

Mantener la promesa: Un programa para la acción sobre la mujer y el SIDA



Una iniciativa del ONUSIDA

**La Coalición Mundial sobre
la Mujer y el SIDA**

La Coalición Mundial sobre la Mujer y el

SIDA fue creada por el ONUSIDA en 2004 para responder a la feminización creciente de la epidemia de VIH y la constatación cada vez más obvia de que las estrategias en vigor sobre el SIDA no abordaban de forma adecuada las necesidades de las mujeres.

La Coalición, una alianza formada por grupos de la sociedad civil, redes de mujeres que viven con el VIH y organizaciones de las Naciones Unidas, trabaja a nivel mundial y nacional con miras a promover una mejor programación sobre el SIDA para las mujeres y niñas. Se centra en varias cuestiones fundamentales:

- Prevenir nuevas infecciones por el VIH mejorando el acceso a la atención de salud reproductiva.
- Promover un acceso equitativo a la atención y tratamiento del VIH.
- Asegurar el acceso universal a la educación.
- Asegurar los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres.
- Reducir la violencia contra las mujeres.
- Asegurar un apoyo adecuado al trabajo asistencial de las mujeres.
- Fomentar una mayor investigación y financiación de métodos de prevención del VIH controlados por la mujer.
- Promover el liderazgo de las mujeres en la respuesta al SIDA.

Para más información, póngase en contacto con el ONUSIDA o visite <http://womenandaids.unaids.org>.



Índice

EL PROGRAMA

3

LAS PROMESAS

6

VELAR POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

9

**INVERTIR MÁS DINERO EN PROGRAMAS DEL SIDA
DIRIGIDOS A LA MUJER**

13

ASIGNAR MÁS PUESTOS DIRECTIVOS A LA MUJER

23

SEGUIR AVANZANDO

27

REFERENCIAS

28

**«Toda estrategia sobre
el SIDA debería superar
la prueba:
¿funciona para las mujeres?»**

***Dr. Peter Piot,
Director Ejecutivo, ONUSIDA***

El programa

El SIDA está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas: mundialmente, representan cerca del 50% de todas las personas que viven con el VIH. Cerca de 25 años después de haberse iniciado la epidemia, las desigualdades entre los sexos y la baja condición social de la mujer siguen siendo dos de los principales factores impulsores del VIH. Sin embargo, las respuestas actuales al SIDA no abordan, en conjunto, los factores sociales, culturales y económicos que exponen a las mujeres al riesgo de contraer el VIH y les imponen de forma desproporcionada las consecuencias de la epidemia. Las mujeres y niñas tienen menos acceso a la educación y a información sobre el VIH; por lo general no gozan de igualdad en el matrimonio y las relaciones sexuales, y continúan siendo las principales cuidadoras de los miembros de la familia y la comunidad que sufren enfermedades relacionadas con el SIDA. Para ser más eficaz, la respuesta al SIDA debe tener en cuenta los factores que continúan poniendo a las mujeres en situación de riesgo. Los gobiernos del mundo han declarado repetidamente su compromiso con mejorar la condición de la mujer y han reconocido el vínculo que dicha condición tiene con el VIH. En algunos aspectos se han hecho progresos, pero en general los esfuerzos han sido en pequeña escala, tibios y desordenados. Se han desaprovechado oportunidades magníficas para contener la epidemia mundial de SIDA. Es hora de que los líderes de todo el mundo cumplan sus promesas. Éste es el motivo de que la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, encabezada por el ONUSIDA, haga un llamamiento para ampliar en gran escala las respuestas al SIDA orientadas a las mujeres y niñas.





Velar por los derechos de la mujer

Las leyes y políticas que sostienen y protegen los derechos de la mujer son vitales para ganar la batalla contra el SIDA. Algunos países han promulgado una legislación importante en materia de violencia doméstica, igualdad en el matrimonio, discriminación relacionada con el VIH y derechos de propiedad y sucesión. No obstante, rara vez se ponen en práctica estrategias para hacer cumplir tales leyes y financiar su aplicación. Es necesario que los derechos de la mujer pasen a ser realidades de la mujer. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben:

- Asegurar que las leyes --sean de derecho público, de jure o de derecho consuetudinario-- protejan a la mujer contra la violencia y reconozcan su derecho a poseer y heredar bienes materiales.
- Invertir en estrategias para educar a la policía, el poder judicial, los dispensadores de servicios sociales, los funcionarios públicos y los líderes comunitarios sobre la legislación existente y sobre sus responsabilidades jurídicas.
- Desarrollar y financiar programas para mejorar los servicios de asistencia jurídica y otras formas de apoyo, de modo que la mujer pueda reclamar sus derechos.

Invertir más dinero en programas sobre el SIDA dirigidos a la mujer

En la actualidad la respuesta al SIDA cuenta con una financiación sin precedentes, pero se necesita mucho más apoyo financiero para estrategias y programas que se ocupan de la mujer. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben:

- Revisar y adaptar las estrategias en vigor sobre el SIDA para asegurar que se orienten a la mujer.
- Ampliar el acceso a los servicios que necesita la mujer, entre los que figuran la educación, la salud sexual y reproductiva, la atención prenatal, la revención de la transmisión materno-infantil del VIH y la terapia antirretrovírica.
- Reducir el déficit de financiación para el desarrollo de microbicidas y preservativos femeninos.
- Aumentar drásticamente el apoyo a las personas que cuidan de otras.

Asignar más puestos decisivos a la mujer

En el momento actual, la mujer sigue estando poco representada --y a veces totalmente ausente-- en los foros donde se deciden las políticas, se establecen las estrategias y se distribuyen los fondos relacionados con el SIDA. Para tener más eficacia, las mujeres --y en particular las que viven con el VIH-- deben tener más puestos en las mesas de negociación donde se adoptan las decisiones. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben:

- Revisar la composición de los organismos nacionales de coordinación sobre el SIDA para asegurar que estén representadas satisfactoriamente las mujeres y los expertos en cuestiones de género.
- Invertir más en la capacitación de las mujeres, en particular las que viven con el VIH, para que desempeñen una labor eficaz de sensibilización y sean líderes en la respuesta al SIDA.



Las promesas

1979 Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDM)

1994 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

Los Estados acuerdan compartir los costos necesarios para que todas las personas puedan disponer de servicios básicos de salud reproductiva en 2015.

1995 IV Conferencia Mundial sobre la Mujer

Los Estados acuerdan que los derechos humanos de las mujeres incluyan el derecho a decidir libre y responsablemente sobre cuestiones relacionadas con su propia sexualidad, y reconocen que la vulnerabilidad social y las relaciones desiguales de poder entorpecen los esfuerzos para controlar la propagación del VIH.

2000 Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas

Los ODM incluyen promover la igualdad entre los sexos y la capacitación de las mujeres; eliminar las disparidades por razón del sexo en la educación primaria y secundaria, e invertir el curso de la propagación del VIH.

2001 Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Los Estados Miembros acuerdan que la igualdad entre los sexos y la capacitación de las mujeres son fundamentales para asegurar una respuesta eficaz al SIDA, y se comprometen a establecer objetivos con plazos fijos, algunos de los cuales se relacionan específicamente con las mujeres.

2005 Cumbre Mundial

Líderes de todo el mundo se comprometen a aumentar en gran escala la prevención, atención y tratamiento del VIH con el fin de acercarse lo máximo posible al objetivo de acceso universal al tratamiento para todos los que lo necesiten para 2010.¹

Diversas consultas posteriores realizadas en más de 100 países de todo el mundo identificaron acciones que deben llevar a cabo los gobiernos nacionales y los donantes internacionales para superar los obstáculos a la ampliación de los servicios sobre el VIH.² Entre ellas destacan:

- Aumentar la financiación para programas que aborden las desigualdades entre los sexos que favorecen la epidemia entre las mujeres y niñas, y... cuando sea necesario, reformar y aplicar leyes que protejan a las mujeres y niñas de las prácticas tradicionales perjudiciales y de la violencia sexual dentro y fuera del matrimonio, además de asegurar la igualdad en las relaciones domésticas, incluido el derecho de propiedad y sucesión de las mujeres y niñas (rec. 5.2).
- Ampliar sustancialmente... la capacidad para ejecutar programas integrales sobre el SIDA de forma que refuercen los sistemas sanitarios y sociales existentes, incluida la integración de intervenciones sobre el SIDA en programas de atención primaria de salud, salud maternoinfantil, salud sexual y reproductiva, y también de educación formal e informal (rec. 3.4).

