIH y una mejor salud sexual (Butcher y Welbourn 2001). Las realidades vividas son experimentadas de manera diferente por cada persona a través de tres niveles críticos y vinculados entre sí: identidad, servicios e instituciones, tal como lo muestra el diagrama a continuación. Estos niveles serán más o menos importantes en distintos contextos y en diferentes tiempos en la vida de una persona.

¹⁰ Proxenetista es una persona, por lo general un hombre, que consigue clientes para una trabajadora o trabajador del sexo o para un prostíbulo, usualmente a cambio de una porción del dinero que se obtenga.



(Adaptado de Welbourn, comunicación personal, 2002)

ICW: El proyecto Voices and Choices / Voces y Elecciones (Zimbabwe)

‘Desde el inicio de este proyecto, las mujeres positivas estuvimos involucradas en la decisión sobre los asuntos que serán investigados y eso fue muy alentador. Durante el proceso me di cuenta de que estaba siendo empoderada. Realmente he cambiado, he adquirido confianza y también estatus en mi comunidad. Ahora me invitan a talleres y reuniones siempre que se están discutiendo asuntos de mujeres’ – Otilia Tasikani (ICW 2002:17)

El proyecto Voces y Elecciones (Zimbabwe) es un ejemplo de una organización internacional que trabaja a nivel nacional y tiene el objetivo clave de empoderar a mujeres que viven con VIH/SIDA. La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW), en sociedad con una organización nacional de Zimbabwe, la Red de Apoyo para Mujeres y SIDA (WASN), facilitó un proceso de investigación para la acción de dos años de duración (1998-2000) a fin de determinar las necesidades de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en ese país. La investigación incluyó un proceso de desarrollo de habilidades en un grupo de mujeres viviendo con VIH/SIDA que eran responsables de la mayor parte de recolección de datos y a quienes se les brindó apoyo en cotejo, análisis y planificación (Butcher y Welbourn 2001). Se realizó un taller para desarrollar una estrategia de promoción y defensa públicas orientada a enfocar los asuntos que enfrentan las mujeres que viven con VIH/SIDA en Zimbabwe. La siguiente fase del proyecto consiste en implementar los planes desarrollados durante el taller (Cavanagh y Tallis 2001).

(Ver en el boletín *En Breve* más información sobre este proyecto.)

Cornwall y Welbourn hablan de proyectos que 'ofrecen poderosas posibilidades para realizar los derechos, al habilitar a las personas para que sean conscientes de éstos y capaces de articularlos, y propiciar que se apropien de su derecho al bienestar reproductivo y sexual' (en imprenta). El proyecto de la ICW ha logrado esto, tanto empoderando a las mujeres individual y colectivamente como brindando oportunidades para que las mujeres que viven con VIH/SIDA lideren el proceso de enfocar sus propios asuntos definidos con el apoyo de otras organizaciones.

El empoderamiento requiere de una genuina participación. Esto se refiere a la 'intención de trasladar el poder para interpretar, analizar e idear soluciones' (Akerkar 2001:2). La participación puede ser vista como el medio hacia un fin, es decir, puede llevar a un desarrollo más eficiente. Sin embargo, la participación que empodera es un fin en sí mismo. Cornwall y Welbourn (en imprenta) hablan de la participación como un derecho humano, lo que asegura que las personas tengan una voz además de elecciones. La gente más afectada por cualquier asunto del desarrollo debe ser parte del proceso de definir el problema y encontrar soluciones. Al responder al VIH/SIDA, esto incluirá a las personas pobres y las marginadas, por ejemplo, mujeres, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios/as de drogas inyectables.

Proyecto Sonagachi

El Proyecto Sonagachi, que trabaja con trabajadoras del sexo en la India, ilustra la importancia de que las mujeres inicien ellas mismas el cambio, en vez de que gente 'de afuera' traiga ese cambio o actúe como catalizadora para éste. Las trabajadoras del sexo en Sonagachi están negociando exitosamente relaciones sexuales más seguras con sus clientes, así como un mejor trato por parte de la sociedad, incluida la policía. En 1992, el Proyecto de Intervención en ITS/VIH (SHIP) estableció una clínica de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para trabajadoras del sexo, a fin de promover el control de enfermedades y la distribución de condones; sin embargo, pronto su enfoque fue ampliado para abarcar asuntos estructurales de género, clase y sexualidad. Las mismas trabajadoras del sexo decidieron las estrategias del programa. El 25 por ciento de los puestos gerenciales está reservado para trabajadoras del sexo y ellas ocupan muchos cargos clave. Son educadoras de pares y también asistentes y ayudantes en las clínicas de ETS del proyecto. SHIP persigue construir la capacidad de las trabajadoras del sexo para que cuestionen los estereotipos culturales de su sociedad, así como generar conciencia acerca del poder y de quiénes lo detentan (ver la Colección de Recursos de Apoyo).

Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS / Mayor

Involucramiento de Personas Viviendo con o afectadas por el VIH/SIDA (GIPA)

GIPA fue lanzado durante la Cumbre del SIDA en París en 1994 y respaldado por 42 Jefes de Estado. Su objetivo es que se reconozca la importante contribución que las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) pueden hacer y de hecho hacen, así como crear un espacio para su involucramiento en todas las esferas, desde las políticas hasta la práctica (ONUSIDA 1999). En Sudáfrica, el programa de GIPA ha existido desde 1998. Inicialmente se crearon posiciones para PVVS en varias organizaciones y empresas. La segunda fase del programa, centrada en departamentos gubernamentales específicos a nivel nacional, tales como salud, desarrollo social, tierra y agricultura, tenía el objetivo de involucrar a PVVS en el desarrollo de políticas y programas para el lugar de trabajo. En una evaluación del programa (ONUSIDA 2002b) se encontró que el valor de GIPA era doble: aumentaba la efectividad de la institución de empleos al personalizar el VIH y creaba un ambiente de apoyo para PVVS. Aunque éstos son logros importantes, el punto más importante del principio de GIPA aún no se ha alcanzado – el involucramiento de hombres y mujeres que viven con VIH en todos los niveles de las políticas, la planificación y los programas.

El empoderamiento puede ser visto como un fin en sí mismo y como el medio hacia un fin, es decir, la transformación de las relaciones de poder de género. Cuando las mujeres y los hombres se empoderan, son capaces de emprender las acciones necesarias a nivel personal y de grupo/colectivo 'comunitario' y a un nivel institucional y social más amplio para confrontar, enfocar y cambiar la desigualdad dentro de las relaciones de poder de género. La ICW, el Proyecto Sonagachi y GIPA han, a diversos grados, reconocido esta necesidad y actuado con base en ella para transformar las relaciones sociales desiguales a distintos niveles. De ahí que las mujeres involucradas en el proyecto de la ICW estén trabajando en una estrategia nacional de promoción y defensa públicas, que las mujeres en Sonagachi estén trabajando para asegurar un mejor trato por parte de clientes, proxenetas y policía, y que GIPA cuestione el derecho de personas que no viven con VIH/SIDA a establecer la agenda de los programas del VIH/SIDA.

Mujeres juntas...

Durante la XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA realizada en Durban, Sudáfrica, un grupo de mujeres, incluido el Caucus Internacional de Mujeres sobre el SIDA, decidió realizar eventos fuera del sitio de la conferencia a fin de involucrar a más mujeres locales, a quienes les era imposible tener acceso a ésta debido a las exorbitantes tarifas de inscripción. Esos eventos

también buscaban asegurar que mujeres y hombres del Norte no dominaran la agenda. Se planificó una serie de talleres a lo largo de la conferencia.

Dado el éxito de este programa, un proceso similar ocurrió en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona. Las iniciativas incluyeron talleres sobre desarrollo de capacidades, redacción de la Carta de Derechos y una marcha por las mujeres, tanto las que asistieron a la conferencia como las involucradas en Mujeres Adelante. Las participantes exigieron tratamiento para las mujeres que viven con VIH, el fin de la violencia y derechos humanos para todas las personas.

Hay lecciones que aprender de Durban y Barcelona para asegurar que todas las mujeres estén involucradas en la planificación e implementación de políticas sobre el VIH/SIDA.

Baylies y Bujra (1995) señalan que los reclamos de empoderamiento a menudo no son más que retórica. Dado que en África el VIH se transmite primordialmente a través de las relaciones heterosexuales en un contexto de desigualdad de género, propiciar impactos sobre la diseminación requiere transformar las relaciones de género. En este contexto, el enfoque ha estado en el 'empoderamiento de las mujeres' pero, en la práctica, las transformaciones en las relaciones de género son 'arduamente ganadas contra las arraigadas estructuras de poder masculino, aun donde, como en el caso del SIDA, las relaciones sexuales ponen en riesgo también a los hombres. Si se descuida la realidad del poder, el llamado al empoderamiento podría seguir siendo poco más que un eslogan' (página 195).

4.1.5 Transformación

¿Por qué es la transformación tan crucial para el VIH/SIDA? Estas epidemias claramente prosperan en el contexto de dinámicas de poder que oprimen a las mujeres y aumentan su vulnerabilidad. El desafío consiste en cambiar o transformar la desigualdad de poder entre hombres y mujeres para crear un contexto en el que ellas tengan igual poder y tanto hombres como mujeres sean menos vulnerables. Gupta (2000) se centra en las relaciones como un punto crítico en el que la transformación ocurre. Para el propósito de este informe, la transformación será definida de manera más amplia a fin de incluir el cambio radical a nivel personal, relacional (incluida la redefinición de las relaciones heterosexuales), comunitario y social, enfocando los sistemas, mecanismos, políticas y prácticas que se requieren para apoyar ese cambio genuino. Los llamados a la transformación de la sociedad han estado presentes por generaciones y, si bien ha habido logros, el progreso ha sido lento. Los imperativos de la epidemia del VIH/SIDA podrían proporcionar el catalizador que se necesita para reconocer, confrontar y enfocar la desigualdad de las mujeres.

