

Equipo editorial y de producción:

Ann Erb-Leoncavallo – UNFPA

Gillian Holmes – ONUSIDA

Gloria Jacobs – Consultora Editorial

Stephanie Urdang – UNIFEM

Joann Vanek – Consultora de Estadísticas

Micol Zarb – UNFPA

Apoyo e investigación adicional:

Elizabeth Benomar, Nanette Braun, Lynn Collins, Jennifer Cooper, Kathleen Cravero, Nazneen Damji, André DeClercq, Karen Judd, Steven Kraus, Bertil Lindblad, Mary Mahy, Francesca Perucci, William A. Ryan, Joanne Sandler, Karen Stanecki, Akiko Takai, Susan Timberlake, Aminata Toure, Elizabeth Zaniewski, Miriam Zoll

Recopilación Fotográfica: Susan Ackerman

Corrección de Estilo: Tina Johnson

Diseño e Impresión: Prographics, Inc.



ONUSIDA es el principal responsable de la acción mundial en contra de la epidemia. Encabeza, fortalece y apoya una amplia respuesta cuyo objetivo es prevenir la transmisión del VIH, proporciona cuidados y apoyo, reduce la vulnerabilidad de las personas y de las comunidades hacia el VIH, y mitiga el impacto de esta enfermedad.

ONUSIDA

20, avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.unaids.org



El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es un organismo subsidiario de la Asamblea General desde 1969. El UNFPA es actualmente el más importante proveedor de asistencia a los países en desarrollo en cuestiones de población. Su función es contribuir a formar la capacidad suficiente para atender las necesidades en materia de población y salud reproductiva, promover la comprensión de los factores de población (tales como el crecimiento demográfico, la fecundidad, la mortalidad, la estructura por edades, la distribución espacial, la migración y otros); ayudar a los gobiernos a elaborar programas y proyectos de población y prestar asistencia financiera para su ejecución.

UNFPA

220 East 42nd Street
New York, NY 10017 USA
www.unfpa.org



El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) suministra asistencia técnica y financiera para programas y estrategias innovadoras que promueven la potenciación de la mujer y la igualdad de género. UNIFEM sitúa el adelanto de los derechos humanos de la mujer en el centro de todos sus esfuerzos, y programa sus actividades en cuatro ejes estratégicos: i) reducir la feminización de la pobreza; ii) poner fin a la violencia contra la mujer; iii) contrarrestar la propagación del VIH/SIDA entre las mujeres y las jóvenes; y iv) conseguir la igualdad de género en la gestión democrática, tanto en tiempo de paz como en tiempos de guerra.

UNIFEM

304 E. 45th Street, 15th flr.
New York, NY 10017 USA
www.unifem.org

Portada: Una activista en Calcuta durante la marcha del Día Mundial contra el SIDA.

Fotografía de Deshkalyan Chowdhury – AFP/Getty

Contraportada: Una estudiante brasileña prepara un cartel el Día Mundial contra el SIDA.

Fotografía de Evaristo Sa – AFP/Getty

MUJERES Y VIH/SIDA: ENFRENTARSE A LA CRISIS

© 2004 ONUSIDA, UNFPA Y UNIFEM

ISBN: 0-89714-708-1

Acrónimos¹

APV	Asesoría y pruebas voluntarias
ARV	terapia antirretroviral
(CEDAW)	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
(CEE/CIS)	países de Europa central y oriental y la Mancomunidad de Estados Independientes
(DOTS)	terapia de observación directa
ETS	enfermedades de transmisión sexual
(FGC)	mutilación genital de la mujer, ablación
(HEI)	Iniciativa de Equidad contra el VIH, Haití
(IAVI)	Iniciativa Internacional para la Vacunación contra el SIDA
ICW	Comunidad Internacional para las Mujeres que Viven con VIH/SIDA
(IPPF)	Federación Internacional de Planificación de la Familia
(MaP)	Hombres como Socios, ONG sudafricana
MSF	Médicos Sin Fronteras
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
(PEP)	profilaxis post-exposición
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
(SHAZ)	Moldeando la Salud de las Adolescentes en Zimbabwe
TMI	transmisión maternoinfantil
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNGASS)	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (sobre el VIH/SIDA)
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
(VSO)	Servicios Voluntarios de Ultramar del Reino Unido
(WAR)	Mujeres contra la Violación, Botswana

¹ En el cuerpo del documento aparecen las siglas en inglés, tal como aquí se muestran entre paréntesis.

Prólogo

EL VIH/SIDA ya no ataca principalmente a los hombres. Actualmente, a más de 20 años de haber iniciado la epidemia, las mujeres son casi la mitad de los 40 millones de personas que viven con VIH en todo el mundo. En África Subsahariana, el 57% de los adultos que viven con VIH son mujeres, y las jóvenes entre 15 y 24 años tienen tres veces más posibilidades de haber contraído la infección que los varones. A pesar de esta tendencia tan alarmante, las mujeres tienen menos conocimientos que los hombres sobre cómo se transmite el VIH/SIDA y cómo prevenir la infección, y lo poco que saben a menudo no les sirve de nada por la discriminación y la violencia a la que se enfrentan.

Este informe es un llamado urgente a la acción y está orientado hacia una triple amenaza: la inequidad de género, la pobreza y el VIH/SIDA. Si atacamos simultáneamente estos tres flagelos, podemos reducir la propagación de la epidemia y sus devastadoras consecuencias.

Las mujeres no deben ser consideradas como víctimas, ya que en muchos lugares del mundo están tomando la delantera. En diferentes comunidades alrededor del mundo, las mujeres y los hombres llevan a cabo acciones que incrementan el conocimiento acerca de la enfermedad, el acceso a la salud sexual y reproductiva y a los servicios educativos, aumentan la capacidad de las mujeres para negociar las relaciones sexuales más seguras, combaten la discriminación y la violencia de género, y trabajan para que haya más métodos de prevención controlados por las mujeres, tales como el condón femenino.

Todos los esfuerzos señalados en este informe son fundamentales. Mientras que las mujeres y las jóvenes adolescentes sean incapaces de tener un ingreso propio y de ejercer su derecho a la educación, a la salud y a la propiedad, o vivan amenazadas con la violencia, nunca tendrán acceso a los avances que se haga contra el VIH. Tal y como se manifiesta en las narraciones de este informe, las prácticas innovadoras son ilimitadas. Las estrategias para la supervivencia son ideadas por mujeres que viven con VIH, pero hay limitaciones en todas partes: en la enorme escasez de recursos -especialmente para mujeres y asuntos de mujeres- y en la vergonzosa falta de voluntad política para cumplir con los compromisos internacionales. Durante demasiados años, las voces y las demandas de las mujeres -particularmente de las que viven con VIH- sólo han encontrado oídos sordos. El mundo ya no puede darse el lujo de ignorarlas. Debemos encontrar los recursos necesarios

para el cuidado y el tratamiento de todas; debemos acabar con el estigma y la discriminación que limita el acceso de las mujeres al tratamiento y las obliga a hacerse cargo de los enfermos y los moribundos, y debemos ayudarlas a imaginar un futuro mejor.

Este informe surge de nuestra convicción de que el mundo debe responder a la crisis del VIH que enfrentan las mujeres. En él se destaca el trabajo que realiza la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, iniciativa de ONUSIDA que apoya y promueve los programas que mitigan el impacto del SIDA en las jóvenes y las mujeres de todo el mundo. A través de su red y la promoción que realiza, la Coalición está haciendo un llamado de atención sobre los efectos del VIH en las mujeres, y alienta acciones concretas y efectivas por medio de una amplia gama de socios que incrementa cada día.

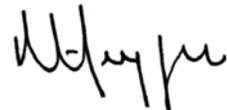
Creemos que este informe, con sus análisis directos y sus respuestas prácticas, puede convertirse en una valiosa herramienta para la promoción y la acción con el fin de enfrentarse a este reto tan complejo. El llamado para empoderar a las mujeres nunca había sido más urgente. Debemos actuar ahora para fortalecer su capacidad, su adaptación y su liderazgo.



Dr. Peter Piot
Director Ejecutivo, ONUSIDA

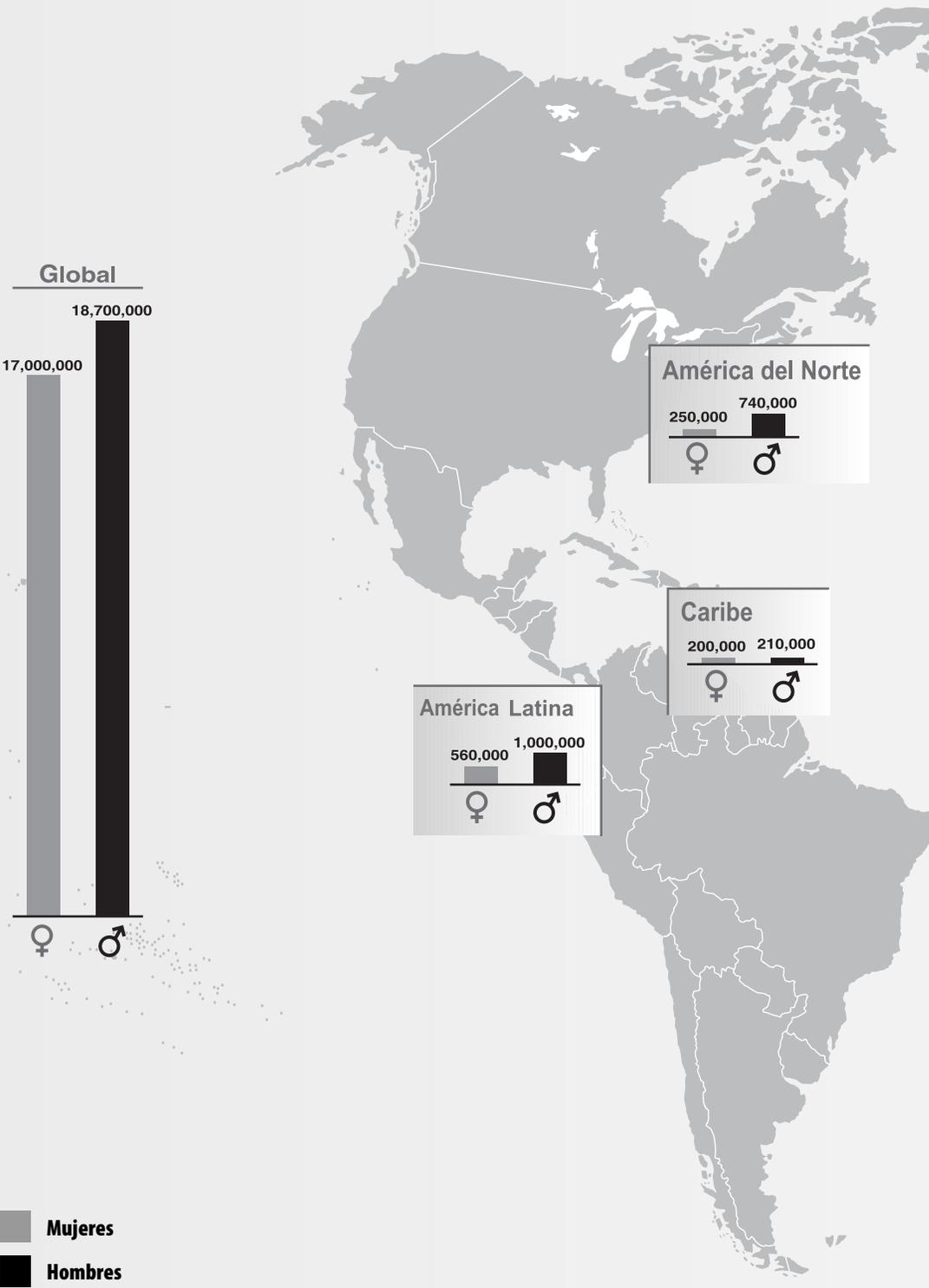


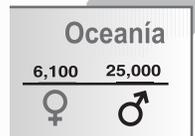
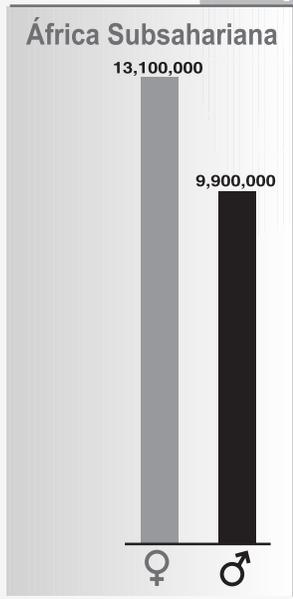
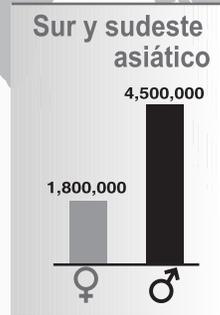
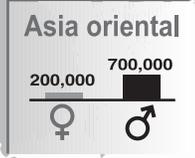
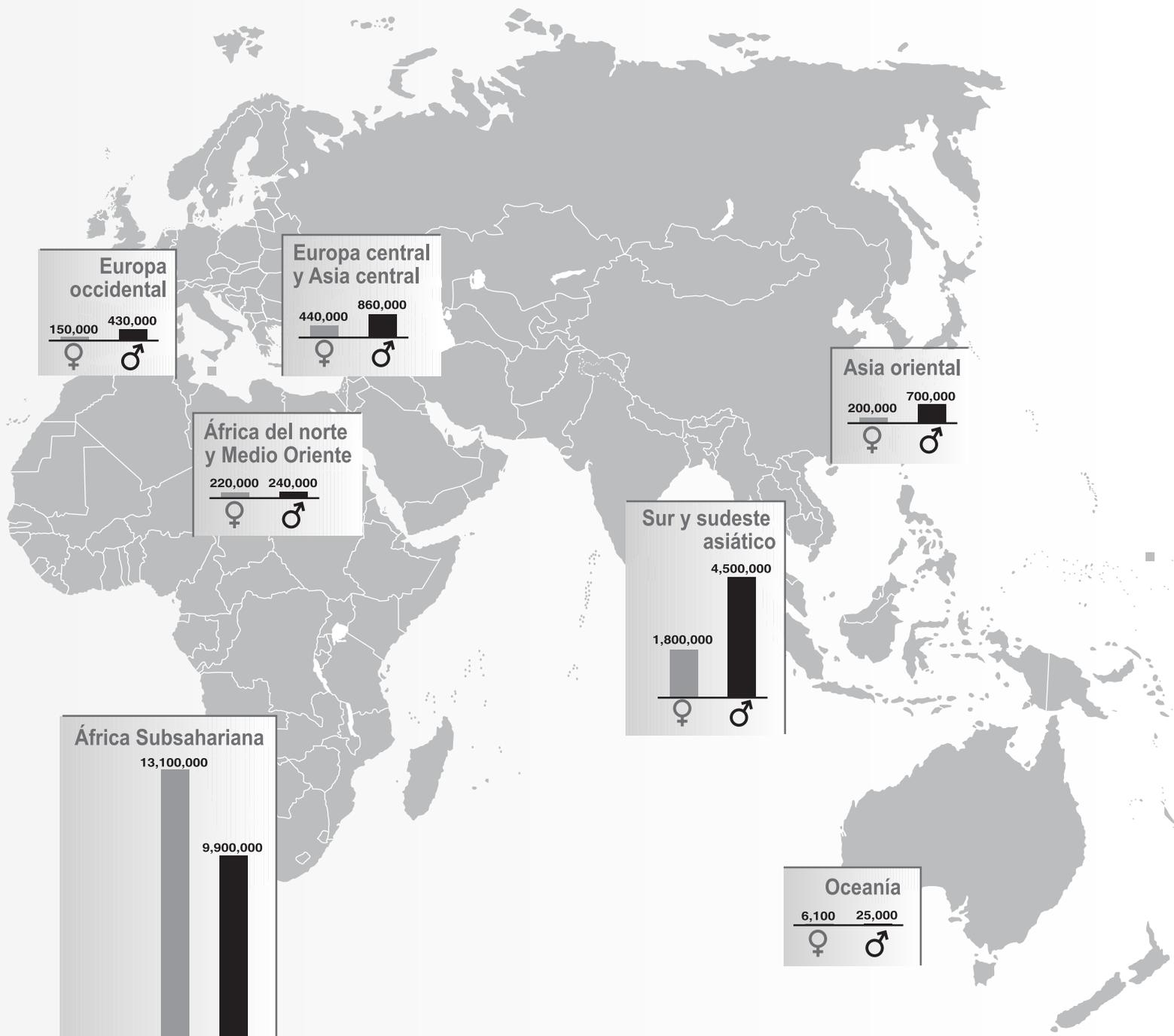
Thoraya A. Obaid
Directora Ejecutiva, UNFPA



Noeleen Heyzer
Directora Ejecutiva, UNIFEM

Estimación del porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que viven con VIH/SIDA por región desde el 2003 hasta el 21 de junio de 2004.





Fuente: Estimación para el 2004 de ONUSIDA/OMS

Capítulo 1

© Alexander Joe—AFP/Getty



ENFRENTARSE A LA CRISIS

Para revertir la propagación mundial del VIH/SIDA, debemos romper con las cadenas de la pobreza y de la inequidad de género que contribuyen a la transmisión de la enfermedad. Se requiere de mayores esfuerzos en todo el mundo para responder a las necesidades específicas de las mujeres y de las jóvenes, así como para redefinir la responsabilidad y el papel que desempeñan los hombres jóvenes y adultos. En este momento en que se encuentra la pandemia, es fundamental que los esfuerzos se enfoquen de manera simultánea tanto hacia el cambio del comportamiento individual como hacia una transformación más amplia a nivel social, económico y cultural. Las estrategias más realistas deben orientarse hacia un reto trilateral: la pobreza, la inequidad de género y el VIH/SIDA.

Actualmente hay 17 millones de mujeres y 18.7 millones de hombres en el mundo, entre los 15 y los 49 años, que viven con VIH/SIDA (ver mapa pp. vi-vii). Desde 1985, el porcentaje de mujeres adultas que viven con VIH/SIDA aumentó del 35 al 48 por ciento. Es particularmente importante señalar que ha habido un incremento enorme de mujeres jóvenes infectadas entre los 15 y los 24 años. Es muy probable que en el mundo haya 1.6 veces más mujeres jóvenes infectadas con VIH/SIDA que hombres jóvenes.

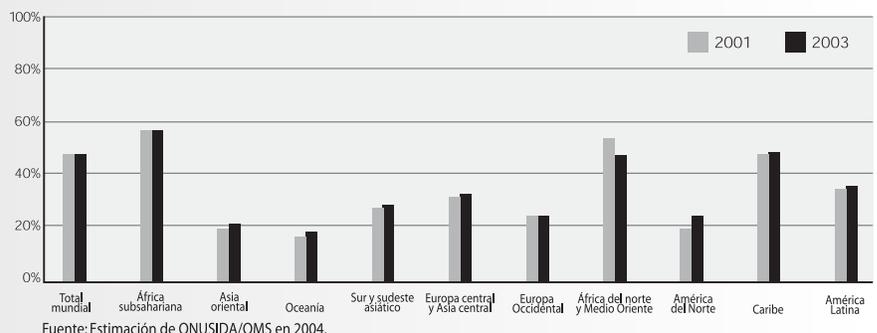
Género y diferencias regionales¹

La gran mayoría de las personas con VIH/SIDA -98 por ciento de mujeres y 94 por ciento de hombres- viven en países en vías de desarrollo (ver mapa). De todas las regiones, África Subsahariana es la más devastada. Ninguna otra región en el mundo se acerca a los índices de VIH que ahí prevalecen, ni muestra un impacto tan devastador en mujeres adultas y jóvenes: 77 por ciento de todas las mujeres que viven con VIH en el mundo se encuentran en esta región. No obstante, algunas regiones, tales como el Caribe y ciertas zonas de Asia, experimentan epidemias que se están propagando en determinados grupos de la población

Una joven mozambiqueña de 18 años con sus hermanos, quien se convirtió en cabeza de familia desde que ambos padres murieron del SIDA. De los mil estudiantes que hay en la escuela de su comunidad, 200 son huérfanos.

GRÁFICO 1

Estimación del porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que vivían con VIH/SIDA en 2001 y 2003.



-como trabajadoras y trabajadores de sexo comercial o los usuarios de drogas intravenosas- hacia la población en general, donde las mujeres y la jóvenes son las más afectadas. Las variantes en las tendencias regionales, en cuanto a formas de transmisión y carga de la enfermedad -así como los escenarios culturales, sociales y económicos en que se dan- deberán tomarse en consideración al brindar ayuda a las regiones, las naciones y las comunidades locales para diseñar formas de intervención eficaces.

África Subsahariana

En África Subsahariana, alrededor de 23 millones de personas entre 15 y 49 años están infectadas; de ellas, el 57 por ciento -13.1 millones- son mujeres (ver mapa). Desde 1985 ha

habido un creciente y devastador impacto en las mujeres de esta región (ver Cuadro 2). En 1985, alrededor de medio millón de mujeres y medio millón de hombres vivían con VIH/SIDA en África Subsahariana. Sin embargo, desde entonces la cantidad de mujeres que viven con esta enfermedad -en términos relativos a la de los hombres- ha incrementado año con año, afectando particularmente a las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad, y es muy probable que se triplique ahora el número de hombres infectados.

El VIH se está propagando principalmente a través del contacto heterosexual, lo cual ha incrementado el impacto en las mujeres. Esto se ve más claramente en el sur de África, donde más del 20 por ciento de las mujeres embarazadas a las que se les hizo la prueba del VIH estaban infectadas en la mayoría de los países de la región, con tasas prevalecientes de casi el 40

por ciento entre estas mujeres en Botswana y Suazilandia. En un análisis de datos prenatales clínicos realizados en ocho países, se encontró que la prevalencia del VIH está ahora estabilizándose, aunque las cifras permanezcan aún muy altas.

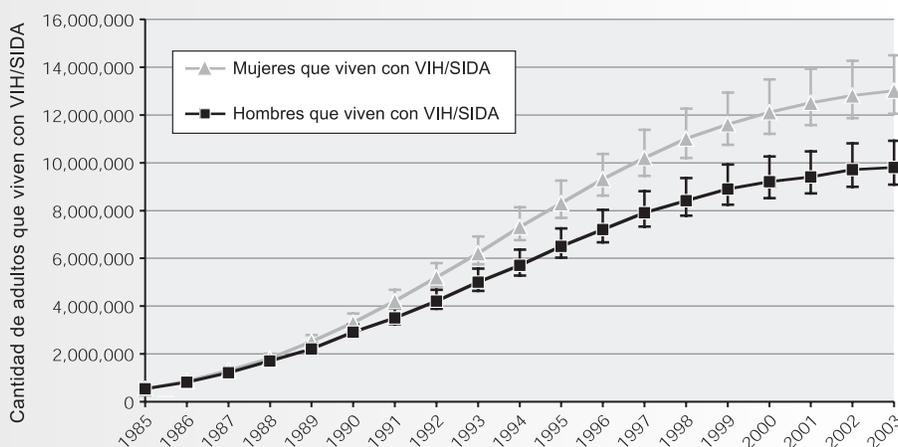
El Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/SIDA en África Meridional del Secretario General de las Naciones Unidas ha identificado tres factores clave que contribuyen a hacer más vulnerables a la infección del VIH a las mujeres y a las jóvenes, y para lograr un cambio, deberá abordarse cada uno de estos tres factores:

- La cultura del silencio que rodea la sexualidad
- La explotación sexual coaccionada e intergeneracional, y
- La violencia contra las mujeres en las relaciones familiares y sociales.

Estos tres factores también deben entenderse en el contexto de la pobreza y de las inequidades que definen la vida cotidiana tanto de las mujeres como de los hombres en la región.

GRÁFICO 2

Cifra estimada de mujeres y hombres adultos (entre 15 y 49 años) que vivían con VIH/SIDA en África Subsahariana de 1985 a 2003.



Fuente: Estimación de ONUSIDA/OMS en 2004

El Continente Asiático y Asia Pacífico

De acuerdo con las Naciones Unidas, durante la próxima década esta región -donde viven más de 7 millones de personas con VIH/SIDA (ver mapa)- podría convertirse en el epicentro de la pandemia mundial del SIDA, con la India y China -los dos países más poblados del planeta- enfrentándose a una catástrofe potencial por esta enfermedad.

En Asia oriental, el 22 por ciento de los adultos que viven con VIH/SIDA son mujeres, así como el 28 por ciento de jóvenes entre los 15 y los 24 años.

En el sur y el sureste Asiático, más de la cuarta parte de los adultos y el 40 por ciento de jóvenes que viven con VIH/SIDA son mujeres. De acuerdo con la Organización Nacional para el Control del SIDA de la India (NACO por sus siglas en inglés), el VIH/SIDA ya no está confinado a grupos específicos ni a zonas urbanas, sino que está transmitiéndose entre grupos más amplios de la población y en zonas rurales. Se estima que la cifra de adultos que viven en la India con VIH/SIDA es de alrededor de 4 millones.

En China, donde la epidemia se propaga rápidamente, se está reduciendo la brecha que existe entre el número de hombres y mujeres infectados con VIH.

Hasta ahora, la principal forma de transmisión en Asia ha sido por medio del consumo de drogas inyectables y del trabajo sexual. Como resultado, la prevalencia del VIH/SIDA en la mayoría de los países de la región ha estado limitada a los grupos que tienen un comportamiento de alto riesgo y no se ha transmitido a la población en general. No obstante, esto podría cambiar rápidamente, ya que los usuarios de drogas inyectables y los trabajadores del sexo comercial se encuentran a tal punto de expansión en algunas áreas de China, que la epidemia podría propagarse entre grupos más amplios de la población. Tres países asiáticos: Camboya, Myanmar y Tailandia ya están enfrentándose a epidemias muy serias. Los tres han hecho grandes esfuerzos para prevenir la transmisión del VIH, trabajando con grupos en alto riesgo, y hasta cierto punto han tenido éxito. Sin embargo, también hay pruebas de que la transmisión del VIH entre cónyuges se ha convertido en una de las principales causas de propagación.

Los factores que influyen en la transmisión del VIH/SIDA entre las mujeres y los jóvenes de la región son pobreza, matrimonio a temprana edad, tráfico de personas, trabajo sexual, migración, falta de educación, discriminación de género y violencia. Es fundamental romper con la cultura del silencio. Como en muchas regiones tanto industrializadas como en vías de desarrollo, las complejas barreras sociales y culturales han hecho tan difícil el hablar sobre la sexualidad o insistir en la protección contra el VIH, que hasta las mujeres de la clase media con formación profesional dicen que no pueden protegerse a sí mismas, mientras que las mujeres pobres tienen aún mucho menos posibilidades de hacerlo.

Europa oriental y Asia central

La prevalencia del VIH se ha incrementado sustancialmente en esta región. Durante 1995 se registraron relativamente pocos casos, pero a finales de 2003 cerca de 1.3 millones de personas en esta región vivían con VIH/SIDA (ver mapa). Tan sólo en 2003, más de 250,000 personas se infectaron; los países más afectados fueron los Estados Bálticos (Estonia, Letonia y Lituania), la Federación Rusa y Ucrania, que tuvieron brotes importantes, así como Belarús, Kazakstán y Moldova. Principalmente las mujeres constituyen el 33 por ciento de personas infectadas con VIH/SIDA en esta región, y los jóvenes el 28 por ciento. Hay pruebas de que la cantidad de mujeres infectadas incrementa aun más que en los hombres. Por ejemplo, en el año 2002, el 33 por ciento de las nuevas infecciones diagnosticadas en la Federación Rusa fueron mujeres en comparación del 24 por ciento del año anterior.

