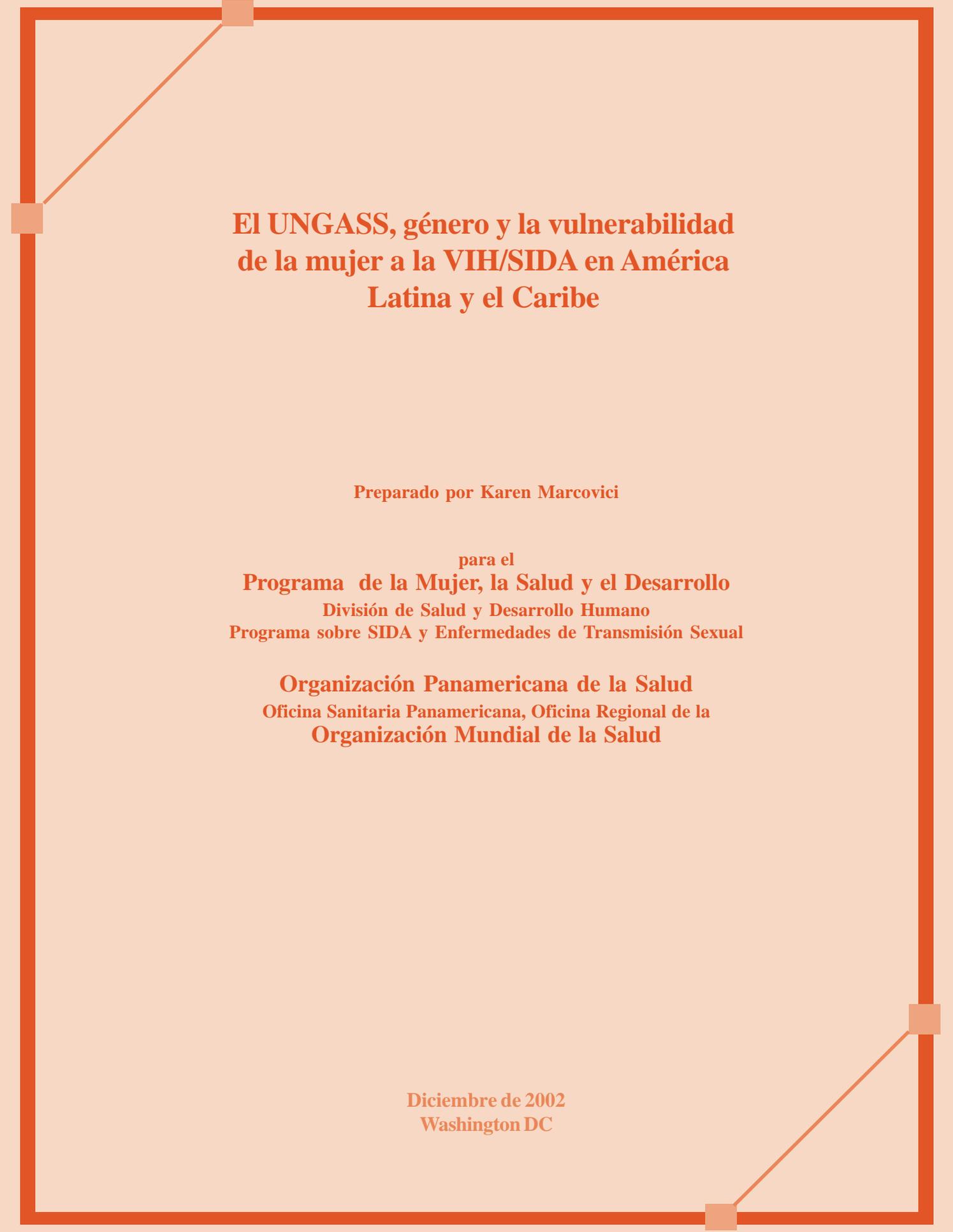


# El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe



**Programa Mujer, Salud y Desarrollo  
Organización Panamericana de la Salud**



**El UNGASS, género y la vulnerabilidad  
de la mujer a la VIH/SIDA en América  
Latina y el Caribe**

Preparado por Karen Marcovici

para el  
**Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo**  
División de Salud y Desarrollo Humano  
Programa sobre SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual

**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**Organización Mundial de la Salud**

Diciembre de 2002  
Washington DC

## Índice

I.	Introducción.....	1
II.	Género, sexo y sexualidad.....	3
	a) La construcción social del género.....	4
	Feminidad y sexualidad femenina.....	4
	Masculinidad y sexualidad masculina.....	4
III.	Vulnerabilidad al VIH/SIDA y género.....	4
	a) Factores biológicos.....	4
	b) Factores sociales: género, sexualidad, vulnerabilidad y riesgo.5	
	La mujer, sexualidad y vulnerabilidad.....	5
	El hombre, sexualidad y riesgo.....	6
	c) Factores económicos.....	7
IV.	VIH/SIDA y las roles de género de la mujer.....	8
	a) Violencia de género.....	8
	b) Trabajo sexual comercials y turismo sexual.....	9
	c) Tráfico para la explotación sexual.....	10
	d) Migración y desplazamiento.....	11
	Migración voluntaria.....	11
	Crisis, migración forzada y desplazamiento interno.....	12
	Conflictos internos y entre estados.....	13
V.	Infectados y afectados: Las mujeres, los hombres y la epidemia.....	14
	a) Infectados.....	14
	b) Afectados.....	15
VI.	Abordando las necesidades de la mujer.....	15
	a) Transmisión vertical o de madre a hijo.....	15
	b) Métodos de “control femenino”.....	17
	El preservativo femenino.....	17
	Los microbicidas.....	18
VII.	Respuestas programáticas.....	18
VIII.	Conclusiones.....	21
IX.	Bibliografía.....	22

*Para que se pueda albergar alguna esperanza de éxito en la lucha contra el VIH/SIDA, es preciso que el mundo aúne sus fuerzas en una gran alianza mundial.<sup>1</sup>*

*Kofi Annan*

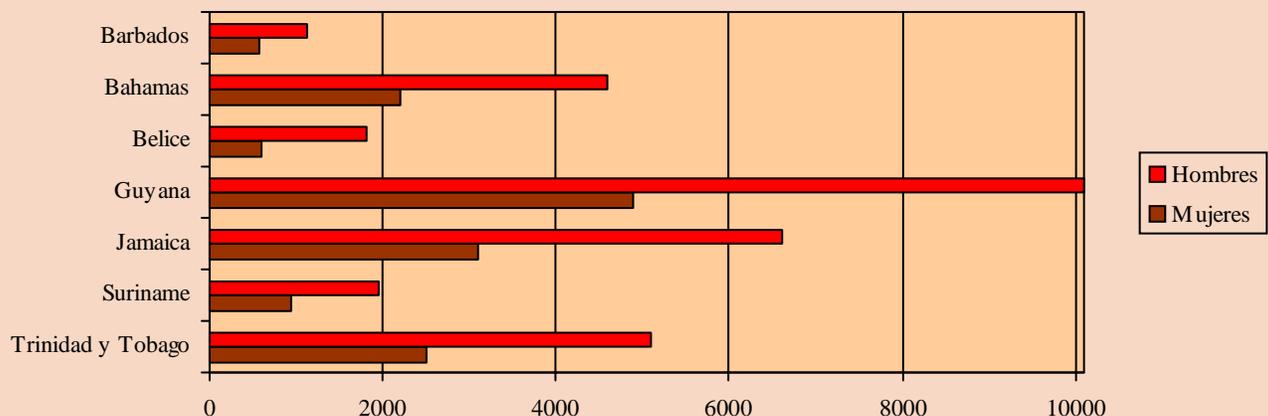
## I. INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la pandemia de la infección por el VIH/SIDA ha alcanzado proporciones devastadoras, y sigue intensificándose. A escala mundial, 40.000.000 de mujeres, hombres y niños están infectados por el VIH o tienen SIDA. El Caribe tiene la segunda tasa más alta de VIH/SIDA del mundo (después de África al Sur del Sahara). A fines de 1999, las mujeres constituían 25% y 30% de los adultos seropositivos al VIH en América Latina y el Caribe, respectivamente. Actualmente, esos porcentajes han aumentado a 30% en América Latina y 50% en el Caribe<sup>2</sup>. Aunque más hombres que mujeres están infectados por el VIH o tienen SIDA en el mundo, el análisis de las tendencias de transmisión y las estadísticas de prevalencia revela que se está reduciendo la diferencia entre el número de mujeres y de hombres infectados por el VIH o que tienen SIDA. En algunos de los países más afectados de la región, el número de mujeres recién infectadas en ciertos grupos de edad actualmente sobrepasa el de los hombres. Por ejemplo, las tasas de VIH/SIDA en Trinidad y Tabago son cinco veces más altas para las niñas que para los niños de 15 a 19 años de edad<sup>3</sup>.

El género tiene repercusiones considerables en 1) la transmisión del VIH/SIDA por medio de las relaciones heterosexuales y homosexuales, y 2) las experiencias *distintas* de las mujeres y los hombres infectados y afectados.<sup>4</sup> Las definiciones sociales y culturales del género moldean el comportamiento femenino y masculino, en particular en la esfera de la sexualidad. En todo el mundo, la condición social desigual de la mujer la expone a un riesgo más alto de contraer el VIH/SIDA. La mujer está en desventaja en lo que se refiere al acceso a la información acerca de la prevención del VIH/SIDA, la capacidad de negociar los encuentros sexuales y el acceso seguro al tratamiento para la infección una vez contraída. En la lucha mundial contra la pandemia del VIH/SIDA, la interacción sexual desigual entre hombres y mujeres seguirá teniendo consecuencias graves, lo cual destaca la importancia de abordar las perspectivas y las actitudes relacionadas con el género.

Pese a esta realidad, las políticas y los programas han ido incorporando lentamente la perspectiva de género en los programas de lucha contra el

**Número estimado de hombres y mujeres que están infectados por el VIH o tienen SIDA, 1999 (algunos países)<sup>5</sup>**



<sup>1</sup> Declaración del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, Preámbulo.

<sup>2</sup> *Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA*. Ginebra: ONUSIDA/ OMS, 2001a.

<sup>3</sup> *VIH y SIDA en las Américas: Una epidemia con muchas caras*. Washington, D.C.: OPS/ OMS/ONUSIDA, 2001.

<sup>4</sup> Rao Gupta, G. *Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: International Centre for Research on Women, 2002. (Documento no publicado).

<sup>5</sup> *Compilado con datos de las hojas informativas del ONUSIDA sobre la vigilancia mundial de la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, 2002.*

*Artículo 37: Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA, que: [...] hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/SIDA, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes; se financien en la medida de lo posible con cargo a los presupuestos nacionales [...]; promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al más alto nivel de salud física y mental; incorporen una perspectiva de género; y tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción de los efectos de la epidemia; y aumenten la capacidad de los sistemas de salud, educacional y jurídico;*

## VIH/SIDA.<sup>6</sup>

Si bien los datos sobre la prevalencia de esta enfermedad se usan para medir la pandemia actual, la información acerca de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de las mujeres y los hombres sirve para trazar su futuro<sup>7</sup>. Las normas y funciones de género influyen profundamente en la actividad sexual y los comportamientos de riesgo<sup>8</sup> de hombres y mujeres. Las inequidades de género, como la distribución desigual del poder y de los recursos económicos y sociales agravan esta situación. Algunos autores<sup>9</sup> han destacado la diferencia entre el riesgo y la vulnerabilidad al VIH, tema medular del presente documento. Aunque, en realidad, el riesgo de infección por el VIH ha sido más alto en los hombres, las mujeres son más vulnerables a la infección. Por ejemplo, es frecuente que las mujeres no puedan controlar la pareja con la cual tienen relaciones sexuales, ni las circunstancias en que se realizan y que los hombres se sientan forzados a tener relaciones sexuales con muchas compañeras. Ambos son víctimas de las funciones concebidas socialmente para el varón y la mujer. No obstante, el riesgo de infección por el VIH en los hombres está determinado principalmente por su propio comportamiento preventivo, mientras que las mujeres, en gran parte, carecen de control sobre su vulnerabilidad a la infección.

Recientemente, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA (25-27 de junio, 2001 - UNGASS por sus siglas en inglés), declaró que la infección por el VIH/SIDA es una emergencia mundial que exige acción inmediata y eficaz. Todos los países presentes en dicha reunión respaldaron varias resoluciones y compromisos esenciales sobre la vulnerabilidad más alta de las mujeres al VIH, así como las soluciones propuestas para combatirla.