Una instantánea de la respuesta

¿Cómo están respondiendo los Estados a los compromisos que habían asumido? En ciertos aspectos se han logrado progresos. En conjunto, sin embargo, demasiadas promesas siguen sin cumplirse.

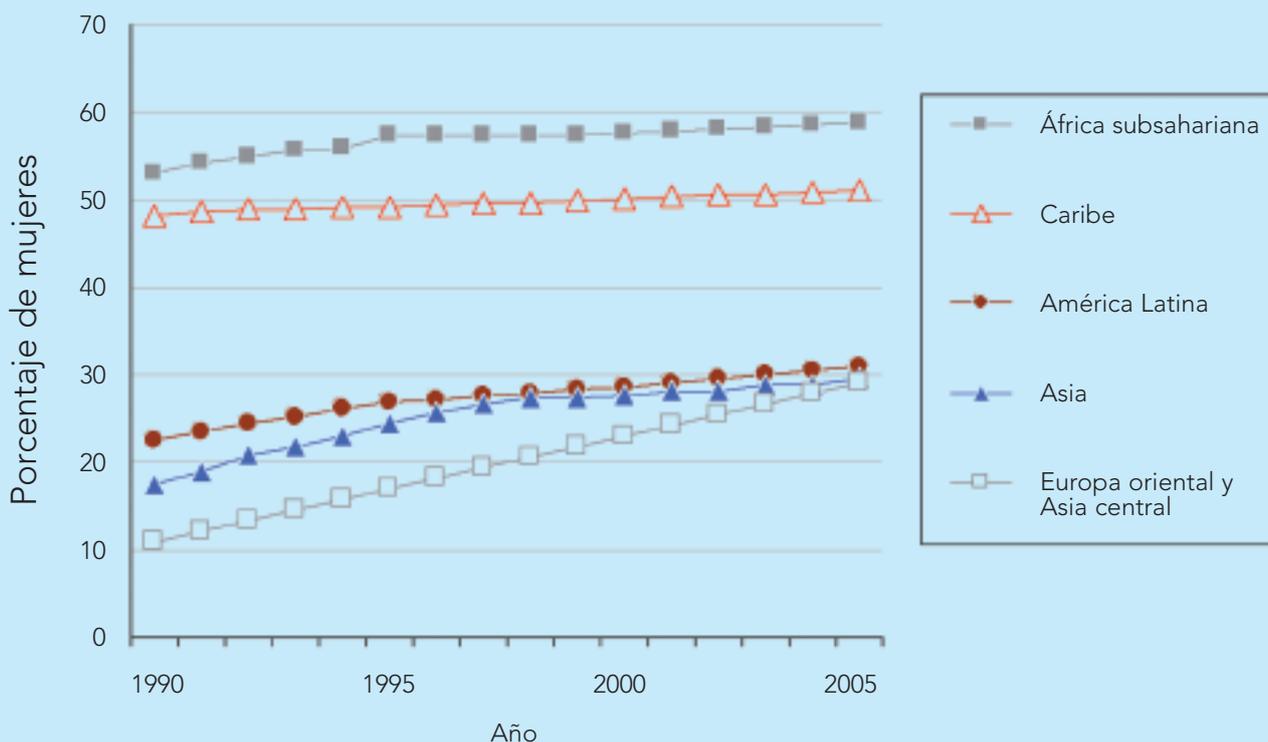
- **Educación.** Muchos países no han alcanzado el objetivo de alcanzar la igualdad entre los sexos en la educación para 2005. Todavía hay unos 117 millones de niños a los que se niega la posibilidad de asistir a la escuela primaria, entre ellos 62 millones de niñas. Las tasas de asistencia escolar son mínimas en África subsahariana, donde sólo el 60% de los niños y el 57% de las niñas van a la escuela.³ En Asia meridional y sudoriental hay un 20% menos de niñas que de niños que están matriculados en escuelas secundarias.⁴ Sin igualdad entre los sexos en la educación, la capacitación de las mujeres y la reducción de su vulnerabilidad al VIH seguirán siendo objetivos esquivos.
- **Conocimiento sobre el VIH** Existe una proporción alarmante de jóvenes que no saben cómo protegerse del VIH o que tienen conceptos erróneos sobre la transmisión del virus. Las encuestas llevadas a cabo en 18 países indican que menos del 50% de los jóvenes tienen un conocimiento exhaustivo sobre el VIH (la Declaración de compromiso había establecido el objetivo del 90% para 2005). En todos los países con encuestas recientes excepto tres, las mujeres jóvenes sabían significativamente menos acerca del VIH que los varones jóvenes.⁵ Las estrategias para mejorar y ampliar los esfuerzos de prevención deben tener en cuenta esta diferencia.
- **Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.** One países lograron reducir en un 20% la transmisión maternoinfantil del VIH, de acuerdo con el objetivo estipulado para 2005. En general, sin embargo, los servicios sólo llegan a una pequeña minoría de quienes los necesitan. En 2005, únicamente el 9% de las mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medianos recibió servicios para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos (un ligero incremento respecto a poco menos del 8% en 2003⁶), y ello a pesar de que en esos países casi el 60% de las mujeres tiene acceso a atención prenatal.
- **Tratamiento.** A finales de 2005 recibían terapia antirretrovírica unos 1,3 millones de personas, un aumento sustancial respecto al 7% en 2003. De todas formas, esta cifra sólo representa el 20% de las personas que necesitan tratamiento en todo el mundo. En el momento actual no se aprecian diferencias uniformes de género por lo que se refiere al acceso a tratamiento: en 20 de los 30 países que aportaron datos, las mujeres acceden a tratamiento en igualdad de condiciones.⁷ No obstante, hay indicios de que las mujeres pueden encontrar obstáculos importantes para seguir los regímenes terapéuticos.⁸



Mujeres y SIDA: las cifras

- En todo el mundo están viviendo con el VIH unos 17,3 millones de mujeres de edad igual o superior a 15 años; o sea, el 48% del total mundial.⁹
- Las tres cuartas partes (76%) de todas las mujeres VIH-positivas viven en África subsahariana, donde las mujeres constituyen el 59% de los adultos infectados por el virus.
- En África subsahariana son mujeres casi tres de cada cuatro (74%) jóvenes de 15-24 años que viven con el VIH.
- En Asia, Europa oriental y América Latina, una proporción creciente de las personas que viven con el VIH son mujeres y niñas.
- Las mujeres representan actualmente el 30% de los adultos que viven con el VIH en Asia. Las cifras son mayores en algunos países de la región, y llegan al 39% en Tailandia y al 46% en Camboya.
- En Ucrania, que tiene una de las epidemias de crecimiento más rápido en Europa, las mujeres representan actualmente cerca de la mitad (46%) de los adultos infectados por el VIH.
- En el Caribe, el 51% de los adultos que viven con el VIH son mujeres, mientras que en las Bahamas y Trinidad y Tabago las cifras se sitúan en el 59% y 56%, respectivamente.
- En los Estados Unidos de América, el SIDA es la principal causa de mortalidad entre las mujeres afroamericanas de 25-34 años.¹⁰

Porcentaje de adultos (15-49 años)
VIH-positivos que son mujeres, 1990-2005



Fuente: ONUSIDA, 2006.

Velar por los derechos de las mujeres

La ley puede ser una herramienta poderosa para proteger a las mujeres y niñas y reducir su riesgo de infección por el VIH; aun así, la ley es sólo un primer paso. Igualmente importante es cuestionar las normas sociales que socavan los derechos de las mujeres y ampliar los servicios jurídicos que las defienden. Redoblar los esfuerzos para conseguir que la legislación beneficie a las mujeres --especialmente en las áreas de violencia doméstica y de derechos de propiedad y sucesión-- podría potenciar enormemente la respuesta al SIDA.





■ Acabar con la violencia contra las mujeres

En todo el mundo, la violencia contra las mujeres sigue siendo un fenómeno habitual, aunque generalmente ignorado, que les arrebató la salud, el bienestar y la vida. En muchos lugares, la violencia contra las mujeres está estrechamente relacionada con el riesgo de contraer el VIH.

«Donde encuentras violencia --sea física, psicológica o sexual--, habrá SIDA.»