El drástico cambio económico y social que se llevó a cabo en la antigua Unión Soviética durante la década de los años 90 trajo consigo el deterioro de las condiciones socioeconómicas y el incremento de la inequidad a lo largo de la región. La sensación de desamparo que produjo este cambio entre aquellos que fueron apartados de las nuevas economías de

mercado, está fomentando la transmisión del VIH a través del consumo de drogas inyectables y de sexo sin protección. Debido a que la mayoría de las personas que consumen drogas son jóvenes y sexualmente activas, el contagio sexual también se está volviendo una forma muy importante de transmisión del VIH.

América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe viven alrededor de 2 millones de personas con VIH/SIDA cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, siendo un 36 por ciento mujeres en América Latina, mientras que en el Caribe son prácticamente la mitad (49 por ciento). En el Caribe, las mujeres jóvenes están más expuestas (2.5 veces) a contraer la infección que los hombres jóvenes. La prevalencia del VIH ha alcanzado cifras del 1 por ciento o mayores en la población en general en por lo menos 12 países del Caribe y Centroamérica (Bahamas, Barbados, Belice, República Dominicana, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, Suriname y Trinidad y Tabago).

La forma predominante de contagio en el Caribe es heterosexual. Sin embargo, el consumo de drogas inyectables en Puerto Rico es al parecer la principal fuente de la epidemia. En Sudamérica, el VIH se transmite mayoritariamente por el uso de jeringas y por las relaciones sexuales entre hombres que tienen subsecuentes relaciones con otras parejas heterosexuales. En Centroamérica, la infección parece transmitirse a través del sexo, tanto heterosexual como de hombres que tienen relaciones con hombres. Entre los factores que favorecen la transmisión del VIH en toda la región, el principal es la combinación del desarrollo socio-económico inequitativo y la alta movilidad de la población.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA MUJER, LA NIÑA Y EL VIH/SIDA EN ÁFRICA MEDIRIONAL

Koffi Anan, Secretario General de las Naciones Unidas, integró en 2003 un Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/SIDA que identificó las acciones más relevantes para reducir los índices de prevalencia entre las mujeres y las jóvenes:

- 1** Romper el vínculo de contagio que hay entre los hombres mayores y las mujeres jóvenes.
- 2** Buscar la forma de mantener las cifras de inscripción escolar de las jóvenes, ya que el SIDA puede obligarlas a abandonar sus estudios.
- 3** Proteger a las mujeres y a las jóvenes del riesgo tanto directo como de largo plazo de contraer el VIH como resultado de la violencia.
- 4** Proteger los derechos de propiedad y herencia de la tierra de las mujeres y las jóvenes.
- 5** Elaborar una Carta del Voluntariado que establezca y articule los derechos y las responsabilidades de las mujeres que proporcionan cuidados y apoyo a los enfermos y a los huérfanos.
- 6** Señalar que las normas sociales, la violencia, el estigma y la discriminación de género son barreras potenciales que evitan el acceso de las mujeres al cuidado y al tratamiento.

ESTRATEGIAS QUE SÍ FUNCIONAN

El Grupo de Trabajo señaló las siguientes estrategias:

- **Enfrentar las normas y los valores sociales que contribuyen a mermar el estatus social de las mujeres y las jóvenes, y que condonan la violencia en contra de ellas;** por ejemplo, por medio de obras de teatro itinerantes o de iniciativas educativas adaptadas a la comunidad.
- **Incrementar la confianza en sí mismas y la autoestima en las jóvenes;** por ejemplo, capacitándolas para adquirir habilidades para la vida y otros programas escolares en los que ellas participan plenamente en todas las etapas.
- **Fortalecer las directrices y marcos legales que apoyen los derechos de las mujeres hacia su independencia económica** (inclu-

Medio Oriente y Norte de África

La prevalencia del VIH en el Medio Oriente y en el norte de África es aún muy baja, a excepción de Sudán. No obstante, el contagio del VIH aumenta entre las personas que consumen drogas inyectables en Bahrein, Irán y Libia, y en menor grado en Argelia, Egipto, Kuwait, Marruecos, Omán y Túnez. Sin embargo, las infecciones de este grupo podrían propagarse rápidamente entre la población en general. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Irán mostró que la mitad de los consumidores de drogas inyectables estaban casados, y una tercera parte manifestó tener relaciones extramaritales. Actualmente, las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años tienen el doble de posibilidades de tener VIH/SIDA que los hombres jóvenes, aunque quizás esta cifra tenga un cierto sesgo debido a los altos niveles de infección en las mujeres del sur de Sudán.

En los países de esta región, las normas sociales y culturales limitan la discusión sobre la sexualidad y los temas de reproducción y salud sexual, y muchos países no han creado programas de prevención. Parte del reto que enfrenta la región, es la necesidad de acabar con el estigma y la culpa que tan a menudo se confiere a los grupos vulnerables, y de dar a conocer más ampliamente al público en general lo que se sabe acerca de la epidemia.

Países de alto ingreso

Tanto en Europa occidental como en los Estados Unidos ha incrementado el porcentaje de mujeres entre los adultos que viven con VIH/SIDA. Es evidente que en algunos países de altos ingresos la prevención no avanza al mismo paso que los cambios que ocurren en la transmisión de la enfermedad. Esta deficiencia es más clara entre los grupos marginales de la población, incluyendo las minorías, los inmigrantes y los refugiados, donde hay altos índices de prevalencia del VIH.

yendo el derecho a poseer y heredar la tierra y otras propiedades); por ejemplo, al reestructurar los sistemas de justicia, promulgar leyes y capacitar a las ONG para difundir estas leyes.

- **Asegurar el acceso a los servicios de salud y de educación, particularmente en lo que respecta a habilidades para la vida y a la educación sexual tanto para las jóvenes como para los varones;** por ejemplo, por medio de la capacitación de las y los trabajadores de la salud, así como de las y los maestros para que sean sensibles al género, y reorientar los sistemas de educación y salud a fin de que sean participativos y se enfoquen hacia la comunidad, en vez de que sean burocráticos y jerárquicos.
- **Empoderar económicamente a las mujeres y a las jóvenes** proporcionándoles acceso a los créditos, y habilidades empresariales y de comercialización.

CONSOLIDAR LA RESPUESTA

Con objeto de ampliar la capacidad de las comunidades y de quienes trabajan en los programas contra del VIH/SIDA, y de asegurar el cumplimiento cabal de los derechos de las mujeres y las jóvenes, el Grupo de Trabajo hace las siguientes recomendaciones:

- **Ampliar el roster de expertas/os de género** que puedan realizar un análisis de género minucioso y diseñar una respuesta para satisfacer las diferentes necesidades de hombres, mujeres y jóvenes.
- **Enfocarse hacia los temores y prejuicios que rodean al género** con el fin de priorizar las iniciativas que buscan enfrentar el statu quo.
- **Apoyar y fortalecer las asociaciones de las mujeres y las organizaciones locales,** así como a la asociación entre gobiernos, organizaciones de mujeres y comunidades.

- **Difundir información y fomentar el debate** sobre la relación que existe entre inequidad de género y VIH/SIDA.
- **Abordar las causas que originan la inequidad de género** y no sólo las consecuencias.

Fuente: Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/SIDA, 2004, *Facing the Future Together*.

Europa occidental

En los países de Europa occidental que reportan casos de VIH, es probable que el contacto heterosexual sea la forma más común de transmisión, y el consumo de drogas inyectables varía entre los países. Muchos de los nuevos casos de infección se presentan entre las personas que vivieron en países donde la epidemia se había generalizado. El porcentaje de mujeres entre los adultos que viven con VIH/SIDA permaneció estable en 25 por ciento del 2001 al 2003.

Estados Unidos

En los Estados Unidos, donde se creía que la epidemia estaba bajo control debido a la disponibilidad generalizada de la terapia antirretroviral (ARV), los índices de prevalencia en mujeres aumentaron un 5 por ciento entre 2001 y 2003, lo que representa el incremento más alto entre mujeres, tomando en consideración cualquier región del mundo. El 25 por

Ayudando a las mujeres que viven con VIH/SIDA a salir adelante: Cuando Helen Ditsebe-Mhone supo en 1992 que tenía el virus del VIH, aún no había medicamentos contra el SIDA y difícilmente se podía encontrar un lugar en Botswana donde acudir por ayuda o consuelo. Con nada que ofrecer salvo su honestidad para reconocer que tenía el virus del VIH y sin saber cuánto tiempo podría vivir, Ditsebe-Mhone se hizo consejera voluntaria en el centro donde se había hecho las pruebas del VIH. También empezó a dar conferencias en las que públicamente hablaba sobre el estatus de su enfermedad. La gente la escuchaba porque era una de las pocas mujeres empresarias líderes de Botswana, y se dirigían a ella buscando asesoría, consuelo y apoyo moral. En reuniones, compartían sus experiencias con todos y buscaban una respuesta al cada vez mayor estigma que rodeaba la enfermedad. Luego el Centro cerró y la gente empezó a reunirse donde podía –por lo general en casa Ditsebe-Mhone– ya que los grupos no querían dispersarse. Le tomó algunos años, pero en 1999 creó una ONG que surgió de esas reuniones informales, el Coping Centre for People Living with HIV/AIDS* (COCEPWA) administrado y operado por y para la gente que vive con VIH. El Centro tiene lugares de reunión en cuatro poblaciones de Botswana, y proporciona educación y apoyo. No es un Centro que proporcione tratamiento, pues el gobierno está a cargo de eso, pero la gente que vive con VIH necesita mucho más que medicamentos. COCEPWA trabaja con cualquier persona que entre a su centro, pero ha puesto énfasis en las necesidades de las mujeres de Botswana, ya que constituyen el 56 por ciento de la población total que vive con VIH, y a pesar de que el tratamiento antirretroviral es gratuito, el estigma, el miedo y la pobreza evitan que muchas de ellas busquen ayuda. Uno de los proyectos más innovadores es la red Compañera, en la que una mujer que vive con VIH se ofrece a ser amiga y apoyo para quienes han sido recientemente diagnosticadas o que no responden al tratamiento. En 2003 Ditsebe-Mhone ganó el premio "Erradicación de la Pobreza, Edición 2003" otorgado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) por haber creado "un modelo internacional sobre cómo apoyar a quienes viven con VIH/SIDA y a sus comunidades".

Fuente: www.achap.org/cocepwa.htm

ciento de los estadounidenses que viven con VIH/SIDA son mujeres, y también entre los jóvenes, el 25 por ciento son mujeres.

De acuerdo con los Centros para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos, la proporción de casos de SIDA entre las mujeres adultas y adolescentes se ha triplicado desde 1985. La epidemia ha aumentado más dramáticamente entre las mujeres afroamericanas y las de origen hispano, quienes son menos de la cuarta parte de la población femenina que viven en los Estados Unidos, y sin embargo representaron el 80 por ciento de los casos reportados con SIDA entre mujeres durante el año 2000. El contacto heterosexual es el riesgo más grande para las mujeres, seguido por el consumo de drogas intravenosas. Una parte muy importante que fue contagiada a través de relaciones heterosexuales se debió a que tuvieron relaciones sexuales con personas que utilizan drogas intravenosas.²

Australia y Nueva Zelanda

En Australia y Nueva Zelanda el porcentaje de mujeres entre los adultos que viven con VIH/SIDA es del 8 por ciento, uno de los más bajos del mundo.

El impacto del VIH/SIDA en las mujeres

Las tasas de infección de VIH entre las mujeres y las jóvenes son inquietantes, pero cuando se combinan con la carga de trabajo que tienen -el cuidado de personas enfermas de SIDA, de los huérfanos del SIDA y de sus propias familias- la situación se vuelve insostenible, como lo es ahora en África meridional. En el Caribe se están presentando condiciones muy similares, así como en Europa oriental y en algunas partes de Asia, debido al incremento en los índices de personas afectadas que hay en esa región.

En esencia, esta crisis se debe a la inequidad de género, porque las mujeres tienen menos posibilidades que los hombres de tener control sobre sus cuerpos y sus vidas. Casi universalmente las diferentes culturas han alentado a los hombres a tener múltiples parejas, mientras que se espera que las mujeres se abstengan o sean fieles. Asimismo, hay una cultura del silencio sobre la salud sexual y reproductiva. Con el simple hecho de desempeñar los roles de género que de ellos se espera, tanto hombres como mujeres están en riesgo de adquirir el virus del VIH.

Sin embargo, las disparidades de género van más allá de las relaciones sexuales. En muchas regiones, las mujeres no tienen derecho a la propiedad de la tierra ni acceso a los recursos financieros y dependen de los hombres -esposos, padres, hermanos e hijos- para sobrevivir. Sin recursos, las mujeres son susceptibles a abusos de poder.

La violencia y las amenazas de violencia también limitan la capacidad de las mujeres para protegerse del VIH/SIDA, ya que se exponen a ella cuando insisten en tener sexo seguro. Pueden permanecer en relaciones violentas porque no tienen a dónde ir; pueden aceptar las exigencias de los hombres de tener relaciones sexuales sin protección, aun cuando estén conscientes del peligro. Ya sea en áreas de conflicto o en casa, la violación y el abuso sexual hacen que el concepto de las relaciones sexuales seguras sea objeto de burla.

Además, la pobreza empuja a las mujeres a tener un comportamiento de riesgo o a situaciones de peligro. Sin ninguna otra opción disponible, pueden recurrir al trabajo sexual para alimentar a sus familias. Las mujeres y las jóvenes están expuestas al creciente comercio o tráfico de personas. En África meridional, muchos hombres mayores buscan mujeres jóvenes y adolescentes para servicios sexuales a cambio de cuotas escolares, alimentación y bienes de consumo de alta demanda.

Las mujeres se han hecho cargo de los enfermos de VIH/SIDA en los países más afectados por la epidemia, particularmente en África Subsahariana. Ellas proporcionan cuidados en casa, cuidan a los huérfanos, cosechan o buscan un empleo remunerado para mantener a sus familias. Limpian, cocinan y cuidan niños y enfermos, a menudo sin tener acceso al agua limpia ni a los servicios sanitarios. Debido a que el cuidado de los enfermos implica un trabajo adicional, los campos se quedan sin cultivar, sacan a los niños (generalmente a las niñas) de la escuela para ayudar en casa y no se realizan los quehaceres domésticos.

Tanto las jóvenes como las mujeres saben que si no llevan a cabo este trabajo, nadie lo hará, así que lo asumen con un costo altísimo para ellas. Sin embargo, las mujeres no pueden continuar soportando solas esta carga, y el mundo ya no puede permitir que ellas carguen un peso tan enorme.

Si se quiere controlar el VIH/SIDA, es necesario trabajar para eliminar la violencia, la pobreza, la inequidad y la falta de derechos básicos.

Las mujeres que viven con VIH/SIDA han identificado acciones que podrían mejorar su situación; demandan el reconocimiento de sus derechos fundamentales, así como poder tomar decisiones sobre sus vidas y exigen que se les consulte al diseñar políticas y programas que las afectan a cualquier nivel. Asimismo, reclaman que se les proporcione ayuda a las mujeres que viven con VIH/SIDA en los países en desarrollo, así como apoyo para la formación de grupos de auto-ayuda y redes de trabajo, que en los medios de comunicación se dé información verídica acerca de las personas que viven con VIH/SIDA, y se brinden cuidados de la salud de manera accesible y razonable. Por último, demandan que se respeten sus derechos reproductivos, incluyendo el derecho de elegir si quieren o no tener hijos.³

Jóvenes chinas desafían la lluvia para visitar una exposición sobre el SIDA en Guangzhou.



Hacer un compromiso

La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) hizo explícitas las dimensiones de género de la epidemia. Delegados de más de 180 países pusieron énfasis en que la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres eran elementos fundamentales para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA tanto de las mujeres como de los jóvenes. Se comprometieron a "intensificar los esfuerzos para... desafiar los estereotipos, así como la inequidad de género en relación con el VIH/SIDA, estimulando la participación activa de los hombres y de los jóvenes" (párrafo 47).⁴ Con esta declaración, el mundo reconoció que tanto hombres como mujeres se beneficiarían con un enfoque basado en la equidad de género para combatir la enfermedad, reduciendo así el riesgo en que se encuentran.

La Declaración de UNGASS amplía la Declaración del Milenio, adoptada en el año 2000 por los líderes mundiales, en la cual se comprometían a promover la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres como formas efectivas para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades. El tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes, mientras que el sexto busca reducir el impacto del VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.⁵ Todos los objetivos se refuerzan unos a otros.

Este informe que está enfocado hacia las mujeres y el VIH/SIDA en los países en desarrollo y narra muchas historias de mujeres que viven con VIH que han surgido como lideresas respondiendo a los retos que representa la epidemia. Principalmente se recurre a ejemplos de África Subsahariana, porque esta región es la más afectada, y tiene mucha experiencia para responder a los retos que representa la epidemia. A pesar de la pobreza y la falta de servicios públicos, las mujeres y los hombres de la región han mostrado valor, determinación y fuerza. Para poder avanzar, es necesario apoyarse en esta fuerza y en la sabiduría local de cada región y de cada comunidad afectada por el VIH/SIDA.

Este informe se basa en el trabajo de la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, una nueva iniciativa lanzada por ONUSIDA que involucra a activistas, organismos del sistema de la ONU, organizaciones no gubernamentales, del sector privado, trabajadores de la comunidad y celebridades que buscan fomentar acciones concretas en el campo para mejorar la vida cotidiana de mujeres y jóvenes. El enfoque de la Coalición incluye:

- Prevenir la infección del VIH entre los jóvenes adolescentes, enfocándose principalmente en un mayor acceso a la salud reproductiva.
- Reducir la violencia contra las mujeres.
- Proteger los derechos de propiedad y de herencia de las mujeres y de los jóvenes.
- Asegurar un acceso igualitario al cuidado, tratamiento y apoyo de mujeres y jóvenes.
- Mejorar el acceso a tecnologías de prevención que puedan ser controladas por las mujeres, incluyendo el condón femenino y los microbicidas, y
- Apoyar los esfuerzos que se hacen para lograr una educación universal para los jóvenes.

Capítulo 2



© Peter Barker—Panos

Educación sobre el SIDA para las voluntarias comunitarias de salud en Calcuta.

PREVENCIÓN

Recomendación: Asegurar que las mujeres jóvenes, adolescentes y adultas tengan el conocimiento y los medios para prevenir la infección del VIH

Es urgente diseñar estrategias de prevención que estén al alcance de las mujeres y las jóvenes, particularmente de las jóvenes adolescentes quienes en algunos países enfrentan índices de infección cinco o seis veces más altos que los jóvenes de la misma edad. A pesar de que las mujeres son mucho más vulnerables, saben menos acerca del VIH/SIDA que los hombres y de cómo se transmite.¹

El aumento en los índices de infección del VIH entre las mujeres y las jóvenes exige nuevos planteamientos enfocados hacia sus necesidades y sus realidades específicas, y deben vincularse con otros elementos que los refuercen, así como a un amplio programa de prevención, tratamiento y cuidado continuos. Una forma de prevención realmente efectiva está compuesta de muchos factores que incluyen educación, servicios de salud, campañas en los medios de comunicación, cambio en el comportamiento, formación de habilidades para la vida y capacitación en el trabajo. Todos estos componentes deben orientarse hacia el papel crítico que desempeña el género en la vida sexual y reproductiva, y cómo éste influye en la prevención del VIH.

Conocimiento

La mayoría de las mujeres y las jóvenes sabe muy poco acerca de sus cuerpos, de su salud sexual y reproductiva y del VIH/SIDA.

En muchas sociedades no se acepta la discusión ni la educación sobre temas sexuales. Como resultado, millones de personas, especialmente las mujeres y las jóvenes, no saben nada sobre el VIH/SIDA, lo cual tiene consecuencias potencialmente mortales.

En 1999, un estudio sobre salud reproductiva llevado a cabo en China a nivel nacional, en el cual participaron 30,556 mujeres en edad reproductiva en 32 condados, demostró que el 72 por ciento de ellas habían escuchado sobre el VIH/SIDA, pero entre las mujeres analfabetas o semianalfabetas sólo el 50 por ciento lo conocían. Las fuentes de información más comunes eran radio, televisión y amistades. Muy pocas habían recibido esta información en algún centro de salud. Cuando se les preguntó: "¿Es posible que usted contraiga la infección?" la mayoría de ellas (entre el 86 y el 92 por ciento), de todas las edades, rurales y urbanas y con diferentes niveles de educación, respondieron: "Imposible".

Fuente: ONUSIDA 2001, *HIV/AIDS: China's Titanic Peril*, 2001 Actualización sobre la situación del SIDA e Informe sobre las Necesidades de Evaluación. Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en China.

Aunque en los países industrializados y en los que se encuentran en vías de desarrollo muchos adultos no aprueban la educación sobre salud sexual y reproductiva para los jóvenes porque creen que con ello se promueve la promiscuidad, investigaciones llevadas a cabo en diversas sociedades y una larga experiencia demuestran que en la realidad ocurre justo lo contrario. Un análisis de 50 programas sobre educación en salud sexual en diferentes partes del mundo demostró que es más factible que los jóvenes retrasen el inicio de su actividad sexual cuando tienen la información necesaria para tomar una decisión bien informada.²

PREVENCIÓN: INDICADORES SOBRE EL CONOCIMIENTO Y EL COMPORTAMIENTO DENTRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

Uno de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas es combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, y a fin de monitorear el éxito de los programas nacionales para prevenir la propagación del VIH/SIDA, actualmente se está recabando información sobre el VIH/SIDA y el uso del condón entre los jóvenes en varios países en desarrollo. UNICEF está a cargo de su recopilación. Los datos que se muestran a continuación se refieren a las mujeres y a los hombres jóvenes de 15 a 24 años, y fueron recopilados entre 1998 y 2003.

De acuerdo con los datos arrojados por los estudios, a nivel mundial más del 80 por ciento de las mujeres jóvenes no tenían el "suficiente" conocimiento sobre el VIH/SIDA; muchas no tenían ni la menor idea de cómo se transmitía esta enfermedad y muy poca o ninguna información sobre los métodos de protección.

En el sudeste asiático, sólo el 13 por ciento de las mujeres jóvenes podía identificar correctamente dos métodos de prevención (el uso del condón y limitar sus relaciones sexuales a una sola pareja fiel y no infectada), y tenía tres conceptos equivocados sobre el VIH/SIDA muy comunes:

- En Vietnam casi la mitad de las jóvenes creían que podían contraer la infección a través de la picadura de un mosquito.
- En Camboya y en Vietnam, el 30 por ciento de las jóvenes creían que se podía contraer el VIH por medios sobrenaturales, y casi el 35 por ciento pensaban que una persona de aspecto saludable no podía estar infectada.
- En África Subsahariana, sólo el 20 por ciento de las mujeres entre los 15 y los 24 años podían identificar dos métodos preventivos y los conceptos equivocados sobre el VIH.
- En Somalia sólo el 26 por ciento de las mujeres jóvenes habían escuchado sobre el SIDA y únicamente el 2 por ciento sabían cómo prevenirlo.

Muchas jóvenes no sabían que una persona con aspecto saludable podía vivir con VIH, ni que un condón puede evitar la transmisión de esa enfermedad. Los porcentajes de jóvenes que desconocían esto son:

- 50 por ciento en el sudeste asiático
- 50 por ciento en África Subsahariana
- 43 por ciento en los países de Europa central y oriental, en la Comunidad de Estados Independientes y en los Estados Bálticos, y
- 25 por ciento en América Latina y el Caribe

El desconocimiento que tienen las jóvenes es evidente en casi todos los países donde se realizó el estudio desagregado por sexo. En algunas regiones y países la brecha es considerable.

En África Subsahariana, el 53 por ciento de las jóvenes sabía que una persona de aspecto saludable podía estar infectada, contra el 64 por ciento de hombres jóvenes.

- En Burkina Faso la diferencia era del 42 por ciento de mujeres contra el 64 por ciento de los varones.
- En Etiopía, el 39 por ciento de las jóvenes, contra el 54 por ciento de los varones.

Muy pocos jóvenes reportó haber usado condón en su último encuentro sexual con una pareja casual, siendo las mujeres quienes lo utilizaron aun menos que los varones.*

- En África Subsahariana el 23 por ciento de las mujeres jóvenes dijeron haber usado un condón con una pareja casual, mientras que de los varones, el 41 por ciento lo usaron.
- En India, el 51 por ciento de las mujeres jóvenes usaron un condón en su último encuentro sexual con una pareja casual, contra el 59 por ciento de hombres jóvenes.

* Relativamente muy pocos países recopilan información sobre el uso del condón en el último encuentro sexual con parejas casuales, a pesar de que este es un dato que se utiliza como indicador de los ODM. Desde una perspectiva de género, hay problemas con un indicador que se basa únicamente en el sexo de "alto riesgo" debido a que muchas mujeres son infectadas por sus esposos o compañeros estables que hayan tenido múltiples parejas, y estas mujeres no saben que tienen una relación de alto riesgo.

A pesar de que los programas de prevención del VIH se están ampliando en muchas partes del mundo, aún no están a la altura de la epidemia. Se requiere de esfuerzos mucho mayores para asegurar que las iniciativas promuevan el empoderamiento de mujeres, la equidad de género y la responsabilidad de los hombres. Romper el silencio que rodea a estos temas tan sensibles ayuda a estar concientes de este problema y fomenta una acción efectiva. Se necesita un diálogo más abierto y asociaciones que den como resultado políticas y programas de sensibilización de género. Una campaña para la administración pública en Europa oriental, denominada: "¿Cuál es tu pretexto?" utiliza carteles, camisetas, empaques de condones e impresos, anuncios en televisión y radio para enfrentar a los y las adolescentes sexualmente activos a su falta de responsabilidad en el uso del condón. Las razones para no usarlos oscilan desde la imagen un joven preocupado que admite: "Estoy avergonzado", hasta jóvenes amantes que insisten en: "Confiamos el uno en el otro". La respuesta para todos es: "No hay pretexto... Usa condones."

En Nicaragua, Puntos de Encuentro, una ONG que trabaja para los jóvenes, ofrece una telenovela semanal sobre temas tales como el SIDA y la violencia doméstica que no han sido abordados anteriormente en los medios de comunicación. A este programa, que se ha convertido en una de las series más populares de la televisión nicaragüense, se le da seguimiento en grupos de pares locales, y en ocasiones se presentan los actores de esta serie.

Estos programas abordan diversos puntos críticos:

- La importancia de hablar sobre sexualidad y salud,
- La coacción, la fuerza y la violencia sexual son inadmisibles,
- El protegerse del VIH es necesario, y los medios para hacerlo están disponibles.

El mensaje pone énfasis en todas la formas de protección posibles al dirigirse a las mujeres jóvenes que se enfrentan a algunos de los riesgos más graves. Para las adolescentes, es importante que los programas reflejen su realidad y las ayude a tener confianza en sí mismas, así como a formar habilidades para la vida, incluyendo la capacidad en la toma de decisiones y de negociación. A las jóvenes que aún no son sexualmente activas, se les da como una alternativa importante abstenerse o retrasar su primera relación sexual. La experiencia demuestra que los mismos jóvenes, aun quienes viven con VIH/SIDA, son excelentes comunicadores, defensores de los derechos humanos y educadores, y es necesario que participen en las campañas de prevención. Asimismo, es importante para las autoridades encargadas de la formulación de políticas tomar en consideración el contexto en el que llevan a cabo las decisiones sobre la sexualidad, ya que particularmente las mujeres jóvenes necesitan alternativas, incluyendo empleos remunerados. Las jóvenes tienen mejores oportunidades de llevar una vida saludable y satisfactoria en sociedades en las que se valora su papel productivo tanto como el reproductivo.