## Tasas de infección por el VIH en las mujeres (15-49) en países seleccionados

País	# de adultos infectados	# de mujeres infectados	%
Argentina	130,000	30,000	23.0%
Bahamas	6,100	2,700	44.3%
Barbados	2,000	N/A	N/A
Belice	2,200	1,000	45.5%
Bolivia	4,500	1,200	26.8%
Brazil	600,000	220,000	36.7%
Canada	55,000	14,000	25.5%
Chile	20,000	4,300	21.5%
Colombia	140,000	20,000	14.3%
Costa Rica	11,000	2,800	25.5%
Cuba	3,200	830	26.0%
Rep. Dom.	120,000	61,000	50.8%
Ecuador	19,000	5,100	26.8%
El Salvador	23,000	6,300	27.4%
Guatemala	63,000	27,000	42.9%
Guyana	17,000	8,500	50.0%
Haiti	240,000	120,000	50.0%
Honduras	54,000	27,000	50.0%
Jamaica	18,000	7,200	40.0%
Mexico	150,000	32,000	21.3%
Nicaragua	5,600	1,500	26.8%
Panama	25,000	8,700	34.8%
Paraguay	51,000	13,000	25.5%
Perú	N/A	N/A	N/A
Suriname	3,600	1,800	50.0%
Trin & Tob	17,000	5,600	33.0%
Estados Unidos	890,000	180,000	20.2%
Uruguay	6,200	1,400	22.6%
Venezuela	62,000	N/A	N/A

Fuente: Compilado con datos de las hojas informativas de ONUSIDA sobre la vigilancia del VIH/SIDA y las ETS en el mundo, 2002.

En el presente documento se tratan las consecuencias de los roles de género femenino y masculino, las relaciones de poder y el comportamiento sexual en la propagación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe (ALC), y se explora concretamente la vulnerabilidad de la mujer a la epidemia. También se abordan otros temas: violencia, sexo comercial y turismo sexual, tráfico de seres humanos, desplazamiento de poblaciones y crisis en el marco de la sensibilidad de las mujeres y los hombres al VIH/SIDA. El contexto del análisis lo constituyen los compromisos contraídos en el UNGASS de 2001 y las repercusiones decisivas que tienen en la lucha

<sup>6</sup> "Facing the Challenge of HIV/AIDS/STDs: A Gender-Based Response". Ginebra: UNAIDS, 2001b

<sup>7</sup> OPS/OMS/ONUSIDA, 2001

<sup>8</sup> Es importante subrayar la diferencia entre los modos de transmisión y los comportamientos de riesgo. Aunque el VIH se puede transmitir de distintos modos, como el coito sin protección, el uso de drogas por vía intravenosa, la transmisión de madre a hijo y las transfusiones de sangre contaminada, los "comportamientos de riesgo" según el sexo, especialmente el coito sin protección (la actividad sexual heterosexual y homosexual), influyen en la vulnerabilidad particular de las mujeres y los hombres a la infección por el VIH/SIDA.

<sup>9</sup> Gomez, A. "Mujeres y VIH/SIDA: Un enfoque de Género", en A. Gomez y D. Meacham (eds.) *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA: Un enfoque desde los Derechos Humanos*. Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1998.

contra la epidemia a escala nacional, regional e internacional. Cuando corresponde, se citan las resoluciones pertinentes de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA<sup>10</sup> del UNGASS.

Al final, el documento contiene un examen de unas actividades programáticas que han tenido en cuenta la vulnerabilidad de género de los hombres y las mujeres al VIH/SIDA en la confección y la ejecución de proyectos con determinadas poblaciones. A guisa de conclusión figura una serie de recomendaciones basadas en las resoluciones aprobadas en la reunión especial de 2001.

## II. GÉNERO, SEXO Y SEXUALIDAD

Es esencial comprender los términos “género”, “sexo” y “sexualidad” para el tratamiento de estos temas, pues se suelen confundir e intercambiar.

*El término “sexo” se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro de los seres humanos como hembras y machos<sup>11</sup>*

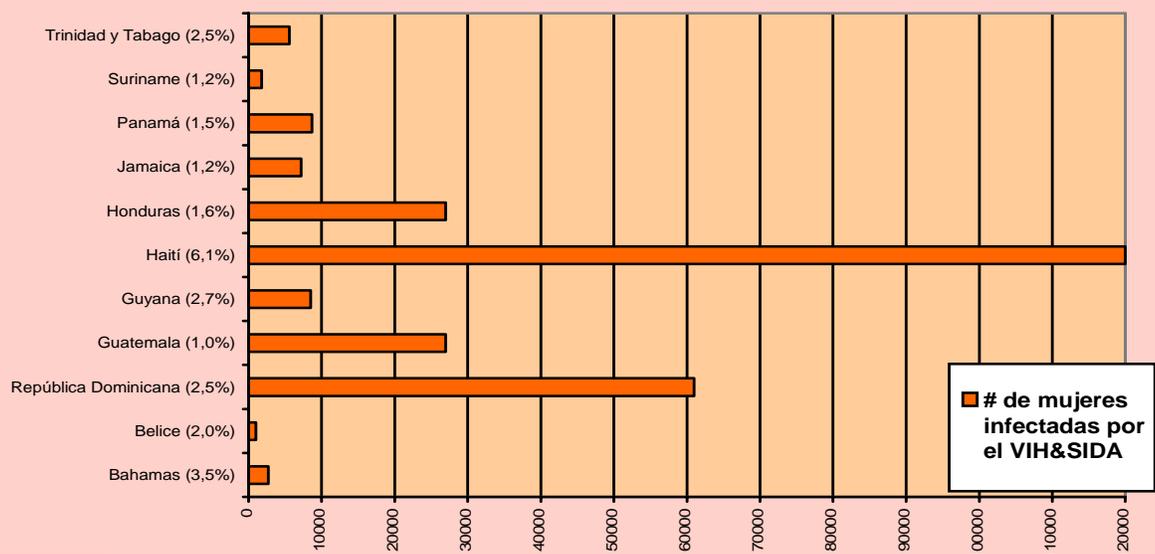
*El “género” es la suma de valores culturales,*

*actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo<sup>12</sup>. A diferencia de “sexo”, que se refiere únicamente a las diferencias biológicas y físicas, el género es una serie de perspectivas, normas y comportamientos diferenciadas por el sexo. La mujer se vuelve “femenina” y el hombre, “masculino” mediante los procesos de socialización social, cultural y política.*

*El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales<sup>13</sup>*

El concepto de género es fundamental para definir la sexualidad humana de la mujer y el hombre.

**Cuadro 1: Número estimado de hombres y mujeres que están infectados por el VIH o tienen SIDA, 1999 (países seleccionados)<sup>4</sup>**



<sup>10</sup> Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA: Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Ginebra y Nueva York: Naciones Unidas, 2001.

<sup>11</sup> Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2000.

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Compilado con datos de las hojas informativas del ONUSIDA sobre la vigilancia mundial de la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, 2002.

*Artículo 47: Para 2003, [...] intensificar los esfuerzos por [...] luchar contra los estereotipos de género y las actitudes conexas, así como contra las desigualdades de género en relación con el VIH/SIDA, fomentando la participación activa de hombres y muchachos;*

*Artículo 4: Observando con gran preocupación que la epidemia del VIH/SIDA afecta a todas las personas, ricas y pobres, sin distinción de edad, género o raza, y observando además que los habitantes en países en desarrollo son los más afectados y que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son los más vulnerables;*

*Artículo 14: Destacando que la igualdad de género y la potenciación de la mujer son elementos fundamentales para que las mujeres y las niñas sean menos vulnerables al VIH/SIDA;*

Las relaciones de género son un componente esencial de la trama sociocultural de una sociedad. Desde una edad muy temprana, se socializa a los niños y las niñas para que adopten los ideales concretos de la masculinidad y la feminidad. Estas *normas socioculturales* repercuten sustancialmente en el comportamiento sexual de las mujeres y los hombres, en sus responsabilidades sexuales respectivas, su educación sexual y su capacidad para conseguir acceso a la información sobre sexo y recursos, incluida la atención de salud sexual.<sup>15</sup>

#### a) La construcción social del género

La cultura del *Machismo* (masculinidad) y el *Marianismo* (feminidad)<sup>16</sup> en ALC influye en la exposición y la vulnerabilidad de las mujeres y los hombres al VIH/SIDA.

##### *Feminidad y sexualidad femenina*

El origen del término marianismo es la Virgen María. El marianismo atribuye a la mujer ideal moderación, pureza, dependencia, debilidad, resignación, vulnerabilidad y abstinencia hasta el matrimonio, a partir del cual la mujer se subordina a su cónyuge y lo obedece<sup>17</sup>. Estas atribuciones van acompañadas de una serie de normas culturales y perspectivas. En lo que hace a la definición de la sexualidad femenina, la “feminidad” significa que una mujer debe ser inocente y sacrificada, anteponiendo las necesidades y los deseos de su compañero a los propios. Se presume que no exprese sus deseos y se resigna a su sufrimiento<sup>18</sup>.

##### *Masculinidad y sexualidad masculina*

El machismo, la contraparte del marianismo para los hombres, se aplica al concepto típico de la “masculinidad” en ALC. Representa al hombre como proveedor, independiente, fuerte, dispuesto a encarar el peligro, y dominante.<sup>19</sup> Este concepto social de la masculinidad define

la sexualidad del hombre heterosexual, viril hasta el punto de la promiscuidad, sabio, agresivo y en control de su ambiente, el cual abarca las mujeres que rodean al varón.<sup>20</sup>

### III. VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA Y GÉNERO

#### a) Factores biológicos

Ciertos factores biológicos ponen a las mujeres en un riesgo más alto de contraer el VIH que a los hombres. El tejido blando del aparato reproductor femenino se desgarrará fácilmente, produciendo una vía de transmisión para el virus. Además, el tejido vaginal absorbe más fácilmente los líquidos, que comprenden el esperma cuya concentración del virus del VIH es más alta que la de las secreciones vaginales femeninas y que puede permanecer en la vagina por horas después del coito.<sup>21</sup>

La mayor vulnerabilidad biológica de la mujer se amplifica por su condición social de subordinación. Es más probable que una mujer tenga contacto sexual aunque no quiera, si la violan o no tiene el poder para rehusarse a las exigencias de su pareja (coito forzado). Cuando no se lubrica la vagina, el tejido se desgarrará más fácilmente, lo cual aumenta el riesgo de la mujer de exposición al VIH. Al comparar el riesgo de transmisión del hombre a la mujer y viceversa, se ha calculado que el riesgo de exposición en la mujer es hasta 2 a 5 veces más alto que el del hombre.<sup>22</sup> En la mujer y el hombre, los desgarros en el tejido anal susceptible aumentan el riesgo de transmisión durante el coito anal.

Otro factor de riesgo de infección por VIH es la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de tener otras ITS no tratadas, principalmente porque es más

<sup>15</sup> Rao Gupta 2002

<sup>16</sup> Mane, P y P. Aggleton. “Gender and HIV/AIDS: What do men have to do with it?” *Current Sociology* 49, 2001.

<sup>17</sup> Stevens, E.P. “Marianismo: The Other Face of Machismo in Latin America.” En A Pescatello (Ed.). *Female and Male in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 89-101.

<sup>18</sup> Enos, R., y S. Southern. *Correctional Case Management*. Anderson Publishing, 1996.

<sup>19</sup> *Masculinity and Gender Violence: Gender Issues Fact Sheet #5*. Nueva York: UNIFEM, 2001.

<sup>20</sup> Barker, G. *The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean*. MacArthur Foundation, 1996.

<sup>21</sup> El género y el VIH/SIDA: Actualización técnica. Ginebra: ONUSIDA, 1998.

<sup>22</sup> European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Citado en Aggleton, P. *Men's Role in HIV Prevention and Care*. Londres: University of London, 2001 (documento inédito).

*Artículo 59: Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y eso que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promueven el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH;*

frecuente que las ITS en las mujeres sean asintomáticas, pero también porque la vergüenza o el temor de acudir a un médico puede evitar que la mujer busque servicios de detección y tratamiento.<sup>23</sup>

El riesgo de la infección en las jóvenes es considerablemente más alto ya que sus órganos reproductores contienen menos capas de células epiteliales, por lo cual ofrecen una barrera menos eficaz contra la infección vírica que las capas múltiples de células epiteliales modificadas (epitelio escamoso) de la vagina de las mujeres adultas.<sup>24</sup> Esto es de especial interés en el Caribe, donde la disparidad de edades pone a las jóvenes en un riesgo más alto de infección por el VIH/SIDA y de exposición a las ITS, así como en ALC en conjunto, donde los niños callejeros vulnerables pueden ser violados o forzados a intercambiar el coito por satisfactores de necesidades de supervivencia.

#### **b) Factores sociales: género, sexualidad y comportamiento de riesgo**

##### *Mujer, sexualidad y vulnerabilidad*

El concepto social de la feminidad en América Latina y el Caribe pone en peligro la salud de la mujer y actúa como un obstáculo para la mujer que está tratando de adquirir conocimientos acerca de su salud reproductiva y sexual: el cuerpo, el embarazo, el parto, la anticoncepción, las complicaciones de la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH<sup>25</sup>.