Violeta Ross, ICW, Bolivia

Las formas más dominantes de violencia contra las mujeres son las perpetradas por sus propias parejas íntimas. Por asombroso que parezca, el 40-60% de las mujeres encuestadas en Bangladesh, Etiopía, Perú, Samoa, Tailandia y República Unida de Tanzania dijeron que habían sido sometidas a abuso físico y/o sexual por sus parejas.¹¹ Las leyes para proteger a las mujeres frente a tales abusos son inexistentes, demasiado limitadas o no se aplican con el rigor suficiente para marcar una diferencia. En muchos países, las normas sociales exculpan la violencia doméstica como si fuera una cuestión privada e incluso normal, lo que deja a millones de mujeres sin la esperanza de recurso jurídico. Pero la violencia contra las mujeres no tiene nada de natural o inevitable. Las actitudes pueden cambiar.

La violencia contra las mujeres se asocia con frecuencia a un mayor riesgo de infección por el VIH.¹² Los estudios en Sudáfrica y Tanzania indican que las mujeres que han sido objeto de violencia tienen una probabilidad hasta tres veces mayor de estar infectadas por el VIH que las mujeres que no han experimentado violencia.¹³

La violencia --incluso el miedo a la violencia-- también impide que muchas mujeres y niñas averigüen o revelen su estado del VIH, o que accedan a servicios básicos sobre el SIDA. En Camboya, el miedo a la violencia doméstica parece ser uno de los motivos por los que un número

inesperadamente bajo de mujeres utilizan servicios de asesoramiento y pruebas del VIH en algunos dispensarios prenatales.¹⁴ En un dispensario de Zambia, cerca del 60% de las mujeres que reunían las condiciones para recibir terapia antirretrovírica gratuita rechazaron el tratamiento, en parte porque temían la violencia y el abandono si revelaban su estado del VIH a sus parejas.¹⁵

Se han emprendido iniciativas prometedoras para contribuir a reducir la violencia contra las mujeres. Algunas, como Stepping Stones, que funciona actualmente en casi 30 países, y Men as Partners en Sudáfrica, utilizan seminarios comunitarios para cuestionar los estereotipos de género y reformular las relaciones de poder. Otras, como el Centro de Recuperación de la Violencia de Género en Kenia y el Centro de Crisis para las Mujeres en Camboya, ofrecen alojamiento, servicios médicos y asesoramiento (incluidos servicios para el VIH o derivaciones) a las mujeres que han sufrido violencia doméstica y abuso sexual. Tales esfuerzos deben potenciarse, apoyarse e incorporarse en las estrategias nacionales sobre el SIDA.

Los gobiernos de todo el mundo se han comprometido a eliminar la violencia contra las mujeres. Es hora de hacer algo más:

- Promulgar y aplicar leyes que prevengan la violencia contra las mujeres.
- Desarrollar estrategias y planteamientos para asegurar que los responsables de mantener la ley --funcionarios, policía, poder judicial, profesionales sanitarios, servicios sociales, etc.-- saben cómo aplicarla, y apoyar a las supervivientes de violencia.
- Desarrollar y financiar programas comunitarios para ayudar a modificar normas sociales que exculpan la violencia contra las mujeres y perpetúan su aceptabilidad. Esto incluye educar a las mujeres, varones, jóvenes y líderes comunitarios acerca de los derechos de la mujer y la necesidad de cambiar las normas amenazadoras de masculinidad.

- Ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de apoyo y recursos económicos, de forma que puedan escapar y recuperarse de relaciones abusivas que ponen en peligro su salud.
- Asegurar que los planes nacionales sobre el SIDA incorporen estrategias para reducir la violencia contra las mujeres, y vincular los esfuerzos de prevención de la violencia con servicios integrales de prevención y tratamiento del VIH.

■ Asegurar los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres

Cuando se combinan, la pobreza, las desigualdades y el SIDA afectan de forma desproporcionada a las mujeres y niñas. En todo el mundo, las mujeres representan el 70% de los 1200 millones de

personas que viven con menos de US\$ 1 al día. Las mujeres poseen una parte ínfima de la tierra del planeta, y a pesar de ello producen las dos terceras partes de los alimentos en los países en desarrollo.¹⁶ En muchas sociedades, las mujeres, para su supervivencia, dependen económica, financiera y socialmente de sus parejas y familiares masculinos.

Las mujeres cuyas parejas enferman y fallecen por enfermedades relacionadas con el SIDA sufren a menudo discriminación, abandono y violencia. Lo mismo ocurre con las mujeres de las que se sospecha que tienen el VIH. En algunos lugares, cuando fallece el marido, la mujer pierde su hogar, herencia, posesiones, sustento e incluso a sus hijos.¹⁷ Esta inseguridad fuerza a muchas de ellas a adoptar estrategias de supervivencia que también aumentan las posibilidades de contraer el VIH.¹⁸

Reducir las diferencias

Las organizaciones populares y la profesión jurídica están buscando formas de armonizar las disposiciones constitucionales que garantizan la igualdad entre los sexos con las interpretaciones de la ley consuetudinaria en las zonas rurales. GROOTS en Kenya, la Red de Mujeres en Rwanda, el proyecto Justicia para las Viudas y Huérfanos en Zambia y el Consorcio de Huérfanos y Viudas en Zimbabwe se proponen educar a juristas comunitarios, jefes de aldea y miembros de los Consejos y Tribunales de la Tierra acerca de los derechos jurídicos, de propiedad y sucesión de las mujeres. También ayudan a las mujeres en los trámites de los procesos jurídicos, utilizando instrumentos tales como «días de las viudas en los tribunales», seminarios sobre redacción de testamento y asistencia para obtener, comprender y proteger documentos jurídicos importantes, como títulos de propiedad y escrituras sobre la tierra. En Sudáfrica, magistrados como Tandaswa Ndita están educando a grupos de mujeres acerca de sus derechos, al tiempo que forjan relaciones con los jefes locales asistiendo a sus tribunales, participando en reuniones y discutiendo la ley con ellos. Afirma Ndita: «Estas estrategias tan simples han empezado a producir resultados al cabo de poco tiempo. No sólo están cambiando las mujeres; también algunos jefes están de acuerdo con la ley y aceptan la igualdad de derechos de la mujer dentro de un marco consuetudinario... Una buena Constitución es muy importante, pero también podría no existir si no es capaz de llegar a la gente para la que fue diseñada... Si no cambia la mentalidad de las personas que aplican las leyes, estas leyes existen en el vacío...»¹⁹



Las investigaciones sugieren que las mujeres que tienen acceso a la tierra y otros bienes, preservan su propiedad y la controlan son más capaces de evitar relaciones potencialmente peligrosas y sobrellevar el impacto del SIDA.²⁰ En África y Asia, toda una gama de iniciativas comunitarias está proporcionando asesoramiento jurídico y generación de capacidad para proteger los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres. Sin embargo, la mayoría de estos esfuerzos son a pequeña escala y carecen de financiación adecuada. Se requiere más apoyo para aumentar su número e impacto.

Existen múltiples oportunidades para una acción positiva. Los gobiernos nacionales y los asociados internacionales deberían actuar para:

- Asegurar que los sistemas jurídicos preserven los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres mediante la promulgación, reforma y aplicación de leyes, así como la armonización de las leyes estatutarias y consuetudinarias.
- Invertir en iniciativas de formación para educar a funcionarios, policías y personal judicial acerca de sus responsabilidades, y financiar servicios y grupos de asistencia jurídica, como redes jurídicas de mujeres, que ayuden a éstas a plantear reclamaciones sobre la tierra.
- Empezar campañas de educación y sensibilización a nivel comunitario con el fin de promover una mejor comprensión de los derechos jurídicos de las mujeres.
- Contar con el respaldo de autoridades y líderes tradicionales que tengan el poder de interpretar y adaptar leyes consuetudinarias de modo que favorezcan los derechos de las mujeres.
- Llevar a cabo estas tareas en un contexto más amplio de políticas y programas que mejoren las oportunidades de empleo y generación de ingresos para las mujeres.