EL PODER DE LAS JÓVENES (GIRL POWER)

En Nigeria, la Iniciativa Poder de la Jóvenes, una organización no gubernamental, proporciona a las jóvenes de 10 a 18 años información sobre sexualidad, derechos humanos y salud reproductiva. Al reunirse una vez por semana, las jóvenes aprenden nuevas habilidades de liderazgo y administración de la economía a fin de proporcionarles algunas habilidades para la vida. Los padres, maestros y trabajadores de la salud se reúnen con las jóvenes para mejorar la comunicación y brindarles apoyo. El programa también ofrece asesoría y las refiere a los servicios de salud. Para que haya un cambio más amplio en toda la sociedad, esta Iniciativa ha creado el Instituto de Desarrollo de Género con el objeto de realizar investigaciones y fomentar -con una visión más amplia- los cambios en las políticas a fin de lograr una mayor equidad social.

Fuente: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, www.iwhc.org

"Si quieres tener sexo con condón, no te daré dinero para comer."

Respuesta que recibió una mujer sudafricana cuando le pidió a su esposo que usara condón.³

Cómo aplicar el conocimiento

Para muchas mujeres y jóvenes el conocimiento es insuficiente. Necesitan aprender no sólo cómo se transmite el VIH, sino también a negociar la abstinencia, el sexo no deseado o las relaciones sexuales seguras, así como encontrar formas para autofinanciarse. Las mujeres son más vulnerables a la coacción debido a que tienen un acceso desigual a los recursos; por ello, es más probable que sean económicamente dependientes de los hombres y tengan menos posibilidades de negociar métodos de protección.

En Zimbabwe hay un proyecto que trabaja con 200 mujeres para reducir la pobreza y la dependencia económica en los hombres, aumentando así su capacidad para negociar relaciones sexuales más seguras. Estas mujeres han recibido préstamos y capacitación para iniciar proyectos que les generen ingresos, tales como producción en molinos, horticultura, aves

VIVIR PARA EL MAÑANA: En 1997 poca gente había identificado a Estonia como un país al borde de una epidemia de VIH/SIDA, pero el incremento de la pobreza, una infraestructura social colapsada, la frágil economía y un aumento desmesurado en el consumo de drogas, habían creado un medio propicio para que hubieran nuevas infecciones. Ese año, Jill Lewis, una profesora de literatura y estudios de género en la Universidad de Hampshire, Estados Unidos, inició un proyecto educativo sobre conciencia de género y VIH para gente joven, patrocinado por el Instituto Nórdico para Estudios de la Mujer e Investigación de Género.

Lewis esperaba que la seguridad en el sexo tendría mucho más importancia si se vinculaba a una serie de pláticas sobre relaciones de género e interpersonales. Quería hacer que las participantes se cuestionaran lo "natural" que eran las relaciones de género y ayudarlas a sentirse más cómodas practicando el sexo seguro. "Estos conceptos de género son fundamentales en el comportamiento de riesgo del VIH en el que se involucran los jóvenes. Sin embargo, difícilmente se abordan al tratar el tema de la educación para prevenir el VIH," escribió Lewis.

Como parte de las actividades del proyecto se distribuyeron los cuestionarios entre jóvenes de Tallin, la capital. Los resultados son bastantes predecibles -tanto las mujeres como los hombres jóvenes consideraban que el sometimiento era un valor característico de las mujeres- con una excepción: las jóvenes aseveraban tres veces más que los varones que un condón disminuía el placer en los hombres.

"Se discutía mucho y a veces las discusiones subían de tono," dijo Anna Bykova, quien tenía 15 años cuando ingresó en el programa. "Hablabamos sobre los estereotipos, temas sexuales, relaciones interculturales." Al finalizar el programa, Bykova quería compartir sus conocimientos con otros, pero se sorprendió al percatarse de lo poco que sabían los estudiantes sobre el VIH/SIDA. "Cuando fuimos a una escuela local a impartir un taller, nos hicieron preguntas increíbles, como: '¿Se puede contraer el SIDA al dar la mano?' ¿Cómo es posible que no supieran?"

Los participantes del primer taller han creado su propio grupo, Viviendo para el Mañana, el cual continúa trabajando con gente joven en Estonia para enfrentarse a las normas de género, fomentar un comportamiento más seguro y reducir la transmisión del VIH.

Fuente: Hill Lewis y Stephen Clift, 2001. *Challenging Gender Issues Report on Findings from the Living for Tomorrow Project about Young People's Attitudes to Men, Women and Sex*. El Instituto Nórdico de Estudios sobre la Mujer e Investigación de Género (NIKK por sus siglas en inglés), www.nikk.vio.no.

de granjas, elaboración de jabones, jugos, corte y confección. Los intereses que pagan por los créditos van a un fondo revolvente que se utiliza para hacer préstamos a otras mujeres. Durante todo el proceso, reciben apoyo técnico y capacitación sobre derechos humanos, salud sexual y reproductiva, y a enfrentarse a la violencia doméstica; asimismo, se les enseña técnicas de asertividad, comunicación y negociación. El proyecto también involucra a los hombres y a la comunidad en su conjunto, incluyendo a los líderes tradicionales, con el objeto de sensibilizarlos sobre las preocupaciones y responsabilidades que tienen las mujeres al tratar de prevenir tanto la violencia doméstica como el VIH/SIDA. La campaña está dirigida por mujeres y otras personas de la comunidad que han sido capacitadas.⁴

La pobreza y la dependencia económica no son los únicos obstáculos que tienen las mujeres y las jóvenes para insistir en el uso del condón. En algunos casos se sienten incómodas al hablar acerca de temas sexuales; en otros, las mujeres -especialmente las jóvenes- pueden aceptar prácticas de sexo no seguro para conservar una relación. En un estudio sobre la sexualidad en las adolescentes realizado en Brasil, casi la mitad de las encuestadas admitieron que no utilizan condones regularmente. Alexandre Granjeiro, jefe de la División de Enfermedades de Transmisión Sexual y del SIDA del Ministerio de Salud de Brasil, dijo: "Además de tener menos capacidad de negociación para convencer a sus parejas de que utilicen el condón, las jóvenes tienden a dejar de insistir en el condón una vez que la relación se vuelve más estable y comienzan los lazos afectivos." El dejar de usar condones ha tendido consecuencias devastadoras en las jóvenes brasileñas, muchas de las cuales tienen como pareja a hombres ya mayores. La prevalencia de los índices de VIH en las mujeres jóvenes cuyas edades oscilan entre los 13 y 19 años es seis veces mayor que el de los hombres en ese mismo rango de edad, y los índices en las adolescentes aumentan rápidamente, mientras que los de los adolescentes disminuyen.⁵

Por último, mucha de la discrepancia entre lo que las mujeres y las jóvenes saben que deben hacer y lo que en realidad pueden hacer, tiene sus raíces en la inequidad de género. Como lo señaló un estudio reciente: "las creencias profundamente arraigadas sobre la sexualidad femenina y masculina, muestran que por lo general las mujeres tienen menos poder que los hombres para decidir con quién, cómo y cuándo tener sexo. Estas creencias se refuerzan por una gran cantidad de factores, incluyendo la pobreza, la edad o la discapacidad, no obstante también influyen en mujeres económicamente independientes o de la clase media y alta."⁶

No es tan sencillo como el "ABC"

Con una menor capacidad para controlar los encuentros sexuales y con una mayor susceptibilidad fisiológica al VIH, muchas mujeres han encontrado que los métodos de prevención aceptados comúnmente son insuficientes. Mientras que el ABC -Abstinencia, Fidelidad y uso de Condones- ha tenido éxito en algunos países como Uganda,⁷ hay una realidad contundente de que es necesario ampliar el planteamiento para las mujeres y las jóvenes. De

TRATAR CON LOS "PAPITOS DE AZÚCAR"

Ella es una huérfana del SIDA que trata de apoyar a su familia. En una escena se involucra con un hombre rico mayor que ella para que se haga cargo de sus gastos, pero muy pronto se da cuenta que está embarazada y da a luz a un bebé con VIH. En otra, se reúne con un grupo de apoyo de su comunidad que ofrece educación sexual, acceso a condones y capacitación laboral. Encuentra un trabajo y puede ayudar a mantener a su familia.

Las dos historias tienen finales distintos. Es una obra de teatro producida para un nuevo programa: Moldeando la Salud de las Adolescentes en Zimbabwe (SHAZ por sus siglas en inglés). Es uno entre los muchos proyectos que buscan empoderar a las jóvenes y a las mujeres para que se protejan a sí mismas, el cual ofrece a las jóvenes, muchas de ellas huérfanas del SIDA y cabezas de familia, lo que las directoras del proyecto denominan "profilaxis financiera".

Los investigadores de la Universidad de California en San Francisco, se enfocan en mujeres jóvenes que se involucran con hombres mayores como "papitos de azúcar" o dharas en lengua Shona. A pesar de que es probable que más de una tercera parte de los dharas en Zimbabwe vivan ya con el VIH, muchas de las jóvenes que se tienen relaciones con ellos no usan condones.

SHAZ ofrece servicios de salud reproductiva y clases sobre la prevención del VIH y el uso de condones. A diferencia de los programas de prevención tradicionales, SHAZ trata de atacar de raíz esta dependencia en los papitos de azúcar ofreciéndoles capacitación vocacional, cursos de comercialización y las ayuda a desarrollar su propio plan de negocios. Cada una de las jóvenes está apoyada por una mujer empresaria de la localidad.

Fuente: Marilyn Chase, 25 de febrero de 2004, *Saying No to 'Sugar Daddies': Can a Financial Prophylactic Shield Girls From Liasons That Spread AIDS in Africa?* Wall Street Journal

En un estudio llevado a cabo en Zambia, menos del 25 por ciento de las mujeres encuestadas creían que era posible rehusarse a tener sexo con sus esposos (incluso si sabían que ellos tenían múltiples parejas), y sólo el 11 por ciento asumía el derecho de pedirle a su compañero que usara un condón.

acuerdo con Noerine Kaleeba, fundadora de la Organización para Apoyar a los Enfermos de SIDA (TASO por sus siglas en inglés) en Uganda, y ahora con ONUSIDA, dicho planteamiento "simplemente no refleja el verdadero sentido que la realidad tiene para la mayoría de las mujeres y las niñas en muchas culturas y situaciones".⁸

Por ejemplo, la abstinencia no tiene ningún significado para las jóvenes y las mujeres que son coaccionadas o forzadas a tener relaciones sexuales. La fidelidad les ofrece muy poca protección a las mujeres cuyos maridos tienen varias parejas sexuales o que hayan contraído el virus antes de casarse. Los condones requieren que los hombres cooperen, y pueden rehusarse a utilizarlos. Más aún, a menudo las parejas casadas no utilizan condón ya sea porque quieren tener hijos o porque el uso del condón serían una muestra de falta de confianza.

En muchos países, incluyendo varios que tienen altos índices de prevalencia del VIH, las jóvenes se casan en la pubertad como una estrategia para salir de la pobreza. No obstante, estudios recientes llevados a cabo en África indican que las mujeres que se casan muy jóvenes están en un riesgo aún mayor de contraer el VIH que aquellas que continúan solteras. En un estudio en Kisumu, Kenya, se encontró que el 33 por ciento de las jóvenes casadas vivían con VIH, en comparación con el 22 por ciento de las jóvenes solteras de la misma edad y que eran sexualmente activas. En Ndola, Zambia, el 27 por ciento de jóvenes casadas eran VIH en comparación con el 16 por ciento de jóvenes solteras. El estudio realizado en Kisumu también demostró que las jóvenes adolescentes que estaban casadas con hombres mucho mayores -que es una práctica bastante común- tenían más posibilidades de adquirir el VIH; la mitad de las mujeres casadas cuyos maridos eran 10 o más años mayores que ellas, vivían con VIH, en comparación con las mujeres casadas con hombres que les llevaban sólo tres años. Entre estas últimas, ninguna tuvo un resultado positivo en la prueba. Los investigadores aseveran que el hecho de que el riesgo haya incrementado se debe a la más amplia experiencia sexual de los hombres mayores, quienes han estado más expuestos al VIH, y a la falta de capacidad de las esposas jóvenes para negociar, tener más relaciones sexuales y no utilizar medios de protección.⁹

Al parecer, las mujeres casadas de mediana edad también tienen grandes posibilidades de adquirir el VIH/SIDA. En África Subsahariana, entre el 60 y 80 por ciento de las mujeres que viven con VIH manifestaron que únicamente habían tenido relaciones sexuales con sus maridos. En la costa Atlántica de Colombia, el 25 por ciento de los casos de VIH son mujeres y cerca del 50 por ciento están casadas o tienen una relación estable.¹⁰

De acuerdo con Suneeta Krishnan, epidemióloga que estudia los temas de VIH y género en Bangalore, India, "en realidad el matrimonio es el principal factor de riesgo de las mujeres".¹¹ Un proyecto de investigación llevado a cabo por UNIFEM en una comunidad de la India, señaló algunas de las razones por las que se ha incrementado la vulnerabilidad de las mujeres casadas: el uso del condón era muy poco común, las mujeres adultas tenían poco poder de negociación en cuestiones sexuales dentro del matrimonio y se sospechaba de infidelidad cuando los hombres sugerían el uso del condón.¹² En otro estudio realizado en una clínica de salud en Pune, India, se encontró que de 400 mujeres -de las cuales el 93 por ciento estaban casadas- el 25 por ciento tenían enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el 14 por ciento resultaron positivas en la prueba del VIH; de ellas, el 91 por ciento nunca habían tenido relaciones sexuales con otras parejas que no fueran sus esposos.¹³

Algunas de las razones por las que se presentan los altos índices de infección del VIH entre las mujeres casadas, son las mismas por las que algunas personas contraen matrimonio: quieren tener hijos, pero al no haber forma de concebir y protegerse del VIH al mismo tiempo, se exponen a contraer el virus. Con frecuencia, las parejas asumen que su matrimonio será monógamo -incluso en aquellas comunidades en las que se alienta la promiscuidad entre los hombres- y dejan de usar condones como símbolo de fidelidad. En muchos casos, los papeles de género dificultan a las mujeres el poder hablar sobre sexo con sus esposos, y a los hombres admitir que les preocupan las enfermedades de transmisión sexual.

Dado que el poder dentro de la relación no es equitativo, a menudo es difícil para las mujeres rehusarse a tener relaciones sexuales, especialmente a las jóvenes, ya que tienen miedo a la violencia, al rechazo y al abandono, o simplemente creen que al casarse están obligadas a estar siempre a disposición de sus maridos.

El enfoque ABC les dará a las mujeres y a las jóvenes opciones viables sólo si se implementa como parte de un paquete multifactorial de mediaciones que tomen en consideración los problemas específicos de las mujeres y las jóvenes. Estas mediaciones deberán buscar su empoderamiento trabajando la autoestima, así como la comunicación interpersonal y el desarrollo de habilidades de liderazgo. Al mismo tiempo, deberán realizarse cambios en las leyes y llevar a cabo gestiones para transformar las expectativas sociales que les permitan a las mujeres vivir de manera independiente tanto a nivel social como económico.

Fomentar el diálogo entre las y los jóvenes ayudaría a asegurar que los varones sean más sensibles a tener un comportamiento sexual apropiado, a ser respetuosos, y a que las jóvenes puedan decidir lo que ellas quieren, así como lo que las hace sentir bien. A los niños y a las niñas se les debe enseñar desde muy temprana edad a respetar los derechos humanos de las jóvenes y de las mujeres, y a rechazar la discriminación y la violencia de género.

Acceso a los servicios preventivos

Para prevenir la infección del VIH en las mujeres y las jóvenes se requiere de una combinación de métodos que ofrezcan las herramientas necesarias para bloquear las diferentes rutas de transmisión, y difundir la información que permita utilizar esas herramientas a quienes se encuentran en situación de riesgo. Debido a que la epidemia del VIH/SIDA adquiere formas radicalmente diferentes en distintas comunidades, países y regiones, las respuestas a nivel local deberán guiarse por las condiciones de cada lugar.

En el mundo sólo una quinta parte de quienes requieren servicios preventivos tiene acceso a ellos; no obstante, si se hiciera un uso adecuado de estos servicios se podría evitar que 29 de los 45 millones de personas propensas a adquirir el VIH durante esta década contraigan la infección.¹⁴ En algunas partes del mundo donde los índices de infección del VIH amenazan con propagarse de manera exponencial, particularmente en las zonas rurales, gran parte de la población tiene muy poco o ningún acceso a los servicios de salud, que son la fuente primaria de los servicios de prevención. Esto ocurre en especial entre los jóvenes, quienes difícilmente pueden acceder al sistema de cuidados de la salud.

Los centros con servicios integrales podrían ayudar a adolescentes y adultos (as) a conocer las formas de transmisión y de protección. Al mismo tiempo, podrían proporcionar pruebas y tratamientos para las ETS, ya que éstas incrementan de dos a cinco veces la vulnerabilidad al VIH. La creación de estos servicios no requiere de grandes inversiones como si se empezara de cero, sino que se puede fortalecer la infraestructura que ya existe, incluyendo los centros de salud reproductiva y las clínicas prenatales. Esto ayudaría a eliminar gran parte de los gastos que impiden a los más pobres el acceso al cuidado de la salud. Se podrían integrar algunos servicios, agregar y fortalecer otros, ampliando así su alcance a nuevos grupos de población -tales como mujeres adolescentes- y se crearían sistemas referenciales que funcionen adecuadamente.

Asesoría y pruebas voluntarias

La asesoría y pruebas voluntarias (APV), que en la actualidad están disponibles tan sólo para el 12 por ciento de las personas que las requieren,¹⁵ podrían facilitar cambios en el comportamiento que contribuyan a reducir la transmisión del VIH. Los estudios demuestran que la APV puede contribuir a disminuir las relaciones sexuales sin protección, a restringir las parejas sexuales múltiples, a incrementar el uso del condón y a que más gente opte por la abstinencia. En algunos estudios llevados a cabo en Kenya, Trinidad y Tabago y en Tanzania, se encontró que la APV no sólo proporcionaba información sobre la transmisión

Un refugiado ve un cartel de la campaña de prevención contra el VIH/SIDA en un campo de refugiados al norte de Tailandia.

del VIH, sino que resulta muy efectiva para reducir los comportamientos de riesgo. Algunos proyectos piloto llevados a cabo en Costa de Marfil y en la India muestran que el incorporar la APV en los servicios de salud sexual y reproductiva, también reduce el estigma asociado al VIH/SIDA y fomenta el uso de otros servicios de salud.¹⁶

Asimismo, la APV es fundamental para prevenir nacimientos de bebés con VIH. A pesar de que la transmisión materno-infantil (TMI) es la causa principal de todas las infecciones de VIH en niños menores de 15 años,¹⁷ en 2003 sólo el 1 por ciento de las mujeres embarazadas en países con altos índices de población afectada por el SIDA tenían acceso a las pruebas y al tratamiento. Ese mismo año, más de 700,000 menores adquirieron la infección principalmente a través de sus madres.¹⁸ Lo ideal es que la APV no sólo permita a las mujeres que viven con VIH recibir tratamiento que evite que sus hijos se infecten -conocido con el acrónimo PTMI, prevenir la transmisión materno-infantil- sino que también ellas



© Pomchai Kittiwongsakul — AFP/Getty

reciban el tratamiento para su enfermedad (para mayor información sobre el tratamiento de mujeres embarazadas y madres que viven con VIH, ver Capítulo 3).

Una vez que una mujer que vive con VIH ha dado a luz, los métodos preventivos se concentran en la alimentación del infante. Los bebés que nacen sin este virus presentan un alto riesgo de contraer la infección a través de la lactancia materna. A pesar del riesgo que esto implica, los servicios de salud pública tratan de fomentar la lactancia ya que previene la muerte infantil prematura, la diarrea y las enfermedades en las vías respiratorias. Dada la importancia que tienen ambas cosas, los lineamientos de la OMS establecen que "cuando el reemplazo de la alimentación sea aceptable, factible, sustentable, seguro y se tenga los medios para hacerlo, se recomienda evitar la lactancia materna de mujeres con VIH; de otra forma, ésta se recomienda únicamente durante los primeros meses de vida."¹⁹

Basándose en la importancia que tiene vincular la prevención del VIH con los servicios de salud reproductiva, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y el UNFPA han elaborado conjuntamente lineamientos que resumen los métodos para integrar el servicio APV en el cuidado de la salud reproductiva de los países en desarrollo en cada región.²⁰

Un proyecto en Haití -donde hay un índice de prevalencia de alrededor de 4.5 por ciento -ya ha incorporado estos servicios. Trabajando conjuntamente con el Ministerio de Salud Haitiano, el UNFPA apoya una serie de centros de salud reproductiva -los centros Gheskio- que integraron el servicio APV a la labor que se lleva a cabo para evitar la transmisión maternoinfantil. Estos centros que se encuentran ubicados en todo el país, proporcionan un paquete de servicios integrados contra el VIH/SIDA y otras ETS, incluyendo información sobre la transmisión y la prevención; asimismo, ofrecen asesoría a individuos y a grupos, así como apoyo psicológico y social. Algunos centros también han podido hacer uso de fondos complementarios para proporcionar APV a mujeres embarazadas que viven con VIH. En el transcurso de varios años -de 1996 a 2003- los centros Gheskio, han podido demostrar que:

- el 90 por ciento de las mujeres que resultaron ser positivas en la prueba de VIH han regresado para seguir con el tratamiento;
- el 70 por ciento de las mujeres eligen un método de planeación familiar para prevenir nuevos embarazos;
- los índices de transmisión materno infantil se redujeron del 30 al 8 por ciento, y
- los índices de prevalencia de anticonceptivos aumentaron del 3 al 21 por ciento.²¹

Tanto Zambia como Zimbabwe, entre otros países, están experimentando la ampliación de los centros de salud reproductiva y de PTMI para ofrecer asesoría sobre el VIH a los compañeros de las mujeres embarazadas. En Zambia, hombres capacitados para dar información se relacionan con otros hombres en eventos deportivos y en otros lugares públicos para hablar sobre la disponibilidad de servicios contra el VIH, incluyendo la posibilidad de visitar clínicas durante los fines de semana y las vacaciones cuando ellos no trabajan.²²

"Se necesita invertir más dinero en la distribución de los condones femeninos y hacerlos más accesibles. Las mujeres y las jóvenes necesitan métodos de prevención que puedan controlar. En muchas ocasiones las jóvenes dirán que están absteniéndose pero luego ves que muchas de ellas están embarazadas y viven con VIH. Es fácil decir que estás practicando la abstinencia, pero es más difícil hacerlo."

Margaret Muganwa, Presidenta de la Sociedad Internacional de Mujeres y SIDA en África (SWAA por sus siglas en inglés).

Métodos de prevención

Condomes: En un análisis de 25 estudios que han sido publicados recientemente, se encontró que los condones tenían una efectividad de casi un 90 por ciento.²³ Sin embargo, ahora los condones aún no están disponibles en muchas regiones -menos de la mitad de todas las personas que se encuentran en alto riesgo de contraer la infección del VIH pueden conseguirlos, por la sencilla razón de que no se producen los suficientes.²⁴ De acuerdo con la División de Población de las Naciones Unidas, sólo el 4.9 por ciento de las mujeres casadas en edad reproductiva utilizan condones. En las regiones pobres, esto oscila entre el 1.3 por ciento en África y el 10.5 por ciento en Europa oriental.²⁵ Es necesario que haya más condones para todos, así como la capacitación para ayudar a que los hombres y las mujeres se sientan cómodos al hablar sobre cómo y cuándo utilizarlos.

Junto con los condones masculinos, se tienen que poner a disposición métodos de control femenino para la prevención de enfermedades. Estos métodos -el condón femenino que ya está a la venta y los microbicidas que están a prueba- tienen el potencial de proporcionar a las mujeres un mayor control sobre su sexualidad.

Condomes femeninos: El condón femenino, que se encuentra menos disponible aún que el masculino, es más costoso y será necesario que se otorguen subsidios. No obstante, ha sido una excelente alternativa para muchas mujeres.

Sesenta y cuatro millones de condones femeninos se han distribuido en más de 100 países. El trabajo más extenso y de mayor éxito se ha llevado a cabo en Brasil, donde el programa de salud sexual y reproductiva ha hecho de los condones femeninos un componente fundamental.²⁶ Los promotores lo recomiendan y las reacciones tanto de hombres como de mujeres hacia este condón, se analizan para encontrar indicios de cómo hacerlo de "uso más amigable". Estudios realizados en más de 40 países de África, Asia, América Latina, Europa y norte de África muestran que hay índices de aceptación que oscilan entre el 41 y el 95 por ciento.²⁷

En un pequeño estudio piloto apoyado por UNIFEM en Senegal en el que participaron 50 mujeres obreras de una fábrica, el 73 por ciento de ellas dijo que usaban con éxito el condón femenino. De éstas, al 80 por ciento le parecía que era fácil de usar, y nueve de cada 10 dijo que sentían placer sexual cuando lo utilizaban. Entre el 27 por ciento de quienes no tenían éxito al

negociar el uso del condón femenino, se mencionaron tres razones principales: estatus económico bajo, mujeres de matrimonios polígamos que temían perder el afecto o la atención de sus maridos, y el miedo al rechazo social a causa de la censura religiosa contra el uso del condón.²⁸

Estimaciones realizadas por The Female Health Company, único fabricante de condones femeninos, indican que con su uso adecuado y constante, estos condones tienen una efectividad del 97 por ciento. Para el 2005 muchas más mujeres podrán beneficiarse con un producto nuevo y más económico.

Microbicidas: Estos productos que actualmente están siendo investigados para elaborarlos como gel, esponjas, lubricantes o supositorios, se encuentran entre las opciones de prevención más prometedoras a futuro ya que son indetectables y pueden insertarse con una relativa facilidad unas horas antes de tener relaciones sexuales. Se necesitan dos tipos de microbicidas: uno que pueda prevenir el embarazo, así como la transmisión del VIH, y

LA VACUNA CONTRA EL VIH

Los investigadores han estado trabajando durante varios años para desarrollar una vacuna contra el VIH. Como parte de este esfuerzo, varios grupos están colaborando para que tanto las pruebas de las vacunas como los programas de vacunación tengan un enfoque de género. La Iniciativa Internacional de la Vacuna contra el SIDA (IAVI por sus siglas en inglés) se ha comprometido a desarrollar un marco de trabajo para identificar temas críticos sobre la participación de las mujeres y los hombres en las pruebas de las vacunas contra el VIH y en su profilaxis en el futuro. En la India, donde ya han iniciado las pruebas, IAVI consultó con varios grupos e individuos, incluyendo defensores de las mujeres y de los derechos reproductivos, gente que vive con VIH/SIDA, ONG, científicos y con las personas que administran las pruebas, para ayudar a conformar un grupo de asesoría que desarrolle protocolos de pruebas sensibles al género y para crear mecanismos de respuesta a fin de revisar y monitorear todos los aspectos de las pruebas.