Stepping Stones – un método de capacitación participativa

El taller ‘Stepping Stones’ se centra en habilidades en género, VIH, comunicacionales y relacionales, para ser utilizadas con comunidades enteras a fin de desafiar las desigualdades de género y las intergeneracionales, entre hombres y mujeres y entre personas mayores y jóvenes. El primer taller fue realizado en la aldea Buwenda, en Uganda. Una evaluación de impacto reveló que el uso del condón aumentó; asimismo, mejoraron las comunicaciones interpersonales en las relaciones y disminuyeron la violencia y el abuso del alcohol. Las mujeres jóvenes reportaron mayores niveles de autoestima y asertividad, así como la determinación a ser económicamente independientes e involucrarse más en la vida política. Los asuntos sexuales fueron discutidos con mayor facilidad y se dio más cuidado y apoyo a quienes viven con VIH/SIDA.

(Reeves 1998)

En un enfoque de género, una transformación de las relaciones de género que conduzca a la igualdad de género es el objetivo clave, y debe ocurrir a nivel personal, organizacional, programático y social. Aunque el punto de entrada inicial puede variar entre estos niveles, es vital que la realización progresiva de la transformación tenga lugar a los cuatro niveles. Esto no significa que cada organización tenga que involucrarse a cada nivel. El trabajo hacia una meta común, la de la igualdad de género, debe ser abordado desde diferentes ángulos.

Puntos de Encuentro – una ONG feminista de Nicaragua

Puntos de Encuentro surgió en un país post-revolucionario bajo un gobierno de derecha. Su mandato consiste en fomentar relaciones igualitarias y positivas. Su meta principal es influir en la opinión pública para asegurar el cambio cultural, especialmente en torno a normas de género y sexualidad, estigma y sistemas de apoyo social. También busca fortalecer a los movimientos de mujeres y de jóvenes. Esta organización reconoció la importancia de partir de los intereses específicos de la gente joven y también pretendía involucrar a más personas en el movimiento feminista, además de forjar alianzas para confrontar la discriminación y crear relaciones igualitarias entre la gente. Ello condujo a la organización a incorporar personas jóvenes y también hombres, así como involucrarse en trabajo con ambos grupos. Puntos de Encuentro utiliza una estrategia multimedios, incluidos programas de radio y televisión, para lograr sus objetivos. Al trabajo específico sobre el VIH/SIDA le dará un fuerte impulso en todo su trabajo multimedios y comunitario en los próximos años (ver la Colección de Recursos de Apoyo para más información).

¿Es transformador trabajar con hombres?

Centrarse solamente en las mujeres puede aumentar la sobrecarga que para ellas implica el VIH y a menudo conduce a verlas como las culpables. Sin embargo, el involucramiento de hombres, por sí mismo, no mejora las vidas ni la salud de las mujeres y puede, de hecho, profundizar las desigualdades de género que existen en la sociedad. En el trabajo en VIH/SIDA ha habido una reciente tendencia a trasladar recursos previamente utilizados para mujeres a proyectos que se enfocan en hombres o los involucran. Tal como ha sido señalado por Bujra (1999), enfocarse a los hombres en formas a las que ellos respondan puede correr el riesgo de reforzar su dominio sobre las mujeres en las relaciones íntimas.

Los problemas potenciales de enfocarse en los hombres a expensas de las mujeres son destacados en los debates¹¹ en torno a microbicidas potenciales, los cuales se centran en que ellas usen un microbicida sin que sus compañeros se enteren. El uso de microbicidas a escondidas suele ser visto como algo malo y se considera que el involucramiento de los hombres es imprescindible. Aun así, es importante pensar en por qué un microbicida es necesario y ver las realidades de las vidas de las mujeres – muchas son vulnerables al VIH y otras ITS debido a numerosas razones, incluido el hecho de que tienen poco poder en sus relaciones. No todo el uso de microbicidas debería ser ‘oculto’ – algunas mujeres estarán en posición de comunicarse con sus compañeros. Sin embargo, muchas no serán capaces de negociar con ellos el uso de microbicidas u optarán por no negociarlo.

A pesar de las reservas mencionadas, los hombres detentan el poder en la sociedad, inclusive en las relaciones, por lo que trabajar con ellos es crucial y debe involucrar desafiar la posición que ocupan en la sociedad y en sus relaciones. Su dominación para decidir cómo y cuándo se tendrán las relaciones sexuales, su uso de violencia contra las mujeres, su renuencia a prestar atención a sus necesidades de salud y la resistencia de algunos a usar el condón son apenas unos pocos de los más grandes desafíos para reducir el riesgo de adquirir el VIH a nivel mundial (Barker 2002). Es probable que el autoempoderamiento de las mujeres no conduzca a una mayor igualdad en las relaciones con hombres, a menos que ellos mismos cambien. No se debería descuidar el trabajo correspondiente dirigido a mujeres y hombres en la comunidad, ya que la comunidad más amplia juega un papel crucial en reafirmar las construcciones negativas de la masculinidad.

Trabajando con hombres jóvenes en Brasil

El Instituto PROMUNDO, en Río de Janeiro, Brasil, inició un proyecto que involucra a hombres jóvenes en la prevención de la violencia de género. El proyecto fue puesto en marcha debido a los

¹¹ Este párrafo es un resumen de una discusión en la lista electrónica GENDER-AIDS en el 2002.

altos niveles de este tipo de violencia tolerados en el país, siendo la violencia doméstica y sexual una buena parte del guión social. PROMUNDO trabajó con hombres jóvenes pues las evidencias sugieren que las actitudes y conductas hacia las mujeres se forman durante la adolescencia. El proyecto inició con una extensa fase de investigación que identificó a hombres jóvenes que rechazaban la violencia de género y trabajó con ellos a fin de identificar qué les permitía tener un sistema de creencias diferente al de la mayoría de sus pares en la comunidad. El siguiente paso en el proceso fue reclutar facilitadores, hombres que habían demostrado su creencia en la igualdad de género a través del activismo. Ellos fueron responsables de capacitar a promotores de pares, quienes participaron en la fase de investigación.

Los promotores de pares luego desarrollaron y representaron una obra de teatro interactiva basada en sus propias vidas, destacando asuntos en torno a la violencia de género y el impacto de ésta en hombres y mujeres. Se utilizaron materiales impresos en forma de fotonovela para apoyar los mensajes promovidos en la obra. Los éxitos del proyecto incluyen haber brindado apoyo a las voces y expresiones de hombres y niños sensibles al género, lo cual condujo a un mayor empoderamiento; desarrollar reflexiones acerca de las construcciones masculinas tanto positivas como negativas de la violencia de género y proveer una forma de conducta alternativa. La utilización de jóvenes facilitadores de grupo que muestran actitudes y conductas de género equitativas fortaleció el impacto del trabajo de PROMUNDO, como también lo hizo la creación de su potencialmente alternativo grupo de pares para los hombres jóvenes. (Ver el boletín *En Breve* para más información y Barker próximamente.)

Programa Men as Partners (MAP) / Hombres como Socios en Sudáfrica

En vez de centrarse exclusivamente en la violencia doméstica, el VIH o la salud reproductiva, educadores de MAP crean oportunidades para que los hombres exploren y desafíen entre sí sus conductas sobre género, violencia, salud sexual y reproductiva, VIH, provisión de cuidados y acción comunitaria. El personal de MAP ha desarrollado relaciones de colaboración con numerosos grupos en la sociedad: sanadores tradicionales, jefes y ancianos de aldeas, sacerdotes y funcionarios de gobierno, conductores de camiones y trabajadores del sexo, gente joven dentro y fuera de las escuelas y sus padres, hombres en tabernas y en eventos deportivos y hombres en sindicatos y lugares de trabajo. (Entrevista por Dean Peacock con integrantes del personal de MAP: Steven Ngobeni, Malibongwe Puzi, Boitshepo Lesetedi, Gertie Mbhalata y Patrick Godana en noviembre del 2001.)

Los programas con mujeres, incluidas las casadas, deben continuar siendo apoyados. Si bien ellas pueden ser vulnerables, esto no significa que estén totalmente desprovistas de poder – los programas para empoderarlas sí funcionan y brindan un importante campo para un trabajo más focalizado en sus necesidades. El ejemplo de la ICW discutido anteriormente da fe de ello.

Los programas que funcionan tanto con mujeres como con hombres son importantes. No obstante, las mujeres y las niñas a menudo sienten incomodidad al hablar sobre asuntos de salud sexual frente a hombres (Shah, Kambou y Monahan 1999).