Invertir más dinero en programas sobre el SIDA dirigidos a la mujer

La mayoría de los planes sobre el SIDA presupone un mundo idealizado en el que los varones y las mujeres son iguales y capaces de tomar decisiones bien fundamentadas, un mundo en el que las personas pueden optar libremente por la abstinencia sexual, asegurar la fidelidad de las parejas, mantenerse fieles ellas mismas o utilizar preservativos sistemáticamente. En el mundo real, las mujeres se enfrentan a una gran diversidad de factores de riesgo relacionados con el VIH que no afectan a la mayoría de los varones. Las desigualdades entre los sexos y la pobreza atrapan a millones de mujeres en la dependencia económica de sus parejas masculinas y las exponen a la violencia y agresión sexual, todo lo cual pone en peligro su capacidad de protegerse contra el VIH. Es necesario reevaluar las estrategias y servicios existentes sobre el SIDA con el fin de asegurar que sean beneficiosos para las mujeres. Además, los programas que capacitan a las mujeres y reducen su vulnerabilidad al VIH --programas centrados en la educación, poder económico, mayor acceso a servicios de salud e información sobre el SIDA y mejores opciones de prevención para las mujeres casadas y solteras-- tienen que ampliarse, financiarse mejor y convertirse en parte integral de las respuestas nacionales al SIDA.





■ Ampliar el acceso de las mujeres a servicios relacionados con el VIH

Las consultas sobre la ampliación del acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH en más de 100 países han constatado que innumerables obstáculos jurídicos, sociales y culturales siguen bloqueando el acceso de las personas con riesgo máximo de infección.²¹ En África subsahariana, estas consultas subrayaron que, si se pretende lograr una disponibilidad más universal de servicios sobre el VIH, es imperativo abolir los obstáculos basados en el género.

En el momento actual se estima que el 90% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo no saben que están infectadas, y menos del 10% de las mujeres embarazadas se someten a la prueba del VIH. Sólo disponen de tratamiento el 20% de las personas

que lo necesitan a nivel mundial y el 17% en África subsahariana. Y en 2005, en los países de ingresos bajos y medianos, menos de una de cada 10 (9%) mujeres embarazadas VIH-positivas recibió profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión del virus a sus hijos.²²

La buena noticia es que, en los lugares donde se han ampliado los servicios de pruebas del VIH y se dispone de terapia antirretrovírica, un número creciente de mujeres parece estar utilizándolos. Éste es el caso de Botswana, por ejemplo, donde las mujeres están optando cada vez más por someterse a la prueba del VIH.²³ Asimismo, en la mayoría de los países en los que cuenta con datos, las mujeres parecen estar accediendo a la terapia antirretrovírica en igualdad de condiciones, aunque en algunos países (como Etiopía, Ghana, Panamá y Viet Nam) constituyen una porción menor de las personas que cabría esperar que recibieran tratamiento.²⁴ En cualquier caso, el panorama es complejo.



Según las Encuestas Demográficas y de Salud, en varios países de África subsahariana (incluidos el Camerún, Ghana, Kenya, Mozambique y República Unida de Tanzania) las mujeres tienen uniformemente menos probabilidades que los varones de ir a recoger los resultados de las pruebas.²⁵ Se cree que un motivo determinante de este fenómeno es el miedo de las mujeres a revelar su estado del VIH, o que otros lo revelen sin su consentimiento.²⁶

La accesibilidad financiera también sigue siendo un obstáculo importante. Por pequeñas que sean, las tarifas que paga el usuario pueden suponer una carga económica significativa para los individuos y sus familias e impedir que acudan a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. Los indicios demuestran que, cuando el tratamiento es gratuito, tiende a aumentar sustancialmente el número de mujeres --especialmente las más jóvenes-- que

acceden a terapia antirretrovírica.²⁷ Países como Botswana, Brasil, Etiopía, República Unida de Tanzania, Senegal, Tailandia y Zambia han reajustado sus políticas de financiación sanitaria con el fin de eliminar los honorarios que pagan los usuarios por el tratamiento del VIH en el punto de dispensación del servicio.²⁸

«El VIH sólo pregunta una cosa a aquellos a quienes ataca: ¿Eres un ser humano? Y ésta es la pregunta correcta. ¿Eres un ser humano? Porque las personas que viven con el VIH no se han convertido en una especie de alienígenas: son humanos.»

Mary Fisher, activista contra el SIDA

Desactivar una combinación mortífera

Todas las personas que viven con el VIH se enfrentan a estigma y discriminación. Pero los estudios señalan que las mujeres los experimentan con mayor frecuencia, tienen más probabilidades de sufrir las formas más duras y perjudiciales y encuentran mayores dificultades para afrontarlos.³² Los estudios entre personas que viven con el VIH en Filipinas, India, Indonesia y Tailandia han puesto de manifiesto que las mujeres tienen una probabilidad significativamente mayor que los varones de sufrir discriminación, acoso y agresión sexual, hasta el punto de verse obligadas a cambiar el lugar de residencia.³³

El resultado es una combinación perniciosa --y potencialmente mortífera-- de discriminación y estigma por razón del sexo. El estigma hace mucho más difícil que las mujeres tengan relaciones sexuales seguras, por ejemplo. Cuando las mujeres se ponen un preservativo o insisten en utilizarlo, se las acusa a menudo de infidelidad o comportamiento inmoral.³⁴ El miedo al estigma y sus consecuencias también socava el acceso a información y servicios sistemáticos de salud reproductiva --incluidos servicios sobre el VIH--, lo que expone a las mujeres, y a sus hijos lactantes, a mayor riesgo de infección.³⁵

Eliminar el estigma y la discriminación es tan esencial como desplegar más y mejores servicios de prevención y tratamiento del VIH. El uno sin el otro no sirve de nada.



¿Está al alcance de las mujeres el acceso universal?

La terapia antirretrovírica es un compromiso de por vida, y su éxito depende en gran medida de su observancia por los pacientes y de la existencia de un entorno que los apoye. Para las mujeres casadas es crucial revelar su estado del VIH a las parejas. Un estudio reciente entre 560 mujeres zambianas comprobó que el 66% no había revelado su estado a la pareja por miedo a la inculpación, el abandono y la pérdida del respaldo económico. Los resultados también señalaban que un 76% no seguía la terapia antirretrovírica tal como se le había prescrito porque intentaba ocultar las píldoras. Según los datos, los tribunales de justicia de Zambia están fomentando el miedo a la revelación entre las mujeres, ya que la ley concede el divorcio a los varones cuyas mujeres se someten a la prueba voluntaria del VIH o reciben tratamiento antirretrovírico sin su aprobación. Asimismo, más del 21% de las mujeres indicaron que compartían el tratamiento con su esposo (que no se había efectuado la prueba) y el 94% no tenía acceso a protección jurídica.³⁶ El éxito de la terapia antirretrovírica en las mujeres depende esencialmente de las libertades y derechos jurídicos, un comportamiento cultural de apoyo y un sistema sanitario favorable.

Los países que han introducido todo la gama de servicios disponibles para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH han eliminado prácticamente este modo de transmisión.²⁹ La mayoría de ellos son países ricos, pero unos pocos países del Sur (especialmente el Brasil y Cuba) también han obtenido éxitos notables, y los esfuerzos de otros (como Barbados, Belice, Botswana y Tailandia) ya están obteniendo resultados positivos.³⁰ En general, sin embargo, los programas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH siguen siendo lamentablemente insuficientes. Pese a ser menos complejos y más baratos de ofrecer, se están desplegando a un ritmo mucho más lento que los programas de terapia antirretrovírica.³¹

Para el conjunto de las mujeres, el acceso a servicios de prevención y tratamiento del VIH que preserven la vida sigue siendo escandalosamente limitado. Cambiar esta situación significa ampliar la cobertura de los servicios y superar los obstáculos –como el estigma y la discriminación– que impiden que las mujeres (y varones) utilicen esos servicios cuando

están disponibles. A tal efecto, los gobiernos nacionales y los asociados internacionales deberían tomar medidas para:

- Supervisar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH (y su aceptación sostenida) con el fin de asegurar un trato igualitario, y tener en cuenta los factores que desalientan o promueven el uso de tales servicios por parte de las mujeres.
- Erradicar el estigma, miedo y violencia, que disuaden a las mujeres de aprovechar los servicios sobre el VIH.
- Eliminar las tarifas de las pruebas del VIH, por modestas que sean.
- Aumentar drásticamente la inversión en servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, con el fin último de alcanzar los objetivos acordados en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001.



■ Ampliar y reforzar los servicios de salud sexual y reproductiva

Se considera generalmente que los servicios de salud sexual y reproductiva abarcan cuatro elementos: planificación familiar o regulación segura de la fecundidad; salud y nutrición maternas; protección frente a infecciones de transmisión sexual, y derechos reproductivos.

La mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva podría salvar millones de vidas. Este ámbito sanitario también brinda oportunidades idóneas para acrecentar la información y los servicios sobre el VIH dirigidos a las mujeres y niñas. En el momento actual, sin embargo, la carencia o mala calidad de tales servicios son responsables aproximadamente de un tercio de la morbilidad y mortalidad prematura mundiales entre las mujeres en edad fecunda.³⁷

Los adolescentes que reciben educación sexual de calidad tienen más probabilidades de retrasar el inicio de la actividad sexual y tener relaciones sexuales seguras; también acostumbran a tener menos parejas. Todo ello reduce el riesgo de infección por el VIH. Sin embargo, las normas sociales y los tabúes culturales impiden que muchos jóvenes --particularmente mujeres jóvenes-- reciban o utilicen la información, servicios e instrumentos (por ej., preservativos) que pueden ayudarles a proteger su salud y su vida.

Una de las formas más eficaces de reducir la transmisión del VIH --y de evitar infecciones del sistema reproductivo-- es prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual. La mayoría de las infecciones de transmisión sexual puede prevenirse utilizando preservativos, y muchas infecciones bacterianas son fáciles y baratas de tratar con antibióticos. Lamentablemente, en muchos países los conocimientos y los servicios para protegerse contra estas infecciones son insuficientes, lo que aumenta significativamente la propagación del VIH.



Hacer realidad el derecho a la salud sexual y reproductiva es especialmente importante para los grupos vulnerables, como los profesionales del sexo, y ha desempeñado un papel prominente en algunas de las respuestas más satisfactorias al SIDA. Tailandia, por ejemplo, ha demostrado que un mejor acceso a los servicios de salud sexual para los profesionales del sexo --como parte de una estrategia más general de prevención-- puede contribuir a invertir el curso de la epidemia de SIDA. En ese país, el número de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 143 000 en 1991 a menos de 20 000 en 2003, debido en parte a la ampliación del acceso de los profesionales del sexo a los servicios de prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.³⁸ Algunos proyectos orientados a profesionales del sexo, como los que se están llevando a cabo en las zonas de Sonagachi, en Kolkata (India), también han puesto de manifiesto que los programas intensivos y de capacitación pueden proteger a estos trabajadores y sus clientes contra el riesgo de infección por el VIH. Más países deberían seguir el ejemplo, porque

«¿Por qué tenemos tanto éxito? Porque aquí, en Sonagachi, las decisiones las toman los profesionales del sexo.»
Rama Debnath, Sonagachi

mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente para los grupos vulnerables, e integrarlos con servicios sobre el VIH podría aumentar la eficacia de la respuesta a la epidemia. Los gobiernos nacionales y los asociados internacionales deberían tomar medidas para:

- Aumentar las contribuciones y asignaciones presupuestarias para información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de cumplir los compromisos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), fijados en US\$ 20 500 millones para 2010 y US\$ 21 700 millones para 2015.
- Asegurar el acceso de las mujeres a información y servicios de salud sexual y reproductiva.
- Integrar mejor la información y servicios sobre el VIH en los servicios existentes de salud sexual y reproductiva.
- Asegurar que los profesionales del sexo tengan un mayor acceso a información y servicios de salud, incluidos la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.



Hasta que la muerte nos separe

Se supone con frecuencia que el matrimonio actúa como una especie de filtro de seguridad contra el SIDA. No es así. Las pruebas disponibles indican que el matrimonio puede ser un factor importante de riesgo de VIH para las mujeres, sobre todo las mujeres jóvenes y niñas. Ninguna estrategia existente sobre el VIH aborda esta realidad.

En África y Asia, el 50-60% de las muchachas se casa antes de cumplir los 18 años. En la mayoría de los países, las muchachas adolescentes (15-19 años) tienen como mínimo el doble de probabilidades de estar casadas que los muchachos. En el Brasil, la probabilidad de que una muchacha esté casada es cinco veces mayor, y en Kenya, 21 veces mayor.³⁹

Por supuesto, las mujeres jóvenes casadas son más activas sexualmente que sus homólogas no casadas, y la abstinencia y el uso de preservativos suelen ser opciones excepcionales. A menudo, las mujeres jóvenes se casan con varones de mayor edad, que han sido sexualmente activos durante más tiempo y tienen mayores probabilidades de haber contraído infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Por tanto, las adolescentes casadas tienden a presentar tasas más altas de infección por el VIH que las muchachas no casadas sexualmente activas. En un estudio efectuado en zonas rurales de Uganda, por ejemplo, estaban casadas nueve de cada 10 (88%) mujeres VIH-positivas de 15-19 años.⁴⁰ En Kisumu (Kenya) y Ndola (Zambia) se comprobó que los niveles de infección por el VIH entre muchachas casadas sexualmente activas de 15-19 años eran un 48% y 65% mayores, respectivamente, que entre sus homólogas no casadas.⁴¹

Para las mujeres de mayor edad, el hecho de estar casadas también puede ser un factor importante de riesgo de VIH. En Riyadh (Arabia Saudita), la mayoría de las mujeres infectadas por el VIH están casadas.⁴² En Camboya están disminuyendo las infecciones por el VIH contraídas en el curso de relaciones sexuales remuneradas, pero las infecciones entre mujeres embarazadas han permanecido estables, ya que los varones (la mayoría de ellos infectados durante relaciones sexuales comerciales) continúan transmitiendo el VIH a sus esposas y parejas.⁴³

Prevenir la infección por el VIH dentro del matrimonio y otras relaciones prolongadas significa ir más allá de la fórmula «AFP»: abstenerse, ser fiel y utilizar preservativos. Este enfoque sólo ofrece opciones viables a las mujeres y niñas cuando forma parte de un conjunto más amplio de medidas que tienen en cuenta las realidades de su vida.

A corto plazo, esto significa que más parejas deberían recibir asesoramiento y pruebas del VIH, que se requieren medidas para reducir el matrimonio a edades muy tempranas, y que deben adoptarse normativas jurídicas que protejan a las mujeres y niñas contra la coacción y la violencia sexual dentro del matrimonio. A largo plazo es necesario asegurar un mayor poder social y económico de las mujeres y niñas.



■ Escolarizar a las niñas y permitir que sigan estudiando

Las pruebas demuestran que cuanto mayor es el nivel educativo de las personas, mejores son sus perspectivas de vida. En general, las mujeres jóvenes con estudios saben mejor cómo protegerse contra el VIH y tienen más probabilidades de retrasar el inicio de la actividad sexual y utilizar preservativos cuando son sexualmente activas.

«La educación es el arma más poderosa que podemos utilizar para cambiar el mundo. También es un arma que el mundo no puede olvidar en la lucha contra el SIDA. La educación salva vidas.»

Nelson Mandela

Las investigaciones realizadas en siete países africanos indican que las mujeres jóvenes con educación secundaria o superior, en comparación con las que carecen de educación formal, tienen como mínimo una probabilidad cinco veces mayor de poseer un conocimiento exhaustivo sobre el SIDA.⁴⁴ En el Camerún y Mozambique, las mujeres con educación secundaria o superior tenían una probabilidad 30 veces mayor de haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. En Haití, esta probabilidad es 20 veces mayor.⁴⁵

En conjunto, las mujeres y niñas, en comparación con los varones y jóvenes, tienen un menor nivel educativo y mayores índices de analfabetismo. En la mayoría de los países en desarrollo es mucho menos probable que las niñas lleguen a la escuela secundaria y la completen. En África occidental, central y septentrional, Asia meridional y Oriente Medio, las niñas también tienen más probabilidades que los niños de abandonar la escuela primaria.⁴⁶

Por otra parte, las mujeres tienden a saber menos acerca del VIH que los varones. Según las encuestas,

menos de una de cada cinco mujeres casadas en Bangladesh había oído hablar sobre el SIDA.⁴⁷ En el Sudán, sólo el 5% de las mujeres encuestadas sabía que el uso de preservativos puede evitar la infección por el VIH, y más de las dos terceras partes nunca habían visto u oído hablar de preservativos.⁴⁸

Ciento ochenta y nueve gobiernos refrendaron el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de educación primaria universal para 2015. Se dispone de más financiación gracias a la «Iniciativa Vía Rápida», una asociación entre donantes y gobiernos que se creó para contribuir a hacer realidad esta promesa. Sin embargo, no se está consiguiendo ni siquiera el primero de los ODM: asegurar que, para 2005, se matricule en escuelas primarias y secundarias un número equivalente de niños y niñas. Habrá que hacer mucho más si pretendemos alcanzar el siguiente hito de igualdad entre los sexos en la escolarización para 2015.