Fuente: IAVI

otro que actúe únicamente contra el virus con el que se pueda llevar a cabo la concepción, al tiempo que minimiza el riesgo de transmisión del VIH entre la pareja y al bebé.

El deseo o la presión por embarazarse evita que muchos hombres y mujeres utilicen condones, aún cuando estén concientes de que ellos mismos o su bebé pueden contraer la infección. En un estudio realizado a mujeres tailandesas que vivían con VIH, el 17 por ciento se embarazaron aún sabiendo que eran portadoras. "Si no tenemos hijos, la familia no estaría completa," dijo una mujer a los investigadores. "Si nuestro hijo nace sin el VIH continuará nuestro linaje."²⁹

Se está experimentando con los microbicidas en diversas partes del mundo, incluyendo Brasil, India y Zimbabwe. Los investigadores pronostican que un microbicida que tenga tan solo un 60 por ciento de efectividad, podría prevenir más de 2.5 millones infecciones a los tres años de su lanzamiento. También se están evaluando microbicidas muy prometedores para utilizarlos con los diafragmas y las cápsulas cervicales a fin de ofrecer una protección adicional en contra del VIH. La Campaña Mundial por los Microbicidas calcula que se necesitan \$775 millones de dólares para probar los productos que ya existen y colocarlos entre los que se están desarrollando con el objeto de que se encuentren disponibles en el 2007. Aunque sólo se han comprometido hasta ahora \$230 millones de dólares, muchos promotores se muestran optimistas en el sentido de que se recaudarán más fondos en un futuro cercano. Mientras que en un principio los microbicidas pueden resultar más caros que los condones, es necesario esforzarse para asegurar que el costo no se convierta en una barrera, y que sean accesibles y útiles.³⁰

La prevención -ya sea como resultado por un cambio de comportamiento o de actitud, de los servicios públicos o de los métodos de barrera que proporcionan protección física- es una parte fundamental para revertir la epidemia. Mientras que el tratamiento, especialmente el acceso universal a los retrovirales, marcarán una enorme diferencia en la vida de las personas que viven con VIH/SIDA, los métodos preventivos que promueven la equidad de género y los derechos humanos de las mujeres pueden detener la epidemia y sus secuelas, y revertir de manera sistemática las tasas de infección.

Capítulo 3



© Annie Bungeroth—Panos

En Perú, una madre que vive con VIH besa a su
hija al saber que ella no tiene la infección.

TRATAMIENTO

Recomendación: Asegurar un acceso equitativo y universal al tratamiento

No se puede decir que es exagerada la demanda de un acceso mayor y más equitativo al tratamiento contra el SIDA. Tan sólo en África Subsahariana se calcula que en el 2003 únicamente el 3 por ciento de las personas que necesitaron el tratamiento antirretroviral (ARV) lo recibieron.¹ Del millón de personas que reciben tratamiento contra el SIDA en el mundo, la gran mayoría vive en los países industrializados. La falta de una política concertada sobre prevención, sólo incrementará el número de personas que necesiten el ARV.

La iniciativa 3 millones para el 2005 (3 por 5), creada por la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA con el fin de proporcionar tratamiento contra el VIH/SIDA a tres millones de personas al finalizar el año 2005, ha hecho posible imaginar un mundo donde el VIH no signifique necesariamente una sentencia de muerte en aquellas regiones en vías de desarrollo. No obstante, el reto tiene proporciones literalmente universales.

La promesa de "3 por 5" y su ampliación hacia todos aquellos que lo necesitan (cuyo cálculo es de 3 millones más a partir del 2004) sólo puede lograrse si los esfuerzos que se realizan para proporcionar el tratamiento van aunados a los de la prevención, y se basan en la situación real de las regiones donde el VIH ha sido particularmente devastador. Eso significa entender los distintos problemas a los que se enfrentan tanto hombres como mujeres al abordar los temas de prevención y tratamiento, y las formas en que las mujeres se han visto afectadas de manera diferente.

Los retos para lograr el acceso al tratamiento

En estudios realizados recientemente en África meridional se señalan los problemas que enfrentan las mujeres para obtener el tratamiento. En toda la región, sólo una de cada 25,000 personas recibe el tratamiento, y la mayoría son hombres profesionistas que viven en zonas urbanas, donde por lo general los servicios de salud son mejores y están más disponibles que en las zonas rurales. Sin embargo, las mujeres tienen mayor acceso en los lugares donde se ofrecen servicios de análisis y tratamiento a través de las clínicas de salud pública y de los centros de salud reproductiva.²

No obstante, las mujeres no siempre pueden utilizar estos servicios. Por ejemplo, el gobierno de Zambia pudo reducir dramáticamente el costo mensual del ARV, de \$64 a \$8 dólares, después de recibir apoyo financiero del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Debido a que más de la mitad de los 870,000 habitantes de Zambia que viven con VIH/SIDA son mujeres -algunos informes establecen que alrededor del 70 por ciento- los funcionarios esperaban que fueran mujeres la mayoría de las personas que recibieran el tratamiento; sin embargo, fueron mucho más los hombres que se presentaron. En un pueblo de ese país, de las 40 personas que reciben el ARV, sólo tres son mujeres.³

Las mujeres de Zambia expresaron diversas razones por las que no tienen acceso al tratamiento, entre las que se encuentran:

- Discriminación: Donde escasea el dinero, a menudo las familias prefieren pagar el medicamento de los hombres que el de las mujeres.
- Derechos de propiedad: Una pareja que únicamente podía pagar el tratamiento para uno de ellos, informó que si el esposo moría, su familia heredaría la tierra y ella no tendría manera de mantener a sus hijos; en cambio, si la esposa moría, él conservaría la tierra.
- Pobreza: Más hombres que mujeres tienen dinero para pagar mensualmente el medicamento.⁴

El transporte es otro factor importante que limita el acceso al tratamiento. Un estudio realizado en Rwanda demostró que muchas de las mujeres que recibían medicamentos para enfermedades oportunistas, tenían que suspenderlo porque no podían pagar el traslado al hospital.⁵

Traer el tratamiento a casa: Todas las mañanas y todas las tardes un grupo de mujeres y algunos hombres, muchos de ellos que viven con VIH, se despliegan en las aldeas de la región central de Haití para llevar el ARV a más de 650 pacientes de SIDA. Estos acompañantes distribuyen dos veces al día las dosis de los medicamentos antirretrovirales y proporcionan otros medicamentos en la medida en que sean necesarios, así como algo de alimento y apoyo moral. Para muchos pacientes, es su primera experiencia de un cuidado de la salud sistemático. Aunque la renovación del conflicto y los desastres naturales en Haití pueden hacer más difícil el acercarse a los pacientes, los acompañantes continúan haciendo sus rondas como parte de la Iniciativa de Equidad contra el VIH (HEI por sus siglas en inglés), un programa conjunto entre organizaciones no gubernamentales haitianas y estadounidenses.

Basándose en el método de terapia de observación directa (DOTS por sus siglas en inglés), desarrollado en primera instancia para los enfermos de tuberculosis, el sistema de acompañantes lleva el cuidado de la salud a los pacientes, en vez de que los pacientes lo busquen. Esta Iniciativa tiene tanto esperanzas como financiamiento para proporcionar tratamiento a las enfermedades oportunistas que presenta la abrumadora mayoría de sus 6,500 pacientes con VIH, así como los ARV al 10 por ciento de los enfermos de SIDA. Sin recursos para pruebas más sofisticadas, el protocolo de la Iniciativa para proporcionar los ARV se basa principalmente en la observación directa: los pacientes con patologías visibles, tales como adelgazamiento excesivo o diarreas constantes, reciben la terapia.

Los acompañantes apoyan a las mujeres en los diversos aspectos de sus labores, incluyendo -en la medida de lo posible- un estipendio para ayudarlas a pagar las cuotas escolares. También analizan las circunstancias en las que las mujeres contrajeron la infección. "Nos damos cuenta que la inequidad de género está en la esencia misma de muchas de las enfermedades, incluyendo el VIH/SIDA, debido a las limitaciones que tienen las mujeres para protegerse," dijo la Dra. Joia Mukherjee de Socios en la Salud, la ONG estadounidense que junto con la organización haitiana Zanmi Lasante administra el HEI. "Muchas de las mujeres que atendemos fueron empleadas domésticas cuando eran jóvenes, y sufrieron abusos por parte de sus patrones. Otras tenían que cambiar sexo por alimentos o por seguridad," dijo la Dra. Mukherjee. Muchas de ellas regresaron a sus aldeas a morir, agregó, pero gracias a HEI aún están vivas.

Fuentes: Mukherjee, J.S. et al. *Tackling HIV in Resource-Poor Countries*, MBI, vol. 327, 8 de noviembre de 2003; Joia S. Mukherjee, *HIV-1 Care in Resource-Poor Settings: A View From Haiti*. The Lancet, vol. 362, 20 de septiembre de 2002, y entrevistas.

Por otro lado, en Botswana, donde el tratamiento está disponible a través del sistema de salud pública para quien lo necesite, muchas más mujeres que hombres se han hecho pruebas y han tenido acceso a él. En Gaborone, la capital, cerca del 57 por ciento de las personas que reciben el ARV son mujeres.⁶ Los observadores creen que esto se debe a que las mujeres tienen acceso a través de los servicios de salud reproductiva y sienten más confianza en un lugar para el cuidado de la salud donde sólo ellas asisten. A pesar de esto, las cifras en general siguen siendo bajas, principalmente debido al estigma asociado al VIH/SIDA. A finales de 2003, sólo 11,000 personas recibían el ARV en Botswana.⁷

Incluso en aquellos países donde están más establecidos tanto el tratamiento como los programas de prevención, las necesidades para el cuidado de la salud de hombres y mujeres son distintas, y éstas pueden ser ignoradas al tratar de brindar apoyo a gran escala. Brasil tiene establecido el cuidado universal de la salud y maneja uno de los programas contra el VIH de mayor éxito en el mundo, por lo que los índices de infección han bajado considerablemente, ya que se registraron 7,361 nuevos casos en los primeros nueve meses de 2001 contra los 23,742 reportados en 1997.⁸ Inicialmente, la campaña estaba orientada hacia los hombres de las zonas urbanas que tenían relaciones con otros hombres, ya que ellos conformaban el índice más alto de la población afectada en los primeros años de la epidemia. En cuanto cambiaron los indicadores, cambiaron los programas, y ahora también las mujeres tienen acceso a los servicios de prevención y tratamiento en las zonas urbanas.

No obstante, muchas mujeres en las zonas rurales siguen sin atención. "El programa no fue diseñado pensando en sus necesidades específicas," dijo Astrid Bant, asesora regional de UNIFEM para el VIH/SIDA en Brasil. "Hay algunas clínicas en las zonas rurales, pero a las mujeres les resulta difícil dejar a sus familias para viajar en autobús a un lugar donde haya una clínica. En las zonas rurales, las mujeres no tienen la misma facilidad para transportarse que los hombres." Bant calcula que sólo un porcentaje de la gente que vive con VIH en las zonas rurales está registrada en el programa nacional de salud y recibe tratamiento. El resto -que Bant y otras muchas personas creen que son mujeres en su mayoría- nunca llegan a los lugares donde se hacen las pruebas. En algunos estados, el 90 por ciento de las mujeres embarazadas no reciben cuidados prenatales porque estos sitios están muy apartados, y por lo tanto no se hacen pruebas ni están dentro de los programas contra el VIH.⁹

Planificar el tratamiento con equidad de género

Muchos de los promotores han comenzado a pensar en qué forma se podría asegurar que las mujeres tengan un acceso igualitario al tratamiento del VIH/SIDA. En los lineamientos elaborados recientemente por organizaciones internacionales y no gubernamentales sobre cómo distribuir los medicamentos de forma equitativa, todas coinciden en que el acceso al ARV es un derecho humano, y que los medicamentos deberían estar a disposición de todos aquellos que los necesiten. Mientras no se logre una cobertura universal, las opciones entre la vida y la muerte que tiene la población afectada serán inaceptables. La OMS insiste en la necesidad de utilizar el criterio de los derechos humanos en los lineamientos que se elaboren para proporcionar el tratamiento, y la campaña "3 por 5" ha hecho hincapié en que "se pondrá atención particularmente en proteger y atender a los grupos vulnerables", y que "a través de la Iniciativa se harán enormes esfuerzos para asegurar el acceso a la terapia antirretroviral de la gente que está en riesgo de exclusión debido a barreras económicas, sociales, geográficas y otras similares." La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA exige que sean mujeres la mitad de las personas que reciban el ARV a través de la campaña "3 por 5".¹⁰

Con el fin de proporcionar el tratamiento a mujeres y jóvenes, es necesario enfocarse en las dificultades que ellas tienen para adherirse al régimen de medicamentos. A menudo requerirán de apoyo para ayudarlas a seguir con el tratamiento ya que pueden enfrentarse al rechazo y al estigma. También muchas familias necesitarán apoyo de los servicios sociales para asegurar que la pobreza no interfiera con el tratamiento de las mujeres, ya que para que para que

Activistas contra el SIDA en Sudáfrica recostados frente al Parlamento después de que cientos de personas marcharon en Ciudad del Cabo el 12 de febrero de 2002, demandando que el gobierno y las compañías farmacéuticas permitan la importación de medicamentos genéricos contra el VIH/SIDA.

éste sea más efectivo es necesario ingerir cierta cantidad de alimentos. En los casos en que la pobreza limita la cantidad de alimentos y donde las mujeres son las últimas en comer, es prácticamente imposible para ellas seguir la terapia antrirretroviral sin ningún apoyo.¹¹

Los proyectos tales como el HEI de Haití y un programa piloto en Khayelitsha, Sudáfrica, llevados a cabo por la organización Médicos Sin Fronteras (MSF) han demostrado que es posible incluir las cuestiones de género aun en programas y regiones de muy pocos recursos. Por ejemplo, en Khayelitsha hay tal inquietud por las altas tasas de violación y violencia por razones de género que MSF incorporó el servicio de seguimiento de las sobrevivientes de una violación, incluyendo la profilaxis post-exposición (PEP por sus siglas en inglés),¹² que es un tratamiento antirretroviral de corto plazo el cual reduce la posibilidad de contraer la infección del VIH si se toma en las siguientes 72 horas de haber estado potencialmente expuestas.¹³



© Anna Zieminski—AFP/Getty

Asesoría y pruebas voluntarias (APV)

Las APV son el inicio para el tratamiento del VIH/SIDA y la prevención. La mayoría de la gente que vive con VIH/SIDA no sabe que lo tiene, y gran cantidad de hombres y mujeres que están en riesgo de contraer la infección no se han hecho las pruebas. En muchos casos, los servicios que las ofrecen no están disponibles -sólo el 12 por ciento de la gente que quiere someterse a la prueba del VIH puede hacerlo.¹⁴ Por otro lado, hay personas que no quieren saber si están infectadas: tal vez piensen que no tiene sentido saberlo si no hay posibilidades de obtener el tratamiento, quizás no estén emocionalmente preparadas para enfrentarse a esa realidad, o es probable que teman al estigma social y a la violencia asociada al hecho de haber contraído el VIH.

El estigma es aún mayor hacia las mujeres que hacia los hombres, tanto en la comunidad en su conjunto como en sus hogares, pues a menudo se les acusa de haber sido las portadoras de la infección y se enfrentan a situaciones de violencia, abandono e incluso la muerte si se descubre que la tienen. La meta de las APV, en lo que se refiere al tratamiento, es asegurar que todos aquellos que resulten ser positivos en estas pruebas se les proporcione asesoría sobre el estigma y el impacto del VIH, así como el tratamiento antirretroviral. Para lograrlo, los medicamentos tienen que estar disponibles y los servicios de asesoría deben mejorar y ampliarse; las mujeres deberán se

capaces de poder hablar sobre el miedo que sienten hacia la violencia que se podría generar si las pruebas son positivas y ser remitidas a otras instancias para recibir ayuda. En especial, es necesario que las jóvenes adolescentes obtengan asesoría y cuidados de manera confidencial. Actualmente, muchas de ellas no pueden someterse a estas pruebas ni recibir tratamiento a menos que un miembro de la familia lo autorice. La asesoría también ayuda a los pacientes a adherirse al tratamiento. Estudios realizados en Brasil y Sudáfrica muestran que una intensa asesoría, aunada al apoyo de otros pacientes que viven con el VIH, facilita a los enfermos de SIDA el tomar sus medicamentos.¹⁵ En el caso de las parejas hay mucho más posibilidades de lograr el éxito cuando ambos toman el tratamiento.

Asimismo, la experiencia demuestra que el vincular las pruebas con el tratamiento ayuda a reducir el estigma asociado al VIH. En la India, la Sociedad para la Protección de la Juventud informó que se redujo el rechazo asociado al estigma hacia al VIH/SIDA después de iniciar un proyecto piloto en el que se capacitó a un grupo básico de profesionales de la salud que se encargaba del cuidado de los enfermos y de la educación sobre el VIH.¹⁶ Entre los haitianos participantes de la Iniciativa HEI, el hecho más relevante fue que después de recibir el tratamiento se veían muy saludables y podían trabajar, reduciendo así considerablemente el estigma, informó el Dr. Joia Mukherjee, un director de esta Iniciativa (ver recuadro, pág. 24). La Iniciativa HEI reportó que en un período de nueve meses, se presentaron 4,000 personas en las instalaciones donde se ofrecían pruebas y tratamiento, comparadas con tan sólo 43 que lo hicieron en otros lugares donde únicamente se hacían pruebas.

Sólo el 12 por ciento de la gente que se quiere hacer la prueba del VIH puede hacerlo.



Asegurar el acceso

Los proyectos como el HEI y los centros Gheskio (ver Capítulo 2) muestran que es importante tener programas integrales para acercarse a las mujeres que viven con VIH. Es necesario que los servicios se amplíen para asegurar que las mujeres y las jóvenes que no estén embarazadas puedan tener acceso al sistema de salud, ya que de otra forma se enfrentan a la discriminación, los estereotipos de género, las responsabilidades domésticas y las restricciones económicas, dificultando con todo esto el acceso a los centros de salud. El estigma social y la creencia popular de que la infección está vinculada a la promiscuidad, les pone más obstáculos a las mujeres que a los hombres al buscar el tratamiento.

Con el objeto de contrarrestar estos problemas, los servicios de salud pueden recurrir a diversas medidas para acercarse a las mujeres, como tener servicios móviles, reducir o eliminar las cuotas, proporcionar cuidados a los niños en los centros de salud y ofrecer estos servicios a todos los miembros de la familia, de tal manera que nadie quede relegado. El cuidado integral es fundamental para combatir el VIH/SIDA, pero tiene muy poco impacto si no hay una alimentación adecuada ni agua potable, vacunas o tratamientos para otras enfermedades mortales como la tuberculosis.

En algunos casos, los centros de salud reproductiva y las clínicas de planeación familiar se están ampliando para ofrecer este tratamiento a la comunidad en su conjunto. Al dar capacitación a los trabajadores de la salud, estos centros podrían proporcionar vacunas y tratamiento contra la tuberculosis, así como servicios integrales contra el VIH y las ETS. Ya que a menudo estas enfermedades son asintomáticas en las mujeres, las pruebas de detección cobran particular importancia y para hacerlo, es necesario mejorar la infraestructura, proporcionar el equipo y los materiales necesarios y capacitar al personal.¹⁷

Muchos de los programas que existen para los y las adolescentes y jóvenes que viven con VIH tienen a menudo muchos prejuicios. Una de las pocas excepciones es la Iniciativa de la Clínica Lovelife National Adolescent-Friendly (NAFCI por sus siglas en inglés) de Sudáfrica, que lucha por dar servicios integrales de salud, incluyendo el tratamiento contra el SIDA para jóvenes. En asociación con el Departamento de Salud Sudafricano, Lovelife ha establecido los estándares de calidad a nivel nacional de los servicios clínicos para adolescentes. Asimismo, proporciona asistencia técnica y un constante monitoreo para asegurar que se mantenga la calidad de estos servicios. Un punto clave de esta iniciativa es el programa de capacitación entre pares para asegurar que los adolescentes sepan a través de otros jóvenes que existe este programa y utilicen los servicios clínicos. Actualmente, la meta es hacer programas piloto de alta calidad para los servicios de salud de adolescentes en 900 clínicas gubernamentales durante el 2006.¹⁸

Embarazo y tratamiento

Prevenir la transmisión materno infantil (TMI) es un asunto que ayuda a los infantes, pero también es muy importante tratar a las mujeres embarazadas y las madres que vivan con el VIH. Los medicamentos antirretrovirales (ARV) deberían utilizarse dentro de un marco de prevención, tratamiento y cuidados para prevenir la transmisión al infante y para mantener la salud de la madre, así como del resto de los miembros de la familia.

Desafortunadamente, muchos de los programas TMI sólo se enfocan hacia los bebés por falta de recursos. En muchos de los países en vías de desarrollo, a las mujeres únicamente se les proporciona una sola dosis de ARV al comenzar el trabajo de parto para evitar el contagio. Con frecuencia las mujeres que viven con el VIH dan a luz tan sólo para morir algunas semanas más tarde por no recibir un tratamiento adecuado. Stephen Lewis, Enviado Especial del Secretario General para Asuntos del VIH/SIDA en África, habló sobre una reunión que sostuvo con tres mujeres en Rwanda, quienes habían tomado nevirapin para proteger a sus bebés de la infección del VIH. "Me hicieron una pregunta demoledora que me

persigue hasta ahora," comentó Lewis, "Dijeron: 'Haremos todo lo posible por salvar a nuestros bebés, pero ¿qué va a ser de nosotras?'"¹⁹

En parte la respuesta a esa pregunta depende de la campaña "3 por 5" y de que se incremente el acceso a los medicamentos contra el SIDA. Otro ejemplo importante para reafirmar el derecho de la mujeres, es la iniciativa MTCT-Plus, encabezada por la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia con otros socios clave. Los proyectos contra el SIDA a nivel nacional también se han incrementado al reconocer que podrían disminuir los huérfanos del SIDA si las madres que viven con el VIH y sus compañeros recibieran el tratamiento. Muchos países que están en posibilidades de hacerlo, ya han proporcionado el ARV a las madres, pero estos programas son aún muy limitados.

La experiencia ha demostrado que los mejores resultados se presentan cuando gran parte de la comunidad participa. El tratamiento y la forma en que se percibe la enfermedad son parte de un círculo que se refuerza cuando los beneficiarios se convierten en un testimonio fehaciente de que el SIDA no necesariamente destruye sus vidas, y los que adquieren mayores conocimientos sobre el VIH/SIDA pueden apoyar a sus amigos y familiares, quienes deberán aprender a vivir con una enfermedad crónica, al mismo tiempo que evitarán propagarla.

Capítulo 4



© Ellen Campbell—Krijgh

Una abuela en Zimbabwe con algunos de sus 15 dependientes, todos ellos huérfanos del SIDA.

CUIDADOS

Recomendación: Reconocer y apoyar a las personas que cuidan en casa a los pacientes y a los huérfanos del SIDA

Cuando el SIDA entra en casa, las mujeres y las jóvenes son las encargadas de cuidar a los enfermos. En el mundo, las mujeres y las jóvenes están a cargo de cuidar en casa -hasta en un 90 por ciento de los casos- a los enfermos.¹ Esta es una más de las muchas tareas que desempeñan, como cuidar a los niños y los ancianos, cocinar, limpiar, así como acarrear el agua y recoger la leña para la cocina en las zonas de subsistencia. Las mujeres también están profundamente involucradas en el trabajo de las comunidades, y a menudo lo hacen de manera voluntaria. El valor de este tiempo, la energía y los recursos que se requieren para llevar a cabo estas labores no remuneradas, difícilmente lo reconocen los gobiernos ni las comunidades, a pesar de que su contribución es muy importante para la sociedad y para la economía nacional en su conjunto. El efecto devastador que representa el VIH/SIDA en la vida de las mujeres es aún menos reconocido. Las estrategias para la reducción de la pobreza y los planes nacionales contra el SIDA rara vez toman en consideración el cuidado que ellas proporcionan, ya que al no ser un trabajo remunerado se subestima en términos económicos.

No obstante, el trabajo es abrumador. En los países en desarrollo, la pobreza y la privatización de los servicios públicos, combinados con la carga de trabajo que representa para las mujeres el SIDA, ha ocasionado una crisis que tendrá consecuencias sociales, sanitarias y económicas de largo alcance. En muchos de los países más golpeados -y cada vez más en todos los países afectados por el VIH/SIDA- las mujeres y las niñas asumen la mayor parte la responsabilidad, alimentando a los enfermos y cuidando de los huérfanos, al mismo tiempo que tratan de obtener un ingreso, el cual a menudo es el único medio de subsistencia para todos los miembros del hogar. Además, es probable que las mujeres se hagan cargo de las cosechas para alimentar a sus familias.

En África la devastación es aún más evidente. En un estudio realizado en 15 aldeas de Uganda, se encontró que muchos hogares habían "perdido" una generación completa: hombres y mujeres que sucumbieron al SIDA y que normalmente representaban el principal ingreso de la familia.² La pérdida de esta generación les robó a las comunidades algo más que un apoyo financiero; las técnicas agrícolas, la cultura y la sabiduría que tradicionalmente pasan de una generación a otra también se perdieron para siempre.

Hay zonas en África Subsahariana donde ha incrementado el riesgo de hambruna debido a que han muerto quienes trabajaban el campo, y los otros miembros de la comunidad han sido incapaces de llenar ese vacío.³ Etiopía ha perdido cientos de miles de habitantes por hambruna en las últimas décadas, y se enfrenta a otra crisis aún mayor en la medida en que el SIDA le robe a los jóvenes campesinos de las aldeas, tanto hombres como mujeres. En las zonas urbanas, las mujeres no pueden conservar un trabajo en el sector formal ni en el informal porque pasan mucho tiempo cuidando a los enfermos.

En la medida en que la gente se muere por los efectos del SIDA, las mujeres de toda África se convierten en cabezas de familia y se hunden cada vez más en una pobreza extrema que afecta enormemente a los hogares sostenidos por ellas. Quienes ya son pobres, se hunden aún más en la escala económica. En un estudio realizado recientemente en Sudáfrica se encontró que los hogares que se habían enfrentado a una enfermedad o a la muerte en el pasado reciente eran dos o más veces más susceptibles a la pobreza que el resto de los hogares, y que era más probable que la pobreza fuera a largo plazo.⁴ El Informe del Secretario General sobre Sudáfrica reveló que dos terceras partes de las personas que se encargan del cuidado de los enfermos en los hogares encuestados son mujeres, y casi la cuarta parte de ellas son mayores de 60 años.⁵

El incremento de la pobreza en estos hogares está relacionado directamente con el trabajo que asumen las mujeres como cuidadoras. Por ejemplo, muchas viudas del SIDA son mujeres jóvenes con hijos dependientes, que limitan su capacidad y sus posibilidades para trabajar en las granjas y tener un ingreso. Los hogares encabezados por las mujeres también tienden a cuidar más niños, incluyendo a los huérfanos del SIDA, que los encabezados por hombres. Un estudio reveló que en Zambia dos terceras partes de los hogares que se hacían

cargo de huérfanos de ambos padres, estaba encabezado por mujeres; además, las mujeres que sostienen sus hogares asumen más la responsabilidad de los huérfanos que los hombres.⁶

El cuidado de un paciente enfermo de SIDA puede incrementar en una tercera parte el trabajo en el hogar. Esto representa una carga enorme para cualquier familia, pero es particularmente difícil para los pobres, quienes ya han pasado mucho tiempo durante el día trabajando para ganarse la subsistencia. Una mujer de una zona rural de Sudáfrica que fue entrevistada calcula que tenía que llevar 24 cubetas de agua al día, acarreándolas una a una, para el cuidado de un familiar que estaba muriendo de SIDA -agua para lavar la ropa, las sábanas y al paciente después de las constantes diarreas.