Stepping Stones Gambia ha iniciado un programa tanto con hombres como con mujeres en la comunidad, pero les dividió en grupos separados para que pudieran desarrollar sus propias soluciones sensibles a los problemas de la prevención del VIH. Éste es el único foro en el que las cuestiones sexuales pueden discutirse con relativa libertad. Para las y los participantes fue importante hacer el mismo ejercicio en cada grupo, de manera que los hombres no pensarán que se estaría llevando a cabo un ejercicio de control de la población una vez que las mujeres estuvieran en su propio grupo. Las discusiones culminan con el taller comunitario final, en el que cada grupo de pares hace una 'solicitud especial' a toda la aldea reunida, participantes y no participantes por igual (ver la Colección de Recursos de Apoyo).

Aunque los enfoques sensibles al género son un buen comienzo, el empoderamiento de las mujeres es una meta importante y un medio para realmente enfocar la diseminación del VIH/SIDA. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades a menudo se desconfía de las mujeres empoderadas y se las margina en sus propias comunidades. Sólo con la transformación de las relaciones de género a todos los niveles de la sociedad podrían mujeres y hombres ser capaces de tener relaciones saludables (y felices).

4.2 Institucionalización del género y del VIH/SIDA

Aunque reconocidas, las desigualdades de poder entre las instituciones (incluidas las de desarrollo) y los grupos a quienes 'enfocan' a menudo no son cuestionadas. A fin de asegurar enfoques al VIH/SIDA y al género que realmente empoderen y transformen, las instituciones de desarrollo deben reconsiderar sus propias prácticas y los programas que apoyan.

La integración del género y/o de enfoques al VIH/SIDA en las instituciones y los programas es conocida como transversalización. Se requiere de mecanismos a diferentes niveles, ubicados tanto internamente como externamente, para asegurar el cambio. Aunque muchas personas y

organizaciones están comprometidas con la transversalización del género y/o del VIH/SIDA a nivel de políticas, programas y proyectos, pueden carecer de las habilidades y herramientas de planificación necesarias. El uso de herramientas de transversalización, como el análisis y la planificación de género, debe basarse en un compromiso político y personal a un principio de justicia social, lo cual incluye la equidad de género.

La transversalización interna del género y del VIH/SIDA asegura que dentro de la organización se establezcan políticas y programas relevantes. Las políticas enfocan el grado al que la equidad de género y el compromiso de enfocar el VIH/SIDA están contemplados en los principios, la filosofía y los arreglos institucionales de la organización. La transversalización externa se centra en la integración del género y del VIH/SIDA en el propósito central de la organización, lo cual se hace a través de la identificación de asuntos clave que tienen impactos en género y VIH/SIDA. Estos asuntos son luego enfocados mediante promoción y defensa públicas, prestación de servicios, investigación, desarrollo de capacidades y generación de conciencia.

ONUSIDA (Whelan 1999) encargó investigación sobre las respuestas de las organizaciones para enfocar el género y el VIH/SIDA. Se observó que dentro de las instituciones es necesaria una mayor comprensión de las complejidades y los desafíos de género. Esa falta de comprensión limita el grado al cual los programas han sido capaces de enfocar el género dentro de las intervenciones para reducir la vulnerabilidad. No fueron evidentes un compromiso hacia el género, un enfoque participativo al desarrollo de mecanismos para enfocar el género, ni la incorporación del género en los programas. Se observó una brecha en la disponibilidad de herramientas para emprender análisis de género que pudieran ser utilizadas por el personal involucrado en la implementación, así como de indicadores específicos que habrían permitido que las intervenciones midieran la reducción en las desigualdades de género relacionadas con la vulnerabilidad al VIH (Whelan 1999). Ahora, una gama de organizaciones ha desarrollado herramientas que se enfocan específicamente en género, derechos sexuales y reproductivos y VIH/SIDA (ver la Colección de Recursos de Apoyo).

Aunque se debería dar un mayor énfasis a la transversalización del género en enfoques al VIH/SIDA, es importante que el VIH/SIDA no sea relegado al sector de salud o abordado como un asunto de desarrollo enteramente separado. Los programas de desarrollo deben transversalizar no sólo el género sino también un enfoque de género en el VIH/SIDA.

Las Naciones Unidas – de ceguera de género a acción en género

Como actor líder en la respuesta global a las epidemias, la Organización de las Naciones Unidas ha reconocido el vínculo que existe entre la desigualdad de género y el VIH/SIDA. Uno de los

roles claves de ONUSIDA, establecida en 1996, consiste en asesorar a actores modelo internacionales, nacionales y locales acerca de lo que constituye una respuesta apropiada a la epidemia del VIH/SIDA. La pregunta es si ONUSIDA es capaz de brindar asesoría sobre cómo incorporar el enfoque de género en esa respuesta. ¿A qué grado tiene el trabajo del mismo ONUSIDA un enfoque de género? Ha producido varios recursos relacionados con VIH/SIDA y género, los cuales incluyen documentos técnicos y de mejores prácticas. Las mejores prácticas se enfocan en aprendizaje, reflexión y análisis de lo que funciona y lo que no, y por qué. Una serie de cinco criterios se utiliza para identificar fortalezas y debilidades; describe las lecciones aprendidas y es clave para el éxito de una política, proyecto o programa. Los criterios detallados son ciegos al género – y así la evaluación de lo que funciona y lo que no funciona no se analiza en términos de género. Si bien se plantean proyectos específicos como mejores prácticas en cuanto a género, otros proyectos y programas que son vistos como buena práctica podrían, en teoría y en el mejor de los casos, no provocar daños, pero sin intención alguna aumentar la desigualdad de género.

El primer documento de ONUSIDA sobre género y SIDA, producido en 1998, describió siete pasos clave para promover un enfoque al VIH/SIDA sensible al género:

- Promover la conciencia de género.
- Promover tecnologías de prevención.
- Desarrollar nuevas tecnologías.
- Expandir los servicios para VIH/ITS.
- Reducir las vulnerabilidades de mujeres y hombres.
- Reducir el impacto de género en la vida con VIH.
- Asegurar la equidad en las responsabilidades de provisión de cuidados.

(ONUSIDA, 1998b)

Aunque constituye un buen punto de partida, este enfoque no abordó los puntos medulares del problema, la opresión y desigualdad de las mujeres, y poco hizo para ir más allá del *status quo* de género. Adicionalmente, los pasos se centraron mucho en qué hacer pero no en cómo hacerlo.

El más reciente documento técnico, producido en el 2001, trasciende el enfoque sensible al género aparente en 1998 y describe sugerencias para manejar el género y el VIH/SIDA, las cuales incluyen:

- Enfatizar el rol de las mujeres y las organizaciones de mujeres en el desarrollo de políticas,

programación e implementación del VIH/SIDA a todos los niveles del gobierno.

- Empoderar tanto a hombres como a mujeres dentro del contexto de la Plataforma de Acción de Beijing.
- Abogar por los derechos de las mujeres como derechos humanos básicos y exigir cambios estructurales, incluida la transformación de normas y prácticas sociales que no refrendan tales derechos.

A pesar de estas mejorías desde el documento inicial sobre género y SIDA, esas sugerencias, aunque sí apuntan a la necesidad de empoderar a mujeres y hombres como también a la transformación de normas sociales, se quedan cortas al no articular cómo las organizaciones deberían implementar las recomendaciones. Es evidente que si bien ONUSIDA ha asumido el género como política, el asunto no es transversalizado en toda la organización misma ni en todos los programas y proyectos.

Recientemente, UNIFEM estableció un marco de cooperación con ONUSIDA, lo cual ha abierto la oportunidad para una mayor colaboración interagencial. Por ejemplo, en la región del Este, Centro y Cuerno de África (ECCA), UNIFEM/ONUSIDA y el Organismo Intergubernamental sobre el Desarrollo (IGAD) patrocinaron conjuntamente una conferencia regional sobre Género y VIH y SIDA para 10 países de la región. El documento emanado de ésta, la 'Declaración de Kampala sobre Género y VIH y SIDA', brinda un marco para enfocar el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género en el contexto del VIH/SIDA, así como un documento estratégico que oriente a la región durante los próximos dos años (UNIFEM, próximamente).

Aunque la ONU y las agencias bilaterales son actores importantes, es vital el liderazgo de la sociedad civil para definir una agenda de género, movilizar acción y abogar por ésta y desarrollar capacidades para actuar. Actualmente no existe un movimiento social que se dedique al VIH/SIDA y los asuntos relacionados. Aunque hay redes internacionales (por ejemplo, la ICW en representación de las mujeres que viven con VIH/SIDA y el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA -ICASO-) y están haciendo un buen trabajo, habría un mayor potencial para realizar la meta de la transformación si otros sectores y movimientos clave se incorporaran a la lucha. A nivel global, grupos de personas y organizaciones, por ejemplo, Alternativas de Desarrollo con las Mujeres por una Nueva Era (DAWN) y el Foro Social Mundial, están manejando asuntos críticos que tienen impacto en las epidemias del VIH/SIDA y son afectados por éstas. El desafío consiste en hacer los vínculos entre sectores, incrementar el intercambio y trabajar por tener redes más fuertes y solidaridad.

OXFAM: Programa Conjunto de Oxfam para el VIH/SIDA (JOHAP)

JOHAP fue establecido en 1998 como uno de los primeros proyectos conjuntos, basado en Sudáfrica, entre NOVIB (Oxfam Países Bajos), Oxfam Canadá y Ayuda Comunitaria de Oxfam al Exterior (Australia). Globalmente, Oxfam tiene una fuerte tradición de trabajo en género. El programa está construido en torno a principios de derechos humanos con enfoque de género. Un desafío clave es la integración del género a todos los niveles de la cadena de ayuda. Si bien Oxfam como donante puede estar comprometido con la transversalización del género, sus organizaciones socias podrían no tener las habilidades para transversalizarlo internamente.

A través de diálogo y financiamiento, el programa JOHAP ha apoyado a organizaciones socias en la incorporación de un enfoque de género y VIH/SIDA en todo su trabajo. Incrementar la sensibilidad de género de dichas organizaciones es visto como el primer paso hacia programas que empoderen y transformen. Los éxitos de JOHAP incluyen:

- Reflexión, discusión, debate y análisis de la interfaz entre género y SIDA. Esto ocurrió en tiempos en que había mucha retórica acerca de la interfaz pero pocos ejemplos de organizaciones que de hecho estuvieran abordando cómo trabajar en ello.
- Apoyo al establecimiento del Foro Género y SIDA, que está involucrado en reunir a organizaciones de SIDA y género para debatir los asuntos y diseñar respuestas apropiadas.
- Desarrollo de capacidades para organizaciones socias interesadas en trabajar más efectivamente en género y VIH/SIDA. Por ejemplo, proveer listas de asuntos para integrar el género en los procesos organizacionales y programáticos, así como ayudar a redactar propuestas de financiamiento e implementar sistemas de monitoreo.

(Comunicación personal con Dawn Cavanagh (ex miembro de JOHAP), Denise Parmentier (NOVIB), Kate Simpson (OCAA), Tallis, investigación en proceso, Lee y Kroon 2001.)

Las y los trabajadores del desarrollo deben cuestionar sus prejuicios en torno al VIH y su propia vulnerabilidad a la infección, a fin de romper la artificial división entre 'especialistas' y personas 'en riesgo'. Durante un panel satelital en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona (2002) que reunió a representantes de UNIFEM y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y a una persona de la comunidad para discutir los asuntos del VIH/SIDA en el mundo del trabajo, una participante afirmó que 'el HIV es hoy día la principal causa de muerte entre trabajadores/as de la ONU a nivel mundial'. Las agencias de desarrollo deben pensar en lo que están haciendo para su propio personal en lo relativo a las epidemias del VIH/SIDA.

Kate Butcher (consultora) descubrió, durante un taller sobre transversalización del VIH/SIDA en Nepal, que trabajadores/as del desarrollo con base en el Reino Unido tienen más probabilidades que sus contrapartes nacionales de mantener el VIH a un nivel impersonal. Su actitud de respuesta está muy bien disfrazada por terminología políticamente correcta y de desarrollo que oculta cualquier verdadera respuesta y evita abordar el VIH/SIDA como un asunto personal (ver la Colección de Recursos de Apoyo). El taller también reveló que las y los trabajadores del desarrollo sienten que algunas personas son más 'merecedoras' de tratamiento que otras. Por lo tanto, les resulta más fácil escuchar las voces de madres que viven con VIH/SIDA porque fueron infectadas por sus parejas que las de trabajadoras/es del sexo y personas usuarias de drogas intravenosas. El taller ofreció a sus participantes la oportunidad de explorar las implicaciones más amplias del VIH, tanto a nivel personal como profesional. Ese tipo de trabajo ayuda a romper la barrera entre 'nosotros/as' y 'ellos/as' (Butcher y Welbourn 2001).

4.2.1 Enfoques de múltiples vías

La compleja naturaleza y magnitud de las epidemias del VIH/SIDA requieren de una respuesta coordinada que sea a todos los niveles, multifacética y multisectorial. Una respuesta coordinada involucra a actores de una variedad de contextos, por ejemplo, ONG locales e internacionales, agencias gubernamentales e instituciones académicas. Sin embargo, estos enfoques deben asegurar que se incluyan las metas de empoderamiento y transformación de las relaciones de género.

El análisis presentado en este informe de las epidemias evolutivas y la respuesta global expone una gama de asuntos que requieren ser abordados por diferentes actores a distintos niveles. La responsabilidad de estas acciones debe ser enfocada por varias agencias dependiendo de:

- El nivel al cual una institución particular está operando, es decir, global, nacional o local.
- La función central de la organización (desarrollo de capacidades, prestación de servicios, promoción y defensa públicas o investigación).
- El sector o área temática en que la organización se está centrando, por ejemplo, desarrollo, trabajo, rural, urbano.
- Prioridades de financiamiento.

Pocas ONG cuentan con los recursos para asegurar un enfoque de múltiples vías; aun así, es importante que sean conscientes del trabajo que se está realizando en su región de enfoque. Esto asegurará que no haya un traslape de esfuerzos o un choque en métodos y objetivos.

La respuesta al VIH/SIDA debe ser a **múltiples niveles**, es decir, tiene que ocurrir simultáneamente a nivel internacional, nacional y local. Cada nivel aporta una contribución única

a la respuesta global. Es importante que todos los niveles se vinculen e involucren entre sí, pero que la agenda no se establezca de arriba hacia abajo.

El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) lanzó recientemente un programa multi-niveles de tres años de duración a fin de desarrollar capacidad nacional para revisar leyes y políticas existentes relacionadas con prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA. Ello con el propósito de identificar disposiciones que requieren ser revisadas para asegurar la igualdad de género. UNIFEM trabajará con los Consejos Nacionales para el SIDA y con diseñadores/as clave de políticas a modo de incrementar su comprensión acerca del impacto del VIH/SIDA en las mujeres. El trabajo a nivel comunitario se centrará en la igualdad entre hombres y mujeres. Los 10 países cubiertos por el programa son Kenia, Nigeria, Senegal, Zimbabwe, Ruanda, India, Camboya, Tailandia, Barbados y Brasil (www.unifem.org/index.php?f_page_pid=27).

Las estrategias para manejar VIH/SIDA a nivel programático son **multifacéticas** e incluyen prestación de servicios, desarrollo de capacidades, promoción y defensa públicas e investigación. Cada una de estas cuatro estrategias deben enfocar las necesidades básicas de hombres, mujeres, niñas y niños, así como las necesidades prácticas y los intereses estratégicos de las mujeres. Es importante enfocar el contexto en que las epidemias aumentan, es decir la desigualdad, y los asuntos específicos de VIH, por ejemplo, el tratamiento. Las diferentes facetas incluyen:

Prestación de servicios. Aunque muchos están involucrados en la prestación de servicios para prevenir, atender y tratar el VIH/SIDA, algunos proveedores de servicios están diseñando estrategias para hacer su trabajo más sensible al género o, cuando menos, enfocando las necesidades prácticas de las mujeres. Un enfoque en la prestación de servicios no debería limitarse a servicios de salud; por el contrario, una verdadera transversalización requeriría que otros sectores incorporen enfoques para abordar la desigualdad de género y el VIH/SIDA en dicha prestación, por ejemplo, en el sector educativo y para el empresariado.

Desarrollo de capacidades. Muchas personas piensan que el desarrollo de capacidades es sinónimo de capacitación; sin embargo, en este informe se utiliza el término en un sentido más amplio que se refiere a desarrollar las capacidades de instituciones y de personas. El desarrollo de capacidades, entonces, es un proceso de empoderamiento basado en principios de aprendizaje a partir de experiencias, el cual puede involucrar desarrollo de habilidades, tutoría y apoyo, tal como lo muestra el trabajo de la ICW. Los estudios mencionados en este informe

también revelan que existe una falta general de comprensión acerca de cómo el género condiciona el bienestar de las personas y de cómo incorporar el género en los programas, lo que apunta a la necesidad de capacitación, herramientas y guías de género.

Es vital el desarrollo de capacidades para una mejor comunicación en las relaciones personales. Aunque mejorar el acceso a la información sobre salud sexual es importante, ello no toma en cuenta las barreras que las mujeres y las niñas enfrentan al aplicar estos conocimientos para poder tener relaciones saludables. El trabajo de grupo ha sido utilizado para iniciar discusiones y reflexión sobre los roles de género y las relaciones, a menudo desafiando creencias y conductas generales y desarrollando habilidades para mejorar la comunicación en pareja. El trabajo de educación de pares realizado por PROMUNDO es un buen ejemplo, como también el trabajo conducido por Kate Butcher para el DFID en el Reino Unido.

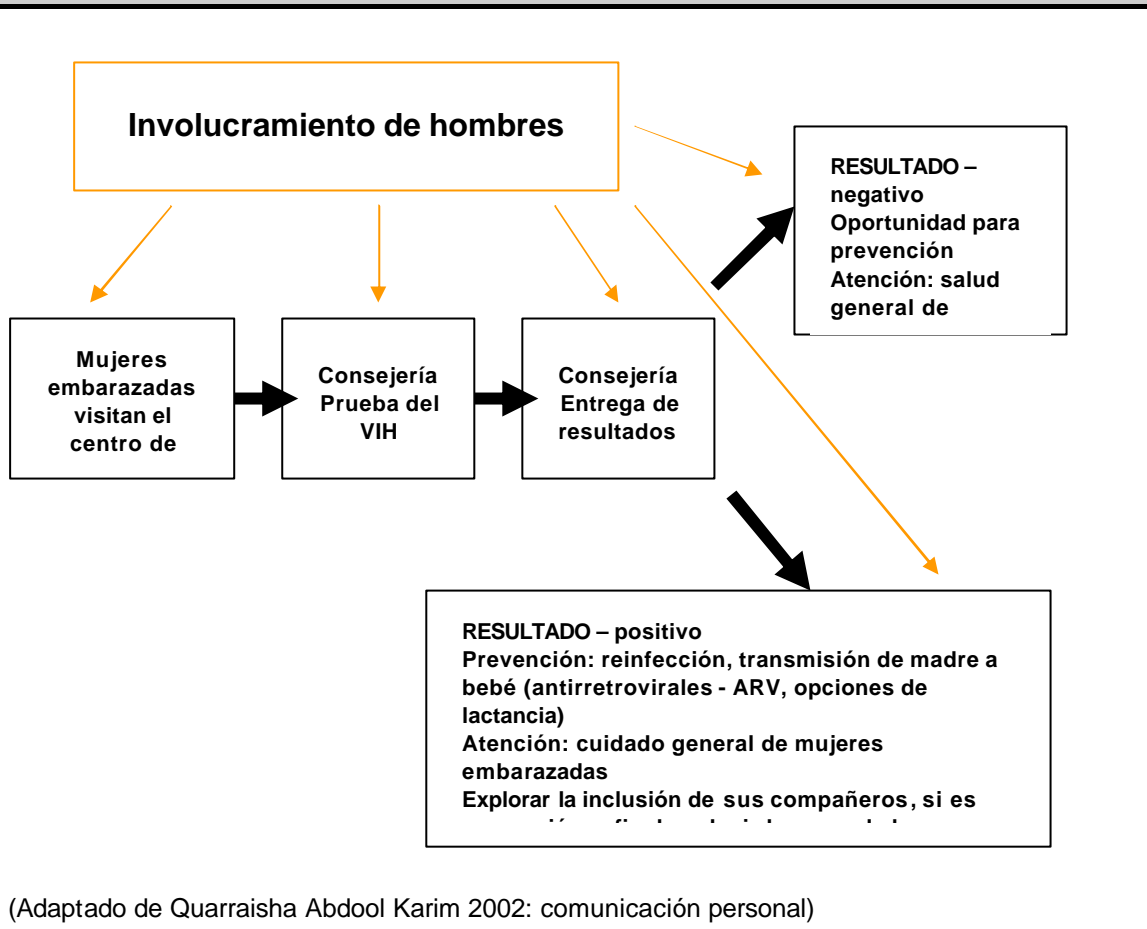
Promoción y defensa públicas. Son cruciales la promoción y defensa públicas para formulación de políticas, establecimiento de agendas de investigación y asignación de recursos que toman en cuenta las diferentes necesidades e intereses de mujeres y hombres. Asegurar que las personas sean conscientes de las diferencias de género y edad, etnicidad, clase, habilidad y sexualidad ayuda a garantizar que la gente no quede marginada.

Investigación: Existe una enorme cantidad de investigación relacionada con el VIH/SIDA – centrada en las necesidades de las personas, factores que facilitan la investigación, estudios de impacto y evaluaciones de los impactos de los programas. Debido a prejuicios masculinos, las mujeres a menudo han sido invisibles en la investigación, en particular aquellas que viven con el VIH.

Enfoques multifacéticos – Transmisión de madre a bebé (TDMB) Plus

Este programa, iniciado en el 2002 en África y Asia por la Universidad de Columbia de los Estados Unidos, es un intento por ir más allá del enfoque en la prevención de la infección en infantes. El programa, introducido debido a esfuerzos de **promoción y defensa públicas** por parte de organizaciones de mujeres y de trabajo en SIDA, pone a la ‘madre’ de vuelta en la TDMB y brinda servicios integrales para mujeres embarazadas que no están infectadas por el VIH o que viven con la infección. También alienta la participación de sus compañeros en todas las etapas. Será importante que la iniciativa desarrolle la **capacidad** de las y los trabajadores de salud para que enfoquen los diferentes elementos del programa a fin de asegurar una mejor **prestación de servicios**.

El siguiente diagrama destaca puntos de intervención críticos para cambiar el enfoque de los programas de TDMB.



En la actualidad se acepta ampliamente que el VIH/SIDA es un asunto tanto de desarrollo como de derechos humanos. Las respuestas basadas en la salud han demostrado ser inefectivas para enfrentar las epidemias del VIH/SIDA. Se necesita una respuesta **multisectorial** o expandida. Esto implicará planificar para el VIH/SIDA en todo el trabajo de desarrollo, a nivel institucional y programático. Un componente crítico del enfoque multisectorial es el de comunicación y coordinación, que a menudo es una debilidad en la respuesta a nivel nacional, local y otros. Existen pocos ejemplos de una respuesta multisectorial coordinada que incorpore un enfoque de género al VIH/SIDA; sin embargo, hay algunos buenos ejemplos de cómo los sectores, más allá del de salud, han enfocado el género y el VIH/SIDA.

Aspectos clave de una respuesta multisectorial al VIH/SIDA

- Considerar el VIH/SIDA y sus implicaciones en todas las áreas de diseño de políticas.
- Involucrar a todos los sectores en el desarrollo de un marco que responda a la epidemia a los niveles internacional, regional, nacional, distrital y comunitario.
- Identificar las ventajas comparativas y los roles de cada sector en la implementación de la

respuesta, como también dónde los sectores necesitan emprender acciones conjuntas e individuales.

- Alentar a cada sector a considerar cómo es afectado por la epidemia y cómo afecta a ésta, y desarrollar planes de acción sectoriales.
- Desarrollar partenariados dentro del gobierno entre los ministerios responsables de los diferentes sectores, y entre los sectores público y privado y la sociedad civil.

(Secretariado de la Mancomunidad 2002:55)

Transversalización del género en la respuesta multisectorial

- Desarrollar capacidad para capacitación en sensibilización y análisis de género para todos/as los/as profesionales y trabajadores/as clave a nivel nacional y local (incluido el desarrollo, en el plano local, de materiales de capacitación relevantes, capacitación de capacitadoras/es y asignación de tiempo y recursos).
- Establecer procesos que abarquen a todo el sistema en cada sector para supervisar el desarrollo, la implementación y el monitoreo y evaluación de los programas, tomando en cuenta las necesidades, intereses y contribuciones de mujeres y hombres.
- Potenciar las capacidades para recolección, análisis y uso de datos desagregados por sexo.

(Secretariado de la Mancomunidad 2002:59)

Tal como se mencionó anteriormente, numerosas ONG no cuentan con los recursos ni la influencia para operar en muchos sectores. Sin embargo, pueden asegurar que su trabajo en distintos sectores y asuntos incorpore un enfoque de género al VIH/SIDA.

Vinculando las iniciativas de la pequeña empresa con la prevención del VIH/SIDA en Sudáfrica

La meta de esta iniciativa consiste en desarrollar y evaluar un enfoque a la prevención del VIH/SIDA que explícitamente aborde los factores estructurales clave que impulsan a la epidemia, tales como pobreza, violencia basada en género y las desigualdades de género más amplias. Este programa integrará y transversalizará la conciencia de género y la educación sobre el VIH en una iniciativa de microempresas existente. El programa es un esfuerzo de colaboración entre el sector de ONG (Fundación para la Pequeña Empresa y Prevención y Capacitación en Abuso Doméstico en Agisanang -ADAPT-), instituciones académicas del Norte y del Sur (la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la Universidad de Witwatersrand) y el gobierno nacional (Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica). (Dr. J. Kim, correo-e: Jkim@soft.co.za)

El sector legal en Uganda

La Agencia para la Cooperación y la Investigación en el Desarrollo (ACORD) ha desarrollado una estrategia que persigue empoderar a las mujeres para que desafíen las estructuras y tradiciones patriarcales en su sociedad y, al hacerlo, se protejan a sí mismas contra el riesgo de contraer el VIH. ACORD se ha asociado con la Asociación de Mujeres Abogadas de Uganda (FIDA) para desarrollar un proyecto de concientización en asuntos legales. Un proceso paralelo que desafía las tradicionales relaciones de poder en el hogar, incluida la negociación de relaciones sexuales más seguras, también ha sido implementado. (Angela Hadjipateras, correo-e: angelah@acord.org.uk)

5. Conclusiones y recomendaciones

Las epidemias del VIH y del SIDA se están tornando cada vez más complejas con el paso del tiempo. La década de 1990 se caracterizó por una expansiva y peligrosa brecha entre el ritmo de la pandemia y los esfuerzos nacionales e internacionales para frenarla. Esta tendencia continúa en el tercer milenio. Si bien las epidemias en algunos países se han desacelerado, lo que en parte es el resultado de exitosos programas de prevención, los análisis más amplios sugieren que las epidemias no van a desaparecer: simplemente están trasladándose a otras poblaciones nuevas y vulnerables. Ahora se está dando atención a aquellas personas cuya percepción de conductas de riesgo es menor, por ejemplo, las mujeres casadas.

Cada vez más se reconoce que la igualdad de género es parte de la meta común global. También son mayores el compromiso, la experiencia y los recursos que pueden ser aplicados para avanzar esta meta transformadora, y hay suficientes conocimientos que podrían dar forma a una agenda común que la apoye. Estos conocimientos, sumados al desarrollo de herramientas y habilidades, deben ser aún más accesibles a todos los actores en todos los niveles y abarcar la totalidad de sectores. Tal como da fe la Colección de Recursos de Apoyo de esta Canasta Básica, existen numerosas y excelentes guías y herramientas.

En la última década ha habido un surgimiento de respuestas al VIH/SIDA a los niveles internacional, nacional y local. Sin embargo, aunque hay cada vez más expresiones de compromiso para enfocar las dimensiones de género del VIH/SIDA, la acción a nivel de políticas y prácticas aún requiere ser desarrollada. La efectividad de la respuesta depende de la habilidad para manejar las numerosas desigualdades que están impulsando a las epidemias.

Desafíos críticos de género:

Se debe utilizar un marco de derechos humanos con enfoque de género:

Varias convenciones y declaraciones brindan marcos útiles para la acción que enfatizan firmemente los derechos sexuales y reproductivos junto a derechos sociales, económicos y políticos más amplios. Acerca de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, UNIFEM ha producido un útil cuadernillo: 'Volteando la marea: La CEDAW y las dimensiones de género de la pandemia del VIH/SIDA', el cual describe aspectos específicos de la Convención relacionados con el VIH/SIDA (ver una breve lista en la Sección 2).

Las recomendaciones específicas de la Carta de Derechos de Barcelona incluyen, pero no se limitan a, los derechos de las mujeres a:

- Recibir servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a aborto seguro sin coerción.
- Tener acceso a tecnologías de prevención que sean amigables a usuarias y asequibles, tales como condones femeninos y microbicidas, con capacitación en desarrollo de habilidades para su negociación y uso.
- Optar por revelar su estado de VIH en circunstancias de seguridad, sin amenaza de violencia, discriminación o estigma.
- Vivir su sexualidad con seguridad y placer, indiferentemente de su edad, estado de VIH u orientación sexual.
- Optar por ser madres y tener hijas/hijos, indiferentemente de su estado de VIH o su orientación sexual.
- La equidad de género en la educación y la educación vitalicia para todas.
- La independencia económica para poseer y heredar propiedades y tener acceso a recursos financieros.
- Libertad de movimiento y viaje, indiferentemente de su estado de VIH.

(Ver en la Colección de Recursos de Apoyo una lista completa de las recomendaciones.)

Las políticas y los programas sobre VIH/SIDA deben informarse por las complejas y diversas realidades vividas de mujeres, hombres, niñas y niños:

- Involucrar a las personas más afectadas por cualquier asunto de desarrollo como parte integral del proceso de definición del problema y búsqueda de soluciones. Las iniciativas de desarrollo deben, por tanto, partir de esas prioridades.
- Involucrar a mujeres y hombres que viven con el VIH y a las personas más vulnerables en todos los niveles de políticas, planificación y programas. Esto probablemente implicará desarrollar sus capacidades, incluida la capacitación en habilidades para que puedan hacerlo (ver en la Colección de Recursos de Apoyo una lista de 12 declaraciones de la ICW acerca de cómo mejorar la situación de las mujeres que viven con VIH y SIDA en todo el mundo.)
- Reconocer y no estigmatizar la sexualidad de la gente joven, de mujeres, hombres que tienen sexo con hombres, lesbianas, personas bisexuales y transgénero, personas ancianas y personas con discapacidad.
- Escuchar las preocupaciones y experiencias de mujeres y hombres que viven con VIH/SIDA y de las personas más vulnerables, como también ayudar a asegurar que tengan acceso a foros en los que puedan expresarse. Esto coadyuvará a desafiar el estigma, los tabúes, la culpabilización y la negación que se asocian al VIH/SIDA.

- Asegurar que las investigaciones, tanto sociales como científicas, incluyan participantes mujeres y hombres, y que las/os investigadoras/es sepan cómo reconocer y analizar la influencia de la desigualdad de género y las diferencias.

Cambiar o transformar la desigualdad de poder entre hombres y mujeres para crear un contexto donde las mujeres tengan igual poder y tanto mujeres como hombres sean menos vulnerables:

- Reconocer que si bien el empoderamiento de las mujeres es una meta importante de las intervenciones en VIH/SIDA, se requiere transformar las relaciones de género antes de que el empoderamiento sea plenamente realizado.
- Involucrar a los hombres en intervenciones en VIH/SIDA que desafíen el *status quo*, ya que su participación es crucial para transformar las relaciones de género y porque los roles y expectativas de género los ponen en riesgo también a ellos.
- Asegurar que las intervenciones con hombres no comprometan los derechos de las mujeres, reafirmen estereotipos o reemplacen el trabajo con ellas.
- Recordar que trabajar sólo con mujeres es bueno, pero ello podría no transformar las relaciones de género que restringen sus derechos.
- Si los programas de VIH/SIDA trabajan con hombres y mujeres, no se debe olvidar factores que restringen la capacidad de ellas para participar en discusiones y decisiones en pie de igualdad.
- Las mujeres y las niñas también deben enfocar su rol en la perpetuación de construcciones negativas de la masculinidad.
- El tratamiento y las tecnologías preventivas deben acompañarse de estrategias que enfoquen las barreras de género a tales métodos, ya que por sí solos no alterarán el desequilibrio de poder que conduce al abuso de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Desarrollar una respuesta coordinada al VIH/SIDA que sea a múltiples niveles, multifacética, multisectorial e institucionalizada:

- Reconocer que todos los sectores y programas de desarrollo deben tomar en cuenta el género y el VIH/SIDA y que no hay un solo sector para el que éstos sean irrelevantes.
- Aunque podrían no contar con los recursos necesarios para ser de múltiples vías, los programas deben apoyar una respuesta coordinada que empodere y sea transformadora.
- Los programas de desarrollo tienen que transversalizar no sólo el género sino también un enfoque de género al VIH/SIDA.

- Aunque los gobiernos alrededor del mundo y las agencias de la ONU juegan una parte importante en enfocar la desigualdad de género que impulsa al VIH/SIDA, los actores de la sociedad civil deberían definir la agenda de género.
- Las redes de organizaciones y personas que trabajan en VIH/SIDA y género deben ser apoyadas y fortalecidas.
- Las alianzas del sector privado, de la sociedad civil y del gobierno ayudarán a hacer posible un enfoque coordinado que sea multisectorial (ver en la Sección 4.2.1 las recomendaciones específicas del Secretariado de la Mancomunidad), multi-niveles y multifacético.
- A las y los profesionales del desarrollo también les afecta el VIH/SIDA y tienen sus propias vulnerabilidades y prejuicios. Esto implica que se debe romper la barrera entre 'nosotros/as' y 'ellos/as' en cuanto a quiénes son afectados/as por el VIH/SIDA y quiénes están involucrados/as en la perpetuación de las epidemias.

A través de acciones colectivas a todos los niveles, desde el local hasta el internacional, podemos generar la energía necesaria para convertir este desafío en una acción coordinada.

6. Referencias

Abdool-Karim, Q., 1998, 'Women and AIDS. The imperative for a gendered prognosis and prevention policy' ['Mujeres y SIDA. Lo imperativo de una política de pronóstico y prevención con enfoque de género], *Agenda* No. 39.

Aggleton, P. and Parker, R., 2002, 'World AIDS Campaign 2002-2003: A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS Stigma and Discrimination' ['Campaña Mundial del SIDA 2002-2003: Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA'], *UNAIDS Best Practice Collection*, Geneva: UNAIDS.
www.unaids.org/publications/documents/human/JC781-ConceptFramew-E.pdf

Akerkar, S., 2001, 'Gender and participation: overview report' ['Género y participación: Informe general'], *Bridge Cutting Edge Pack*, Brighton: Institute of Development Studies.
www.ids.ac.uk/bridge/reports/CEP-part-repw2.doc

Altman, Dennis, 2002, Presentation at the Barcelona 14th International AIDS Conference [Presentación durante la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona], July 2002.

Anderson, Jean (ed), 2000, *A Guide to the Clinical Care of HIV+ Women* [Guía para la atención clínica de mujeres que viven con VIH], Rockville: Womenscare.

Baden, Sally, with Wach, Heike, 1999, 'Gender, HIV/AIDS transmission and impacts: a review of issues and evidence' ['Género, transmisión del VIH/SIDA e impactos: una revisión de asuntos y evidencias'], *BRIDGE Report* No 47, Brighton: Institute of Development Studies.
www.ids.ac.uk/bridge/Reports/R47%20Gender%20Aids%20c.doc

Barker, Gary, forthcoming, 'Cool your head, man': Results from an action-research initiative to engage young men in preventing gender-based violence in *favelas* in Rio de Janeiro, Brazil, Instituto PROMUNDO' ["Relaja tu cabeza, hombre": Resultados de una iniciativa de investigación para la acción orientada a involucrar a hombres jóvenes en la prevención de la violencia de género en *favelas* de Río de Janeiro, Brasil'], in A., Welbourn and A., Cornwall (eds).

--, 2002, 'Can men change? And can we measure it? An example from Brazil' ['¿Pueden cambiar los hombres? ¿Y podemos medir los cambios? Un ejemplo de Brasil'], *In Brief* No 11, BRIDGE, Brighton: Institute of Development Studies.

Baylies, Carolyn, 2000, 'Perspectives on gender and AIDS in Africa' ['Perspectivas sobre género y SIDA en África'], in Baylies, Carolyn, Janet Bujra and the Gender and Aids Group.

Baylies, Carolyn, Bujra, Janet and the Gender and AIDS Group, 2000, *AIDS, Sexuality and Gender in Africa: collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia* [SIDA, sexualidad y género en África: estrategias y luchas colectivas en Tanzania y Zambia], London and New York: Routledge.

Baylies, Carolyn and Bujra, Janet, 1995, 'Discourses in power and empowerment in the fight against HIV/AIDS in Africa' ['Discursos en poder y empoderamiento en la lucha contra el VIH/SIDA en África'], in P., Aggleton, P., Davis and G., Hart (eds), *AIDS. Safety, Sexuality and Risk*, London: Taylor and Francis.

Bennell, Paul, Hyde, Karin and Swainson, Nicola, 2002, *The Impact of the HIV/AIDS Epidemic on the Education Sector in Sub-Saharan Africa* [El impacto de la epidemia del VIH/SIDA en el sector de educación en el África subsahariana], Centre for International Education, Brighton: University of Sussex Institute of Education. www.sussex.ac.uk/usie/cie/aidssynpublished.pdf

- Bennett, Olivia, 1990, *Panos Dossier: Triple Jeopardy: Women and AIDS* [*Dossier de Panos: Triple riesgo: Mujeres y SIDA*], London: Panos Institute.
www.aegis.com/pubs/panos/1990/Triple_Jeopardy_Women_and_AIDS.asp
- Bujra, Janet, 1999, 'Masculinity and AIDS: discourse and activism in Africa' ['Masculinidad y SIDA: discurso y activismo en África'], documento inédito.
- Butcher, Kate and Welbourn, Alice, 2001, 'Danger and opportunity: responding to HIV with vision' ['Peligro y oportunidad: respondiendo al VIH con visión'], *Gender and Development*, Vol. 9 No. 2.
www.ids.ac.uk/blds/ejournals/ej-list.html
- Catholic Agency for Overseas Development (CAFOD) website, 2001, 'HIV Prevention, Condoms and Catholic Ethics' ['Prevención del VIH, condones y ética católica'], London: CAFOD.
www.CAFOD.org.uk/hivaid/
- Cagatay, N., 1998, 'Gender and poverty' ['Género y pobreza'], *Working Paper Series* No. 5, New York: UNDP Social Development and Poverty Elimination Division.
www.undp.org/poverty/publications/wkpaper/wp5/wp5-nilufer.PDF
- Cavanagh, D. and Tallis, V., 2001, International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW) [Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA], Informe del Taller sobre Promoción y Defensa Públicas.
- Cohen, D. and Reid E., 1999, 'The vulnerability of women: Is this a useful construct for policy and programming?' ['La vulnerabilidad de las mujeres: ¿Es ésta una construcción útil para políticas y programación?'], *Issues Paper* No 28, New York: UNDP HIV and Development Programme.
- Collins, J. and Rau, B., 2000, 'AIDS in the context of development' ['El SIDA en el contexto del desarrollo'], *Paper* No. 4, UNRISD Programme of Social Policy and Development, Geneva: The United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) /UNAIDS.
www.unrisd.org/published/_pp_/spd_/collins/content.htm
- Cook, R. J., 1995, 'International Human Rights and Women's Reproductive Health' ['Derechos humanos internacionales y salud reproductiva de las mujeres'], in J. Peters and A. Wolpe (eds), *Women's Rights, Human Rights: international feminist perspectives*, London: Routledge.
- Commonwealth Secretariat and the Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 2002, *Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: taking a multisectoral approach* [*Transversalización del género en VIH/SIDA: Adoptando un enfoque multisectorial*], London: Commonwealth Secretariat.
- Communications Initiative website (The), 2002, 'Tarisai's story: as narrated to Sunanda Ray of SAfAIDS by Tarisai' ['La historia de Tarisai: tal como fue narrada a Sunanda Ray, de SAfAIDS, por Tarisai'], Victoria: The Communications Initiative
www.comminit.com/Commentary/sld-4989.html
- Cornwall, Andrea and Welbourn, Alice, forthcoming, *Realizing Rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being* [*Realizando los derechos: enfoques transformadores al bienestar sexual y reproductivo*], London: Zed Press
- Crewe, Mary, 2002, Presentation at the Barcelona 14th International AIDS Conference [Presentación durante la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Barcelona], July 2002
- DAW, WHO, UNAIDS, 2000, 'The HIV/AIDS pandemic and it's gender implications' ['La pandemia del VIH/SIDA y sus implicaciones de género'], Report of the expert group meeting, DAW & Department of Economic and Social Affairs, 17th of November 2000

Desmond, C., Michael, K. and Gow, G., 2000, 'The hidden battle: HIV/AIDS in the household and community' ['La batalla oculta: VIH/SIDA en el hogar y la comunidad'], *South African Journal of International Affairs*, Vol. 7 No. 2.

Doyal, L.. 1994, 'HIV and AIDS: putting women on the global agenda' ['VIH y SIDA: poniendo a las mujeres en la agenda global'], in L. Doyal , J. Naidoo and T. Wilton (eds), *AIDS: Setting a Feminist Agenda*, London: Taylor and Francis.

GENDER-AIDS Listserve, 2002, Health & Development Networks (HDN)
www.hivnet.ch:8000/topics/gender-aids

Gordon, Peter and Crehan, Kate, 1999, 'Dying of sadness: Gender, sexual violence and the HIV Epidemic' ['Morir de tristeza: Género, violencia sexual y la epidemia del VIH'], *SEPED Conference Paper Series*. www.undp.org/seped/publications/dyingofsadness.pdf

Gupta, Geeta Rao, 2000, Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How [Género, sexualidad y VIH/SIDA: el qué, el por qué y el cómo], ICRW Washington, D.C. U.S.A., Discurso en plenaria, XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, South Africa, July 12, 2000. www.icrw.org/docs/DurbanSpeech.pdf

Gupta, Geeta Rao and Weiss, Ellen, 1993, 'Women's lives and sex: implications for AIDS prevention culture' ['Las vidas de las mujeres y las relaciones sexuales: implicaciones para la cultura de prevención del SIDA'], *Medicine and Psychiatry* Vol. 17 No. 4: 399-412.

HDN Key Correspondent, email: July 29th 2002, GENDER-AIDS Listserve, HDN.

Hlatshwayo, Z. and Klugman, B., 2001, 'A sexual rights approach' ['Un enfoque de derechos sexuales'], *Agenda* No. 47.

ICASO, 1999, NGO Summary of the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights [Resumen de ONG de las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos], Toronto: ICASO. www.icaso.org/docs/Summary-English.pdf

ICRW, March 2002, 'Addressing HIV/AIDS related stigma and resulting discrimination: a 3 country study in Ethiopia, Tanzania and Zambia' ['Enfocando el estigma relacionado con el VIH/SIDA y la discriminación resultante: estudio de tres países en Etiopía, Tanzania y Zambia'], *Info Bulletin*. www.icrw.org/docs/Stigma_Africa_InfoBulletin_302.pdf

ICW, 2002, 'Positive Women, Voices and Choices: A project led by positive women to explore the impact of HIV on their sexual well-being and reproductive rights and to promote improvements in policy and practice' ['Mujeres positivas, Voces y Elecciones: Un proyecto liderado por mujeres positivas para explorar el impacto del VIH en su bienestar sexual y sus derechos reproductivos y promover mejoras en las políticas y las prácticas'], London: ICW.

Kaihuzi, Magdalena T., 1999, 'LDCs in a Globalizing World: a Strategy for Gender Balanced Sustainable Development' ['Los PMD -países menos desarrollados- en un mundo de globalización: Estrategia para un desarrollo sostenible con equilibrio de género'], paper presented at the Pre-UNCTAD X Expert Workshop on Trade, Sustainable Development and Gender, 12-13 July 1999, Geneva, Switzerland. www.unctad.org/en/docs/poedm_m78.en.pdf

KangGURU Radio English, 2000, The Indonesia HIV/AIDS, STDs Prevention and Care Project [El proyecto de prevención y atención del VIH/SIDA y ETS], Denpasar: KangGURU Radio English. www.kangguru.org/ausaidprojects/november2000english.htm

Manchester, Joanne and Welbourn, Alice, 2001, 'Hope, involvement and vision: new strategy for HIV in Africa' ['Esperanza, involucramiento y visión: nueva estrategia para el VIH en África'], Report to agencies of a review on HIV funding, conducted for Comic Relief.

- Manchester, Joanne and Mthembu, Promise, 2002, 'Positive women: Voices and Choices' ['Mujeres positivas: Voces y Elecciones'], *In Brief* No. 11, BRIDGE, Brighton: Institute of Development Studies.
- Mann, J. and Tarantola, D., 1996, *AIDS in the World II [El SIDA en el Mundo II]*, New York: Oxford University Press.
- Mocumbi, P., 2001, 'A Time for Frankness on AIDS and Africa' ['Un tiempo para la franqueza sobre el SIDA en África'], *The New York Times*, June 20.
- Mthembu, Promise, 1998, 'A positive view' ['Una visión positiva'], *Agenda* No. 39.
- Nath, M., 2001, *From Tragedy Towards Hope: Men, Women and the AIDS Epidemic [De la tragedia a la esperanza: Hombres, mujeres y la epidemia del SIDA]*, London: The Commonwealth Secretariat.
- Nkiru Igbelina-Igbokwe, email: July 29th 2002, GENDER-AIDS Listserve, Health & Development Networks
- O'Brein, O., 1995, 'The mobility project: Developing strategies for working with migrant populations in Europe' ['El proyecto de movilidad: Desarrollando estrategias para trabajar con poblaciones migrantes en Europa'] en D. Friedrich and W. Heckman (eds), *AIDS in Europe: the Behavioural Aspect*, Vol. 1: 231-239.
- Paxton, Susan, 2001, Parent-To-Child Transmission: Breaking Down the Barriers to Implementing Effective Models [Transmisión de progenitores a bebé: Rompiendo las barreras hacia la implementación de modelos efectivos], 6th ICAAP Plenary 8th October 2001, The Key Centre for Women's Health in Society, The University of Melbourne.
- Peters, J. and Wolpe, A., 1995, *Women's Rights, Human Rights: international feminist perspectives [Derechos de las mujeres, derechos humanos: perspectivas feministas internacionales]*, London: Routledge.
- Reeves, H., 1998, 'Stepping Stones to the transformation of gender relations?' ['¿Stepping Stones hacia la transformación de las relaciones de género?'], *Development and Gender In Brief* No. 7, BRIDGE, Brighton: Institute of Development Studies. www.ids.ac.uk/bridge/dgb7.html
- Richardson D., 1996, 'Contradictions in discourse. Gender, Sexuality and HIV/AIDS' ['Contradicciones en el discurso. Género, sexualidad y VIH/SIDA'], in J. Holland and C. Adkins (eds), *Sex, Sensibility and the Gendered Body*, Macmillan: London.
- Riley, Maria, 2001, 'Women's Economic Agenda in the 21st Century' ['La agenda económica de las mujeres en el siglo 21'], *Occasional Paper Series*, Women's Project at the Center of Concern and the International Gender and Trade Network. www.genderandtrade.net/Paper%20Series/Women%2021st%20Century.pdf
- Rowbotham, Sheila and Linkogle, Stephanie (eds), 2001, *Women Resist Globalization: mobilizing for livelihoods and rights [Las mujeres se resisten a la globalización: movilización para medios de subsistencia y derechos]*, London: Zed Press.
- Seidel, G. and Tallis, V., 1999, Reconceptualising the issues surrounding HIV and breastfeeding and the information given to women by health workers: findings from sociological research in Kwa Zulu-Natal, South Africa [Reconceptualizando los asuntos en torno al VIH y lactancia materna y la información brindada a las mujeres por trabajadores de salud: hallazgos de investigaciones sociológicas en Kwa Zulú-Natal, Sudáfrica] (inédito).
- Sellers, T., Panhavichetr, P., Chansopha, L. and Maclean, A., in press, 'Promoting the participation of men in community-based HIV/AIDS Prevention and care in Cambodia'

[Promoviendo la participación de los hombres en la prevención y atención del VIH/SIDA a nivel comunitario en Camboya], in A., Welbourn and A., Cornwall (eds)

Shah, Kambou and Monahan, 1999, *Embracing Participation in Development: Worldwide Experience from CARE's Reproductive Health Programs with a Step-by-step Field Guide to Participatory Tools and Techniques* [Acogiendo la participación en el desarrollo: Experiencia mundial de los programas de salud reproductiva de CARE con una guía de campo paso a paso a herramientas y técnicas participativas], CARE and The United States Agency for International Development (USAID), Atlanta: CARE, New York City: USAID.
www.care.org/programs/health/reproductive_health.html

Sidebe, A., 2000, 'HIV/AIDS and inequality in Senegal' ['VIH/SIDA y desigualdad en Senegal'], *Special Report – Gender and HIV/AIDS*, European Union (EU) HIV/AIDS Programme, Brussels: EU. www.europa.eu.int/comm/development/aids/dump/06_0006.pdf

Singh, Ajit and Zammit, Ann, 2000, 'International Capital Flows: Identifying the Gender Dimension' ['Flujos de capital internacional: Identificando la dimensión de género'], *World Development*, Vol. 28, No. 7: 1249-68.

Sweetman, Caroline, 1998, 'Editorial' en Caroline Sweetman (ed) 'Gender and Migration', *Gender and Development*, Vol. 6 No. 1.

Tallis, Vicci, 2001, 'Treatment issues for women' ['Asuntos de tratamiento para mujeres'], Paper prepared for Treatment Action Campaign, South Africa.

--, 2000, 'Gendering the response to HIV/AIDS: Challenging gender inequality' ['Incorporación del enfoque de género en la respuesta al VIH/SIDA: Desafiando la desigualdad de género'], *Agenda* No. 44.

--, 1998, 'AIDS is a crisis for women' ['El SIDA es una crisis para las mujeres'], *Agenda* No. 39.

--, 1997, 'An exploratory investigation into the psychosocial impact of an HIV positive diagnosis in a small sample of pregnant women, with special reference to Kwa Zulu-Natal' ['Una investigación exploratoria del impacto psicosocial de un diagnóstico positivo de VIH en una pequeña muestra de mujeres embarazadas, con especial referencia a Kwa Zulú-Natal'], tesis inédita, Department of Social Work, University of Natal, Durban.

Travers, M. and Bennett, L., 1996, 'AIDS, Women and Power' ['El SIDA, las mujeres y el poder'], in L., Sherr, C., Hankins and L., Bennett (eds), *AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives*, London: Taylor and Francis.

UNAIDS, 2002a, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* [Informe sobre la epidemia global del VIH/SIDA], Geneva: UNAIDS.
www.unaids.org/barcelona/presskit/barcelona%20report/contents.html

--, 2002b, 'The faces, voices and skills behind the GIPA Workplace Model in South Africa' ['Rostros, voces y habilidades detrás del modelo de GIPA para el lugar de trabajo en Sudáfrica'], *UNAIDS Best Practice Collection*, Geneva: UNAIDS.
www.unaids.org/publications/documents/persons/JC770-GIPA-SA-E.pdf

--, 2000, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* [Informe sobre la epidemia global del VIH/SIDA], Geneva: UNAIDS
www.unaids.org/epidemic_update/report/#full

--, 1999a, 'Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal' ['Actuando temprano para prevenir el SIDA: El caso de Senegal'], *UNAIDS Best Practice Collection*, Geneva: UNAIDS.
www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/determinants/una99e34.pdf

--, 1999b, 'Principle to practice: greater involvement of people living with or affected by HIV/AIDS (GIPA)' ['Del principio a la práctica: Mayor Involucramiento de Personas Viviendo con o afectadas por el VIH/SIDA (GIPA)] *UNAIDS Best Practice Collection*, Geneva: UNAIDS. Disponible en inglés, francés, español, ruso y chino en www.unaids.org/publications/documents/persons.

--, 1998a, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic [Informe sobre la epidemia global del VIH/SIDA]*, Geneva: UNAIDS.

--, 1998b, 'Gender and HIV/AIDS' ['Género y VIH/SIDA'], *Technical Update*, Geneva: UNAIDS. www.unaids.org/publications/documents/human/gender/gendertue.pdf

United Nations, 2000, International Women's Day: Press release [Día Internacional de las Mujeres: Comunicado de prensa], Geneva: UN.

UNIFEM, forthcoming, *Annual Report [Informe anual]*, New York: UNIFEM.

--, 2002, 'Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic' ['Volteando la marea: La CEDAW y las dimensiones de género de la pandemia del VIH/SIDA'], New York: UNIFEM. www.undp.org/unifem/public/turningtide/

UNIFEM/AWID, 2002, *Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS [Actúa ya: Guía de recursos para mujeres jóvenes sobre VIH/SIDA]*, New York: UNIFEM.

Urdang, Stephanie, 2001, Statement to UNGASS first informal Consultative Meeting [Declaración ante primera Reunión Consultiva informal de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas], New York: UNIFEM.

Vetten, Lisa and Kailash Bhana, 2001, 'Violence, Vengeance and Gender: a Preliminary Investigation into the Links Between Violence Against Women and HIV/AIDS in South Africa' ['Violencia, venganza y género: una investigación preliminar sobre los vínculos entre la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA en Sudáfrica'], *Research Report*, Johannesburg and Cape Town: the Centre for the Study of Violence and Reconciliation. www.wits.ac.za/csvr/papers/paplv&kb.pdf

Whelan, D., March 1999, 'Gender and HIV/AIDS: taking stock of research and programmes' ['Género y VIH/SIDA: haciendo inventario de investigaciones y programas'], *UNAIDS Best Practice Collection*, Geneva: UNAIDS. www.unaids.org/publications/documents/human/gender/una99e16.pdf

Whiteside, Ann, 1997, Presentation to NACOSA Consultative Forum [Presentación ante el Foro Consultivo de NACOSA], November, Durban.

Whiteside, Alan and Sunter, Clem, 2000, *AIDS: The Challenge for South Africa [SIDA: El desafío para Sudáfrica]*, Cape Town: Human and Rousseau.

Wilton, T., 1997, *Engendering AIDS: deconstructing sex, text and epidemic [Incorporación de género en el SIDA: desconstruyendo el sexo, el texto y la epidemia]*, London: Sage.

Wiseberg, L.S, Hecht, M.E and Reekie, K., 1998, 'Human Rights, Law, Ethics and HIV' ['Derechos humanos, leyes, ética y VIH'], in Human Rights Internet, *Human Rights: Effective Community Responses*, Ottawa and Ontario: Human Rights Internet.

Women at Barcelona/Health & Development Networks (W@B/HDN) Listserve Moderator, email: August 1st 2002, GENDER-AIDS Listserve, HDN

Young, K., 1997, 'Planning from a gendered perspective: making a world of difference' ['Planificación desde una perspectiva de género: haciendo un mundo de diferencia'], in N. Visvanathan L., Duggan, L., Nisonoff and N., Wiegiersma (eds), *The Women, Gender and Development Reader*, Johannesburg and Cape Town: David Philip Publishers.