Existen compromisos formales para potenciar la educación de las niñas (y niños). Lo que falta son acciones concretas que aseguren la consecución de tales objetivos. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deberían:

- Dedicar más dinero y esfuerzo para asegurar que un mayor número de niñas --y niños-- termine la educación primaria y secundaria. Hay que reducir el déficit de financiación para la educación primaria universal, que se estima en unos US\$ 10 000 millones.
- Eliminar las matrículas de la escuela primaria y lograr que la educación secundaria sea financieramente accesible para todos.
- Hacer de las escuelas un lugar seguro para las niñas protegiéndolas contra la intimidación sexual y asegurando un entorno de aprendizaje sensible a las diferencias entre los sexos.
- Incorporar la información acerca de la sexualidad, salud reproductiva y prevención del VIH como parte del programa escolar sobre aptitudes para la vida.

■ Proporcionar mayor apoyo a los cuidadores

En todo el mundo suelen ser las mujeres las que atienden a los enfermos y se ocupan de los niños. Y en los lugares desolados por el impacto del SIDA son principalmente las mujeres --a menudo mujeres ancianas-- las que asumen la creciente carga asistencial, en la mayoría de los casos sin apenas ningún apoyo.⁴⁹

El cuidado de las personas que viven con el VIH tiene lugar esencialmente en el hogar. La asistencia doméstica y comunitaria es más barata para los sistemas sanitarios, sobre todo porque muchos de los costos se traspasan a los cuidadores, pacientes y familiares.⁵⁰ Estos costos incluyen gastos en medicamentos, honorarios de servicios sanitarios y transporte y costos indirectos por pérdida de ingresos o abandono de la escuela, sin contar el trauma y el estrés.⁵¹ Esta carga económica y psicológica puede provocar que los cuidadores, ya pobres de por sí, caigan en un estado de indigencia.

Pero estas cargas pueden reducirse. Es crucial seguir potenciando los servicios de terapia antirretrovírica, que pueden limitar drásticamente la

necesidad de cuidados. Aparte de esto, los cuidadores necesitan un apoyo más amplio y mejor coordinado. Swazilandia, por ejemplo, planea utilizar una parte de las subvenciones recibidas del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para sufragar un pequeño estipendio para los cuidadores (principalmente mujeres) que se ocupan de huérfanos.⁵² En Mozambique, el dinero recaudado por pequeñas empresas creadas a partir de planes de crédito comunitario se está distribuyendo hacia un fondo social controlado por comités de ancianos. Este dinero ayuda a pagar el transporte a centros de pruebas del VIH y dispensarios de salud, y también cubre el costo de solicitar planes gubernamentales que eximen a los niños pobres de las matrículas de la escuela secundaria.⁵³ Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben apoyar y ampliar tales iniciativas. Esto requiere políticas e inversiones que:

- Amplíen el acceso a la terapia antirretrovírica a precios razonables.
- Proporcionen mayor apoyo económico a los cuidadores, especialmente mujeres ancianas, y sus dependientes.





- Ofrezcan ayuda práctica, de modo que los cuidadores puedan acceder a pensiones, prestaciones sociales y otros derechos para sí mismos y para aquellos a los que cuidan.
- Apoyen iniciativas existentes o nacientes que proporcionen a los cuidadores y sus dependientes una mejor información sobre la atención del SIDA.

■ Invertir más en métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres

El acceso al tratamiento antirretrovírico se ha triplicado en los dos últimos años. Sin embargo, las nuevas infecciones por el VIH continúan superando el suministro de tratamiento. Para cambiar el rumbo de la epidemia, la prevención integral del VIH debe ser indisoluble del tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el virus.

El *preservativo femenino* es el único método de prevención del VIH controlado por las mujeres del que se dispone actualmente. Además de ser un anticonceptivo eficaz, reduce el riesgo de transmitir y contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Aunque los preservativos femeninos ya se han introducido en muchos países, tienden a ser más caros que los preservativos masculinos y están mal comercializados. En consecuencia, son insuficientes tanto su suministro como su aceptación en los países más afectados por el SIDA. No obstante, la experiencia de Zimbabwe demuestra que esto puede cambiar. Después de que grupos de mujeres hubieran recogido más de 30 000 firmas exigiendo el acceso al preservativo femenino, el Gobierno incrementó las importaciones. Siguió una campaña de comercialización social, y el uso del preservativo femenino se disparó espectacularmente.⁵⁴

Un *microbicida* eficaz supondría quizá el mayor avance jamás conseguido en la lucha contra el SIDA. Según un modelo, un microbicida que tuviera una eficacia del 60% podría prevenir 2,5 millones de infecciones por el VIH durante un periodo de tres años.⁵⁵

Esto está al alcance. En África y Asia se están efectuando ensayos a gran escala de cinco posibles microbicidas de «primera generación», y hay investigaciones en curso para desarrollar un microbicida de «segunda generación» con mayores tasas de eficacia. Si se reduce el actual déficit de financiación, dentro de 5-7 años podría disponerse de un microbicida parcialmente eficaz.

Los gobiernos y los asociados internacionales deben:

- Invertir más para promover el suministro y comercialización de preservativos femeninos, de modo que pasen a ser una alternativa de prevención del VIH más asequible y de uso más generalizado.
- Aumentar la financiación hasta US\$ 280 millones anuales durante los próximos 5-10 años con el fin de acelerar la investigación, desarrollo y ensayos clínicos a gran escala de microbicidas.

Más puestos decisivos para las mujeres

Las mujeres constituyen la mitad de la población mundial, y sin embargo, apenas se escucha su voz, sobre todo la de las que viven con el VIH.





Casi nueve de cada 10 (85%) países que informaron sobre sus esfuerzos para alcanzar los objetivos de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001 tienen actualmente un único organismo nacional de coordinación, como el Consejo Nacional del SIDA, que supervisa la respuesta a la epidemia.⁵⁶ Sin embargo, sólo en casos excepcionales las organizaciones de mujeres están participando de forma significativa en estas instituciones. De hecho, en menos del 10% de los países encuestados recientemente por el ONUSIDA las mujeres participan plenamente en el desarrollo de los planes nacionales sobre el SIDA.⁵⁷ Las mujeres también tienen escasa representación en muchos de los Mecanismos de Coordinación de País que elaboran propuestas de financiación y las remiten al Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.⁵⁸ Las actitudes despreciativas y discriminatorias hacia las mujeres se extienden incluso a los grupos de apoyo a las personas que viven con el VIH, según una valoración de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/SIDA.⁵⁹ Este estudio

«Si queremos respuestas a las preguntas sobre las mujeres, los datos no podemos obtenerlos de los hombres.»

***Dra. Grace McComsey, Dase
Western Reserve University***

comprobó que, en África, muchos grupos nacionales y locales de apoyo estaban dominados por los varones, a pesar de una fuerte presencia de mujeres VIH-positivas.

La experiencia indica que las políticas y programas sobre el SIDA no funcionarán para las mujeres hasta que las organizaciones de éstas --y en especial las de mujeres VIH-positivas-- contribuyan a modelar su dirección y contenido. En los organismos responsables de formular políticas, la pericia en cuestiones relacionadas con los sexos es tan importante como el equilibrio entre los sexos. Es erróneo suponer que todas las mujeres son expertas en cuestiones de género. Así pues, tanto el equilibrio entre los sexos

como la pericia en cuestiones relativas a los sexos son críticos para asegurar una asignación eficaz de recursos y productos básicos a las mujeres.