En la medida en que la crisis se agudiza en África, se está sacando a las niñas de las escuelas para que ayuden a atender a los enfermos en casa. Se calcula que las inscripciones escolares en Swazilandia hayan descendido en un

36 por ciento debido al SIDA, siendo las niñas las más afectadas.⁷ Al mismo tiempo, las mujeres mayores son obligadas a trabajar para mantener a sus nietos y a los niños mayores enfermos de SIDA.⁸ Las abuelas, las tías y las primas pueden estar al cuidado de los niños huérfanos de varias familias. En Kenya, una persona a cargo de la capacitación para el cuidado de la salud describió a una mujer que educaba a 10 niños de su hermano y de su hermana muertos, junto con sus seis hijos. Trabajaba como cuidadora en casa, a cargo de 13 pacientes, cuatro de ellos dependían totalmente de ella.⁹ El peso de la responsabilidad de estas mujeres es enorme, y no tienen en quien apoyarse.

La situación es aún peor para las mujeres en las zonas rurales. Muchas personas que migran a las ciudades en busca de un trabajo, regresan a sus aldeas enfermas de SIDA -sólo para que se hagan cargo de ellas y luego morir. En los países en vías de desarrollo la mayoría de las clínicas para el cuidado de la salud están ubicadas en las zonas urbanas o cerca de ellas, las mujeres del campo a cargo de los enfermos de SIDA tienen muy poco apoyo moral o material. Difícilmente se les ha dado capacitación o un mínimo de materiales para atender a sus pacientes.

ALIMENTACIÓN PARA LA SALUD

Durante varios años, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) ha estado distribuyendo alimentos para las familias afectadas por el VIH/SIDA. En mayo de 2003, el PMA comenzó a distribuir por primera vez alimentos en Myanmar, donde las tasas de infección eran las más altas del Sudeste Asiático. El alimento se distribuye como parte de un paquete de apoyo para el cuidado de la comunidad que administra la Asociación de Enfermeras de Myanmar. "Este programa piloto que ya cumplió un año, es el primer paso de nuestros esfuerzos para aliviar el sufrimiento de la población en Myanmar que vive con la enfermedad y para ayudar a disminuir su propagación," dijo Bhim Udas, Director de País del PMA. La alimentación le proporciona a las familias pobres una mayor oportunidad de sobrevivir y ayuda a prevenir las prácticas que provocan la infección, como la migración y el trabajo sexual.

Fuente: "Las Naciones Unidas llevan ayuda alimentaria a Myanmar, país golpeado por el SIDA," Reuters NewMedia, 19 de marzo de 2004.

El papel que desempeñan las mujeres en el cuidado de la salud, intensifica su pobreza e inseguridad, pues gran parte de su ya magro ingreso lo usan para comprar artículos indispensables como agua, guantes y medicamentos, o para pagar los funerales. La enorme carga de trabajo, la pérdida del ingreso familiar y la intensificación de la pobreza hace que las mujeres dependan más de otros y ello exacerba las inequidades de género.

Irónicamente, cuando hay programas de desarrollo en una comunidad para apoyar a la gente que vive con VIH, estos programas tienden a contar con las mujeres como voluntarias sin ningún tipo de remuneración, quienes -a pesar del hecho de que a menudo son pobres o incluso más pobres que aquellos a quienes cuidan- no reciben incentivo alguno. El Informe del Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/SIDA en África Meridional del Secretario General señala que se reconoce y se recompensa muy poco a las voluntarias, quienes pueden estar sujetas a explotación o a niveles de estrés muy severos. Las gestiones de movilización basadas en las comunidades que más éxito han tenido, ofrecen incentivos tales como alimentos o capacitación en el trabajo cuando es posible, y motivan a los hombres y a los jóvenes a compartir la carga que esto representa.

Compromisos hacia las personas que cuidan de otras

La Declaración del Milenio adoptada por todos los estados miembros de las Naciones Unidas en el año 2000, establece que todas las personas tienen el derecho de vivir libre del miedo y de carencias. El octavo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por la comunidad internacional, se refiere a la necesidad de eliminar la pobreza extrema y el hambre, reducir la propagación del VIH/SIDA y lograr la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres. Estos objetivos serán imposibles de lograr si el trabajo que realizan las mujeres como cuidadoras no se comparte ni se les brinda el apoyo adecuado.

Apoyar a las mujeres y a las jóvenes en estos cuidados

Existen muchos programas vigentes en las comunidades que muestran todo lo que se puede hacer con relativamente pocos recursos. En Haití, el modelo de la Iniciativa de Equidad VIH (HEI por sus siglas en inglés), que contrata acompañantes remunerados para proporcionar servicios de salud en casa, ha tenido éxito a un costo relativamente bajo (ver recuadro, pág. 24). De acuerdo con Paul Farmer, cofundador de Socios en la Salud que ayuda a administrar los HEI, el modelo se está reproduciendo en otros países. El dinero que se ahorra al contratar acompañantes se puede canalizar hacia los servicios sociales, que son tan importantes como el tratamiento del VIH. "Dentro de cada comunidad inmersa en la pobreza y el VIH, hay una gran cantidad de personas que desean ser capacitadas como trabajadoras de salud," dijo. "Al trabajar con estos acompañantes podemos crear modelos de bajo costo para evaluar el impacto, de tal forma que haya recursos que puedan canalizarse hacia alimentos, agua y para mejorar las viviendas de las familias afectadas por el VIH... Esos recursos pueden invertirse en obtener un mejor diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis y en vincular los servicios del VIH a los cuidados prenatales."¹⁰

En el Cinturón de Cobre de Zambia, una región donde hay altos índices de prevalencia del VIH, las ONG y las iglesias están proporcionando un servicio similar a los HEI. Creado con la ayuda de Brigitte Zyamalevwa, una renombrada activista contra el SIDA que murió en el 2003, el programa Cinturón de Cobre envía medicamentos a los hogares de los pacientes para tratar enfermedades oportunistas y tuberculosis a través de voluntarios

EL COMPROMISO DE UNGASS

La Declaración de Compromiso aprobada por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) en 2001, hace un llamado a las naciones para "revisar el impacto económico y social ocasionado por el VIH/SIDA en todos los niveles sociales, en especial en las mujeres y los ancianos, particularmente en su rol de cuidadores, así como a las familias afectadas por el VIH, y de atender sus necesidades especiales."

Fuente: Declaración de Compromiso de UNGASS, 2001, www.un.org/ga/aids/coverage

capacitados. Estos voluntarios ayudan a las mujeres a sobrellevar la enorme carga que representa el cuidado de los pacientes; dan apoyo emocional y asesoría, y ayudan en la higiene y en la alimentación de los pacientes. Se ofrecen a limpiar la casa, lavar la ropa y a acarrear y hervir el agua si ven que los miembros de la familia no pueden realizar estas faenas.¹¹ Al igual que en Haití, más del 90 por ciento de los voluntarios son mujeres, y algunas viven con VIH, aunque no todas las voluntarias lo aceptan abiertamente, y muchas no se han hecho la prueba. "Me gusta mi trabajo como voluntaria porque ayudo a los pacientes a

sentirse seguros, pues en ocasiones a algunos les resulta difícil aceptar que viven con el VIH," dijo una mujer que ha trabajado como voluntaria durante varios años.

"Comparto con ellos mi experiencia personal y les digo que negar la infección no ayuda a preparar tu mente, tu cuerpo o tu espíritu a vivir con el virus."¹²

Aun cuando los acompañantes o los voluntarios participen, los miembros de la familia siguen siendo los principales responsables del cuidado de los pacientes y necesitan apoyo para no sentirse agobiados. Por ejemplo, en Kenya los programas de capacitación proporcionan kits con materiales clínicos como guantes de hule y cubrebocas, y se les enseña a los familiares cómo utilizarlos. Con estos programas también se busca apoyarlos emocional y económicamente debido a los estragos que causa el VIH. Cuando la capacitación involucra a comunidades enteras, este enfoque puede ayudar a eliminar gran parte del estigma relacionado con los enfermos de SIDA y sus familiares. A través de la Universidad de Ghana se está experimentando con cursos de capacitación a distancia para proporcionarles a las mujeres y a los hombres que viven comunidades alejadas, las herramientas necesarias a fin de convertirlos en "agentes del

HOMBRES COMO CUIDADORES

Los hombres de Zimbabwe se han involucrado cada vez más en el cuidado de los pacientes enfermos de SIDA, retando el estereotipo de que el cuidado de los enfermos terminales es trabajo de las mujeres. Para Luckson Murungweni de 48 años, era inconcebible pensar que él se ocuparía de personas con enfermedades crónicas, menos aún de aquéllas que están muriendo por el SIDA.

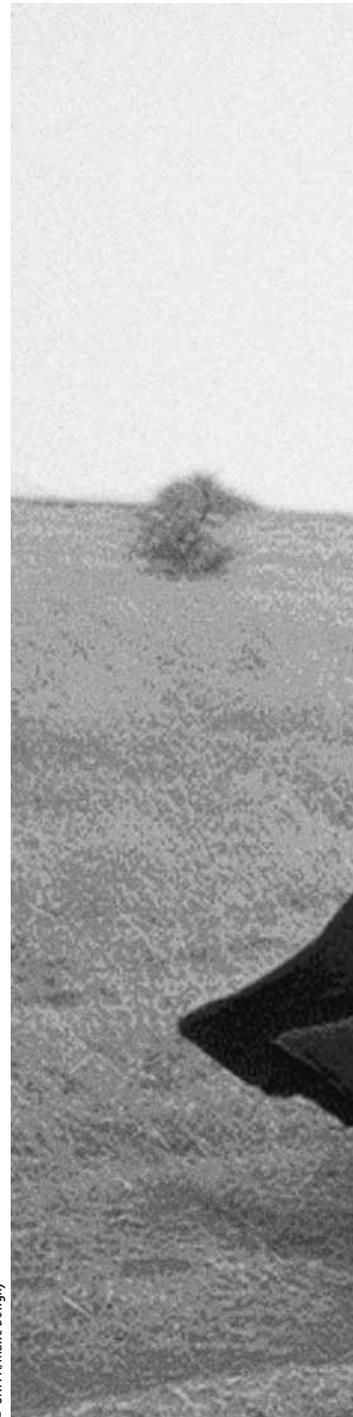
"Como hombres, nunca nos vimos como agentes cruciales en el cuidado de quienes estaban siendo atacados por la pandemia del SIDA. Sin embargo, las cosas cambiaron el año pasado cuando se acercaron a nosotros los consejeros municipales para exhortarnos a que nos involucráramos," dijo Murungweni, quien ahora es punto focal de un proyecto de cuidados en casa en el área rural de Goromonzi, a unos 35 kilómetros al este de Harare, la capital.

Con el apoyo de la Asociación de Hospicios de Zimbabwe (HOSPAZ por sus siglas en inglés), los consejeros municipales ayudaron a los hombres a integrar un grupo para complementar los esfuerzos de las mujeres que proporcionan cuidados en sus hogares. Aunque en un principio los hombres estaban renuentes a participar por miedo al estigma, la idea relativamente novedosa arrancó y se ha extendido a otras partes del país. Actualmente, la Sociedad de la Cruz Roja Zimbabwense tiene su propio proyecto de cuidados en el hogar, en el que 105 de los 900 facilitadores en todo el país son hombres.

"Para mi es alentador ver que los hombres son cada vez menos holgazanes y menos chauvinistas. Su decisión de participar en los cuidados de la comunidad es un gran paso en su visión del problema del SIDA. Se empiezan a dar cuenta de que el SIDA es sólo una de las enfermedades que la sociedad en su conjunto necesita enfrenar," dijo Murungweni.

Fuente: Los hombres rompen con la tradición al convertirse en cuidadores de enfermos de SIDA. IRIN Plus News, 17 de mayo de 2004.

cambio" en la lucha contra el SIDA. En todo el país, 366 participantes han sido parte de estos programas hasta ahora y están trabajando en sus comunidades para identificar a las personas encargadas del cuidado de los enfermos que requieren apoyo, y para proporcionar información sobre el VIH.¹³ Estos programas han demostrado tanto en Kenya como en Ghana que las comunidades son muy receptivas a la información que sus colegas y vecinos les proporcionan sobre el VIH, ya que los conocen y confían en ellos.



Un programa de capacitación que ha sido muy eficaz, conocido como Escalones, consiste en una serie de reuniones donde varios grupos de pares, tales como mujeres jóvenes u hombres mayores, se reúnen -primero en grupos separados y luego juntos- para abordar temas que son de interés general. Este programa se ha utilizado en muchos países de África para ayudar a las comunidades a decidir por sí mismas cómo responder al VIH y para determinar cuáles son las necesidades más apremiantes. Asimismo, al abordar el tema sobre cambios en el comportamiento, la comunidad entiende cómo ciertas acciones pudieron haber incrementado la prevalencia de este virus.¹⁴

En las economías de subsistencia, las mujeres invierten gran parte del día realizando labores para mantener sus hogares, como acarrear el agua. El cuidado de un paciente con SIDA puede incrementar hasta en una tercera parte su carga de trabajo.



"Nuestra abuela realmente nos cuida y nos apoya. Hace todo lo posible por darnos lo necesario, yo estoy en tercer año, mi hermano en el primero y mi hermano menor en preprimaria, pero no estoy segura de que más adelante pueda pagar nuestras cuotas escolares."

Jackeline, 14 años, Juba, Sudán

Alice Welbourn, una de las creadoras del método Escalones, habló acerca de una reunión que se llevó a cabo en Uganda, donde un grupo de mujeres de una aldea dibujaron durante una de sus sesiones un diagrama sobre la vida en la comunidad, lo bueno y lo malo. Después, una mujer de edad avanzada lo presentó a un grupo más amplio de la misma comunidad. Esta mujer que no sabía leer ni escribir, se paró frente al diagrama en un rotafolios y describió lo que había surgido durante la reunión: ellas eran responsables de tantos huérfanos, que muchas se estaban enfrentando a la inanición. Ya no tenían el tiempo ni la capacidad de atender sus campos, y las cosechas estaban siendo arrasadas por la maleza.

Las mujeres mayores de la aldea estaban muy impresionadas, ya que ellas también vivían circunstancias similares, y cada una pensaba que era un problema personal debido a que nunca antes lo había comentado abiertamente. Durante esa sesión diseñaron un plan a fin de que los niños y los hombres jóvenes de la comunidad ayudasen en el campo para que ellas pudieran alimentar nuevamente a sus familiares.

Los programas de capacitación y apoyo también necesitan enfocarse hacia las necesidades de las jóvenes que cuidan de los miembros de la familia y apoyan a sus hermanos. Muchas de estas jóvenes no existen para quienes brindan los servicios porque difícilmente son parte del sistema de salud pública. Los programas como SHAZ en Zimbabwe (ver pág. 15) están tratando de construir nuevos modelos para proporcionar recursos financieros y apoyo emocional a las jóvenes que se hacen cargo de los enfermos.¹⁵ En Rwanda, las ONG y las agencias internacionales brindan capacitación vocacional y han organizado talleres para enseñar algún oficio a jóvenes, principalmente mujeres, que son cabezas de familia; asimismo las ayudan a integrar y coordinar grupos de autoayuda. En Uganda, donde una de cada cuatro familias cuida además de sus hijos a otros niños, la organización Esfuerzos de las Mujeres para Salvar a los Niños de Uganda (UWESO por sus siglas en inglés) está trabajando con mujeres jóvenes que se han convertido en el principal apoyo de sus familias, capacitándolas, pagándoles sus cuotas escolares y ayudándolas a realizar actividades lucrativas.¹⁶

Los hombres también luchan por tener un papel más relevante en el hogar al realizar las tareas y compartir las responsabilidades que culturalmente están consideradas como "trabajo femenino". Como parte de la estrategia para abordar la violencia en contra de las mujeres y el impacto que tiene en el VIH/SIDA, el programa Hombres como Socios (HCS) en Sudáfrica también busca transformar las relaciones de género dentro del hogar. Stephen Ngobeni, uno de los coordinadores de este programa, habló acerca de las dificultades que implica el hacer que los hombres asuman las responsabilidades que tradicionalmente han sido consideradas como femeninas: "Cuando me paro y reto el papel que desempeñan los hombres, me consideran un rebelde. La gente me ve y dice: '¿cómo es posible que hagas estas cosas?'" Cuando Ngobeni buscó que los hombres de su comunidad contribuyeran para contratar camiones que llevaran agua a fin de aliviar la carga la carga de las mujeres que cuidan a los enfermos, los hombres se pusieron en su contra. "Dijeron que eso lo hacen tradicionalmente las mujeres. Que ellas deben acarrear el agua, ya que están sentadas todo el día sin hacer nada." Cuando Ngobeni comenzó a acarrear el agua junto con ellas, los otros miembros de la comunidad se dieron cuenta del enorme trabajo que esto implicaba y estuvieron de acuerdo en contratar los camiones. "Es necesario pararnos y hablar aunque la gente nos critique," dijo Ngobeni.¹⁷

Estos programas de capacitación y las actividades son sólo el principio de un esfuerzo que debe realizarse a nivel masivo -las necesidades de las familias afectadas por el SIDA son enormes y aumentan día a día. Incluso cuando las tasas de prevalencia bajan

en países como Tailandia o Uganda, el impacto del SIDA continuará durante los próximos años por las familias que han sido dejadas en la orfandad, por los ingresos que pierden las personas a cargo de los enfermos y de los muertos, y por los recursos que se invierten en el cuidado de la salud. Los servicios sociales que puedan disminuir parte de esta carga, representan un elemento fundamental para el tratamiento del VIH.

Capítulo 5



© Jonathan Silvers

Desde que perdió ambos padres por el SIDA en 1999, Sarah, de 15 años, ha luchado por educar a sus hermanos menores en el norte de Zambia. Ella asiste a la escuela sólo algunas horas a la semana.

EDUCACIÓN

Recomendación: Promover la educación primaria y secundaria de las mujeres jóvenes, y el alfabetismo entre las adultas

La educación es la clave para dar una respuesta efectiva al VIH/SIDA. Hay investigaciones que demuestran que las mujeres con estudios tienen más posibilidades de prevenir la infección del VIH, retrasar el inicio de su vida sexual y tomar medidas para protegerse. La educación también acelera un cambio en el comportamiento de los hombres jóvenes, haciéndolos más receptivos a los mensajes sobre la prevención. La educación primaria universal no sustituye la necesidad de ampliar el tratamiento contra el VIH/SIDA ni asegura la prevención, pero es un elemento complementario a estos esfuerzos.

Valerse de la educación para prevenir el VIH

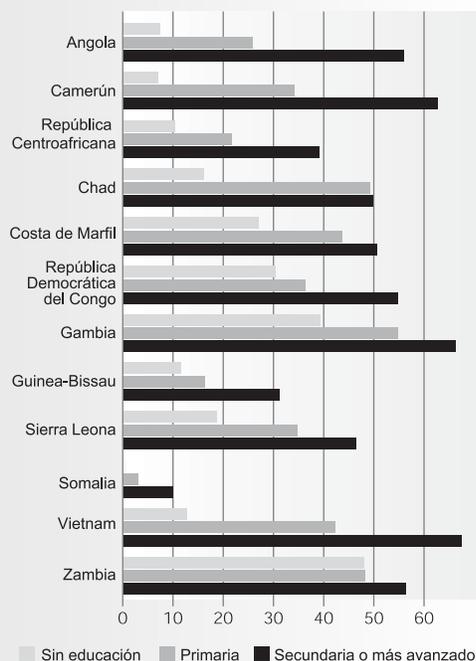
Las escuelas pueden ser una fuente primaria de información sobre los métodos preventivos para luchar contra el VIH. Un análisis realizado recientemente por la Campaña Mundial para la Educación indica que si todos los niños tuvieran la educación primaria completa, el impacto económico del VIH/SIDA podría reducirse considerablemente; alrededor de 700,000 nuevos casos de VIH en adultos jóvenes podrían prevenirse cada año, es decir, siete millones en una década.¹ Estudios realizados anteriormente demuestran que en muchos países, incluyendo los más pobres del mundo, entre más educación y capacitación tenga la gente joven, más posibilidades de protección hay y menos de comportamientos sexuales de riesgo. Los beneficios de la educación surgen del conocimiento que adquieren los estudiantes sobre el VIH, de la capacitación para negociar, de las habilidades que adquieren para la vida y de la mayor capacidad para pensar de manera crítica y analizar cada situación antes de actuar.

De acuerdo con la Campaña Mundial para la Educación, "las investigaciones demuestran que la educación primaria es el umbral mínimo indispensable que se necesita para beneficiarse de los programas [de información sobre la salud]. Una educación básica no sólo es esencial para poder procesar y evaluar la información, sino que también proporciona a los grupos marginales de la sociedad -particularmente a las mujeres jóvenes- el estatus y la confianza que necesitan para actuar con base en la información y rehusarse a tener sexo sin protección."²

En un estudio llevado a cabo en 32 países se encontró que sólo una mujer analfabeta por cada cinco mujeres con educación secundaria, tenía información sobre el VIH/SIDA. Por otro lado, cuatro mujeres analfabetas de cada cinco con educación secundaria creían que no había forma de prevenir la infección del VIH.³ Durante la década de 1990 en Zambia, los índices de infección de VIH se redujeron casi a la mitad entre las mujeres que habían tenido una educación formal, mientras que no hubo prácticamente ningún cambio entre

GRÁFICO 3

Porcentaje de mujeres que conocen las principales formas de prevenir la transmisión del VIH, por nivel educativo



Fuentes: Investigación de hogares MIC2 2000/2001

las mujeres que no habían estudiado.⁴ También en Zambia, otras investigaciones demostraron que a mayor escolaridad entre la gente joven, menores son las posibilidades de que tengan parejas casuales y mayores de que utilicen el condón.⁵ Otros países muestran patrones similares. En 17 países de África y cuatro de América Latina, las jóvenes con mayor educación tendían a demorar el inicio de su vida sexual y era más probable que insistieran en que sus parejas utilizaran el condón.⁶

En contraste, un acceso inequitativo a la educación, donde hay menos mujeres que hombres en a las escuelas, está asociado con altos índices de infección tanto en hombres como en mujeres. En un estudio realizado en 72 ciudades capitales se encontró que las tasas de infección eran considerablemente más altas donde la brecha de alfabetismo era mayor entre ambos sexos,⁷ y otro indicó que en los países donde esta brecha era mayor del 25 por ciento, había más posibilidades de que la epidemia se generalizara que en aquellos con un índice de analfabetismo menor.⁸

Muchos de los estudios relacionados con las mujeres y la educación, también muestran que la educación secundaria tiene un enorme impacto, ya que esto contribuye con el empoderamiento de las mujeres. Los niveles de educación más altos ofrecen mucho más que información específica sobre la transmisión del VIH, al tiempo que les brinda a los adultos y a los jóvenes los conocimientos prácticos necesarios para tomar decisiones bien informadas, y para ser tanto económica como intelectualmente independientes. Con los estudios, las mujeres y las jóvenes incrementan su autoestima, tienen más habilidades para ingresar en el mercado laboral, son más capaces de proteger la salud de sus familias y es menos probable que mueran durante el parto que aquellas que tienen una menor educación.

LOS MÚLTIPLES BENEFICIOS ASOCIADOS A LA EDUCACIÓN DE LAS JÓVENES

La educación tiene un impacto en el riesgo que enfrentan las mujeres jóvenes de contraer el VIH. Puede afectar los índices de VIH y cambiar las vidas de las mujeres al:

Reducir la pobreza

En Zambia, las mujeres rurales sin educación tienen dos veces más de posibilidades de vivir en la pobreza extrema que quienes han sido beneficiadas con ocho o más años de estudios.

Mejorar la salud de las mujeres y de sus hijos

Las madres con estudios utilizan más las instalaciones de los centros de salud, incluyendo los servicios que de manera efectiva previenen de enfermedades mortales de la infancia. En todo el mundo, el riesgo de que un infante muera de manera prematura se reduce alrededor de 8 por ciento por cada año de educación primaria de su madre.

Retrasar el matrimonio

En Bangladesh y en Etiopía, el incremento de los niveles educativos ha desempeñado un rol vital al reducir el matrimonio infantil, en parte porque asegura que las niñas tengan acceso a la información y a las redes sociales que puedan protegerlas.

Reducir la ablación femenina

Las mujeres con educación tienen menos posibilidades de verse obligadas a la ablación, y más de oponerse a que sus hijas se sometieran a ella.

Incrementar la confianza en sí mismas y el poder de toma de decisiones

Aunque es evidente que las mujeres continúan limitadas por las relaciones de poder desiguales, incrementar los niveles de educación las ayuda a ganar estatus y a asegurar un poder de decisión más amplio tanto en la familia como en la comunidad en su conjunto.

Fuente: Campaña Mundial para la Educación 2004, *Learning to Survive: How Education for all would save millions of young people from HIV/AIDS*, Bruselas.

También postergan el matrimonio, ya que las jóvenes con menos de siete años de educación se casan antes de los 18 años, y esto está directamente vinculado con el riesgo de infección del VIH.⁹

Los niveles de educación más altos tienden a reducir -aunque no a eliminar- el riesgo de violencia hacia las mujeres y las jóvenes, éste es otro factor de la infección del VIH (ver Capítulo 6). En relación con el conocimiento específico sobre el VIH, en un estudio llevado a cabo en Uganda durante la década de los años 90 se demostró que tanto los hombres como las mujeres que terminaban la escuela secundaria tenían siete veces menos posibilidades de contraer el VIH que quienes tenían poca o ninguna escolaridad.¹⁰

A pesar de que hay muestras contundentes del impacto que tiene la educación para ayudar a detener la propagación del VIH, un estudio reciente realizado a nivel mundial demostró que cerca del 40 por ciento de los países aún no han dado el primer paso para proporcionar información sobre el SIDA en sus escuelas.¹¹ No obstante, ha habido algunos éxitos sorprendentes donde dichos programas se han llevado a cabo. El Gobierno de Uganda calcula que aproximadamente 10 millones de jóvenes reciben educación sobre el SIDA en todas las aulas del país, muchos de los cuales ingresaron a las escuelas por primera vez cuando se eliminaron las cuotas de las colegiaturas en la década de 1990. En un distrito escolar, más del 60 por ciento de los estudiantes entre 13 y 16 años informaron que ya eran sexualmente activos desde 1994. Para el año 2001, ese porcentaje se redujo a menos del 5 por ciento.¹²

Como parte de su política de acercamiento hacia los jóvenes, en Uganda también hay un periódico mensual llamado *Plática Directa* que contiene artículos sobre sexualidad e intimidad escritos por estudiantes de secundaria.¹³ En Botswana, donde las mujeres jóvenes tienen cuatro veces más probabilidades de haber adquirido el VIH que los hombres, también se han creado programas innovadores.¹⁴ Actualmente se están capacitando estudiantes para que se conviertan en facilitadores de sus compañeros en los clubes sensibles al género que se formarán en las escuelas públicas.

Cuando los índices de prevalencia del VIH subieron en un 75 por ciento en Brasil entre adolescentes de 13 a 19 años -de 1991 al año 2000- los funcionarios del gobierno se enfocaron hacia las escuelas secundarias para crear conciencia sobre el VIH y las formas de transmisión. Ahora los adolescentes aprenden a prevenir el VIH en reuniones de jóvenes del mismo sexo, a fin de que se sientan libres de hablar abiertamente sobre sus inquietudes y sus miedos relacionados con la intimidad y la sexualidad.

El gobierno también distribuye condones a través de algunas escuelas secundarias seleccionadas, y enseña a las jóvenes a negociar el uso del condón si su pareja no está convencida de utilizarlo.

Estos programas sólo pueden ser más efectivos si logran llegar a su público beneficiario. Pocos jóvenes están inscritos en las escuelas y muchos no continúan después de la primaria. A nivel mundial, 115 millones de menores no asisten a la escuela primaria, y el 57 por ciento de ellos son niñas. Asimismo, 150 millones de menores que actualmente están inscritos en las escuelas, dejarán de asistir antes de terminar la primaria, y por lo menos dos terceras partes de ellos serán niñas.¹⁵ En África Subsahariana, más de la mitad de las niñas -54 por ciento- no termina sus estudios básicos,¹⁶ y en Asia meridional, sólo una de cada cuatro mujeres jóvenes, entre los 15 y los 19 años, ha concluido el quinto grado.¹⁷ Los índices de inscripción de niñas en las escuelas están disminuyendo en algunos de los países más afectados por el VIH.

PORQUÉ LAS JÓVENES NO ASISTEN A LA ESCUELA

Es menos probable que las jóvenes no asistan a la escuela que los varones porque:

- Los padres gastan sus magros recursos en educar a los varones.
- Muchas familias no entienden los beneficios que se adquieren al educar a las mujeres, cuyo rol es a menudo se constriñe al matrimonio, la maternidad y a las responsabilidades domésticas.
- En muchas comunidades las jóvenes ya tienen una desventaja en términos del estatus social, falta de tiempo y de recursos, una carga de labores domésticos enormes y algunas veces hasta falta de alimentos.
- La responsabilidad del cuidado de los padres enfermos y de los hermanos menores a menudo recae en las jóvenes, lo cual amenaza sus posibilidades de ir a la escuela.

Fuente: Coalición Global de Mujeres y SIDA, *AIDS and Girls' Education*, www.unaids.org/en/events/coalition_women_and_aids.asp

Una joven coloca un listón rojo, símbolo del SIDA, a una compañera de clases como parte de la campaña de información en una escuela de educación media en Gauhati, India.



© Anupam Nath—AP/WideWorld

Es más probable que haya deserción escolar de los hijos de las familias con enfermos de SIDA que de otros. La enfermedad impide que los miembros de la familia generen ingresos, y el poco dinero disponible que hay para las cuotas escolares a menudo se dedica a cubrir los costos de los hijos varones. También las niñas dejan la escuela para dedicarse al cuidado de los miembros de la familia enfermos o para apoyar a sus hermanos cuando ambos padres mueren de esta enfermedad.¹⁸ Actualmente se calcula que hay 15 millones de huérfanos de SIDA en el mundo, y es probable que se llegue a los 25 millones para el 2010. La mayoría de ellos no tienen los recursos suficientes para pagar las cuotas escolares,¹⁹ y cuando se acercan los parientes para ayudar, una vez más prefieren pagar las cuotas de los varones.

Las mismas escuelas están afectadas por el VIH, y esto les dificulta a los estudiantes el tener una educación aceptable. Muchas escuelas en África están perdiendo a sus profesores por el SIDA, y se asume que habrá un patrón similar en otras regiones del mundo a menos que se den los pasos necesarios para evitarlo. En Zambia cada año se reemplaza tres cuartas partes de los profesores para sustituir a los que mueren por esta enfermedad. En años recientes, Malawi perdió tantos profesores por el SIDA que algunas escuelas tenían un maestro por cada 96 alumnos.²⁰

RETOS PARA LA EDUCACIÓN ESCOLAR

A pesar de los múltiples beneficios que tiene la educación, también tiene que enfrentarse a muchos retos. El medio en el que estudian los y las jóvenes es tan importante como el hecho de ir a la escuela. En aquellas escuelas que no son un lugar seguro para las jóvenes, donde no se pone énfasis en los patrones de comportamiento que contribuyen a la inequidad de género, existe el riesgo de que muchas abandonen sus estudios antes de tiempo o concluyan su educación sin las habilidades y la autoestima que necesitan para participar en situación de igualdad en el mundo. En el Caribe, región que ocupa el segundo lugar en el mundo de prevalencia del VIH después de África Subsahariana, las jóvenes sobrepasan

a los varones en el sistema educativo, incluyendo a nivel universitario, donde son más mujeres las que se gradúan. No obstante, el índice de nuevas infecciones de mujeres jóvenes entre los 13 y los 19 años es cinco veces más alto que el de los hombres en el mismo rango de edad.

Esa "sorprendente paradoja," a mayor nivel de educación, mayor prevalencia del VIH, está vinculada a la incapacidad de las jóvenes para abogar por sí mismas a pesar de los años que han estudiado, comentó Sir George Aleyne, Enviado Especial del Secretario General para Asuntos del VIH/SIDA en el Caribe. "Es probable que las habilidades y el conocimiento que se adquieren en el sistema de educación formal no sean suficientes para que la jóvenes asuman el control de otros aspectos de sus vidas... puede que sea demasiado tarde para prevenir las de ser víctimas de sexo no deseado o coaccionado en la adolescencia", dijo.²¹ Un estudio realizado por la OPS muestra que efectivamente, la mitad de las jóvenes en el Caribe dijeron que su primer encuentro sexual fue forzado o coaccionado. En el mismo estudio, sólo a una tercera parte de las entrevistadas le preocupaba el VIH, lo cual muestra que tanto hombres como mujeres jóvenes necesitan un conocimiento más profundo acerca de su vulnerabilidad a la infección.²²

En muchos casos, las escuelas son los lugares donde las jóvenes experimentan por primera vez la discriminación, el acoso y el abuso sexual, ya sea por parte de los otros estudiantes o de sus propios maestros.

Estos problemas son comunes en los sistemas educativos de todo el mundo, pero las jóvenes de los países industrializados por lo general encuentran la forma de continuar sus estudios en otras escuelas. Sin embargo, en los países más pobres donde no es posible cambiar de escuela o donde la educación no es obligatoria, a menudo las jóvenes abandonan sus estudios. Hay informes que muestran que aproximadamente una tercera parte de las estudiantes de Johannesburgo han sido víctimas de violencia sexual en sus propias escuelas.²³ Un informe de Derechos de África identificó casos de maestros que exigen favores sexuales a cambio de buenas calificaciones, en varios países entre los que se encuentran Sudáfrica, Sudán, Zambia y Zimbabwe.²⁴ Los estudios llevados a cabo en Kenya también demostraron que los maestros descalifican a las jóvenes en las aulas, lo que contribuye a que ellas sientan que no tienen un lugar en el sistema escolar.²⁵ En muchos casos se crea un círculo vicioso donde las jóvenes dejan la escuela y luego son más vulnerables a embarazos no deseados y a las ETS, incluyendo el VIH/SIDA.

Para que el impacto sobre el VIH/SIDA sea más efectivo, los sistemas educativos tienen que transformarse. Su mandato debe incluir información adicional a los conocimientos académicos; deben cambiar los estereotipos de género, capacitar a las jóvenes en oficios que puedan ayudarles a generar ingresos, reforzar su participación y empoderamiento, y promover el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo los medios para prevenir embarazos no deseados, las ETS y el VIH/SIDA. Esta transformación de los sistemas educativos requiere de cambios en las materias que se imparten, capacitación especializada para maestros, acercamiento a las comunidades y a los padres de familia, establecimiento de vínculos más estrechos entre las escuelas y los sistemas para el cuidado de la salud y horarios flexibles para los niños que viven con VIH.

El cambio se está dando ya en muchos países, tanto para mejorar la educación sobre el VIH/SIDA como para incrementar la matrícula de ingreso a las escuelas. El Gobierno de Vietnam ha incluido una materia sobre educación reproductiva y VIH/SIDA a los estudiantes del décimo al doceavo grado. Este modelo también capacita al personal docente y está preparando nuevas materias sobre salud reproductiva para adolescentes. Asimismo, algunos gobiernos están eliminando las cuotas escolares. Cuando en 2003 se eliminaron estas cuotas en Kenya, que ascendían a \$133 dólares anuales con un pago adicional de \$27 para uniformes, más de 1.3 millones de menores ingresaron por primera vez a la escuela. Malawi, Uganda y Tanzania también han instituido la educación primaria gratuita, y algunos de estos países también incluyen la educación secundaria.²⁶

Aun sin estas cuotas, muchos sistemas educativos tendrán que ofrecer incentivos a las familias para que sea económicamente viable enviar a sus hijas a la escuela, en vez de tenerlas en casa trabajando o ganándose un ingreso como jornaleras. Todos los esfuerzos que se hagan para mantener a las menores estudiando y para facilitar que las jóvenes lo hagan ayudará a reducir sustancialmente la pobreza, la mortalidad infantil, el VIH/SIDA y otras enfermedades.

EL COSTO DE UNA EDUCACIÓN

Eliminar las cuotas escolares puede afectar los índices de VIH al eliminar una de las razones por las que las jóvenes acuden a los "papitos de azúcar." Angeline Mugwendere, joven zimbabwense que ahora es una activista de los derechos de las mujeres, describe el terrible precio que algunas de sus amigas tuvieron que pagar a fin de obtener dinero para pagar sus cuotas escolares. "Mis estudios fueron pagados por una ONG, pero veía con mucho pesar cómo mis amigas estaban desesperadas por encontrar los recursos para permanecer en la escuela. Como yo, ellas querían ser reconocidas por su educación, y sabían que la escuela era la única posibilidad que tenían para salir de la pobreza; así que tomaron el camino más corto para lograrlo, con todo el peligro que ello implicaba: se acostaban con los papitos de azúcar a cambio de dinero para pagar las cuotas escolares y muchas de ellas contrajeron el SIDA. Si hubiesen tenido acceso gratuito a la educación, estas jóvenes estarían vivas hoy y tendrían una oportunidad de hacer algo con sus vidas, como lo he hecho yo... Los líderes del mundo deberían de hacer todo lo posible porque las jóvenes continúen estudiando-cualquiera que sea el precio, vale la pena."

Fuente: Campaña Mundial por la Educación, 2004. Learning to Survive.

Capítulo 6



© Gianluigi Guercia—AFP/Getty

Una viuda sobreviviente del genocidio de Ruanda sostiene a uno de los hijos de su vecina. Ella fue violada en varias ocasiones durante el genocidio de 1994, y dos años más tarde supo que había contraído la infección del VIH.

VIOLENCIA

Recomendación: Promover la tolerancia cero a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas

El vínculo entre la violencia y el VIH/SIDA

La violencia en contra de las mujeres es tanto una causa como una consecuencia del VIH/SIDA. Esto es una realidad para demasiadas mujeres en el mundo, ya sea en tiempos de paz, durante conflictos armados o en periodos de post guerra. Se desconoce el verdadero impacto de la violencia contra las mujeres a nivel mundial, pero estudios recientes muestran que los índices de violencia en la pareja oscilan entre el 10 y el 69 por ciento, y una de cada cuatro mujeres puede experimentar por lo menos una situación de violencia con su pareja.¹ Para entender realmente la dimensión de la violencia, se debe agregar a esa cifra a aquellas mujeres que son víctimas en manos de extraños.

Las crisis económicas, las guerras o los conflictos también exacerban la violencia de género en diferentes formas. La experiencia de una mujer como Khadija Bah, que fue secuestrada por

los rebeldes en Sierra Leona (ver recuadro, pág. 49) se repite constantemente en las zonas de conflicto. Durante el Genocidio perpetrado en Rwanda en 1994, cientos de miles de mujeres fueron violadas, y muchas de ellas por hombres que vivían con VIH.² En el mundo, alrededor de dos millones de mujeres cada año son víctimas del tráfico de personas, y muchas de ellas están en riesgo de sufrir abuso sexual y de contraer el VIH.³

Muchas mujeres están en peligro de ser golpeadas, abandonadas o expulsadas de sus hogares si se sabe que viven con VIH; otras temen pedirles a sus compañeros que modifiquen su conducta sexual o que utilicen protección. En Botswana, las mujeres han admitido que tienen miedo de la reacción que pueda tener su pareja si sabe que viven con VIH. Ese miedo evita que se hagan la prueba, que regresen a las clínicas por los resultados si se la hicieran, que no participen en los programas para prevenir la transmisión materno infantil ni en los de tratamiento; quienes han aceptado hacerlo, no se adhieren al programa porque esconden sus medicamentos.⁴ La violencia y el miedo que genera dificulta a las mujeres tener acceso a la prevención, al tratamiento y a los cuidados, y esto las hace más vulnerables a la enfermedad.

De acuerdo con un estudio realizado recientemente, uno de los primeros que muestran el estrecho vínculo que hay entre la violencia y el VIH, las mujeres que son golpeadas o dominadas por sus compañeros, son más vulnerables a contraer el VIH que las que viven en los hogares donde no hay violencia. El estudio se realizó con 1,366 mujeres sudafricanas que iban a los centros de salud en Soweto, quienes estuvieron de acuerdo en que se les practicara las pruebas del VIH y en responder a las preguntas que se les hicieron sobre sus vidas en el hogar. Después de ajustar los resultados para evitar que algunos factores pudiesen alterarlos -como sexo casual o en el trabajo- las cifras mostraron que las mujeres golpeadas por sus maridos o novios eran 48 por ciento más susceptibles a contraer el VIH que quienes no lo eran.⁵

En un estudio más pequeño llevado a cabo en Tanzania se encontró que las mujeres que vivían relaciones violentas, tenían 2.5 más de posibilidades de adquirir el VIH que quienes no vivían en un entorno violento.⁶

VIOLENCIA DE GÉNERO:

- Limita los avances por detener la transmisión del VIH/SIDA.
- Afecta directamente el acceso de las mujeres a los servicios, incluyendo los métodos de protección.
- Pone en peligro una decisión basada en la información.
- Presenta un reto enorme en cuanto a la capacidad de negociar el sexo, incluyendo el uso del condón.
- Es un factor en la transmisión del VIH/SIDA, y
- Representa una carga extraordinaria para los sistemas del cuidado de la salud.

Fuente: Bahuguna, Nitin Jugran, "Self-Healing Helps ExSex Workers Return to Society," Inter Press Service, 30 de julio de 2003.

SOBREVIVIENTES DEL TRÁFICO DE SERES HUMANOS: AYÚDALAS A SANARSE A SÍ MISMAS

En Kolkata, India, una organización llamada Sanlaap (Diálogo) lleva a cabo un programa de rehabilitación psicológica para mujeres jóvenes que han sido víctimas del tráfico de seres humanos o que han estado involucradas en trabajado sexual. La organización ha establecido un albergue que proporciona servicios de salud y asesoría, junto con apoyo emocional y capacitación técnica ocupacional. "Ayúdalas a sanarse a sí mismas" es un principio-guía del albergue. Para las jóvenes que viven con VIH, el albergue ha iniciado un grupo de atención y apoyo conocido como Asha, en el que ellas hablan sobre su salud y sobre el tratamiento, y ayudan a las nuevas jóvenes que ingresan a aceptar su estatus. El grupo se ha convertido en una voz muy fuerte que hace campañas por el derecho a la atención de las personas que viven con VIH, así como al tratamiento, apoyo y protección contra la discriminación y los análisis obligatorios. Para Shanti, que fue vendida al propietario de un burdel a los 19 años, que muy pronto se contagió del VIH y se embarazó, el programa le ofrece esperanza a ella y a su pequeña hija. "Quiero enviarla a una buena escuela. Quiero demostrar que gente aun como yo, puede tener una forma de vida a pesar de todo."

Fuente: Bahuguna, Nitin Jugran, "Self-Healing Helps ExSex Workers Return to Society," Inter Press Service, 30 de julio de 2003.

Esta vulnerabilidad está vinculada a diversos factores. Uno de ellos es la falta de control; los condones masculinos u otro tipo de protección simplemente no existen cuando una mujer es golpeada o violada. Otra es la vulnerabilidad psicológica; la OMS informó que durante una "penetración vaginal forzada, comúnmente se causan abrasiones y heridas, facilitando así la entrada del virus -si está presente- a través de la mucosa vaginal."⁷

Estas condiciones se magnifican en las mujeres más jóvenes, pues su aparato reproductivo no está totalmente desarrollado y, por lo tanto, es más propenso a un desgarre durante la penetración, y también están más expuestas a ser coaccionadas que las mujeres adultas. En diversas investigaciones realizadas en todo el mundo se encontró que un tercio de las adolescentes informaron que su primera experiencia sexual había sido coaccionada. Muchas mujeres se casan muy jóvenes con hombres mayores, y la enorme inequidad inherente a este tipo de relaciones puede conducir a la violencia o a las amenazas de violencia.⁸ Las jóvenes adolescentes también son el primer objetivo para los traficantes o las milicias. Se calcula que cada año ingresan alrededor de 800,000 o 900,000 personas en el mundo -mujeres, hombres, niñas, niños y ancianos- al tráfico de personas para realizar trabajos forzados y para ser explotadas sexualmente. Esta es una industria mundial altamente lucrativa, controlada por organizaciones criminales muy poderosas.⁹ La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito calcula que en 1997 estos grupos ganaron alrededor de 7 mil millones de dólares a través de Internet al ampliar sus redes tanto en países industrializados como en vías de desarrollo.¹⁰

El riesgo de la violencia y del abuso sexual es enorme entre las jóvenes huérfanas del SIDA, quienes se sienten absolutamente desamparadas por no tener ningún apoyo emocional ni financiero. En una investigación llevada a cabo en Zambia por Human Rights Watch, se encontró que entre las jóvenes huérfanas del SIDA, cientos habían sido atacadas sexualmente por miembros de su familia o por tutores, o se vieron forzadas a ingresar al mercado del sexo para sobrevivir.¹¹

Violencia durante los conflictos

Con todo lo difícil que puede ser para las mujeres experimentar la violencia en tiempos de paz, los retos a los que se enfrentan durante los conflictos armados son infinitamente mayores, pues los sistemas de justicia desaparecen, incluyendo la policía, la infraestructura de salud, así como otros servicios que quedan totalmente desarticulados. Tanto la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre Mujeres Paz y Seguridad, como la 1308 sobre el VIH y Conflictos Armados mencionan que las mujeres y las jóvenes son extraordinariamente vulnerables a la infección del VIH durante conflictos armados, así como en los períodos posteriores a estos conflictos, y no sólo se debe a que los grupos armados abusan sexualmente de ellas, sino porque se ven forzadas a huir de sus hogares, pierden a sus familias y tienen muy poco o ningún acceso al cuidado de la salud. A lo largo de la frontera de la República Democrática del Congo, una guerra civil permanente ha destruido vidas, aldeas y medios de subsistencia. Ahora se considera que la zona está a punto de tener una epidemia generalizada de VIH. Se cree que cerca del 60 por ciento de la milicia que merodea el campo violando, torturando y mutilando a miles de las mujeres y jóvenes, vive con el VIH, y las sobrevivientes prácticamente no tienen acceso a ningún tipo de servicios ni atención de la salud.¹²

Acabar con la violencia

Actualmente la violencia de género es uno de los principales factores para adquirir la infección del VIH.¹³ A menos que se rompa con el vínculo entre violencia y VIH será muy difícil revertir la epidemia. A pesar de que los retos son enormes, hay muchas opciones que tienen diversos enfoques, como acudir a los servicios de salud, proteger los derechos humanos, promover la educación, las reformas legales y el trabajo con grupos comunitarios. Cuando el imperio de la ley ha sido erosionado o ha desaparecido, como ocurre en los conflictos armados, se realizan esfuerzos adicionales para ofrecer protección y profilaxis a través de las agencias humanitarias. Una respuesta alentadora es la participación de hombres que trabajan en proyectos orientados a eliminar la violencia de género, por dos razones: porque es lo correcto y porque entienden que un cambio en su comportamiento es una forma de salvaguardar su propia salud.

Involucrar a los hombres

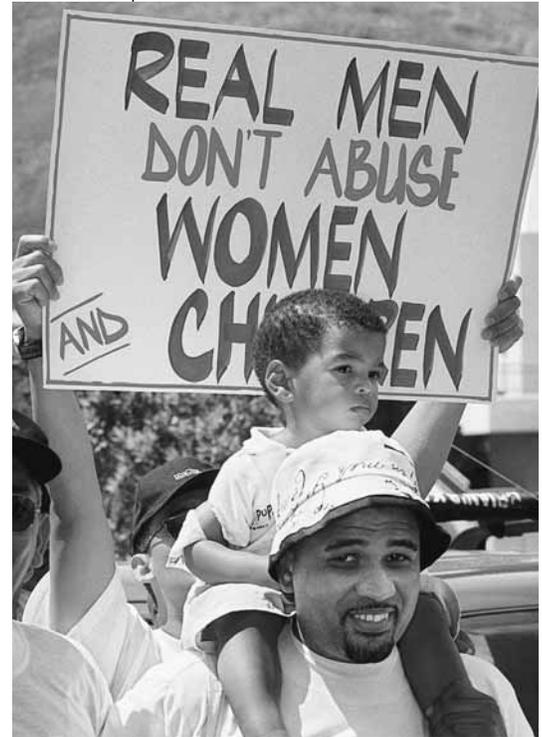
Los hombres son tanto instigadores de la violencia como agentes esenciales para el cambio -esta es una realidad reconocida tanto por grupos de mujeres como de hombres en muchas partes del mundo. Los hombres comienzan a organizarse de manera efectiva en contra de la violencia de género analizando sus propias actitudes y comportamientos. Este movimiento crece rápidamente y más aún en África Subsahariana, donde existe la inquietud de que la violencia pone en riesgo tanto a hombres como a mujeres, jóvenes y viejos.

Con el apoyo de FEMINET, una red regional de mujeres, los hombres se están organizando en Kenia. Durante los meses de noviembre y diciembre de 2003, con el proyecto "Hombres que trabajan para detener la propagación del VIH/SIDA" se organizaron conferencias itinerantes de hombres en zonas urbanas y rurales en Etiopía, Kenia, Malawi y Zambia. Viajando en autobuses por toda la región, los hombres se detenían en pueblos y aldeas para iniciar debates y pláticas sobre cómo cambiar ciertas actitudes y comportamientos. Las conferencias culminaron en Malawi el Día Mundial del SIDA, con el compromiso de continuar con el trabajo en los siguientes meses y años.¹⁴

El proyecto "Hombres como Compañeros" (HcC) iniciado por Engender Health, una ONG con sede en Nueva York, organiza en Sudáfrica talleres para hablar sobre los roles de género hombres y mujeres, y capacita a líderes para coordinar los grupos.¹⁵ El programa se ha ampliado en todo el país y ahora los talleres se imparten en sindicatos y a las Fuerzas Militares de ese país. Los HcC exhortan a los hombres a retar las inequidades de género que hay en las relaciones dentro de los hogares. "Me di cuenta de que era imposible trabajar en temas de género cuando no empiezas contigo mismo", dijo uno de los líderes. "Empecé a ser asesor de hombres violentos cuando yo mismo estaba recibiendo apoyo para cambiar. Es imposible de hablar sobre el VIH/SIDA sin mencionar la violencia doméstica y sexual."

Asimismo, diversas ONG de Sudamérica están tratando de enfrentar una subcultura de agresividad masculina. El Instituto Promundo, una ONG brasileña con sede en Río de Janeiro, identifica a hombres jóvenes "sensibles al género" que viven en comunidades de bajos ingresos y los capacita como líderes de grupos. Al trabajar conjuntamente con tres ONG (ECOS y PAPAÍ de otras ciudades de Brasil, y Salud y Género de México), han elaborado manuales de capacitación para trabajar en las comunidades sobre salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención de la violencia, paternidad y atención a los hijos, y VIH/SIDA. Los manuales se utilizan en talleres donde los jóvenes hablan sobre el "honor" masculino, la negociación del condón y la coacción sexual.¹⁶

Un niño sentado en los hombros de su padre durante una marcha de hombres para protestar contra la violencia hacia las mujeres en Ciudad del Cabo en 2001.



© Anna Zieminski—AP/Getty

CANASTAS PARA LA PAZ DE RUANDA

AVEGA ha ayudado a sus miembros hutus y tutsis a crear un proyecto basado en la reconciliación que también brinda apoyo a las viudas y a los huérfanos. Muchas mujeres tejían hermosas canastas pero no encontraban la forma de comercializarlas hasta que UNIFEM ayudó a crear una sociedad entre AVEGA y el Consejo Empresarial para la Paz, asociación de mujeres empresarias con sede en Estados Unidos. Las "Canastas para la Paz" de Ruanda emergieron de esa asociación, y ahora se venden en todo el mundo a través de Internet.

Fuente: www.bpeace.com

"Para disminuir el grado de aceptación que hay hacia la violencia, necesitamos un liderazgo moral y verdadero en todos los niveles de la sociedad."

Geeta Rao Gupta, Presidenta del Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW por sus siglas en inglés)

Ampliar los servicios de salud

Muchos países que se han visto presionados por las activistas de los derechos de las mujeres, están recurriendo al sistema de cuidados de la salud como los principales centros para la erradicación de la violencia. Los resultados de una encuesta llevada a cabo con obstetras nigerianos sobre la violencia de género en sus pacientes, indican que el 99 por ciento de las mujeres habían vivido por lo menos una situación de violencia. Calcularon que cerca del 7 por ciento anual de sus pacientes vivían situaciones de violencia y que la mayoría eran mujeres embarazadas. En el 70 por ciento de los casos, el agresor era el compañero.¹⁷

Los trabajadores de la salud se están capacitando en varios países para identificar señales de violencia de género y para proporcionar atención médica y servicios de asesoría y remisión. Algunas clínicas ya ofrecen la profilaxis post-exposición. Los centros de salud de

Brasil son un punto de remisión hacia albergues y grupos de apoyo como el de Promundo. Médicos sin Fronteras creó una clínica de atención a mujeres violadas dentro de su centro de prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Khayelitsha, Sudáfrica (ver pág. 26), como una ayuda adicional para sus pacientes, quienes enfrentan altos índices de violencia de género en ese país. En seis meses, 105 mujeres y jóvenes que habían sido violadas visitaron la clínica; 75 eran menores de 14 años y a 37 fue necesario darles profilaxis post-exposición para prevenir la infección del VIH.¹⁸

En muchos países se han establecido centros de salud que ofrecen atención médica a sobrevivientes de la violencia junto con atención legal y asesoría, todo en un mismo lugar. Aunque aún son pocos, podrían convertirse en sitios importantes para la educación y el tratamiento del VIH en los próximos años.

Promover los derechos jurídicos de las mujeres

La violencia de género es una historia común en todo el mundo. Por ello, durante de las últimas décadas las activistas han recurrido a los tribunales y al sistema judicial para abordar el tema. Gracias a esta labor, en varios países los juicios y el encarcelamiento de violadores se han convertido en una práctica común. Asimismo, la violencia doméstica ha sido calificada como delito penal, los profesionales de la salud deben reportar los casos de violencia y la policía ha empezado a tratar este tipo de violencia como un delito. Actualmente, en muchos países hay leyes que reconocen los derechos de las mujeres víctimas del tráfico de personas, y en algunos la violación en la pareja es calificada como delito.

Estas reformas legales han sido apoyadas por una agenda de derechos humanos basada en una serie de convenciones y acuerdos internacionales que establecen el derecho de las mujeres a vivir en un mundo libre de violencia. La Recomendación General número 12 del Comité que monitorea la implementación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), que hasta enero de 2004 había sido ratificada por 175 países, obliga a los signatarios a tomar todas las medidas necesarias para eliminar la violencia de género. Esas medidas pueden incluir acciones para acabar el tráfico de mujeres, capacitar a sus fuerzas armadas y a sus cuerpos policiales sobre los derechos de las mujeres y la protección de los niños y las niñas contra abusos sexuales.

LAS MUJERES CONTRA LA VIOLACIÓN EN BOTSWANA LUCHAN CONTRA LA VIOLENCIA Y EL VIH

Romper las barreras, crear actitudes positivas y modificar el comportamiento son los principales mensajes de la asociación Mujeres contra la Violación (WAR por sus siglas en inglés) en Botswana. La organización proporciona apoyo a mujeres y jóvenes víctimas de la violencia y de violaciones, y busca actividades cuyo objetivo sea prevenir la violación, así como todas las formas de abuso sexual, acoso y violencia en la escuela, en el hogar y en la comunidad. Con uno de los índices de prevalencia de VIH más altos en los países África Subsahariana, Botswana ha experimentado un incremento en la incidencia de violación y de los llamados "asesinatos por amor" perpetrados por compañeros íntimos.

En asociación con hombres activistas, WAR, fundada y apoyada por la Alianza para la Juventud Africana (AYA por sus siglas en inglés),* realizó una marcha a nivel nacional en 2003 contra todas las formas de violencia que reunió a cientos de estudiantes de primaria y secundaria. Asimismo, se elaboraron y distribuyeron 20,000 ejemplares de un folleto cuyo título indica hasta qué punto se ha convertido en un problema la violencia de género: "Mi hija ha sido violada... ¿Qué debo hacer?" Este folleto busca reducir el estigma asociado a las víctimas de violación, aumentar la comprensión y asegurar que las jóvenes reciban asesoría y cuidados médicos. La publicación está enfocada a las bibliotecas de escuelas primarias y de la comunidad, círculos de lectura en las aldeas y hacia los padres.

WAR también a creado y apoya a clubes escolares Estudiantes Contra la Violación (SAR por sus siglas en inglés). A fines de 2003, los clubes contaban con 2,748 miembros, la mayoría de ellos entre los 15 y los 19 años, con casi una cifra similar de mujeres y hombres jóvenes.

* La Alianza para la Juventud Africana está apoyada por muchas organizaciones, incluyendo la Fundación Bill & Melinda Gates, el UNFPA, PATH y Pathfinder International.

Abordar la violencia de género en conflictos armados

En la mayoría de los lugares donde hay conflictos armados, el imperio de la ley es prácticamente nulo; no obstante, aun en condiciones de violencia se puede proporcionar un mínimo de protección. Las agencias internacionales y las ONG distribuyen kits para las mujeres que habitan en las zonas de conflicto a fin de utilizarlos en casos de emergencia, los cuales contienen paquetes PEP, condones y otros medicamentos que son una cuestión mínima, pero crítica para el cuidado de la salud.

Los campos de refugiados y los centros para los desplazados internos también se convierten en lugares clave para educar y proporcionar servicios relacionados con el VIH. En la medida en que las mujeres van asumiendo el liderazgo en estos campos, se van produciendo cambios para que estos lugares sean más seguros. Las fuerzas para el mantenimiento de la paz también trabajan para educar y crear conciencia. En Sierra Leona se llevó a cabo uno de los primeros programas en el que desempeñan un papel determinante en la prevención del VIH/SIDA y la protección de los derechos de las mujeres. Ahí, las fuerzas para el mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas están capacitadas para trabajar en la prevención del VIH, sensibilizar a la población sobre la violencia de género y fomentar la comunicación entre los habitantes.¹⁹

El reto de reparar los daños incommensurables que son causados por la violencia, continúa mucho tiempo después de que concluye el conflicto. Diez años después del genocidio en Rwanda, los grupos de apoyo de las mujeres siguen siendo el elemento fundamental para la reconstrucción de comunidades enteras. Una de las organizaciones más conocidas es AVEGA, que empezó apoyando a las viudas del genocidio. Durante los primeros años, las participantes luchaban con los recuerdos de las violaciones y la tortura, y las perseguían la visiones de sus familiares asesinados frente a ellas. Lo único que las mantenía vivas era la necesidad de apoyar a los niños que habían sobrevivido. Pero con el tiempo, apareció una nueva crisis entre ellas, la del VIH. En un estudio que se realizó a 1,125 mujeres que habían sobrevivido la violación y la violencia durante el genocidio, se encontró que un 70 por ciento vivían con VIH.²⁰ Ahora AVEGA dedica tiempo y recursos principalmente a ayudar a que las mujeres tengan atención médica para enfermedades oportunistas y asesoría para preparar a los familiares sobre los estragos que causa esta enfermedad. "Tienen tanto valor," dijo un funcionario de AVEGA. "Las mujeres han retado a todo y a todos. Esto es un reto de la vida sobre la muerte."

RECONSTRUIR LAS VIDAS DESTRUIDAS POR LA VIOLENCIA

En las afueras de Freetown, Sierra Leona, un refugio provisional alberga a un grupo de mujeres jóvenes que no han tenido un hogar durante años. Una de ellas es una joven de 19 años, Khandija Bah, quien fue forzada a ver cómo la milicia armada mataba a sus padres, luego fue violada frente a su esposo y la obligaron a ver cómo lo mataban a él también, y por último la secuestraron y la forzaron a trabajar como esclava sexual. Finalmente escapó dirigiéndose a Freetown, donde al igual que miles de mujeres jóvenes sin recursos se volvió trabajadora del sexo comercial, y como las otras, cada día está expuesta a contraer el VIH.

Hoy, cientos de mujeres como Khadija reciben atención y cuidados por parte del proyecto Mujeres en Crisis, que inició en 1997 en los alrededores de Freetown. Este proyecto fue creado por "Tía Juliana" Konteh, de 42 años, una misionera evangelista que ayuda a las jóvenes y a las mujeres marcadas por una guerra civil que se ha prolongado durante muchos años en ese país. Hay dos centros de paso donde las mujeres y las jóvenes aprenden a protegerse contra el VIH/SIDA y se les capacita en costura y trabajo artesanal para ayudarlas a dejar el comercio sexual. También aprenden a leer y tienen un lugar seguro donde hablar acerca de sus problemas, como Chistiana, una joven de 14 años que fue violada en diversas ocasiones después de ver cómo torturaban a su madre, dice: "Perdí a mis padres y a mis dos hermanos, pero ahora tengo nuevamente una familia."

Fuente: UNFPA: Building a Future in Sierra Leone, www.unfpa.org

Capítulo 7



© Jaime Razuri—AFP/Getty

Activistas que viven con VIH realizan una manifestación el Día Mundial Contra el SIDA en Lima, Perú, el 1 de diciembre de 2003.

LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Recomendación: Promover y proteger los derechos humanos de las mujeres jóvenes y adultas

Al proteger los derechos humanos de las mujeres y las jóvenes también se les protege contra el VIH/SIDA. Más que cualquier otra enfermedad en décadas recientes, el VIH/SIDA ha expuesto las inequidades sociales que hacen que las mujeres y las jóvenes estén más expuestas a contraer la infección. Sin embargo, las mujeres necesitan algo más que "derechos" para protegerse. Necesitan saber que los tienen, que les sirven a sus propios intereses, y que serán apoyadas por sus comunidades y sus gobiernos.

"Debemos tener programas contra el VIH/SIDA, pero no sólo eso, debe haber programas en todas las otras áreas de desarrollo orientados hacia la equidad y la autonomía, alentando a las mujeres y a las jóvenes a ser independientes. Estos programas deben extenderse al ámbito político y a cada uno de los aspectos de la vida."

Nafis Sadik, Enviada Especial del Secretario General para el VIH/SIDA en Asia y el Pacífico.

En muchos países aún no se pueden darse por sentados sus derechos humanos de las mujeres, pues no tienen acceso a la educación ni a la información que pudiera ayudarlas a prevenir el VIH; están sujetas a la violencia que las despoja del control de sus cuerpos y les limita las posibilidades que tienen para utilizar métodos de protección contra el VIH. Este capítulo aborda dos aspectos de los derechos humanos: el primero está relacionado con los casos en que estos derechos parecen entrar en conflicto con las prácticas tradicionales como el matrimonio a temprana edad o forzado, la mutilación genital de la mujer (FGC por sus siglas en inglés) y la "purificación de las viudas" (práctica tradicional en la que se espera que las viudas tengan relaciones sexuales con un pariente de su difunto esposo para asegurar la propiedad dentro de la familia); y el segundo, con la capacidad de las mujeres para lograr una independencia económica, la cual está directa o indirectamente afectada por la discriminación.

Liberación de las prácticas perjudiciales

Las prácticas tradicionales que parecían inmutables cuando las activistas de los derechos de las mujeres comenzaron a cuestionarlas hace algunas décadas, ahora empiezan a ser cuestionadas por los líderes y por quienes diseñan las políticas. En muchos casos, el vínculo que tienen estas prácticas con el VIH/SIDA -como el matrimonio a temprana edad, la ablación genital y la "purificación de las viudas"- hace que la necesidad de cambiarlas sea urgente. Por ejemplo, en el sur de Asia y en África Subsahariana se está debatiendo sobre el matrimonio a temprana edad. En muchos países de estas regiones es común la práctica de casarse con mujeres jóvenes a una edad muy temprana y con la amenaza del VIH, muchos padres las están casando más jóvenes aún, creyendo equivocadamente que esto las puede proteger de la infección. Sin embargo, los hombres que tienen los recursos financieros para casarse por lo general son mayores y tienen más experiencias sexuales, llevando así -incluso sin saberlo- el VIH y las ETS a la pareja.

A pesar de que las leyes en la mayoría de los países establecen como edad mínima para casarse los 18 años, muchas mujeres continúan contrayendo matrimonio más jóvenes. En todo el mundo, 82 millones de mujeres -por lo general de familias pobres- se casarán antes

"Si tratas de imponerte, lucharé; pero si se me trata con dignidad y se me da el espacio para decidir, cooperaré en todo."

Imam Demba Diawara, un líder religioso senegalés, quien ahora va de aldea en aldea promoviendo su campaña personal con la que busca eliminar la ablación.

de cumplir los 18 años, y es más probable que contraigan la infección que quienes no lo hagan (ver pág. 16).¹

La ablación genital también puede aumentar el riesgo de infección tanto en mujeres jóvenes como adultas. La posibilidad de que se utilicen instrumentos sucios en esta práctica o la de sufrir un desgarro o una herida profunda durante la cópula o en el parto, ha impulsado a las activistas y a las comunidades a buscar rituales alternativos más seguros, que también honren el vínculo de una generación de mujeres jóvenes con la que las antecedió.

Después de trabajar en 1997 con Tostan, una ONG con sede en Senegal, más de 1,000 aldeas en Burkina Faso y en Senegal se han comprometido a eliminar prácticas tradicionales perjudiciales tales como la ablación genital y los matrimonios a temprana edad o forzados. Valiéndose de los programas de derechos humanos y de los diseñados por la comunidad, Tostan les proporciona a hombres y mujeres la información necesaria para sopesar el valor de la tradición contra los costos que ésta conlleva.² Los miembros de la comunidad deciden cual va a ser el ritmo del programa y quizás por primera vez ventilan sus inquietudes y temores sobre las tradiciones. Los participantes deciden qué hacer con la información que reciben. "Si tratas de imponerte, lucharé," dijo Imam Demba Diawara, un líder religioso que ahora va de aldea en aldea promoviendo su campaña personal con la que busca acabar con la ablación. "Pero si se me trata con dignidad y se me da el espacio para decidir, cooperaré en todo."³

También se está trabajando en la "purificación de las viudas", práctica de algunas comunidades de Asia y África. Esa "purificación" por lo general consiste en que una viuda tenga relaciones sexuales con el miembro "purificador" de la aldea que le es asignado, o con un pariente de su difunto esposo. Tradicionalmente ha sido una forma de romper con el pasado y continuar hacia el futuro -así como un intento de establecer la posesión de las propiedades del marido por parte de la familia, incluyendo a la esposa. En los casos en que el esposo haya muerto de SIDA, esta práctica es peligrosa tanto para los hombres "purificadores" como las mujeres "purificadas". También se evita con esto que las mujeres hereden la propiedad, la cual ha sido la mayor fuente de ingresos de la familia.

En una pequeña aldea al oeste de Kenya, un grupo de viudas se están oponiendo a esta tradición con la ayuda de AMREF, una ONG con sede en Nairobi. Se han negado a tener sexo con un "purificador" y han aportado fondos para construir una ladrillera a fin de no depender de los hombres para su supervivencia. Hablan con quien quiera escucharlas sobre los problemas asociados a la "purificación", e incluso han logrado algunos cambios entre los hombres. "Lenta, muy lentamente debemos cambiar," dijo una anciana. "Antes decíamos que moriríamos por nuestras tradiciones. Incluso yo solía decir que la purificación era buena. Pero ahora veo que eso no ayuda en nada. Todas podemos morir si no acabamos con esa tradición."⁴

Libres de discriminación

La discriminación contra las mujeres es un hecho real en todo el mundo, que varía según la región y se manifiesta de diversas formas. En muchos países, las mujeres se enfrentan con el problema de encontrar y conservar un trabajo remunerado, o el de tener un ingreso similar al de los hombres. En algunos países las mujeres no tienen derecho de heredar la propiedad o son disuadidas de hacerlo, lo cual significa que una mujer sin la protección del hombre tiene muy pocas posibilidades para mantenerse y mantener a sus hijos. El estigma y el ridículo son una práctica común en muchos tribunales, y eso impide que las mujeres se defiendan legalmente, por lo que no hay avance en el cambio de una de las más grandes injusticias.

Los abusos a los derechos humanos que tienen que enfrentar a diario las mujeres, se pueden convertir en obstáculos insuperables cuando, además, está presente el VIH/SIDA. Uno de los efectos económicos más severos del VIH para las mujeres, ha sido la pérdida de

la propiedad. Un estudio realizado en Uganda con viudas que viven con VIH reveló que el 90 por ciento de las mujeres entrevistadas tienen dificultades con sus parientes políticos por la propiedad, y el 88 por ciento de las que viven en zonas rurales no logran sacar adelante las necesidades más apremiantes de sus hogares.⁵ También en Uganda, otro estudio reveló que el 37 por ciento de las viudas -comparado con el 17 por ciento de los viudos- han emigrado de sus casas originales porque no tenían derecho a heredar la propiedad de sus esposos y sus familias vivían en otros sitios.⁶

En diversas regiones, el derecho a heredar la tierra está vinculado a prácticas como las de la purificación. Muchas mujeres han sido expulsadas de los hogares que ellas ayudaron a pagar y construir, y han perdido la propiedad porque se negaron a tener relaciones con los purificadores. Debido a esto, Human Rights Watch ha calificado el problema de derechos de la tierra en África Subsahariana como "catastrófico", que conduce a las mujeres a terminar "sin hogar y a vivir en los barrios más pobres, pidiendo limosna para comprar agua y alimentos, imposibilitadas a tener acceso al cuidado de la salud o a pagar las cuotas escolares de sus hijos, y expuestas a un riesgo enorme de ser víctimas de abuso o explotación sexual."⁷

Las mujeres también tienen problemas para heredar o poseer una propiedad en la mayor parte de los países del sur de Asia, incluso en aquellos donde la propiedad es legal. De acuerdo con la Red de Mujeres que Viven con VIH del sur de la India, las viudas tienen por lo general el estatus más bajo dentro del hogar en condiciones normales, y difícilmente heredan la propiedad que compartieron con su esposo durante su matrimonio. Esto es igual en Bangladesh donde, de acuerdo con un estudio realizado en 1995, sólo el 32 por ciento de las viudas recibían la parte de la herencia que legítimamente les correspondía. Agregarle el VIH/SIDA a esta situación, despoja a cualquier mujer del poco estatus o derechos que haya tenido en el hogar. Las mujeres que se quedan viudas porque sus esposos murieron de VIH/SIDA o que ellas mismas viven con el virus, pueden ser expulsadas de sus hogares por sus parientes políticos, o enviadas a la casa de sus padres sin la dote, complicando así su manutención.⁸

UNA PARCELA PARA LA TRANQUILIDAD

Nyaradzo Makambanga intentó una vez de dejar a su esposo, pues él tenía relaciones sexuales con otras mujeres y difícilmente estaba en casa. Su familia insistía en que no se separara porque no podía devolverle a su marido el lobola (precio de la novia) que él había pagado por ella. Pero en 1998, cuando se enfermó, su esposo le dijo que se fuera y se negó a apoyarla. Finalmente su hermano le dio dinero para que buscara ayuda médica y pasó tres meses en un hospital, donde le hicieron las pruebas de VIH que resultaron positivas.

"Estaba destrozada, mis esperanzas y mis sueños habían terminado. Pensé que iba a morir y a dejar a mis hijos," recuerda Makambanga. Luego, escuchó hablar de la Red de Mujeres Zimbabwenses que Viven con VIH/SIDA y de su programa "Mujeres, Violencia y VIH/SIDA" Durante mi matrimonio no sabía que mi marido estaba abusando de mí. Ahora ya puedo hablar de ello," dijo Makambanga. Con la confianza recién adquirida y sabiendo que en realidad sí tenía derechos de

propiedad de la tierra, le solicitó al jefe de su aldea una parcela, quien estuvo de acuerdo, y con un préstamo del fondo revolvente de la Red Makambanga compró semillas y comenzó a sembrar.

Makambanga recibe ayuda médica para las enfermedades oportunistas a través de la Red, así como capacitación y apoyo económico y emocional. También trabaja con otras mujeres para que conozcan sus derechos. "No me gustaría ver otras mujeres pasando por los problemas que yo pasé por ignorancia. De haber sabido que a pesar de estar casada tenía derechos, no estaría viviendo con VIH," dijo Makambanga. "Lo que las mujeres necesitan es tranquilidad y una parcela para cultivar y ser igual que los hombres."

Fuente: Red de Mujeres Zimbabwenses que Viven con VIH/SIDA, 2000, Informe de Progreso del Fondo Fiduciario de UNIFEM para Apoyar Acciones para Eliminar la Violencia en Contra de las Mujeres, abril-septiembre de 2000, pág. 9; Actionaid Alliance, junio de 2002, *Speaking Out: On HIV and AIDS*, Bruselas.

Activistas del VIH/SIDA en Sudáfrica celebran la decisión del gobierno de la provincia de Kwazulu-Natal de distribuir el medicamento contra el SIDA, Nevirapine, que ayuda a prevenir la transmisión materno-infantil del virus.

Las leyes no son suficientes para cambiar estas circunstancias. Por ejemplo, en la India desde 1956 está en vigor una ley que permite que algunas mujeres hereden la propiedad de sus padres. A pesar de esta ley, las mujeres rara vez la heredan o desconocen sus derechos. De acuerdo con un informe presentado por los Servicios Voluntarios de Ultramar del Reino Unido (VSO por sus siglas en inglés), muchos abogados no saben interpretar esta ley que se refiere a los derechos de propiedad de las mujeres o no saben que un caso puede hacerse más expedito si se trata de una persona que vive con VIH/SIDA.⁹

El cambio se está dando lentamente, aunque es probable que se acelere cuando se entienda el vínculo que hay entre la discriminación y el VIH. Los instrumentos internacionales de

derechos humanos pueden dar estructura y dirección a los esfuerzos que realizan las activistas. Por ejemplo, el Comité de la CEDAW hizo un llamado a los gobiernos para que no sólo aprueben leyes, sino que implementen medidas para eliminar las barreras que dificultan a las mujeres actuar con base a sus derechos. En los casos en que las mujeres pobres de zonas rurales no tengan acceso a una representación legal, se espera que los gobiernos busquen la forma de darles subsidios o asesoría legal gratuita aún en zonas aisladas.

En África Subsahariana, el Protocolo Facultativo de los Derechos de las Mujeres de 2003, fue añadido la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, gracias al cabildeo realizado por varios abogados, incluyendo a Julienne Ondziel-Gnelenga, una abogada congoleña que anteriormente fue Relatora Especial de la Comisión Africana para los Derechos de las Mujeres en África. Ondziel-Gnelenga trabajó durante siete años para lograr que el protocolo estuviese escrito y aprobado. Sus garantías incluyen los derechos de propiedad y herencia, el derecho al cuidado de la salud reproductiva y a vivir libre de prácticas perjudiciales y de la violencia de género. "Estamos conscientes de que no será fácil implementar el acuerdo," dijo Ondziel-Gnelenga, "pero una base legal de esta índole es vital."¹⁰

Aún antes de que el protocolo fuese aprobado, algunos países, incluyendo Rwanda, habían aceptado ampliar los derechos humanos de las mujeres. El genocidio de 1994 dejó a Rwanda profundamente dañado, era una nación que estaba siendo reconstruida por las mujeres, quienes cultivaban

la tierra que no tenían derecho a poseer. La Ley de Propiedad de Rwanda aprobada en 1999 es un esfuerzo para cambiar esta situación, al dar a las viudas el derecho a heredar la tierra de su difunto esposo y garantizar derechos equitativos de propiedad tanto a los hijos como a las hijas. A pesar de la importancia de reconocer los derechos de las jóvenes y de las mujeres en relación a este tema, la implementación se ha visto obstaculizada debido a que el derecho consuetudinario aún predomina en algunas partes del país y las mujeres son desheredadas. Las activistas de derechos humanos de Rwanda advierten que es fundamental hacer una campaña a nivel nacional para informar tanto a hombres como a mujeres



© Rajesh Jantila—AFP/Getty

sobre los derechos de propiedad de ellas, si lo que se pretende es que esta ley tenga algún impacto.¹¹

Por último, la implementación y la ejecución son esenciales. La voluntad política de implementar las leyes aprobadas y vigentes es fundamental para asegurar los derechos humanos de las mujeres. Sin embargo, esta voluntad fácilmente se desvía por inestabilidades económicas, amenazas militares y recursos limitados. Desde hace mucho tiempo se reconoce que asegurar los derechos humanos de las mujeres es esencial para el crecimiento y el desarrollo. Ahora, con el VIH/SIDA diezmando naciones enteras, es fundamental para la supervivencia garantizar esos derechos. Depende de que las autoridades responsables de formular políticas aseguren un lugar digno a estos derechos humanos junto a las metas de desarrollo más reconocidas.

ACUERDOS Y COMPROMISOS SOBRE DERECHOS HUMANOS

1979 Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW):

El Artículo 10 estipula que los Estados Partes deben adoptar medidas para asegurar la igualdad de derechos de las mujeres con el hombre en la esfera de la educación. Entre las disposiciones del Artículo 12 se prevé eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios médicos, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. El Artículo 16 estipula que se adoptarán las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el contexto del matrimonio y de las relaciones familiares.

1993 Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción ("Declaración de Viena")

El Artículo 41 reconoce la importancia de los derechos de la mujer para disfrutar de los estándares más altos de salud mental y física a lo largo de su vida. En este documento hay declaraciones relevantes relacionadas con los derechos humanos de las mujeres y la violencia en contra de la mujer.

1993 Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres

El Artículo 4 hace un llamado a los Estados para condenar la violencia contra las mujeres, y no invocar ningún tipo de costumbre, tradición o consideración religiosa para evadir sus obligaciones con respecto a su eliminación. Los Estados deben luchar con todos los medios a su alcance y sin ninguna demora por una política para eliminar la violencia en contra de la mujer.

1994 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), Programa de Acción:

El Artículo C, Capítulo 7 se refiere a las enfermedades de transmisión sexual y a la prevención del VIH desde la perspectiva de la vulnerabilidad de la mujer hacia la epidemia, estableciendo recomendaciones clave para abordar el problema del VIH en los servicios de salud reproductiva.

1995 Cuarta Conferencia sobre la Mujer ("Beijing"), Declaración y Plataforma de Acción:

El Objetivo Estratégico C.3 es "Emprender iniciativas sensibles al género que se enfoquen hacia las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y los temas de salud sexual y reproductiva".

2000 Declaración del Milenio y Metas de Desarrollo:

La Meta 3 demanda a las naciones "Promover la igualdad de género y otorgar poderes a las mujeres" y la Meta 6 es "Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades".

2001 Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA, Declaración de Compromiso:

El Artículo 14 de la Declaración subraya "que la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres son elementos fundamentales para reducir la vulnerabilidad de las mujeres y las jóvenes hacia el VIH/SIDA."

Capítulo 8



© M. Galustov—TASS/Sovfoto

Participantes de una "Marcha por el respeto a la vida" que fue el inicio del Día Mundial contra el SIDA, el 1 de diciembre de 2003 en Moscú.

PROYECTAR EL CAMINO HACIA ADELANTE

Cuando aparezca este informe, el creciente impacto del VIH/SIDA en mujeres jóvenes, adolescentes y adultas se habrá convertido en una situación de emergencia, particularmente en el sur de África. Se requiere de un esfuerzo masivo y concertado dirigido a las necesidades de las mujeres y las adolescentes, así como a las violaciones de los derechos humanos y a las inequidades de género que conducen a la epidemia. Es fundamental incrementar la participación de hombres y varones jóvenes. El auténtico reto es la voluntad política, el compromiso y la responsabilidad. Pero las metas no podrán lograrse sin los recursos necesarios -no sólo incrementando el monto de los fondos disponibles en el mundo, sino asegurando que los fondos que hay actualmente se invierten en programas sensibles al género que beneficien a todas las mujeres.

El momento para la acción no sólo ha llegado, sino que ya nos ha rebasado. Es imperativo recuperar el tiempo perdido y avanzar a escala mundial.

Se requiere de una acción inmediata en las siguientes áreas clave. En cada una de ellas deberán involucrarse las mujeres y la jóvenes, especialmente aquellas que viven con el VIH/SIDA.

ACCIONES INMEDIATAS:

Apoyar a las mujeres que viven con VIH, a sus organizaciones y redes

- Escuchar, responder e incluir las voces y demandas de las mujeres que viven con VIH y SIDA, apoyando sus esfuerzos para hacer cambios importantes en las políticas, las estrategias y las leyes, así como financiar programas a nivel nacional, incluyendo las iniciativas que surjan en las comunidades.

Verificar que el dinero asignado al SIDA se invierta en las mujeres

- Asegurar que haya programas financiados en su totalidad que respondan a las necesidades y a las circunstancias de las mujeres -en prevención, tratamiento, atención en la comunidad, educación, violencia y derechos humanos.
- Asegurar que los nuevos financiamientos y los ya existentes se canalicen rápidamente hacia estos programas, para lo cual es necesario dar seguimiento y monitorear el flujo de recursos a fin de tener la certeza de que las jóvenes y las mujeres se benefician de ellos.
- Hacer un análisis de género en cada etapa del diseño, implementación y evaluación de políticas, para asegurarse de que todas las formas de discriminación son eliminadas, y que los derechos humanos de las mujeres se protegen y promueven.

- Hacer ejercicios presupuestarios con perspectiva de género para asegurar que las asignaciones corresponden a los compromisos políticos.

Asegurar que las jóvenes adolescentes y las mujeres tengan el conocimiento y los medios para prevenir la infección del VIH

- Instituir campañas de promoción y comunicación sensibles al género para la población en general que:
 - proporcionen información básica sobre la prevención del VIH/SIDA.
 - eliminen los mitos más perjudiciales y los estereotipos de masculinidad y feminidad que sustentan actitudes y conductas destructivas.
 - adviertan que el matrimonio no necesariamente significa estar protegidos de la transmisión del VIH/SIDA.
 - involucren tanto a mujeres como a hombres jóvenes en la promoción y difusión de programas de salud reproductiva.
- Empoderar económicamente a las mujeres y a las jóvenes proporcionándoles acceso a créditos y a empresas, así como proporcionarles habilidades de liderazgo para romper con el círculo de la pobreza, de la inequidad de género y de la vulnerabilidad hacia el VIH.
- Facilitar el acceso de las mujeres a condones femeninos y masculinos, y capacitarlas para negociar su uso. Aumentar la disponibilidad de agujas y jeringas desechables y los programas para reducir el riesgo de los usuarios de drogas intravenosas.
- Proporcionar información sobre la prevención del VIH en todas las instalaciones de salud pública.

Asegurar el acceso equitativo y universal al tratamiento

- Asegurar que las mujeres tengan acceso equitativo al tratamiento y a los recursos a través de la campaña "3 por 5" de la OMS/ONUSIDA.
- Asegurar el acceso universal a la asesoría y a las pruebas voluntarias, buscando eliminar el estigma, la discriminación y la violencia de género, y promover las pruebas del VIH en matrimonios, así como terapias de pareja y mantener la confidencialidad.
- Fortalecer y ampliar los servicios de salud reproductiva y sexual, así como la capacitación de los trabajadores del comercio sexual para ofrecerles tratamiento y asesoría sobre la prevención del VIH/SIDA.
- Investigar y difundir ampliamente los resultados sobre los efectos que a corto y largo plazo tienen los medicamentos antirretrovirales en mujeres e infantes utilizados para prevenir la transmisión materno-infantil.

Promover la educación primaria y secundaria para las niñas y el alfabetismo entre las mujeres

- Eliminar las cuotas escolares para mantener a las jóvenes en las escuelas.

- Promover la tolerancia cero a la violencia contra las mujeres y las jóvenes en las escuelas, así como políticas en contra del acoso sexual, aplicando sanciones penales firmes y expeditas para quienes abusen de ellas.
- Educar en la formación de habilidades para la vida dentro y fuera de las escuelas, fomentando entre los jóvenes el respeto mutuo y equitativo.
- Ampliar las clases de alfabetismo para las mujeres de todas las edades.

Reconocer y apoyar a las personas que cuidan a los pacientes y a los huérfanos del SIDA

- Crear mecanismos de protección social para las personas que apoyan a las mujeres con el fin de aliviar la carga tan pesada que representa el cuidado de los enfermos y de los huérfanos.
- Realizar campañas para hacer más visible la carga que representa para las mujeres estos cuidados, y estimular a la población para que comparta la responsabilidad del hogar y del cuidado de los enfermos.
- Brindar capacitación, asesoría y apoyo psicológico a las personas encargadas de la atención de los enfermos y a los voluntarios.
- Fortalecer los servicios de salud pública y las instalaciones de asistencia que ayudan a aliviar la carga de trabajo tanto de la comunidad como de los hogares.
- Asignar fondos para los trabajos de jardinería, cocina y otras actividades comunales que apoyen y/o reemplacen las tareas y las responsabilidades del hogar.

Promover la cero tolerancia a todas las formas de violencia contra las mujeres (VAW) y las niñas

- Promover el diálogo con los líderes religiosos y de la comunidad acerca de la dignidad humana y los efectos negativos que tiene la violencia en contra de las mujeres y las jóvenes.
- Desarrollar amplias campañas en los medios locales para combatir la violencia contra las mujeres y las jóvenes, y promover la tolerancia cero en los hogares y en las comunidades.
- Involucrar activamente a los hombres en las campañas, enfocándose hacia los modelos y el comportamiento masculinos que incrementan el riesgo de contraer el VIH.
- Promover servicios de asesoría para mujeres y jóvenes que hayan vivido violencia sexual a fin de sobreponerse al trauma y reducir las consecuencias a largo plazo.
- Asegurar que las respuestas humanitarias a las situaciones de crisis incluyan los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la asesoría.
- Proporcionar acceso fácil y gratuito a la profilaxis post-exposición (PEP) a todas las víctimas de violación, de 24 a 72 horas después de haber estado expuestas.

Promover y proteger los derechos humanos de las mujeres y las jóvenes

- Revisar y analizar las leyes y las prácticas tradicionales para proteger y promover los derechos de las mujeres y las jóvenes conforme a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y asegurar su implementación.
- Incluir los informes de país para el Comité de las Naciones Unidas a cargo del monitoreo de la información de la CEDAW, tanto lo relacionado con la violación de los derechos humanos de las mujeres vinculados al VIH/SIDA como con las medidas que hayan sido tomadas para reparar esas violaciones.
- Proteger y promover los derechos de propiedad y herencia de las mujeres, así como la restitución de los bienes confiscados, y proporcionar refugios y hogares alternos.
- Apoyar la creación de servicios legales gratuitos o a precios accesibles, incluyendo la capacitación de asistentes legales, para proteger los derechos humanos de las mujeres y las jóvenes afectadas por el VIH/SIDA.

CONCLUSIÓN

Se requiere de un liderazgo firme para estar concientes de que las inequidades de género son un eje central de la epidemia del VIH/SIDA y para revertir la propagación de esta enfermedad. Jefes de Estado, funcionarios de gobierno, autoridades responsables de la formulación de políticas, y líderes religiosos y comunitarios deben manifestarse de manera decidida y en forma apremiante sobre la necesidad de proteger a las mujeres y a las jóvenes de la violencia y la discriminación, y hacer del género y el VIH/SIDA una prioridad visible.

Sin embargo, sólo el liderazgo no puede resolver la crisis. Los gobiernos y las autoridades responsables de la formulación de políticas económicas deben redireccionar los recursos que ya existen para dirigirlos hacia las necesidades y la realidad de las mujeres y las jóvenes, y la comunidad internacional en su conjunto deberá asignar nuevos recursos. Más importante aún es que los funcionarios de gobierno a todo nivel garanticen que estos fondos estén a disposición de los programas para mujeres y jóvenes afectadas por el VIH/SIDA donde más sea necesario.

Sin el liderazgo y la voluntad política ni el financiamiento necesario, la situación de las mujeres y las jóvenes continuará deteriorándose, y el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2010 -especialmente el de erradicar la pobreza extrema- no se lograrán. No podemos continuar viendo a las mujeres como víctimas; es tiempo de reconocer y apoyar su fortaleza. Las estrategias para revertir la epidemia del SIDA no pueden tener éxito a menos que las mujeres y las jóvenes estén empoderadas para reclamar sus derechos.

UNA RED POSITIVA PARA LAS MUJERES: Kousalya Periasamy tenía 19 años cuando se casó. Siempre había soñado con el matrimonio y tener hijos, pero algunas semanas después de su boda, su esposo le dijo que tenía el virus del VIH. "Fue muy cruel de su parte casarse conmigo porque desde antes de la boda él sabía que tenía la infección. Los médicos le dijeron que no se casara, pero no les hizo caso," comentó.

Siete meses más tarde murió su esposo, el legado que le dejó fue el VIH y el estigma que lo rodea. Periasamy se vio forzada a dejar su hogar e irse con unos parientes porque el miedo y el rechazo público al que se enfrentaba por ser una mujer con VIH. "Todos mis sueños estaban hechos pedazos," dijo "sólo me quedaba esperar a la muerte." Pero en la medida que pasó el tiempo, empezó a volver a la vida y decidió que su legado sería diferente al de su esposo de ocultamiento y engaño, por lo que decidió educar a mujeres jóvenes como ella.

Periasamy empezó a aparecer en público, hablando en escuelas y en asambleas, y en ocasiones también en la televisión cuando los medios se percataron de sus esfuerzos. Asimismo, comenzó a visitar a otras mujeres que vivían con VIH, tratando de convencerlas de que también se presentaran en público. Muchas de ellas no estaban preparadas aún para enfrentarse al rechazo social como el que enfrentaba Periasamy por haberse atrevido a hablar públicamente sobre su estatus.

Cuando Periasamy se fue a vivir a Madrás, descubrió la Red India de Personas que Viven con HIV/SIDA (INP Plus), una ONG que la inspiró para crear un grupo específico de mujeres. Con la ayuda de esta ONG, realizó su primera sesión de la Red de Mujeres que Viven con VIH al sur de la India, y llegaron 18 para hablar de sus vidas y del impacto que había tenido el VIH en ellas. Ahora el número de integrantes asciende a cientos de mujeres y a sus reuniones asisten médicos, nutriólogos y trabajadores sociales. Los miembros también tienen acceso a asesoría y servicios sociales.

"La mayoría de nuestras miembros son amas de casa," dijo Periasamy. "Les aconsejamos que salgan a buscar empleo, pues si se quedan sentadas sólo estarían dándole vueltas a sus problemas. Las viudas son las que están en peores circunstancias, pues tienen que cuidar a sus hijos y darles una educación. Esto es particularmente difícil si también estás enferma."

"Pensé que sería incapaz de volver a soñar, pero ahora tengo un sueño; sueño con ayudar a quienes son infelices; la gente debería de saber todo acerca del virus del VIH. ¡Quiero que todo mundo esté conciente de la enfermedad para que nadie esté expuesto en el futuro a este virus!" dijo Periasamy

"En la adolescencia, sólo aparecía yo en mis sueños, pero ahora hay mucha gente."

Fuente: *The Rediff Special/Soba Warrior*. www.rediff.com/news/2001/dec/01spec.htm; interview, julio de 2003.

NOTAS FINALES

CAPÍTULO 1: ENFRENTARSE A LA CRISIS

- 1 Esta sección se basa principalmente en ONUSIDA/OMS. AIDS Epidemic Update, diciembre 2003, además de la estimación del ONUSIDA/OMS para el 2004.
- 2 Centros para el Control de Enfermedades, 2003. Fact Sheet: HIV/AIDS Among US Women: Minority and Young Women at Continuing Risk. Atlanta, Georgia. www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/women.htm.
- 3 Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH/SIDA (ICW por sus siglas en inglés) www.icw.org.
- 4 Para mayor información, ver www.un.org/ga/aids/coverage/.
- 5 Para mayor información, ver www.un.org/millenniumgoals

CAPÍTULO 2: PREVENCIÓN

- 1 Grupo de Trabajo Mundial para la Prevención del VIH. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. www.gatesfoundation.org/GlobalHealth y www.kff.org/hivaids/200305-index.cfm.
- 2 UNICEF. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*. Nueva York. pág. 26.
- 3 Servicios Voluntarios de Ultramar del Reino Unido (VSO). 2003. *Gendering AIDS: Women, Men, Empowerment, Mobilisation*. Londres, pág. 11. www.vso.org.uk/advocacy/gendering_aids.pdf.
- 4 Proyecto apoyado por el FNUAP, informe no publicado.
- 5 Osava, Mario. 2004. AIDS Spreading Six Times Faster Among Teenage Girls. Río de Janeiro: Inter Press Service. 11 de marzo.
- 6 VSO. 2003. op. cit. p. 10.
- 7 Instituto Alan Guttmacher. 2003. A, B and C in Uganda: Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline. Nueva York y Washington, D.C. www.guttmacher.org.
- 8 Kaleeba, Noerine. 2004. Women and AIDS: Challenges and hopes for affected communities. Discurso en la sede de las Naciones Unidas. 8 de marzo. www.tasouganda.org/index.php.
- 9 Glynn, J.R. et al. 2003. HIV Risk in Relation to Marriage in Areas With High Prevalence of HIV Infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*. 33(4): 526-535; Glynn, J.R. et al. 2001. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia, *JAIDS*. 15 (suplemento 4): S51-S60.
- 10 OPS. Fact Sheet: Gender and HIV/AIDS. www.paho.org/english/hdp/hdw/GenderandHIVFactSheet.pdf.

- 11 Russel, Sabin. 2004. Inequality called key in AIDS gender gap: UN official urges empowerment of world's women." *San Francisco Chronicle*. 10 de marzo.
- 12 UNIFEM. 2001. Gender Dimensions of HIV/AIDS in India. En *Summaries of Community-based Research on the Gender Dimensions of HIV/AIDS*. Nueva York.
- 13 UNICEF. 2002. op.cit. pág. 18.
- 14 Grupo de Trabajo Mundial para la Prevención del VIH. 2003. op.cit. pág. 2.
- 15 Stover, J. et al. 2002. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*. 6 de julio. Vol. 360.
- 16 FIPF/FNUAP. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Provider*. www.unfpa.org/publications/index.
- 17 Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS). 2001. Fact Sheet: Global Crisis -Global Action: Mother-to-Child Transmission of HIV. www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/pdf/fsmotherchild_en.pdf.
- 18 USAID. HIV/AIDS Fact Sheet, 2003. www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/News/aidsfaq.html.
- 19 OMS. 2001. Effect of Breastfeeding on Mortality among HIV-Infected Women. www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/Effect_of_Breastfeeding_on_Mortality.htm.
- 20 FIPF/FNUAP. 2004. op.cit.
- 21 FNUAP. 2003. Presentación de Gheskio. Taller Regional sobre VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Ciudad de México. 20-24 de octubre.
- 22 Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/SIDA en África Meridional del Secretario General de las Naciones Unidas. 2004. *Facing the Future Together*. Nueva York. pág. 44.
- 23 Davis, K.R. y S.C. Weller. 1999. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Family Planning Perspectives*. noviembre-diciembre 31(6): 272-9.
- 24 Grupo de Trabajo Mundial para la Prevención del VIH. 2003. op.cit. pág. 2.
- 25 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. 2003. Cartel mural: World Contraceptive Use.
- 26 Female Health Company (Brasil) www.femalehealth.com/Brazil.htm.

- 27 Family Health International. Female Condom Acceptability and Sustained Use. Resúmenes de la Investigación del FHI sobre el uso del condón femenino. No. 4. www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/index.htm.
- 28 Bal Nath, Madhu. 2000. *How to Empower Women to Negotiate Safe Sex: A Resource Guide for NGOs*. Nueva Delhi: Har-Anand. págs. 28-29.
- 29 ICW.2004. Voices and Choices. Presentación en Power Point sin publicar. www.icw.org/.
- 30 Grupo de Trabajo de la Fármaco-Economía de la Fundación Rockefeller. 2002. The Economics of Microbicide Development: A Case for Investment. www.rockfound.org/Documents/488/rep3_economics.pdf.

CAPÍTULO 3: TRATAMIENTO

- 1 Información basada en los cálculos del ONUSIDA/OMS para el 2004, a partir del 21 de junio del mismo año.
- 2 Equinet/Oxfam. 2004. Principles, Issues and Options for Strengthening Health Systems for Treatments Access and Equitable Responses to HIV and AIDS in Southern Africa: Summary of evidence an issues from a programme of research and a regional meeting. Discussion Paper Number 15. Harare, Zimbabwe. www.equinet africa.org/pubs.php.
- 3 IRIN/PlusNews. 2004. Zambia: The Ultimate Sacrifice. www.plusnews.org/wespecials/womensday/zam040305.asp.
- 4 Ibid.
- 5 Derechos de África. 2004. *Rwanda: Broken Bodies, Torn Spirits: Living with Genocide, Rape and HIV/AIDS*. Kigali.
- 6 Fleischman, Janet. 2004. *Breaking the Cycle: Ensuring Equitable Access to HIV Treatment for Women and Girls*. Washington, D.C. Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales. pág. 11.
- 7 Ibid.
- 8 Ministerio de Salud. Gobierno de Brasil. 2001. *Boletim Epidemiológico AIDS*. www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_set_2001/tab1.htm.
- 9 Bant, Astrid. Asesora regional de UNIFEM para el VIH/SIDA, Brasil. Entrevista. 3 de febrero de 2004.
- 10 Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. 2004. Media Backgrounder: AIDS treatment -a focus on "3 by 5" www.unaids.org/en/events/coalition_women_and_aids.asp.
- 11 IRIN/PlusNews. 2004.

- 12 Fleischman. 2004. op. cit.
- 13 OMS. Profilaxis post exposición. www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/. Mapa del SIDA. 2004. Treatment to prevent infection -PEP. www.aidsmap.com/treatments/ixdata/english/082ab2c6-5bcc-4ddd-ac7e-8e56c570228a.htm.
- 14 Grupo de Trabajo Mundial para la Prevención del VIH. 2003. op.cit. pág. 6.
- 15 Attawell, Kathy y Jackie Mundy. 2003. Provisions of ART in resource limited settings: a review of experience up to August 2003. DFID Health System Resource Centre. OMS/DFID www.who.int/3by5/publications/documents/dfid/en/; Center for Health and Gender Equity (CHANGE). 2004 AIDS, and ARV Therapies: Ensuring that Women Gain Equitable Access to Drugs within US Funded Treatment Initiatives. Takoma Park, MD. www.genderhealth.org.
- 16 Ver www.spym.org.
- 17 Askew, Ian y Marge Berer. 2003. The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV/AIDS: A Review. *Reproductive Health Matters*. 11(22):67.
- 18 Ver, www.lovelife.org.za/corporate/index.html.
- 19 Lewis, Stephen. 2004. Women, AIDS and Aparthy. Discurso en la Conferencia de Microbicidas en 2004. Londres. 30 de marzo.
- CAPÍTULO 4: CUIDADOS**
- 1 Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. 2004. Media Backgrounder: Care, Women and AIDS. www.unaids.org/en/events/coalition_women_and_aids.asp.
- 2 Nakiyingi, J.S. et al. 2003. Child survival in relation to mother's HIV infection and survival: Evidence from a Ugandan cohort study. *AIDS* 17(12):1827-1834.
- 3 Lewis, Stephen y James T. Morris. 2003. "Lesotho, Malawi, Zambia y Zimbabwe. Informe de Misión de las Naciones Unidas.
- 4 Booyesen, Frederick y Max O. Bachmann. 2003. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: A cohort study. *Public Health*. 3(1):14.
- 5 Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/ SIDA en África Meridional del Secretario General de las Naciones Unidas. 2004. op.cit. pág. 38.
- 6 UNIFEF. 2003. *Africa's Orphaned Generations*. Nueva York. www.unicef.org.
- 7 Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. 2004. Care, Women and AIDS. op.cit.
- 8 HelpAge International and the International HIV/ AIDS Alliance. 2003. *Forgotten Families: Older People as Carers of Orphans and Vulnerable Children*. pág. 13.
- 9 Grupo de Trabajo sobre la Mujer, la Niña y el VIH/ SIDA en África Meridional del Secretario General de las Naciones Unidas. 2004. op.cit. pág. 38
- 10 Farmer, Paul. 2002. Introducing ARVs in Resource -poor Settings. Discurso en la Sesión Plenaria. Conferencia Mundial contra el SIDA. Barcelona. 11 de julio.
- 11 Blinkhoff. Petri et al. 1999. *Under the Mupundu Tree: Volunteers in home care for people with HIV/ AIDS and TB in Zambia's Copperbelt*. Londres: ActionAid. pág. 21.
- 12 Ibid. p. 18.
- 13 Ver, [www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/News Archive](http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/NewsArchive).
- 14 Welbourn, Alice. 1995. *Stepping Stones: A Training Package on HIV/AIDS, Gender Issues, Communication and Relationship Skills*. Londres: ActionAid.
- 15 Para información sobre el programa, ver Women's Global Health Imperative. www.wghi.org/.
- 16 Ver, www.uweso.org.
- 17 Ver, www.engenderhealth.org/ia/wwm/pdf/map-sa-interview.pdf.
- CAPÍTULO 5: EDUCACIÓN**
- 1 Campaña Mundial para la Educación. 2004. *Learning to Survive: How Education for All would save millions of young people from HIV/AIDS*. pág. 2.
- 2 Ibid.
- 3 Vandermoortele, J. y E. Delamonica. 2000. Education "vaccine" against HIV/AIDS. *Current Issues on Education*. 3(1).
- 4 UNICEF. 2002. Child Labour and School Attendance in Sub-Saharan Africa: Empirical evidence from UNICEF's Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). División de Políticas y Planeación, Sección de Información Estratégica (borrador para publicación interna). Nueva York. pág. 17.
- 5 Ibid. p. 26.
- 6 Banco Mundial. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C. pág. 7.
- 7 Over, M. 1998. The effects of societal variables on urban rates of HIV infection in developing countries: An exploratory analysis. En Ainsworth, M., L. Franssen y M. Over, Editores. *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*. Bruselas y Washington, D.C.: Comisión Europea y Banco Mundial.
- 8 Herz, B. y G. Sperling. 2004. *What Work in Girls Education*. Washington, D.C. Centro de Relaciones Exteriores.
- 9 Proyecto del Milenio. 2004. *Informe Interno del Equipo de Tareas número 3 sobre la Equidad de Género*. www.unmillenniumproject.org/documents/tf3genderinterim.pdf.
- 10 Ibid. p. 26.
- 11 Oficina de Información Demográfica. 2000. "La Juventud Mundial en el 2000." Washington, D.C. Citado por en el FNUAP. 2003. *Estado de la Población Mundial 2003*. Nueva York.
- 12 Hogle, J.A. et al. 2002 What Happened in Uganda: Declining HIV Prevalence, Behavior Change and the National Response. *Project Lessons Learned Case Study*. Washington, D.C.: USAID.
- 13 Ver www.straight-talk.org.ug/.
- 14 Por ejemplo: El proyecto Botswana -una colaboración entre el Gobierno de Botswana y los Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades. www.cdc.gov/nchstp/od/gap/countries/botswana.htm.
- 15 Banco Mundial. 2002. op.cit. Washington, D.C.
- 16 Bruns, B., A. Mingat y R. Rakotomalala. 2003. *Achieving Universal Primary Education by 2015: A chance for Every Child*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 17 Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. Educational enrollment and attainment in India: Household wealth, gender, village, and state effects. *Journal of Educational Planning and Administration*. Julio.
- 18 Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. 2004. Media Backgrounder: AIDS and Girls' Education. www.unaids.org/en/events/coalition_women_and_aids.asp.
- 19 UNICEF/ONUSIDA. 2003. UNICEF, UNADIS applaud milestone in coordinated global response to children orphaned due to AIDS. Comunicado de prensa conjunto. Ginebra. 21 de octubre. www.unicef.org/media/media_15081.html.
- 20 UNICEF. 2004. *Estado de la Niñez del Mundo 2004: Niñas, Educación y Desarrollo*. Nueva York. pág. 50.
- 21 Alleyne, Sir George. 2004. Stigma and Social Ostracism against Girls and Women: The Economic Aspects of HIV/AIDS in the Caribbean. Discurso en la sede de las Naciones Unidas. 8 de marzo.
- 22 Halon. L.T. et al. 2000. *A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean*. Minneapolis, MN: Universidad de Minnesota y OPS.
- 23 Citado en el Proyecto del Milenio. *Equipo de Tareas número 3. Informe Provisional sobre Equidad de Género*. op.cit. 65.
- 24 Omar. R. y A. DeWall. 1994. Crimes Without Punishment: Sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. Documento para discusión No. 4. Londres: Derechos de África.
- 25 Mensch, B.S. y C.B. Lloyd. 1997. Gender Differences in the Schooling Experiences of Adolescents in Low Income Countries: The Case of Kenya. Documento de trabajo N° 95 de la División de Investigación de Políticas. Nueva York: El Consejo de Población.

26 UNICEF. 2004. op.cit. pág. 35.

CAPÍTULO 6: VIOLENCIA

- 1 OMS. 2002. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Ginebra; Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. 1999. *Ending Violence Against Women*. Population Reports. Series I, No. 11. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Public Health. pág. 1
- 2 Amnistía Internacional. 2004. Marked for Death': *Rape survivors living with HIV/AIDS in Rwanda*. web.amnesty.org/library/index/engaf470072004.
- 3 FNUAP. Fast Facts on Gender Issues: Gender-based Violence. www.unfpa.org/gender/facts.htm
- 4 ONUSIDA. 2003. *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic*. www.unaids.org/ungass/en/global/ungass00_en.htm.
- 5 Dunkle, Kristin L. et al. 2004. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending ante-natal clinics in South Africa. *The Lancet*. 363(9419):1415.
- 6 Maman, S. et al. 2002. HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*. 92(8): 1331-7.
- 7 OMS. 2002. op.cit. pág. 152.
- 8 Citado en ibid. pág. 149.; Jewkes, R. et al. 2001. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*. 5: 733-744; Matasha, E. et al. 1998. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mawaanza, Tanzania: Need for intervention. *AIDS Care*. 10:571-582; Buga, G. et al. 1996. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*. 86:523-527.
- 9 Departamento de Estado de los Estados Unidos de América. 2003. *Trafficking in Human Persons Report*. Washington, D.C. pág. 7.
- 10 Women as Chattel: The Emerging Global Market in Trafficking. *Gender Matters Quarterly*. Febrero de 1999.
- 11 Human Rights Watch. 2002. *Suffering in Silence: The Links Between Human Rights Abuses and HIV Transmission to Girls in Zambia*. www.hrw.org/reports/2003/zambia/.
- 12 Human Rights Watch. 2002. *The War Within the War: Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo*. pág. 2. www.hrw.org/reports/2002/drc/.
- 13 ONUSIDA. 2003. op.cit. pág. 5.
- 14 Ver www.femnet.org.ke/.
- 15 www.engenderhealth.org/ia/www/index.html.
- 16 Ver www.promundo.org.br/english/.
- 17 Aimakhu, C.O. et al. 2004. Current causes and management of violence against women in Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 24(1):58-63.
- 18 Fleischman. 2004. op.cit. pág. 13.
- 19 Comité Permanente entre Organismos (IASC por sus siglas en inglés) Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings. 2003. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 20 Ver www.avega.org.rw.
- 4 Wax, Emily. 2003. Kenyan Women Reject Sex 'Cleanser': Traditional Requirement for Widows is Blamed for Aiding the Spread of HIV/AIDS. *The Washington Post*. 18 de agosto.
- 5 Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. 2004. Media Backgrounder: AIDS and Female Property/Inheritance Rights. www.unaids.org/en/events/coalition_women_and_aids.asp.
- 6 Ntozi, James P.M. 1997. Widowhood, remarriage and migration during the HIV/AIDS epidemic in Uganda. *Health Transition Review* 7 (Suppl.): 125-144.
- 7 Human Rights Watch .Fact Sheet: HIV/AIDS and Women's Property Rights in Africa. www.hrw.org/campaigns/women/property/ aids-factsheet.htm.
- 8 VSO. 2003. op. cit.
- 9 Ibid. p. 33.
- 10 www.planetwire.org/details/4221.
- 11 Saibi, Zainab. 2003. The Lack of Women's Property Inheritance Rights in Africa. Testimony before the Congressional Human Rights Caucus. 10 de abril.

CAPÍTULO 7: DERECHOS DE LAS MUJERES

- 1 Ver www.unfpa.org/adolescents/gender.htm.
- 2 Ver www.tostan.org/.
- 3 UNICEF. 2004. op.cit. pág. 20