La creencia de que las mujeres deben ser

vírgenes y el estigma que se asocia a la sexualidad femenina evitan a menudo que las mujeres sexualmente activas acudan a los servicios de salud y obtengan información. De entrevistas pormenorizadas con mujeres en Nicaragua se desprende que las mujeres solteras temen que incluso buscar información acerca de la salud reproductiva y sexual implique que son sexualmente activas, lo cual amenaza su reputación<sup>26</sup>. La falta de esta información que capacite a la mujer a decidir está quebrantando la salud de mujeres y hombres por igual, especialmente a la luz de los datos que muestran que las mujeres y los hombres en ALC empiezan a tener relaciones sexuales al comienzo de la adolescencia<sup>27</sup>. En un estudio que se realizó en Brasil, 36% de las mujeres informaron haber tenido relaciones sexuales a los 13 años.<sup>28</sup> La adolescencia es una etapa importante durante la cual la información acerca del sexo y la sexualidad puede ser sumamente útil para la juventud. Los tabúes culturales que impiden hablar del sexo en escuelas, iglesias, consultorios y otros entornos ponen en peligro la salud de las mujeres y los hombres.

Las culturas que apoyan la dicotomía feminidad/masculinidad inhiben la capacidad de la mujer adulta de tratar temas como las parejas en las relaciones extramatrimoniales, el uso de los métodos de barrera y protección, la sincronización y la seguridad del contacto sexual, el acceso a los servicios de salud necesarios y su propio placer sexual con sus compañeros.<sup>29</sup>

La creencia de que la mujer tiene relaciones sexuales exclusivamente para fines reproductivos mientras los hombres necesitan

<sup>23</sup> *Gender and Health: A Technical Paper*. WHO, 1998.

<sup>24</sup> *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA*. Ginebra: OUNSIDA, 2000d.

<sup>25</sup> Rao Gupta 2002

<sup>26</sup> Zelaya, E et al. "Gender and Social Differences in Adolescent Sexuality and Reproduction in Nicaragua." *Journal of Adolescent Health* 21 (1997).

<sup>27</sup> OPS/ OMS/ONUSIDA, 2001

<sup>28</sup> Weiss, E. D. Whelan and G. Rao Gupta. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. International Centre for Research on Women: Washington D.C., 1996

<sup>29</sup> *El progreso de las mujeres en el mundo: Informe Bienal de UNIFEM*. Nueva York: UNIFEM, 2000.

liberación sexual también crea obstáculos para los programas de prevención del VIH/SIDA que promueven la negociación femenina con su pareja.<sup>30</sup> Los resultados de las decisiones en las relaciones heterosexuales dejan con frecuencia a la compañera con menos poder y más vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH/SIDA.<sup>31</sup> Los conceptos sociales de la masculinidad y la femineidad también pueden ser factores de riesgo del VIH. Por ejemplo, en Brasil, la presión para que la mujer siga siendo virgen hasta llegar al matrimonio lleva a algunas de ellas a optar por prácticas sexuales arriesgadas, incluido el sexo anal, para preservar su virginidad.<sup>32</sup>

La ideología heterosexual del marianismo también fomenta la estigmatización de las lesbianas y las mujeres bisexuales. No hay suficientes datos sobre los modelos del comportamiento homosexual y bisexual de las mujeres ni de las tasas de transmisión del VIH/SIDA y la prevalencia en estos grupos. Parece razonable suponer, no obstante, que la marginación de su comportamiento enfrenta a las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres en los países en desarrollo al desafío de acceder a la información, los servicios y los métodos de barrera apropiados, como la represa dental.<sup>33</sup>

### *Hombres, sexualidad y riesgo*

Las normas de género también aumentan el riesgo de los hombres a la infección por el VIH. Desde una edad temprana, se socializa a los niños para que vinculen la actividad sexual proliíca con la masculinidad y se los alientan a ser sexualmente activos y versados en temas

sexuales.<sup>34</sup> Según un estudio en Nicaragua, los varones adolescentes son presionados por los hombres mayores a tener relaciones sexuales lo antes posible. En realidad, se ha documentado en repetidas ocasiones que los padres arreglan con trabajadoras de sexo el inicio de la actividad sexual de sus hijos.<sup>35</sup> Los muchachos que no cumplen con esta perspectiva de habilidad sexual suelen ser objeto del ridículo y del cuestionamiento de su masculinidad.<sup>36</sup> Por consiguiente, los muchachos y los hombres tienen más probabilidades de incurrir en comportamientos peligrosos, y menos probabilidades de buscar información acerca de su salud sexual, ya que para ello tienen que admitir su falta de conocimientos, lo cual equivale a falta de experiencia sexual.<sup>37</sup> Comparado con cualquier otro grupo, los jóvenes tienen el número más alto de compañeros sexuales y se sienten menos en riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA.<sup>38</sup>

Los hombres incurrir en comportamientos de riesgo, por ejemplo, tienen relaciones sexuales sin protección, a veces con varias parejas o intoxicados por el alcohol y sustancias ilícitas. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de consumir sustancias que se vinculan con más actividad sexual proliíca y violencia de género, que son factores de riesgo de infección por el VIH. En América Latina, los jóvenes informaron que el alcohol les daba el valor de iniciar la actividad sexual.<sup>39</sup> Un estudio realizado en la Ciudad de Guatemala reveló que los hombres suelen exigir sexo después de beber alcohol, lo cual crea más obstáculos para las compañeras de iniciar o negociar el uso de condones.<sup>40</sup> También es

<sup>30</sup> Goldstein, D. "AIDS and Women in Brazil: The Emerging Problem." *Social Science and Medicine* 39 (1994) y Rao Gupta, G. and E. Weiss. "Women's Lives and Sex: Implications for AIDS Prevention." *Culture, Medicine and Psychiatry* 17 (1993).

<sup>31</sup> Rao Gupta and Weiss, 1993

<sup>32</sup> Goldstein, 1994

<sup>33</sup> Rivers, K. y P. Aggleton. *Adolescent Sexuality and Gender and the HIV Epidemic* (UNDP). Londres: Thomas Coram Research Unit.

<sup>34</sup> Barker, G. y Lowenstein. "Where the Boys Are: Attitudes Related to Masculinity, Fatherhood and Violence Toward Women Among Low-income Adolescents and Young Adult Males in Rio de Janeiro, Brazil." *Youth and Society* 29 (1997).

<sup>35,36</sup> Zelaya et al., 1997.

<sup>37</sup> Paiva, V. "Sexuality, Condom Use and Gender Norms among Brazilian Teenagers." *Reproductive Health Matters* 1 (1993).

<sup>38</sup> *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*. Londres: PANOS, 2001.

<sup>39</sup> Barker y Lowenstein, 1997

<sup>40</sup> Lundgren, R. Citado en Rao Gupta y Weiss, 1993.

más probable que los hombres se inyecten drogas por vía intravenosa, lo cual los expone al riesgo de infección por agujas y jeringas contaminadas.<sup>41</sup>

La *disparidad de edades* –hombres mayores que tienen relaciones sexuales con mujeres jóvenes– es otra manifestación de las relaciones desiguales de género, especialmente prevalentes en el Caribe. La disparidad de edades se guía por dos factores centrales: 1) la creencia entre los hombres de que las mujeres más jóvenes son más pasivas y fecundas y es menos probable que estén infectadas por el VIH, y 2) la creencia entre las jóvenes de que un hombre mayor será un proveedor económico mejor y más estable para ellas y sus hijos. Aunque la práctica de la disparidad de edades es anterior al VIH/SIDA, tiene consecuencias trascendentales en la propagación de la pandemia porque aumenta el riesgo para las mujeres de infectarse. En un centro de vigilancia de Jamaica para embarazadas, las jóvenes al final de la adolescencia registraron una tasa de prevalencia de infección por el VIH/SIDA casi dos veces más alta que las mujeres mayores.<sup>42</sup> Aunque casi todos los hombres contraen la infección antes de los 25 años, los hombres mayores en general han sido activos sexualmente más tiempo y por ende tienen más probabilidad de estar infectados que los más jóvenes.<sup>43</sup>

Se ha documentado efectivamente que es menos probable que los hombres, por comparación con las mujeres, busquen servicios de atención de la salud, ya que están

socializados a creer que los hombres no se enferman. Esto se aplica también a los hombres infectados por el VIH/SIDA, aunque el virus sea más fácil de detectar en los hombres que en las mujeres.<sup>44</sup> Los hombres que no utilizan los servicios de salud regularmente, siguen incurriendo en comportamiento de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples, arriesgándose y arriesgando a sus parejas. Aunque en América Latina hay más servicios de salud para los jóvenes que en otras regiones, todavía hay la tendencia a ofrecer los servicios para el VIH/SIDA y otras ITS en el marco más amplio de la salud reproductiva, donde las intervenciones sanitarias se dirigen a las mujeres más que a los hombres, con lo cual se desatienden las necesidades de esta población tan importante.<sup>45</sup>

### c) Factores económicos

Las investigaciones revelan que las mujeres económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de terminar una relación posiblemente peligrosa, tener acceso a la información sobre el VIH/SIDA y usar preservativos, y más probabilidades de recurrir a comportamientos de alto riesgo para conseguir una fuente de ingresos.<sup>46,47</sup> En situaciones de desesperación financiera, las mujeres pueden intercambiar coito por dinero, alimentos u otros favores.<sup>48</sup>

Aunque persiste la feminización de la pobreza en ALC, la situación económica de la mujer ha mejorado hasta cierto punto, en gran partecomo consecuencia del aumento de la escolaridad en más niñas.<sup>49</sup> A pesar de que el porcentaje de mujeres asalariadas que trabajan

<sup>41</sup> *Los hombres marcan la diferencia*. Ginebra: ONUSIDA, 2000b

<sup>42</sup> ONUSIDA, 2000a

<sup>43,44</sup> *AIDS and Young People: A Generation at Risk*. Londres: PANOS, 1996.

<sup>45</sup> PANOS, 2001

<sup>46</sup> Weiss, E. y G. Rao Gupta. *Bridging the Gap: Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention*. International Centre for Research on Women. Washington, D.C.: 1998.

<sup>47</sup> Blanc, A. *The Effect of Power in Sexual Relationships on Reproductive and Sexual Health: An Examination of the Evidence*. Preparado para la Reunión del Consejo de Población sobre el Poder en las Relaciones Sexuales, 2001.

<sup>48</sup> LeFranc, E. et al. "Working Women's Sexual Risk-Taking in Jamaica." *Social Science and Medicine* 42 (1996).

<sup>49</sup> Rao Gupta 2002 y UNIFEM 2000

### **Caja 1: Violencia contra la mujer**

"[...] todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada."

- *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas*

*Artículo 61: Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niñas;*

ha aumentado significativamente en ALC, casi todas ellas consiguen empleadas en los sectores volátiles de la economía, es decir, el sector informal y de la maquila, el último de los cuales es especialmente popular en México y Centroamérica. Las mujeres que trabajan en el sector formal todavía ganan menos en promedio que los hombres.<sup>50</sup> Por último, millones de mujeres no están empleadas ni formal ni informalmente, sino que trabajan atendiendo a su familia y administrando su hogar. Este trabajo doméstico o "reproductivo" generalmente no se paga.

Estas circunstancias laborales inestables aumentan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH de dos maneras. En primer lugar, el hecho de que menos mujeres tengan empleo, gocen de menos seguridad en el trabajo y perciban un salario más bajo hace que dependan económicamente de los hombres. Esto crea una relación en la cual tienen más importancia las decisiones de los hombres sobre cuestiones relativas a las relaciones sexuales, el uso de protección, el gasto doméstico en salud y el acceso a la atención de salud, entre otras.<sup>51</sup> Estas decisiones en conjunto son esenciales para la prevención y atención del VIH.<sup>52</sup>

En segundo lugar, las mujeres empleadas en la economía informal y en la maquila, así como las que no tienen empleo, sino que trabajan en su casa, tienen menos probabilidades de tener acceso a servicios sanitarios o a la seguridad social para cubrir los costos de detección, orientación y medicamentos de prescripción. La mujer frecuentemente se resiste a tratar temas tales como el deseo sexual y la protección, en particular cuando están involucradas en una relación. En algunos países de ALC, donde la maternidad garantiza

el acceso a los recursos financieros del padre,<sup>53</sup> la promoción de la anticoncepción y otros tipos de negociación es peligrosa para las mujeres que dependen económicamente de sus compañeros. Según demuestra un estudio realizado en Jamaica, muchas mujeres toleran un esposo con varias parejas sexuales, o ellas mismas tendrán varios compañeros sexuales, a fin de garantizar su estabilidad financiera y la de sus hijos.<sup>54</sup> Algunos estudios<sup>55</sup> demuestran que la variedad de parejas es una prueba de masculinidad entre los hombres en el Caribe.

## **IV. EL VIH/SIDA Y LAS ROLES DE GÉNERO DE LA MUJER**

### **a) Violencia de género**

La violencia de género es una forma sumamente perjudicial de falta de potenciación de la mujer. Aumenta la susceptibilidad de las mujeres al VIH como consecuencia de la limitación de su libertad física y mental.<sup>56</sup> La relación entre la violencia física y la infección por el VIH suele ser indirecta. Las mujeres tienen menos control que sus compañeros de las decisiones acerca del uso de protección, la distribución de los recursos y el acceso a los servicios sanitarios y sociales, lo cual hace más difícil y peligroso que ellas se rehúsen al coito inseguro.<sup>57</sup> Sin embargo, la violencia sexual y la infección por el VIH guardan una relación directa.

Los estudios sobre la violencia en ALC indican que el poder y el control implícitos en el concepto social de la masculinidad exponen a la mujer al riesgo del VIH.<sup>58</sup> La violencia se manifiesta en una variedad de formas que comprenden el abuso físico, sexual y

<sup>50</sup> WHO, 1998

<sup>51</sup> Rao Gupta, 2002

<sup>52</sup> Gomez y Meacham, 1998

<sup>53</sup> Mallow, R.M. et al. "Relationship of Psychosocial Factors to HIV Infection among Haitian Women." *Education and Prevention* 12 (2000) y *HIV/AIDS and the World of Work*. Ginebra: ILO Fact Sheet, 2002

<sup>54</sup> LeFranc 1996.

<sup>55</sup> McEnvoy, P. "Heightening Awareness of HIV/AIDS in the Caribbean Region: Bridging the Gap from Denial to Acceptance to Prevention." Ginebra: UNAIDS, 2000b (Discurso).

<sup>56</sup> Blanc, 2001. y ONUSIDA, 2000a

<sup>57</sup> ONUSIDA, 2000d

<sup>58</sup> Barker 1997

*Artículo 62: Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que exponen al riesgo de infección por el VIH, como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y comiencen a enfrentar los factores que hacen particularmente vulnerable a la infección por el VIH, entre ellos [...] todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños, incluso con fines comerciales; tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de lograr;*

psicológico. Estas formas de violencia se manifiestan con mayor frecuencia de manera simultánea y no independiente. Es la acción recíproca de estas formas de violencia y el *miedo* lo que suprime el poder de la mujer y aumenta el riesgo de contraer el VIH.

La violencia se inflige en los planos familiar, comunitario y estatal.<sup>59</sup> Según estudios realizados en algunos países, aproximadamente la tercera parte de las mujeres casadas admiten haber sido golpeadas o atacadas físicamente de alguna manera por su pareja.<sup>60</sup> Un informe internacional sobre la situación de la mujer en Chile señala que aproximadamente 60% de las mujeres que viven en pareja son objeto de algún tipo de violencia, y más de 10% de ellas son víctimas de maltrato físico grave.<sup>61</sup> Una encuesta que se llevó a cabo en 1997 con 378 mujeres de 15 a 49 años, en Managua, reveló que 69% fueron agredidas físicamente en algún momento de su relación, y 33%, en el año inmediato anterior.<sup>62</sup> Según un informe del Banco Mundial, se estima que en los países en desarrollo las mujeres en edad fértil pierden 5% de los años de vida sana como consecuencia de la violación y la violencia doméstica.<sup>63</sup>

La violencia física, sexual y psicológica aumenta el riesgo de la infección por el VIH de dos formas. En primer lugar, la violencia sexual hacia las niñas o mujeres y los niños u hombres aumenta el riesgo de la infección por el VIH en el momento del abuso sexual. En segundo, los estudios revelan que las niñas y los niños que son víctimas de maltrato físico o abuso sexual durante la niñez tienen más probabilidad de presentar comportamientos sexuales de alto riesgo en etapas posteriores

de la vida, una autoestima más deteriorada, y menos capacidad de negociar la actividad sexual de menos riesgo.<sup>64</sup> Una encuesta realizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), en el Caribe, ilustra la magnitud del problema en esa región: 21% de los niños y 18% de las niñas fueron víctimas de abuso sexual antes de los 16 años.<sup>65</sup>

## **b) Trabajo sexual comercial y turismo sexual**

El examen de los efectos del trabajo sexual comercial en la infección por el VIH/SIDA revela una distribución del poder en función del género que favorece a los hombres y alimenta la propagación de la epidemia, en particular en los centros turísticos. La pobreza, la disparidad económica y la migración urbana están forzando a mujeres y hombres a dedicarse al trabajo sexual comercial, a menudo con turistas.<sup>66</sup> Ya que el coito entre hombres es objeto de un estigma muy arraigado en América Latina y el Caribe, algunos hombres recurren al trabajo sexual como una manera de encontrar compañeros.<sup>67</sup>

La estigmatización y la naturaleza ilegal del trabajo sexual impiden a las trabajadoras de sexo, en particular a las mujeres, buscar protección de los clientes abusivos o los dueños de los bares y burdeles.<sup>68</sup> La ausencia de reglamentación de la industria del sexo, y una renuencia a legitimar el sexo como una forma de “trabajo”, ha producido una falta de atención del sector sanitario y los servicios policiales y sociales a las inquietudes de los profesionales del sexo. Por lo tanto, el seguro de salud, la

<sup>59</sup> Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de la Naciones Unidas, 1993.

<sup>60</sup> ONUSIDA, 2000c

<sup>61</sup> Neft and Levine. *Where Women Stand: An International Report on the Status of Women in 140 Countries*. Nueva York: Random House, 1997. Citado en *Gender-Based Violence: An Impediment to Sexual and Reproductive Health*. Reino Unido: International Planned Parenthood Federation, 1998.

<sup>62</sup> Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. “Ending Violence against Women” *Population Reports* 27 (4). Baltimore: Johns Hopkins University Centre for Communications Programs, 1999.

<sup>63</sup> Heise, L., J. Pitanguy y A. Germain. *Violence against Women: The Hidden Health Burden*. Washington, D.C.: World Bank Discussion Paper 255, 1994.

<sup>64</sup> Heise et al., 1999.

<sup>65</sup> “Caribbean Strategic Action Plan” Washington, D.C.: World Bank, 2000 (Borrador).

<sup>66</sup> *Trafficking of Women from the Dominican Republic for Sexual Exploitation*. Washington, D.C.: International Organization for Migration, 1996. y AMFAR 2001

<sup>67</sup> PANOS 2001

<sup>68</sup> Torres, A. “Puerto Rico: Prevención del SIDA con trabajadores del sexo en las calles.” en Gomez y Meacham, 1998

información y los servicios suelen estar fuera del alcance de esta población importante.

A pesar de que algunas mujeres y menos hombres se ven obligados a ejercer la prostitución o recurren a esta actividad como último recurso en circunstancias desesperadas, otros ejercen esta profesión por elección.<sup>69</sup> Aunque estos últimos trabajadores representan menos de 5% del total de trabajadores sexuales y su autonomía no se debe exagerar, este grupo con frecuencia tiene más libertad y, por lo tanto, más probabilidades de comportarse de manera menos arriesgada. Tienen más control sobre el uso de preservativos, sus parejas sexuales y la frecuencia de sus relaciones sexuales.

El exotismo percibido de los pueblos caribeños y el carácter anónimo inherente del turismo sexual atrae a hombres y mujeres de todo el mundo. Las descripciones del Caribe como un lugar para realizar fantasías y evadir las repercusiones negativas atraen a los turistas a la región. La interacción entre el turista acaudalado, visto como un recurso financiero, y los habitantes locales se funda con frecuencia en la dependencia y la necesidad financiera. Normalmente, se concede mucha importancia a los deseos del turista, lo cual limita el poder de negociación de los profesionales del sexo, especialmente las mujeres y las niñas. Al mismo tiempo, los países del Caribe, que dependen en gran medida de la industria turística, tienen temor a que las campañas de información pública sobre el VIH/SIDA o las actividades de prevención disuadan al turista a visitar la región.<sup>70</sup>

En América Latina continental, en particular en Centroamérica, los estudios indican tasas altas de turismo sexual con menores. Los niños sin redes de apoyo, alimento, casa ni dinero pueden recurrir al trabajo sexual o verse

obligados a ello. Aunque niños y niñas son vulnerables a la violación por adultos, es más probable que una persona de más edad, más fuerte o más rica elija, fuerce o interese a una niña en tener relaciones sexuales.<sup>71</sup> El poder que tienen los adultos sobre los niños, especialmente las niñas, se multiplica por su fuerza física, la presión social que se ejerce sobre los niños para que obedezcan a sus mayores o la propia necesidad de los niños de gozar de seguridad financiera y emocional. Las niñas, por otro lado, casi nunca saben que son más vulnerables por motivos biológicos a la infección por el VIH/SIDA y las ITS, tienen menos acceso a conocimientos sobre actividad sexual sin riesgos y tienen menos poder para negociar el uso de métodos anticonceptivos.<sup>72</sup>

## b) Tráfico para la explotación sexual

El tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es otro factor de la propagación del VIH/SIDA. A escala mundial, Colombia es el tercer país de origen en popularidad de tráfico de mujeres. Aproximadamente, 35.000 mujeres salen de Colombia al año a través de Ecuador, para escapar a la violencia en su propio país, y allí las reclutan para que trabajen como prostitutas en Asia y Europa.<sup>73</sup> Según cálculos actuales, más de 50.000 mujeres de la República Dominicana están trabajando en el exterior en la prostitución, principalmente en Europa, pero también en otras partes de América Latina y el Caribe.<sup>74</sup>

El tráfico es un tema difícil porque rara vez se sabe a ciencia cierta si las mujeres y los niños han dado su consentimiento o no, y qué tipo de trabajo creían que iban a realizar al llegar. Hay tres categorías básicas de tráfico de mujeres con fines de explotación sexual: las que se trafican con su consentimiento pleno y con conocimiento de que estarán trabajando

<sup>69</sup> Blanc, 2001

<sup>70</sup> AMFAR, 2001

<sup>71</sup> ONUSIDA, 2000d

<sup>72</sup> Ibid.

<sup>73</sup> Ward, J. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced and Post-Conflict Settings*. Washington, D.C.: Reproductive Health for Refugees Consortium, 2002.

<sup>74</sup> IOM, 1996

como trabajadoras de sexo, las que se trafican con su consentimiento, pero que creen que van a realizar trabajo doméstico o en una fábrica, y, por último, las secuestradas, que se trafican sin su consentimiento. Aunque son tres grupos diferentes, estas mujeres en conjunto están más expuestas al VIH y su transmisión.

Las mujeres víctimas del tráfico tienen la misma vulnerabilidad y corren los mismos riesgos con relación al VIH que los trabajadores de sexo. Sin embargo, su situación se complica por el hecho de que a menudo son incapaces de obtener acceso a la información sanitaria y los servicios porque se las mantiene cautivas, están poco familiarizadas con su ambiente local, tienen miedo de ser deportadas, no hablan el idioma del lugar o han sido amenazadas con violencia o deportación por sus traficantes o proxenetas o los dueños del burdel.

#### **d) Migración y desplazamiento**

##### *Migración voluntaria*

El estado marginal de los inmigrantes aumenta su vulnerabilidad al VIH.<sup>75</sup> La pobreza, las barreras del idioma y la falta de apoyo social y de seguro significan que muchos inmigrantes no tienen acceso a la información sanitaria o los servicios.

La pobreza y la inestabilidad económica, política y social han estimulado la emigración de hombres, mujeres y niños dentro de su país y entre países, en calidad de trabajadores migratorios que abandonan sus hogares en busca de otras fuentes de ingresos y empleo. En el Caribe, ha habido un cambio en el tipo de emigración, de suerte que la mujer está dominando cada vez más las rutas migratorias dentro y fuera de la región (*véanse la sección sobre turismo sexual y tráfico*).<sup>76</sup>

Los inmigrantes, hombres y mujeres, son aislados de las relaciones familiares y comunitarias y de sus redes de apoyo social y es posible que tengan relaciones sexuales con profesionales del sexo o con varias parejas, exponiéndose y, por extensión, exponiendo a sus parejas en su país a la infección por el VIH.<sup>77</sup> Un estudio de mujeres mexicanas en zonas rurales cuyas parejas han emigrado ilustra la complejidad de esta situación, en la cual la mujer no siempre posee el poder para protegerse. Al regresar los trabajadores migratorios, las mujeres dudan de exigir el uso de preservativos porque sus parejas han estado trabajando lejos del hogar para enviar dinero a su familia.<sup>78</sup>

El modo de vida móvil y socialmente aislado de los conductores de camiones y mineros los lleva a buscar parejas sexuales eventuales, cosa que aumenta su vulnerabilidad al VIH/SIDA y perpetúa la epidemia. Un estudio reciente de conductores hondureños de camiones reveló que algunos hombres habían tenido relaciones sexuales con sus propias compañeras regulares, así como con trabajadoras domésticas o trabajadoras de sexo en los últimos seis meses. Es más, 40% de los entrevistados aceptaron que nunca habían usado un condón con trabajadoras de sexo y dos tercios nunca habían usado un condón con una trabajadora doméstica.<sup>79</sup>

En años recientes, la migración en busca de ingresos de los grupos indígenas marginados se ha intensificado. Las barreras culturales y lingüísticas a menudo impiden a los hombres y las mujeres indígenas el acceso a los servicios sanitarios y sociales. Las mujeres indígenas, en particular, se enfrentan a la carga doble del género y el grupo étnico, y su poder gravemente limitado las expone todavía más a contraer el VIH/SIDA. Si bien hay escasez de información sobre las poblaciones indígenas

<sup>75</sup> Gomez (en Gomez y Meacham, 1998)

<sup>76</sup> World Bank, 2000

<sup>77</sup> PANOS, 2001 e ILO, 2002

<sup>78</sup> Brewer et al., 1998

<sup>79</sup> OPS/OMS/ONUSIDA, 2001

*Artículo 75: Para 2003, elaborar y comenzar a aplicar estrategias nacionales que incorporen elementos de toma de conciencia, prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA en el marco de programas o actividades desplegados en atención a situaciones de emergencia, reconociendo que las poblaciones desestabilizadas por conflictos armados, emergencias humanitarias y desastres naturales, entre ellas los refugiados, las personas desplazadas internamente y, en particular, las mujeres y los niños, corren un mayor riesgo de exposición a la infección por el VIH; y, cuando proceda, incluir componentes relacionados con el VIH/SIDA en los programas internacionales de asistencia [...]*

en América, el hecho de que tienen menos oportunidades de educación, empleo o acceso a los servicios ha llevado a los expertos a predecir una tasa rápidamente ascendente de infección.<sup>80</sup>

### *Crisis, migración forzada y desplazamiento interno*

Las diferencias en la condición social y la vulnerabilidad de hombres y mujeres antes, durante y después de una crisis<sup>81</sup> contribuyen sustancialmente a su susceptibilidad al VIH/SIDA.<sup>82</sup> El riesgo de transmisión del VIH, las barreras a la atención y la carga de trabajo de las mujeres aumentan durante la crisis y en el período posterior a ella. La infraestructura comunitaria o nacional debilitada y los servicios de salud sobrecargados durante una crisis y después de ella aumentan la vulnerabilidad de mujeres y hombres al VIH/SIDA. La “tiranía de lo urgente”<sup>83</sup> que reina después de una crisis, crea la tendencia a pasar por alto los servicios de salud reproductiva y sexual a favor de necesidades más perentorias (como el acceso a agua potable y el albergue adecuados).

En épocas de inestabilidad suele haber cambios en el poder y en la condición de la familia, la comunidad, la región y el estado como consecuencia del desempleo, la migración, el estrés y la adaptación. Por lo general, el desempleo aumenta de inmediato después de una crisis y ello afecta desproporcionadamente a las mujeres, que están concentradas en los sectores agropecuario, informal y de la transformación, que son a los que más perjudican las crisis.<sup>84</sup> Después del huracán Mitch de 1998, se estima que las mujeres constituyen actualmente 88% de los pobres en Nicaragua.<sup>85</sup>

Sin embargo, los hombres son los que más frecuentemente emigran en busca de empleo después de una crisis. La mujer suele quedarse en su casa o en los albergues y campamentos de refugiados para hacer frente a la carga doméstica adicional producida por el derrumbe de los servicios sanitarios ordinarios y de emergencia, el tratamiento del agua y las aguas residuales, la calefacción y la infraestructura eléctrica.

Los factores de riesgo del VIH que están presentes en la migración voluntaria (contacto sexual sin protección con otras parejas) siguen siendo válidos en períodos de migración forzada o de desplazamiento interno, pero se multiplican por los traumas psicológicos y el estrés que acompañan a una situación de crisis, se trate de un conflicto o un desastre natural. Las víctimas de la crisis siguen siendo sexualmente activas e incluso pueden intensificar la actividad sexual como forma de aliviar la tensión o experimentar intimidad.<sup>86</sup> La infección por el VIH/SIDA, las ITS y la prevención de la violencia de género y su atención no son tan importantes en una situación de crisis y no se integran sistemáticamente en las actividades de socorro.<sup>87</sup> El trauma y el estrés ocasionados por una crisis, junto con las desigualdades de género que persisten, se conjugan para aumentar la incidencia de la violencia física y sexual contra las mujeres y los niños, un factor de riesgo notable de la infección por el VIH/SIDA.

Dado que las poblaciones desplazadas internamente y los refugiados tienden a migrar en grandes proporciones, a menudo son objeto de la hostilidad de las comunidades en las cuales se asientan o las contiguas. Esta hostilidad puede evitar que las personas desplazadas internamente y los refugiados

<sup>80</sup> Ibid.

<sup>81</sup> Una crisis se define en el presente documento como un conflicto interestatal o intraestatal o un desastre natural.

<sup>82</sup> Moraga, E. *Género y Desastres - Introducción Conceptual y Criterios Operativos: La Crisis del Huracán Mitch en Centroamérica*. Costa Rica: Fundación Género y Sociedad, 1999.

<sup>83</sup> Enarson, E. *Gender and Natural Disasters*. Ginebra: International Labor Organization Working Paper, 2000.

<sup>84</sup> Ward, 2002

<sup>85</sup> Ibid.

<sup>86</sup> Enarson, 2000.

<sup>87</sup> OPS/OMS/ONUSIDA, 2001

*Artículo 77: Para 2003, establecer estrategias nacionales a fin de hacer frente a la propagación del VIH en los servicios militares nacionales, cuando sea necesario, con inclusión de las fuerzas armadas y de defensa civil y estudiar medios de utilizar al personal de esos servicios que tenga conocimientos y formación en materia de toma de conciencia y prevención del VIH/SIDA para que preste asistencia en actividades de esa índole, incluida la participación en la prestación de asistencia de emergencia, humanitaria, de socorro en casos de desastre y de rehabilitación.*

obtengan acceso a los servicios de salud, educación e información y otras redes de apoyo social, lo cual puede aumentar su vulnerabilidad al VIH/SIDA. En caso de conflicto interno en un país, estos servicios podrían no estar disponibles para estos grupos de desplazados y refugiados como consecuencia del desplome del gobierno.

El aumento de hogares a cargo de mujeres es otro efecto común de la crisis, por la mortalidad y la emigración de los hombres. Los hogares encabezados por mujeres generalmente son más vulnerables a la privación económica. Las mujeres siguen cumpliendo con sus responsabilidades típicas de cuidar de sus familias y se ven sobrecargadas progresivamente con nuevas responsabilidades.<sup>88</sup> El acceso reducido a los recursos materiales y de tiempo disminuye sus perspectivas de recuperar la estabilidad mediante la reconstrucción de sus empresas o campos agrícolas.<sup>89</sup> Por lo tanto, las mujeres corren más riesgos de recurrir al trabajo sexual, o de intercambiar favores sexuales por alimentos, dinero u otros productos básicos. Las jefas del hogar también tienen más probabilidades de ser las víctimas de la violencia sexual. Estas dos realidades aumentan significativamente la vulnerabilidad de la mujer al VIH.

#### *Conflictos internos y entre estados*

La violencia de género como un medio de lograr el poder se hace más patente en épocas de conflicto. La violación siempre se ha usado como arma en la guerra para degradar y debilitar a las comunidades, aunque la comunidad internacional ha abordado esta

realidad apenas en fecha reciente.

Este acto flagrante de violencia es practicado por el personal militar y la población civil para humillar, intimidar y controlar al “enemigo”. En Colombia, el relator especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer observó que “[...] 84% de las violaciones de los derechos humanos contra la mujer son perpetradas por paramilitares, 12%, por guerrilleros, y 3% por funcionarios del Estado”. Muchas de estas violaciones fueron de índole sexual.<sup>90</sup> Durante el extenso conflicto en Guatemala, los militares secuestraron y violaron sistemáticamente a las mujeres con la intención de humillar a las comunidades indígenas (Mayas)<sup>91</sup> El personal de las fuerzas armadas de todo tipo tiene una tasa de infección por el VIH de 2 a 5 veces más alta que la población general,<sup>92,93</sup> lo que supone que el riesgo de que las mujeres contraigan la infección por VIH en tiempos de guerra aumenta.<sup>94</sup> Recientemente, se han registrado tasas de infección por VIH superiores al promedio en las comunidades aledañas a las bases o instalaciones militares.

En casi todas las sociedades, se socializa al hombre para que cumpla una función de protector y jefe de su familia. En las culturas que consideran a la mujer como propiedad del varón jefe del hogar, el estupro es un acto de violación directa del “territorio” del esposo, que pone de manifiesto la incapacidad del varón de proteger a su familia y constituye la peor forma de humillación. En algunas situaciones, las familias se ven obligadas a observar mientras se viola a las mujeres y los niños.

En tiempos de conflicto, las mujeres y las niñas

<sup>88</sup> Moraga, 1999

<sup>89</sup> Enarson, 2000.

<sup>90</sup> Ward, 2002

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> PANOS, 2001

<sup>93</sup> *Combat AIDS: HIV and the World's Armed Forces.* Londres: PANOS, 2002.

<sup>94</sup> PANOS, 2002.

pueden o no ser forzadas a aliarse con los paramilitares, ofreciéndoles coito a cambio de dinero o protección. Pruebas anecdóticas de Colombia indican que la tasa de prostitución de mujeres desplazadas internamente que recurren al trabajo sexual para conseguir el sustento de sus familias supera las tasas promedio.<sup>95</sup>

*Artículo 60: Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género;*

## **V. INFECTADOS Y AFECTADOS: LAS MUJERES, LOS HOMBRES Y LA EPIDEMIA**

### **a) Infectados**

El género influye en los efectos del pronóstico y el tratamiento del VIH/SIDA desde el punto de vista médico y social, tanto en las mujeres como en los hombres.<sup>96</sup> Las mujeres se enfrentan con varias barreras a la prevención, las pruebas y la orientación en materia del VIH: vergüenza, miedo al rechazo y el estigma, la objeción de la pareja a la pruebas y la falta de acceso a los recursos financieros, la información fidedigna y accesible, el tiempo y el transporte. Estos obstáculos disuaden a las mujeres de tomar medidas preventivas, evaluar con exactitud sus propios riesgos y buscar oportunamente el diagnóstico y el tratamiento del VIH.<sup>97</sup> Además, los estereotipos que se atribuyen a grupos de alto riesgo, en particular a los profesionales del sexo, contribuyen a culpar a las mujeres de la propagación del VIH.<sup>98</sup>

La investigación apenas ha comenzado a examinar las diferencias biológicas fundamentales en la progresión de la infección por el VIH/SIDA en los hombres y las mujeres.<sup>99</sup> Hasta hace poco, se excluía a las mujeres de la mayor parte de los ensayos clínicos de tratamiento antirretrovírico (ARV)

y otros medicamentos. Además, se han financiado más investigaciones con hombres.<sup>100</sup> Por lo tanto, el propio personal sanitario a menudo está mal informado acerca del mejor tratamiento para las mujeres infectadas.

La desigualdad en el acceso de las mujeres a la atención médica, la orientación y la información significa que tienen menos probabilidades que los hombres de recibir el pronóstico y tratamiento exactos de la infección por el VIH. En consecuencia, las mujeres que padecen la infección por el VIH/SIDA tienen, en igualdad de circunstancias, una esperanza de vida más corta que los hombres.<sup>101</sup> Un estudio que se llevó a cabo en México reveló que la división del trabajo relacionada con el género creaba obstáculos al acceso de las mujeres a los medicamentos contra el VIH proporcionado por el gobierno, ya que se distribuían exclusivamente a los empleados del sector formal, principalmente hombres.<sup>102</sup>

Tal como se expuso más arriba, los hombres tienen menos probabilidades que las mujeres de buscar atención de salud y su renuencia a someterse a las pruebas o buscar tratamiento para el VIH u otras ITS tiene efectos adversos obvios para sus parejas sexuales, sean hombres o mujeres. Los hombres que sí buscan servicios de salud sexual pueden enfrentarse con obstáculos, ya que estos servicios se suelen incorporar en los servicios de salud reproductiva dirigidos a las mujeres en establecimientos de atención prenatal y de planificación familiar. Como sucede con las mujeres, las necesidades de salud sexual de los hombres también se han pasado por alto, lo cual aumenta la transmisión del VIH entre los hombres y las mujeres por igual.<sup>103</sup> Los programas de notificación a las

<sup>95</sup> Ward, 2002

<sup>96</sup> WHO, 1998.

<sup>97</sup> "Facing the Challenge of HIV/AIDS/STDs: A Gender-Based Response." *From Why Gender and HIV/AIDS/STDs?* Ginebra: UNAIDS, 2001.

<sup>98</sup> Ibid.

<sup>99</sup> WHO, 1998

<sup>100</sup> Korvick, J. et al. *Women's Participation in AIDS Clinical Trials (ACTG): Enough or Still too Few?* Bethesda: NIAID y NICHD, 1993.

<sup>101</sup> WHO, 1998

<sup>102</sup> UNIFEM, 2000

<sup>103</sup> UNAIDS, 2001b

a las parejas pueden ser útiles cuando los hombres están dispuestos a someterse a las pruebas, y pueden cubrir a las personas no infectadas, o infectadas, pero asintomáticas.<sup>104</sup> Sin embargo, se da por sentado que los hombres poseen suficiente información para solicitar las pruebas y que los servicios sanitarios son accesibles y apropiados.

## b) Afectados

*Artículo 68: Para 2003, evaluar los efectos económicos y sociales de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para: hacer frente a esos efectos en los planos individual, familiar, comunitario y nacional; elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en todos los planos de la sociedad, especialmente en las mujeres y las personas de edad, particularmente en relación con su función de proporcionar cuidados[.]*

Además de los desafíos obvios que plantea la infección por el VIH en las mujeres, la infección crea una serie de retos para las mujeres infectadas y no infectadas. Como las personas principales que proporcionan cuidados en casi todos los hogares, las mujeres sobrellevan una carga psicosocial y física más pesada con respecto a la provisión de atención a los infectados por el VIH/SIDA.<sup>105</sup> La mujer se encarga de una cantidad inestimable de trabajo sanitario no remunerado, atendiendo a la familia, los amigos y los miembros de la comunidad. Las tendencias actuales en la reforma del sector de la salud traspasan más responsabilidad de atención sanitaria de los hospitales y otras instituciones al hogar, y este cambio no es neutral en relación con el género.<sup>106</sup> El VIH/SIDA es una enfermedad que ataca a largo plazo, por lo cual las personas infectadas pueden necesitar atención durante muchos años. Proporcionar cuidados es un trabajo de veinticuatro horas al día para muchas mujeres, que les deja poco tiempo, en el mejor de los casos, para perseguir sus propios intereses, continuar con su trabajo asalariado o atender su propia salud física y psicológica.

La mujer puede tener que dejar su empleo formal u otras actividades que le generan

ingresos para cuidar a su pareja u otro miembro de la familia. Conforme a las normas por razón de sexo, las niñas abandonan sus estudios para cuidar a los familiares infectados, o para buscar empleo a fin de complementar los ingresos perdidos del hogar.<sup>107</sup> Según algunos estudios, muchas mujeres recurren a la prostitución como fuente de ingresos para pagar los gastos médicos o proporcionar un ingreso a sus familias una vez que la persona infectada ya no es capaz de hacerlo.

No obstante, hay otro conjunto de problemas que se plantean cuando la mujer padece la infección por el VIH/SIDA. Como las mujeres se encargan principalmente de la salud y la nutrición generales de la familia, cuando ya no son capaces de cumplir con sus responsabilidades domésticas, con frecuencia se observa un deterioro notable de la salud familiar, en particular de la nutrición.<sup>108</sup>

## VI. ABORDANDO LAS NECESIDADES DE LA MUJER

### a) Transmisión vertical o de madre a hijo

La falta de acceso a la atención de salud y la información que afrontan las mujeres aumenta el número de mujeres y niños infectados. El VIH en las mujeres aumenta el riesgo de infección en los lactantes, ya que el virus se puede transmitir verticalmente por la madre durante el embarazo, el parto y el amamantamiento. Aproximadamente, 3.000 niños nacen al año de madres seropositivas al VIH en el Caribe.<sup>109</sup>

A medida que crece el número de mujeres infectadas por el VIH en el Caribe y Centroamérica, también aumenta el número

<sup>104</sup> Collumbien, M. and S. Hawkes. "Missing Men's Messages: Does the Reproductive Approach Respond to Men's Sexual Health Needs?" Culture, Health and Sexuality 2 (2000).

<sup>105</sup> ILO, 2002.

<sup>106</sup> Gomez, 2001.

<sup>107</sup> Donelan, K. M. Falik y C. Desroches. "Caregiving: Challenges and Implications for Women's Health" Women's Health Issues (11), 2001.

<sup>108</sup> ONUSIDA, 1998a

<sup>109</sup> Bilali, C. "Eighteen Years of the HIV/AIDS Epidemic in the Caribbean: A Summary" Presentación de CAREC

<http://www.carec.org/publications/presentations.htm>

*Artículo 54: Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal, información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente al antirretrovírico y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención [...]*

de niños infectados por el VIH. Hasta 70% de la transmisión de madre a hijo ocurre durante el parto; el resto, durante la gestación o la lactancia. Sin tratamiento, 23% a 30% de los niños nacidos de madres infectadas por el VIH estarán infectados. En Honduras, se estima que cada año aproximadamente 400 niños nacerán de madres seropositivas al VIH. Sin intervención, unos 120 de estos niños estarán infectados por el VIH.

La prevención de la transmisión de madre a hijo incluye una serie compleja de intervenciones, que comprenden la prevención del VIH en las mujeres, la orientación y las pruebas voluntarias que ofrecen los servicios de atención prenatal, diferentes regímenes de tratamiento antirretrovírico, cesárea y orientación en lactancia materna. Algunos estudios han revelado que un ciclo del antirretrovírico durante el último mes de embarazo reduce la tasa de transmisión a 1 en 10 niños.<sup>110</sup>

La lactancia materna también aumenta considerablemente el riesgo de transmisión del VIH por 14% a 20%.<sup>111</sup> Se han formulado varios sucedáneos de la leche materna que, si se usan correctamente, logran prevenir al 100% la transmisión del VIH. La orientación acerca de los riesgos de la lactancia materna y las opciones disponibles deben ser una parte regular sobre la orientación para el VIH mediante la atención prenatal. Es importante recalcar que, si una mujer decide amamantar a sus hijos, la lactancia materna debe ser exclusiva puesto que el riesgo de transmisión mediante la lactancia combinada

es más alto que el de la lactancia materna exclusiva. Muchas mujeres insistirán en amamantar por dos razones. Primero, la mujer está preocupada de que los sucedáneos no sean tan nutritivos como la leche materna y que no proporcionarán a sus hijos la misma inmunidad y resistencia a las enfermedades. Segundo, en las comunidades más tradicionales, las mujeres pueden tener miedo de no amamantar ya que será evidente que son VIH-positivas, y eso las estigmatizará, junto con sus hijos, de por vida.

Como las mujeres son las promotoras principales de la salud de sus hijos, proporcionarles información exacta y oportuna es una forma de mejorar la salud de toda la familia. No obstante, el acceso a los conocimientos es ineficaz a menos que vaya acompañado del poder para tomar decisiones fundamentadas y ponerlas en práctica. Los programas de transmisión vertical funcionan en los servicios de salud prenatal, donde se hacen pruebas para detectar el VIH en las embarazadas, ofreciéndoles orientación antes de las pruebas y después de ellas y tratamiento antirretrovírico a las mujeres con resultados positivos. Sin embargo, estos servicios son voluntarios. Muchas mujeres, especialmente en el Caribe, se rehúsan a recibir orientación o a someterse a las pruebas para el VIH, ya sea por falta de conocimientos o miedo a la estigmatización. No obstante, un estudio reciente indica tasas de aceptación de las pruebas del VIH (después de la orientación) más altas en las embarazadas de la región.<sup>112</sup> La finalidad principal de la orientación sobre el VIH en la atención prenatal es ayudar

<sup>110</sup> Rutenberg, N. et al. Community Involvement in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Insights and Recommendations. Washington, D.C.: Population Council, 2001.

<sup>111</sup> Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Infectada por el VIH y Prevención de la Transmisión Vertical. Washington, D.C.: OPS, 2001. Borrador.

<sup>112</sup> OPS/OMS/ONUSIDA, 2001.

*Artículo 55: Para 2003 [...] con carácter de urgencia, hacer todo lo posible por proporcionar en forma gradual y sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible para el VIH/SIDA, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y la utilización eficaz del tratamiento antirretrovírico, en forma cuidadosa y vigilada y bajo control de la calidad para mejorar la adhesión al tratamiento y su eficacia y reducir el riesgo de crear resistencia [...]*

*Artículo 23: Reconociendo que para que las estrategias de prevención, atención y tratamiento sean eficaces deberán producirse cambios de conducta, deberá haber mayor disponibilidad de, entre otras cosas, vacunas, condones, microbicidas, lubricantes, equipo esterilizado para inyecciones, medicamentos, incluido el tratamiento antirretrovírico, tecnologías de diagnóstico y tecnologías conexas, deberá brindarse acceso no discriminatorio a todos esos elementos y deberán aumentar las actividades de investigación y desarrollo[.]*

a las madres a tomar sus propias decisiones con respecto a la comprensión de sus resultados de la prueba, el embarazo y la modalidad de alimentación continua.<sup>113</sup>

Los países de América Latina y el Caribe que han puesto en práctica y vigilado programas de transmisión de madre a hijo han comprobado resultados positivos.<sup>114</sup> El éxito de estos programas, no obstante, depende en gran parte de la cobertura de los servicios prenatales accesibles y la percepción de las pruebas del VIH que tengan las embarazadas.

La detección y el tratamiento del VIH mediante programas de atención prenatal y posnatal tienden a centrarse en el nacimiento de un niño VIH-negativo. Sin embargo, estos programas deben tener en cuenta la salud de la madre al mismo tiempo que la salud del niño. El seguimiento de las madres hace imprescindible darles acceso al tratamiento antirretrovírico después del parto; de otra suerte, sus organismos pueden adquirir resistencia a los antirretrovíricos, dificultando mucho más el tratamiento en una etapa posterior.

#### **b) “Métodos de control femeninos”**

La distribución del poder entre hombres y mujeres, su capacidad de negociación y el respeto a su libertad mutua influirá en la utilización de cualquier tecnología anticonceptiva o protectora.<sup>115</sup> El condón masculino de látex es actualmente la única forma de anticoncepción fácilmente disponible que también protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, hombres y mujeres plantean desafíos para el uso del condón masculino. Estudios de Brasil, Guatemala y Jamaica<sup>116</sup> indican que ambos sexos relacionan la intimidad y la

confianza con el coito sin protección y que es posible que perciban el uso del preservativo como una acusación de infidelidad. La insistencia en el uso del condón puede interpretarse como un reto a la integridad y el poder masculinos, sugiriendo que la mujer no le tiene confianza ni ama al hombre. Es más, hombres y mujeres han afirmado que el condón interfiere con el placer físico del coito y la relación emocional.<sup>117</sup>

Las actividades de prevención que dependen exclusivamente del uso del condón masculino son eficaces solamente en parte, puesto que las mujeres no siempre están en libertad de negociar el uso de condones con sus compañeros.<sup>118</sup> En Brasil, Estados Unidos y Argentina,<sup>119</sup> las mujeres notificaron la existencia de las barreras a la aplicación de sus conocimientos acerca de la prevención del VIH/SIDA, y a la exigencia del uso del condón. Un estudio en Brasil reveló que algunas mujeres elegían la esterilización más que otros anticonceptivos para evitar discusiones sobre los anticonceptivos con sus compañeros.<sup>120</sup> Estos estudios ilustran la necesidad de que los programas incorporen aptitudes de negociación y tengan en cuenta el desequilibrio de poder relacionado con el género entre hombres y mujeres.

#### *El preservativo femenino*

Un avance aclamado como un “método de control femenino” nuevo es el preservativo femenino. Aunque es tan eficaz en la prevención de la transmisión del VIH como el condón masculino, los obstáculos inherentes a este preservativo femenino son los mismos del condón masculino.<sup>121</sup> Es visible, no se puede usar sin el consentimiento de los dos miembros de la pareja, puede implicar la misma falta de confianza y de intimidad y puede interferir más con el placer físico del sexo. En realidad, se

<sup>113</sup> OPS, 2001

<sup>114</sup> Rutenberg et al., 2001

<sup>115</sup> ONUSIDA, 1999

<sup>116</sup> Gupta and Weiss, 1993

<sup>117</sup> Giffin, K. y C.Lowndes. “Gender, Sexuality and the Prevention of Sexually Transmissible Diseases: A Brazilian Study of Clinical Practice.” *Social Science and Medicine* 48 (1999).

<sup>118</sup> Ibid.

<sup>119</sup> Ibid.

<sup>120</sup> Goldstein, D. “AIDS and Women in Brazil: The Emerging Problem.” *Social Science and Medicine* 39(7), 1994

<sup>121</sup> *Microbicidas para la prevención del VIH: Actualización técnica*. Ginebra: ONUSIDA, 1998.

sabe que el preservativo femenino estorba más que el condón masculino, es incómodo, ruidoso y se resbala. Las mujeres que temen la violencia o se sienten inseguras en una relación no pueden depender del preservativo femenino más que del condón masculino.

La ventaja del preservativo femenino es que puede insertarse horas antes del contacto sexual, para que si el compañero no dispone de un condón o lo olvida, la mujer de todas formas se pueda proteger. Además, el preservativo femenino se fabrica de poliuretano en vez del látex, de manera que se ha convertido en una opción viable para la gran cantidad de personas alérgicas al látex.<sup>122</sup>

### *Las microbicidas*

Otra opción, aunque no está disponible todavía, es el microbicida, un compuesto en forma de gel, crema, supositorio, película, esponja u anillo vaginal que detecta y elimina o reduce la presencia del VIH.<sup>123</sup> Algunos microbicidas pueden matar, neutralizar o bloquear exclusivamente el VIH, mientras que también los hay que pueden eliminar otra ITS, y actuar de cualquier manera como anticonceptivo. Los el VIH y otras ITS en hombres y mujeres cuando se aplican por vía vaginal y rectal.<sup>124</sup>

Actualmente, los científicos están investigando 11 microbicidas en la fase de pruebas. Están intentando desarrollar una tecnología inodora, incolora, insípida, que no cause inflamación, activa a lo largo del tiempo que dure la actividad sexual y estable ante cambios de temperatura. El meollo de la campaña en pro de los microbicidas es la asequibilidad. Deben ser de bajo costo y disponibles sin prescripción para que los puedan usar las mujeres y los hombres de cualquier zona.

Una ventaja adicional presentada por los microbicidas es que, al igual que un dispositivo intrauterino o un anillo vaginal anticonceptivo, en cierta medida no se sienten durante el coito. Por lo tanto, no dificultarían el placer físico del sexo y, si fuera necesario, incluso se podría usar sin el conocimiento del otro miembro de la pareja.<sup>125</sup>

## VII. RESPUESTAS PROGRAMÁTICAS

Los factores que promueven el aumento de la vulnerabilidad de las mujeres y los hombres al VIH tienen que resolverse a fin de reducir eficazmente la transmisión del virus. Las actividades de los programas deben combatir y hasta desafiar las normas y los estereotipos de género, en particular la distribución desigual del poder y de los recursos entre hombres y mujeres:

### **Recomendación 1**

Facultar a las parejas para que se comuniquen y negocien abiertamente acerca de sus necesidades y deseos sexuales y los riesgos percibidos, desafiando las normas de género que dan preferencia a las decisiones y los placeres de los hombres en las relaciones sexuales (véase la caja 2).

*Artículo 52: Para 2005, asegurarse de que haya en todos los países, en particular en los más afectados, una amplia gama de programas de prevención [...] incluidos la información, educación y comunicación [...] con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales, como condones masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministros de sangre no contaminada; y tratamiento temprano y*

### **Caja 2: Colectivo en pro de la Vida de las Mujeres**

Esta ONG de Brasil trabaja para lograr una nueva relación entre mujeres y hombres, dirigiéndose a la autoestima y la identidad sexual de las jóvenes, que son imprescindibles para comprender la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el VIH.

El interés principal del programa es la prevención de la violencia. Se hace hincapié en abarcar a las jóvenes que trabajan en el comercio del sexo, o están en riesgo de dedicarse a ello. Además, el programa abarca un componente educativo que da a las jóvenes la oportunidad de aprender un idioma extranjero, teatro o tomar clases profesionales, incluso reparación de computadoras.

Los resultados han sido positivos. Los participantes han mejorado su desempeño escolar y autoestima. Un factor esencial del éxito de este programa ha sido su carácter holístico, es decir, atender las múltiples necesidades complejas de las jóvenes, entre otras las relaciones familiares, el trabajo, la escuela, los medicamentos y la sexualidad.

<sup>122</sup> *The Female Condom and AIDS*, Ginebra: UNAIDS, 1997.

<sup>123</sup> *Mobilization for Microbicides: The Decisive Decade*. Nueva York: Rockefeller Foundation Microbicide Initiative, 2001

<sup>124</sup> ONUSIDA, 1998 (Microbicidas)

<sup>125</sup> ONUSIDA, 1998 y Rockefeller, 2001

*Artículo 53: Para 2005, asegurar que por lo menos 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud[.]*

*Artículo 63: Para 2003, establecer y/o fortalecer estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia del [...] acceso garantizado [...] a la enseñanza [...] secundaria, con programas de estudios que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; y la incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA[.]*

### **Recomendación 2**

Empoderar a las niñas y los niños, las mujeres y los hombres aumentando su acceso a la educación, el alfabetismo y la información acerca de la salud sexual y reproductiva. La educación sexual integral y apropiada debe explorar las relaciones de género, la masculinidad, la feminidad y su efecto en el comportamiento sexual y la salud (véase la caja 2).

### **Recomendación 3**

Trabajar con los hombres para que exploren los efectos de la masculinidad, la violencia, el poder y el control en la salud y las relaciones sexuales (véase la caja 3). Aunque los hombres son la fuerza que impulsa la epidemia del VIH/SIDA, la responsabilidad y la capacidad, que son componentes esenciales de la masculinidad, se podría aprovechar también para combatir la epidemia.

#### **Caja 3: - ReProSalud**

ReproSalud, en Perú, se dirige a las mujeres más pobres (de 15 a 49 años), que viven en los altiplanos andinos y la cuenca amazónica. Presta atención especial a los factores que facilitan la vulnerabilidad de las mujeres: el poder limitado para negociar en las relaciones sexuales, el aislamiento social, la violencia, la falta de acceso a los recursos financieros y la autoestima baja.

Este proyecto hacía que las participantes concedieran más importancia a la salud reproductiva y que elaboraran y aplicaran estrategias apropiadas. La participación de los hombres, que comenzó a solicitud de las mujeres, facilitó la comunicación entre las parejas acerca de los comportamientos de riesgo que, pese a que con más frecuencia se relacionan con los hombres, perjudican a las mujeres y los hombres: el alcoholismo, la violencia y el coito forzado.

### **Recomendación 4**

Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para todos, su cobertura, accesibilidad y conciencia en materia de género. Crear servicios de salud sexual y reproductiva más condescendientes con los hombres (véase la caja 3). Hay que alentar a las mujeres y los hombres a que obtengan acceso a los servicios sanitarios y a que vigilen sus propios factores de riesgo y comportamientos.

### **Recomendación 5**

Facultar a la mujer para que participe en la comunidad y en la toma de decisiones nacionales acerca de las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA.

### **Recomendación 6**

Incorporar una perspectiva de género, así como servicios de salud sexual y reproductiva, en los planes para casos de emergencia, a fin de lograr que la propagación del VIH no empeore durante una crisis.

### **Recomendación 7**

Aumentar la promoción de los microbicidas puesto que la tecnología se necesita lo más pronto posible. Desarrollar métodos de prevención con más control femenino que se puedan usar al margen de la relación que tenga la mujer con su pareja, y que sean accesibles incluso para las mujeres más pobres.

*Artículo 94: Realizar exámenes nacionales periódicos, con la participación de la sociedad civil, especialmente las personas que viven con VIH/SIDA, los grupos vulnerables y las personas que cuidan de otras, de los avances alcanzados en el cumplimiento de estos compromisos, y determinar los problemas y los obstáculos que dificulten los avances, y dar amplia difusión a los resultados de esos exámenes[.]*

#### **Caja 4: Federación Internacional de Planificación de la Familia**

Los miembros de la FIPF en Brasil (BEMFAM), Honduras (ASHONPLAFA) y Jamaica (FAMPLAN) han aplicado una perspectiva de género a sus programas de orientación. El nuevo enfoque complementa la capacitación técnica sobre la infección por el VIH/SIDA con concienciación acerca de la salud sexual y las cuestiones de género que influyen en la vulnerabilidad a las ITS, como el poder para negociar con la pareja. Por experiencia, los planificadores llegaron a la conclusión de que, para ser un consejero eficaz en materia de infección por el VIH/SIDA, era ineludible abordar los riesgos individuales y las circunstancias de la vida sexual de los clientes sin emitir juicios de valor. Fue beneficioso para los programas incorporar la sexualidad en la capacitación de los consejeros, ya que las necesidades de los clientes se hicieron patentes con más facilidad y rapidez.

#### **Recomendación 8**

Abordar los efectos de las normas y los estereotipos de género en las mujeres que están infectadas por el VIH o tienen SIDA y las barreras a los servicios a las que se enfrentan. Lograr que los trabajadores sanitarios entiendan mejor las necesidades físicas y psicológicas particulares de las mujeres seropositivas al VIH. (véase la caja 4.)

#### **Recomendación 9**

Reconocer que las mujeres son las personas principales que proporcionan cuidados en la familia y la comunidad, y que este trabajo no se paga. La carga financiera, física y psicológica que asumen las mujeres como consecuencia de la epidemia del VIH/SIDA tiene efectos profundos no solamente en su salud, sino en el bienestar de su familia y la economía nacional.

#### **Recomendación 10**

Aplicar a la salud de la mujer una perspectiva holística. La vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA no es solamente fisiológica, sino coyuntural, relacionada directamente con su género y su condición social (véase la caja 5).

#### **Caja 5: Casa de la Mujer**

Casa de la Mujer, en Bolivia, aplica una perspectiva holística a la salud reproductiva de las mujeres, teniendo en cuenta las relaciones, la política, la economía y la cultura. Por lo tanto, ofrece no solo servicios de salud reproductiva, sino servicios legales (en casos de violencia doméstica y pensión alimentaria para los hijos), apoyo psicológico, educación (alfabetización y instrucción para las mujeres en materia de derechos y ciudadanía), acceso al agua, nutrición, salud primaria y preventiva, el ambiente y capacitación vocacional.

#### **Caja 6: Programa Condón 100 por Ciento**

En República Dominicana, el Programa Condón 100 por Ciento trabaja con los profesionales del sexo y los dueños del establecimiento comerciales del ramo para promover el uso obligatorio de condones en toda transacción comercial de sexo. Se proporcionaron condones y se colgaron carteles en todas las habitaciones del establecimiento. El mismo programa se puso en práctica en Tailandia, en 1991, con resultados notables. Los establecimientos participantes notificaron un aumento de 76 por ciento en el uso de condones y una disminución de 79 por ciento en las ITS entre los clientes varones.

*Fuente: Horizons Report, mayo de 2002 (Consejo de Población)*

#### **Recomendación 11**

Trabajar con los grupos de población en más alto riesgo de transmisión del VIH. Entre ellos se cuentan las trabajadoras de sexo, las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones con otros hombres y los adolescentes (véase la caja 6).

*Artículo 6: Recordando y reafirmando los compromisos que hemos contraído anteriormente respecto del VIH/SIDA en...:*

- *La Declaración política y las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, de 10 de junio de 2000;*
- *Las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de 2 de julio de 1999,*

## VIII. CONCLUSIONES

Debido a la prevalencia y la urgencia de la pandemia del VIH/SIDA, el sector de la salud pública gradualmente se ha visto obligado a tratar los temas de la sexualidad y el poder en las relaciones sexuales. Antes de dicha pandemia, la postura predominante era que las relaciones sexuales eran asunto privado a ser tratado entre compañeros sexuales. Sin embargo, el VIH misma ha sido capaz de inscribir la salud sexual y reproductiva y los derechos de la mujer en los programas internacionales y nacionales. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) subrayaron debidamente los efectos del género en las relaciones sexuales, la toma de decisiones sobre salud reproductiva y la transmisión del VIH/SIDA.

A pesar de que se reconocen estos vínculos, todavía no se incluyen plenamente, desde el punto de vista operativo, en las políticas y los programas sanitarios. Los cambios de esta magnitud suelen tardar decenios, pero la virulencia misma de la pandemia del VIH/SIDA ha privado a la comunidad internacional del lujo del tiempo. Los cambios en las relaciones de poder relacionadas con el género, la comunicación entre las parejas y el acceso a la información y a los servicios sanitarios deben introducirse ahora para que surtan efecto en la pandemia antes de que reclame más millones de vidas de mujeres y hombres.

## Programa de Acción – Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

### Artículo VII, Párrafo C.

#### Enfermedades de transmisión sexual y prevención del VIH

**Base para la acción - 7.25** La incidencia mundial de las enfermedades de transmisión sexual es elevada y no deja de aumentar. La situación ha empeorado considerablemente con la aparición de la epidemia del VIH. Aunque la incidencia de algunas enfermedades de transmisión sexual se ha estabilizado en algunas partes del mundo, el número de casos ha aumentado en muchas regiones.

7.26 Las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, como explica, por ejemplo, su exposición al comportamiento sexual imprudente de sus parejas. En la mujer, los síntomas de las infecciones de transmisión sexual no suelen ser aparentes, lo que hace más difícil su diagnóstico que en el varón, y las consecuencias para la salud suelen ser más graves, en particular al aumentar el riesgo de infertilidad y de embarazo ectópico. El riesgo de transmisión del varón infectado a la mujer es también más elevado que a la inversa, y a muchas mujeres les resulta imposible protegerse.

**Objetivo - 7.27** El objetivo es prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como las complicaciones de las enfermedades de transmisión sexual como la infertilidad, con especial atención a las jóvenes y a las mujeres.

**Medidas - 7.28** Los programas de [salud reproductiva] deberían intensificar sus esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de otras infecciones del aparato reproductivo, especialmente en el nivel de atención primaria. Se deberían hacer esfuerzos especiales para llegar hasta quienes no tienen acceso a los programas de atención de [salud sexual y reproductiva].

7.29 Todos los proveedores de atención sanitaria, incluidos los que se ocupan de la planificación de la familia, deberían recibir una formación especializada sobre la prevención y el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y sobre la orientación acerca de las mismas, en particular las infecciones que afectan a las mujeres y los jóvenes, incluido el VIH/SIDA.

7.30 La información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH deberían formar parte de todos los servicios de atención de [la salud sexual y reproductiva].

7.31 La promoción y el suministro y distribución fiables de preservativos de alta calidad deberían convertirse en elementos integrantes de los servicios de atención de [la salud reproductiva]. Todas las organizaciones internacionales pertinentes, especialmente la Organización Mundial de la Salud, deberían promover significativamente su adquisición. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían proporcionar todos los medios necesarios para reducir la propagación y la tasa de transmisión de la infección VIH/SIDA.

## Declaración y Plataforma para la Acción - Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

### Objetivo estratégico C.3.

**Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva**

#### Medidas que han de adoptarse

108. Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales:

- a. Garantizar la participación de las mujeres, en particular de las infectadas con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual o afectadas por la pandemia del VIH/SIDA, en todas las decisiones relativas al desarrollo, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;
- b. Revisar y enmendar las leyes y combatir las prácticas, según sea pertinente, que puedan contribuir a la susceptibilidad de las mujeres a la infección con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, entre otras cosas promulgando leyes contra las prácticas socioculturales que contribuyen a ello y, aplicar leyes, políticas y prácticas que protejan a las mujeres, las adolescentes y las niñas de la discriminación basada en el VIH/SIDA;
- c. Alentar a todos los sectores de la sociedad, incluido el sector público, así como a las organizaciones internacionales, a que formulen políticas y prácticas compasivas y de apoyo, no discriminatorias, en relación con el VIH/SIDA, que protejan los derechos de las personas infectadas;
- d. Reconocer el alcance de la pandemia VIH/SIDA en sus países, teniendo en cuenta en especial su repercusión en las mujeres, con miras a garantizar que las mujeres infectadas no sean estigmatizadas ni sufran discriminación, incluso durante los viajes;
- e. Preparar programas y estrategias multisectoriales que tengan en cuenta el género para poner fin a la subordinación social de las mujeres y las niñas y garantizar su potenciación e igualdad social y económica; facilitar la promoción de programas para informar a los hombres y capacitarlos para que asuman sus responsabilidades en la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;
- f. Facilitar el desarrollo de estrategias de la comunidad que protejan a las mujeres de todas las edades del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, proporcionen atención y apoyo a las niñas y a las mujeres afectadas y a sus familias y movilicen a todas las partes de la comunidad en respuesta a la pandemia del VIH/SIDA para que ejerzan presión sobre todas las autoridades responsables a fin de que respondan de manera puntual, efectiva, sostenible y que tenga en cuenta el género;
- g. Apoyar y fortalecer la capacidad nacional de crear y mejorar políticas y programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual que tengan en cuenta el género, incluido el suministro de recursos y facilidades a las mujeres que tienen a su cargo la responsabilidad principal del cuidado, o el apoyo económico de personas infectadas por el VIH/SIDA o que están afectadas por la pandemia, y a los sobrevivientes, en particular niños o ancianos;
- h. Impartir seminarios y educación y formación especializada a los padres, a los encargados de adoptar decisiones y a quienes crean opinión a todos los niveles de la comunidad, incluidas las autoridades religiosas y tradicionales, sobre la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias en las mujeres y en los hombres de todas las edades;
- i. Impartir a todas las mujeres y los trabajadores de la salud toda la información y educación pertinentes sobre las enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, y sobre el embarazo, así como las consecuencias para el bebé, incluso la lactancia materna;
- j. Prestar asistencia a las mujeres y a sus organizaciones oficiales y no oficiales para que establezcan y amplíen programas eficaces de educación e información de sus iguales y participen en la elaboración, aplicación y supervisión de estos programas;
- k. Prestar plena atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de los adolescentes para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable;
- l. Preparar programas específicos para varones de todas las edades, y para los varones adolescentes, reconociendo las funciones parentales a que se hace referencia en el párrafo 107e supra, con objeto de proporcionar información completa y fidedigna sobre conducta sexual responsable y sin riesgo, que incluya métodos voluntarios pertinentes y eficaces adoptados por los varones para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, mediante, entre otros, la abstinencia y el uso de preservativos;
- m. Garantizar la prestación, mediante el sistema de atención primaria de la salud, del acceso universal de las parejas y las personas a servicios de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, pertinentes y asequibles, y ampliar la prestación de asesoramiento y de servicios de diagnóstico voluntario y confidencial y de tratamiento para las mujeres; garantizar el suministro y la distribución a los servicios sanitarios de preservativos de calidad, así como de medicinas para el tratamiento de las enfermedades sexuales, en la medida de lo posible;
- n. Apoyar los programas que tengan en cuenta que el mayor riesgo que corren las mujeres de contraer el VIH se relaciona con un comportamiento de alto riesgo, que incluye el uso de sustancias intravenosas y la influencia de la droga, el comportamiento sexual no protegido e irresponsable, y tomar medidas preventivas pertinentes;
- o. Apoyar y acelerar las investigaciones orientadas hacia la acción sobre métodos asequibles, controlados por las mujeres, para prevenir el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, sobre estrategias que permitan a las mujeres protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, y sobre métodos de atención, apoyo y tratamiento propios de las mujeres, garantizando su participación en todos los aspectos de tales investigaciones;
- p. Apoyar e iniciar investigaciones que se ocupen de las necesidades de las mujeres y de las situaciones que las aparten, incluidas investigaciones sobre la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres, sobre métodos de protección controlados por las mujeres, por ejemplo microbicidas no espermicidas, y sobre actitudes y prácticas arriesgadas masculinas y femeninas.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

*AIDS Epidemic Update*. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2001.

*Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Infectada Por el VIH y Prevención de la Transmisión Vertical*. Washington DC: OPS/OMS, 2001 (Borrador).

Barker, G. *The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean*. Fundación McArthur, 1996.

Barker, G. y Lowenstein. 1997. "Where the Boys are: Attitudes Related to Masculinity, Fatherhood, and Violence toward Women among Low-Income Adolescent and Young Adult Males in Rio de Janeiro, Brazil." *Youth and Society* 29, 1997.

Bilali, C. "Eighteen Years of the HIV/AIDS Epidemic in the Caribbean: A Summary" Presentación CAREC, 2001.

Blanc, A. *The Effect of Power in Sexual Relationships on Reproductive and Sexual Health: An Examination of the Evidence*. Washington DC: Consejo de Población (Reunión sobre el Poder en relaciones Sexuales), 2001.

Brewer, T. et al. "Migration, Ethnicity and Environment: HIV risk Factors for Women on the Sugar Cane Plantation of the Dominican Republic" *AIDS* (14), 1998.

*Caribbean Strategic Action Plan*. Washington DC: Banco Mundial, 2000 (Borrador).

Collumbien, M y Hawkes, S. "Missing Men's Messages: Does the Reproductive Health Approach Respond to Men's Sexual Health Needs?" *Culture, Health and Sexuality* 2(2), 2000.

*Combat AIDS: HIV and the World's Armed Forces*. Londres: PANOS, 2002.

Enarson, E. *Gender and Natural Disasters*. Ginebra: OIT, 2000.

Enos, R., y S. Southern. *Correctional Case Management*. Publicación Andersen, 1996.

*Epidemiological Fact Sheets*. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2002.

"Facing the Challenges of HIV/AIDS/STDs: A Gender-based Response." *Why Gender and HIV/AIDS/STDs?* Ginebra. ONUSIDA, 2001a.

*Gender and Health: A Technical Paper*. Ginebra: OMS, 1998.

Gender and HIV/AIDS: A Technical Update. Ginebra: ONUSIDA, 1998a.

Giffin, K. y C. Lowndes. "Gender, Sexuality and the Prevention of Sexually Transmissible Diseases: A Brazilian Study of Clinical Practice." *Social Science and Medicine* 48, 1999.

Goldstein, D.M. "AIDS and Women in Brazil: The Emerging Problem." *Social Science and Medicine* 39, 1994.

Gomez, Elsa. "Equity, Gender and Health Policy Reform in Latin America and the Caribbean." Perú: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2000.

Heise, L., M. Ellsberg, y M. Gottemoeller. "Para acabar con la violencia contra la mujer." *Population Reports* 27(4). Baltimore: Universidad Johns Hopkins, 1999.

*HIV/AIDS and the World of Work*. Ginebra: Hoja Informativa OIT, 2002.

*Infant Feeding Policy and Practice in Pregnant Women*. Washington DC: OPS, 2001.

- Korvick, J. et al. *Women's Participation in AIDS Clinical Trials (ACTG): Enough or Still too Few?* Bethesda: NIAID y NICHD, 1993.
- LeFranc, E. et al. "Working Women's Sexual Risk Taking in Jamaica." *Social Science and Medicine* 42(10), 1996.
- Mallow, R.M. et al. "Relationship of Psychosocial Factors to HIV Risk Among Haitian Women." *AIDS Education and Prevention* 12(1), 2000.
- Mane P. y P. Aggleton. "Gender and HIV/AIDS: What do men have to do with it?" *Current Sociology* 49 (6), 2001.
- Masculinity and Gender Violence: Gender Issues Fact Sheet #5*. Nueva York: UNIFEM, 2001.
- McEnvoy, P. *Heightening Awareness of HIV/AIDS in the Caribbean Region: Bridging the Gap from Denial to Acceptance to Prevention-Preparing for the Next Millennium*. Ginebra: ONUSIDA, 2000 (Discurso).
- Men and AIDS-A Gendered Approach*. Ginebra: ONUSIDA, 2000a.
- Men Make a Difference*. Ginebra: ONUSIDA, 2000b
- Microbicides for HIV Prevention: UNAIDS Technical Update*. Ginebra: ONUSIDA, 1998b.
- Mobilization for Microbicides: The Decisive Decade*. Nueva York: Iniciativa para las microbicidas de la Fundación Rockefeller, 2001.
- Moraga, E. *Género y desastres - Introducción conceptual y criterios operativos: La crisis del huracán Mitch en Centroamérica*. Costa Rica: Fundación Género y Sociedad, 1999.
- Nunez, C.A., S. Aguilar y V.H. Fernandez. "Exclusion Social y VIH-SIDA en Guatemala." *Cuaderno de Desarrollo Humano*. Guatemala: Proyecto Accion SIDA de Centro América, 2001.
- Paiva, V. "Sexuality, Condom Use and Gender Norms among Brazilian Teenagers." *Reproductive Health Matters* 1, 1993.
- Progress of the World's Women: UNIFEM Bilateral Report*. Nueva York: UNIFEM, 2000.
- Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*. Washington DC: OPS, 2000.
- Rao Gupta, G. *Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington DC: Centro Internacional par la Investigación sobre la Mujer, 2002 (informe no publicado).
- Rao Gupta, G. and E. Weiss. "Women's Lives and Sex: Implications for AIDS Prevention." *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, 1993.
- Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Ginebra: ONUSIDA, 2000c.
- Rivers, K. y P. Aggleton. *Adolescent Sexuality and Gender and the HIV Epidemic*. Nueva York: PNUD, 1998.
- Rutenberg, N. et al. *Community Involvement in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Insights and Recommendations*. Washington DC: Consejo de Población, 2001.
- Serrano-García, L, N. Torres-Burgos, y M. Galarza. *Las relaciones de poder y la prevención de VIH/SIDA entre mujeres Puertorriqueñas*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, 1996.
- Special Report: AIDS in the Caribbean and Latin America*. Iowa: Fundación Americana para la Investigación en SIDA, 2001.
- Stevens, E.P. "Marianismo: The Other Face of Machismo in Latin America." en A. Pescatello (ed.) *Female and Male in Latin America*. Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh, 1973.
- The Female Condom and AIDS*. Ginebra: ONUSIDA, 1997.

*Trafficking of Women from the Dominican Republic for Sexual Exploitation.* Washington DC: Organización Internacional para la Migración, 1996.

*Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1993.*

*VIH y SIDA en las Américas: Una epidemia con muchas caras.* Washington, DC: OPS/ OMS/ONUSIDA, 2001

Ward, J. *If Not Now, When? Addressing Gender-Based Violence in Refugee, Internally Displaced and Post-Conflict Settings.* Washington DC: Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugios, 2002.

Weiss, E. D. Whelan, y G. Rao Gupta. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World.* Washington, DC: Centro Internacional par la Investigación sobre la Mujer, 1996.

Weiss, E y G. Rao Gupta. *Bridging the Gap: Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention.* Washington, DC. Centro Internacional par la Investigación sobre la Mujer, 1998.

*Women, Vulnerability and HIV/AIDS: A Human Rights Perspective.* A. Gomez y D. Meacham (eds.) Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1998.

*Working with Men for HIV Prevention and Care.* Ginebra: ONUSIDA, 2001b.

Wulf, D. J. Frost y J.E. Darroch. *Microbicides: A New Defense Against Sexually Transmitted Diseases.* Washington, DC: Instituto Alan Guttmacher, 1999.

*Young Men and HIV - Culture, Poverty and Sexual Risk.* Londres: PANOS, 2001.

Zelaya, E. et al. "Gender and Social Differences in Adolescent Sexuality and Reproduction in Nicaragua." *Journal of Adolescent Health* 21, 1997.