Los tiempos están cambiando, aunque lentamente. Cada vez son más numerosos los países en los que se están creando redes nacionales y locales de

La Unión de Mujeres de Viet Nam

El Sindicato de Mujeres de Viet Nam (SMV), con una afiliación de 13 millones de mujeres y presencia en todas las comunas del país, ha convertido la prevención del SIDA en una de sus prioridades básicas con el fin de promover el bienestar de las mujeres y las familias. Con la fundación de *Clubes de Empatía* en más de 300 comunidades, el SMV apoya a los individuos y familias que viven con el VIH para que encuentren conjuntamente respaldo mutuo y acceso a tratamiento, asesoramiento y microcréditos. El SMV produce sus propias marcas de preservativos *Hello* y *Yes*, capacita a las mujeres para que discutan su utilización e intenta corregir el concepto erróneo de que los preservativos sólo son para relaciones sexuales comerciales. Su influencia y alcance ya se han traducido en programas para aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva, y han reforzado la capacidad del Gobierno para mejorar la respuesta al SIDA en beneficio de toda la sociedad. Se han emprendido esfuerzos para compartir la experiencia del SMV con otros sindicatos de mujeres en la región.

mujeres que viven con el VIH. Éste es el caso reciente de China e Indonesia. En otros países, como Viet Nam, las organizaciones políticas de mujeres se están implicando progresivamente en la respuesta nacional al SIDA. Pero hay que hacer mucho más para reforzar la participación de las mujeres en los foros y programas que configuran sus vidas. Los gobiernos nacionales y la comunidad internacional pueden marcar una diferencia decisiva en la respuesta al SIDA apoyando esfuerzos que:

- Promuevan una representación equitativa de las mujeres al más alto nivel en las estructuras políticas, ejecutivas, legislativas y judiciales del país.
- Aseguren que las organizaciones dirigidas por mujeres y que sirven a las mujeres tengan una participación más amplia y significativa en los foros donde se diseñan, financian y gestionan los programas sobre el SIDA.
- Proporcionen más fondos para acrecentar las capacidades de promoción y liderazgo de las mujeres --particularmente las que viven con el VIH-- a nivel nacional y comunitario, de forma que puedan participar eficazmente en las estructuras y programas que afectan a sus vidas.
- Forjen asociaciones entre organizaciones pro derechos de la mujer y grupos que trabajan sobre el SIDA con el fin de ejercer presión eficaz para el cambio.





Todos a una

Los varones adultos y los muchachos tienen que desempeñar un papel más significativo para abordar la desigualdad entre los sexos. En la actualidad, los varones modelan gran parte del mundo en el que viven las mujeres. Por tanto, también deben ser partícipes en el cambio social. Los programas orientados a la mujer han de incluir a los varones como asociados con el fin de que contribuyan a fomentar unas estructuras sociales que sean más propicias para las mujeres.

Las actividades bien diseñadas que involucran a varones adultos y muchachos pueden contribuir a mejorar la socialización masculina. El Instituto Promundo del Brasil, por ejemplo, ha comunicado una mejora significativa en las perspectivas de género entre los varones jóvenes que participan en sus cursos. Estos hombres, en comparación con los no participantes, tienen más probabilidades de utilizar preservativos y muchas menos probabilidades de presentar infecciones de transmisión sexual. En Sudáfrica, la red Men as Partners comprobó que casi las tres cuartas partes (71%) de los varones inscritos en seminarios aceptaban que las mujeres tienen los mismos derechos que ellos, mientras que sólo una cuarta parte de los varones del grupo de control compartía esta convicción.⁶⁰

Esfuerzos como éstos confirman que los varones adultos y los muchachos pueden ser una fuerza poderosa para cuestionar y reconfigurar los estereotipos perjudiciales de masculinidad, confrontar la violencia contra las mujeres y asumir su parte de responsabilidad en la prevención del VIH durante las relaciones íntimas.

Seguir avanzando

En la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, líderes de todo el mundo se comprometieron a aumentar en gran escala los esfuerzos de prevención, tratamiento y atención del VIH, con el fin de acercarse lo más posible al objetivo de acceso universal al tratamiento para todos los que lo necesiten para 2010.

Una empresa de este tipo, si se pretende que dé resultado, requerirá un mayor reconocimiento de la relación entre posición socioeconómica subordinada de las mujeres y transmisión del VIH. También exigirá un liderazgo político visionario; un cambio en la forma de invertir los recursos; mayor participación de las organizaciones dirigidas por mujeres y que sirven a las mujeres, y el compromiso sostenido de abordar las dinámicas sexuales y de género en el contexto del avance implacable de la epidemia.

Existen medidas factibles, financieramente accesibles y potencialmente eficaces que pueden y deben tomar la comunidad internacional, los gobiernos nacionales y las organizaciones no gubernamentales. Ahora es tiempo de actuar.





REFERENCIAS

- 1 2005 World Summit Outcome Document, A/RES/60/1.
- 2 Towards Universal Access: UNAIDS Assessment on Scaling up HIV Prevention, Treatment, Care and Support (2006). Ginebra.
- 3 UNICEF (2006). *Estado de la infancia en el mundo 2006*, Ginebra.
- 4 PNUD (2005). *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005*. Nueva York.
- 5 Diversas Encuestas Demográficas y de Salud (2000-2005). Disponible en <http://www.measuredhs.com/>
- 6 ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006*. Ginebra, ONUSIDA.
- 7 OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond*. Ginebra, OMS/ONUSIDA. Disponible en http://www.OMS.int/entity/hiv/fullreport_en_highres.pdf
- 8 OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond*. Ginebra, OMS/ONUSIDA. Disponible en http://www.OMS.int/entity/hiv/fullreport_en_highres.pdf
- 9 Salvo se indique lo contrario, los datos que aparecen en esta sección se han extraído de: ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006*. Ginebra.
- 10 Centros de Control y Prevención de Enfermedades (2006). HIV/AIDS Among African Americans. Hoja de datos. Febrero. Atlanta, Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/resources/factsheets/aa.htm>
- 11 OMS (2005). *OMS Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Summary report of the initial findings on prevalence, health outcomes and women's responses. Ginebra, OMS. Disponible en http://www.OMS.int/gender/violence/OMS_multicountry_study/en/index.html
- 12 García-Moreno C, Watts C (2000). Violence against women: its importance for HIV/AIDS. *AIDS*, 14(suppl 3):S253-265; Maman S et al. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Soc Sci Med*, 50(4):459-78; Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- 13 amfAR (2005). Gender-based violence and HIV among women: assessing the evidence. Issue Brief No. 3, Junio. Disponible en <http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/programs/publicp/record.html?record=28>; Dunkle et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415-1421; Maman S et al. (2002). HIV-1 positive women report more lifetime experiences with violence: Findings from a voluntary HIV-1 counselling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92:1331-1337.
- 14 Duvurly N, Knoess J (2005). Gender Based Violence in Cambodia: Links, Opportunities and Potential Responses. Agosto. OMS, Campaña Mundial de Prevención de la Violencia, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Organismo Alemán de Desarrollo (GTZ).
- 15 Fleischman J (2005). *Strengthening HIV/AIDS Programs for Women: Lessons for U.S. Policy from Zambia and Kenya*. Center for Strategic and International Studies. Washington. Disponible en http://www.globalaidsalliance.org/docs/Strengthening_AIDS_Programs_for_Women.pdf.
- 16 PNUD, Informes sobre el Desarrollo Humano, 2002/2001.
- 17 Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (2005). Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS: Report on South Asia. Informe preliminar. Washington, ICRW; Human Rights Watch (2003). Policy paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa. Nueva York, Human Rights Watch (Disponible en <http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/>); Walsh J (2003). Kenya: Double standards—Women's property rights violations in Kenya. Nueva York, Human Rights Watch; Drimie S (2002). The Impact of HIV/AIDS on Land: Case Studies from Kenya, Lesotho and South Africa. Informe resumido preparado para la Oficina Regional de África Meridional de la FAO. Pretoria, Human Sciences Research Council (Disponible en www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/livelihoods/landrights/downloads/hivsynth.rtf).
- 18 Strickland R (2004). *To Have and to Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Working paper. Washington, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. Disponible en http://www.icrw.org/html/projects/projects_property%20rights.htm.
- 19 Ibid.
- 20 ICRW y the Millenium Project (2005). "Property Ownership for Women Enriches, Empowers, and Protects".
- 21 ONUSIDA (2006). Towards Universal Access: UNAIDS Assessment on Scaling up HIV Prevention, Treatment, Care, and Support. Ginebra.
- 22 OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond*. Ginebra, OMS/ONUSIDA.
- 23 Warwick Z (2004). The influence of antiretroviral therapy on the uptake of HIV testing in Botswana. Resumen núm. TuOrE1173. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. 11-16 de julio. Bangkok.
- 24 OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond*. Ginebra.
- 25 Diversas Encuestas Demográficas y de Salud, 2000-2005. Disponible en <http://www.measuredhs.com/hivdata>.
- 26 Fleischman J (2005). *Strengthening HIV/AIDS Programs for Women: Lessons for U.S. Policy from Zambia and Kenya*. Washington, Center for Strategic and International Studies. Disponible en http://www.globalaidsalliance.org/docs/Strengthening_AIDS_Programs_for_Women.pdf.
- 27 Makwisa I et al. (2005). *Monitoring equity and health systems in the provision of anti-retroviral therapy (ART): Malawi country report*. Equinet discussion paper 24. Harare, The REACH Trust, Equinet; Mhango E et al. (2005). *Free ARVs associated with Changes in Gender Proportion, age, initial body weight and CD4 count in patients initiating ARV treatment at Lighthouse Clinic*. Conferencia Nacional sobre Diseminación de la Investigación del VIH/SIDA, 18-20 de abril de 2005. (Resumen).
- 28 OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond*. Ginebra, OMS/ONUSIDA.
- 29 OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond*. Ginebra.
- 30 Ibid.
- 31 Ibid.
- 32 Bond V et al. (2003). *Kanayaka-- "The Light is On": Understanding HIV and AIDS-related Stigma in Urban and Rural Zambia*. Lusaka, Zambart Project y KCTT.
- 33 Paxton S et al. (2005). AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 17(4):413-424. 28

- ³⁴ Parish WL et al. (2004). Intimate Partner Violence in China: National Prevalence, Risk Factors and Associated Health Problems. *International Family Planning Perspectives*, 30(4), 174-181; Family Health International (2004). *Stigma and Discrimination in Nepal: Community Attitudes and the Forms and Consequences for People Living with HIV/AIDS* (Executive Summary). Kathmandu, Family Health International; Koenig MA et al. (2003). Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 53-60.
- ³⁵ de Bruyn M (2004). Living with HIV: Challenges in Reproductive Health Care in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 8(1), 92-98; Shapiro RL et al. (2003). Low Adherence to Recommended Infant Feeding Strategies Among HIV-Infected Women: Results from the Pilot Phase of a Randomized Trial to Prevent Mother-to-Child Transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 221-230.
- ³⁶ Zulu K.P., Zambia Association for the Prevention of HIV and Tuberculosis (ZAPHIT), Lusaka, Zambia, Clinical I TuPe11.9C03 I
³⁷ OMS (2004). *Reproductive Health Strategy*. Adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2004. Ginebra; Alan Guttmacher Institute and UNFPA (2004). *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Nueva York, Alan Guttmacher Institute y UNFPA.
- ³⁸ Ministerio de Salud Pública de Tailandia (2003). *AIDS situation in Thailand*. Monograph, ISBN 974-9593-6. Bangkok, Unidad de Epidemiología, Departamento de Control de Enfermedades.
- ³⁹ Clark S (2004). Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 35(3). Naciones Unidas (2000). *World Marriage Patterns*. División de Población de las Naciones Unidas. Nueva York.
- ⁴⁰ Kelly RJ et al. (2003). Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32(4): 446-451.
- ⁴¹ Glynn JR 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. *AIDS*, 15(suppl 4):S51-60.
- ⁴² Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478-1480.
- ⁴³ Centro Nacional de VIH/SIDA, Dermatología e ITS de Camboya (NCHADS) (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Trends Results, and Estimates*. Phnom Penh; Saphonn V et al. (2005). Trends of HIV-1 seroincidence among HIV-1 sentinel surveillance groups in Cambodia, 1999-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):587-592.
- ⁴⁴ Más específicamente: nueve veces más probable en Burkina Faso, siete veces en el Camerún, seis veces en Kenya y Malí, y cinco veces en Uganda y Zambia. Diversas Encuestas Demográficas y de Salud (2000-2005). Véase <http://www.measuredhs.com/hivdata>.
- ⁴⁵ Diversas Encuestas Demográficas y de Salud (2000-2005). Véase <http://www.measuredhs.com/hivdata>.
- ⁴⁶ UNICEF (2006). *State of the World's Children*. Nueva York, UNICEF. Disponible en <http://www.unicef.org/sowc06/statistics/charts.php>
- ⁴⁷ ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Ginebra, ONUSIDA.
- ⁴⁸ Programa Nacional del Sudán de Lucha contra el SIDA (2004). Antenatal situation analysis & behavioral survey: results and discussions. Khartoum, Programa Nacional de Lucha contra el SIDA.
- ⁴⁹ Ogden J, Esim S, Grown C (2004). *Expanding the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus*. Horizons Report. Consejo de Población y Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. Washington, DC. Disponible en <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/xpndngcrntnm.pdf>.
- ⁵⁰ Mills EA (2004). *HIV/AIDS and the 'continuum of care': An ethnographic study of home-based care in KTC, Cape Town*. Tesis con mención honorífica. Departamento de Antropología Social, Universidad de Ciudad del Cabo.
- ⁵¹ Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. Ciudad del Cabo; Desmond C, Michael K & Gow J (2000). The hidden battle: HIV/AIDS in the household and community. *South African Journal of International Affairs*, 7(2):39-58.
- ⁵² Reunión de alto nivel del UNGASS sobre el VIH/SIDA. Informe y recomendaciones de la sociedad civil. 2 de junio de 2005. Naciones Unidas. Nueva York. Disponible en <http://www.hdnet.org/library/UNGASS%202005%20Civil%20Society%20Recommendations.pdf>.
- ⁵³ HelPage International et al. (2005). *Making Cash Count, Lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. HelPage International, Save the Children UK, IDS. Disponible en <http://www.helPage.org/Resources/Researchreports>.
- ⁵⁴ Meekers D and Richter K (2005). Factors Associated with Use of the Female Condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 31(1). Marzo. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3103005.html>.
- ⁵⁵ Basado en modelos elaborados por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. The Microbicide Initiative (2002). *Mobilization for Microbicides: The Decisive Decade*. Nueva York, Rockefeller Foundation.
- ⁵⁶ ONUSIDA (2006). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Ginebra. ONUSIDA.
- ⁵⁷ ONUSIDA (2005). De la sensibilización a la acción. Informe sobre los progresos realizados por el ONUSIDA a nivel de país. ONUSIDA, 2005.
- ⁵⁸ ICRW (2005). Civil Society Participation in Global Fund Governance: Recommendations and Actionable Items. Working Paper Series, Abril de 2005.
- ⁵⁹ Bell E (2005). *Advocacy Training by the International Community of Women Living with HIV/AIDS*, Gender and Development, Volume 13, No. 3, Noviembre de 2005.
- ⁶⁰ Kruger V (2000). Evaluation report: men as partners programme. Septiembre de 2000. Project Evaluation and Research Service.

Fotografías

Página 1A: ONUSIDA/L.Taylor; Página 2A: ONUSIDA/AVECC/H.Vincent; Página Índice: ONUSIDA/G.Pirozzi; Página 3: ONUSIDA/C.Giray; Página 4: ONUSIDA/K.Hesse; Página 6: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 8: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 9: ONUSIDA/S.Draskborg; Página 10: ONUSIDA/G.Pirozzi; Página 12: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 13: ONUSIDA/C.Giray; Página 14: ONUSIDA/G.Pirozzi - ONUSIDA/P.Virot; Página 16: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 17: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 18: ONUSIDA/AVECC/H.Vincent - ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 20: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 21: ONUSIDA/AVECC/H.Vincent; Página 22: ONUSIDA/ O.O'Hanlon; Página 23: ONUSIDA; Página 24: ONUSIDA/P.Virot; Página 25: ONUSIDA/W.Phillips; Página 26: ONUSIDA/P.Virot; Página 27: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Página 28: ONUSIDA/O.O'Hanlon

Diseño

www.paprika-annecy.com



Una iniciativa del ONUSIDA

La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA

Organizaciones convocantes

Alianza Internacional sobre el VIH/SIDA

Amnistía Internacional

Asociación Internacional pro Microbicidas

Campaña Mundial para la Educación

Campaña Mundial pro Microbicidas

Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer

Centro para el Liderazgo Mundial de la Mujer

Coalición Internacional para la Salud de la Mujer

Comunidad Internacional de Mujeres

Federación Internacional para la Planificación Familiar

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Fondo de Población de las Naciones Unidas

HelpAge International

Living with HIV/AIDS

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Organización Mundial de la Salud

World YWCA

Young Positives



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL