

UNIFEM es el Fondo de Naciones Unidas para las Mujeres. Proporciona asistencia financiera y técnica para programas y estrategias innovadoras que promueven los derechos humanos de las mujeres, la participación política y la seguridad económica. UNIFEM trabaja y se asocia tanto con las organizaciones de Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y con redes, para promover la equidad de género. Vincula los aspectos relacionados con la problemática de las mujeres con las agendas nacionales, regionales y globales, mediante la promoción de la colaboración y la provisión de la experiencia técnica en la incorporación de género y las estrategias para el empoderamiento de las mujeres.

Los conceptos expresados en esta publicación son de los autores y autoras y no necesariamente corresponden a los puntos de vista de UNIFEM, las Naciones Unidas ni de sus organizaciones afiliadas.

Género, VIH y Derechos Humanos: un manual de capacitación
Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer 2000

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)

304 East 45th Street, 15th Floor

Nueva York, NY 10017

Estados Unidos

Tel: (212) 906-6400

Fax:(212) 906-7605

Email: unifem@undp.org

Website: www.unifem.undp.org

Diseño la portada: *Pintura de la colección de la Sra. Adarsh Tiwathia, artista:*
R.K. Yadav

GENERO, VIH Y DERECHOS HUMANOS
UN MANUAL DE CAPACITACION

UNFPA

UNIFEM

UNAIDS

PREFACIO

En el principio del Siglo XXI, la epidemia de VIH se ha convertido en una de los más grandes desafíos al desarrollo. Actualmente cerca de 33.6 millones de adultos están viviendo con el virus y cada día aparecen cerca de 16 000 nuevas infecciones. En todo el mundo, en los países tanto desarrollados como en desarrollo, ha habido un incremento alarmante del número de mujeres que han sido infectadas con VIH/SIDA lo cual ha tenido enormes consecuencias sociales y económicas. La brecha entre la proporción de hombres y mujeres que viven con VIH/SIDA cada día se estrecha más en casi todos los países del mundo. La información reciente sugiere que por cada diez hombres africanos que se han infectado la infección entre mujeres africanas es entre doce y trece.

Actualmente hay evidencia empírica que muestra que los factores macro económicos y políticos que exacerbaban las inequidades de género radican en el núcleo de la epidemia, influenciando directamente la rapidez de su propagación. Por el contrario, las respuestas enfocadas desde la perspectiva de género, han contribuido efectivamente en algunas de las duras victorias que se han ganado y que han resultado en la reducción de la prevalencia entre grupos específicos. El HIV/SIDA ha llegado a adquirir un rostro de género, por lo que se requiere un enfoque y una respuesta con una aproximación específica de género. Por consiguiente, a fin de iniciar la reversión de la rápida propagación de la epidemia, resulta crítico el fortalecimiento de los enfoques multisectoriales de género y con basados en la comunidad.

Este manual se ha preparado en respuesta a esta necesidad. Pretende ayudar a los capacitadores a aumentar su comprensión sobre las dimensiones de género del VIH/SIDA, de manera que ésta alcance a una masa crítica de diseñadores de políticas para que en sus “esferas de influencia” se den las respuestas apropiadas a los desafíos que presenta la epidemia.

La preparación del manual se ha hecho a través de un proceso que se ha basado en lecciones aprendidas en el campo durante la última década, las cuales se han analizado y sintetizado dentro del marco conceptual de género y derechos humanos. Estas lecciones se han convertido en herramientas efectivas de aprendizaje para la provisión y el uso del conocimiento para tener un impacto al nivel nacional.

Esperamos que los usuarios de este manual lo encuentren enriquecedor y útil para su trabajo.

Dr. Peter Piot
Director Ejecutivo
ONUSIDA

Dr. Noeleen Heyzer
Directora Ejecutiva
UNIFEM

Dr. Nafis Sadiq
Directora Ejecutiva
UNFPA

INDICE

Título	iii
Prefacio	iv
Indice	v
Introducción	1

Sección I – Desafíos de la epidemia VIH/SIDA: El contexto de género y los derechos Humanos

VIH: cuestiones básicas sobre la enfermedad	3
Resumen global de la epidemia	6
Contexto regional	7
VIH: una epidemia que se propaga rápidamente	8
Duras batallas ganadas	9
Entendiendo el género	10
VIH: una cuestión de género	11
VIH/SIDA: los hombres hacen la diferencia	14
VIH: una cuestión de derechos humanos	15

Sección II – Cuestiones de género en VIH y desarrollo

Introducción	18	
Agenda		
Sesión 1	Introducción y establecimiento de expectativas	21
Sesión 2	Cuestiones de género en HIV/SIDA y desarrollo	22
Sesión 3	Implicaciones de las relaciones de género	43
Sesión 4	Siluetas demográficas	51
Sesión 5	Trayendo VIH al salón	70

Sesión 6	Planificando para el futuro	75
Sesión 7	Evaluación y clausura	77
<i>Sección III – Género y VIH/SIDA: un enfoque de derechos humanos</i>		
Introducción		79
Agenda		81
<i>Primer día</i>		
Sesión 1	Introducción y establecimiento de expectativas	82
Sesión 2	Género y VIH/SIDA – La situación de la epidemia	86
Sesión 3	Él tiene VIH, ella tiene VIH – Un análisis dentro del marco de Derechos Humanos	89
Sesión 4	Derecho a buena salud – Explorando la normativa	93
Sesión 5	Observando la realidad	103
<i>Segundo día</i>		
Sesión 6	Imperativos críticos que enfrentan los hombres y las mujeres	115
Sesión 7	El papel de la ley y de los medios de comunicación	151
Sesión 8	Direcciones futuras	160
Sesión 9	Evaluación y clausura	162
<i>Sección IV – Aprendizaje de los talleres</i>		
Lecciones aprendidas		164

INTRODUCCIÓN AL MANUAL

Este manual es el producto de un proceso interactivo y compensatorio. Se analizaron cerca de 200 informes sobre investigación indicativa en varias partes en el mundo y la información se sintetizó conjuntamente de manera que pudiera ayudar al lector a entender las dimensiones de género del VIH/SIDA. Los informes que se revisaron no contenían necesariamente un enfoque de género, pero frecuentemente ofrecían elementos que ampliaron la comprensión sobre las diferentes maneras en que la epidemia había estado afectando y continuaba afectando las vidas y las condiciones de vida de los hombres, mujeres, niños y niñas en todo el globo.

El manual está dividido en cuatro secciones:

- a) **Sección I – Desafíos de la epidemia VIH/SIDA: el contexto de género y los derechos humanos.** Esta sección destaca los hechos básicos sobre el VIH/SIDA y el crecimiento de los desafíos global, nacional y regional de la epidemia del VIH/SIDA, desde una perspectiva de género.
- b) **Sección II - Cuestiones de género en el VIH/SIDA y el desarrollo.** Esta sección describe un módulo de capacitación de un día sobre las “Cuestiones de género en VIH/SIDA y el desarrollo”. En la sección se describe la estructura, la agenda y la metodología de las secciones, apoyos para la capacitación y notas para él o la facilitadora
- c) **Sección III – Género y VIH/SIDA: un enfoque de derechos humanos:** Esta sección describe un módulo de capacitación de dos días sobre “Género y VIH/SIDA: un enfoque de derechos humanos”. El módulo describe la estructura, agenda y metodología de las sesiones, apoyo para la capacitación y notas para él o la facilitadora
- d) **Sección IV – Lecciones del taller:** esta sección presenta el aprendizaje obtenido durante la utilización de estos módulos en varias partes en el mundo. Los conceptos del aprendizaje son vistos desde la perspectiva de él o la facilitada, así como desde la perspectiva de los participantes.

El manual ofrece un conjunto de instrumentos de aprendizaje que se presentan de manera lineal. Sin embargo, las herramientas se pueden utilizar individualmente y de manera no secuencial, dependiendo del objetivo de aprendizaje que él o la capacitadora intente alcanzar y del tiempo disponible.

Estos instrumentos se han preparado partiendo de información tanto cualitativa como cuantitativa, generada a través del análisis epidemiológico, así como las experiencias de la investigación indicativa en varias partes del mundo. Se ha hecho un esfuerzo por asegurar que la experiencia de aprendizaje es culturalmente neutra, con una presentación de hechos y discusiones universalmente aplicables.

Debido a que VIH/SIDA es una epidemia que se desarrolla, los usuarios deberán actualizar regularmente el manual, basándose en información proporcionada a través de fuentes como ONUSIDA, las publicaciones de Naciones Unidas y el Internet.

Madhu Bala Nath
Asesora en genero y VIH de ONUSIDA y UNIFEM

SECCION II

CUESTIONES DE GENERO EN VIH Y DESARROLLO

INTRODUCCIÓN

i UNA DESCRIPCIÓN DEL MÓDULO

El módulo se titula “Cuestiones de género en VIH y Desarrollo”. Se utiliza en un taller de un día que está dirigido a apoyar a los planificadores y a los promotores a ver el VIH como una cuestión crítica de género. Al final del taller, se prevé que los participantes puedan percibir al género como una variable crítica en cualquier aspecto de la epidemia.

La capacitación no imparte habilidades – mejora y aumenta la percepción. La herramienta que se utiliza para ello es el análisis de género. El análisis de género se presenta a los participantes en tres áreas:

- Un análisis de género de la información epidemiológica
- Un análisis de género de las causas de la epidemia en los niveles macro y micro
- Un análisis de las consecuencias de la epidemia
- El objetivo central es asegurar que se incorpore el género en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia.

II OBJETIVOS DEL MODULO

Los principales objetivos del módulo de capacitación son:

- Mejorar el conocimiento sobre las cuestiones de género en el desarrollo del VIH.
- Identificar las estrategias que pueden enfrentar los desafíos del VIH/SIDA, desde una perspectiva de género.

iii QUIENES DEBEN PARTICIPAR

La selección de los participantes es crucial para un programa de capacitación exitoso. Deben ser seleccionados de un amplio rango de campos, de manera que la información que se difunda durante la capacitación, se extienda a una población muy amplia. Los participantes deben ser representantes de:

- Institutos de investigación y capacitación
- Funcionarios y planificadores de mecanismos nacionales de la mujer y de los ministerios sectoriales
- Organizaciones no gubernamentales
- Medios de comunicación
- Donantes multilaterales y bilaterales

a) Criterios de selección

- Que hayan trabajado en cuestiones de género y no necesariamente en HIV.¹⁶
- Comprensión de los enfoques participativos de desarrollo
- Tomadores de decisiones en sus áreas de trabajo.
- Compromiso e interés en trabajar en VIH/SIDA
- Con voluntad para trabajar para la realización de los objetivos del taller dentro de sus propias esferas de influencia, al menos por el siguiente año.

Una lista de 25 personas es el número ideal. Sin embargo algunos talleres que han sido exitosos han tenido hasta 35 participantes.

iv. FACILITACIÓN

El o la facilitadora debe tener:

- Un buen conocimiento de VIH/SIDA y estar al día con el avance de la epidemia durante los últimos años.
- Ella o él deben ser sensibles a las cuestiones de género
- Habilidad para escuchar a las personas
- Conocimiento de las dinámicas de grupo entre ella o él con el grupo
- Habilidad para guiar y sintetizar el pensamiento del grupo
- Ser capaz de inspirar y empoderar al grupo para introducir sus propias preocupaciones y cuestiones e ir más allá de las ideas que la o el facilitador introduzca

El o la facilitadora debe ser capaz de crear una respuesta propicia para

- Impulsar a todos los participantes a tomar parte en la discusión y para ayudar al grupo a mantener el enfoque
- Estimular a todos los participantes a explorar las diferentes creencias, valores y posiciones con una disposición al cambio
- Estimular confianza y respeto mutuo en el caso de opiniones conflictivas y facilitar la posibilidad de llegar al consenso entre el grupo
- Resumir las secciones para el cierre y guiar al grupo hacia el siguiente tema

El o la facilitadora se debe cuidar en contra de:

- Actuar más como un “guardián del tiempo” que como un o una facilitadora de la reunión. Para evitar que esto suceda, se debe

¹⁶ Se encontró que las personas que estaban trabajando sobre VIH, encontraban la capacitación estaba por debajo de sus expectativas.

preguntar a los participantes si quieren ser voluntarios para tomar el tiempo de las participaciones en los diferentes módulos.

- Permitir al grupo una distracción de la cuestión que se discute y no poder recuperar la atención sobre el tema central.
- Dar una charla en vez de promover un intercambio interactivo entre los participantes
- Permitir a una sola persona que domine el diálogo en el taller
- Dar tiempo poco adecuado para permitir a los participantes que se conozcan unos a otros.
- Ser demasiado dependiente de la guía de apoyo y de otros materiales y por consiguiente no poder ser espontáneo.

v. MATERIAL NECESARIO

- Rotafolio
- Marcadores para rotafolio
- Proyector de transparencias
- Transparencias
- Siluetas demográficas

vi. LECTURAS RECOMENDADAS

Los siguientes son algunos materiales que les servirán como información y como lecturas de apoyo.¹⁷

Ankarah, M., Schwartz, M., Miller, J. Women's Experiences with HIV/AIDS: An International Perspective. Columbia University Press, 1996

Foreman, Martin, ed. Aids and Men: Taking Risks or Taking Responsibility? England, PANOS Institute and Zed Books, 1999

Nath, Madhu Balla. "She Can Cope", National AIDS Control Organisation, Government of India, March 1997.

Piot, Peter. "Intensifying the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic" (16 September, 1998), Statement to the United States House of Representatives International Relations Committee.

Rao, Gupta, and Weiss, E. Women and AIDS: Developing a New Strategy. Washington D.C. International Center for Research on Women, 1993.

Topouzis, Daphne. "Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Households in Uganda", UNDP HIV and Development Programme.

¹⁷ Para información sobre copias de este material, favor de comunicarse con la Asesora de Género y VIH/SIDA en UNIFEM: 304 E. 45th St., 15th Floor, New York, 10017

UNAIDS. "Gender and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update". September 1998.

UNAIDS. "UNAIDS Epidemic Update", December 1999.

UNAIDS. "Report from a Consultation on the Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Households", 22-34 September 1995.

Visaria, Leela. "Men as Supportive Partners: Evidence from India", Population Council, June 1998.

World Bank. "Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis", 1999.

AGENDA

9:00 am – 9:10 a.m.	Bienvenida e introducción
9:10 a.m. – 9:30 a.m.	Discurso de apertura
9:30 a.m. – 10:00 a.m.	Introducción y establecimiento de expectativas
10:00 a.m. – 11:15 AM	Las cuestiones de género en VIH/SIDA y Desarrollo
11:15 a.m. – 11:30 a.m.	Receso
11:30 a.m. – 12:00 p.m.	Implicaciones de las relaciones de género
12:00 p.m. – 1:30 p.m.	Siluetas demográficas
1:30 p.m. – 2:30 p.m.	Comida
2:30 p.m. – 3:30 p.m.	Trayendo el SIDA al lugar de la reunión
3:30 p.m. – 3:45 p.m.	Receso
3:45 p.m. – 4:30 p.m.	Planificando el futuro
4:30 PM – 5:00 p.m.	Evaluación y clausura

SESION 1

Introducción y establecimiento de expectativas

i. **Objetivo**

Crear un ambiente de aprendizaje y apoyo y generar dinámicas de grupo positivas durante el proceso del taller.

ii. **Tiempo**

30 minutos

iii. **Materiales y equipo**

1. Rotafolio/marcadores
2. Proyector de acetatos
3. Acetato # 1: Objetivos del taller

iv. **Metodología**

1. Conferencia por un experto(a)
2. Presentación de los asistentes

v. **Procedimiento**

1. El o la facilitadora da la bienvenida a los participantes y se presenta al grupo
2. El o la facilitadora invita al experto(a) a dar su plática antes de que se abra formalmente la sesión. Se recomienda que el o la experta tengan experiencia suficiente para asegurar la sostenibilidad y el seguimiento efectivo de los resultados, recomendaciones y direcciones futuras que se sugieran cuando el taller se termine. Por lo que una buena selección para esta plática sería alguien que tome decisiones al nivel gubernamental
3. El o la facilitadora anota las expectativas en el rotafolio.
4. Utilizando el acetato # 1, el cual presenta los objetivos del taller, se aclara cuáles son las expectativas que se pueden alcanzar en el taller. Es muy útil proporcionar las razones por las que ciertas expectativas de los participantes pudieran quedar fuera del alcance del taller

Sesión 1: Nota para el facilitador o la facilitadora

Es importante entender el valor de considerar conjuntamente las expectativas de los participantes y los objetivos del taller, a fin de evitar cualquier frustración que pudiera surgir si los asistentes pudieran prever un resultado determinado que quizás no fuera apropiado tratar en el taller

OBJETIVOS DEL TALLER

- Ampliar y mejorar la comprensión de la relación entre las cuestiones de género en VIH/SIDA y el desarrollo.
- Identificar las estrategias que, desde la perspectiva de género, pueden aplicarse a los desafíos del VIH/SIDA

SESION 2

Las cuestiones de género en VIH/SIDA y desarrollo

i. Objetivo

- Lograr que los participantes entiendan las dimensiones de género tanto globalmente como nacionalmente.
- Cambiar la percepción común de la epidemia de que es sólo una cuestión de salud, a una mayor comprensión de su naturaleza multisectorial

Tiempo

1 hora 15 minutos

ii. Materiales y equipo

1. Hojas epidemiológicas específicas del país de ONUSIDA
2. Proyectos de acetatos
3. Acetato 2 – Género y VIH – Problemas críticos y percepciones

iii. Metodología

Se llena un cuestionario que genere disonancia para promover cuestionamientos estratégicos, con el fin de promover una auto evaluación de cada uno de los participantes sobre la epidemia. También ayuda a un auto examen de cada participante y de sus percepciones relacionadas a la construcción de género de la sexualidad.

iv. Procedimiento

1. El o la facilitadora distribuye el cuestionario y pide a los participantes que lean el cuestionario y seleccionen sus respuestas (10 minutos)
2. Frente a todo el grupo, va leyendo todo el cuestionario y contestándolo con las respuestas correctas
3. Se utiliza este proceso para generar discusión sobre las dimensiones de género de la epidemia. El o la facilitadora hace una serie de preguntas relacionadas (ver: "Cuestionario: consejos y respuestas".)
4. El o la facilitadora utiliza el cuestionario para presentar comparaciones de la información al nivel global, nacional y regional (ver: "Cuestionario: consejos y respuestas"). La información puede ser proporcionada a los participantes citando y refiriéndose a las hojas

específicas de país de ONUSIDA que están disponibles en el Internet como www.unaids.org

5. El o la facilitadora les pregunta a los participantes que exploren y compartan sus sentimientos al final del ejercicio. Los participantes pueden expresar una amplia gama de sentimientos como coraje, indignación, desaliento, falta de adaptación, dolor, determinación de seguir adelante y motivación. El o la facilitadora registra cada emoción, tal y como se expresó, en una hoja de rotafolio.
6. El o la facilitadora sigue con la segunda parte del cuestionario que contiene nueve afirmaciones sobre la construcción de género de la sexualidad. Las afirmaciones se presentan una por una en reunión plenaria y se les pide a los participantes que digan si están de acuerdo o no con esta afirmación. Regional (ver: "Cuestionario: consejos y respuestas").
7. El o la facilitadora resume la información al final de la discusión, mostrando el acetato #2

Notas para la facilitación de la sesión 2

- El o la facilitadora asegura a los participantes que este ejercicio no es un examen o requiere de un esfuerzo para evaluar el conocimiento de los participantes
- El o la facilitadora mantiene el enfoque de la discusión sobre "los sentimientos" y no sobre el análisis de la información de los cuestionarios. Esto ayuda a vincular lo cognoscitivo con lo emocional y establece la etapa para la generación de la motivación y el compromiso emocional necesario para aumentar el aprendizaje.
- Es muy útil sintetizar una discusión amplia del cuestionario y los acuerdos y desacuerdos de referidos a las afirmaciones en cuatro grupos principales. Los principales puntos están en tipo de letra negrilla en una sección del "Cuestionario: consejos y respuestas".
- Para que el resultado de este ejercicio sea exitoso, es un requisito previo que internalicen las notas de los que han intervenido y que son proporcionadas al final de la Sesión 2, así como tener familiaridad con la situación de la epidemia en el país en que se lleve a cabo el taller.

Cuestionario, sugerencias y respuestas

- i) Prevalencia – un análisis de género
El o la facilitadora deberá presentar las dimensiones de género de la epidemia planteando preguntas relevantes mientras que lee las respuestas a los cuestionarios. Además, debe comparar información al nivel regional, nacional y global. Por ejemplo:
- Después de contestar la pregunta uno, debe plantear la siguiente pregunta: “¿cuál es el porcentaje de mujeres que están afectadas por el VIH/SIDA en su país?”
 - Después de contestar la pregunta cinco, debe plantear la siguiente pregunta: ¿cuál es el porcentaje de mujeres embarazadas cuyos análisis resultan positivos en su país?
 - Después de contestar las preguntas uno a cuatro se hace la siguiente pregunta: “¿porqué piensa usted que cada día más mujeres resultan infectadas?”
 - Después de contestar la pregunta seis, se debe hacer la siguiente pregunta: “¿Porqué piensa que cada día más mujeres amas de casa, que trabajadoras sexuales resultan con más infecciones nuevas en la medida que la infección madura
 - **Es importante notar que las preguntas uno a cuatro y la pregunta siete, confirman que cada día más mujeres en los grupos menores de edad resultan infectadas.**
- ii) Causas – Un análisis de género
- Después de las preguntas cuatro a diez, se hace la siguiente pregunta, “¿Esta situación es similar a la de su país?”
 - **Note que las preguntas cuatro a ocho verifican que el cambio de conducta es un elemento importante en le prevención y en la disminución de la propagación de la epidemia.**
 - **Las preguntas ocho a diez muestran como la edad es una variable clave en la incidencia del VIH.**
- iii) Consecuencias – un análisis de género
- Note que las preguntas cinco a siete se refieren al impacto socio económico del VIH/SIDA y la feminización de la pobreza
- iv) De acuerdo/en desacuerdo
- Estas afirmaciones presentan la construcción de género de la sexualidad.
 - Las afirmaciones las hace el o la facilitadora en una sesión plenaria. El compartir ejemplos específicos del país en el que se está llevando a cabo el taller, enriquece la discusión.
 - Después de la afirmación número siete el o la facilitadora hace la siguiente pregunta, “¿Qué palabra se utiliza en su país para referirse a la vagina?” “¿Es socialmente aceptable?”
 - Después de la afirmación número ocho, hace la siguiente pregunta, “¿De un

ejemplo de una norma socio cultural que sea un impedimento para prevenir la propagación de la epidemia?”

- Los ejemplos que pueden ser presentados están en el documento anexo:
“Mitos y rituales”

24

OBJETIVOS DEL TALLER

- Ampliar el conocimiento de las cuestiones de género con respecto al HIV/SIDA y al desarrollo.
- Identificar estrategias que puedan hacer frente a los retos del HIV/SIDA desde una perspectiva de género.

28

CUESTIONARIO

(Respuestas correctas en negrillas)

i) Prevalencia – un análisis de género

1. Hoy en día, aproximadamente _____ de los 33.4 millones de adultos que viven con HIV/SIDA son mujeres y la proporción va en aumento.
 - 21%
 - **46%**
 - 11%(Fuente: ONUSIDA datos globales de diciembre de 1999)
2. De los 16,000 casos de contagio que ocurren cada día, el porcentaje de mujeres infectadas es de
 - 80%
 - **50%**
 - 30%(Fuente: ONUSIDA datos globales de diciembre de 1997)
3. Siguiendo la tendencia observada en algunos países, la proporción entre hombres y mujeres infectados con HIV ha empezado a equilibrarse a escala mundial. En Rusia, el número de hombres infectados sobrepasa al de las mujeres en proporción de _____ en vez de la relación anterior que era de 6:1.
 - 4:1
 - **2:1**

En Brasil, la proporción entre hombres y mujeres era de 16:1 en 1986. Las cifras para 1997 indican una relación de

- 10:1
- **3:1**

(Fuente: ONUSIDA hoja de datos de diciembre de 1996)

4. En Tailandia, donde una combinación de métodos preventivos del HIV ha logrado reducir la tasa de infección entre los hombres, la tasa prevalecte

entre las mujeres que asisten a clínicas prenatales, ha continuado aumentando progresivamente de 0% en 1989 a _____ en 1995.

- 0.2%
- 23%
- **2.3%**

(Fuente: ONUSIDA hoja de datos de diciembre de 1996)

29

5. En Francistown, Botswana _____ de mujeres embarazadas resultaron HIV positivas durante una encuesta realizada en una importante zona urbana.

- 2.3%
- **43%**
- 10%

(Fuente: ONUSIDA hoja de datos de diciembre de 1997)

6. Datos recientes de México indican que el 0.8% de todos los casos reportados de SIDA, provienen de trabajadoras sexuales y el _____ de amas de casa.

- **9%**
- 19%
- 90%

(Fuente: Documentación de una epidemia – Universidad de Columbia – Akeroyd, Ann)

7. El mayor número de casos de HIV entre hombres ocurre entre los 25 y los 35 años de edad, mientras que entre las mujeres prevalece el grupo de

- **15 – 25 años**
- 35 – 45 años

(Fuente: PNUD Documento de Trabajo No. 10)

8. En Zimbabwe, entre 537 adolescentes identificados como HIV positivos, las jóvenes sobrepasan a los jóvenes en una proporción de _____.

- **3:1**
- 2:1

(Fuente: Programa de Investigación de Mujeres y SIDA – Departamento de Medicina Comunitaria – Universidad de Zimbabwe).

30

ii) Causas – un análisis de género

1. El _____ de las infecciones en el mundo se contraen a través del coito heterosexual.

- 17%

- 37%
- **70%**

(Fuente: ONUSIDA hoja de datos de diciembre de 1996)

2. El incremento en los casos de ETS revela que el contacto sexual sin protección va en aumento. La OMS estimó que en 1995 se registraron 333 millones de casos de ETS, de los cuales 65 millones tuvieron lugar en Africa al sur del Sahara y 150 millones en el sur y sudeste de Asia. La presencia de ETS aumenta el riesgo de transmisión de HIV _____ veces.

- dos
- **cinco**
- diez

(Fuente: Salud y Población, Documento Ocasional – ODA)

3. Mientras que la prevalencia de HIV en pacientes masculinos que asisten a clínicas de ETS se mantuvo estable en 1993 y 1994, las tasas entre las pacientes de clínicas para ETS se incrementaron durante el mismo período más de _____ veces.

- dos
- **cinco**
- diez

(Fuente: ONUSIDA hoja de datos de diciembre de 1996)

4. En algunas comunidades en Uganda, discusiones de grupos temáticos revelaron que _____ de cada 22 hombres habían utilizado condón.

- 18
- 8
- **2**

Entre las mujeres de estas mismas comunidades, el _____ había visto un condón.

- 50%
- 15%
- **0%**

(Fuente: PNUD Documento de estudio No. 2. El impacto socioeconómico del SIDA en familias rurales en Uganda).

31

5. Una encuesta de observación del comportamiento financiada por USAID en Tamil, India, muestra que el 82% de pacientes masculinos con ETS habían tenido contacto sexual con más de una pareja en los últimos 12 meses y sólo el _____ había utilizado condón.

- 52%
- 22%
- **12%**

(Fuente: Salud y Población, documento ocasional – ODA)

6. Los trabajos de investigación muestran que muchos hombres que tienen contacto sexual con otros hombres también lo tienen con mujeres. Estudios realizados en la India revelan que el _____ de los clientes masculinos de trabajadores sexuales hombres son casados.
- **90%**
 - 60%
 - 20%
- (Fuente: Revisión “Mejores Prácticas” para la Intervención en la Salud Sexual – Gordon y Sleightholme)
7. Una encuesta sobre comunicación entre esposos realizada en algunos países en desarrollo, reveló que 35% de las mujeres en Filipinas nunca hablaban con sus cónyuges sobre temas sexuales. En Irán el porcentaje fue de
- 23%
 - **53%**
 - 73%
- (Fuente: PNUD Documento de trabajo No. 3)
8. Se ha reportado que la actividad sexual en Uganda empieza entre los 10 y los 15 años y que la edad promedio para el primer contacto sexual entre niños y niñas es alrededor de los 15 años. Sin embargo, el resultado de un muestreo realizado únicamente entre niñas, indicó que el primer contacto sexual ocurre _____ de los 15 años.
- **antes**
 - después
- (Fuente: UNICEF SYFA ibid)
Estudios en comunidades de Asia, el Pacífico, América Latina y el Caribe indican resultados similares.

32

9. Un estudio reciente llevado a cabo por SAKSHI, una ONG de la India, reveló que de los adolescentes entre los 13 y 15 años que asisten a la escuela, _____ habían sido víctimas de abuso sexual.
- 16%
 - **60%**
 - 75%
- (Fuente: Ella puede arreglárselas (*She can cope*) Nath)
10. Un estudio entre mujeres jóvenes en Sudáfrica mostró que _____ de las niñas había tenido contacto sexual en contra de su voluntad.
- 17%
 - **71%**
 - 50%
- (Fuente: Haciendo recuento (Taking stock) Whelan y Rao Gupta ICRW)

11. Datos de Ruanda de la investigadora Anne Chao, concluyen que en entre más joven se presente el primer embarazo o el primer contacto sexual, las probabilidades de ser infectada con HIV son _____.
- menores
 - **mayores**
- (Fuente: PNUD Documento de trabajo No. 8)

33

iii) Consecuencias – un análisis de género

1. De acuerdo con un estudio realizado entre mujeres con HIV/SIDA, el _____ ha sido víctima de violencia.
- 6%
 - 66%
 - **96%**
- (Fuente: Violencia en la pareja con HIV y abuso de sustancias – Krauss, Goldamt y Bula)
2. Las proyecciones para Zambia y Zimbabwe indican que debido al SIDA, la mortalidad infantil se incrementará _____ veces para el año 2010.
- cinco
 - **tres**
- (Fuente: ONUSIDA hoja de datos de diciembre de 1996)
3. El _____ de huérfanos en Uganda están entre los 10 y 19 años, lo cual incrementa su vulnerabilidad ante el abuso sexual.
- 29%
 - 40%
 - **69%**
- (Fuente: PNUD documento de estudio No. 2. El impacto socioeconómico del SIDA en familias rurales en Uganda).
4. En el estado de Sao Paulo, el SIDA llegó a ser la principal causa de fallecimiento de mujeres entre los 20 y 34 años de edad en 1992. En Uganda rural el SIDA causó _____ de cada 10 muertes de mujeres entre 20 y 44 años.
- 3
 - 5
 - **7**
- (Fuente: PNUD documento de estudio No. 2. El impacto socioeconómico del SIDA en familias rurales en Uganda).
5. Si una mujer de una comunidad agrícola, donde las mujeres son responsables de la agricultura de subsistencia, llega a infectarse y cae enferma, el cultivo de subsistencia en su hogar _____.

- **disminuirá**
- aumentará

(Fuente: El impacto social de HIV/SIDA en países en desarrollo – Danziger)

6. Para llenar los vacíos en la producción de alimentos cuando no es posible contratar trabajadores externos debido a la disminución de recursos económicos en el hogar, dada la evidencia disponible en el campo de la educación son _____ quienes son retiradas de la escuela.

- **las niñas**
- los niños

(Fuente: Huérfanos de la Pandemia de HIV/SIDA – Levine, Michaels y Back)

7. Ya que las normas tradicionales apoyan el papel principal de la mujer en el bienestar de los niños, es probable que el peso de cuidar de los 10 millones actuales de huérfanos del SIDA recaiga sobre _____.

- los hombres
- **las mujeres**

(Fuente: Huérfanos de la Pandemia de HIV/SIDA – Levine, Michaels y Back)

Preparado por:
Madhu Bala Nath
ONUSIDA/UNIFEM, Asesora de Género y HIV
Nueva York, 1999

iv) ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes valores?

1. En muchas culturas, la ignorancia femenina sobre temas sexuales es una señal de pureza.¹⁸
2. A los hombres no les gusta admitir su falta de conocimientos y, por lo tanto, no buscan la información adecuada con respecto a la prevención del HIV/SIDA.
3. Con el nacimiento de los hijos las mujeres suben de valor y su identidad social crece, por lo que es comprensible que les sea difícil aceptar la idea de tener contacto sexual sin penetración y del uso de barreras anticonceptivas como el condón.
4. En muchas sociedades es aceptada la multiplicidad de parejas sexuales para los hombres.
5. Lamentablemente, el sexo entre hombres está socialmente estigmatizado y en muchos casos es ilegal, lo cual contribuye a que se les dificulte obtener la información y los servicios que aminoren su vulnerabilidad.¹⁹
6. Como valores, la modestia y la virginidad son centrales para la imagen de la condición de mujer.
7. No existe el lenguaje positivo para hablar de sexualidad. Por ejemplo, cuando se les pidió a mujeres mexicanas que nombraran las partes de sus cuerpos, no pudieron encontrar otro término para referirse a la vagina que no fuera “la parte”.
8. Para que las estrategias dirigidas a cambios de actitud sean efectivas en la prevención de la epidemia, necesitan hacer frente a las normas socioculturales.²⁰

Preparado por:
Madhu Bala Nath
ONUSIDA/UNIFEM, Asesora de Género y HIV
Nueva York, 1999

¹⁸ Contrariamente, el conocimiento de temas sexuales y psicología reproductiva es una señal de falta de virtud.

¹⁹ Lo mismo se aplica al trabajo sexual comercial.

²⁰ Por ejemplo, las ETS pueden curarse al tener relaciones con una virgen o para poder manejar un camión en forma efectiva y segura, es necesario el contacto sexual cada 400 kilómetros.

GENERO Y HIV – PUNTOS CRITICOS Y DISCERNIMIENTO

- Aún cuando el HIV/SIDA es una enfermedad que afecta tanto a hombres como a mujeres, las tendencias muestran un incremento en el número de mujeres infectadas a edad muy temprana.
- Las implicaciones de los factores regionales, la edad y el género son variables clave en los índices del HIV/SIDA.
- El promover cambios de actitud es importante para prevenir que la epidemia se extienda y para minimizar su impacto.
 - *El cambio de actitud debe ser enfocado no solamente al comportamiento individual, sino también al comportamiento colectivo, a las normas y a los valores de la sociedad.*
 - Los hombres tienen un papel clave que desempeñar en las intervenciones orientadas a beneficiar a las mujeres.
- La feminización de la pobreza es una característica clave del impacto socioeconómico del HIV/SIDA.
- Los marcos legales y políticos necesitan ser más habilitadores para asegurar cambios positivos y sostenibles.

“Mitos y rituales – aumentando la susceptibilidad de las mujeres”. Por Madhu Bala Nath

El SIDA se detectó como un síndrome clínico distinto en el verano de 1981, cuando unos médicos de California y Nueva York percibieron un conglomerado de infecciones poco usuales y cánceres en sus pacientes. Casi todos estos pacientes eran hombres jóvenes homosexuales, un grupo al que previamente no se le conocía que tuviera estas infecciones “oportunistas”. En agosto, sólo a dos meses de que se registraran los primeros casos en hombres, se identificó el mismo síndrome en mujeres. Pronto se hizo aparente que las mujeres también eran vulnerables y en un periodo de un año o dos, había información para sugerir que era muy probable que tanto las mujeres como los hombres, se infectaran con el virus. El malentendido de que el SIDA era una enfermedad de los hombres podría haber sido atribuido quizás a un accidente histórico. Sin embargo, todavía prevalecen muchos mitos sobre el virus. En 1985 una historia que se cubrió en “Discover”, una revista de los Estados Unidos que es muy popular, desestimó la idea de una epidemia mayor en las mujeres. La explicación que se daba era porque la vagina rugosa se diseñó de esta manera para el “desgaste natural de la relación sexual y los nacimientos”. Sin embargo inclusive cuando estas proyecciones se estaban escribiendo, el VIH estaba afectando a millones de mujeres. Alrededor de 1991, el SIDA era el principal asesino de mujeres jóvenes en las ciudades más grandes de los Estados Unidos.²¹ Actualmente, aproximadamente 41 por ciento de los 30.6 millones de adultos que viven con VIH/SIDA son mujeres, y esta proporción está creciendo. De las 16 000 nuevas infecciones que ocurren diariamente, el porcentaje de mujeres infectadas es de 50 por ciento. Siguiendo la tendencia que se observa en otros países, la proporción de hombres con respecto a mujeres entre las personas infectadas con VIH ha empezado a igualarse. En Brasil, la relación se mantuvo en 16:1 en 1986, pero las cifras para 1997 indican que la relación es de 3:1²² El primer mito de que las mujeres no eran vulnerables o susceptibles a la epidemia, se ha roto.

Porqué son más vulnerables las mujeres

Las mujeres son biológicamente más vulnerables

- Como compañeras receptoras las mujeres tienen una mayor superficie mucosa expuesta durante las relaciones sexuales.
- El semen tiene una concentración mucho mayor de VIH que el fluido vaginal.

²¹ Lurie, Hitzen and Lowe 1005

²² Fuente: UNAIDS Fact sheet – Diciembre 1996 y 1997

- Por consiguiente las mujeres corren un mayor riesgo de adquirir el VIH, y más si la relación tiene lugar en la edad en que la superficie mucosa todavía es tierna o cuanto está dañada debido a rituales y prácticas tales como la mutilación genital o los matrimonios tempranos, etc.

Las mujeres son epidemiológicamente más vulnerables que los hombres

- Tienen a casarse o a tener relaciones sexuales con hombres mayores quienes probablemente han tenido más parejas sexuales y por ello tengan más probabilidad de estar infectados.
 - Las mujeres frecuentemente necesitan transfusiones de sangre durante el parto o en los abortos, ya que la prevalencia de la anemia entre las mujeres embarazadas en los países en desarrollo es usualmente muy alta. En la India, en una evaluación del Consejo de la India de Investigación Médica, informó que la prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas era tan alta que llegaba al 87.6 por ciento.

La dicotomía “dentro/fuera” que ha confinado socialmente a las mujeres hacia “adentro”, de hecho ha tenido un efecto en la sexualidad de las mujeres y se manifiesta en la falta de poder para enfrentarse a lo que pertenece al ámbito de “afuera”

- ¿Una mujer puede tomar decisiones?
- ¿Ella puede sugerir sexo seguro a su esposo o pareja sin miedo de violencia, en la medida que la propia sugerencia conlleva una indicación de infidelidad?
- ¿Ella está sexualmente protegida inclusive de los así llamados protectores? Un estudio reciente que hizo la ONG SAKSHI en la India, ha mostrado que el 60 por ciento de las jóvenes de 13 a 15 años en las escuelas, han sido víctimas de abuso sexual, 40 por ciento dentro de su familia y 25 por ciento fueron víctimas de abusos serios como la violación.
- La dicotomía dentro/fuera también ha llevado a preocupaciones como la falta de acceso y control sobre los recursos productivos. Las preocupaciones relacionadas con la supervivencia se incrementan y de hecho están transformando a las personas de una situación de creadores a sobrevivientes. El VIH ha podido crecer y sobrevivir en situaciones tales donde el comercio sexual es a veces la única opción viable para la supervivencia.
- Ahora la epidemia está afectando a mujeres que han tenido sólo una pareja sexual. Del total de mujeres que contestaron a un estudio STD en Zimbabwe, el 97 por ciento dijeron que sus esposos fueron la fuente de su infección.

¿Porqué entonces las voces de las mujeres con VIH/SIDA estuvieron ausentes de los comentarios científicos y populares por toda una década de la pandemia, a pesar de estas realidades? Si se hace una búsqueda del término “SIDA” al instante aparecen disponibles más de 100 000 referencias.

Si la búsqueda se restringe agregándole el término “Mujer y SIDA”, se encuentran un poco más de 2 000 referencias. Pero si la búsqueda se restringe a “Mujer, pobreza y SIDA”, la computadora informa que no hay referencias con esa especificación.²³

Una explicación para este silencio es que la mayoría de las mujeres ha sido despojada de su voz, mucho antes de que llegara el VIH a complicar sus vidas. “En circunstancias de marcado elitismo, han sido las pobres. En circunstancias de marcado racismo han sido las mujeres de color. En circunstancias de marcado sexismo han sido las mujeres”.

La construcción de la sexualidad con sus mitos y valores inherentes en torno a la moralidad, fecundidad, sexualidad, ha sido utilizada para proyectar valores sociales y normas que han sido diferentes para hombres y para mujeres. Por lo que en muchas sociedades se acepta y se justifica que los hombres tengan varias parejas sexuales. La modestia y la virginidad como valor son centrales a la imagen de la feminidad. Las culturas en muchas partes del mundo consideran que la ignorancia femenina en cuestiones de sexualidad es un signo de pureza, en cambio el conocimiento de cuestiones sexuales y de la fisiología reproductiva es un signo que disminuye la virtud. A esto se debe agregar la ausencia de un lenguaje positivo para la sexualidad. El lenguaje que existe en torno a la sexualidad es quizás el medio más difícil para articular propuestas. Y por ello, una conspiración de silencio todavía continúa rodeando al VIH/SIDA.

¿Cómo han afectado a las mujeres estos bloqueos culturales?

- Ha sido difícil para las mujeres superar estas barreras de silencio y no han podido establecer comunicación con médicos practicantes y consejeros – los dos pilares críticos para ayudar a una mujer superar el impacto de la epidemia.
- Debido a que a las mujeres se les ha restringido la posibilidad de hablar de la sexualidad, hay muy poco conocimiento de esta enfermedad entre las mujeres. Los hombres han sido mayoritariamente los sujetos de estudio, y esta experiencia constituye la base de nuestro tratamiento actual de la infección del VIH con terapia retroviral así como nuestro conocimiento sobre la profilaxis y el tratamiento de infecciones oportunistas. Cotton y sus compañeros de trabajo revisaron la información relacionada con el aumento de pacientes en los centros de análisis y encontraron que sólo el 6.7 por ciento de los participantes fueron mujeres. Como resultado, el diagnóstico oportuno para las mujeres ha estado sujeto a inapropiadas definiciones de caso de los síntomas del SIDA²⁴

²³ Farmer, Connors y Simmons 1996

²⁴ Por ejemplo la displasia cervical y la tuberculosis son dos enfermedades que frecuentemente anuncian infecciones de VIH en mujeres. Las mujeres pobres son mucho más susceptibles a la infección con el virus del papiloma humano (VPH) y la tuberculosis Microbacterial. Sin embargo, de acuerdo a los criterios

La existencia y persistencia de esta construcción social de la sexualidad, ha llevado a la evolución de una serie de rituales que han hecho más vulnerables a las mujeres a la epidemia. Los rituales toman formas variadas en distintos países. El mensaje subyacente que conllevan todos estos rituales es que la sexualidad de las mujeres representa el campo donde interactúan las dos formas más potentes e insidiosas de opresión que todavía prevalecen en la sociedad: el género y la sexualidad. El rechazo a tratar estas preocupaciones a limitado la efectividad de los programas que se han diseñado para mejorar la salud de las mujeres, para desarrollar sus habilidades en la vida y para prevenir el VIH y otras enfermedades sexualmente transmitidas.

¿Cómo afectan estos rituales a las mujeres?

La niña mujer

En el sur de Asia algunas culturas celebran que la niña llegue a ser mayor de edad. La menarca se considera como un símbolo de la fertilidad de la niña y la familia empieza a pensar en arreglar el matrimonio de la niña. Entre los rituales que se llevan a cabo está el baño ceremonial y la distribución de dulces en el vecindario. Sin embargo, el vincular la menstruación con la crianza de los hijos y desvincularla de la sexualidad, es un mecanismo por el cual se reprime la sexualidad latente de una mujer. El matrimonio tan pronto a pasado la menarca es uno de los métodos a través de los cuales los padres canalizan la sexualidad potencial de las mujeres jóvenes hacia una situación socialmente aceptable.: la situación de la maternidad y la crianza en vez de la de una seductora. Por ello existe una brecha enorme entre la experiencia que viven las mujeres y lo que las mujeres quisieran que fueran sus relaciones sexuales. Un muchas partes del sur de Asia, las mujeres tienen sexo, lo hacen como una obligación, para una posición social segura o a fin de quedar embarazadas. Muy pronto la joven niña mujer queda embarazada²⁵ y se lleva a cabo el ritual de “Vallaikappu”. Las manos de la mujer embarazada se cubren de brazaletes, para que de manera ostensible se disuada de cualquier relación conyugal durante el embarazo y la consumación de este ritual es la señal de una separación temporal entre el esposo y la esposa hasta el parto y de hecho hasta algunos meses después del parto. Es durante este periodo de separación forzada que los hombres buscan satisfacción sexual fuera del matrimonio, conducta que más que sancionada es aceptada por la sociedad.²⁶ La mujer niña, ahora la joven

establecidos por el Centro de Control de Infecciones se consideraba que la tuberculosis y el VPH no eran “enfermedades que determinarían el SIDA” y por ello, se descuidó a las mujeres que presentaban estos problemas.

²⁵ En Mauritania, el 15 por ciento de las niñas han dado a luz a la edad de 15 años, en Bangladesh el 21 por ciento ha tenido al menos un hijo(a) a la edad de 15 años. Fuente Naciones Unidas

²⁶ Whispers from Within by Solomon and Pachauri.

madre regresa a la casa de su esposo nuevamente a tener relaciones sexuales como una obligación, y muy poco consciente de la infidelidad de su esposo y su propia vulnerabilidad frente a la epidemia.

La madre joven

En África occidental, con el tiempo se ha desarrollado un sistema de creencias sociales para conducir el proceso de la procreación. En la escala de los valores sociales, la crianza de los niños está elevada a un valor que confiere una alta posición social. Por otra parte, las mujeres que no tienen hijos son estigmatizadas. En algunas partes de esta región, el mayor castigo está reservado para las mujeres estériles. Se les niegan los derechos normales de un funeral y son enterradas secretamente durante la noche en las afueras de la comunidad. Por esta razón, si una mujer tuvo relaciones sexuales con un condón para protegerse del VIH/SIDA, ¿cómo podría probar que es fértil? En algunas culturas en Nigeria, las mujeres practican dolorosos rituales para asegurar la fertilidad. En Nigeria, el “gishiri” o corte de sal se practica tradicionalmente. Esto implica que se hace una incisión en el interior de la pared vaginal, con lo que se cree que se cura la infertilidad.

La pérdida de la vida de una mujer durante el parto, se considera como la caída de un soldado en el campo de batalla. Esta ética y responsabilidad ha sido internalizada por las mujeres de tal manera que el dolor y las molestias que provienen del desarrollo de su papel sexual y reproducido son aceptados como la verdadera esencia del ser mujer. La preparación psicológica de las niñas jóvenes con relación al parto, más que consistir en darle información basada en hechos verdaderos, se orienta a incrementar el umbral para la tolerancia del dolor. En ejemplo común es el consejo que se da a las madres jóvenes para que hagan un gran esfuerzo, igual al que se requeriría para apretar una piedra con el fin de sacarle agua. Debido a la promoción de este estoicismo, frecuentemente las señales de amenazas en contra de su vida no se comunican hasta que es demasiado tarde. Por ejemplo las hemorragias severas son vistas por las mujeres como un buen signo ya que el cuerpo estaría eliminando sangre mala.²⁷ La consecuencia es un mal estado de la salud reproductiva con lesiones y cortes en el tracto reproductivo de las mujeres. Esto, aparejado con una inhabilidad social inducida para la práctica del sexo seguro, ha incrementado la susceptibilidad de las mujeres a la epidemia.

La viuda

En un documento de estudio del PNUD titulado “El impacto socioeconómico del VIH y SIDA entre las familias rurales en Uganda”, la autora

²⁷ A Tora Mouso kela La –A Call Beyond Duty – Alpha Boubacar Diallo

Daphne Topouzis, nos muestra las crudas realidades de tales situaciones a través de la historia de la vida real de Miriam. Miriam, una viuda de Gulu, perdió a su esposo debido al SIDA y ella también había adquirido el virus. Desde un principio y debido a la costumbre, su cuñado trató de recibirla como herencia, pero ella se negó categóricamente, con el fin de no infectarlo a él ni a la esposa de éste. El cuñado la hostigó durante casi un año y cuando ella permaneció firme en su decisión, él cortó toda la ayuda financiera para ella y para sus hijos. Ahora él está tratando de reclamar la tierra que su hermano dejó. El dilema de una viuda es ya sea ser dada como herencia o quedar abandonada. El heredar a las esposas ha facilitado la propagación del VIH y tiene el potencial de infectar a varias familias de manera muy rápida. Cuando las viudas son heredadas al hermano de su esposo, se corre el riesgo de que infecten a éste así como a su o a sus esposas. Si posteriormente una de las esposas tienen hijos, estos pueden también estar infectados con VIH. En algunos casos las viudas cuyos esposos han muerto de causas no relacionadas con la epidemia, pudieran quedar infectas en caso de que el cuñado ya esté infectado.

Los rituales que se señalaron anteriormente son sólo indicativos y no es son exhaustivos. Son indicativos de la manera que las mujeres están susceptibles al virus en todas las etapas de su ciclo de vida —como mujeres jóvenes, como madres, como esposas y como viudas. La lista de tales mitos y prácticas que han envuelto a la sexualidad humana es muy larga. En muchas culturas los genitales están rodeados de misterios porque se consideran “instrumentos” que se usan para lanzar maldiciones a otros. Entre los Kikuyu, por ejemplo, la mayor maldición que se le puede lanzar a un hombre es por lo general cuando una mujer de la edad de su madre, levanta su falda y se da la vuelta.²⁸

- En la India y en Indochina se cree que teniendo relaciones sexuales con una virgen, los hombres se pueden curar de las enfermedades sexualmente transmitidas.
- En Kenya occidental abundan las historias entre adolescentes en cuanto a que la falta de relaciones sexuales puede provocar dolores de espalda.
- Los choferes de camiones en el sur de Asia, asocian la creencia de que es importante tener relaciones sexuales cada 400 millas, para liberar el calor y la energía acumulada en el cuerpo como resultado de manejar largas distancias sentados en cabinas calientes.
- En Papua Nueva Guinea, una creencia muy extendida es la de que una forma de profilaxis para las ETSs es que después de haber tenido la relación sexual se debe hacer un corte en el pene y dejar que escurra la sangre posiblemente infectada.
- En México es generalmente aceptado el hecho de que un hombre tenga relaciones con otro hombre siempre que éste sea el que juegue el papel activo de penetración en la relación anal. Esto se considera como una actitud de muy macho o super masculino.

²⁸ Fuente: Entendiendo el Cambio. Raphael Tuju.

- En muchas partes de Africa, las mujeres se insertan agentes externos en su vagina, incluyendo polvos irritantes o piedras para secar su trayecto vaginal en la creencia de que incremento en la fricción es sexualmente más satisfactorio par los hombres y esto los frenaría para “andar buscando en otra parte”.

Los mitos también están enraizados en la naturaleza de la negación que está asociada al VIH/SIDA. Debido a que el VIH/SIDA aterroriza, existe la tentación de negar la existencia de la enfermedad. Después de todo ¿no sería fantástico si la enfermedad no estuviera aquí? Aun ahora, en muchas partes del mundo hay una tendencia a atribuir al VIH/SIDA una cuestión de brujería, o creer que la curación del virus está disponible en medicina tradicional o alternativa. Esta predisposición de la mente humana ha mantenido a las personas lejos de apropiarse de la responsabilidad de sus decisiones sexuales.

Hoy en día las mujeres que viven con VIH están desafiando este estado de cosas. Sus voces suenan fuerte y claro. Hay una firmeza y convicción en los planteamientos que se hacen. Dice Lydia, quien por ocho meses batalló con ataques de diarrea, peleó con el herpes, vivió con una tos horrible y persistente, vomitó casi todo lo que se comió y padeció sudores nocturnos y úlceras.: “Los Kenianos deben dejarse de hacer tontos ellos solos acerca de esta enfermedad. Dejemos de aparentar acerca del problema. El problema es real. Yo soy un ejemplo viviente. Allá afuera hay miles sufriendo. La enfermedad se está esparciendo como fuego salvaje cada día y cada noche. De manera que ¿porqué engañarnos? Mucha gente está involucrada en conductas promiscuas, como si no hubiera SIDA y el SIDA está aquí con nosotros. Mientras más pronto enfrentemos esta realidad como individuos y como sociedad, será mejor para todos nosotros”.

En Uganda, Agnes que vive con SIDA ha resistido de manera exitosa el ser heredada como esposa. “La pobreza no es una excusa para el heredar esposas” Ella piensa que las mujeres se pueden negar a ser heredadas, pero esta reacción depende mucho de cómo han sido criadas y del tipo de relaciones que han tenido con sus esposos.

Patricia trabaja para organizar un grupo en su pueblo, Tororo, que apoye a las niñas a desarrollar habilidades para la vida de modo que los mitos alrededor de la sexualidad puedan desplomarse y para crear oportunidades de generación de ingresos para que como ella dice, puedan mantenerse alejadas de “las malas compañías”.

En Asia, Mala vive de manera muy positiva con su segundo esposo quien también es VIH positivo y ambos están trabajando con un grupo de

apoyo de personas que viven con SIDA. Ambos se sienten valorados y necesitados. El trabajo que hacen es importante.

La tarea para las personas que trabajan con relación al desarrollo, es transformar esta energía fragmentada en una fuerza holística – una fuerza que cambia los mitos y las prácticas profundamente enraizados, a la construcción de un cuerpo de información que fundamentada en la realidad, y que está basada en experiencias vividas. Puede parecer como una utopía, pero las mujeres han empezado a soñar con esta utopía. Y a medida que avanzamos al próximo siglo las mujeres están empezando a descubrir formas de vivir positivamente con VIH/SIDA. Esto quizás es el mayor paso hacia la reducción de la susceptibilidad de las mujeres al virus mutante.

SESION 3

Implicaciones de las relaciones de género

i. Objetivo

- Permitir a los participantes explorar sus propios valores con relación al género, sexo y sexualidad.
- Hacer que los participantes evalúen con una perspectiva de género sus conocimientos sobre los hechos básicos del VIH/SIDA

ii. Tiempo

30 minutos

iii. Materiales y equipo

Aposos: tres conjuntos de dos o tres afirmaciones controvertibles impresas en negritas (Ver final de la sesión 3)

iv. Metodología

Construcción de un consenso a partir de la discusión de grupo y de la lluvia de ideas colectiva.

v. Pasos

1. El o la facilitadora divide a los participantes en tres grupos haciéndolos que se numeren del uno al tres.
2. El o la facilitadora le distribuye a cada grupo un conjunto de afirmaciones controvertibles. Se le pide a cada grupo lograr consenso sobre si ellos están de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones y dar las razones por las posiciones que han tomado.
3. Las afirmaciones son:

Grupo Uno

- La homosexualidad es anormal
- Las mujeres con VIH positivo pueden dar a luz a un bebé VIH negativo

Grupo Dos

- Las mujeres con VIH no deben amamantar a sus bebés.
- Hay menos de un uno por ciento de posibilidad de transmisión de VIH a través del coito sexual por penetración sin protección.
- Los mosquitos pueden transmitir VIH si pican cinco minutos después que han picado a una persona VIH positiva.

Grupo tres

- La educación sexual estimula la actividad sexual temprana
- Resulta riesgoso cuidar a las personas con VIH/SIDA
- Podemos controlar el VIH si le hacemos análisis a toda la población de un país y aislamos a aquellos que son VIH positivos

4. El o la facilitadora le pide a los grupos que identifiquen a una persona para que haga la presentación de la discusión en plenaria
5. Cada grupo informa a la plenaria. Después de cada presentación el o la facilitadora pide comentarios a los otros dos grupos. El o la facilitadora completa las lagunas en el conocimiento y la explicación que puede tomar de “Las notas de la o el facilitador”

Notas para el o la facilitadora. Sesión 3

- Mientras que los participantes discuten en sus respectivos grupos, el o la facilitadora pasa tiempo con cada grupo para estar seguro (a) que la discusión dentro del grupo no se disperse.
- El o la facilitadora debe sentirse en libertad para reasignar las afirmaciones controvertibles, dependiendo de las fortalezas de los grupos.
- Este ejercicio proporciona una oportunidad para reforzar las habilidades para la construcción de consenso, la cual resulta crítica para los agentes de cambio. El o la facilitadora estimula a los grupos a hacer las presentaciones en el pleno sólo si se logró consenso. El lograr consenso dentro del grupo resulta difícil, el o la facilitadora debe intervenir y proporcionar información proveniente de sus propias notas al grupo, con el fin de que se pueda acelerar el proceso de construcción de consenso dentro del grupo.
- Si aún no se logra el consenso, la discusión se pospone para más tarde con el fin de darle a el o la facilitadora la oportunidad de proporcionar insumos a la hora del almuerzo para propiciar la construcción de un consenso de grupo.

Puntos para la presentación de la o el facilitador. Sesión 3

Las respuestas a las preguntas son las siguientes:

La homosexualidad es anormal: Falso

A los homosexuales les atraen las personas de su mismo sexo y obtienen placer sexual de ellos. Tanto hombres como mujeres pueden tener tal atracción. En diferentes momentos de la vida de una persona se pueden encontrar con que sienten atracción por diferentes tipos de personas. En la vida de la mayoría de las personas experimentarán algún nivel de atracción hacia otras personas del mismo sexo. Esto es común y debe ser considerado normal. La respuesta sexual humana no necesariamente se ajusta dentro de un conjunto de términos preestablecidos. Cada persona responde de alguna manera a un espectro muy amplio de atracción sexual. Se estima que sólo un diez por ciento de la población se siente atraída exclusivamente a personas del mismo sexo. El ochenta por ciento restante se ubica entre los dos y selecciona vivir un estilo de vida predominantemente heterosexual.

La educación sexual estimula la actividad sexual temprana: Falso

Algunos estudios que se han llevado a cabo en América Latina, apoyan la noción de que los adolescentes son altamente activos sexualmente y que la mayoría de los jóvenes empiezan su actividad sexual cuando son adolescentes. Las tasas de cambios de pareja son también más altas durante la adolescencia y alrededor de los veinte años. La gente joven también es particularmente vulnerable al VIH y otras ESTs: en muchos países, el 60 por ciento de todas las nuevas infecciones ocurre entre el grupo de edad de 15 a 24 años. Estudios multiculturales y muchos países muestran que es más probable que los adolescentes que reciben educación sexual pospongan actividades de iniciación sexual, y cuando no inician el sexo, pueden negociar mejor la relación sexual protegida que aquellos que no reciben educación sexual.

Otros estudios sugieren la importancia de que la comunidad se involucre en la educación sexual y que la experiencia de hablar sobre la sexualidad con alguien en quien se confía resulta en sí mismo un proceso muy importante. La experiencia en Zimbabwe sugiere la necesidad de orientarse no sólo a las niñas, sino también hacia los niños, padres y maestros. En este sentido, un programa que se inició sólo con niñas se amplió para incluir a niños (en grupos de un sólo sexo y también grupos mixtos) y posteriormente se amplió para incluir a padres y maestros.

Donde hay disponibilidad de información, capacitación y servicios calificados para la gente joven, éstos suelen utilizarlos más frecuentemente que la gente mayor. Es posible que los jóvenes no tengan mucha voluntad para adoptar conductas más seguras al inicio de su “carrera sexual”. La educación entre personas de la misma

generación que incluya jóvenes hablándoles a otros jóvenes, ha mostrado ser una estrategia muy efectiva.

Las mujeres con VIH no deber amamantar a sus bebés: Cierto

La leche materna en madres con VIH positivo transmite el virus al bebé. Por ello en los países desarrollados se les recomienda a las madres con VIH positivo que no amamanten a sus bebés. Pero en los países en desarrollo todavía se continúa recomendando al amamantar a los bebés aunque apoyadas y protegidas, dependiendo del acceso de las madres al suministro de agua limpia y leche artificial. Además el contexto cultural se debe tener en cuenta, ya que en algunas sociedades las madres que no amamantan a sus hijos son estigmatizadas y discriminadas. En Mayo de 1988, la OMS, UNICEF y ONUSIDA anunciaron nuevas directrices para apoyar las alternativas del amamantamiento que realizaban las madres que dieron pruebas positivas. Las directrices enfatizan que debe asegurarse el acceso a cantidades suficientes de sustitutos de leche materna nutricionalmente adecuada, y respaldan la necesidad de aplicar medidas para que las mujeres VIH negativas no menosprecien el amamantar a sus hijos, como por ejemplo el acatar el Código Internacional de Mercado de sustitutos de la leche materna.

Hay menos de uno por ciento de posibilidad de transmisión de VIH por una relación sexual con penetración no protegida: Cierto

La tasa de transmisión de VIH por relación sexual no protegida es de menos de uno por ciento. VIH no puede penetrar la piel intacta o la membrana mucosa entrar a la corriente sanguínea. Necesita una ruptura en la membrana mucosa, por ejemplo, una úlcera a través de la cual pueda entrar en la corriente sanguínea. Por ello resulta imperativo promover estrategias para mejorar la salud sexual de la mayoría de las mujeres como una medida preventiva para el VIH/SIDA

Los mosquitos pueden transmitir VIH si pican 5 minutos después de haber picado a una persona VIH positiva: Falso

El virus del VIH vive dentro de células humanas blancas. No puede vivir fuera de su anfitrión. Por ello, tan pronto como las células blancas se mueren, el VIH se activa. Los mosquitos chupan sangre para alimentarse y no la inyectan. No hay forma de que ellos puedan inyectar el VIH de regreso a otra persona. Es imposible que cualquier pequeña cantidad de sangre que quede en la parte exterior de su aguijón transmita el virus, ya que ésta se seca muy rápidamente. Para confirmar la prueba estadística de que los mosquitos no transmiten VIH es que la demografía de la infección del VIH y la de la infección del paludismo no son las mismas. Debido a que la mayoría de las infecciones se dan a través del sexo, es principalmente entre las personas que están en edades sexualmente activas las que se infectan y mueren de SIDA. La mayoría de

las muertes por SIDA ocurren entre 25 y 45 años. Por otra parte, el paludismo, afecta a las personas de todos los grupos de edad. Y los más vulnerables son especialmente los muy jóvenes y los muy viejos. Por los que si los mosquitos también pudieran transmitir el VIH, su prevalencia sería también entre los muy jóvenes y los muy viejos, así como entre los jóvenes adultos.

Las mujeres VIH positivas pueden dar a luz a un bebé VIH negativo: Cierto

El virus puede pasar de una mujer VIH positiva a su hijo (a) antes del parto, en el parto, y después del parto. Sin embargo, todavía hay setenta por ciento de posibilidad de que una mujer VIH positiva de a luz a un bebé VIH negativo. La mujer puede reducir el riesgo de transmitir el virus hasta menos de cinco por ciento si tomo drogas antiretrovirales, y sin amamantar a su bebé.

El cuidar a las personas con VIH/SIDA es peligroso: Falso

El cuidar a las personas con VIH/SIDA no puede ser la causa para que se transmita el virus. El virus se contagia a través del sexo no protegido con una persona infectada, con sangre infectada y con productos de sangre, así como una madre infectada a su bebé, antes, durante o acabando de dar a luz.

El VIH no se puede contagiar por contacto casual como tocar, abrazar o estrecharse las manos, el contacto corporal y lugares públicos muy llenos, trabajando o jugando juntos, compartiendo comida, vasos y ropa, comiendo alimentos cocinados por una persona infectada, besarse, piquetes de mosquitos y de otros insectos, piscinas y baños.

Ciertamente el cuidado a las personas que viven con VIH/SIDA está libre de riesgos si los que los cuidan toman ciertas precauciones, por ejemplo, evitando el contacto con fluidos corporales de las personas que viven con VIH/SIDA y cuidándose en el caso de cortadas y de lesiones en las manos.

Podemos controlar el VIH si se hacen pruebas a toda la población y se aísla a las personas que son VIH positivas: Falso

Cualquier tipo de prueba debe hacerse con el consentimiento de la persona a la que se la van a hacer. A diferencia de otras enfermedades como la TB y el paludismo, la enfermedad del VIH/SIDA involucra preocupaciones sociales, culturales, éticas y políticas complejas. También, como cualquier cosa ligada con el sexo, tal como la prostitución, las ETS y ahora el VIH, son consideradas como una cuestión tabú por la sociedad y una persona VIH positiva puede sufrir discriminación o ser estigmatizada. Esto en su momento podría impulsar a las personas con una conducta de alto riesgo a evitar las pruebas y a mantenerse en el anonimato y por consiguiente inutilizar

cualquier medida para controlar la propagación de la infección. Por lo que se deben promover las pruebas voluntarias y con consentimiento y evitar que sean compulsivas. Adicionalmente, existe una “ventana” de hasta seis meses después de haber sido infectada, antes de que los anticuerpos puedan ser detectados en la sangre.

También debería señalarse de que financieramente no podrían hacerse repetidamente las pruebas a todas y cada una de las personas, ya que los costos tanto de las pruebas como de la asesoría son muy altos y podría resultar más práctico utilizar estos recursos limitados para desarrollar estrategias preventivas y de tratamiento.

Madhu Bala Nath
Asesora de Género y VIH de ONUSIDA/UNIFEM

48

GRUPO I

1. La homosexualidad es anormal.
2. Mujeres HIV positivas pueden dar a luz bebés HIV negativos.

49

GRUPO II

1. Mujeres con HIV no deben amamantar a sus bebés.
2. La probabilidad de contagio de HIV por medio de contacto sexual con penetración y sin protección, es de menos del 1% por cada contacto sexual.
3. Los mosquitos pueden transmitir el HIV si pican dentro de los cinco minutos siguientes de haber picado a una persona infectada con HIV.

50

GRUPO III

1. La educación sexual promueve la actividad sexual temprana.
2. El cuidado de personas con HIV/SIDA presenta riesgos.
3. Podemos controlar el HIV si, habiendo examinado a toda la población de un país, aislamos los casos que resultaron positivos.

SESION 4

Siluetas demográficas

vi. **Objetivo**

Crear consciencia de las causas económicas y sociales de la epidemia en la familia y por extensión al nivel de la comunidad.

vii. **Tiempo**

1 hora y 30 minutos

viii. **Materiales y equipo**

1. Siluetas recortadas representando a las personas de diferentes edades y sexos. Éstas deben tener un punto amarillo en la parte superior y algunas deben tener un punto azul en la parte de atrás.
2. Proyector de acetatos
3. Acetato 3: disparidades de género y VIH/SIDA

ix. **Metodología**

Siluetas demográficas²⁹ – Trabajo de grupo para desarrollar a partir de las siluetas proporcionadas, una historia familiar que se seleccione

x. **Pasos**

1. El o la facilitadora pone sobre la mesa una pila de siluetas de hombres, mujeres, niños, mujeres y hombres viejos mostrando el lado del punto amarillo.
2. El o la facilitadora forma tres grupos y se le pide a cada grupo que seleccione siluetas que representen miembros de una familia imaginaria a su elección.
3. Cuando todos han decidido sobre sus familias imaginarias, el o la facilitadora les pide que desarrollen una historia alrededor de esa familia, indicando el papel que juega cada uno de los miembros en términos de cubrir las necesidades económicas, sociales, de salud y otras necesidades de la familia. Esto por lo general resulta en un activo intercambio de ideas

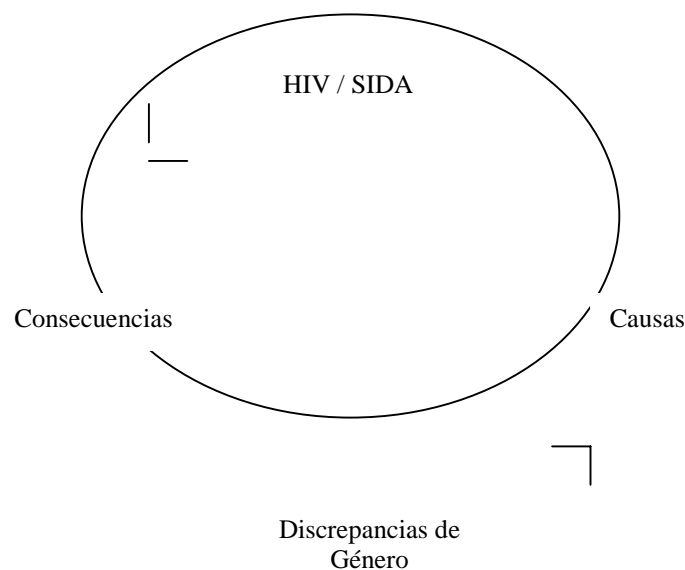
²⁹ Esta herramienta para la capacitación la ha desarrollado Lyra Srinivasan, ACDIL Goa, India

acerca de cómo los miembros de la familia pueden contribuir a la calidad de vida de dicha familia.

4. Después de que se comparten las historias, se las pide a los grupos que expongan el reverso de las siluetas y vean cuales están marcadas con el punto azul.
5. El o la facilitadora les dice entonces que estos miembros de la familia tienen VIH/SIDA.
6. Entonces les pide a los participantes que desarrollen más la historia, reflexionando y discutiendo cómo esta nueva información afectará a los roles establecidos y en general el bienestar de la familia.
7. Al final de la discusión, el o la facilitadora presentan un acetato del diagrama donde se muestran las relaciones entre las disparidades de género y el VIH/SIDA.

55

DISCREPANCIAS DE GENERO Y HIV/SIDA



Impacto del VIH/SIDA en el desarrollo

i. Infraestructura

- En Cote d'Ivoire, Zambia y Zimbabwe, los pacientes infectados de VIH ocupan entre el 50 y el 80 por ciento de todas las camas en los hospitales urbanos. (*Fuente: Intensificando las acciones en contra del VIH/SIDA en Africa. Banco Mundial, Agosto de 1999*).
- La Corporación Ferrocarrilera de Uganda, ha estado experimentando una tasa anual de reemplazo del personal del 15%. En años recientes, cerca del diez por ciento de sus 5600 empleados murieron a causa del SIDA. (*Fuente: Aids & Society: International Research and Policy Bulletin, Vol.6. No. 2, January 1995*)

ii. Mortalidad

- Las proyecciones para Zambia y Zimbabwe indican que las tasas de mortalidad infantil podrían incrementarse cerca de tres veces más a causa del SIDA para el año 2010. (*Fuente: ONUSIDA Fact Sheet – Diciembre de 1996*)
- De acuerdo a las proyecciones de la OMS en Africa al sur del Sahara, en los próximos se espera que la mortalidad se incremente hasta en 30 por ciento como resultado de la transmisión perinatal del virus del VIH. (*Fuente: James Chin – Current and Future Dimensions of the VIH/SIDA Pandemic in women and children, 1990*)
- Para el año 2005, la mortalidad infantil en Sudáfrica será 60 por ciento más alta de lo que hubiera sido sin el SIDA. (*Fuente: Intensificando las acciones en contra del VIH/SIDA en Africa. Banco Mundial, Agosto de 1999*).
- Sin el VIH/SIDA el promedio en la esperanza de vida en Africa para el año 2000 hubiera sido de 62 años. Sin embargo se espera que ésta caiga hasta 47 años. (La esperanza de vida en Botswana era de 65.2 en 1966 pero cayó a 52.3 en 1997) (*Fuente: Informe de Desarrollo Humano, 1997. Naciones Unidas*).
- El VIH/SIDA es ahora la principal causa de muerte en Africa.) (*Fuente: Informe de Desarrollo Humano, 1997. Naciones Unidas*).

iii. Agricultura

- En algunos distritos de Uganda se está volviendo cada día más difícil aplicar los servicios de extensión de la agricultura, por la frecuencia con el personal tienen que asistir a funerales. Los técnicos calificados están entre el personal que está muriendo y que no es fácil reemplazar. La agricultura en Uganda contribuye con más del 60 por ciento del PIB y proporciona el 98 por ciento de los ingresos por exportaciones y más del 40 por ciento de los

ingresos de gobierno. Alrededor de 1996, el 10 por ciento del total de la población y 20 por ciento de los hombres y mujeres sexualmente activos estaban infectados por el virus (*Fuente: The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda. Daphne Topuzis*)

- De acuerdo con los estudios que ha llevado a cabo la FAO, el VIH está teniendo un serio efecto en la subsistencia rural y los sistemas agrícolas en Uganda, Tanzania y Zambia. En Uganda, una comunidad, alguna vez próspera del fuertemente afectado distrito de Rakai, experimenta la ausencia de jóvenes entre 18 y 35 años. Hogares y predios agrícolas están en crisis y hay una clara tendencia a cambiar la mano de obra intensiva en la producción de café y plátano a productos de fécula tales como "casava" y camote. La mitad de las plantaciones están volviendo terrenos de maleza. En el estado azucarero de Nakambala en Zambia, entre abril de 1992 y Marzo de 1993, el 75 por ciento de las muertes fueron por VIH/SIDA y el 73.2 por ciento de los que murieron tenían entre 35 y 50 años de edad.
- En Kagera, Tanzania se reportó que con relación a los niveles anteriores, la producción agrícola había caído de 3 a 20 por ciento debido a las muertes relacionadas con el VIH/SIDA. (*Fuente: The Implications of HIV/AIDS for Rural Development Policy and Programming, Topouzis and Hemrich*).

iv. Educación

- Ya desde 1991, el Censo de Población y Vivienda mostró que en algunos distritos de Uganda, entre el 22 y 33 por ciento de la población de Uganda, eran niños y niñas huérfanos. Cerca del 70 por ciento de estos niños y niñas tenían entre 10 y 19 años de edad. Un estudio que llevó a cabo USAID en ese distrito (Gulu) informó que en 1990, el 71 por ciento de los niños y el 86 por ciento de las niñas de los grados 1o. a 7o. ,Abandonaron la escuela. (*Fuente: The Socio Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda – Daphne Topouzis*)
- Durante 1995, en Uganda, en cada escuela se perdió a un promedio de cuatro maestros por semana a causa del VIH/SIDA, tanto por enfermedad, como por la asistencia a funerales. La tasa combinada de morbilidad y mortalidad representa un incremento del 25 por ciento en el gasto público para poder mantener el reclutamiento y el personal a los niveles necesarios en el sector de la educación. (*Fuente: SAFAIDS News, December 1996 – referido a los investigadores Mukuka and Kalikiti, 1995*).
- Para el año 2010, casi 15,000 maestros en Tanzania habrán muerto de VIH/SIDA. El costo de capacitar a nuevos maestros para el reemplazo, se ha estimado en 37.8 millones de dólares. (*Fuente: Intensifying Action against AIDS in Africa – Banco Mundial, 1999*)

v. **Salud**

- Con el incremento de VIH en Cote d'Ivoire, el sistema de salud pública no puede satisfacer la demanda y la gente que está sufriendo de enfermedades no relacionadas con el VIH, ha tenido que ser canalizada a la medicina privada y a los curanderos tradicionales.
- El cuidado relacionado con el VIH está tomando cada vez más recursos de los que se destinan a la salud pública. En el hospital de la universidad de Treichville, Abidjan, los casos de VIH ocupan un promedio 25 por ciento de los días hospital de los diferentes departamentos. El costo de tratar de enfrentar el VIH se lleva el 25 por ciento del presupuesto operativo del hospital. Y el 11 por ciento de los costos totales de operación del presupuesto total del país en salud (*Fuente: AIDS Analysis Africa. Estudios de investigación financiados por la Comisión Europea y publicados por la Conferencia de SIDA en Abidjan Africa en diciembre de 1997*)

vi. **Industria**

- Un estudio en Kenia estima que para el año 2005, el VIH/SIDA podría incrementar los costos del trabajo para algunas empresas hasta por un 23 por ciento. Una evaluación de varias firmas del sector privado en Botswana y Kenia demostró que los factores más significativos en el incremento de los costos de trabajo fueron el ausentismo y los gastos funerarios con relación al VIH/SIDA. Se espera que los gastos se dupliquen para el año 2005 si la epidemia continúa propagándose a la tasa actual. (*Fuente: Intensifying Action against AIDS in Africa – Banco Mundial, 1999*).

Nota 1

El índice de Pobreza Humana de PNUD (sus componentes son: longevidad, exclusión en el conocimiento y exclusión en el nivel de vida), así como el Índice de Desarrollo Humano (sus componentes son esperanza de vida, alfabetismo e ingreso per cápita) son muy sensibles al impacto del SIDA. Los estudios apoyados por PNUD indican que algunos países tienen un promedio de muchos años perdidos en el progreso del Desarrollo Humano, y una contribución crítica a esta pérdida ha sido el impacto del VIH/SIDA.

PAIS	PERDIDA EN NUMERO DE AÑOS
Zambia	10
Tanzania	8
Ruanda	7
República Central Africana	6
Burundi, Kenia, Malawi, Uganda y Zimbabwe	3 a 5 años

Nota 2

El enfoque de la promoción de respuestas basadas en la comunidad es de gran relevancia en Asia y en el Pacífico donde los economistas están argumentando que aunque el SIDA es una enfermedad muy costosa sobre la base de cada caso, no encuentran evidencia de que también es costoso al nivel de la economía nacional en los países de Asia y el Pacífico. Ello es quizás por la situación del excedente de trabajo del continente. Su análisis del impacto de la peste europea del Siglo XIV en los salarios de Europa del Este durante ese siglo, y el de la epidemia de influenza de 1918 y 1919 en el producto agrícola per cápita en la India, apoyan este hallazgo. Con base en estos resultados, economistas como Bloom y Mahal han afirmado a través de una investigación financiada por PNUD, que las intervenciones sobre el VIH y el desarrollo en Asia necesitan ser reorientadas y enfocar más en los individuos, familias y hogares, en las raíces económicas de la epidemia en Asia y en la evaluación económica de políticas alternativas y programas que promueven la gobernabilidad.

Nota 3 – Una negativa a las opciones

Aunque las mujeres están involucradas en los sectores tanto formales como informales de la economía, hay diferenciales relacionados con el género en el acceso de los hombres y las mujeres a los recursos productivos como la tierra, la propiedad, el crédito, el empleo, la capacitación y la educación.

Los distintos factores que se discutieron previamente, también se necesitan ver dentro de la construcción social de la sexualidad de las mujeres donde la sobrevivencia de la

sociedad requiere que las mujeres pasen la mayoría de sus vidas embarazadas o criando hijos e hijas. Por ello se considera apropiado “reprimir” la sexualidad de las mujeres de manera que sean consideradas madres criadoras.³⁰ La consecuencia de este enfoque ha sido una brecha enorme entre la experiencia vivida por las mujeres y lo que las mujeres quisieran que fueran las relaciones sexuales. Por ello las mujeres tienen relaciones sexuales no necesariamente como una expresión de amor o placer sino por las siguientes razones:

- Con el fin de quedar embarazada
- Como una obligación
- Como una profesión
- Para asegurar la supervivencia
- Para asegurar una posición social

Por consiguiente la experiencia para las mujeres frecuentemente resulta desagradable y violenta. Este es uno de los aspectos de la feminización de la pobreza que necesita abordarse. El Informe de Desarrollo Humano de 1997 establece que: “La pobreza humana es más que pobreza en el ingreso. Es la negación de las opciones y las oportunidades para vivir una vida tolerable.

Madhu Bala Nath
Asesora de Género y VIH de ONUSIDA/UNIFEM

³⁰ Esto no se aplica para los hombres quienes al contrario de ser considerados procreadores pasivos, tienen que adquirir poder y posición en el ámbito extra doméstico y por ello se necesita que se acepte o cuando mucho que se condone la promiscuidad.

“Viviendo positivamente en una dinámica demográfica cambiante”

Por Madhu Bala Nath

UNA DINAMICA DEMOGRÁFICA CAMBIANTE

De acuerdo al último informe de población preparado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas³¹, los niños nacidos en los 29 países al Sur del Sahara en Africa se enfrentan a una esperanza de vida de sólo 47 años. La cifra de la esperanza de vida representa una caída de 16 años. En ausencia del VIH/SIDA la esperanza de vida en estos países hubiera sido de 63 años.

La Oficina del Censo de los Estados Unidos ha registrado tendencias similares. En un estudio reciente que hizo esta oficina en 23 países sobre del impacto del VIH/SIDA en la demografía³² se estableció que los países podrían experimentar los efectos demográficos más severos del VIH/SIDA, años después del apogeo de la epidemia. Se calcula que para el año 2010, la esperanza de vida caerá a 40 o menos años de vida en nueve países africanos al sur del Sahara. El mismo estudio establece que el SIDA reducirá las tasas de crecimiento de la población a menos de la mitad de sus niveles esperados para el año 2010 y permanecerán bajos o negativos por muchos años. En tres países, Botswana, Guyana y Zimbabwe, las tasas de fecundidad podrían caer suficientemente para provocar un crecimiento negativo de la población para el año 2010.

El corolario para las esperanzas de vida cortas es el incremento en el número de niños y niñas huérfanos. En un informe titulado “Children on the Brink” (niños al borde), la Oficina del Censo de los Estados Unidos ha pronosticado que para el año 2010, los números de niños que habrán perdido a sus madres o a ambos padres a causa del VIH/SIDA, aumentará hasta 22.9 millones. Como resultado, en Africa al sur del Sahara habrá 12 veces más niños de menos de 15 años, que adultos de más de 64 años. Por lo que el siglo veintiuno atestiguará un perfil de población, al menos en algunas partes del mundo, que se caracterizará por un porcentaje mayor de niños y niñas de menos de 15 años, enfrentado desafíos muy particulares y desempeñando roles que los niños y niñas rara vez han desempeñado en siglos anteriores.

Con esta perspectiva demográfica, las imágenes de la epidemia en Africa son de familias que nos son poco familiares hasta ahora:

- Familias encabezadas por niños o niñas
- Lo viejos enfermos rodeados de niños que saben muy poco de cómo cuidar a los viejos y los enfermos

³¹ Fuente: Paquete de Información – la revisión de 1998 de la población mundial, estimaciones y proyecciones

³² Fuente: Children on the Brink – Strategies to support Children Isolated by VIH/SIDA ...USAID 1998

- Comunidades al borde de la supervivencia tratando de enfrentar la demanda de trabajo productivo
- Mujeres enfermas atendiendo a niños y niñas enfermas

22 millones de personas están viviendo con SIDA en esta región.³³

Se estima que el impacto en Asia será más severo que en Africa al Sur del Sahara. Aunque el VIH llegó tarde a Asia y el Pacífico, su propagación se aceleró. Desde 1994 casi todos los países en la región han visto el incremento de las tasas de prevalencia en más del 100 por ciento. Actualmente se cree que 6.4 millones de personas en Asia viven con VIH, una región que aglutina el 60 por ciento de la población mundial sexualmente activa.³⁴

En América Latina, 1.4 millones de personas viven con VIH. Los factores que caracterizan al desarrollo de esta región son: una deuda externa muy alta, un servicio de la deuda igualmente alto, una baja capacidad en la producción de alimentos y un altísimo nivel de urbanización. Esto ha traído como resultado problemas de desarrollo que han incrementado la pobreza y le han dado una imagen femenina. Una pobreza que es urbana es desarraigada y se caracteriza por el crecimiento del sector informal de baja productividad (donde se aglomeran las mujeres para la supervivencia), con cambios demográficos rápidos que reflejan la desintegración de las familias y las comunidades. Una característica especial de la epidemia en esta región son los números altos de gente joven (especialmente niños y niñas de la calle que son lanzados de la seguridad de un hogar estable, generalmente como resultado de la urbanización) que se encuentra en riesgo. Una encuesta en Río de Janeiro reveló que el 60 por ciento de los niños adolescentes entre 15 y 19 años tienen relaciones sexuales.³⁵ Nunca se han visto tasas tan altas como ésta en muestras de hombres adolescentes en otras partes del mundo.

En décadas recientes en el Norte de Africa y la región del occidente de Asia han sido testigos de serios trastornos políticos, sociales, económicos y demográficos, que han exacerbado las ya de por sí grandes disparidades de género. La guerra del Golfo y otros conflictos armados como la guerra entre Iraq e Irán, el conflicto petrolero entre Iraq y Kuwait, las guerras civiles de Argelia y Somalia, han creado situaciones de desplazamientos masivos de población. ONUSIDA estima que la región tiene alrededor de 210 000 personas VIH positivas, 20 por ciento de las cuales son mujeres.³⁷

³³ ONUSIDA, Hoja de información, Junio de 1998

³⁴ Fuente: Intensifying the Global Response to the Epidemic – Presentación del Dr. Peter Piot en el Senado de los Estados Unidos al Comité de Relaciones Internas.

³⁵ Fuente: SIDA – Imágenes de una epidemia – OMS, 1994

³⁷ Fuente: : Intensifying the Global Response to the Epidemic Presentación del Dr. Peter Piot en el Senado de los Estados Unidos al Comité de Relaciones Internas.

LOS HOMBRES, LAS MUJERES Y LA EPIDEMIA

En la medida en que la epidemia avanza en progresión geométrica, su impacto en la vida de los hombres y mujeres se hace cada vez más y más visible. Actualmente aproximadamente el 43 por ciento de 33.4 millones de adultos que viven con VIH/SIDA son mujeres y esta proporción está creciendo³⁸. De las 16 000 nuevas infecciones que ocurren diariamente, el porcentaje de mujeres infectadas es del 50 por ciento. Siguiendo la tendencia que se observa en otros países, la proporción hombre-mujer entre las personas infectadas ha empezado a igualarse. En Brasil, esta relación era de 16 a 1 en 1986 y las cifras para 1997 indican que la relación es de 3 a 1.³⁹ La susceptibilidad de las mujeres al virus se ido incrementando gradualmente.

Las mujeres son biológicamente más vulnerables porque como pareja receptora la mujer tiene una mayor superficie mucosa expuesta durante la relación sexual. Además el semen tiene una concentración mucho más alta de VIH que el fluido vaginal. Por ello las mujeres corren un riesgo mayor de adquirir el VIH, y más si la relación sexual tiene lugar a una edad en donde la mucosa vaginal es aún tierna o cuando está dañada a causa de los rituales y las prácticas como la mutilación genital, matrimonio temprano, etc.

Epidemiológicamente las mujeres son más vulnerables que los hombres porque ellas por lo general se casan o tienen relaciones sexuales con hombres mayores que tienen o han tenido más parejas sexuales y por ello con más posibilidades de haber adquirido la infección. Frecuentemente las mujeres necesitan transfusiones de sangre durante los partos y los abortos, ya que en los países en desarrollo la prevalencia de la anemia entre las mujeres embarazadas es muy alta. En la India en una evaluación que hizo el Consejo de Investigación Médica de la India se informó que la prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas era tan alta como de 87.6 por ciento.⁴¹

La dicotomía doméstico - extra doméstico que ha confinado socialmente a las mujeres a lo doméstico, de hecho ha tenido un peso definitivo en la sexualidad de las mujeres. Esto se relaciona con la falta de poder para enfrentar con el exterior. ¿Una mujer puede ser sexualmente asertiva? ¿Puede ella sugerir la práctica de sexo seguro a su esposo o compañero sin miedo a la violencia, en la medida que la propia sugerencia contiene una indicación de infidelidad? Como resultado, la epidemia ahora está afectando a mujeres que han tenido sólo un compañero sexual. El 97 por ciento de las mujeres que contestaron a un estudio sobre EST en Zimbabwe dijeron que sus esposos habían sido la fuente de la infección.⁴² ¿Una mujer puede estar sexualmente a salvo aun de sus así llamados protectores? Un estudio reciente de SAKSHI, una ONG de la India mostró que el 60 por ciento de las adolescentes entre 13 y 15 años en las escuelas habían sido víctimas de abuso sexual, 40 por ciento de personas de sus familias, y el 25 por ciento habían sido víctimas de abusos serio como la

³⁸ ONUSIDA, hoja de información, Junio de 1998

³⁹ ONUSIDA, hoja de información, Diciembre de 1996 y 1997

⁴¹ Fuente: She Can Cope – Madhu Bala Nath

⁴² Fuente: Psychosocial Aspects and gender Issues in Zimbabwe – Pits and Bowman

violación.⁴³ La dicotomía doméstico – extra doméstico también ha provocado preocupaciones como la falta de acceso y control sobre los recursos productivos. Las preocupaciones de la supervivencia sólo incrementan, y de hecho están transformando a las personas de la situación de creadores a una de sobrevivientes. El VIH ha podido crecer y sobrevivir en tales situaciones donde el sexo comercial se convierte en la única opción viable para sobrevivir.

UNA CULTURA DE SILENCIO

A pesar de estas realidades, ¿porqué entonces las voces de las mujeres con VIH/SIDA estuvieron ausentes durante una década completa de epidemia de los comentarios científicos y populares? Si se hace una búsqueda en la computadora del término SIDA, se encuentran inmediatamente disponibles alrededor de 100 000 referencias. Si la búsqueda se restringe agregando el término “Mujeres y SIDA”, uno encuentra un poco más de 2 000 referencias. Pero si la búsqueda se restringe a “Mujeres, pobreza y SIDA” la computadora informa que no hay referencias a este término⁴⁴ Una explicación para este silencio es que a las mujeres se les ha robado la voz mucho antes de que el VIH llegara a complicar más sus vidas.

Esto es porque la construcción social de la sexualidad con sus mitos y valores inherentes alrededor de la moral, la fecundidad y la sexualidad, se han utilizado para proyectar valores y normas que han sido diferentes para hombres y diferentes para mujeres. Las culturas en muchas partes del mundo consideran la ignorancia femenina en cuestiones de sexualidad como un signo de pureza y por lo contrario, el conocimiento de aspectos de la fisiología reproductiva es un signo de moral fácil. Aunado a esto está la ausencia de un lenguaje positivo para la sexualidad. El lenguaje que existe sobre la sexualidad, es quizás el medio más difícil para articular la misma. Por esta razón hay una conspiración de silencio que continúa rodeando al VIH/SIDA.

Las mujeres se han enfrentado a muchas dificultades para superar esas barreras y no han podido abrir la comunicación con especialistas y consejeros. Debido a que a las mujeres se les ha restringido para hablar de sexualidad, se tiene muy poco conocimiento sobre esta enfermedad en las mujeres. Hasta ahora, los hombres forman la vasta mayoría de los sujetos de estudio y de lo que constituye el fundamento para el tratamiento actual de la infección del VIH con terapia anti retroviral, así como lo mejor de nuestro conocimiento sobre la profilaxis y el tratamiento de infecciones oportunistas. Cotton y sus colegas revisaron información correspondiente a pacientes de centros de pruebas y encontraron que sólo el 6.7 por ciento de los participantes eran mujeres.⁴⁵

⁴³ Fuente: Sexual Behavior Among Adolescents in India. – Kapur and Purewal

⁴⁴ Fuente: Women, Poverty and AIDS – Farmer, Connors y Simmons 1996.

⁴⁵ Fuente: Women, Poverty and AIDS – Farmer Connors and Simmons 1996

VIVIENDO DE MANERA POSITIVA

Las mujeres que en la actualidad viven con VIH están desafiando este estado de cosas. Sus voces suenan alto y claro. Hay una firmeza y convicción en los planteamientos que se hacen. Lydia, quien por ocho meses tuvo ataques de diarrea, luchó contra el herpes, vivió con una tos horrible y persistente, vomitaba más de lo que comía y pasó las noches empapada de sudor y con úlceras dice: “Los Kenianos deben dejar de hacerse tontos solos sobre esta enfermedad. Dejemos de pretender que el problema no existe, el problema es real. Yo soy un ejemplo viviente. Afuera a miles de gente que están sufriendo. La enfermedad se está propagando como fuego salvaje día y noche. De manera que ¿porqué estas pretensiones? Mucha gente está involucrada en conductas promiscuas, como si no hubiera SIDA. El SIDA está con nosotros. En la medida que enfrentemos con prontitud la realidad como individuos y como sociedad, será lo mejor para todos.”

En Uganda, Agnes vive con VIH y está enfrentando exitosamente que la hereden como esposa. “La pobreza no es una excusa para heredar a las esposas.” Ella piensa que las mujeres pueden resistir esta costumbre, pero que esta actitud depende mucho en como se crió a las mujeres y del tipo de relación que tuvieron con sus maridos.

Patricia, en una comunidad de Tororo en Uganda, está trabajando para establecer un grupo en su comunidad que pueda estimular a las jóvenes a desarrollar aptitudes para la vida, de manera que los mitos alrededor de la sexualidad se puedan refutar y poder crear oportunidades generadoras de ingreso que las mantengan alejadas, tal como ella dice, de malas compañías.

EL VIH Y LA JUVENTUD – UNA FUERZA PARA EL CAMBIO

Esta clase de esfuerzos para prevenir la propagación de la epidemia, ha llevado inevitablemente al cuestionamiento que hace la gente joven de las normas sociales existentes. Un pequeño grupo de gente joven, que todavía no constituyen una masa crítica, han levantado preguntas como las siguientes: “¿Porqué nuestros padres no nos hablan sobre la sexualidad?” “¿Porqué la sociedad justifica la promiscuidad en el caso de los hombres y la virginidad es tan importante para las mujeres? Estas preguntas se hacen porque la gente joven se está dando cuenta de que su acceso a la información sobre su salud sexual se está viendo restringida por la existencia de ciertos marcos sociales. Las mujeres jóvenes arriesgan su salud sexual porque deben aparecer como ignorantes y por ello no puede buscar abiertamente información. Los hombres jóvenes arriesgan su salud sexual porque deben fingir que tienen conocimientos sobre la sexualidad, aún si el ambiente social no les ofrece oportunidades para acceder a información apropiada y precisa sobre cuestiones sexuales.

Un estudio reciente en Kenia reveló que las mujeres jóvenes sentían que no tenían control sobre su sexualidad – por el contrario, desde niñas aprendieron que el sexo era algo que les pasaba. No era algo que ellas pudieran iniciar o que pudieran participar activamente.⁴⁶ En Nicaragua, los varones adolescentes enfrentan presiones sociales de los hombres mayores (incluyendo padres, hermanos mayores y tíos) para tener relaciones sexuales lo más tempranamente posible y el pasado reciente no era poco frecuente que los padres arreglaran la iniciación sexual de sus hijos con una trabajadora sexual.⁴⁷ De manera que para las mujeres el que se haga pública su actividad sexual, conlleva al deshonor, para los hombres el alardear sobre sus relaciones sexuales es una práctica común.

Cuando la mutilación genital y la circuncisión se practican como parte de las ceremonias de iniciación en el grupo, de manera que se incluya el compartir navajas, cuchillos u otros instrumentos cortantes, puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH de una persona joven a otra.

Una gran variedad de programas de prevención se está llevando a cabo con el fin de reducir los riesgos de transmisión de VIH entre la gente joven.

Ha habido programas diseñados para ayudar a los adultos a mejorar sus capacidades para incrementar la comunicación efectiva sobre las relaciones sexuales con la gente joven. En México, siguiendo un programa de capacitación que involucra videos y discusiones de grupo, los padres informaron que se sentían mejor capacitados para hablar del sexo con sus hijos.⁴⁸ En Kenia, la Iglesia Metodista hizo un curso intensivo de capacitación para líderes de la iglesia que llevó a la iniciación de un programa de prevención para gente joven.

Existe la creencia de que el dar información sobre las relaciones sexuales a la gente joven, los convertirá en personas más activas sexualmente y quizás más promiscuos. Como resultado, la educación sexual en las escuelas promueva en el mejor de los casos sólo ciertas medidas de reducción de riesgo, como por ejemplo, la abstinencia. En respuesta a este desafío, los programas para la juventud en muchos países, hay variado el enfoque hacia la construcción de la capacidad personal como el hecho de la evaluación del riesgo personal, la habilidad para tomar decisiones y llevar a cabo negociaciones. Adicionalmente, se le da a la gente joven un amplio rango de “opciones para la prevención”. En

⁴⁶ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton (Balmer et al 1997)

⁴⁷ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton (Balmer et al 1997)

⁴⁶ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton (Balmer et al 1997)

⁴⁸ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton (Balmer et al 1997)

Kenia y Nigeria, esto ha dado como resultado una mezcla interesante donde la “fidelidad”, la “abstinencia” y los “condones” se presentan como botes salvavidas en el mar del VIH/SIDA. El mensaje que se transmite es que la gente puede pasarse de uno a otro, de acuerdo a las circunstancias, siempre que estén seguros en alguno de los botes.

Algunos programas de educación de pares, están destinados a las personas jóvenes que ya están fuera de la escuela, para que ayuden a que haya una reducción significativa en las conductas riesgosas relacionadas con el VIH. En el Distrito de Rakai en Uganda, donde se han registrado altas tasas de la infección del VIH entre jóvenes, los investigadores han encontrado que era más probable que la gente joven sexualmente activa que está involucrada en los programas de educación de pares, contestara que estaba utilizando condones, a diferencia de aquellos que no estaban involucrados en los programas de educación de pares.⁴⁹

En Mumbai en India, los practicantes que diseñaron programas de prevención cuya meta eran las niñas, encontraron era crucial por principio, obtener el apoyo de los padres y de otras personas en la comunidad. Se tuvo que lanzar primero un programa de conscientización sobre VIH/SIDA para toda la comunidad antes de iniciar el programa de las niñas. Los diseñadores de los programas también aprendieron que esas mujeres jóvenes y niñas habían tenido grandes cargas de trabajo, incluyendo la responsabilidad de cuidar a sus pequeños hermanos. Por consiguiente hubo necesidad de proveer facilidades para asegurar que las mujeres jóvenes estuvieran libres para asistir al programa. En lugar de concentrarse solamente en VIH/SIDA, los diseñadores del programa incluyeron una serie de tópicos sobre salud sexual y reproductiva, así como una discusión sobre las cuestiones de género. Los métodos incluyeron el contar cuentos, el desempeñar distintos roles y juegos. El promedio de edad de las niñas que estuvieron involucradas en el programa fue de 14 años. El programa resultó ser muy popular entre las mujeres jóvenes y su participación se incrementó en la medida que avanzaban las sesiones. Una encuesta de seguimiento encontró que el 62 por ciento de las niñas que había tomado parte en las sesiones, informó que habían seguido discutiendo con otras personas sobre el tema de VIH/SIDA después de las sesiones.⁵⁰

Actualmente también se está incrementando la información sobre las iniciativas que han fallado. Los programas que no involucran gente joven el diseño y la aplicación, no responden a la diversidad de sus necesidades. Para mucha gente joven los costos, la oportunidad y la ubicación de los servicios de salud constituyen barreras para la utilización efectiva. Además, estos servicios necesitan que la gente joven vaya acompañada de sus padres o esposos (en caso de niñas mujeres casadas) y la actitud de juicio de muchos de los profesionales de la salud, las desaniman para seguir

⁴⁹ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton (Balmer et al 1995)

⁵⁰ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton

buscando orientación en los aspectos relacionados con la salud sexual. Los programas que no han sido exitosos son aquellos que han fracasado en proporcionar oportunidades para pensar y hablar sobre el género y la sexualidad.

Por ejemplo, 50 por ciento de los hombres estudiantes de la Universidad de Sri Lanka que se entrevistaron, informaron que su primera experiencia sexual la habían tenido con otros hombres (Silva 1997). Además, hay estudios bien documentados de conducta bisexual entre hombres en países como las Filipinas (Tan 1996), India (Khan 1996), Brasil (Parker 1996) y Marruecos (Bourshaba y otros 1998).⁵¹ Sin embargo, aun hay pocos programas que toman en cuenta esta realidad para enfrentar las necesidades de adolescentes homosexuales y bisexuales. Esto tiene implicaciones en el incremento de la transmisión del virus en mujeres jóvenes.

Por consiguiente, invertir en el futuro, invertir en los niños y niñas e invertir en la juventud, es un imperativo crítico. Se visualiza que la juventud del mañana estará soportando nuevas cargas como un resultado de la epidemia. El VIH/SIDA está planteando realmente nuevas demandas en los recursos de las familias y está reduciendo el tiempo que los adultos pueden invertir en actividades generadoras de ingreso. La demanda del trabajo de los niños para los quehaceres domésticos y la generación de ingresos para poder acceder a los tratamientos y poder soportar los gastos de los funerales, se convertirá en una carga muy pesada.

Como se mencionó anteriormente, la Oficina del Censos de los Estados Unidos ha concluido un estudio recientemente en 23 países. De acuerdo con los hallazgos de este estudio, el número total de niños y niñas que perdieron uno o ambos padres por distintas causas de muerte en estos países, será de 41.7 millones, de los cuales 22.9 millones lo deberán principalmente al VIH/SIDA. “Con niños y niñas que eventualmente han perdido a sus padres, constituyendo hasta un tercio de la población de menos de 15 años en algunos países, la epidemia habrá dado lugar a una generación perdida – un mar de juventud que está en desventaja y que le falta tono esperanza como oportunidad. En palabras de J.Brian Alwodd, Administrador de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), “Este informe proporciona una visión demográfica apremiante de un problema inmenso. Sin embargo, más importante que los números que contiene este estudio es la historia humana que éstos nos refieren. Cuarenta millones de niños y niñas perdiendo uno o ambos padres, son 40 millones de niños que tendrán más probabilidad de verse forzados a incorporarse al trabajo infantil; 40 millones más de niños y niñas con riesgo de VIH. Este estudio podría servir de llamada de atención tanto para las naciones desarrolladas como en desarrollo. No podemos arriesgarnos a perder una generación entera de niños y niñas en la desesperación, la mala salud y la desesperanza.”

Esta descarnada imagen de falta de esperanza y desesperación fue recientemente señalada por el “New York Times” – Cuando el sol se pone en esta

⁵¹ Fuente: Adolescents, Sexuality, Gender and the Epidemic – Kim Rivers and Peter Aggelton (Tan 1996, Khan 1996, Parker 1996 y Bourshaba y otros 1998).

cuidad -- Lusaka -- regando sombras sobre los modernos rascacielos del gobierno, familias enteras se preparan para pasar la noche en las aceras. Repartidos entre ellas se encuentran los andrajosos niños de la calle, muchos de los cuales son trabajadores sexuales como un medio para hacer dinero y buscan cualquier medio para drogarse. Los trabajadores de la Fuente de la Esperanza – una nueva organización sin fines de lucro que trabaja con niños y niñas de la calle -- dice que éstos han incluso encontrado una forma poderosa para drogarse con un derivado de las heces fecales fermentadas, una sustancia conocida como jekem”.⁵² “The New York Times” – septiembre de 1998.

CONFRONTANDO LOS DESAFÍOS --¿QUÉ DICEN LAS MUJERES?

Si el número de huérfanos de SIDA se comparan con el creciente número de mujeres que viven con VIH/SIDA, la terrible carga de cuidados que caerá sobre la vida y la supervivencia de las mujeres se vuelve una realidad evidente.

Edith y Khuzini Banda vivieron con su tía por cerca de una año después de que su madre murió en 1994. Pero entonces la tía dijo que en su casa había demasiada gente. Ella envió a las niñas que entonces tenían 13 y 14 años a vivir solas en su propia casa. Las niñas se mantenían rentando la mitad de la casa, que era de dos cuartos, por 15 dólares al mes y pedían limosna entre sus vecinos cuando se quedaban sin comida.⁵² Con este estado de cosas el mensaje es claro, nos mantendremos siendo testigos de los cambios en la situación de las mujeres y de asaltos a su dignidad y derechos, a menos que tomemos consciencia de sus múltiples roles en la sociedad. Las mujeres han estado soportando la triple carga de la producción, la reproducción y la administración de los recursos del hogar. La epidemia del VIH ha creado una situación que ha exacerbado esta carga. Las mujeres hoy en día además están soportando la cuádruple carga del cuidado de los huérfanos.

Las mujeres también soportan las cargas del cuidado y la atención de muy diversas maneras:

- Por mujeres que viven con VIH, quienes a través de los grupos de auto ayuda o apoyo informal, comparten su fortaleza, experiencia y visión con otras personas afectadas por el virus.
- Por mujeres en sus familias y en ambientes sociales, quienes como madres, esposas, hermanas, abuelas, hijas y amigas, están tomando la responsabilidad emocional y práctica para atenderse a ellas mismas y a sus seres queridos afectados por el VIH.

La escalada en los costos de cuidado y atención está incrementando la demanda del trabajo no pagado de las mujeres dentro de la familia. Los costos económicos de esta atención en los términos actuales debidos a las medicinas y los tratamientos, también son muy altos. En Kerala, en la India, se ha estimado que los costos mensuales en

⁵² Fuente: New York Times. 18 septiembre 1998

que incurre una familia por el tratamiento de infecciones oportunistas para un niño infectado de VIH, es de tres veces el ingreso mensual de la familia. En Haití, para Marie Ange Viaud de 24 años que vive con VIH, los costos de 10 medicamentos que le fueron recetados iba mucho más allá de los 10 000 dólares al año.⁵³ El costo de administrar Protocolo 076 a mujeres embarazadas para prevenir la transmisión de la madre al hijo(a) alcanza hasta 800 dólares por persona.⁵⁴

¿Entonces, como es que los hogares van a enfrentar esto? La investigación con base en la comunidad nos ha mostrado que el impacto social y económico de la epidemia sobre las familias tiene diferentes repercusiones dependiendo si es el hombre o la mujer la que muere. La epidemia está ahora en su punto de madurez en algunos países de Africa, donde como resultado del SIDA hay una escalada en las muertes, particularmente entre los hombres. Un hallazgo significativo de la investigación de Daphne Topousis del impacto social y económico de VIH en familias rurales en Uganda, es que hay mucho más mujeres que han perdido a sus esposos, que esposos que han perdido a sus esposas. Helen Onyango de TASO, informó que en Tororo, sólo 5 de sus 62 clientes eran viudos. El resto eran jóvenes viudas entre 15 y 35 años de edad.⁵⁵ Por ello la epidemia está contribuyendo directamente al incremento de los hogares encabezados por mujeres.

Los estudios que ha llevado a cabo la FAO en Uganda y el Oeste de Africa muestra que el problema más inmediato para muchas de las mujeres jefas de hogar afectadas por el SIDA, no son el tratamiento médico y las medicinas, sino los alimentos y la desnutrición.⁵⁶

Jane de 23 años tiene dos hijos de cuatro y dos años de edad, vive en Bumanda, una localidad de Tororo. Su marido, un granjero, murió de SIDA. Los dos niños han estado enfermos por mucho tiempo y ella cree que también están infectados. Jane no ha podido trabajar en la "Shamba" (parcela de la familia) al menos durante los últimos tres meses debido a la enfermedad de su esposo y por el hecho de que la familia ha perdido otros tres miembros en el último mes. Su esposo se murió hace solo un mes y ella ya experimenta la escasez de alimentos. Ella prepara sólo una comida al día. La dieta de la familia consiste en "cassava" y pan de mijo, ocasionalmente con pescado ahumado. Dice que no tiene dinero para comprar sal o aceite para cocinar."⁵⁷

Para muchas viudas que encabezan hogares la principal dificultad que sigue a la muerte del esposo no es solamente la falta de trabajo sino los ingresos en efectivo. De acuerdo a Gabrel Rugalema, la necesidad más urgente que declaran las viudas en

⁵³ Fuente: Women, Poverty and AIDS, editado por Farmer, Connors y Simmons

⁵⁴ Fuente: Women's Vulnerability and AIDS – Adriana Gómez y Deborah Meachman

⁵⁵ Fuente: Socio Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Families in Uganda – Topouzis and Hemrich (1994)

⁵⁶ Fuente: Las implicaciones del VIH/SIDA para las políticas y programas de desarrollo rural. Topouzis and Hemrich

⁵⁷ ⁵⁵ Fuente: Socio Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Families in Uganda – Topouzis and Hemrich (1994)

Tanzania era la de crédito para pequeños proyectos que pudieran combinarse con la parcela agrícola y el trabajo doméstico.⁵⁸

Actualmente las mujeres están experimentando un drástico cambio en el papel que desempeñan en la producción agrícola. Se encuentran a sí mismas con una falta de calificación y experiencia necesaria para responder efectivamente a los nuevos desafíos que confrontan con este nuevo papel. Una consecuencia directa es una inmediata caída de la productividad. Este es de hecho la cara femenina que está adquiriendo la pobreza en los países afectados por el VIH/SIDA. La feminización de la pobreza presenta ahora una tendencia diferente. Frecuentemente esta pobreza es nueva para algunos hogares, es una pobreza que puede ser intergeneracional, es una pobreza profunda.

GENERO Y SIDA EN LA PLANIFICACIÓN NACIONAL DEL DESARROLLO

Hay por consiguiente una sinergia potencial muy importante entre la mitigación del SIDA y los programas en contra de la pobreza, y particularmente aquellos programas en contra de la pobreza que sean sensibles al género. Es muy probable que los programas de desarrollo rural que persiguen el mejoramiento del acceso de las mujeres a medios de vida sostenibles, disminuyan el impacto de la epidemia. Por ejemplo, es probable que el acceso a agua potable tenga un marcado efecto en el tiempo que destinan las mujeres a otras actividades productivas y al cuidado de los enfermos y los huérfanos. De manera similar el acceso a las tecnologías que ahorran trabajo, tales como estufas de combustible eficiente, molinos para los alimentos, etc. aumentarán el tiempo de las mujeres para que puedan asumir otras cargas.

Los hallazgos del Banco Mundial muestran que la muerte de cada adulto deprime el consumo per cápita de alimentos en los hogares más pobres hasta por un 15 por ciento,⁵⁹ y esto implica que en respuesta a la epidemia, los gobiernos de los países necesitarán utilizar los promedios de la muerte adulta y la dependencia del hogar como criterios meta para los programas de alivio a la pobreza. Y en la medida que asignemos otras prioridades al gasto nacional, necesitaremos hacerlo inclusive de manera más crítica, con una mirada de género. En Asia, las mujeres que actualmente viven con el virus, están expresando silenciosamente la necesidad de apoyo para terminar con relaciones abusivas, apoyo para que sus hijos e hijas sean colocados en casas hogar, apoyo para tener acceso a la vivienda, apoyo por vía de los hospicios y finalmente apoyo para tener acceso a medios estables de vida.⁶⁰

Nuevamente las mujeres están mostrando tener la capacidad. En el estado de Tamil Nadu en la India, Sarita vive con el virus del VIH.⁶¹ Sus palabras se detienen en el aire:

⁵⁸ PNUD, Documento de estudio 2 –SIDA y Programas de Desarrollo.

⁵⁹ Fuente: Las implicaciones del VIH/SIDA para las políticas y programas de desarrollo rural. Topuzis and Hemrich

⁶⁰ Fuente: She Can Cope by Madhu Bala Nath

⁶¹ Fuente: Whispers from within by Dr. Suniti Solomon and Rashmi Rajan Pachauri

“la asesoría me ayudó en impacto inicial y la depresión que le siguió. Pero pronto supe que había ganado. La frustración gradualmente desapareció. Ahora estoy llena de esperanza y fortaleza para vivir mi vida plenamente aun con VIH/SIDA. Nada me detendrá. El primer paso fue divorciarme de mi esposo. La siguiente cosa que hice fue conseguir un trabajo. La independencia económica ha hecho que mi vida tenga significado, aún si está destinada a ser corta.”⁶²

En el área rural de Haití, las mujeres pobres afectadas por el virus están contando la historia de una mujer que vive con SIDA, a través de una presentación de un vídeo y utilizándola como medio para educar a la comunidad. Orgullosas por el éxito de haber roto los mitos que rodean a la epidemia, las mujeres han estado hablando de sus experiencias en una serie de reuniones. En una de estas reuniones un médico haitiano comentó: “¿qué clase de éxito es este, si estamos fallando en la prevención de la transmisión del VIH en la región, cual es el significado de su proyecto?”. Las “malerez” o mujeres pobres no dudaron y contestaron, “doctor, cuando todo lo que rodea son mentiras, decir la verdad es una victoria”.⁶³

Actualmente cada minuto once personas más están siendo infectadas y un poco más de seis de éstas son menores de 25 años.⁶⁴ Más de la mitad de éstas son mujeres. Noventa y cinco por ciento de estas mujeres están viviendo en el mundo en desarrollo, ⁶⁵ un buen número de ellas pobres. Estas mujeres han sobrevivido las embestidas de la vida y el destino. El desafío para nosotros como promotores y promotoras del desarrollo es el de respetar su fuerza inherente y la capacidad de recuperarse y reclutarlas como socias para conseguir nuevos recursos para enfrentar los desafíos emergentes como el desafío del virus mutante. Necesitamos hacer reingeniería del desarrollo o más bien el “mal desarrollo” con la riqueza de sus perspectivas. Las maneras en que nosotros, como personas que tomamos decisiones de política y las aplicamos, respondamos a la epidemia, influenciará la manera en que las mujeres participarán y contribuirán al desarrollo en el siglo veintiuno. Esto es porque el desarrollo nacional estará condicionado a la supervivencia humana y la supervivencia de aquellas que reproducen y crían a la raza humana. Esto, de hecho necesita ser el foco prioritario de atención hoy en día.

⁶² Fuente: Whispers from within by Dr. Suniti Solomon and Rashmi Rajan Pachauri

⁶³ ONUSIDA, documento de discusión.

⁶⁴ Fuente: SIDA, 5 años desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Cuestiones emergentes y desafíos para las mujeres, jóvenes y la infancia. ONUSIDA, Documento de discusión.

⁶⁵ Fuente: ONUSIDA/datos actuales de la epidemia del SIDA, Diciembre 1998

SESION 5

TRAYENDO EL SIDA A NUESTRA REUNION

i. Objetivo

Permitir a los participantes que se relacionen en forma emocional y personal con relación a las causas y las consecuencias del VIH/SIDA dentro de la realidad contextual de su propio país.

ii. Tiempo

1 hora

iii. Metodología

1. Testimonio de una mujer con VIH/SIDA
2. Estudio de caso y análisis

iv. Pasos

1. Antes de que la persona con VIH/SIDA entre al salón para dar su testimonio, el o la facilitadora comparte con el grupo la ética relacionada con la confidencialidad de la identidad de la persona con VIH/SIDA.
2. El o la facilitadora informa a los participantes que no se le debe dar atención en los medios a la historia de la persona.
3. El o la facilitadora explica a los participantes que este ejercicio es una manera de dar la cara ante todos los hechos y los datos que se discutieron antes durante el día.
4. El o la facilitadora debe promover una sesión de preguntas y respuestas al final del testimonio, pero sólo si la persona que lo dio está dispuesta a participar en esta sesión. Se deben contar con grandes habilidades para que no se lastimen los sentimientos de la persona cuando se hagan las preguntas.
5. Después de que se termine el testimonio, el o la facilitadora distribuye un estudio de caso: "VIH, sexualidad y violencia en contra de las mujeres", y les da a los participantes cinco minutos para que lo lean. Luego el estudio de caso se relaciona con el testimonio presentado. Le debe quedar claro a todos que no hay diferencia entre las vidas de las mujeres que viven con VIH en todos los países del mundo. Esencialmente, los problemas que enfrentan las mujeres son los mismos, independientemente de la parte del mundo en que puedan estar viviendo.
6. Esto establece el escenario para el proceso de planificación para el futuro.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 5

- Es importante reforzar la confidencialidad de la identidad de la mujer que viene a hablar frente al grupo.
- También es útil para el o la facilitadora ponerse “en los zapatos” de esta mujer. Este le permite al o a la facilitadora elevar sensibilidad cuando lleve a cabo la discusión que sigue al testimonio de la mujer.

Estudio de caso: un testimonio de una mujer viviendo con VIH/SIDA

VIH SEXUALIDAD Y VIOLENCIA EN CONTRA DE LAS MUJERES

“En el corazón de esta epidemia puede haber ya sea violencia y fragmentación o silencio y quietud. En los corazones de aquellos que personalmente no han sido tocados pasa lo mismo. Es lo mismo en los corazones de aquellos afectados”.
Elizabeth Reid, PNUD.

Es esta violencia, esta fragmentación, este silencio del testimonio de la historia de la vida de una mujer común y corriente.

El testimonio de una mujer

“Mi primer marido era un cristiano, un líder y un oficial en nuestra iglesia local. El era un buen hombre y un buen marido. Frecuentemente estaba fuera de la casa, a veces por semanas enteras, atendiendo obligaciones de la iglesia en otras partes del país. Nunca sospeché que estaba involucrado en relaciones sexuales extra maritales. El último año que estuvimos casados, mi esposo empezó a estar enfermo, mucha tos, resfriados, asma. Pensando que era fatiga causada por sus viajes constantes y su trabajo, no le di mucha importancia al principio. Mi esposo me dijo que no me preocupara. El no me dijo el resultado de los análisis, pero lo supe cuando vi la tristeza en su cara y las medicinas que estaba tomando y que las escondía para que yo no las viera. Cuando le pregunté acerca del diagnóstico del doctor me respondió: “Supón que tengo VIH/SIDA, ¿qué harías? Le dije que lo quería y que estaría con él pasara lo que pasara.

Entonces me dijo, “si tu quieres saber que es lo que está mal conmigo, mejor ve a hacerte un análisis de sangre”. Lo hice, sólo para saber que yo era VIH positiva. Le aseguré que estaría con él y que lucharíamos juntos contra esta enfermedad. Mi reacción puso aún más triste a mi esposo y culpable por lo que había hecho a los dos.

Al poco tiempo mi esposo se puso muy enfermo y luego se quedó totalmente en la cama. Se murió tres meses después. Lo cuidé noche y día. Él tenía otros hermanos y hermanas, pero estaban muy ocupados con su propio trabajo. Nunca reclamé, sólo sentía lástima por él. Lo limpiaba, le limpiaba su cama manchada. Era agotador y difícilmente yo podía tener descanso. Había veces que me llamaba, pero yo también estaba tan cansada inclusive para ir caminando a su cama y me arrastraba.

Mi esposo se sentía tan solo, habiendo estado siempre de aquí para allá, no era fácil para él estar confinado en una cama. Pasé con él todos estos tiempos difíciles. Dormí con él en la noche. Hicimos todo lo que el doctor nos dijo y más. Gastamos todo lo que teníamos para que él se pusiera bien. Recordamos que la propaganda del gobierno acerca de la enfermedad decía que si tenías SIDA, morirías.

Cuando él estaba en el hospital y muy enfermo, el doctor me preguntó: “¿estás lista para llevarte a tu esposo a tu casa?” Y yo le pregunté a mi esposo: “¿estás listo para irnos a la casa, listo para encontrarte con Dios?”. Él me contestó “estoy listo”. Después de que dejó el hospital, vivió por siete días más. Estaba feliz y conversador durante la última noche. Parecía que estaba bien. Se veía mucho más fuerte. Yo pensé que realmente se estaba poniendo bien. Le dije que tratara de dormir temprano. Él me dijo que quería hablar. Hablamos hasta las dos de la madrugada. Me preguntó como viviría yo, donde pasaría mi vida después de que él se fuera. Se negó a que yo me separara de él, ni siquiera para ir al baño o para tomar un vaso con agua. Nosotros teníamos cada cual un cobertor, pero esa noche me pidió que compartiéramos el mismo. Lo hicimos, me pidió que lo abrazara hasta que se muriera y que no lo dejara. Cuando desperté esta mañana, me di cuenta que yo había hecho exactamente lo que él quería que hiciera. Murió en mis brazos.

Las personas que vinieron al funeral, incluyeron algunas que sólo querían ver como se veía una persona que moría de SIDA. No mostraron el menor respeto por mis sentimientos. Yo era un objeto de curiosidad. En mi presencia decía “ella también morirá pronto”. Yo no sabía entonces mucho acerca del SIDA, y por ello les creí. Después del funeral de mi esposo, pasé el tiempo sólo esperando para morir.

Tuvimos dos hijos. Mi suegra me los quitó por temor a que ellos se contagiaran de la enfermedad. Ella dijo, "soy vieja y en caso de que me contagies el SIDA y muera, no se pierde mucho. Pero sería muy trágico que contagies a los niños y mueran (mis hijos eran VIH negativo). Cuando algunos de sus amigos venían a visitarla, me presentaba diciendo: “ella es la viuda de mi hijo. Ella tiene SIDA”. Después de esto decidí cambiarme de casa y vivir sola. Pensé que me iba a volver loca. Pasaba todo el tiempo oyendo la música que a mi esposo le gustaba, tocando las cintas una y otra vez. Yo socializaba muy poco.

Un día me encontré con un pastor de la iglesia y a través de él a un grupo de personas que entendía que era esto del VIH/SIDA. Me di cuenta que eran personas que se preocupaban por mí y que me daban buenos consejos. Me hicieron darme cuenta que había estado viviendo como una persona demente, que había descuidado mi apariencia, mi salud y a mí misma. Tomé sus consejos muy seriamente. Hice ejercicio, comí la comida adecuada, y me di a mí misma suficiente descanso. Lo más importante fue que hice ejercicio mental y espiritual. Me di cuenta que no había nadie que me proporcionara cuidados y que yo tenía la responsabilidad de mí misma.

Hice trabajo voluntario con el grupo de apoyo de VIH/SIDA. Ahora me siento valorada. El trabajo que hago es importante. Ahora la vida tiene mucho significado para mí. Creo que cada persona que tiene VIH/SIDA ama su vida. Nadie es VIH positivo a propósito” Actualmente Mala se ha vuelto a casar y vive con su segundo marido quien también es VIH positivo.

Madhu Bala Nath, Asesora de Género y VIH para ONUSIDA/UNIFEM
Adaptado de un informe de “World Council of Churches

¿Cuáles serían los elementos para que exista un medio legal y político propicio que pudiera hacer que los cambios de conducta fueran sostenibles, y de ésta manera hacer posible que los hombres y las mujeres puedan vivir y sobrellevar el VIH/SIDA?

Para responder a los desafíos que presenta la epidemia, los hombres y las mujeres han empezado a organizarse ellos mismos, aunque en intentos aislados y en algunos espacios geográficos restringidos. Las comunidades de hombres homosexuales se han organizado y han llevado a cabo campañas exitosas para la utilización de los condones para el sexo más seguro. La comunidad de mujeres ha respondido al impacto del virus en sus vidas, con el desarrollo de mecanismos ad hoc que se han ido formalizando con el tiempo, tales como TASO y SWAA en Africa. Estos grupos han podido trabajar de manera efectiva en el área y han proporcionado cuidado y apoyo así como la ampliación del conocimiento sobre las causas las consecuencias de la epidemia. Hay otras organizaciones de la sociedad civil que están trabajando para desarrollar estrategias de prevención a través de actividades como la distribución de condones, asesoría, investigación con base en la comunidad, etc.

El ambiente propicio y las leyes

¿Es que estas organizaciones trabajan en un ambiente propicio?

Actualmente existen varias leyes e instrumentos que necesitan volverse a examinar con una visión sensible a las cuestiones de género para contribuir a la creación de un ambiente propicio. Sólo entonces el trabajo se podría hacer de una manera sostenible que llevara a un cambio de conducta. Esto incluye:

- **Políticas que promuevan la participación de las organizaciones de la sociedad civil para trabajar en sociedad con el gobierno.**
- **Leyes relacionadas con la prevención y supresión del trabajo sexual comercial⁶⁶**
- **Leyes relacionadas con la homosexualidad⁶⁷**
- **Leyes tanto federales como personales que reducen el acceso de las mujeres a los bienes productivos, tales como las leyes de herencia, matrimonio, divorcio, y prácticas sexuales culturales.⁶⁸**
- **Políticas para la regulación de la educación sexual en las escuelas.⁶⁹**

⁶⁶ Conducen a los análisis forzosos y obligatorios que afectan los derechos humanos y mantienen la epidemia soterrada.

⁶⁷ Dificultan el trabajo preventivo de las organizaciones de la sociedad civil o del gobierno entre comunidades que necesitan asistencia, por ejemplo los prisioneros.

⁶⁸ A causa de estas leyes, las mujeres encuentran dificultades para romper con relaciones abusivas. En Uganda un adulterio del esposo no es causal de divorcio para la esposa. Ella tiene que probar además que él es culpable de incesto, bigamia, violación, sodomía, bestialidad, crueldad o abandono por dos o más años.

⁶⁹ En algunos países no se permite la educación sexual en las escuelas, pues se teme que promueva la actividad sexual entre los adolescentes a edades tempranas. Por ejemplo en la India, la administración de Nueva Delhi no ha permitido la educación sexual en las escuelas como parte de su política.

- **Normas relacionadas con la orientación ética y profesional de los proveedores de servicios.**⁷⁰

Ambiente propicio y acciones afirmativas

Además del reconocimiento del incremento de la vulnerabilidad de las mujeres a la epidemia y el incremento de las cargas y responsabilidades que caen sobre las mujeres para apoyar a sus familias afectadas de VIH/SIDA, las acciones afirmativas en las siguientes formas podrían resultar útiles. La necesidad de éstas ha sido expresada por grupos de mujeres que viven con VIH/SIDA en algunos países:

- **Más albergues para mujeres en crisis y centros para el cuidado de los niños de las mujeres que tienen que dejar su hogar por relaciones abusivas.**
- **Más planes para proveer conjuntos de vivienda a mujeres que viven con VIH/SIDA.**
- **Apoyo a los hospicios que son administrados por ONGs para el apoyo de mujeres que viven en familias nucleares sin ninguna ayuda para el cuidado y atención de los enfermos.**
- **Apoyo a programas que aseguren que las mujeres sean visibles como trabajadoras en el mercado de trabajo. Se necesita incrementar la tasa de participación laboral de las mujeres a través de la provisión de los recursos y habilidades que les permitan soportar el golpe económico de su situación.**

Madhu Bala Nath
ONUSIDA/UNIFEM
Asesora en género y VIH

⁷⁰ Recibir asesoría previa y posterior y mantener la confidencialidad de la situación de un paciente seropositivo. También probar e identificar síntomas de ETS y VIH/SIDA en mujeres que frecuentemente son muy tímidas y no les gusta hablar sobre esto.

SESION 6

Planeando el futuro

i. Objetivo

Promover la planificación participativa para el desarrollo de estrategias para enfrentar los desafíos enfrentados por las personas que viven con VIH/SIDA.

ii. Tiempo

45 minutos

iii. Materiales y equipo

Rotafolio y marcadores

iv. Metodología

La técnica conocida como “headlining” o asociación de ideas

v. Pasos

1. Con base en la información generada durante el día, a partir de los datos y el testimonio, el o la facilitadora les pregunta a los participantes que hagan una lista de deseos para mejorar la vida de las personas que viven con VIH.
2. Esta técnica involucra la elaboración de una lista de preocupaciones a partir de un proceso en el cual se le pide a los participantes que escriba en una línea lo que él o ella consideren que sea una necesidad crítica de una persona PLWHA. Se permite que los participantes hablen sólo por un minuto, resumiendo sus líneas en una sola frase.
3. El o la facilitadora tiene que asegurarse que estos insumos se enfoquen hacia las “necesidades” de los PLWHA y no hacia una discusión más amplia de las preocupaciones que afectan sus vidas. Se les explican “las reglas del juego” en donde se le pide a cada participante empezar con su frase diciendo....”Yo deseo...” (por ejemplo, “Yo deseo que Mala hubiera tenido mayor acceso a facilidades médicas”, “Yo deseo que hubiera leyes para castigar a las personas que sabiéndolo, infectan a otras”, etc.)
4. Los deseos que se manifiestan se ponen en una lista en el rotafolio
5. El o la facilitadora les pide a los participantes pensar acerca de las soluciones a las necesidades planteadas en la lista de deseos.
6. El o la facilitadora inicia la segunda etapa de este ejercicio en la que enfoca la discusión sobre las soluciones, pidiendo a los participantes que presenten sus ideas empezando la frase con las palabras “Vamos a considerar”....(por ejemplo, en “formar grupos de personas que viven con VIH/SIDA”, “vamos a

considerar la organización de iniciativas constructivas de sensibilización que ayuden a los hogares a entender las preocupaciones básicas sobre el VIH/SIDA”, “vamos a considerar el trabajar sobre la producción y diseminación de directrices sobre la negociación del sexo seguro”, etc.

7. El o la facilitadora agrupa todas las estrategias sugeridas en tres áreas emergentes enfocadas a:

- Recolección y diseminación de información
- Construcción de capacidades
- Promoción de los derechos humanos

8. El o la facilitadora les pide a los participantes para unirse al grupo donde considere que están sus intereses y prioridades. Los tres grupos base trabajarán en los temas siguientes:

- Empoderamiento a través de la información
- Empoderamiento a través de los derechos humanos
- Empoderamiento a través de la construcción de capacidades.

9. El taller termina con la formación de estos grupos y la elección de un coordinador de cada grupo. Este coordinador es el responsable para citar al grupo a una reunión donde se desarrolle un plan de trabajo que sintetice los aspectos más relevantes del ejercicio sobre “vamos a considerar” de la sesión anterior y a llevar el proyecto hacia delante.

SESION 7

Evaluación y clausura

i. Objetivo

Mejorar el proceso y el contenido del taller

ii. Tiempo

30 minutos

iii. Materiales y equipo

Lápiz y papel

iv. Metodología

Reflexión y notas

v. Pasos

1. El o la facilitadora les pide a los participantes relajarse y reflexionar sobre el proceso del taller.
2. Les pide a cada participante escribir en una hoja de papel sus verdaderos sentimientos. Un método es pedirles que piensen que están manejando con rumbo a su casa y viendo por el espejo retrovisor y reflexionando sobre las actividades de ese día. Entonces deben escribir lo que ven en el espejo mientras manejan.
3. Los participantes no necesitan poner su nombre en la hoja de papel
4. El o la facilitadora cierra la sesión con un saludo a las mujeres y los hombres que viven con VIH/SIDA, así como con un llamado para hacer un esfuerzo sincero para enfrentar los desafíos a partir de cualquier contribución, que por pequeña que sea, cada persona haga el esfuerzo de hacer.
5. El o la facilitadora finaliza con una nota sobre los compromisos que los participantes anotaron en la lista, e invita a los participantes a encender una vela a partir de una vela común o se despiden cuando cada participante toma de una caja el lazo rojo de apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA.

SECCION III

GENERO Y VIH/SIDA: UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

INTRODUCCION

i. EL MODULO: UNA SÍNTESIS

Este módulo está diseñado como un taller de dos días, ajustado a las necesidades de los y las representantes de organizaciones no gubernamentales, ministerios de gobierno y organizaciones de capacitación. Está hecho a la medida de aquellas personas que trabajan para influenciar políticas y toma de decisiones, y no para personas que hacen trabajo de base. El taller tiene especial significado para personal de los medios de comunicación, con el fin de que pueda ampliar sus habilidades analíticas y de información ya que podrán proporcionar evidencia empírica para fortalecer su comunicación anecdótica.

ii. OBJETIVOS

- Entender las complejas dimensiones de los desafíos que presenta el VIH/SIDA dentro de un marco de derechos humanos sensible a las cuestiones de género
- Desarrollar las respuestas adecuadas a estos desafíos adoptando un enfoque de derechos humanos con la visión de género.

iii. PARTICIPANTES

El taller puede ser global, nacional o regional. Las personas que participan en el taller pueden incluir a:

- Representantes de instituciones clave de diferentes países
- Representantes de diarios que tengan influencia en los países representados
- Representantes de organizaciones no gubernamentales y ministerios de gobierno que toman decisiones y pueden influenciar políticas.

iv. MATERIAL DE LECTURA DE ANTECEDENTES⁷¹

El siguiente material de lectura puede proporcionar una útil información de antecedentes.

- Ainsworth, Martha & Amie Batsonand, & Sandra Rosenhouse. Accelerating an AIDS Vaccine for Developing Countries: Issues and Options for the World Bank. (July 1999), preparado por el grupo de tareas de la vacuna del SIDA del Banco Mundial.
- Jayasuriya, D.C. Worldwide Restrictions Placed upon People with HIV/AIDS (1992). *Medica Virology* Vol. 2, 191-194

⁷¹ Para información sobre copias de éste material, por favor contacte a la Asesora de Género y VIH/SIDA en UNIFEM. Correo electrónico: unifem@undp.org

- Gómez Adriana & Debora Meacham. Women's vulnerability and HIV/AIDS: a Human Rights Perspective (1998) LACWHN (Latin American & Caribbean Women's Health Network).
- ONUSIDA: Guía de los mecanismos de Naciones Unidas de Derechos Humanos (1997).
- PNUD: VIH, ética, legislación y derechos humanos. Diciembre de 1997.
- División de Población de UN: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. "World Abortion Policies" (1999), United Nations (DESA)
- "Women in Law and Development in Africa (WILDAF): A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa", Paquete de información para la Sesión No. 43 del Comité sobre la Situación de la Mujer. Naciones Unidas.

AGENDA

Primer día

9:30 a 10:00am	Bienvenida e introducción
10:00 a 11:00am	Género y VIH: la situación de la epidemia
11:00 a 11:45am	Ella es VIH/El es VIH: un análisis dentro del marco de derechos humanos
11:45 a 12:00pm	Descanso
12:00 a 1:00pm	El derecho a la buena salud. Explorando la normativa
1:00 a 2:00pm	Almuerzo
2:00 a 3:00pm	Viendo la realidad
3:00 a 3:15pm	Descanso
3:15 a 5:00pm	Viendo la realidad. Continuación

Segundo día

9:30 a 10:00am	Recapitulación
10:00 a 11:30am	Los imperativos críticos que enfrentan hombres y mujeres. Debates éticos.
11:30 a 11:45am	Descanso
11:45 a 1:00pm	Los imperativos críticos. Continuación
1:00 a 2:00pm	Almuerzo
2:00 a 3:30pm	El impacto en la planificación del desarrollo. Construyendo el racional para el enfoque de derechos humanos a la epidemia
3:30 a 3:45pm	Descanso
3:45 a 4:30pm	Directrices futuras
4:30 a 5:00pm	Evaluación y clausura

SESION 1

Introducción y establecimiento de expectativas

i. Objetivo

Crear un ambiente que conduzca al aprendizaje y a generar dinámicas de grupo positivas durante el proceso del taller.

ii. Tiempo

30 minutos

iii. Materiales y equipo

1. Formas de datos personales
2. Cámara polaroid
3. Proyector de acetatos
4. Acetato 1: objetivos del taller
5. Rotafolio

iv. Metodología

1. Lecturas cortas
2. Los participantes se presentan a partir del llenado de la forma de datos personales

v. Pasos

1. El o la facilitadora distribuye las formas de datos personales a cada uno de los participantes cuando llega en la tarde antes del taller o cuando entra al salón de capacitación antes de que empiecen las actividades del taller. Se toma una fotografía de cada participante con la polaroid, y se le pide que la pegue en la forma de datos personales, si no hay posibilidad de tener esta cámara se le pide a cada participante que traigan una foto de ellos de tamaño visa.
2. Las formas se prenden en una pared en la segunda mañana durante la realización del taller o a la hora del descanso.
3. El o la facilitadora inicia el taller y se presenta a los participantes y les da la bienvenida.
4. Se le pide a un funcionario de gobierno, que ha sido invitado de honor que de por inaugurada la sesión. Esta intervención no debe ir más allá de 10 minutos. Éste deberá de conseguir el compromiso político necesario para

apoyar la instrumentación de las recomendaciones del taller y asegurar sostenibilidad al programa.

5. Los participantes se presentan ellos mismos, dando su nombre, el país, la institución y sus expectativas del taller. Esto se registra en hojas de rotafolio que se pegan a la pared.
6. El o la facilitadora señala cuales son las expectativas que están fuera del enfoque del taller y alinea el resto con los objetivos de éste taller que están impresos en el acetato 1.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 1

1. En el caso de que los participantes lleguen al taller un día antes, por la tarde podrán llenar sus hojas datos personales con anterioridad. También es una buena manera para que los participantes se encuentren y se conozcan informalmente.
2. Es importante entender el valor de alinear las expectativas de los participantes y los objetivos de la capacitación. Esto se hace para evitar la frustración que pueda surgir si una expectativa no se cumple.

OBJETIVOS DEL TALLER

- Entender las complejas dimensiones de los retos que presenta el HIV/SIDA dentro de un marco de derechos humanos que responda a las diferencias de género.
- Desarrollar respuestas adecuadas para estos retos, adoptando el enfoque de los derechos humanos a través de un lente de género.

Forma de datos personales



Nombre: _____

Tipo de trabajo _____

Organización _____

Si tu pudieras dar sólo un consejo a un adolescente que estuviera cerca de ti (hombre o mujer), sobre como prevenir el VIH/SIDA, ¿qué le dirías a él o a ella?

¿Cuál es tu experiencia en el trabajo relacionado con las cuestiones de VIH/SIDA y con derechos humanos?

Cuántos años has trabajado en:

Género _____ VIH/SIDA _____ Derechos Humanos _____

SESION 2

GENERO Y VIH/SIDA – LA SITUACION DE LA EPIDEMIA

i. Objetivo

Ampliar el conocimiento de las causas y consecuencias sociales y económicas de la epidemia relacionadas con el género.

ii. Metodología

La utilización de un cuestionario que genere disonancia (el cuestionario está en las páginas 28 a 35) para provocar el cuestionamiento estratégico. Esto conduce a la auto evaluación del conocimiento propio y los sentimientos que surgieron con base en la información que se ha presentado. También proporciona una oportunidad para el examen de los valores y percepciones de los participantes en relación con la construcción de género de la sexualidad.

ii. Pasos

1. El o la facilitadora distribuye el cuestionario y pide a los participantes que lean el cuestionario y seleccionen sus respuestas (10 minutos).
2. El o la facilitadora lee en voz alta todas y cada una de las preguntas del cuestionario, dando las respuestas correctas frente a todo el grupo.
3. El o la facilitadora utiliza este proceso para general discusión sobre las dimensiones de género de la epidemia. El o la facilitadora hace una serie de preguntas relacionadas al cuestionario (refiérase al “cuestionario: consejos y respuestas”).
4. El o la facilitadora utiliza el cuestionario para hacer comparación entre las cifras al nivel global, nacional y regional (refiérase al “cuestionario, consejos y respuestas”). Se puede proporcionar la información a los participantes citando y refiriéndose a las hojas de información de país de ONUSIDA que está disponible en el Internet en: www.unaids.org
5. El o la facilitadora le pide a los participantes que exploren y compartan sus sentimientos como el enojo, la indignación, el desaliento, el decaimiento, la lástima, la determinación de seguir adelante y la motivación. El o la facilitadora registra cada emoción, tal y como se expresa en el rotafolio.
6. El o la facilitadora sigue con la segunda parte del cuestionario que contiene nueve enunciados que se refieren a la construcción de la sexualidad. Estos enunciados se discuten uno por uno con todo el grupo y se les pregunta a los participantes si están de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación (refiérase al “cuestionario: ”consejos y respuestas”).
7. El o la facilitadora concentra la información al final de la discusión y presenta el acetato 2 (página 36, Sección II).

Notas para el o la facilitadora Sesión 2

El o la facilitadora insiste con los participantes que no se trata de un examen o de algún Mecanismo para evaluar el conocimiento de los participantes.

- El o la facilitadora mantiene el enfoque de la discusión en los “sentimientos” y no sólo En el análisis de la información del cuestionario. Esto ayuda a vincular lo cognoscitivo con lo emocional y establece el escenario para la generación de la motivación y el compromiso Emocional necesario para ampliar el aprendizaje.
- El sintetizar la discusión amplia del cuestionario y argumentos de los acuerdos y desacuerdos Generados en cuatro grupos principales, es muy útil. Los puntos principales están en **negritas** En la sección del “Cuestionario, consejos y respuestas”.
- La internalización de las notas del conferenciante que se proporciona al final de la Sesión II (Págs. 37 a 42) y la familiarización con la situación de la epidemia en el país en el que se desarrolle el taller, es un requisito previo para el resultado exitoso de este ejercicio.

Cuestionario, Consejos y respuestas

- v. Prevalencia: un análisis de género
El o la facilitadora deberá mostrar las dimensiones de género de la epidemia haciendo preguntas relevantes y leyendo las respuestas al cuestionario. Además, deberá comparar información al nivel regional, nacional y global. Por ejemplo:
- Después de contestar la pregunta uno del cuestionario, el o la facilitadora debe hacer la siguiente pregunta: “¿Cuál es el porcentaje de mujeres afectadas con el VIH/SIDA en tu país?”
 - Después de la pregunta cinco: ¿Cuál es el porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivas en tu país?
 - Después de las preguntas uno a cuatro se pregunta: ¿Porqué piensas que cada día más y más mujeres se infectan?
 - Después de la pregunta seis debe preguntar: ¿Porqué piensas que más que las trabajadoras sexuales, a medida que la epidemia madura, las amas de casa estén siendo registradas con nuevas infecciones?.
 - **Es importante hacer notar que las preguntas uno a cuatro y la pregunta siete, confirman que más mujeres de grupos de edades jóvenes están siendo infectadas.**
- vi) Causas: un análisis de género
- Después de las preguntas cuatro a ocho, verifique que el cambio de conducta es un elemento importante en la prevención y la disminución de la epidemia.
 - **Las preguntas ocho a diez muestran como la edad es una variable clave en la incidencia del VIH.**
- vii) Consecuencias: un análisis de género
- Note que las preguntas cinco a siete, abordan el impacto del VIH/SIDA en la feminización de la pobreza.
- viii) Acuerdo – Desacuerdo
- Estas afirmaciones están referidas a la construcción de género de la sexualidad
 - El o la facilitadora debe plantear estas afirmaciones en sesión plenaria. Compartiendo ejemplos específicos del país donde se desarrolla el cuestionario, con ello se enriquece la discusión.
 - Después de la afirmación siete el o la facilitadora hace la siguiente pregunta: ¿Cuál es la palabra que se utiliza para referirse a la vagina en su país? ¿Esta palabra es socialmente aceptable?
 - Después de la afirmación ocho se hace la siguiente pregunta: de un ejemplo de una norma social y cultural que es un impedimento para prevenir la diseminación de la epidemia?
 - Los ejemplos para ilustrar están en el documento anexo: “Mitos y rituales”

SESION 3

El tiene VIH, Ella tiene VIH: Un análisis dentro del marco de los derechos humanos

i. Objetivo

Hacer énfasis en la discriminación que afecta a las personas que viven con VIH/SIDA.

ii. Tiempo

45 minutos

iii. Materiales y equipo

1. El documento titulado “El tiene VIH, Ella tiene VIH” que presenta casos de la vida real de hombres y mujeres que viven con VIH/SIDA
2. Acetato No.2: Abusos a los derechos humanos

iv. Metodología

Trabajo de grupo y representaciones

v. Pasos

1. El o la facilitadora divide a los participantes en tres o cuatro grupos y distribuye el documento titulado “El tiene VIH, Ella tiene VIH”. Se les pide a los participantes que lean el documento y desempeñen un personaje en la representación de un escenario. Se les da 15 minutos para planear su representación.
2. El o la facilitadora invita a cada grupo a hacer su representación en el pleno del grupo, dando cinco minutos a cada grupo. Estas representaciones sacan a la luz las preocupaciones de la discriminación y el estigma que enfrentan las mujeres.
3. El o la facilitadora sintetiza las áreas de discriminación de género en la vida de las mujeres que viven con VIH/SIDA, vinculando lo que salió de las representaciones con el acetato No. 2

Notas para el o la facilitadora. Sesión 2

Las representaciones ayudan a personalizar las preocupaciones relacionadas con la discriminación De género que enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA. Refuerza el aprendizaje generado Con el cuestionario generador de disonancia. Establece el escenario para ir a la siguiente sesión Donde se aborda el marco normativo relacionado con el “derecho a la buena salud”

Él tiene HIV/Ella tiene HIV	Él tiene HIV	Ella tiene HIV
El doctor le da la noticia	Su análisis de HIV dio positivo. Esta es una enfermedad mortal. Cuide su salud.	Su análisis de HIV dio positivo. Esta es una enfermedad mortal. Asegúrese de no concebir ya que será transmitida al bebé y usted será la culpable del sufrimiento de la criatura. Si usted está embarazada, es necesario que aborte lo antes posible.
Reacción de los respectivos cónyuges al recibir la noticia	No debes enfermarte. Yo estaré a tu lado. Para mí es un honor servirte.	¡Mujer de vagina abierta! Seguramente te acuestas con alguien más. Eres una maldición en mi vida. No te quedarás aquí. Búscate otro lugar para vivir.
La familia se entera de su condición de HIV positivo	Nos has avergonzado. Es preferible conservar el honor de la familia desasociándonos de ti. Por favor vete de la casa. Llévate a tu mujer y a tus hijos contigo.	No sabíamos que albergábamos a una prostituta en esta casa. Deja a los niños y antes de que amanezca queremos que te hayas ido. Hasta tu sombra está condenada para nosotros. Ella se va sola.
La comunidad se entera de su condición de HIV positivo	Es una lástima que esto le haya pasado a él. Después de todo, los hombres son hombres. Es cierto que algunas veces se divierten pero tan mala suerte no la tiene todo el mundo. Es su destino. Después de todo, un toro no es toro si no tiene cicatrices.	Con el tipo de actividades que ha escogido para darse gusto, le fue bien conque solo la hayan corrido. En nuestros tiempos la habrían marcado con hierro candente para servir como lección para que otras muchachas se mantuvieran alejadas de actividades deshonestas.
El patrón se entera de la condición de HIV positivo de su empleado	Ninguna de las entrevistadas habían divulgado el estado de sus esposos.	Antes de ser diagnosticadas, ninguna de las mujeres había tenido empleo. Al enterarse de su estado y ser corridas de sus casas, las mujeres han buscado trabajo con poco éxito. Existe un gran miedo al rechazo.
Comienzan a presentarse infecciones oportunistas	La esposa ha proporcionado al personal	A la mujer la hacen esperar el personal de oficina, las

	médico dinero extra y favores para que él sea revisado por el médico. Este último niega tener conocimiento del estado de HIV positivo del paciente.	enfermeras y el doctor.
Se presenta la necesidad de tratamiento médico	La esposa utiliza los ahorros de la familia y busca trabajo adicional para pagar los medicamentos. Come menos y reduce la alimentación de sus hijos para poder adquirir medicinas para su esposo. O, si viven en una economía de subsistencia agrícola en la zona rural de la India, la carga del cuidado del esposo le deja muy poco tiempo para trabajar en los sembradíos. Comienza a sembrar tubérculos en lugar de arroz o trigo, ya que requieren de menos atención aunque son menos nutritivos para ella y sus hijos.	La necesidad de adquirir medicamentos permanece insatisfecha. La cuestión de la supervivencia cobra importancia – el techo y el alimento son más urgentes que la atención médica. O, si ella vive en una economía de subsistencia agrícola, su parcela marginal permanece sin cultivar y ella espera una muestra de compasión de los miembros de la comunidad para salvarse a sí misma y a sus hijos de la muerte.
Sucede lo inevitable – llega la muerte	La mujer se queda sola escuchando lo irremediable por todas partes – “ella también morirá pronto”. La carga del cuidado de los hijos y su supervivencia subsiste... Existe una muy remota posibilidad de que vuelva a contraer matrimonio – tal vez con otro hombre que tenga HIV. La cuestión que se presenta es si ella querrá volver a pasar por lo mismo otra vez.	Los niños sollozan. Más huérfanos se unen a los niños de la calle.

Las mujeres continuarán viviendo con la carga de la epidemia y morirán a causa de la carga de la epidemia, a menos que se creen ambientes habilitadores y se destruyan los estereotipos relacionados con el género y la sexualidad, a través de la difusión de información correcta y de manera adecuada. (Adaptado de pláticas con mujeres de la India sumidas en la pobreza, algunas de ellas viviendo con HIV/SIDA.)

ABUSOS DE LOS DERECHOS HUMANOS – ÉL TIENE HIV/ELLA TIENE HIV

DERECHOS HUMANOS	MANIFESTACIONES DE ABUSO
Derecho a la información	No se proporciona información acerca de: > El aborto > Transmisión de madres a hijos
Derecho a la dignidad	Lenguaje ofensivo
Derecho a la igualdad	Actitud de la comunidad
Derecho al empleo	Pérdida del empleo remunerado al descubrirse la enfermedad
Derecho a la propiedad	Falta de acceso a un techo si es corrida del hogar por el marido
Derecho a la vida de familia y al matrimonio	Aislamiento por parte de la familia

SESIÓN 4

Derecho a la buena salud: explorando la normatividad

i. Objetivo

Comprender la necesidad de adoptar un enfoque para el desarrollo, con base en los derechos humanos.

ii. Tiempo

Una hora

iii. Materiales y equipo

1. Dos juegos de cartas codificadas y de color
2. Plumas
3. Rotafolio, marcadores
4. Proyector de acetatos
5. Acetatos:
 3. Un diagrama de flujo del desarrollo
 4. Atrasos en el desarrollo
 5. Factores de desarrollo
 6. Instrumentos de derechos humanos
 7. Derechos
 8. Marcos establecidos por los instrumentos internacionales

iv. Metodología

Grupos de trabajo

v. Pasos

1. El o la facilitadora distribuye dos juegos de cartas a los participantes y les pide que escriban en una carta determinada, un incidente de sus vidas donde ellos hayan defendido de manera exitosa sus derechos fundamentales. Se les pide que en la otra carta escriban sobre sus sentimientos que hayan experimentado cuando lucharon por sus derechos fundamentales.
2. El o la facilitadora divide a los participantes en cuatro grupos y les pide que identifiquen a un líder de grupo para dirigir la discusión.

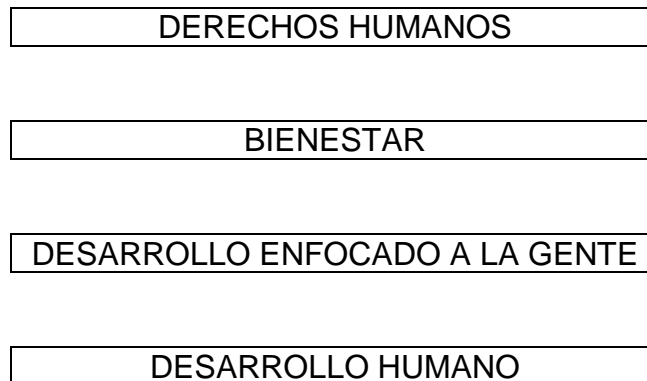
3. El o la facilitadora les pide al grupo discutir los diferentes incidentes y seleccionar uno para discutir en reunión plenaria. Cada grupo hace su presentación en la plenaria.
4. El o la facilitadora escribe en un rotafolio los sentimientos que expresaron los presentes, a medida que éstos relatan los incidentes. Estos pueden ir desde falta de entusiasmo, inflexibilidad, felicidad, victoria, empoderamiento, confianza, etc.
5. El o la facilitadora inicia la discusión vinculando los sentimientos al hecho de que tales sentimientos son esenciales para lograr un estado de bienestar y seguridad. Utilizando el acetato #3 habla sobre el vínculo de este estado de bienestar, el respeto por los derechos humanos y una orientación del desarrollo humano que se dirige hacia las personas.
6. Utilizando los acetatos #4 y #5, el o la facilitadora, explica los fracasos por no utilizar un enfoque del desarrollo centrado en las personas y llama la atención de los participantes hacia los tropiezos del desarrollo, los cuales son consecuencia de la pobreza y desigualdad.
7. El o la facilitadora, utilizando los acetatos #, #7 y #8 hace un llamado a los participantes sobre la necesidad urgente de apoyar el desarrollo humano a partir del reconocimiento de los derechos humanos de los individuos, tal como han sido garantizados en los diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 4

- Mientras que se habla sobre el enfoque de desarrollo centrado en las personas, se deben utilizar ejemplos del Informe de Desarrollo humano de 1990. Este informe indica que los países con un ingreso per cápita alto, pero con bajo desarrollo humano, han sido clasificados más abajo en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), en cambio los países con bajo ingreso per cápita pero con alto desarrollo humano (por ejemplo, Sri Lanka vs. Arabia Saudita. De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano de PNUD de 1990, Sri Lanka ha sido registrada con ingreso familiar per cápita de \$400 dólares pero con altos indicadores de desarrollo humano, una tasa de alfabetismo en adultos de 77 por ciento y una esperanza de vida de 78 años. Por otra parte, Arabia Saudita está registrada como un país con un alto ingreso per cápita de \$6 250 dólares, pero con bajos indicadores de desarrollo humano, con una tasa de alfabetismo adulto del 51 por ciento y una esperanza de vida de 54 años). Las preocupaciones que deben discutirse por consiguiente son:
 - Desarrollo, ¿para quién?
 - Desarrollo, ¿cómo?
- Para discusión leer las notas anexas tituladas “Explorando la normatividad”
- Acetatos tres a ocho anexos.

95

DIAGRAMA DE FLUJO DEL DESARROLLO



96

RETRASOS ACUMULADOS EN EL DESARROLLO

- > Mas de un billón de personas carecen de las necesidades básicas de consumo
- > De los 4.4 billones de personas en los países en desarrollo, casi tres quintas partes no cuentan con condiciones de salubridad básica
- > Casi una tercera parte no tiene acceso a servicios modernos de salud
- > Una quinta parte de los niños no continúan sus estudios más allá del quinto grado
- > La dieta de alrededor de una quinta parte es deficiente en calorías y proteínas
- > Las deficiencias de micronutrientes son aún más agudas. En el mundo existen dos billones de personas anémicas, incluyendo 55 millones en los países desarrollados.

Fuente: HDR – 1998

97

REALIDADES DEL DESARROLLO

LA QUINTA PARTE MÁS RICA:

- > Consume el 45 por ciento de toda la carne y el pescado; la quinta parte más pobre, consume el 5 por ciento.

- > Consume el 58 por ciento de la energía total; la quinta parte más pobre, consume menos del 4 por ciento.
- > Posee el 74 por ciento de todas las líneas telefónicas; la quinta parte más pobre, 1.5 por ciento.
- > Consume el 84 por ciento de todo el papel; la quinta parte más pobre, sólo el 1.1 por ciento.
- > Es propietaria del 87 por ciento de la flotilla mundial de vehículos. La quinta parte más pobre, tiene menos del 1 por ciento.

Fuente: HDR – 1998

98

INSTRUMENTOS DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos han sido reforzados por instrumentos internacionales, que incluyen:

- > El Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos
- > La Convención sobre los Derechos del Niño
- > La Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW)
- > El Capítulo Africano de los Derechos Humanos y de los Pueblos
- > La Convención Europea sobre Derechos Humanos

99

DERECHOS

- > El derecho a la dignidad
- > El derecho al trabajo
- > El derecho a la educación
- > El derecho al seguro social y los servicios
- > El derecho a la igualdad – protección igualitaria ante la ley
- > El derecho a la vida en familia y al matrimonio
- > El derecho a la salud

100

EL MARCO ESTABLECIDO POR ESTOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES HA SERVIDO DE GUIA PARA:

- > La elaboración de nuevas leyes en los países.
- > La evolución de objetivos y conclusiones acordadas en conferencias internacionales, por ejemplo el Programa de Acción de El Cairo; la Plataforma de Acción de Beijing; resoluciones de la Comisión sobre la Condición de la Mujer, etc.
- > El desarrollo de lineamientos internacionales que surgen de las consultas bilaterales/multilaterales a escala regional y global.

Explorando la normatividad

La Conferencia Internacional sobre el Cuidado de la Salud Primaria que terminó en septiembre de 1978 en Alma-Ata, Kazajistán, concluyó con la famosa declaración de que la salud es un derecho fundamental y que su cumplimiento al más alto nivel posible de salud para todos es una de las metas sociales más importantes en el mundo. Su realización necesita de la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector de salud. Afirma la urgencia de llevar el cuidado de la salud tan cerca como sea posible de donde la gente vive y trabaja y a un costo accesible, proporcionando servicios de promoción, preventivos, curativos y de rehabilitación.

Ahora, veinte años después de la Declaración de Alma-Ata, ¿en donde estamos? El veinte por ciento más pobre de la población del mundo se ha dejado fuera de la corriente de desarrollo. El informe de PNUD de 1998, establece que más de mil millones de personas no tienen acceso a las necesidades básicas de consumo. De los 4.4 miles de millones de personas que viven en los países en desarrollo; cerca de las tres quintas parte carece de servicios sanitarios básicos, casi un tercio no tiene acceso a agua potable, una cuarta parte no tiene adecuada vivienda, una quinta parte no tiene acceso a servicios modernos de salud, una quinta parte de niños y niñas no llega al quinto grado en la escuela y cerca de una quinta parte no tiene suficiente energía dietética y proteína. En el mundo, dos mil millones de personas son anémicas, incluyendo 55 millones en los países industrializados.

La quinta parte más rica de la población:

- Consume 45 por ciento de toda la carne y el pescado, la más pobre 5 por ciento
- Consume 58 por ciento de la energía total, la quinta parte más pobre menos de 4 por ciento
- Tiene 74 por ciento de todas las líneas telefónicas, la quinta parte más pobre 1.5 por ciento
- Consume 84 por ciento de todo el papel, la quinta parte más pobre 1.10 por ciento
- Posee 87 por ciento de la flota de vehículos en el mundo, la quinta parte más pobre menos del uno por ciento.

A pesar de estas situaciones, las discrepancias todavía se mantienen. ¿Porqué se mantienen estas discrepancias? Porque el paradigma del desarrollo no ha sido bien entendido. El paradigma se orientó en el crecimiento económico y no en un patrón de desarrollo centrado en las personas. El enfoque utilizado fue el orientado a la oferta y no orientado a las personas o a la demanda y las necesidades. Debemos de detenernos y preguntarnos a nosotros mismos algunas cuestiones básicas claves:

- Desarrollo: ¿porqué?
- Desarrollo: ¿para quién?
- Desarrollo: ¿cómo?

Un enfoque centrado en las personas necesita incorporar el enfoque de los derechos humanos, donde los indicadores del desarrollo se ven como derechos. La responsabilidad es parte de la estructura de este enfoque: responsabilidad de los que toman decisiones y que tienen poder e influencia con todos aquellos cuyas vidas se van a ver influenciadas y afectadas.

El concepto y el principio sobre la necesidad de este tipo de gobernabilidad, se reconocieron hace cinco décadas, cuando las Naciones Unidas redactaron y aprobaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. Esta declaración ha sido reconocida como la Carta Magna de los derechos humanos en todo el mundo. Los derechos básicos de esta declaración son:

- El derecho a la libertad, seguridad y libertad de movimiento
- El derecho a la dignidad
- El derecho al trabajo
- El derecho a la educación
- El derecho a la seguridad y los servicios sociales
- El derecho a la igualdad: igual protección con respecto a la ley
- El derecho a casarse y a la vida familiar
- El derecho a la salud.

Estos derechos se han reforzado posteriormente a partir de instrumentos internacionales que incluyen:

- La Convención Internacional de los Derechos Civiles y Políticos
- La Convención de los Derechos del Niño
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
- La Carta Africana de los Derechos Humanos y de las Personas
- La Convención Europea de Derechos Humanos

Es necesario mencionar aquí que estos códigos de derechos humanos por sí mismos, no pueden proveer protección adecuada de los derechos individuales, pero de la misma forma será un error considerarlos que no son enteramente efectivos. El marco que establecen estos instrumentos internacionales ha sido la guía de:

- Elaboración de leyes para los países
- La evolución de los objetivos y conclusiones acordadas en las conferencias internacionales (p. ej. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El

Cairo, la Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, las resoluciones de la Comisión sobre la Situación de la Mujer, etc.)

- El desarrollo de directrices internacionales que emergen de consultas multilaterales y bilaterales al nivel regional y nacional.

Estas recomendaciones internacionales, resoluciones y conclusiones, son las que proporcionan directrices para que los países reorienten y diseñen sus políticas y programas con el fin de asegurar el respeto por los derechos humanos de los individuos. Si estos programas se instrumentan adecuadamente y las políticas crean ambientes propicios que promuevan los patrones de desarrollo centrados en las personas, se apoyará la creación de un sentido de bienestar que es esencial para propiciar el desarrollo y el progreso de las sociedades y las naciones con un rostro humano.

Madhu Bala Nath
Asesora de Genero y VIH/SIDA, ONUSIDA/UNIFEM

SESION 5

Viendo la realidad

i. Objetivo

Integrar el marco de la normatividad de derechos humanos, género y VIH/SIDA a la realidad de las vidas de las personas que viven con VIH/SIDA.

ii. Tiempo

2 horas y 30 minutos

iii. Materiales y equipo

Recortes de periódico de artículos relacionados a la realidad presente de las vidas de las personas que viven con VIH/SIDA

iv. Metodología

Trabajo en grupos

v. Pasos

1. El o la facilitadora divide a los participantes en cuatro grupos y le proporciona a cada uno, un artículo diferente del periódico, de reciente cobertura y sobre la vida de las personas que viven con VIH/SIDA
2. El o la facilitadora le pide al grupo que identifique un líder del grupo para facilitar la discusión dentro del grupo y hacer la presentación en la plenaria.
3. Se le pide al grupo que lea el artículo y analice el contenido dentro del marco de los derechos que se garantizan a los individuos en las convenciones internacionales y las constituciones nacionales, teniendo en cuenta el lenguaje político de Naciones Unidas.
4. El o la facilitadora promueve una lluvia de ideas participativa en la medida que cada grupo va haciendo su presentación en la plenaria.
5. Si el tiempo lo permite, se les pide a los presentadores de cada grupo que escriban un artículo corto, parafraseando el artículo discutido, en el contexto de las preocupaciones que salieron durante la lluvia de ideas. Este artículo se les da a los participantes para sus registros.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 5

- El último paso para escribir el artículo, sólo se da si hay tiempo al final de la discusión.
- Este ejercicio contribuye al fortalecimiento de las habilidades analíticas, vinculando las cuestiones micro con las macro al informar y utilizando evidencia empírica para resaltar información anecdótica y con ello ayudando al personal de los medios de comunicación para que a partir de su trabajo, desarrolle material para una fuerte promoción
- Se anexan cinco informes de los medios de comunicación. El o la facilitadora debe seleccionar cuatro para su distribución.
- El o la facilitadora deben familiarizarse con el lenguaje político de las Naciones Unidas (documento anexo) de manera que se transmita a los participantes la terminología apropiada.

POLITICA DE PNUD EN RELACION CON EL LENGUAJE DE VIH⁷²

El lenguaje y las imágenes evocan formas e influyen conductas y actitudes. Las palabras elegidas ubican al conferenciante con respecto de los otros, lo distancian o lo aproximan, se establecen relaciones de autoridad o de asociación, y afectan a los oyentes de muy distintas maneras, los fortalecen o los desaniman, los alienan, etc. La utilización del lenguaje es una cuestión ética y programática.

PNUD ha adoptado los siguientes principios para guiar su lenguaje relacionado con el VIH.

- **El lenguaje debe ser incluyente y no crear y reforzar la mentalidad o el enfoque “Ellos/Nosotros”.** Por ejemplo un término como “intervención” ubica al conferenciante fuera del grupo de personas para quien, o con quien él o ella están trabajando. Palabras como “control” establecen un tipo particular de relación distante entre el conferenciante y los oyentes. Se debe cuidar la utilización de pronombres como “ellos” “tu”, “los/las”, etc.
- **Es mejor si el vocabulario utilizado se toma de los vocabularios del desarrollo humano y la paz en vez del vocabulario de la guerra.** Por ejemplo palabras como “campana”, “control”, “vigilancia”, etc.
- **Los términos descriptivos que se utilicen deben ser aquéllos que han definido las propias personas de quien se va a hablar,** por ejemplo: “trabajadores(as) sexuales” es un término que prefieren estas personas en lugar de “prostitutas”. Personas que viven con VIH/SIDA es el término que prefieren estas personas infectadas en lugar de “víctimas”.
- **El lenguaje debe tener valores neutros, debe ser sensible al género y debe fortalecer y no debilitar.** Términos como “promiscuos”, “abuso de drogas” y todos los términos derogatorios resultan alienantes en lugar de crear la confianza y el respeto que se necesita. Términos como “víctima” o “el que sufre” sugieren debilidad; “hemofílico(a)” o “paciente de SIDA” identifica a la persona solamente por su condición médica y no como persona. Se utiliza “usuarios de drogas que se inyectan” en lugar de “drogadictos”. Términos como “viviendo con VIH” reconocen que una persona infectada puede continuar viviendo bien y productivamente por muchos años.
- **Los términos que se utilicen deben ser muy precisos.** Por ejemplo, SIDA describe las condiciones y las enfermedades asociadas con una progresión significativa de infecciones. Por otra parte, los términos utilizados incluyen “Infección de VIH”, “Epidemia de VIH”, “Enfermedades o condiciones relacionadas con VIH”, etc. Se utiliza “situación de riesgo” en lugar de “conducta riesgosa” o “grupos de riesgo”, ya que el mismo acto pudiera ser seguro en una situación e inseguro en otra. La seguridad de la situación se debe evaluar continuamente.

⁷² Tomado de PNUD: Programa de VIH y Desarrollo. Documentos

- **Los términos utilizados tienen que ser los adecuados para poder informar con precisión.** Por ejemplo, se necesita establecer explícitamente, de manera que se entiendan muy bien dentro de todos los contextos culturales, las formas de transmisión del VIH y las opciones para el cambio hacia una conducta de protección.

El uso apropiado del lenguaje, respeta la dignidad y los derechos de todos los interesados y evita el contribuir a la estigmatización y rechazo de los afectados, asimismo, apoya en la creación de los cambios que se necesitan para superar esta epidemia.

LA REALIDAD. ARTÍCULO DE PERIÓDICO I

Fallece Víctima de SIDA en Bengala. Una muerte solitaria, sin dignidad, de

Gautam Chaudhuri

Hindustan Times, 12 de mayo de 1999

Dhiren Sarkar murió sin plegarias, sin lágrimas, sin atención y sin tratamiento alguno, simplemente porque tenía SIDA. Habitante de la aldea Chakakbirajpur en el bloque Katwa del distrito Burdwan, Dhiren Sarkar trabajó mucho tiempo en Dubai y después en Mumbai. Hacía tan sólo aproximadamente dos meses que había regresado a su aldea natal para radicar con su esposa e hijos.

Sarkar, de cincuenta y tres años, padecía fiebres persistentes y pérdida de peso crónica, lo cual en un principio hizo que los médicos sospecharan que era seropositivo. Sus problemas empezaron a partir de ese momento conforme más y más personas se enteraban de que tenía SIDA.

Primero sufrió el rechazo de su familia y los otros habitantes de la aldea. Su esposa se fue, llevándose a sus dos hijos. Los vecinos y las otras personas de la aldea le dieron la espalda. Lo abandonaron en su casa, incapaz hasta de caminar solo después de un tiempo.

El asunto llegó a su culminación la semana pasada cuando ciertas personas de la aldea pusieron candados a la casa y decidieron prenderle fuego. Solamente se evitó la tragedia porque un vecino de buen corazón decidió informar a la policía de Katwa acerca de la conspiración planeada.

El lunes pasado, un equipo de la comisaría de Katwa rescató a Sarkar y lo llevó al hospital local. Sin embargo, esto le presentó nuevos problemas.

Lo dejaron en una sala abandonada del hospital con una atención superficial por parte de los médicos con el pretexto de que el hospital local no tenía los servicios disponibles para tratar a un paciente seropositivo. Para deshacerse de él, lo mandaron al hospital de distrito de Burdwan. Aquí también hubo un problema pues ninguno de los choferes lo quería llevar al hospital porque tenía SIDA.

No se admitió a Sarkar en el hospital de Burdwan. Le tomaron una muestra de sangre, y fue enviada a Calcuta para la prueba ELISA^{NT}. El diagnóstico fue seropositivo y en etapa terminal. Los médicos demostraron poca simpatía y los otros pacientes querían mantenerse alejados de él. Prácticamente era el fin del camino para él.

Sarkar murió el fin de semana pasado solo, en un oscuro rincón del hospital. El doctor Nirmal Maji, Secretario Adjunto de la Asociación de Médicos de la India

^{NT} ¿ELISA — nombre en español?

dijo que presentaría el caso ante la atención de la Célula Estatal de SIDA para asegurar que se evitaran tragedias parecidas en el futuro.

LA REALIDAD. ARTÍCULO DE PERIÓDICO II

Condena de cuatro a doce años para un vagabundo en un caso de VIH: caso que inició un debate acerca de la propagación del virus, de Richard

Pérez Peña

New York Times, 1999

Nushawn J. Williams, un joven vagabundo que inició un debate nacional acerca de si la propagación del virus que causa el SIDA pudiese ser un acto criminal, fue ayer sentenciado a una condena de prisión de cuatro a doce años después de que varias de sus presuntas víctimas se negaron a cooperar con los fiscales.

Cuando salió a la luz en el mes de octubre de 1997, el caso del Sr. Williams pareció la materialización de muchos de los peores temores de la sociedad acerca de la epidemia del SIDA, poniendo al descubierto una subcultura de jóvenes sin destino que intercambiaban parejas sexuales tan desprendidamente como lo harían con su ropa. Las autoridades del Condado de Chautauqua, en el extremo occidental del Estado de Nueva York, calificaron al Sr. Williams como depredador sexual que a veces vendía "crack" por relaciones sexuales, a sabiendas que tenía VIH, el virus que causa SIDA.

Dijeron que en el año que vivió en Jamestown, una ciudad industrial en declive que se encuentra al sur de Buffalo, tuvo relaciones sexuales con por lo menos 48 mujeres jóvenes y adolescentes en el área, contagiándoles el VIH a trece de ellas. El escándalo referente a su proceso aumentó cuando los oficiales sanitarios entrevistaron al Sr. Williams, oriundo de Brooklyn y que también ha vivido en el Bronx, y él les dijo que había tenido otras 50 a 75 parejas sexuales en la ciudad de Nueva York.

El Sr. Williams, de 22 años, se convirtió en la primera persona en Nueva York, y uno de los muy pocos en todo el país, en enfrentar una acusación penal por transmitirle SIDA a alguien.

La sentencia de ayer fue dictada en un tribunal del condado de Chautauqua en Mayville, bajo un acuerdo de cooperación con la procuraduría local. El Sr. Williams se declaró culpable en febrero de un cargo de imprudencia temeraria por tener relaciones sexuales sin protección con una mujer a quien no dio aviso de que tenía el VIH - los fiscales no dijeron si había desarrollado la enfermedad - y dos cargos de violación en segundo grado, por tener relaciones sexuales con una joven de trece años.

“Fueron las únicas dos víctimas dispuestas a atestiguar”, dijo William Coughlin, fiscal auxiliar de distrito que se encargó de la sentencia. Sin embargo, dijo que el juicio “solamente abarca a la gente de la cual la policía estaba enterada”, y que el hallazgo de nuevas víctimas podría dar lugar a nuevos cargos.

La semana que viene, el Sr. Williams recibirá sentencia en el Bronx por un cargo de imprudencia temeraria por tener relaciones sexuales sin protección con una adolescente de quince años. Bajo un acuerdo entre sus abogados y los fiscales del Bronx y Chautauqua, su sentencia por dicho cargo se purgará de manera subsecuente después de la que se impuso por el juicio del Bronx. “Creo que para todos es afortunado que no haya habido proceso. Hubiera sido un bonito circo”.

El Sr. Williams ya purga una condena de uno a tres años por hallársele culpable de vender "crack" en el Bronx. El Sr. Cember dijo que la nueva sentencia de 4 a 12 años se calculará de una manera retroactiva a partir del momento en que el señor Williams obtuvo el derecho de libertad condicional en el caso de drogas del año pasado. Esto significa que podría ser liberado en el año 2002.

El abogado del Sr. Williams en el Condado de Chautauqua, Richard Slater, no regresó las llamadas que se le hicieron; sin embargo, el Sr. Slater dijo a la Associated Press: “No es un malvado. Lo han dibujado como una persona malvada. Se siente mal por su enfermedad. Me ha dicho que le preocupa no llegar vivo al final de la sentencia”.

El Sr. Williams, que a veces no tenía domicilio fijo, ha sido diagnosticado esquizofrénico y ha recibido tratamiento por depresión. El Sr. Cember se negó a hablar acerca de la condición mental de su cliente, pero tanto él como los fiscales han señalado que no constituiría necesariamente una defensa en contra de los cargos penales.

La publicidad acerca del caso del Sr. Williams coadyuvó a persuadir a la Legislatura a aprobar una ley que requiere que todas las personas con VIH sean reportadas por nombre ante el Departamento de Salud del Estado, paso al que se habían resistido los Demócratas durante años. Además, hizo que algunos legisladores pidieran una ley que dispusiera penas mayores específicamente por contagiar el VIH a alguien a sabiendas.

El Sr. Williams es la única persona cuya condición seropositiva ha sido divulgada ante el público por las autoridades sanitarias. Existe una ley del estado que data de hace diez años que normalmente encubre las identidades de las personas con VIH de la divulgación pública; sin embargo la ley dispone que haya excepciones cuando existe un riesgo a la salud y seguridad públicas.

Fue bajo esa excepción que, en el otoño del año 1997, los oficiales obtuvieron una orden judicial que les permitió divulgar el caso del Sr. Williams, identificándolo y exhortando a la gente que hubiera tenido contacto sexual con él a que se sometiera a pruebas para detectar el virus.

El Fiscal del Condado de Chautauqua, James Subjack, originalmente pensó buscar cargos por agresión en primer grado, una acusación mucho más seria

que los que finalmente se dictaron, con una condena máxima de 12 a 25 años por cada cargo. Los estudiosos del derecho dijeron que a nadie se le ha acusado antes de agresión por transmitir una enfermedad.

Para hallar al acusado culpable de agresión en primer grado, hay que comprobarse el daño corporal, y ningún fiscal ha intentado comprobar tal cargo cuando dicho daño sería a futuro. “Concluimos que la ley no se redactó para este tipo de cosa”, dijo el señor Coughlin.

LA REALIDAD, ARTÍCULO DE PERIÓDICO III

Escritor ayuda a Soweto a poner fin a la cultura de la vergüenza del SIDA,

de Rachel L. Swarns

New York Times, a 24 de octubre de 1989

Soweto, África del Sur: Durante tres años, Lucky (Suertudo) Mazibuko obedeció los reglamentos no escritos de la sociedad. Mantuvo el silencio acerca del virus en su sangre. Lloraba de noche, cuando su madre no lo oía. Escondió su sufrir del mundo y esperó la muerte en silencio.

Aquí en las calles bulliciosas y polvorientas, donde una grandísima proporción de personas son portadoras del virus que causa el SIDA, la gente todavía la llama la enfermedad del blanco, la enfermedad del homosexual, la enfermedad del extranjero. Hasta hablar de la enfermedad es vergonzoso; tan vergonzoso que una defensora de las personas infectadas de SIDA en otro pueblo fue muerta por sus vecinos en diciembre por divulgar que era seropositiva.

Pero el señor Mazibuko finalmente se hartó de esconderse. Hace cierto tiempo este año, llamó al *Sowetan*, el diario más grande de África del Sur. Quería escribir una columna semanal. Quería que su fotografía la acompañara. Quería demostrar a la nación que un hombre de color podía vivir con el virus de la inmunodeficiencia humana y todavía ir con la cabeza bien alta.

“Llámenme suertudo”, dijo el señor Mazibuko, de 30 años, con sus ojos brillando. “Porque soy el más suertudo del mundo”.

Tres meses después de que la activista Gugu Dlamini fue asesinada, el señor Mazibuko se convirtió en la primera persona de color a quien contratara un diario importante y que pusiera fin a la cultura de vergüenza y silencio que envuelve el VIH. Para su gran asombro, en el pueblo lo han recibido con los brazos abiertos, en lugar de correrlo. Desde el inicio de la columna en marzo, ha recibido invitaciones de programas de televisión, programas de radio, revistas y escuelas.

Le dice a su público que es seguro y a la vez excitante usar condones. Exhorta a la gente a que se mantenga sana. “Nada de comida frita”, regaña. “Nada de azúcar, margarina, mantequilla, aceite o grasa”. Los martes, para los lectores del periódico que en su mayoría son personas de color – con una circulación de más de 200,000 pero un público lector que alcanza un estimado de 1.5 millones de personas, él cuenta la crónica de la lucha de un moribundo por tratar de una manera apasionada, traviesa y lastimeramente la enfermedad mortal que ha invadido su cuerpo y su comunidad.

Este mes escribió: “Vi a un hombre en la televisión que se moría de SIDA. Las costillas parecían las cuerdas de una guitarra. Los ojos eran tan grandes como los de un búho. Me veía en el cuerpo lastimado de ese hombre”.

La gente da gritos ahogados al leer sus palabras y ver su cara. Es un hombre ordinario, no un periodista, que se ganaba la vida manejando un colectivo. “(¿No es aquél el chico del barrio?, dicen en voz baja al verlo pasar. ¿No es él el hombre con VIH?)”

Sin embargo, los empleados del periódico, quienes antes temían que pudiera contagiar a toda la sala de redacción del Sowetan, ahora comparten sus alimentos con él en el comedor, las ancianas arrugadas se sientan apretujadas a su lado en los colectivos que toma para ir al trabajo y se cuentan mutuamente anécdotas sobre niños enfermos. Los trabajadores sociales pegan su columna a la pared de los hospicios para alentar a los pacientes moribundos. Y con cada apretón de manos inesperado y con cada pregunta vacilante, el señor Mazibuko dice sentir soplar los vientos del cambio sobre sus hombros.

La realidad es un poco más complicada. La hostilidad profunda se desvanece lentamente. Y los defensores de las personas que tienen SIDA hacen hincapié en el hecho de que muchas personas aquí todavía mueran solas en hospitales o chozas, abandonadas de sus familias y amigos

Pero conforme la enfermedad se propaga por Soweto y las caras en las fotografías de los anuncios de los funerales se vuelven cada vez más jóvenes, se vuelve más difícil ignorar la crisis. Y con su columna, dicen los activistas, el señor Mazibuko ayuda a abrir aquellos ojos que antes estaban muy cerrados.

“Su columna abarca todos los mitos: que se trata de otra persona, alguien en otro país, alguien en Zambia”, dijo Glen Mabuza, gerente de proyecto de *AIDS Counseling and Training*, un grupo no lucrativo que orienta y apoya a la gente seropositiva aquí.

“Se trata de una persona aquí, una persona en Soweto”, dijo la señorita Mabuza. “Su imagen es real. Ven que es una persona real. Y nos habla a nosotros, a la comunidad de color”.

No todos son aficionados a la nueva columna. Algunos dirigentes de la iglesia han condenado su aprobación de los condones, dijo el señor Mazibuko. Algunos ancianos se han quejado diciendo que promueve las relaciones antes del matrimonio. Una ex pareja suya llamó para quejarse de que la había avergonzado y posiblemente le había contagiado la enfermedad. (Él le sugirió que se sometiera a una prueba de VIH. Nunca volvió a llamar). Y a su hijo de ocho años, Nkululeko, sus compañeros de escuela le hicieron una multitud de preguntas pues se habían enterado de la noticia.

El niño le preguntó a su padre: “Yo sé que lo tienes. ¿Pero qué significa tener SIDA?” El Sr. Mazibuko le explicó con tristeza: “Sólo le dije: es como la gripe. La única diferencia es que no se va. A la larga te mata”.

Por el momento sigue sano. Es de baja estatura y se viste a la moda, con trenzas africanas, lentes de armazón grande y una risa fuerte que retumba por toda la sala de redacción. Nació en Soweto y nunca se fue. Al concluir sus estudios de nivel básico, empezó a manejar un colectivo.

Su misión es propagar la palabra por esas calles conocidas, a los jóvenes que venden neumáticos, a las niñas sonrientes en sus uniformes escolares de color azul y a los niños descalzos que corren contentos en el polvo.

Creció como ellos, pobre, sin luz eléctrica, sin información. Y expresa su furia para con los importantes defensores blancos de las víctimas de SIDA que - se queja - rara vez llevan su mensaje a los barrios.

“Estas personas, organizan cenas de gala, comidas en restaurantes elegantes, mas nunca han visitado Soweto”, dijo el señor Mazibuko. “No llega a mi gente, la mayoría de las personas en la calle, la gente ordinaria como yo, la gente que se enfrenta con el principal impacto de la enfermedad”.

Sus columnas tienen una redacción sencilla y no dan vueltas. Exhorta a los trabajadores seropositivos a que estudien sus derechos legales. La emprende con las empresas farmacéuticas por vender los medicamentos a un costo excesivo. Describe las cartas conmovedoras de los padres que han abandonado a sus hijos con SIDA. Y les dice a los lectores que deben responsabilizarse de sus vidas sexuales.

“¿Por qué la gente todavía tiene relaciones sexuales sin protección, exponiendo así a los niños inocentes a la infección de VIH a través del embarazo?” escribió en una columna que salió en el mes de junio. “¿No será que nuestra propia gente tiene que entender que debe cambiar su comportamiento?”

Recheal Plo, seropositiva desde hace tres años, se impresionó al leer sus palabras. “Quería saber ¿quién era ese hombre? ¿Quién era?”, dijo la señorita Plo, de 24 años. Leo la columna cada vez que sale. Fue entonces cuando me di cuenta que no era la única persona con el problema”.

Sin embargo, en la sala de redacción, algunos empleados todavía veían al señor Mazibuko con sospechas. Aggrey Klaaste, editor de The Sowetan, explicó que la columna ayudaría al diario a cumplir con su meta de informar mejor a su público acerca del VIH. Naciones Unidas, que administra un programa de apoyo a los obreros seropositivos, ayudaría a pagar el salario. Y el señor Mazibuko orientaría a los empleados acerca del virus.

De todas maneras, algunos empleados se preguntaban: ¿Tocarlo, comer con él, sentarse junto a él, le puede contagiar a uno? “me hacía sentir muy inseguro tenerlo aquí”, dijo Thembinkosi Nzumalo, de 34 años, gerente de servicios de infraestructura. “Existen tantos mitos. No sabía qué creer”. Finalmente, decidió preguntarle al señor Mazibuko. El columnista le dijo todo lo que sabía acerca del VIH y finalmente el señor Nzumalo decidió someterse a la prueba de VIH y usar cordones de manera regular. “Realmente me abrió los ojos”, dijo el señor Nzumalo.

También se le han abierto los ojos al señor Mazibuko, quien ha tenido que enfrentarse con su pasado sexual. Hace ya tiempo este año, le llamó por teléfono otra ex pareja, que había visto su fotografía en el periódico. Le preguntó si se acordaba de su nombre.

Confesó que no. Ha tenido relaciones con tantas mujeres sin usar nunca el condón que no puede acordarse de todas. “Hubo una época en que les decía *querida* a todas porque no me acordaba de sus nombres”, dijo.

Entonces se acordó. Se conocieron hace siete años. El manejaba un colectivo y ella era su pasajera. Era una mujer bella, dijo, e hicieron el amor varias veces. Por teléfono, ella le dijo que en aquel entonces ya tenía el virus, y que probablemente le había contagiado a él. Ya sufría pérdida de peso, uno de los síntomas.

Y de pronto, se encontró cara a cara con su propia mortandad. “No podía trabajar”, dijo. “Lloraba ahí sentado en mi lugar”.

El Sr. Mazibuko dice que hace lo posible para no pensar en enfermarse. Hay demasiadas cosas que quiere hacer. Quiere escribir un libro. Quiere pedir un aumento (gana aproximadamente \$650 al mes). Y quiere pasar tiempo con su hijo, hija, madre y otros parientes.

Pero le es imposible ignorar lo inevitable. Su madre dice que piensa vender la casa cuando se enferme, y con eso pagar el medicamento. Su hijo señala el cementerio del barrio y se pregunta si un día encontrará la tumba de su padre ahí.

“Antes quería ser un gran empresario, un gran empresario rico de color en esta comunidad”, dijo el señor Mazibuko. “Ahora sólo quiero vivir, ¿sabes a que me refiero?”

LA REALIDAD. ARTÍCULO DE PERIÓDICO IV

La atención gratuita para enfermos de SIDA tiene un precio para los sujetos de un estudio en Haití, de Nina Bernstein

New York Times, a 6 de junio de 1999

Los pacientes paupérrimos, quienes suben de la sucia banqueta a la clínica moderna de investigación de SIDA mantenida por el Colegio Médico de Cornell en Puerto Príncipe, Haití, reciben la oferta de un arreglo, al parecer simple.

“Nos gustaría hacer pruebas con su sangre porque vive en un área donde puede que sea común el SIDA”, dice la versión en inglés del formulario de consentimiento de la clínica. “Le proporcionaremos medicamento si se enferma y no puede pagar su cuidado”.

Sin embargo, la transacción no es tan sencilla como lo aparenta. Muchos de los haitianos quienes visitan la clínica son a la vez pacientes y sujetos de la investigación médica financiada por los Estados Unidos, y a veces, las condiciones que son malas para su salud son buenas para los resultados de la investigación.

El conflicto se da sobre todo en la investigación más prometedora de Cornell en Haití: un estudio de las parejas sexuales, donde sólo uno de ellos está infectado del virus que causa el SIDA. Los investigadores, que necesitan más tiempo en el cual puedan desarrollar una vacuna, estudian la sangre de ambos miembros de la pareja, sobre todo la de aquél que no está infectado y que sigue exponiéndose al virus a través de las relaciones sexuales sin protección. Tratan de descubrir si ciertas personas tienen una protección natural en contra de la infección del virus de SIDA, la cual podría replicarse en una vacuna.

Los haitianos son sujetos ideales para la investigación, más que nada porque no reciben el tipo de cuidados ahora normales en los países desarrollados del mundo. El uso del condón no es frecuente en Haití, por razones culturales y de otro tipo. Las drogas anti retrovirales que logran suprimir el virus están al alcance sólo de los más ricos, y no se incluyen en la promesa de proporcionar medicamentos que ofrece Cornell.

Casi veinte años después de que Cornell abrió la clínica, ésta proporciona el mejor cuidado para el SIDA que hay en este país diezmado por la epidemia, luchando contra las muchas enfermedades que se dan como resultado del SIDA. Pero es un nivel de cuidado menor que el que se recibe normalmente en las instituciones de Estados Unidos, entre ellas el hospital afiliado a Cornell en la ciudad de Nueva York.

Si se realizara la investigación en los Estados Unidos, los expertos concuerdan en que los médicos tendrían la obligación de recetar la droga anti retroviral y de proporcionar una orientación más eficaz en contra del sexo sin protección.

Las preguntas éticas expuestas a raíz del trabajo de Cornell entre los pobres de Haití constituyen el meollo de un debate global acerca de la investigación del SIDA que sacude a los organismos internacionales de salud.

LA REALIDAD. ARTÍCULO DE PERIÓDICO V

El SIDA está en todas partes, pero el África mira hacia otro lado

New York Times, 1999

Mercy Makhalemele se enteró de que era seropositiva cuando estaba embarazada de su segundo hijo. Tenía 23 años, llevaba cinco años de casada y le fue fiel a su esposo. No dejó de llorar en el camino a casa desde la clínica prenatal, pero tenía demasiado miedo como para decírselo a alguien durante casi un año.

Cuando finalmente sí se lo dijo a su esposo, la tumbó al suelo golpeándola, estampándola contra una estufa prendida que le quemó seriamente la muñeca - dijo. Entonces la echó de la casa, negándose a creer que él le había contagiado el virus. Al día siguiente, se dirigió a la zapatería donde era la gerente. A plena vista de todos, le gritó que recogiera sus cosas, que no quería nada que ver con alguien con el VIH, el virus que causa SIDA.

Esa misma tarde, fue despedida de su trabajo.

“Mi historia”, dijo ante un grupo de mujeres reunido para una comida aquí recientemente, “no es solamente mi historia. Si hablan con otras mujeres, en un 90 por ciento van a oír lo mismo. No van a oír cincuenta historias diferentes. Rechazarnos no va a solucionar el problema de esta enfermedad. Solamente va a causar tensión. Así que, por favor, acéptennos”.

En el África al sur del Sahara, la epidemia del SIDA está por todas partes. En varios países, una de cada cuatro personas ya está infectada del virus y probablemente morirá dentro de diez años. La enfermedad inunda los hospitales, cambiando la semblanza de los lugares de trabajo, y de los huérfanos. Pero si uno se dirige a una aldea y pregunta si hay víctimas de SIDA, la respuesta probablemente será que no; únicamente hay malaria o tuberculosis o diarrea.

Es difícil encontrar a alguien que reconozca públicamente ser seropositivo. Muchos van a la tumba con el secreto, tan grande es el estigma. La discriminación en contra de las personas que tienen el virus existe en mayor o menor grado en la mayor parte de los países del mundo. Pero los expertos dicen que el problema es particularmente severo en África, donde poco se ha hecho para estudiar o minimizar el estigma.

La vergüenza que siente la gente y el trato que sufre de parte de sus comunidades tiene consecuencias de largo alcance en cuanto a los esfuerzos de la lucha en contra de la propagación del virus y la lucha para tratar a los enfermos, dicen los expertos. Por un lado, estos factores hacen que la gente no quiera saber si tiene SIDA, y hacen que hasta aquéllos quienes saben que están

infectados actúen como todos, y quizá hasta propaguen la enfermedad. Por ejemplo, una madre que trata de esconder el que sea seropositiva puede ser renuente a probar la leche infantil en polvo para ayudar a impedir la transmisión del virus a su hijo si otras madres de su aldea están amamantando.

El temor del descubrimiento puede además impedir que la gente busque cualquier tipo de servicios. En África del Sur, las instalaciones destinadas para los pacientes de SIDA a menudo están vacías, aunque el apoyo que éstas ofrecen se necesite de manera desesperada.

SESION 6

Imperativos críticos que enfrentan los hombres y las mujeres

i. Objetivo

Crear conciencia sobre las preocupaciones éticas que afectan las vidas de las personas que viven con VIH&SIDA.

ii. Tiempo

2 horas 45 minutos

iii. Material y equipo

1. Cuestionarios para cada uno de los cinco imperativos críticos en información estadística.
2. Cinco hojas de papel con una afirmación en cada una
3. Proyector de acetatos
4. Acetatos #

9: Transmisión de madre a hijo

10: Lactancia

11: Aborto

12: Notificación a la pareja

13: Discriminación

iv. Metodología

1. Grupos de trabajo
2. Generación de disonancias
3. Lluvia de ideas participativa.

v. Pasos

1. El o la facilitadora divide a los participantes en cinco grupos y le da a cada grupo una de las afirmaciones para que se discuta, Tomando en cuenta las realidades del contexto de la ubicación geográfica. Las afirmaciones son:
 - Grupo I: una mujer embarazada que se da cuenta que es VIH positiva debe empezar a tomar AZT en la 14ava. Semana del embarazo, porque de esta manera reduce los riesgos de la transmisión madre a hijo(a) en un 66 por ciento. Los costos de este tratamiento son alrededor de \$800 dólares.
 - Grupo II: Las mujeres que viven con VIH/SIDA no deben amamantar a sus bebés, ya que esto conlleva un 15 por ciento de riesgo de transmisión del virus de la madre al bebé.

- Grupo III: Cuando las mujeres que viven con VIH/SIDA, se dan cuenta que están embarazadas, deben abortar inmediatamente.
 - Grupo IV: El doctor debe notificar al marido de su paciente sobre la situación seropositiva de la esposa sin necesariamente informarla a ella.
 - Grupo V: Se debe aislar o mantener en cuarentena a las personas que viven con VIH/SIDA, ya que la supervivencia colectiva es más importante que el ejercicio de los derechos humanos individuales
2. El o la facilitadora le pide a cada grupo seleccionar un líder para facilitar la discusión y hacer una presentación en la plenaria. La presentación se hace solamente que haya habido consenso entre el grupo. Por lo que el ejercicio también se dirige a la construcción de la capacidad de los participantes para lograr el consenso.
 3. El informe y la discusión se hace de acuerdo a las siguientes etapas:
 - El grupo I presenta el informe a su respuesta al imperativo crítico que se le dio para su consideración (Transmisión de madre a hijo/a)
 - Antes de abrir la discusión con el grupo, el o la facilitadora reparte un pequeño cuestionario sobre el imperativo crítico que está siendo considerado y le pide a los participantes que lo llenen cada uno y se califiquen a sí mismos (5 a 10 minutos)
 - El o la facilitadora proporciona las respuestas en la plenaria, utilizando esto como un punto de entrada para la discusión de grupo. La discusión se cierra después de 15 minutos. El o la facilitadora sintetiza las cuestiones relevantes y utiliza algún acetato (por ejemplo, el acetato #9)

Se repite este proceso para cada uno de los imperativos críticos restantes: lactancia, aborto, notificación a la pareja y discriminación y estigma.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 6

- Hay cuatro imperativos críticos que se necesitan discutir: transmisión de madre a hijo(a), lactancia, aborto, notificación a la pareja, y acceso a recursos o discriminación.
- Es muy importante que el o la facilitadora haya comprendido a fondo las notas, de manera que el utilizar los cuestionarios como punto de entrada para la discusión con el grupo, resulte de lo más efectivo.
- Ya que muchas de estas preocupaciones son controvertibles y la información proveniente de la investigación de campo todavía es inadecuada, el o la facilitadora deberá presentar el debate sin ponerse a favor o en contra de ninguna de las partes. Debe dejar a los participantes que adopten cualquier enfoque que sea apropiado dentro del contexto de sus realidades.
- Se organizan las notas para cada uno de los imperativos críticos en detalle.
- Los cuestionarios para cada uno de los imperativos críticos también se anexan.

Afirmación Número 1

Una mujer embarazada que se entera de que es seropositiva debe empezar a tomar AZT en la decimocuarta semana de su embarazo porque esto reduce en un 66% las probabilidades de la transmisión de madre a hijo. El costo de este tratamiento es de \$800.

PRIMER CUESTIONARIO ACERCA DEL IMPERATIVO CRÍTICO
Transmisión de madre a hijo

1. Aproximadamente el _____ del millón de niños menores de quince años que viven con el VIH en el mundo adquirieron la enfermedad de sus madres durante el embarazo, durante el parto, o por ser amamantados.

50%
10%
90%

(Fuente: Estrategias y Dilemas de Prevención - Marcel Bianco)

2. En 1994, el Protocolo 076 demostró que se podía prevenir de manera eficaz la transmisión de madre a hijo administrando AZT a las mujeres seropositivas a partir de la decimocuarta semana del embarazo, y luego por vía intravenosa durante el parto y finalmente al niño durante las primeras seis semanas de vida. El éxito registrado en la tasa de prevención de la transmisión fue de un _____.

16%
66%
6%

(Fuente: La Vulnerabilidad de la Mujer y el SIDA - Adriana Gómez y Deborah Meacham)

3. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dicho que _____ razones de salud pública para hacer que las pruebas de VIH sean obligatorias, algunos países todavía imponen esta práctica entre ciertos grupos de personas, incluidos los reos, prostitutas, extranjeros residentes, trabajadores migratorios, y mujeres embarazadas.

puede haber
sí hay
no hay

Ya en el año 1987, la OMS dijo que las pruebas para identificar a los individuos específicos con VIH deben ser voluntarias, deben conllevar el consentimiento gratuito e informado, deben ser confidenciales, y deben ofrecer orientación posterior.

(Fuente: El SIDA en el Mundo - Mann, Tarantola, Netter: v.1, página 561)

4. A partir del año 1991, se permitió que hubiera restricciones excesivas impuestas para los ciudadanos infectados de VIH, incluidos la hospitalización

obligatoria, el aislamiento y la cuarentena, en el siguiente número de países _____.

0
2
17

(Fuente: El SIDA en el Mundo - Mann, Tarantola, Netter: v.1, página 561)

5. En 1988, en la antigua Unión Soviética, hubo un programa obligatorio de detección temprana aplicado a 4 millones de embarazadas. De las mujeres sometidas a la prueba, se identificó a _____ mujeres seropositivas.

60,000
6,000
6

(Fuente: El SIDA en el Mundo - Mann, Tarantola, Netter: v.1, página 561)

6. ONUSIDA afirma que la relación costo-eficiencia de un tratamiento corto del régimen anti retroviral (SCARVE) para las mujeres embarazadas varía según los niveles de prevalencia del VIH.

a) en Tanzania, SCARVE podría costar menos de _____ por cada infección de VIH prevenida (el 50% del costo de proporcionar los suplementos para evitar la desnutrición en los niños de edad preescolar).

\$600
\$6000

b) En Tailandia, donde es alta la prevalencia, el costo por infección prevenida sería de _____ (un poco más de dos veces el costo anual de cuidar un niño con SIDA).

\$280
\$2800

(Fuente: El VIH y la Alimentación de los Niños: Lineamientos para la Toma de Decisiones, UNICEF, ONUSIDA, OMS)

Preparado por:
Madhu Bala Nath
ONUSIDA/UNIFEM
Asesora sobre Género y VIH

Transparencia 9

DILEMAS ÉTICOS: La transmisión de madre a hijo

¿Quién decide? ¿El Estado? ¿La pareja? O más específicamente ¿la Mujer?

¿La aplicación a gran escala del protocolo 076 asegurará que los derechos reproductivos de la mujer se garanticen, como por ejemplo la información y los servicios?

De no ser así, ¿los estudios piloto en algunos países en desarrollo serán utilizados únicamente para demostrar y enfatizar a otras personas en países más ricos que el tratamiento de hecho funciona y que debe venderse AZT?

Puntos para la presentación de él o la facilitadora.

IMPERATIVO CRITICO

Transmisión madre a hijo(a)

ONUSIDA estima que para 1998, aproximadamente 2.7 millones de niños(as) de menos de 15 años habían muerto de SIDA. Tantos como 1600 niños(as) en todo el mundo se infectan cada día con VIH, más del 90 por ciento de los cuales adquieren el virus de sus madres. Las tasas de infección en mujeres embarazadas en muchos países africanos permanecen altas, por ejemplo, 43 por ciento en Francistown, Botswana. Las tasas entre las madres jóvenes son particularmente alarmantes: trece por ciento de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años en Sudáfrica; 28 por ciento en Botswana. En muchos casos las mujeres no tienen idea de su situación de VIH positivo. En una ciudad de Kenia, por ejemplo, solamente una de las 63 mujeres seleccionadas al azar que resultaron VIH positivo en las pruebas, sabía que estaba infectada. (Fuente: prevención de la transmisión del VIH perinatal por Maria de Bruyn).

En 1994, el Protocolo 076 probó que la transmisión madre a hijo(a) se puede prevenir efectivamente si se administra AZT(zidovudine) a mujeres VIH positivas , empezando en la catorceava semana de embarazo y por vía intravenosa durante el parto y finalmente al bebé durante las primeras seis semanas de vida. En el estudio inicial hecho en los Estados Unidos, la tasa de transmisión bajó a de 23 por ciento de mujeres sin tratamiento a 8 por ciento en mujeres que habían tenido tratamiento. (Por ejemplo, un 66 por ciento de tasa de prevención de transmisión de madre a hijo(a)).

Puntos a considerar

1. **El protocolo 076 implica investigar a todas las mujeres embarazadas con su consentimiento.** Esto no es simple ni posible, ya que todos los departamentos públicos de salud en muchos países no reconocen los derechos de los individuos a hacer decisiones en relación con su salud. La práctica es dejar que el doctor tome las decisiones. La prueba clínica prenatal de VIH de las mujeres embarazadas ya es obligatoria en algunos países como Chile y Malasia y otros gobiernos están considerando tomar esta medida.
2. **La revisión masiva acompañada de consultas de asesoría previas y posteriores, necesita de grandes inversiones, no solamente para cubrir el costo de las pruebas sino también el del personal y la infraestructura para la asesoría efectiva.** Solamente con dicha asesoría una mujer podría tomar la decisión por si misma, libre de toda coerción y presiones. En 1997, 13 proyectos de investigación en Africa hicieron encuestas sobre la aceptabilidad para la asesoría voluntaria y las pruebas. La media de la aceptabilidad en su conjunto fue de 65 por ciento, la cual iba desde 33 por ciento a 95 por ciento. Además, a cualquier política relacionada con estas pruebas le tiene que preceder una

- infraestructura par proporcionar atención la los individuos infectados con VIH y a la familia.
3. **En la medida que el costo del AZT continúe permaneciendo tan alto: cerca de \$800 dólares para la administración de este protocolo,** pareciera muy poco conveniente examinar a las mujeres si ellas no se pueden beneficiar del tratamiento debido a la falta de recursos financieros.
 4. **Se necesita llevar a cabo más investigación para proporcionar información para saber si hay efectos negativos de este tratamiento en las mujeres.** Considerando que los tratamientos solamente con drogas para las personas que viven con VIH/SIDA no se recomiendan en ninguna parte del mundo, debido a que producen una resistencia rápida al AZT, ¿porqué entonces se debe aplicar este tratamiento universalmente en las mujeres embarazadas? Con el advenimiento de la terapia triple, (análogos e inhibidores de protease junto con AZT), la terapia de una sola droga va siendo menos común en los países industrializados
 5. **La cuestión que surge es ¿quién está realmente siendo protegido en estos casos?** La unidad madre hijo, o ¿solamente el recién nacido?
 6. **Algunas compañías farmacéuticas en países en desarrollo, han ofrecido proveer AZT para estudios piloto en mujeres embarazadas y se han hecho acuerdos sobre esto entre gobiernos y el sector privado que han ya han sido firmado por un número de países.** Esto saca a la luz algunas preocupaciones éticas. Por ejemplo, si los estudios se llevan a cabo utilizando la donación de drogas y se demuestra que se reduce la transmisión, ¿será que los países podrán afrontar el costo y ofrecer el tratamiento a las mujeres embarazadas que lo necesiten?

La cuestión de transmisión de madre a hijo a abierto un número de dilemas éticos:

- Quien decide: ¿el estado? ¿La pareja? O más específicamente ¿la mujer?
- La aplicación masiva del protocolo 076 ¿asegurará que los derechos reproductivos de las mujeres se garanticen?
- Si no, los estudios piloto ¿serán utilizados en algunos pocos países en desarrollo para demostrar a otros en países más ricos de que el tratamiento es efectivo y que el AZT se debe vender?

Nota

- *Algunos hallazgos indican que si a las mujeres embarazadas se les administran multivitaminas y el uso de agentes anti bacteriales más efectivos durante la labor del parto, se podría reducir la transmisión vertical, mientras que una combinación de una cesárea electiva y un tratamiento corto con AZT, disminuye el riesgo de infección para el recién nacido hasta en menos de uno por ciento. (Fuente: Picard, 1998).*
- *Recientemente algunos ensayos han demostrado que el Viramune (nevirapine) que se da durante el trabajo de parto a una mujer infectada de VIH reduce en forma segura y efectivamente la transmisión de VIH de las madres a sus infantes. Un régimen simple y barato de una dosis oral de*

Viramune administrada durante la labor de parto a una mujer infectada de VIH y otra a su recién nacido dentro de los tres primeros días de vida, fue casi dos veces tan efectiva en la reducción de la transmisión de VIH de madre a hijo(a), como un corto régimen de ZDV (zidovudine, AZT, Retrovir). (fuente: Boehringer Ingelheim. Septiembre 1999).

Madhu Bala Nath, Asesora de Género y VIH de ONUSIDA y UNIFEM

Afirmación Número 2

Las mujeres que viven con el VIH/SIDA no deben amamantar a sus hijos puesto que esto conlleva una probabilidad del 15% de que se transmita el virus de la madre al hijo.

SEGUNDO CUESTIONARIO ACERCA DEL IMPERATIVO CRÍTICO
La Lactancia Materna

1. En 1992, un análisis de seis estudios incluido uno del África indicó que el _____ de la transmisión perinatal se debe a la lactancia materna.

- 40%
- 14%**
- 4%

(Fuente: Revisión de la Investigación Actual Acerca de la Lactancia Materna y la Transmisión del VIH de Madre a Hijo - UK ONG-AIDS Consortium (Consortio SIDA) 1998).

2. En el mes de febrero de 1998, un estudio realizado en Tailandia indicó que el riesgo de la transmisión perinatal se reducía en un _____ si se administraba una dosis de corta duración de AZT a las mujeres en la 34^a semana del embarazo y si se impedía amamantar al hijo una vez nacido.

- 5%
- 50%**
- 15%

(Fuente: Sinopsis de Prueba de Tratamiento Corto con ZDV en Bangkok - Mastro T - PROCARE lista de correo electrónico, 27 de febrero de 1998).

3. El jefe de obstetricia y ginecología de la Escuela Universitaria de Makere en Uganda dijo recientemente que cerca del 30% de niños nacidos de madres infectadas se contagian por la lactancia materna. En las áreas rurales, el _____ de *todos* los bebés morirán como resultado del agua sucia con que se prepara la fórmula.

- 50%
- 85%**
- 20%

(Fuente: La Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH, María de Bruyn)

4. UNICEF ha notado que pueden dedicarse aproximadamente _____ horas al mes a la limpieza y preparación de la comida en los primeros tres meses de la crianza de los niños.

- 15
- 50**
- 100

(Fuente: OMS/ONUSIDA/UNICEF Consulta Técnica sobre el VIH y la Lactancia Materna: Informe de Reunión - Ginebra, abril de 1998)

5. En Zambia, el ingreso promedio por familia es de menos de \$100 al mes. El costo de proporcionarle a un hijo la fórmula más económica de leche en polvo es de _____ al mes.

- \$16
- \$36**
- \$66

(Fuente: El VIH y la Lactancia Materna, una Antigua Controversia, Z. Gelour)

6. El costo de la fórmula para un niño en Uganda es en promedio _____ veces los ingresos medios anuales de la familia rural.

- 1/2
- 1/3
- 1 ½**

(Fuente: La Lactancia Materna y el VIH - Sopesando los Riesgos de Salud - M. Specter - New York Times, 19 de agosto de 1998)

7. En el mes de julio de 1997, los fabricantes de alimento infantil dieron a entender que estaban regalando producto gratis a las madres en Tailandia como parte de un proyecto gubernamental para los niños de las personas que viven con el VIH y el SIDA. El 25% de las madres recibieron muestras gratis mientras que solamente el _____ eran seropositivas.

- 10%
- 2%**
- 50%

(Fuente: Rundall P. – Las Implicaciones de la Explotación Comercial UK NGOs AIDS Consortium 1998)

Preparado por:
Madhu Bala Nath
ONUSIDA/UNIFEM
Asesora sobre Género y VIH

DILEMAS ÉTICOS: La Lactancia Materna

Edward Mbidde, jefe del Instituto de Oncología de Uganda ha preguntado, “¿Qué es peor? ¿Permitir que muera un bebé de SIDA cuando se puede salvar, o permitir que ingrese el bebé al mundo solamente para convertirse en un huérfano en una sociedad que se ve abrumada por la muerte?”⁷³

Frerichs ha planteado que se trata de los derechos de la madre contra los derechos del niño - el derecho del niño a la vida o el derecho de la madre a mantener en secreto su condición seropositiva, es decir, su derecho a la dignidad.⁷⁴

⁷³ Spectre M. “La Lactancia Materna y el VIH: Sopesando los Riesgos de Salud” - New York Times, 19 de agosto de 1998

⁷⁴ Los derechos de la madre contra los derechos del niño - SEA-AIDS lista de correo electrónico, 11 de febrero de 1997

IMPERATIVO CRITICO

Lactancia y VIH/SIDA

Debido a la dificultad económica de aplicar el protocolo 076 en los países pobres con alta incidencia de VIH/SIDA, se han iniciado estudios utilizando dosis más bajas de AZT. Estos estudios probaron la efectividad de la transmisión iniciando el tratamiento den la semana 34 del embarazo y utilizaron grupos de control a los que les administraron placebos. El estudio en este tratamiento de corto plazo se terminó con buenos resultados en Tailandia en 1998. El estudio indicó que el riesgo de transmisión perinatal se redujo en 50 por ciento. Sin embargo para asegurar la efectividad de este tratamiento, es crítico que las madres no amamanten a sus bebés. A los infantes bajo este régimen no se les administra la droga.

El VIH-1 se ha encontrado tanto en la célula libre de fracciones así como en los linfocitos de la leche materna.⁷⁵ La transmisión a través de la leche materna puede incrementarse si la madre recientemente se seroconvirtió, tienen úlceras o grietas alrededor de los pezones y si al niño(a) le están saliendo los dientes o tiene alguna patología oral. En 1992, el análisis de seis estudios en los que se incluyó uno en Africa, indicaron que la contribución de la lactancia a la transmisión perinatal fue de 14 por ciento. En el estudio africano 4-20 por ciento de infantes fueron infectados después de los 3 meses de edad, presumiblemente a causa de la lactancia prolongada.⁷⁶ Se ha probado que los infantes de madres con VIH negativo, han sido infectados después de haber sido amamantados por una nodriza o por leche no pasteurizada de donadoras a las que no se les hizo una prueba previa.⁷⁷ En general, se han estimado que la lactancia de una madre VIH positiva incrementa más o menos 15 por ciento el riesgo de transmisión al hijo(a).

Puntos a considerar:

1. Los ensayos con ATZ en los países en desarrollo han provocado fuertes debates en relación con la ética sobre el uso de controles de placebo.⁷⁸ La justificación que se da es que las pruebas controladas con placebos pueden ayudar a evaluar si es que regímenes más cortos, que puedan ser aplicados de manera realista, son mejores que no tener ninguna clase de tratamiento. Sin embargo resulta crítico que los participantes del experimento entiendan realmente que es un placebo. En Cote d'Ivoire, una mujer que había participado en estas pruebas no sabía realmente si ella había recibido ATZ o un placebo. En la Conferencia Internacional sobre SIDA en 1998, se dio un informe sobre unas mujeres de un

⁷⁵ Broadhead – Tropical Doctor, 1996

⁷⁶ Lyalll EGH, UK Consortium 1998: Kreiss J. in Acta Paediatr 1997

⁷⁷ UNICEF/OMS/ONUSIDA: Una guía para administradores y supervisores de los cuidados dela salud

⁷⁸ Lurie P. y Wolfe en el New England Journal of Medicine, 1997

- experimento Tailandés, quienes realmente no habían entendido porqué se les había administrado la droga o porqué de pronto la habían suspendido.
2. En mayo de 1998, la OMS, UNICEF y ONUSIDA anunciaron nuevas directrices que proponían alternativas a las madres que tenían que amamantar a sus hijos(as) y que habían resultado positivas. Estas directrices refuerzan que se debe asegurar el acceso a suficientes cantidades de sustitutos de leche materna nutricionalmente adecuados y respaldan que hay necesidad de aplicar medidas para prevenir que no se descalifique la lactancia en mujeres VIH negativas (por ejemplo, de acuerdo con el Código Internacional de Mercado de Sustitutos de Leche Matern)
 3. En particular, en la mayoría de los países en desarrollo, son tres los factores que hacen difícil que una mujer VIH positiva evite la lactancia:
 - **La falta de acceso a agua potable para la preparación del sustituto.** En Uganda se ha notado que, “veintisiete por ciento de los recién nacidos de madres infectadas, quedarán infectados debido a la lactancia. En las áreas rurales, el ochenta y cinco por ciento de los bebés morirán a causa del agua sucia utilizada en la fórmula.”⁷⁹
 - **Tiempo involucrado:** UNICEF ha notado que se pueden ocupar entre 49 y 56 horas al mes en la limpieza y preparación de los alimentos en los primeros tres meses de la infancia.
 - **Gasto adicional.** En Vietnam, un año de suministro de leche artificial podría costar más del PIB del país.⁸⁰ Los costos comerciales de la fórmula infantil son el equivalente al 31 por ciento del salario mínimo urbano en Paquistán y al 84 por ciento en Kenia.
 - **Los factores sociales también afectan las decisiones sobre la lactancia.** La investigación en Zimbabwe ha mostrado que las mujeres no toman la decisión de amamantar o no por sí solas. Esta decisión está influenciada por múltiples factores sociales y económicos, por ejemplo, actitudes paternas, la creencia de que mamar es importante para reforzar la relación madre hijo(a), la creencia de que una buena madre es la que amamanta a sus hijos(as), etc.

Curtis de Fundación BMA ha señalado, “Los fabricantes de la fórmula están desesperados por tener cierta clase de apoyo internacional de salud pública para hacer propaganda con base en el mensaje que la fórmula alimenticia salvará a los bebés del SIDA. El mensaje que está implícito es que la lactancia causa SIDA, así que las madres cuidadosas deben evitarla.” En Tailandia, como parte de un programa de gobierno para hijos(as) de mujeres que viven con VIH, más del 25 por ciento de las madres recibieron muestras gratis, mientras que solamente el 2 por ciento fueron registradas como VIH positivas.⁸¹

⁷⁹ Jefe de Ginecología y Obstetricia en la Universidad de Makere

⁸⁰ Informe de la Epidemia Global de VIH/SIDA: ONUSIDA 1997

⁸¹ Rundall P.: AIDS Newsletter, 1997

En tanto que más medidas están disponibles para prevenir la Transmisión de Madre a Hijo(a), podríamos ver un incremento en el número de hijos(as) nacidos de mujeres que viven con VIH. Ya están surgiendo nuevas preocupaciones en relación con este escenario:

- Edward Mbidde, jefe del Instituto de Cáncer en Uganda ha comentado, ¿qué es peor? ¿Dejar que un bebé de SIDA cuando puedes salvarlo, o dejar que venga al mundo solamente para convertirse en un huérfano en una sociedad que está abrumada por la muerte?
- Frerichs ha señalado que esto es una cuestión de los derechos de la madre, versus los derechos de los niños(as) a la vida o el derecho de la madre a mantener la confidencialidad de su situación de VIH. (por ejemplo el derecho a la dignidad).⁸²

Nota

Es necesario cambiar el énfasis de un enfoque sobre los hijos(as) a uno sobre las madres. Poner de relieve el bienestar maternal, la salud y la supervivencia, contribuirán finalmente a contribuir más a realzar la salud y la supervivencia de los hijos(as). En ese contexto, la expansión y el mejoramiento de los servicios de la salud reproductiva en general es crítico. Las opciones menos costosas para la reducción de la transmisión perinatal: suplementos vitamínicos, el evitar procedimientos agresivos durante el parto, modificación de las prácticas de lactancia (alternativas tradicionales de la leche materna como la que se basa en ciertos cacahuates en Zambia, sorgo en Zimbabwe, frijoles en la India, suministro de bancos de leche donde se les haga a las donadoras la prueba del VIH, etc., merecen que se le cada vez más crédito y apoyo.

Madhu Bala Nath
Asesora de Género y VIH de ONUSIDA/UNIFEM

⁸² Derechos de la Madre versus los derechos de el hijo(a): SEA-SIDA, 11 de febrero, 1997

Afirmación Número 3

Las mujeres que viven con el VIH/SIDA deben abortar al enterarse de su embarazo.

TERCER CUESTIONARIO ACERCA DEL IMPERATIVO CRÍTICO
Aborto

1. a) De los cincuenta millones de abortos inducidos en el mundo cada año, _____ son ilegales.

1/2

1/3

2/5

b) Casi el _____ de todos los abortos se llevan a cabo fuera del sistema de salud.

50%

75%

25%

(Fuente: El Embarazo No Deseado, el VIH/SIDA y el Aborto Inseguro, por Radhakrishna, Gringle y Greenslade – Women's Health Journal, febrero de 1997)

2. En la isla Mauricio, el aborto bajo cualquier circunstancia es ilegal, aun en casos de violación e incesto. En 1992, el _____ de las muertes maternas estaban relacionadas con las complicaciones derivadas del aborto ilegal.

14%

24%

44%

(Fuente: Women in Law & Development (WILDAF) paquete de información para la 43ª Sesión de la Comisión del Estado de la Mujer, marzo 1999)

3. En los países en vías de desarrollo, sólo el _____ de las mujeres viven en estados donde el aborto se puede practicar legalmente para salvar la vida de la mujer.

60%

10%

30%

(Fuente: El Embarazo No Deseado, el VIH/SIDA y el Aborto Inseguro - Radhakisha, Gringle y Greenslade)

4. Si una mujer tiene el VIH en la etapa avanzada, el embarazo conlleva el riesgo de adelantar su propia progresión hacia el SIDA propiamente dicho. En un

estudio llevado a cabo entre las mujeres de las tribus de la India que viven con el VIH/SIDA,

a) el _____ de las mujeres que tuvieron un aborto durante el primer trimestre, sin incidentes, legal y seguro, murieron.

16%

60%

96%

b) el _____ de las mujeres murieron sin parir, entre las semanas 30-34 de gestación.

14%

41%

4%

c) El 27% de las mujeres que vivían con el VIH/SIDA pero que no estaban embarazadas murieron durante el período abarcado por el estudio, en comparación con el _____ de las mujeres embarazadas con el VIH/SIDA.

17%

56%

83%

d) El estudio registró un resultado final negativo para los embarazos que dieron un producto vivo puesto que se les diagnosticó una enfermedad propia del SIDA en el _____ de los bebés que murieron en las primeras seis semanas de vida.

28%

82%

58%

(Fuente: El SIDA en el Embarazo entre las Mujeres de las Tribus de la India – Kumar, R. D., Rizvi y A. Khurana)

Preparado por:

Madhu Bala Nath

ONUSIDA/UNIFEM

Asesora sobre Género y VIH

DILEMAS ÉTICOS: el aborto

¿Deben revisarse las leyes del aborto para que sean menos restrictivas sobre todo en el contexto de la epidemia del VIH/SIDA?

¿La legislación actual debe enmendarse para que incluya de manera expresa el derecho a terminar el embarazo por el causal de la infección del VIH?

¿Debe nuestro sistema de salud responder mejor ante los adolescentes quienes se enfrentan a diario con el peligro triple de la infección del VIH, el embarazo no deseado y el aborto inseguro?

¿Debe revisarse el código ético de conducta de los proveedores de cuidados de la salud para asegurar una mayor sensibilidad hacia las mujeres seropositivas que buscan el aborto?

IMPERATIVO CRITICO

Aborto y VIH/SIDA

ONUSIDA estima que las tasas de nuevas infecciones de VIH/SIDA entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años, son muy altas. Este mismo grupo tiene la tasa más alta del mundo de embarazos no deseados lo que conduce a un potencial y significativo riesgo de la salud. Una estimación de 2 millones de mujeres en los países en desarrollo tienen abortos ilegales e inseguros cada año.⁸³ Esto es porque en los países en desarrollo, casi un tercio de las mujeres viven en países donde el aborto está legalmente disponible solamente cuando es para salvar la vida de la mujer. Aun cuando las leyes del aborto fueran menos restrictivas, los servicios del aborto, especialmente para mujeres adolescentes no siempre están disponibles.

La demanda de los servicios de aborto se puede incrementar de manera significativa en la medida que más y más mujeres descubran su situación de VIH y entiendan el riesgo de la transmisión madre a hijo(a). Incluso ahora, algunas mujeres están buscando la terminación del embarazo si descubren que tienen VIH. Esto es porque las mujeres de países donde la epidemia ha llegado a la madurez, se están dando cuenta de que si una mujer tiene VIH avanzado, el embarazo tiene el riesgo de precipitar su propia progresión al SIDA.

Una encuesta de IPAS durante el Foro de Salud Reproductiva Adolescente de 1997, concluyó sin embargo que el 47 por ciento de proveedores profesionales de la salud, sentían que la mayoría de los proveedores de la salud se negarían a proporcionar cuidados relacionados con el aborto se sabían que una adolescente tenía VIH/SIDA. Hay dos consideraciones que emergen para explicar esta situación:

1. Valores y actitudes de los proveedores del cuidado de la salud referentes a la sexualidad adolescente. Se basan en el proceso de socialización que a la fecha gira en torno a la construcción social de la sexualidad
2. Información errónea sobre las formas de contagio del virus VIH/SIDA.

Berer y Rau señalan que los proveedores de la salud se niegan a dar sus servicios cuando una mujer VIH positiva busca un aborto médico. Esto es particularmente devastador para las mujeres adolescentes que son orilladas a realizar prácticas de aborto inseguras.

Extrañamente y por el contrario, también hay evidencia anecdótica de que mujeres VIH positivas han dado información falsa o inadecuada sobre su

⁸³ Blum R.: Journal of the American Medical Association

situación de VIH/SIDA para convencerlos de que hagan el aborto, especialmente en países en desarrollo donde los proveedores de los cuidados de la salud observan una alta tasa de mortalidad entre infantes nacidos de mujeres VIH positivas.

Nota

La tarea para los trabajadores del desarrollo y los activistas que todavía se debe cabildear son:

- ***El derecho a información precisa sobre la mujer embarazada.*** *La culpa que carga una mujer que transmite VIH/SIDA a su hijo(a) y por consiguiente el que quiera contemplar el aborto, necesitaría ser enfrentada con información precisa, para que entonces libre de culpa pueda decidir acerca de la terminación del embarazo. Las mujeres necesitan saber que el 75 por ciento de madres no transmitirán el VIH a sus infantes, inclusive aunque no hayan tenido tratamiento de ATZ durante el embarazo.*
- ***El derecho a la autonomía, integridad y seguridad del cuerpo.*** *Las leyes sobre el aborto necesitarían revisarse y ser menos restrictivas, especialmente en el contexto de la epidemia del VIH/SIDA. El derecho a terminar el embarazo con base en la infección del VIH ¿deberá estar expresamente establecido mediante una reforma a la legislación actual?*
- ***El que los adolescentes tengan acceso a los servicios de salud,*** *en línea con lo que marca el derecho a la salud. Se necesitará revisar y modificar los servicios, para proteger a los adolescentes que están inexorablemente enfrentados al triple peligro de la infección del VIH, embarazo no deseado y aborto inseguro.*
- ***Un código ético de conducta de los proveedores de servicios de salud,*** *especialmente cuando provean servicios a mujeres con VIH que buscan el aborto. Se necesita reforzar el derecho a la vida y de manera categórica hacer promoción por él.*

Madhu Bala Nath
Asesora de Género y VIH de ONUSIDA/UNIFEMM

Afirmación Número 4

El médico debe dar aviso al esposo o los padres de la condición seropositiva de la mujer que vive con el VIH/SIDA sin informar primero a la mujer.

CUARTO CUESTIONARIO ACERCA DEL IMPERATIVO CRÍTICO

Aviso a la Pareja

1. a) En Côte d'Ivoire, bajo los auspicios de un proyecto piloto de ONUSIDA, el _____ de las mujeres se negaron a someterse a la prueba del VIH

50%

20%

5%

b) El _____ de las mujeres sometidas a la prueba no regresaron para informarse del resultado del mismo.

50%

5%

20%

c) El _____ de aquéllas cuyos resultados fueron positivos no informó a su pareja acerca del resultado.

25%

50%

5%

(Fuente: La Importancia de las Pruebas Actuales para la Política y la Práctica de la Lactancia Materna – Vande Pierre)

2. El _____ de las clínicas de ETS en Delhi tienen una tarjeta para contacto o ficha de referencia para dar aviso a la pareja.

0%

50%

80%

(Fuente: NACO - Estudio para Ubicar los Patrones del Comportamiento de Riesgo en el Estado de Delhi)

3. Un estudio llevado a cabo en 1993-1994 en África del Sur a más de 700 clientes infectados del VIH quienes habían asistido a las sesiones de asesoría de un grupo de servicios de SIDA halló que más del _____ no había avisado a su esposo/a o pareja normal de su condición seropositiva.

6%

60%

20%

(Fuente: New York Times, 4 de diciembre de 1998)

Transparencia 12

DILEMAS ÉTICOS: Informar a la Pareja

¿Deben las personas tener el derecho a conocer la condición seropositiva de su pareja, sobre todo a la luz de los datos referentes a las discrepancias entre las parejas?

¿Debe compartirse esta información confidencial y cómo debe hacerse?

¿Quién debe hacerlo?

¿Violará necesariamente la relación asesor-cliente?

¿Y el derecho a la confidencialidad?

IMPERATIVO CRITICO

Información a la pareja y VIH/SIDA

La cuestión de la notificación a la pareja es un asunto con varias dimensiones. En 1993, O'Leary y Cheney habían señalado: "Entre todos los dilemas personales y éticos que enfrentan las personas con VIH, aquellos relacionados con el parto y la maternidad son los más difíciles." Y ¿porqué es así? Esto es porque aunque ha habido intentos por parte del movimiento de mujeres para asegurar el reconocimiento de ser una "mujer auténtica" en una relación, emana del concepto de ser capaz de amar y ser amada sin necesariamente tener un bebé; la mayor parte de las sociedades continúan creyendo que las mujeres deben convertirse en madres para poder ser "realmente mujeres". Esto es por lo que la cuestión de la notificación de la pareja para una mujer, es particularmente difícil. Las consideraciones que surgen para ella son:

- El tener hijos (as) es de todas maneras una cuestión central, aún si yo soy VIH positiva. ¿Qué pasará si mi pareja se entera de que soy VIH positiva?
- Si mi pareja se entera que soy VIH positiva ¿Me considerará que soy una prostituta? ¿Cómo podrá manejar este rechazo? ⁸⁴

Un estudio titulado que llevó a cabo Cristiane S. Cabral del Instituto de Salud Pública en Río de Janeiro titulado, "Mujeres entre la maternidad y el SIDA", concluye que "hay un claro conflicto entre esta enfermedad, la cual todavía es fatal, y el deseo de ser madre, lo cual refleja el eterno conflicto entre la vida y la muerte. De acuerdo con estas mujeres, la maternidad no es solamente la manera de construir una identidad y jugar un papel en la sociedad, sino también el de realizar uno de sus sueños más importantes. El no poder ser madre es una fuente de sufrimiento psicológico intenso y posiblemente afecte gravemente su salud, lo cual debe ser tomado en consideración cuando se ofrezcan servicios de atención a la salud y asesoría a las mujeres VIH positivas."

En un proyecto piloto que ONUSIDA llevó a cabo en Cote d'Ivoire sobre terapia combinada de mujeres embarazadas, se encontró que 20 por ciento de las mujeres se negó a que le hicieran cualquier tipo de prueba. Cincuenta por ciento de las que se prestaron a las pruebas ya no regresaron y el 50 por ciento de aquellas que resultaron positivas, no informaron a sus parejas sobre el resultado. ⁸⁵

Pero no son solamente las mujeres las que encuentran difícil informar a sus parejas sobre su situación de VIH. Los hombres tampoco informan a sus parejas

⁸⁴ El VIH/SIDA todavía se considera como una enfermedad de hombres homosexuales, prostitutas y usuarios de drogas intravenosas.

⁸⁵ Van de Perre: Relevancia de las pruebas actuales en las políticas y práctica sobre la lactancia. 12ava. Conferencia Internacional sobre SIDA, Ginebra, 1998.

sobre su situación positiva de VIH. Este último escenario es una de las grandes preocupaciones, en la medida que la construcción social de la sexualidad justifica la promiscuidad de los hombres. Una mujer en el interior de Honduras ilustra este punto: su marido no le dijo que él era VIH positivo antes de que se casaran, inclusive cuando éste estaba consciente de que su mujer anterior había muerto de SIDA. La madre y la hermana de él lo sabía, así como sus vecinos y el pastor de su iglesia. Todo mundo lo sabía, menos ella. De acuerdo con Hellen Jackshon, Directora Ejecutiva de SAIFAIDS, “dentro de una familia, es más probable que el marido es el primero en ser afectado. Quizás tome algún tiempo antes que la mujer resulte infectada”. Esto ha sido demostrado claramente por los estudios sobre discordancia entre parejas, tanto en Zimbabwe como en Zambia. En Zambia, hasta un tercio de las parejas estudiadas eran discordantes. Por mucho, era más común que el marido fuera positivo y la esposa negativa.⁸⁶

Las preguntas que surgen aquí son:

- ¿Es que el hombre o la mujer tienen el derecho de saber cuál es su situación con respecto al VIH, particularmente por la información existente sobre la discordancia entre las parejas?
- Si esta información confidencial se debe compartir, ¿cómo se debe llevar a cabo?
- ¿Quién la debe de llevar a cabo?
- ¿Esto necesariamente violaría la relación entre el cliente y la asesoría?
- ¿Qué pasaría con el derecho a la confidencialidad?

Las preocupaciones levantadas son muy sensibles y requieren de un análisis cuidadoso a partir de información pública y de un debate. Esto resulta esencial para prevenir el hecho de que los que toman decisiones y planifican lo hagan sin información. La reglamentación reciente de la Corte Alta de Bombay en la India, que cuestionó el derecho de las personas que viven con VIH/SIDA a casarse es uno de los casos a considerar. Se anexa un artículo sobre este caso.

Un paquete de información preparado por la organización “Women in Law and Development in Africa (WILDAF) para la 43ava. Sesión de la Comisión sobre la Situación de la Mujer establece: “Después todo, a pesar de su retórica, los estados africanos frecuentemente tienen políticas y prácticas con relación al VIH que no son compasivas, que no apoyan y que son discriminatorias. En Zimbabwe, por ejemplo, el departamento de justicia ha redactado una ley, que propone un máximo de veinte años obligatorios de cárcel para cualquiera que sabiéndolo infecte a otro con VIH/SIDA, **excluyendo a la esposa**. Dado que las mujeres casadas constituyen el grupo que tienen mayor riesgo para la transmisión, y la redacción no cubre a los maridos, la propuesta no puede sino ser descrita como una burla.”

⁸⁶ Dr. M. Sichone, Jefe del Comité Central de Salud. Zambia, Octubre 1997.

Nota 1

El imperativo crítico es que lo que necesita estar en primer lugar, antes que las leyes o los juicios sobre la notificación a la pareja se redacten o se apliquen, es una buena y efectiva asesoría, así como la información precisa sobre la epidemia

Nota 2

La cuestión de la “notificación a la pareja” es diferente de la cuestión de la “notificación obligatoria”, la que hace al VIH/SIDA una ofensa notificable. La notificación obligatoria debe entenderse como la obligación de informar a las autoridades relevantes con el fin de determinar e número de casos y sus variables a fin de programar las actividades de prevención. Con la notificación obligatoria, la identidad de los individuos no es importante. Por el contrario, es información de interés epidemiológico que es importante, tal como la edad, el lugar de origen, ocupación, forma de transmisión. La información que se da a las autoridades de salud debe ser anónima y confidencial. Adicionalmente a las autoridades de salud, también se debe notificar a las parejas sexuales. La legislación ha interpretado la definición de “contactos” de una persona con VIH de varias maneras, permitiendo en algunos casos la notificación a los miembros de la familia que no están en peligro de contagio. Esto viola de manera innecesaria el derecho a la privacidad del paciente. Para propósitos epidemiológicos se justifica que también se notifique a la pareja sexual del individuo seropositivo, frecuentemente buscando la aprobación para la asesoría. También se debe notificar a los padres y los guardianes de todos los menores, ya que esto es necesario para asegurar tratamiento. En cualquier caso el contacto para la notificación debe ser llevado a cabo con un espíritu de respeto de los derechos humanos de lo individuos y dentro del contexto de la prevención.

Madhu Bala Nath

Asesora en Género y VIH de ONUSIDA y UNIFEM

¿Deben casarse las víctimas del VIH?

Indian Express News Service, 14 de noviembre de 1999

Las estadísticas recientes demuestran que el número de casos seropositivos en la India es de 3.5 millones. El estado de Maharashtra está a la cabeza de la lista. La enfermedad demuestra un cambio de paradigma en el movimiento de las áreas urbanas a las rurales, de la población de alto riesgo a la población en general, de los trabajadores migrantes de las ciudades a las esposas que los esperarán en las aldeas. Además, uno de cada cuatro casos seropositivos es mujer, dicen las estadísticas.

A la luz de estos datos, ¿deben las víctimas del VIH tener el derecho sin restricciones a casarse, con todo y la divulgación total ante sus esposos/as? Si no es así, ¿dónde debe uno marcar la pauta y cómo deben legislarse las restricciones?

Se espera que el tribunal de Justicia compuesto por el Magistrado M. B. Ghodeswar y el Magistrado S. Radhakrishnan de La Corte Superior de Bombay dé una resolución crucial sobre estos asuntos la semana que entra cuando se vuelva a abrir la Corte, para tratar una petición presentada por el Colectivo de Abogados que representa a dos pacientes seropositivos, a quienes se referirá como A y C.

Según la petición, puesto que la Corte Suprema había resuelto en el caso “El Sr. X contra el Hospital Z” que se suspendía el derecho al matrimonio para los pacientes seropositivos era un derecho suspendido, querían una “aclaración” de la Corte Superior diciendo que “siempre y cuando haya plena divulgación y consentimiento informado”, los pacientes seropositivos podían casarse.

Sin embargo, los numerosos argumentos de muchas maneras terminaron siendo “hombres seropositivos contra el derecho de la mujer a la salud pública”, en donde el Adjunto Auxiliar del Procurador General de Justicia de la Nación D. Y. Chandrachud y la activista por parte de los derechos de la mujer Flavia Agnes se oponían a las declaraciones de quienes presentaron la petición, representados por los abogados Anand Grover y C. U. Singh.

Chandrachud argüía ante el tribunal que tenían muy pocos hechos que considerar. “La ley no debe beneficiar a la gente propensa a abusarla”, dijo, agregando que las discapacidades socioeconómicas de la mujer, en donde existen la pobreza y el analfabetismo, la hacían extremadamente vulnerable, como clase, a la explotación. “No sería adecuado solamente decir a la futura esposa soy seropositivo y con eso basta”.

Basándose en las limitaciones del consentimiento, en cuanto que la Sección 375 del Código Penal de la India dicta que las relaciones sexuales entre hombre y mujer no constituyen una violación, la sección no contempla otro

“consentimiento” fuera del consentimiento al matrimonio, señaló Chandrachud. Reconoció que aunque el mero acto de la solemnización de un matrimonio no era un delito bajo la Sección 269/270 (propagación de enfermedades infecciosas) del CPI, uno no podía pedir que dicha sección no se aplicara en todos los casos.

Afirmación Número 5

Las personas que viven con VIH/SIDA deben ser aisladas/puestas en cuarentena porque la supervivencia de la colectividad es más importante que el ejercicio de los derechos humanos del individuo.

QUINTO CUESTIONARIO ACERCA DEL IMPERATIVO CRÍTICO
Discriminación

1. Se considera que la mujer de Asia y la Región Asiática tiene una probabilidad _____ veces más grande que la de los hombres de contraer el VIH/SIDA debido a su mayor vulnerabilidad social y biológica.

dos
cinco
diez

(Fuente: Banco Mundial, 1993)

2. Después de un diagnóstico positivo, la mujer normalmente padece de enfermedades relacionadas con el SIDA _____ que los hombres.

antes
después

(Fuente: La Vulnerabilidad de la Mujer y el SIDA - Gómez y Meacham)

3. La razón de casos masculinos a femeninos de SIDA cayó de 31:1 a _____ en 1995 en Chile.

25:5
15:5
10:5

(Fuente: CONSIDA, 1997)

4. En una encuesta de CAP (Conocimiento, Aptitud y Percepción) realizada en Colombia, el _____ de los encuestados dijeron no estar seguros de como protegerse de las ETS y del SIDA.

91%
61%
21%

(Fuente: La Conducta Sexual entre la Población Adulta, Profesora Milia - Seguro Social, Bogotá, Vol. 3, 1994)

5. En la misma encuesta, el uso que se reportó del condón por parte de la mujer con su pareja fue de un _____.

14%
4.1%

41%

(Fuente: PROFAMILIA (1994))

6. Como claramente lo demuestran los estudios de discordancia entre la pareja heterosexual tanto en Zimbabwe como en Zambia, hasta la _____ parte de las parejas estudiadas eran discordantes (más allá de lo común, el hombre positivo y la mujer negativa).

tercera

quinta

cuarta

(Fuente: Problemas Clave para la Mujer en el Concepto del VIH/SIDA en África del Sur – Helen Jackson)

7. Una Encuesta IPS^{NT} llevaba a cabo en el foro de la Salud Reproductiva del Adolescente en 1997 halló que el _____ de los profesionales dijeron que la mayoría de los proveedores de salud se negarían a proveer los cuidados relacionados con el aborto si la adolescente tenía VIH/SIDA.

17%

47%

7%

(Fuente: El Embarazo no Deseado: el VIH/SIDA y el Aborto Inseguro - Radhakrishna, Gringle y Greenslade)

8. Una encuesta reciente llevada a cabo por el Centro YRG^{NT} entre las personas que viven con el VIH y el SIDA observó que de las entrevistadas que habían sido víctimas de la violencia, el _____ habían vivido esa violencia en la casa y el 21.4% la habían experimentado en la comunidad.

12.3%

80.1%

50.5%

(Fuente: Los Retos para las Personas que Viven con el VIH/SIDA - Solomon y Sathiamoorthy)

9. En la misma encuesta, al divulgar su condición seropositiva ante los proveedores de los cuidados de salud, el _____ de las entrevistadas dijeron haber experimentado la discriminación de parte de dichos proveedores.

^{NT} ¿IPS? Estudio/Encuesta para la Prevención de la Infección?

^{NT} ¿YRG?

37%
80%
5%

(Fuente: Los Retos para las Personas que Viven con el VIH/SIDA - Solomon y Sathiamoorthy)

10. El estudio de conducta de alto riesgo llevado a cabo por NACO en el estado de Kerala, India, dice que cuando la policía de Trivandrum encuentra a los usuarios de drogas intravenosas, _____.

los llevan a centros para drogadictos.
les dan orientación y los regresan a sus familias.
los golpean.

11. Un hallazgo reciente de un estudio llevado a cabo por la Universidad de California señala que el _____ de los profesionales médicos en todo el mundo ha negado el cuidado a por lo menos una persona infectada del VIH.

39%
12%
7%

(Fuente: Los Retos para las Personas que Viven con el VIH/SIDA - Solomon y Sathiamoorthy)

12. La mutilación genital femenina es una práctica socialmente aprobada en muchas partes del África. En algunos países a _____ de cada diez mujeres se les ha extirpado por lo menos una parte de sus genitales externos.

4
7
9

(Fuente: WILDAF: Paquete de Información preparado para la 43^a Sesión de la Comisión sobre el Estado de la Mujer, marzo 1999)

13. Un estudio de 1997 llevado a cabo en Zimbabwe halló que _____ de cada diez personas que cuidaban a alguien con el SIDA estaba(n) dispuesta(s) a reconocer que cuidaba(n) a alguien con la enfermedad.

1
5
8

(Fuente: New York Times – 4 de diciembre de 1998)

ACCESO

1. Pese al alto grado de participación gubernamental en la asistencia médica, la mayor parte de los Estados africanos siguen sufriendo circunstancias relacionadas con la infraestructura insuficiente. En Etiopía, existen sólo _____ centros de salud (incluidos los hospitales) para atender a 55 millones de personas.

2,200
22,000
220,000

(Fuente: Vislumbrando el Estado Actual de la Salud Femenina en el África - WILDAF, marzo de 1999)

2. Los recortes en los servicios de salud y la imposición de pagos han afectado más a la mujer. En el África Occidental, donde las políticas de ajuste estructural causaron que las tasas de inflación aumentaran a un 300% en la década de los noventa y que el desempleo se alzara hasta el 80%, los ingresos per cápita se han desplomado de un promedio de \$1000 en 1970 a _____ en 1995.

\$500
\$700
\$300

(Fuente: Vislumbrando el Estado Actual de la Salud Femenina en el África - WILDAF, marzo de 1999)

3. En los países como Zimbabwe donde el 86% de las mujeres habitan áreas rurales, es común que las mujeres deban caminar durante _____ o más para llegar a una clínica.

treinta minutos
una hora
tres horas

(Fuente: Vislumbrando el Estado Actual de la Salud Femenina en el África - WILDAF, marzo de 1999)

4. En el África del Sur, hay aproximadamente _____ personas por doctor en los anteriores *homelands*.

3,000
13,000
30,000

(Fuente: Vislumbrando el Estado Actual de la Salud Femenina en el África - WILDAF, marzo de 1999)

5. Los programas de recuperación de costos en los que a las personas se les pide contribuir para el pago de los condones que compran y utilizan, han desalentado de hecho el uso del condón. En Zimbabwe, donde se introdujo la recuperación de costos de condones en 1993, el número de condones que se distribuyeron en los centros de salud del sitio de la encuesta cayó en un _____.

25%

50%

75%

(Fuente: Vislumbrando el Estado Actual de la Salud Femenina en el África - WILDAF, marzo de 1999)

Preparado por:

Madhu Bala Nath

ONUSIDA/UNIFEM

Asesora sobre Género y VIH

Transparencia 13

DILEMAS ÉTICOS: La discriminación

¿Debemos adoptar el enfoque de salud pública de salvar la salud a costa de eliminar a los enfermos?

¿Es más importante la supervivencia de la colectividad que el ejercicio de los derechos y la libertad individuales?

IMPERATIVO CRITICO
Discriminación y estigma

El VIH/SIDA es un “problema prismático”, ya que explora nuestra vulnerabilidad sociales y económicas más severas. De hecho las personas que viven con el virus están viendo disparidades que reaparecen combinadas con miedos a la sexualidad y a la muerte: a lo largo de los años, habíamos pensado que empezábamos a conquistar la discriminación de género y clase. La epidemia ha hecho que estas disparidades reaparezcan nuevamente.

La discriminación es tanto una causa, como una consecuencia de la epidemia. Examinemos los siguientes puntos a la luz de estas afirmaciones:

1. En 1987, en una ciudad hondureña había trabajadoras sexuales que eran perseguidas por la policía. No sabemos dónde están ellas ahora. En las calles la gente les grita a las amas de casa que han sido infectadas, así como a sus hijos (as). (Fuente: Nuevas formas de control sobre los cuerpos de las mujeres. Rocío Tabora).
2. En el norte de Honduras, una joven de 20 años de edad, trabajando en una fábrica de producción, se enfermó varias veces, de manera que su jefe la mandó a que se hiciera la prueba del VIH. El día que ella se enteró de que era VIH positiva, la despidieron dándole un pago de indemnización de retiro. Ella tiene un hijo, ahora se queda silenciosamente en casa y su tía le proporciona cuarto y hospedaje. (Fuente: Nuevas formas de control sobre los cuerpos de las mujeres. Rocío Tabora).
3. A una trabajadora de 24 años de edad en una maquiladora, la despidieron cuando se conocieron los resultados de sus exámenes. También la interrogaron acerca de si ella había salido con alguno de la compañía. (Fuente: Nuevas formas de control sobre los cuerpos de las mujeres. Rocío Tabora).
4. Una mujer de 42 años con cinco niños ha estado viuda por un año. Ella dice: "Yo sólo trabajo lavando ropa en casas. Cuando la gente sabe que he tenido VIH, me piden que ya no trabaje para ellas. Me quitaron la casa que estaba rentando y las personas me piden que utilice guantes dondequiera que voy a lavar ropa. Todo se vino para abajo. La familia de mi esposo me quitó a mi niña más pequeña. Ellos nunca han aceptado que él murió de SIDA y que mi hija lo tiene también. A veces quiero hablar sobre esto y abrir mis sentimientos, pero no puedo porque tengo miedo a ser rechazada. Cuando iba a visitar a mi familia, me dieron agua en un vaso roto. Les dijeron a mis hijos que no me tocaran ni me abrazaran. Ya no puedo ir a verlos. Cuando tuve un brote de herpes, me dijeron que me iban a llevar al hospital a que me muriera y que cuando me muriera no me iban a

traer a casa.....” Fuente: Nuevas formas de control sobre los cuerpos de las mujeres. Rocío Tabora).

5. “Sabemos que el VIH afecta a las mujeres de manera diferente que a los hombres, pero realmente todavía no sabemos mucho....Todavía son los hombres los que están en las pruebas clínicas. Se obtiene licencia para las drogas, cuando se prueban en hombres. No ha habido pruebas a gran escala que busque como afectan estas drogas a las mujeres en particular. Todo lo que sabemos es que, en proporción a los hombres, las mujeres están teniendo más complicaciones del riñón y del hígado (Fuente: Joan Manchester).
6. Sabemos de casos de menores que habiendo sobrevivido a una seropositividad falsa, no se les acepta en las escuelas de una manera apropiada o de plano se les impide asistir. (Fuente: Madres y SIDA en la República Dominicana, por Bethania Betances).
7. Lori, que tenía cinco meses de embarazo, supo que era VIH positiva. “Realmente no me dijeron nada. Fue sólo que yo tenía 24 horas para decidir si quería abortar o no. Todo mundo con quien hablé me decía que debía abortar...y hasta la fecha no creo que hubiera podido enfrentarlo. De cierta manera lo puse en el pasado y trato de no pensar en ello”.

Ya desde hace tiempo hemos estado diciendo que los hombres y las mujeres VIH positivos han estado enfrentando experiencias terribles: experiencias de abuso sexual, abortos forzados, esterilizaciones forzadas, acceso inadecuado a anticonceptivos y al aborto e inclusive a la operación cesárea. Como lo han señalado las mujeres de ICW: “Hemos estado diciendo cuáles son las preocupaciones y las necesidades, pero no nos han escuchado porque son “evidencias anecdóticas””.

La historia de la salud pública ha estado marcada por asaltos a los derechos humanos y a la dignidad. Muchas de las medidas tradicionales para combatir la epidemia como las pruebas obligatorias y la notificación, vigilancia y el asignar prioridad cuantitativa para la sobrevivencia colectiva, y con ello crear serios obstáculos para el ejercicio de los derechos humanos individuales. El enfoque de la salud pública se orienta hacia la salvación de la salud a costa de la eliminación de los enfermos. La epidemia de VIH/SIDA constituye un desafío para las políticas de salud de nuestra era. Su aparición al final del Siglo XX demanda consideración de repercusiones potenciales de políticas y programas de salud pública en el contexto de los derechos humanos de los individuos.

Nota

Un primer paso importante es establecer un diálogo entre la sección de salud y derechos humanos para reconocer la sinergia entre ellos y consecuentemente para coordinar acciones hacia una meta común, tomando ventaja de las diversas capacidades, estrategias y esferas de influencia de cada uno de estos sectores.

Por ejemplo, los especialistas de salud pueden ser testigos de los beneficios de la educación y los efectos negativos de la discriminación en contra de las mujeres. De la misma manera, los especialistas en derechos humanos pueden promover un debate activo, así como la legislación en consideraciones de igualdad, acceso y dignidad, lo cual les permitiría a los especialistas de la salud a alcanzar sus metas.

Madhu Bala Nath
Asesora de Género y VIH. ONUSIDA/UNIFEM

SESION 7

El papel de la ley y de los medios de comunicación

i. Objetivo

Ampliar el conocimiento sobre el papel de la ley y de los medios de comunicación para relevar las preocupaciones de derechos humanos, que son el núcleo de la epidemia de VIH

ii. Tiempo

1 hora 30 minutos

iii. Materiales y equipo

Artículo de periódico sobre las cuestiones de VIH/SIDA

iv. Metodología

Lluvia de ideas participativa

v. Pasos

1. El o la facilitadora distribuye a los participantes un artículo reciente sobre el impacto del VIH/SIDA en la planificación del desarrollo nacional, se les pide que comenten en plenaria sobre el artículo diciendo cuáles sus fortalezas y sus debilidades.
2. El o la facilitadora utiliza la discusión del artículo para resaltar el papel de la ley así como el de los medios de comunicación para hacer promoción sobre el VIH y su vinculación con derechos humanos, relacionando lo micro con lo macro.
3. El o la facilitadora orienta la discusión en la dirección de un acuerdo para que el grupo trabaje conjuntamente en:
 - a) La necesidad de combinar evidencia anecdótica y empírica.
 - b) La necesidad de combinar la normatividad con la realidad
 - c) La necesidad de combinar las experiencias cognoscitivas con las emocionales
 - d) La necesidad de construir un cuerpo de literatura que registre los abusos a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 7

- Más abajo se da un ejemplo de como se debe analizar el artículo.
Analice este artículo por su estilo de redacción, poder, lenguaje político de VIH, ¿es bueno? ¿Es malo? ¿Cómo se puede mejorar?

B. Fortalezas

El impacto de la epidemia ha sido bien abordado porque:

- Resaltando como medio siglo de progreso se ha perdido, por ejemplo a partir de las ganancias en mortalidad infantil que se han revertido.
- Poniendo de ejemplo a Botswana como un país que aunque no está en guerra, está perdiendo 20 años en esperanza de vida solamente en los últimos cinco años.
- Vinculando la cuestión de los huérfanos y VIH a la salud y la vacunación.
- Presentando dilemas relacionados al financiamiento de donadores, ya que no es fácil encontrar fondos para enfrentar los estereotipos existentes de la sexualidad.
- Introduciendo la cuestión sensible de la transmisión madre a hijo(a) en forma que no parezca una amenaza.
- Ofreciendo soluciones a los problemas señalados, por ejemplo proyectos de pares.
- No utilizando palabras negativas como “mortal”, “enfermedad asesina”, etc.

C. Debilidades

- El examen estereotipado del impacto macro del VIH podría haber dado un paso más adelante, al introducir la dimensión de género en la discusión.
- El análisis relacionado con las cuestiones de MTCT y la lactancia permanece incompleto. Una línea de esta situación de hecho podría haberlo hecho más completo.
- El artículo no tiene un enfoque de derechos humanos
- Los vínculos entre cuestiones macro y micro no están claramente establecidos.
- Los puntos para discusión sobre el impacto en el desarrollo están en el anexo

Las notas sobre el papel de la ley y de los medios de comunicación también están en los anexos y deben leerse con el fin de facilitar la discusión

El SIDA es Responsable de Invertir el Sentido de los Avances en la Salud de los Países más Pobres, por Bárbara Crosette

New York Times, primero de diciembre de 1998

La explosión del SIDA, o de la infección del virus que lo causa, en los países más pobres del mundo está invirtiendo el sentido de medio siglo de progreso en lo que respecta a dar a los niños una vida más saludable, dice el director del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. “Las implicaciones son extraordinarias”, expresó Carol Bellamy, Directora Ejecutiva de la agencia, UNICEF. “En 23 países, en su mayor parte en el África al sur del Sahara, vemos ya que el VIH-SIDA prácticamente invierte el sentido de lo ya ganado en la supervivencia del niño”.

“Más niños mueren y mueren antes, aunque los programas de inmunización puedan tener éxito”, dijo. “Es un hecho que las mejoras logradas se están revirtiendo. Y no sólo se han detenido, sino revertido”.

Lo que hoy los expertos de las Naciones Unidas llaman una pandemia del SIDA, junto con la mayor vulnerabilidad de millones de familias por los trastornos y la violencia de las guerras civiles, está obligando a las agencias que se dedican a los niños a volver a pensar sus prioridades y a introducir nuevos programas, dicen los oficiales.

“La pandemia golpea más, en este momento, en el sur y este del África”, dijo la Sra. Bellamy la semana pasada antes de partir para una rueda de prensa en Londres, en preparación para el día del SIDA de las Naciones Unidas el martes, en la cual la Organización Mundial de la Salud, el programa conjunto, ONUSIDA, y la UNICEF publicaron nuevas cifras sobre el SIDA.

“Por ejemplo, Botswana pierde veinte años de expectativa de vida en solamente un lustro”, dijo la Sra. Bellamy. “No se trata de un país en conflicto, ni guerra. Es un país estable”.

En la rueda de prensa, los expertos de SIDA señalaron que el número de casos en todo el mundo de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana que causa el SIDA había aumentado en un 10% en un año, es decir a 33.4 millones.

Para UNICEF, la crisis del SIDA supone una serie de problemas. El número de huérfanos sube estrepitosamente, dijo la Sra. Bellamy. “Se espera que crezca - y las cifras sólo son aproximadas - a unos 40 millones para el año 2020”.

En ocho países al sur del Sahara, más del 25 por ciento de los niños menores de quince años ya perdieron al padre o a la madre, dijo. Estos niños son más propensos a dejar su educación y menos propensos a ser llevados a las clínicas para recibir sus vacunas.

Puesto que el SIDA golpea más el grupo etario de 10 a 24 años, UNICEF, que se identifica más con los programas para la niñez temprana, tendrá que concentrar sus esfuerzos mayormente en la educación sexual para adolescentes, dijo, algo no siempre bien recibido entre los donadores. El temor de la transmisión del virus del SIDA además obliga a UNICEF a modificar, en cierto grado, su fuerte preferencia para la lactancia materna.

“No estamos replanteando la discusión acerca de que si la lactancia materna es lo mejor para los hijos sino que es un replanteamiento en cuanto al tema de la transmisión de madre a hijo”, dijo la Sra. Bellamy. “Es algo que no se puede ignorar”.

La Sra. Bellamy dijo que puesto que la mitad de los 7,000 nuevos casos que se dan al día afectan a los jóvenes, la mejor esperanza para detener la rápida propagación de la enfermedad está en crear programas intensivos de educación y en promover proyectos de grupos paritarios.

“Existe un resquicio de esperanza”, dijo. “El futuro está en las manos de los hoy adolescentes y si pudiera haber un mayor esfuerzo con programas realmente enfocados de defensa, información y servicios dirigidos a los adolescentes entonces existiría el potencial para controlar esta pandemia”.

Puntos de discusión para el o la facilitadora. Sesión 7

Impacto sobre la planificación del desarrollo nacional

En el mundo en desarrollo, las enfermedades vinculadas al SIDA ya son la segunda cause de muerte debido a enfermedades infecciosas, y se estima que pronto serán las responsables por la mitad de todas las muertes para el año 2010.⁸⁷ Este tipo de mortalidad y morbilidad tiene repercusiones definitivas en la planificación del desarrollo nacional. Los indicadores de los patrones del desarrollo centrado en las personas, ya están mostrando signos de extrema vulnerabilidad en algunos países, especialmente aquellos con epidemias maduras de VIH/SIDA.

Feminización de la pobreza e incremento de hogares encabezados por mujeres

- En varios países se está llevando a cabo investigación sobre el impacto del VIH/SIDA en los hogares, pero pocos son los que han examinado el género como una variable en la medición del impacto de la epidemia en el hogar y la comunidad.⁸⁸

Seguridad alimentaria

- En las comunidades donde las mujeres llegan a infectarse y éstas son las responsables de la agricultura de subsistencia, los cultivos de subsistencia decaen, dando como resultado una reducción general de la disponibilidad de alimentos en los hogares.⁸⁹

Acceso a la educación

- En el caso de que no haya medicinas cuando las infecciones oportunistas empiezan a ocurrir, la enfermedad se prolonga y a veces se saca a las niñas, antes que a los niños, de la escuela, para llevar a cabo tareas domésticas cuando no se puede contratar a una persona para hacerlo principalmente por la reducción de ingresos en estos hogares.⁹⁰

Abuso sexual

- Cuando es el hombre y es el que aporta el ingreso al hogar el que cae enfermo, las mujeres y los niños tienen que buscar otras fuentes de ingresos. La investigación ha mostrado que como resultado de esta situación las niñas

⁸⁷ Banco Mundial: Confronting AIDS: Public Priority in a Global Epidemic: Electronic Journal, September 26, 1998.

⁸⁸ Fuente (1) Informe de una consulta sobre el impacto social y económico del VIH/SIDA en los hogares, Chiangmai, Tailandia, 22-24 de septiembre, 1995. (2) Taking Stock on Gender and HIV/AIDS, por Whelan and Rao Gupta. (3) Implications of AIDS in Asia, by Bloom and Lyons.

⁸⁹ Referencia. Las implicaciones del SIDA para el sector agropecuario en Laos PDR, por Anthony M. Zola.

⁹⁰ Referencia: estudio del Impacto económico de enfermedades mortales adultas de SIDA y otras causas en Africa al sur del Sahara, el cual condujeron conjuntamente el Banco Mundial y la Universidad de Dar el Salaam.

adolescentes serían particularmente vulnerables a negociar sexo por dinero o por otros recursos.⁹¹

Salud reproductiva

- Otras evidencias sugieren que la epidemia está contribuyendo a una tendencia de disminución a la edad al matrimonio de las mujeres jóvenes, ya que los hombres buscan esposas jóvenes para protegerse a sí mismos de la infección y la familia busca la protección de casar a sus hijas con hombres adultos económicamente estables. Este fenómeno tiene serias consecuencias con relación al acceso a la educación de las jóvenes niñas, la reducción del acceso a recursos productivos, la dependencia económica de la pareja masculina y la pobre salud reproductiva como resultado de relaciones sexuales tempranas y la crianza de los hijos(as).

Abandono y destitución

- Los estudios han mostrado que en circunstancias donde el hombre es el jefe del hogar y muere, las mujeres enfrentan un conjunto trágico de circunstancias en términos de pérdida de apoyo social de los miembros de la familia, ostracismo de la comunidad y falta de protección legal para heredar la tierra y la propiedad. Se han citado casos en donde la familia del esposo inclusive culpa a la viuda por la muerte del esposo y se niega a aceptarla a ella y a sus hijos dentro del sistema de apoyo familiar. Se han citado otras instancias donde los miembros de la familia alientan al esposo, quien es VIH positivo a dejar a su esposa, quien también está infectada, para que busque otra mujer.⁹²

Una negación de posibilidades

Todos los factores que se mencionaron anteriormente, necesitan revisarse dentro del contexto del hecho de que aunque las mujeres están involucradas productivamente tanto en el sector formal como informal de la economía, hay diferenciales relacionados con el género con relación al acceso de las mujeres y los hombres, a los recursos productivos tales como tierra, propiedad, crédito, empleo, capacitación y otros servicios.

Con relación al tratamiento de las condiciones relacionadas con el VIH, frecuentemente se atiende primero al hombre en muchos aspectos y más frecuentemente el esposo muere primero que la esposa. Quizás todavía tome algún tiempo antes de que la esposa quede infectada, tal como se muestra en los estudios de discordancia entre parejas de Zimbabwe y de Zambia. En Zambia, hasta un tercio de las parejas estudiadas eran discordantes y era más común que el hombre fuera positivo y la mujer negativa. Todos los ahorros de la

⁹¹ Referencia: El impacto social y económico del VIH y SIDA en las familias rurales en Uganda.”An emphasis on Youth, by Daphne Topouzis.

⁹² Referencia: Estudios del hogar y la comunidad, respuestas al VIH y el SIDA en India, Tanzania y Tailandia. Por: Aggleton, Bharat, Leshabari y Singhanetra-Renard

familia se habían gastado en el tratamiento del marido. Era también más frecuente que él fuera el que había tenido un empleo remunerado y asistencia médica. Se encontró que posteriormente cuando la esposa se enferma, ya no había dinero y ninguna cobertura de ayuda médica.⁹³

Por estas razones resultan críticas las iniciativas de prevención. Éstas deben incluir:

- Esfuerzos que transformen las condiciones sociales y económicas que le permitan a las personas protegerse a sí mismas del VIH/SSIDA. Estos esfuerzos podrían incluir programas de género, en preocupaciones de pobreza, etc., programas que mejoren el acceso a los recursos del desarrollo, manteniendo el principio de equidad (esencialmente orientándose a las cuestiones de género y pobreza).
- Esfuerzos que reduzcan la discriminación y permitan a las personas que viven con VIH/SIDA adoptar conductas responsables con relación a su sexualidad. (Estos programas podrían orientarse sobre el principio de inclusión en lugar del de exclusión, por ejemplo, el proveer asesoría y apoyo con una perspectiva de género, para las personas que viven con VIH/SIDA).

Las mujeres continúan considerándose como los vectores de la infección, no como personas con derecho a recursos de cuidados de la salud adecuados. “En Brasil, como en muchos otros países, las mujeres fueron tratadas como si ellas no tuvieran sexo ni sexualidad. No había ninguna preocupación por el impacto de la enfermedad o inclusive del impacto de su tratamiento en el ciclo hormonal de la mujer; no se le daba ninguna prioridad a la asesoría o a la investigación sobre métodos anticonceptivos inocuos que también protegieran contra el SIDA; y además, no se hizo ninguna inversión tecnológica para asesorar a las mujeres VIH positivas que quisieran tener niños.”

En Brasil, el número de casos de SIDA se duplicó entre 1990-98 y ahora en la ciudad más grande de Brasil, el SIDA es la principal causa de muerte entre mujeres de 15 a 49 años.⁹⁴ La discriminación de género fue la causa de origen de esta situación.

La discriminación con relación al acceso a los recursos se manifiesta también en otros campos. A pesar de la devastadora incidencia de VIH/SIDA en los países en desarrollo, UNICEF estima que solamente el diez por ciento de los dos mil millones de dólares que se gastan cada año en la prevención del SIDA, llega a estos países.⁹⁵

⁹³ Fuente: Helen Jackson SAIFAIDS: Key Problems facing Women in the Context of HIV/AIDS in South Africa.

⁹⁴ Fuente: Mujeres, vulnerabilidad y SIDA. Adriane Gomez y Deborah Meacham.

⁹⁵ Buchanan y Cernada, 1996/1997

Ante esta situación, un enfoque de derechos humanos resulta una cuestión clave para el éxito de cualquier estrategia para combatir el VIH/SIDA. Inclusive, esta orientación alcanza un significado mayor cuando en los países más pobres de mundo, el gasto en salud y educación es una proporción minúscula de su producto interno bruto en comparación con el pago de la deuda. La crisis financiera asiática condujo a que países que tradicionalmente habían hecho fuertes inversiones en salud y educación, llevaran a cabo recortes drásticos en el gasto del sector social. Aparejada con la precipitada devaluación de las monedas nacionales, la situación ha dejado a los alimentos, medicinas y otras preocupaciones esenciales, fuera del alcance de grandes sectores de población. Inclusive en Japón, la crisis económica ha generado una categoría creciente de nuevos pobres quienes no están cubiertos por ninguna forma de seguro de salud. Ahora ya hay evidencia de la erosión de los enfoques de equidad y los derechos de la salud, como resultado de la situación económica.

Con todo, hay una sinergia importante de gran potencial entre la mitigación del SIDA y los programas de pobreza, especialmente los que tienen orientación de género. Es posible que los programas de desarrollo rural que tienen como objetivo mejorar el acceso de las mujeres a medios de vida sostenibles, disminuyan el impacto de la epidemia. Por ejemplo, al acceso a agua potable puede tener un efecto marcado en el tiempo que tiene la mujer para otras actividades productivas y para el cuidado de los enfermos y los huérfanos. De manera similar, el acceso a las tecnologías que ahorran trabajo, tales como estufas de combustible eficientes, molinos para comida, etc. incrementarán el tiempo que tiene la mujer para responsabilizarse de otras cargas de trabajo.

Los hallazgos del Banco Mundial muestran que la muerte de cada adulto, deprime el consumo de alimentos en un 15 por ciento en los hogares más pobres, ello implica que en respuesta a la epidemia, los gobiernos necesitarán utilizar los promedios de la muerte en edad adulta y la dependencia del hogar como uno de los criterios de las metas para los programas de alivio a la pobreza.⁹⁷ Y en la medida en que establezcamos nuevas prioridades para el gasto público, lo necesitaremos hacer aún más crítico desde la perspectiva de género. En Asia, las mujeres que viven con el virus, están expresando de manera silenciosa la necesidad de apoyo para poder romper con las relaciones abusivas, apoyo para que sus hijos(as) sean integrados a los albergues, apoyos para tener acceso a vivienda, apoyo a través de los hospicios y finalmente apoyo para tener acceso a medios de vida estables.⁹⁸

El papel de la Ley

La noción de la ley como un instrumento de cambio social y de conducta, ha estado sujeta a un largo y controvertido debate de jurisprudencia. Hay incontables ejemplos de cómo la ley no ha sido efectiva en el cambio de conductas sociales, ya sea porque se ha ignorado o porque se ha aplicado de

⁹⁷ Fuente: Idem a 6

⁹⁸ Fuente: She can Cope With by Madhu Bala Nath

manera selectiva. La cuestión de la violación y de la violencia intrafamiliar constituyen dos importantes ejemplos que son particularmente relevantes para las mujeres. A pesar de todo junto con esta noción, hay razón para creer que el uso creativo de la ley que se base sobre una apreciación de los valores sociales complejos, podría ser capaz de producir cambios de manera que se minimice el abuso de los derechos humanos, si no es que este abuso pudiera ser eliminado. Es por ello que la ley puede jugar un papel importante en la búsqueda del cambio de los valores subyacentes y los patrones de interacción social que crean la vulnerabilidad al virus del VIH.

La ley permisiva

En muchos países en desarrollo existen regímenes legales que atrincheran la dependencia económica de las mujeres a través de la propiedad de la tierra y las leyes de propiedad marital, las cuales le niegan a las mujeres acceso a ciertas formas de empleo pagado. Las reformas legales en esta área podrían tener un impacto razonable sobre la independencia económica de las mujeres, las que en turno, podrían ayudar a apoyar el acceso a los servicios de salud y a reducir la posibilidad de que se apoyaran en la actividad sexual como una fuente de ingresos. De manera similar, se pueden decretar leyes que requieran o que sea obligatorio un mínimo nivel de participación y representación en el proceso de la toma de decisiones, de los grupos con desventaja social, por ejemplo mujeres y personas que viven con VIH/SIDA. Si estas leyes se aplican con su verdadero espíritu, los procesos se podrían fortalecer, y por consiguiente se podría restablecer el equilibrio de los desbalances sociales. Además, en algunos países hay leyes que apoyan ciertas costumbres o conductas que incrementan el riesgo de la transmisión de VIH, tales como las prácticas tradicionales dañinas y los patrones tradicionales de matrimonio; el abolir estas leyes podría provocar un cuestionamiento de las costumbres y valores que las sostienen.

La ley protectora

La ley también puede tener una función protectora a través de la cual puede apoyar los derechos y los intereses de clases particulares de personas, particularmente de aquellos que viven con VIH/SIDA o están afectadas por la enfermedad. Hay un incremento en el reconocimiento de la vinculación entre los derechos humanos y la epidemia. En una consulta reciente sobre SIDA y Derechos Humanos que se llevó a cabo en Manila en julio de 1997, el APCASO⁹⁹ Compact on Human Rights, acordó que “El respeto y preocupación por los derechos humanos a todos los niveles, debe estar en el centro de nuestra respuesta colectiva a la pandemia.” Se discutió un marco conceptual, que aportó de manera muy clara las interrelaciones entre derechos humanos y VIH/SIDA.

El impacto de la proscripción de la ley sobre la política del VIH/SIDA, muchas veces a obstruido, más que facilitado la aplicación de políticas efectivas. Tales leyes incluyen aquellas que imponen sanciones por la venta de condones o

⁹⁹ Asia and Pacific Council of AIDS Service Organizations

aquellas que han llevado a los trabajadores en programas de intercambio de jeringas, a temer ser perseguidos por ayudar y ser cómplices de una actividad ilegal. Algunos ejemplos de leyes proscriptivas incluyen leyes que obligan a informar sobre la situación de VIH seropositivo, leyes que requieren de la prueba de VIH a ciertos grupos de población, etc. La naturaleza coercitiva de estas leyes han impedido en efecto los esfuerzos de prevención, ya que han provocado que las personas que están en riesgo de VIH se alejen de estos esfuerzos y por lo mismo sea menos probable que ellas cooperen en los esfuerzos de prevención.

El papel de los medios de comunicación

El papel de los medios de comunicación en el desarrollo es crítico porque:

- Amplía el conocimiento de sobre las causas sociales y económicas y sobre las consecuencias de la epidemia, enfocando particularmente en los imperativos críticos que se necesitan discutir a partir de información precisa y objetiva.
- Promueve la construcción de alianzas entre activistas, funcionarios de gobierno, investigadores, capacitadores, etc., y puede ser el eje para ampliar el debate sobre los imperativos críticos, con el fin de que se creen más espacios para los personas que viven con VIH/SIDA.
- Cambia el sentido de las evidencias anecdóticas a partir del reporte de la evidencia con validez empírica. Esto es esencial para que haya cambios en la vida de las personas, ya que se hace posible influenciar la toma de decisiones.

Los enfoques de derechos humanos que han propagado las organizaciones multilaterales, los gobiernos nacionales, activistas, medios de comunicación y compañeros en los asuntos legales, han empezado a tener éxito, aún en un medio macro donde hay escasos recursos monetarios. Por ejemplo, en Egipto los grupos de tarea de la FGM que está compuesta por activistas, investigadores, doctores y feministas, jugaron un papel fundamental en la diseminación del debate sobre la muy sensible y cargada cuestión de la mutilación genital femenina, y con ello crearon el clima político favorable para que se prohibiera esta práctica. En Brasil, el Consejo Nacional sobre los Derechos de las Mujeres que fue revitalizado en 1995, trabajó junto con la Comisión Nacional de Población y Desarrollo para derrotar una iniciativa contraria al aborto en el Congreso en 1996.

Alianzas similares entre activistas y funcionarios públicos en Sudáfrica, lograron la histórica ley sobre la Decisión de la Terminación del Embarazo en 1997, la primera de este tipo en Africa. En Sri Lanka una asociación emergente entre ONGs y mujeres legisladoras hizo un llamado para la legislación de los servicios de aborto.

Madhu Bala Nath
Asesora en Género y VIH de ONUSIDA/UNIFEM

SESION 8

Direcciones futuras

- i. **Objetivo**
Promover la planificación participativa y desarrollar estrategias para ayudar a enfrentar la situación al nivel nacional y global.
- ii. **Tiempo**
45 minutos
- iii. **Material y equipo**
Rotafolio y marcadores
- iv. **Metodología**
Utilización de frases o encabezados
- v. **Pasos**
 1. El o la facilitadora pide a los participantes expresar en una frase lo que sienten que ellos pueden aportar para ayudar a enfrentar la situación desde su posición de fortaleza. Por ejemplo: “Siendo representante de una institución puedo.....” o “Siendo miembro de los medios de comunicación podemos.....”.
 2. Manteniendo esta técnica, el o la facilitadora pide a los participantes iniciar oraciones con la frase “Vamos a considerar” para ofrecer estrategias posibles que puedan tener efectos positivos en las vidas de las personas que viven con VIH/SIDA. Por ejemplo, “Vamos a considerar el reservar una columna sobre cuestiones de género y VIH en un diario”, “Vamos a considerar la organización de talleres de género, VIH y derechos humanos para los editores y los diarios de difusión”, “Vamos a considerar la incorporación de la discusión sobre género, VIH y derechos humanos en módulos de capacitación para los políticos y los planificadores.”
 3. Una vez que todos los participantes han contribuido, el o la facilitadora los divide en grupos (por entidad o país) y les pide que traduzcan las ideas que han escrito a planes concretos. Esto tiene que ser un plan a corto plazo de alrededor de seis meses, el cual tiene que ser realista, práctico y que se pueda llevar a cabo. Luego se les pide establecer las responsabilidades y un calendario para el plan de trabajo.

Notas para el o la facilitadora. Sesión 8

- Como ejemplo, se anexa un ejemplo de un plan de trabajo que debe surgir de cada uno de los grupos en esta sesión.

PLAN DE TRABAJO PARA ZIMBABWE

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CALENDARIO
Reunión para compartir el módulo de Dakar con las instituciones de capacitación	Mar Martha	Noviembre 1999
Compartir el módulo con los colegas y a comunidad a través de artículos de información	Luy Gina	A largo plazo
Compartir información con la Oficina de la Mujer	Martha	Noviembre 1999
Recolectar fondos para un taller de dos días y hacer promoción con los medios de comunicación, los socios en el proyecto y los miembros del Foro de la mujer	Todos(as)	Enero/Febrero 2000
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar una columna mensual sobre VIH/SIDA. - Crear grupos de correo e incorporar el VIH/SIDA y género en la página de salud que ya existe (semanal) - Capacitar a oficiales del ministerio de Salud. - Utilizar los "shows" de radio y televisión - Empoderar a las mujeres que viven con VIH/SIDA. - Circular lineamientos sobre el lenguaje adecuado cuando se hagan informes sobre el VIH/SIDA. - Incorporar género en las reuniones internacionales: Día Internacional de la Mujer. - Promover la incorporación de la capacitación sobre VIH/SIDA en los institutos de capacitación 	Gina	Enero del 2000
	Todos(as)	Enero del 2000
	Ivy Martha	Abierto Diciembre 1999
	Todos(as)	Diciembre 1999
	Todos(as)	Noviembre 1999
	Gina/Ivy Todos(as)	Diciembre 1999 Marzo del 2000
	Todos(as)	2001

SESION 9

Evaluación y Clausura

vi. Objetivo

Mejorar el proceso y el contenido del taller

vii. Tiempo

30 minutos

viii. Material y equipo

Pluma y hojas de papel en blanco

ix. Metodología

Reflexión y anotaciones

x. Pasos

1. Se les pide a los participantes relajarse, cerrar los ojos y caer en una situación introspectiva y reflexionar sobre el proceso del taller.
2. Después de un minuto se les pide poner en la hoja de papel sus más honestos sentimientos sobre el taller, la información que se distribuyó y las metodologías que se utilizaron así como las estrategias aplicadas.
3. Los participantes no necesitan poner su nombre en las hojas de papel.
4. Finalmente, el o la facilitadora clausura el taller, poniendo el énfasis en el sentido de compromiso para ir más allá de los hechos y las cifras que se analizaron y darles un rostro humano, de manera que los derechos humanos permanezcan como la base de todo el trabajo que se hace sobre la epidemia.

SECCIÓN IV

APRENDIZAJE QUE SE OBTUVO EN LOS TALLERES

LECCIONES APRENDIDAS

Los dos módulos que se han discutido en este manual se han probado en el campo por un periodo de más de un año. El módulo que se titula “Cuestiones de Género en VIH y Desarrollo”, fue probado en el campo dentro del programa de PNUD sobre construcción de capacidades y se utilizó posteriormente en talleres de orientación para UNIFEM y sus colaboradores en los siguientes ocho países: India, Vietnam, Senegal, Zimbabwe, Kenia, Nigeria, México y Las Bahamas. El segundo módulo, titulado “Género y VIH: un enfoque de Derechos Humanos”, recibió la crítica de un grupo de capacitadores y luego se probó en el campo en un taller que se realizó en Senegal en donde hubo representantes de siete países: India, Vietnam, Senegal, Zimbabwe, Kenia, Nigeria, México y Las Bahamas. Estas experiencias han generado lecciones muy ricas. Desde la perspectiva de la facilitadora de estos talleres y de los participantes, la lista de las lecciones es la siguiente:

I. LECCIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FACILITADORA

a). Ubicación del taller

En los dos talleres se encontró que es muy útil realizar este ejercicio lejos del lugar de trabajo de los posibles participantes. Esto permite una atención más completa, algo que es muy útil dado el método que se utiliza para prever el proceso de aprendizaje. Cuando los talleres se hacían cerca del lugar de trabajo de los participantes, había una tendencia a relacionar su compromiso con el taller con sus obligaciones, tanto oficiales como personales. Como resultado, la asistencia a las sesiones bajaba después de la hora de la comida.

Por ello se recomienda, ya sea que los talleres se organicen en lugares lejanos al lugar de trabajo de los participantes, o que el horario de la agenda se modifique, de tal manera que los talleres empiecen temprano y que se incluyan tantas sesiones como sea posible antes de la comida.

b). Selección de los participantes

La selección de los participantes para este taller es una cuestión crítica para poder asegurar sus objetivos. Los talleres están diseñados para desarrollar una nueva percepción en torno a la epidemia que incorpore las dimensiones de género y desarrollo. Ofrecen nueva información para dos tipos de participantes: **aquellos que han trabajado en cuestiones de género pero no en VIH, y aquellos que han trabajado en VIH pero no en género.**

Ya en algunos países, pocas personas ya han llevado a cabo un trabajo intensivo tanto en VIH como en género, y por lo mismo obtuvieron muy pocas ganancias de su participación en los talleres. Para éstas, como una de ellas lo expresó, "el taller estuvo por debajo de mis expectativas".

Por esta razón se recomienda que la selección de los participantes se haga de manera muy selectiva, de manera que se pueda mantener una dinámica durante el proceso del taller.

c). Módulo I: Sesión 3

Los dos módulos contienen ejercicios para promover la construcción del consenso a partir de la discusión en grupos (ver páginas 43-50). En algunos de los talleres se encontró que cuando el grupo no llegaba a un acuerdo, su presentación se posponía. Sin embargo, fue muy difícil introducir esta presentación en otro momento en el taller, básicamente por dos razones:

- Irrumpía el proceso del taller si se incluía antes o después de cualquier otro ejercicio.
- Conducía a cierto grado de frustración de la mayoría de los miembros del grupo que habían logrado consenso pero no podían expresar sus ideas en la plenaria debido a la diferencia de opinión, a veces, de un sólo miembro del grupo.

Por esta razón se recomienda que durante todo este ejercicio se cree y se promueva, de manera discreta, esta construcción de consenso.

d). Módulo I: Sesión 4

Se encontró que el ejercicio que se titula “Siluetas demográficas” (página 51) es una herramienta muy dinámica que amplía la participación de manera muy efectiva. Sin embargo, el ejercicio lleva mucho tiempo y puede resultar tedioso en países donde la epidemia es madura y la información con relación al impacto en los hogares no ofrece nuevas perspectivas. En los talleres se encontró que este ejercicio se puede modular, y que las dos etapas en que fue originalmente diseñado se pueden integrar en una sola.

Por esto se recomienda a el o la facilitadora que antes de llevar a cabo este ejercicio, evalúe el conocimiento base de los participantes en relación al impacto de la epidemia en los hogares.

e). Consideraciones éticas

En línea con los principios de asociación y participación, se ha probado que el hecho de que se involucre en los talleres a personas que viven con VIH/SIDA ha sido extremadamente enriquecedor. Sin embargo, desde el punto de vista ético, es importante que estas personas estén ampliamente informadas sobre el propósito del taller.

Por ello se recomienda que los organizadores del taller se entrevisten previamente con las personas que viven con VIH/SIDA y que van a participar en el taller para explicarles los objetivos. También se recomienda que se les haga un pago por su participación y por la

presentación de sus testimonios. De esta manera, ellas estarían consideradas como apoyos para enriquecer el conocimiento de base de los participantes por el hecho de compartir sus testimonios personales.

f). Tiempo

Como se ha podido observar de la agenda de los dos talleres, el tiempo que se ha asignado a las actividades deja pocas posibilidades de flexibilidad. El programa es muy intenso y uno de los comentarios que se recibió de los participantes fue que se debería haber asignado más tiempo a las actividades. Aunque hay un reconocimiento y se aprecia esta preocupación, resulta muy útil el considerar el hecho de que la participación de la participación de funcionarios clave en la toma de decisiones, sólo puede darse por cortos periodos de tiempo a causa de sus sobrecargas en las agendas oficiales. También se debe tomar en cuenta el que agregar un día al taller, traería implicaciones en los costos.

Se recomienda que la agenda del taller se modifique de acuerdo al tiempo disponible de los participantes. El tiempo que se sugiere en este manual es el óptimo estimado.

c). **Facilitación compartida**

Un facilitador o facilitadora pueden conducir el taller. Con una sola persona se pueden reducir los costos al mínimo. Sin embargo, se ha encontrado que es muy útil involucrar una persona – nacional o local -- que apoye la facilitación del taller. Además, con ello se da un paso para la construcción de la capacidad local en esta área. Por ello, siempre que sea posible, se recomienda que se estimule la facilitación conjunta utilizando personal local.

d). **Evaluación**

En los nueve talleres que se llevaron a cabo antes de fines de 1999, se adoptó un método de evaluación abierto y que no siguió ningún formato especial. Se hizo de esta manera porque los talleres perseguían a fomentar una experiencia emocional cognoscitiva y reflexiva en los participantes, la cual era difícil de evaluar o capturar en escalas rígidas de medición que fueran de no satisfactorias a excelentes, o de uno a cinco. Se les pidió a los participantes que registraran y reflexionaran sobre sus sentimientos de una manera irrestricta. Sin embargo, se expresó un punto de vista en el sentido de que hubiera sido útil un formato de evaluación. En algunos talleres, las formas de evaluación se distribuyen al inicio del taller de manera que los juicios sobre los diferentes aspectos de cada sesión, a medida que el taller avanza de una sesión a otra. El o la facilitadora necesita asignar tiempos específicos para que esta evaluación estructurada resulte ser realmente efectiva.

Por ello se recomienda que el o la facilitadora discuta este aspecto con los participantes al principio del taller y se responda de acuerdo a las necesidades del grupo.

Se anexa una forma de evaluación como muestra.

i). La utilización estratégica de los módulos.

Se encontró que estos módulos son de lo más efectivo, si se utilizan como parte de un proceso más amplio, en lugar de un intento aislado. Después del primer taller se formaron cuatro grupos clave (empoderamiento a partir de la información, empoderamiento a partir de los derechos humanos, empoderamiento a partir de la construcción de capacidades) y el impacto de los talleres lo ilustra lo siguiente:

Empoderamiento a partir de la información

En la actualidad hemos estado recibiendo informes del trabajo de campo sobre las dimensiones de género del VIH/SIDA que se han llevado a cabo en varios países como México, India, Zimbabwe y Senegal. Los siguientes son algunos de los interesantes hallazgos que se derivan de algunos de estos informes.

Los hallazgos de la investigación de campo son novedosos y ofrecen una oportunidad excelente para la promoción con los gobiernos nacionales. Por ejemplo, en México, el equipo de investigación desarrolló instrumentos que fueron utilizados para identificar y medir los niveles de depresión, autoestima y habilidad de las mujeres para negociar sexo seguro. El informe examina la cuestión del acceso a la provisión de servicios de tratamiento a partir de la formulación de políticas con perspectiva de género. Aunque la política mexicana de salud es la de proporcionar acceso gratuito a drogas antiretrovirales para las personas que viven con VIH/SIDA, las mujeres aún están en desventaja, ya que la mayoría están ubicadas en el sector informal de la economía y el acceso al AZT sólo es posible a partir de la pertenencia al sector formal.

Otro hallazgo importante es la información que IWID generó en la India, sobre el hecho de que las mujeres solamente conocían las cualidades de la protección del condón hasta después que habían quedado infectadas. Esta información debería ayudar a las agencias de desarrollo a reexaminar las metas de sus políticas. La cuestión de un mejor suministro de medicinas accesibles para las infecciones oportunistas y la necesidad de prestar más atención a las mujeres solteras que están sufriendo lo más severo de la epidemia, son también de gran interés desde el punto de vista de la programación y la política.

En Senegal, es esfuerzo se orientó al examen del impacto de los mitos y las prácticas corrientes de la sociedad senegalesa con respecto a la epidemia del VIH/SIDA. Los hallazgos del estudio acaban con percepciones estereotipadas, por ejemplo en cuanto a la sexualidad y el conocimiento del propio cuerpo se refiere, no hay mucha diferencia entre las personas alfabetas y analfabetas. También el hecho de que el conocimiento de las trabajadoras sexuales sobre su propio cuerpo era mucho menor que el que tenían las amas de casa. De manera muy categórica se manifestó la necesidad de un proceso de desaprender los mitos sexuales que hay que desterrar antes de que se introduzcan las enseñanzas sobre el VIH/SIDA. Por ejemplo la creencia muy común en Senegal que “a las mujeres circuncidadas no las puede satisfacer un sólo hombre” , o el de que “una mujer que dice que no a la relación sexual con su esposo, nunca tendrá hijos buenos, ya que la conducta de la madre durante el acto sexual es decisiva para el futuro del niño o de la niña.”

La investigación en Zimbabwe se orienta hacia el impacto social y económico del SIDA en el hogar y sugiere valiosas directrices de modificaciones de política y líneas de planificación para las ONG y los gobiernos. Esta investigación se ha orientado a los ajustes en la asignación de recursos para las actividades de producción y el consumo que tienen que hacer los hogares y las comunidades en vista de del VIH/SIDA y el impacto general en el bienestar como resultado de estos ajustes. Había muy poca evidencia sustantiva sobre esta cuestión en Zimbabwe, por lo que este trabajo ayudó a llenar esta laguna.

Por ejemplo, uno de los hallazgos mostró que los que brindan atención y cuidados en el hogar necesitan programas de educación organizada con énfasis en las señales y los síntomas del VIH/SIDA, confidencialidad compartida, pronosis de enfermedades, prevención de infección cruzada y asesoría. Otro hallazgo que pudiera contribuir a la política del diálogo, se relaciona con la necesidad de enfocar iniciativas IEC sobre “cómo enfrentarlo” en vez de “cómo prevenirlo” debido a la madurez de la epidemia en Zimbabwe. El estudio encontró que al apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA aún dentro de la familia era “ambivalente” y no sólida e incondicional.

Las siguientes son algunas informaciones valiosas del informe: el cambio de los roles de género en las actividades que anteriormente eran del dominio masculino (por ejemplo, ahora las mujeres se dedican a la carpintería en vista de que los hombres se enferman y se mueren); el hecho de que se ha visto que las mujeres son más valerosas que los hombres en lo que concierne a hacer pública su condición de VIH. Los hombres prefieren morir en silencio; entre las personas que viven con SIDA hay una urgencia de trabajar muy duro a fin de dejar alguna herencia a sus hijos. Estos hallazgos pueden proporcionar algunas directrices para el trabajo de las ONGs en Zimbabwe para que puedan responder a la construcción de las capacidades con relación a las necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA en el país.

Todos los hallazgos se discutirán con los que toman decisiones en el gobierno, así como con los representantes de

la sociedad civil, a partir de talleres de difusión. De la investigación en todos los países, ha surgido un potencial considerable para influenciar la política nacional.

Empoderamiento a través de Derechos Humanos

Recientemente hemos recibido información sobre el trabajo que han estado haciendo las periodistas que participaron en el módulo sobre “Género, VIH y Derechos Humanos”. Los participantes tomaron las lecciones que aprendieron en el taller e incorporaron el VIH y las dimensiones de género en sus escritos. Las siguientes entrevistas y artículos ilustran el tipo de trabajo que se ha estado llevando a cabo desde las realizaciones de los talleres.

Lydia Cacho es la que habla

“Después de trabajar tres años en género y VIH/SIDA, estaba agobiada y cansada de este trabajo. El taller me proporcionó nueva información que se presentó de manera muy humana. Me reciclé después de participar y retornaron las ganas de trabajar en estas preocupaciones.”

El siguiente perfil de Lydia Cacho nos presenta una reflexión del impacto potencial del taller de Género, VIH/SIDA y Derechos Humanos. Lydia participó en el taller que se organizó bajo una iniciativa conjunta que se denominó “Respuestas de género orientadas a enfrentar los desafíos del VIH/SIDA”. Ella asistió al taller como representante del servicio mexicano de noticias, CIMAC. CIMAC es una nueva agencia de multimedia a la que pertenecen 800 mujeres periodistas de varios países en América Latina y el Caribe. Después de asistir al taller en Senegal en Octubre de 1999, Lydia Cacho regresó a México y ha llevado a cabo lo siguiente:

- Organizó una capacitación sobre género y periodismo, utilizando algunas de las herramientas de aprendizaje que se utilizaron en el taller de Senegal. (Lydia utilizó la herramienta de “desempeñar un papel” en el taller, debido al impacto que a ella le causó esta metodología en el taller de Senegal. A Lydia se le designó líder de su grupo y decidió que un hombre desempeñara el papel de una mujer y una mujer el papel de un hombre. Siguiendo con la sesión, Lidia habló con el hombre que desempeñó el papel de mujer y le preguntó: “¿que se siente ser una mujer? Con lágrimas en los ojos, el hombre le respondió: “quisiera poder pedirle perdón a mi madre por el abuso que ella ha sufrido”).
- Fue ganadora del Premio Nacional de Periodismo *Rosario Castellanos* de 1999 en México, por un artículo sobre VIH/SIDA en la revista semanal “La Crisis”.
- Ha escrito tres artículos sobre las implicaciones de género y derechos humanos en Africa. Los artículos han sido circulados en más de 15 diarios a través de la red de CIMAC.
- Una revista política semanal mexicana titulada “La Crisis” publicó uno de sus artículos sobre la epidemia. Esto fue de fundamental importancia dado el público político que lee esta revista.
- Publicó el artículo “Enfrentarlo o Morir”, sobre el impacto de la epidemia en Africa, en el “Novedades” un importante diario de México.
- El Director del Hospital del Seguro Social y el Alcalde de Cancún en México, han felicitado a Lydia Cacho por su trabajo.
- Una de las estaciones de radio más populares en Puebla, México, ha leído todos los artículos que Lydia Cacho ha escrito sobre la epidemia.

Karen Wallace nos habla

Karen Wallace es una periodista de las Bahamas que ha estado escribiendo sobre las vidas de las personas que viven con VIH/SIDA. El siguiente es un extracto de un artículo que ella escribió después del taller sobre “Alma”, una mujer de cincuenta años madre de cuatro abuela de nueve. Alma ha estado viviendo con VIH durante los últimos cuatro años y está luchando para superar el estigma con el que ha sido marcada.

“El tiempo que he pasado con Alma me ha convencido de que actualmente las personas que viven n con el virus del no tienen mucho que esperar sino la muerte. Son marginadas del trabajo, la comunidad ejerce ostracismo hacia ellas, se les teme debido a la ignorancia sobre la enfermedad y se les discrimina debido al estigma con el que son marcadas. Aunque Alma ha experimentado todas las cosas negativas asociadas con esta enfermedad mortal, de alguna manera está luchando para tratar de ser positiva en su vida diaria. Pero no sucede lo mismo con todas las personas que viven con VIH/SIDA.

La visita que le hice a Alma me ha permitido ubicar la verdadera cara del VIH/SIDA y ha cambiado la forma en que yo veía a las personas que viven con esta enfermedad. Gracias a Alma he profundizado mi compromiso para que el público esté más enterado y sensible, a través de todos los mecanismos de los medios de comunicación, de lado humano de las personas que viven con el virus.

El día que pasé con Alma fue una experiencia que marcó mi vida, y con su autorización, utilizaré extractos de nuestras discusiones en presentaciones públicas y talleres. Alma puede ser utilizada como ejemplo para educar corporativamente a la comunidad en el sentido de que las personas que viven con VIH son sujetas de empleo si se les da la oportunidad de ser ciudadanos productivos.

Yo grabé toda la conversación con Alma y también se hizo un video. Las entrevistas están siendo editadas para noticieros de radio y media hora de programas de televisión y radio. La información se ha transcrito y se incorporará con algunas estadísticas y otra información que se ha recibido para distribución nacional”

Pamela Philipose es la que habla

Una participante en el taller de la India, aportó una forma innovadora de combinar evidencia anecdótica con información empírica y vincularla con cuestiones macro y micro. Pamela Philipose del *Indian Express* ha ideado el “Pizarrón del SIDA” como un medio para mover la discusión sobre género, VIH/SIDA y derechos humanos en la India. Se anexan algunos de sus artículos.

La demografía de la enfermedad

The Indian Express, 21 Octubre 1999

Mientras que Africa al Sur del Sahara cuenta con dos tercios de las personas que viven con VIH/SIDA, un país, Senegal, han sido relativamente exitoso en su batalla contra la enfermedad.

Tanto la geografía como la historia han hecho de Senegal una especie de enigma. Ligado al desierto del Sahara por un lado y por el sur del Océano Atlántico por el otro, esta pequeñísima república fue colonizada durante 200 años por los franceses y sin embargo es profundamente islámica en sus creencias.

...Debido a que se sitúa al frente de la costa noroeste de Africa, -- lo más próximo de Africa al continente Americano -- Senegal ha sido el sitio de uno de los momentos más oscuros de la humanidad. Visitando la isla de Goree, que se extiende a tres kilómetros de la capital de Senegal, la ciudad puerto de Dakar, lo pueden conducir a la “maison des esclaves” o la casa de los esclavos. Esto es un monstruoso vestigio del comercio que sufrieron de 15 a 20 millones de esclavos africanos que fueron capturados y vendidos durante tres siglos. Se estima que durante este proceso murieron aproximadamente seis millones.

...Por fortuna en la actualidad este comercio de esclavos es solamente un recuerdo horrible, sin embargo, la modernidad ha traído consigo nuevas amenazas. Uno de los más grandes desafíos sociales y económicos que enfrenta actualmente Senegal, es el poder enfrentar la pandemia del VIH/SIDA, la cual se ha desarrollado en todo el continente africano. Aproximadamente dos tercios de las personas que viven con SIDA en el mundo están en los países al sur del Sahara.

La enfermedad ha hecho tremendos estragos en países como Uganda, donde comunidades enteras han sido borradas del mapa, donde una cuarta parte de los niños tienen al menos el padre o la madre o ambos, sacudidos por el SIDA. El campo se abandona a causa de la falta de trabajo adulto y las mujeres viejas son las que atienden a los numerosos niños y niñas que la enfermedad ha dejado huérfanos.

...Y no solamente Africa al sur del Sahara, Eunice Mafuabikwa, una activista de gran experiencia y escritora de Harare, Zimbabwe, señaló que es muy raro en su país encontrar una familia que no haya experimentado la muerte de alguno de sus miembros por causa del SIDA.

...Lo que más le impresiona de la situación, es el hecho de que a pesar de que Zimbabwe es un de los países que puede llegar a tener el mayor número de casos de SIDA en el continente africano, ha habido muy pocos cambios o prácticamente ninguno en la conducta social. “La actitud general pareciera ser de que “de todas maneras nos vamos a morir algún día”. Los hombres continúan sintiéndose orgullosos de su promiscuidad. Hay inclusive un dicho local que dice que “si a un toro se le conoce por sus cicatrices, así a un hombre se le conoce por las enfermedades de transmisión sexual que ha tenido.”!!!

...Por ello es alentador saber de este éxito conspicuo de Senegal, para enfrentar el espectro de la enfermedad mortal, tal como se reveló en el taller que se celebró en Dakar hace unos meses. El taller fue parte de un proyecto piloto de dos años que UNIFEM lleva a cabo con relación a las intervenciones con orientación de género en VIH/SSIDA, en seis países: Senegal, Zimbabwe, México, Bahamas, India y Vietnam.

Los intentos de Senegal para enfrentar el problema han sido cruciales – no solo para el continente africano, sino para todo el mundo, donde todavía hay muy poco conocimiento del impacto social de esta epidemia.

...De acuerdo con el Dr. Ibrahima Ndoye, coordinador del Programa Nacional de Senegal de VIH/SIDA, quien hizo la apertura del taller, el país que tenía una tasa de prevalencia de uno por ciento en 91-92, ahora tiene que enfrentarse a una tasa de prevalencia de 10 a 20 por ciento entre los grupos de alto riesgo. “Sin embargo, esta es una cifra baja si consideramos el hecho de que en muchos países de la región la cifra es de más de 50 por ciento”, dijo el Dr. Ndoye.

...Se consideró que la recolección de información es un insumo crucial con relación al VIH/SIDA. “Hemos incrementado el seguimiento de la enfermedad a través de encuestas científicas, médicas y epidemiológicas. Hoy día en Senegal, junto con Tailandia y Uganda, tienen bancos de datos extremadamente buenos, lo cual ayuda a proporcionar enfoques a los programas” señaló Ndoye.

...Junto con el banco de datos, también se ha tenido cuidado en la limpieza de los bancos de sangre. Mientras que en muchos países del sur del Sahara no existe la infraestructura de salud necesaria para garantizar sangre segura, en Senegal, se hacen por ley estrictos análisis de VIH a la sangre de los bancos.

...Resulta de interés el que se haya promovido que líderes espirituales se involucren en el programa nacional de control del SIDA. Como lo señala el Dr. Ndoye, “somos 95 por ciento de musulmanes y 5 por ciento de católicos y hemos involucrado a nuestros líderes religiosos en esta lucha. Ellos han ayudado particularmente en luchar contra el estigma que tradicionalmente se asocia a la enfermedad”.

...Pero mientras que los hombres de Dios predicán los valores de la abstinencia y la fidelidad, Ndoye mismo no se arriesga y asegura tajante: “Ellos predicán la abstinencia, nosotros predicamos el uso del condón.”

...El programa nacional de VIH/SIDA conscientemente trata de tener impacto en la juventud. De acuerdo con Ndoye, es crucial que en los próximos 10 años, los jóvenes entre 10 y 25 años en todas las naciones en desarrollo se sensibilicen frente a este problema.

...Senegal también ha llegado a la conclusión de que ningún problema de VIH/SIDA puede tener éxito sin que se involucre y empodere a las mujeres. A causa de la poligamia en esta sociedad, frecuentemente las mujeres no pueden negociar las relaciones sexuales.

...Aster Zaoude, la Directora Regional de UNIFEM en Senegal a la fecha de este taller, señaló que el marido juega un papel increíblemente poderoso en las relaciones sociales en este país. “Encontramos que el más grave problema parece ser que a pesar de que más mujeres se enteran de los problemas de la epidemia, ellas no saben como negociar sexo seguro”.

...Aquí es donde los recientes experimentos con el condón femenino, han agregado una nueva dimensión en la lucha contra el SIDA en Senegal. La Dra. Penda Ndiaye del Instituto de Higiene Social en Dakar, llevó a cabo un estudio con mujeres de la localidad, entre las cuales se incluían trabajadoras sexuales, sobre el uso del condón femenino. Se encontró que era muy bien aceptado, y además tenía gran demanda. De acuerdo con el estudio, el condón femenino parecía ayudar a las mujeres a ganar cierto control sobre su sexualidad en una sociedad que siempre las ha considerado compañeras pasivas del acto sexual.

...Cada vez más, los expertos están considerando el punto de vista de que el factor de riesgo más significativo para el VIH/SIDA no es la actividad sexual o el uso de drogas sino en gran medida el desamparo económico. En la medida que la infección se puede prevenir, las personas que pueden leer y tienen acceso a la información, pueden tomar precauciones. Dada la falta de independencia económica y sexual de las mujeres, son por ello más vulnerables a la infección.

...Madhu Bala Nath, Asesora de Género y VIH para UNIFEM, y la mujer que organizó el taller en Dakar, calculan que por el hecho que cada vez es mayor el número de mujeres afectadas

por VIH/SIDA, estiman que en la actualidad un 43 por ciento de los adultos que viven con SIDA son mujeres. Ningún énfasis será suficiente para insistir en la necesidad de incorporar la dimensión de género en la batalla contra la enfermedad.

...Dice Nath, “ por una parte, la campaña contra el SIDA no se ha orientado de manera suficiente hacia las mujeres, y por la otra, el movimiento de mujeres simplemente no ha enfrentado de manera adecuada las cuestiones de la sexualidad o percibido el VIH/SIDA como una cuestión de mujeres.”

El pizarrón del SIDA

- De acuerdo con ONUSIDA, de los 33.4 millones de personas que viven con SIDA en el mundo, 22.5 millones viven en Africa al sur del Sahara, cerca de la mitad son mujeres
- La esperanza de vida, en algunos de los países que han sido severamente afectados por la enfermedad, ha sido reducida en 10 años a causa de ésta.
- En Uganda, una cuarta parte de los niños y niñas vive en familias en donde al menos uno de los padres tiene SIDA
- Las situaciones de conflicto social, han incrementado la rapidez del contagio. En Ruanda antes de la guerra, solamente el 2 por ciento de la población estaba afectada por el VIH/SIDA. Ahora la cifra es de 30 por ciento.

De los dos mil millones que se asignan en todo el mundo para el VIH/SIDA, un extraordinario noventa por ciento se invierte en investigación y experimentos.

Complacencia Irracional, miedos irracionales

The Indian Express, 22 Octubre 1999

En la India, la epidemia de VIH/SIDA se esconde mucho porque la sociedad no está preparada para enfrentar la enfermedad

“Por favor, nada de VIH/SIDA, somos indios. Nosotros también queremos a nuestras esposas”. De alguna manera, la sociedad india parece haber internalizado el juicio de que mientras que los africanos son promiscuos, los indios no lo son. Por consiguiente, mientras que para los africanos el SIDA puede ser un problema serio, nosotros realmente no tenemos porqué preocuparnos.

...Sin embargo, la información internacional desmiente esta complacencia fácil. De acuerdo con la evidencia disponible, en el sur y el sudeste de Asia está el epicentro de la epidemia de VIH; se dice que la mayoría de las nuevas infecciones están ocurriendo en esta región. De hecho, el impacto de esta enfermedad sobre Asia podría ser peor de lo que ha sido en los países del sur del Sahara, porque parecería que se extiende a un ritmo mayor. Desde 1994, casi todos los países en la región han visto que durante este periodo sus tasas de prevalencia de VIH se han duplicado.

...Actualmente, se cree que alrededor de 6.4 millones están afectados por la enfermedad en una región donde el 60 por ciento de la población es sexualmente activa. Se estima que la India es particularmente vulnerable con alrededor de 3 a 5 millones de infecciones de VIH. La cifra oficial para el país al final de Julio de 1998, era de 78,904 infecciones de VIH y 6,386 casos de SIDA, pero las cifras actuales pueden ser mucho mayores.

...Madhu Bala, asesora de género y VIH de UNIFEM dice: “Estamos viendo a un país donde hay una alta prevalencia de la enfermedad en al menos cuatro regiones: el nordeste, Tamil Nadu, Maharashtra y Andhra Pradesh. Estamos viendo a un país donde un gran porcentaje de la población está en la categoría de activos(as) sexualmente”

...Nath critica también el punto de vista de que la India se debe concentrar en la lucha contra la malaria y la tuberculosis en vez del SIDA. “Estas distinciones no tienen sentido. El año pasado, 30 por ciento de casos de tuberculosis en el mundo estaban relacionados con SIDA”, dice Nath.

..Nath encuentra que las sociedades africanas son más pragmáticas en este sentido. “Mientras que nosotros asumimos que nuestros factores culturales y sociales pudieran prevenir que el SIDA adquiriera proporciones de pandemia, Africa toma medidas mucho más realistas con relación a este problema”.

...Esta es una actitud realista de la cual la India debe aprender. La terrible y brutal sacudida de muertes de SIDA durante los años ochenta y noventa, ha forzado a países como Uganda y Tanzania a instalar sistemas que podrían a largo plazo, verificar la acelerada expansión de la enfermedad. Los primeros signos de un regreso del VIH están apareciendo. Las tasas de prevalencia entre mujeres embarazadas en Uganda y en Tanzania, aquellas entre jóvenes han caído de 40 a 60 por ciento

...El cambio de actitudes sociales y de las políticas gubernamentales con relación al VIH/SIDA, en una cultura donde un estigma generalizado está asociado a esta epidemia, ciertamente es una empresa muy difícil. Pero de alguna manera, con el tiempo se empieza a entender en estos países que sin un marco de trabajo de derechos humanos con relación a la epidemia, no será posible desafiarla.

...La Red de Uganda sobre la ley, la ética y VIH/SIDA, inició la revisión de un proceso legal para salvaguardar los derechos humanos de las personas que viven en esta condición y recomendó las normas éticas deben gobernar la investigación biomédica y las pruebas de drogas y vacunas en el país. Se argumentó que las pruebas, asesoría y tratamiento para los afectados(as) de SIDA se deben hacer con mucha sensibilidad y profesionalismo.

De manera similar, el Comité Intersectorial de SIDA y Empleo de Zimbabwe presentó un código nacional sobre SIDA y seguridad, así como capacitación y beneficios de empleo para los afectados.

...En un marcado contraste, la India ha permanecido especialmente indiferente a tales preocupaciones. Tal como Anand Grover del Colectivo de Abogados observó en un artículo reciente: "El número de caos de exámenes obligatorios, el aislamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, las violaciones a la confidencialidad, la discriminación y el hostigamiento se incrementan de manera muy rápida en el país". Él argumenta que hay una necesidad urgente para una reforma de la ley, de nuevas leyes y de la capacitación en preocupaciones claves de abogados, activistas legales y paralegales. Tal como lo señaló, "En gran medida el gobierno de la India ha fallado en el desarrollo de un ambiente sensible y de apoyo legal para enfrentar la epidemia."

...Cada una de las personas afectadas con el VIH/SIDA, es literalmente conducida a ocultarse debido al estigma y la discriminación que enfrenta en su camino. En un estudio reciente que hizo Shalini Bharat del Instituto de Ciencias Sociales Tata, sobre "VIH/SIDA, discriminación estigmatización y negación" relata caso tras caso de pacientes que son sujetos a tratamientos que los afectados de lepra eran sujetos en los tiempos bíblicos.

...Bharat cita el caso en el no se permitió que el cadáver de un hombre que murió de SIDA fuera llevado a su pueblo cerca de Bangalore. A los pocos días la comunidad obligó a la viuda de este hombre a que saliera del pueblo, acusándola de ser portadora de SIDA.

...Pero no es solamente la zona rural de la India que muestra tan cruel comportamiento y tanta desinformación. De acuerdo a Bharat, el prejuicio y el estigma se manifiesta en todos los niveles de la sociedad. En los hospitales a los pacientes rutinariamente se les niega tratamiento y acceso a los servicios comunes como los baños. Inclusive cuando se mueren no se asignan recursos. A los cuerpos de los pacientes rutinariamente sólo se les cubre con una pieza de plástico.

...La situación en el lugar de trabajo no es mucho mejor. Los despidos sumarios y como norma, se les retiran los servicios de salud y de seguro. Dentro de la familia, las relaciones se rompen, a lo que sigue la desertión y la separación. Como lo apunta Bharat, el miedo al oprobio social, la culpa, y la desesperación, muchas veces evitan que las personas no busquen el acceso a la ayuda y al apoyo. Ella dice: "La discriminación, el estigma y la negación que se relacionan con el VIH/SIDA es perverso y extensivo, y afecta la voluntad de las personas para pelear y sobrevivir al SIDA". Esto, en turno, se traduce en una epidemia escondida y se suma a la propagación silenciosa del VIH/SIDA en el país.

...Mucha de la respuesta popular a la epidemia es un miedo irracional que se basa en una información inadecuada y la cultura del silencio sobre la sexualidad. En efecto, este miedo y este silencio es lo primero que se tiene que enfrentar en la India si se quiere derrotar el VIH/SIDA en el país.

...Tal como Nath dice, "nuestro enfoque ha sido más sobre la prevención más que sobre el cuidado. Si hacemos el cuidado nuestro punto de arranque, entonces tendremos personas sensibilizadas hacia la enfermedad. El cuidado es, en cualquiera de los casos, una cuestión esencial cuando se trata de enfrentar una enfermedad como esta, que está estrechamente vinculada a la conducta humana."

El pizarrón del SIDA

- De los 33.4 millones de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 6.4 viven en Asia. Desde 1994, casi todos los países de esta región han experimentado que las tasas de prevalencia del SIDA dupliquen.
- Una encuesta en Tamil Nadu, muestra que el 82 por ciento de hombres que están padeciendo ETS habían tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses con múltiples parejas, y solamente el 12 por ciento utilizó condón.
- Otro estudio en la India reveló que el 90 por ciento de los clientes masculinos de trabajadores sexuales hombres, eran casados.
- Maharashtra, Tamil Nadu y Manipur registran casi el 77 por ciento del total de infecciones de VIH en el país.
- Cerca del 75 por ciento de infecciones se contrajeron sexualmente, mientras que por sangre y productos de sangre, constituyeron el siete por ciento y por compartir jeringas también el siete por ciento.
- La diseminación de la enfermedad de las zonas urbanas a las zonas rurales está aumentando debido a la gran movilidad de la población. La relación urbana-rural era de 4a 1. En los últimos cinco años la proporción rural ha registrado un incremento en el norte de la India.

Empoderamiento a través de la construcción de capacidades

Con base en las experiencias de primera mano de las mujeres e el campo, se ha preparado una guía que sirva como recurso para las ONG, sobre cómo pueden empoderar a las mujeres para negociar sexo seguro. Esta guía está respaldada los grupos de mujeres de los países participantes y será compartida con las ONGs. El estudio de caso que se presenta, también se encuentra en la guía.

El proyecto SHIP en Sonagachi

El proyecto SHIP fue una intervención experimental de salud pública que se orientó hacia la transmisión de ETS/VIH entre las comunidades de Calcuta. Se estableció una clínica de ETS para trabajadoras sexuales en Sonagachi, con el fin de promover el control de las enfermedades y para la distribución del condón, todo bajo el entonces popular enfoque orientado hacia la prevención del VIH entre grupos que estuvieran particularmente en riesgo. Sin embargo, durante el desarrollo del proyecto, el enfoque se amplió considerablemente más allá del control de la enfermedad, con el fin de enfrentar preocupaciones estructurales de género, clase y sexualidad. Como antes se mencionó, Sonagachi es una comunidad donde las negociaciones son constantes, y fue quizás este aspecto de la vida que trajo la inspiración para trabajar en el control de VIH, enfrentando la sexualidad y las relaciones de poder de género.

La orientación sobre la participación de miembros de la comunidad para que trabajaran con sus “pares” se hizo para motivarlos a reflexionar sobre la ideología en la que se basa el proyecto. Al inicio del proyecto SHIP, se invitó a los miembros de la comunidad que eran trabajadoras sexuales a que actuaran como educadores, asistentes de la clínica, y trabajadores de las clínicas de ETS. Desde su inicio, SHIP ha pretendido construir la capacidad de las trabajadoras sexuales para cuestionar los estereotipos de la sociedad, y hacer consciencia sobre el poder, y quién lo tiene. Se buscó hacer esto de manera que sea tanto democrático como un desafío, pero que sin embargo no confronte.

La negociación consigo mismo

...El respeto y el reconocimiento que el proyecto acarreó a estos educadores “pares” transformaron sus vidas (Comunicación personal, Calcuta 1999). Desde el principio, el proyecto dejó ver muy claro a las trabajadoras sexuales que no se trataba de ninguna manera de adoptar un enfoque de “rehabilitación”. El proyecto no había sido pensado para “salvar mujeres que había caído” Las educadoras pares tenían un uniforme de abrigos verdes y tarjetas de identificación, lo cual les trajo reconocimiento social. Se organizaron series de actividades de capacitación con el fin de promover la confianza en sí mismas y el respeto por ellas en la comunidad. En el informe del proyecto hay comentarios de las educadoras pares. Una de ellas dijo: “El proyecto me permitió ver a la sociedad con confianza” (informe del comité por Durbar Mahila Samanwaya, 1998), y otra dijo: “este uniforme ha cambiado mi vida, mi identidad. Ahora puedo decirles a las otras que soy una trabajadora social, una trabajadora de salud”. (ibid.)

...Una vez que las trabajadoras sexuales vieron los resultados de las discusiones y las encuestas estadísticas, pudieron darse cuenta de su vulnerabilidad a los problemas estructurales, y aquellas que anteriormente se habían visto a sí mismas como “pecadoras” y “mujeres perdidas”, cambiaron sus perspectivas. En un grupo focal una de las educadoras pares dijo: “Para nosotras, el comercio también es un empleo. ¿Porqué el gobierno no lo quiere reconocer? ¿Quién dijo que somos mujeres perdidas?”

...Este despertar es una de las transformaciones más significativas que ha alcanzado el proyecto. Las trabajadoras sexuales de Calcuta han empezado a desafiar las nociones pasadas de moda de pecado y culpa, y están tratando de reconstruir su propia identidad. Esto quizás es el primer paso de las negociaciones en cuanto a las prácticas sexuales seguras – una negociación consigo mismas.

Negociación con pares

...Aunque el proyecto SHIP empezó bien, el empoderamiento de 65 educadoras pares no ha sido adecuado para proteger a las 5 000 trabajadoras sexuales que viven en Sonagachi junto con este abuso de sus derechos. ¿Cómo puede mantener el proyecto este enfoque en la promoción de prácticas de sexo seguro si esta amplísima cuestión de los derechos políticos no se ha enfrentado? De las negociaciones consigo mismas se movieron a un nivel nuevo: negociaciones con sus pares.

...Las educadoras pares empezaron su trabajo yendo de casa en casa en las áreas de la luz roja. Ellas iban equipadas con información sobre la prevención de ETS/VIH, SIDA, y de como tener acceso a cuidados médicos y de material que sugería diversas maneras de cuestionar a las estructuras de poder que promueven la violencia. El trabajo de casa por casa se llevaba tres horas cada mañana. Cada día, el grupo de educadoras pares (cuatro en cada grupo) contactaban entre 40 y 50 trabajadoras sexuales y entre 10 y 15 propietarios(as) de burdeles. Ellas animaban a las trabajadoras sexuales a que asistieran a la clínica para una revisión regular de salud; utilizaban rotafolios y trípticos para la diseminación efectiva de la información sobre ETS/VIH; también llevaban condones para distribuirlos entre las trabajadoras sexuales.

...En la medida que estas actividades se llevaban a cabo, el proyecto se hizo más conocido en la comunidad. A pesar de que había empezado con intervenciones dirigidas a prevenir la diseminación del VIH/SIDA, la utilización de una estrategia para promover el cambio de conducta había dejado claro a todos los involucrados que los principales obstáculos que se enfrentaban para que la aplicación fuera exitosa, no era solamente una cuestión de comportamiento. Estos tenían que ver con cómo se ve la sexualidad en la sociedad, la falta de aceptación social del trabajo sexual, las ambigüedades legales con relación al trabajo sexual. La comunidad reconoció cada vez más, que todos estos eran elementos que se tenían que confrontar y contra los que había que luchar para poderlos superar. El trabajo sexual es una ocupación, y no una condición moral. Y debido a que el trabajo sexual era una ocupación, los riesgos ocupacionales como ETS/VIH, la violencia la explotación sexual tienen que ser reconocidos como tal y tenían que ser superados.

Construyendo alianzas con los clientes

...En 1993, muy al principio de la vida del proyecto, las educadoras pares llevaron a cabo una encuesta con los “babus” (clientes regulares) (All India Institute of Hygiene and Public Health, 1997). La encuesta reveló que sólo el 51.5 por ciento de los clientes habían oído del VIH/SIDA, pero inclusive este grupo no estaba prevenido con relación al uso de condones. Solamente el 1.5 por ciento utilizaban condones y el 72.7 por ciento nunca había utilizado un condón. Después de la encuesta, se organizó una reunión con el fin de empezar a construir alianzas entre las trabajadoras sexuales y sus clientes regulares, con el fin de promover las prácticas de sexo seguro. Cerca de 300 clientes asistieron a esta reunión. Las discusiones que se iniciaron en esta reunión, llevaron a la apertura de clínicas nocturnas para los clientes en las cuales ellos podían recibir tratamiento gratis, asesoría y condones. Se organizaron programas sociales y culturales para introducir mensajes de sexo seguro y VIH/SIDA cuya meta eran los clientes. Actualmente, los clientes se han organizado juntos en un grupo que se llama “Sathi Sangha” (“Grupo de Amigos”). Este grupo apoya a las trabajadoras sexuales para motivar a los clientes nuevos a que utilicen condones y también apoyan a las trabajadoras sexuales en sus esfuerzos para eliminar la violencia sexual en esta área.

...El movimiento Sonagachi también ha intervenido exitosamente en detener el tráfico de infantes en el oeste de Bengal. Los comités auto regulados que se establecieron en 1999 son los mecanismos que ejecutan estas acciones. Una serie de infantes que fueron traficados han regresado a sus casas y de esta manera, la organización esta reduciendo vicio y violencia en un sector más amplio de la sociedad.

... Para 1996, la investigación de SHIP mostraba indicadores que eran diferentes (All India Institute of Hygiene and Public Health, 1997; DMSC 1998). El conocimiento de ETS en Somagachi mejoró de 69 por ciento en 1992 a 97.4 en 1996; el conocimiento de VIH/SIDA aumentó de 30.7 por ciento en 1992 a 96.2 por ciento en 1996. La utilización del condón fue de 2.7 por ciento en 1992 a 81.7 por ciento en 1996. Los niveles de prevalencia de VIH/SIDA llegaron a 5 por ciento, mientras que en otras zonas rojas del país se registraban cifras de 55 por ciento. De hecho, "The Telegraph", un periódico líder, calificó a Somagachi como el "Burdel más grande de Asia" que tenía una tasa de crecimiento negativa de VIH/SIDA (Telegraph, 18 de septiembre, 1995).

II. LECCIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PARTICIPANTES

Las respuestas y las evaluaciones de los participantes al final de la capacitación, señalaron los diferentes logros y las fallas de los talleres. Las respuestas se presentan agrupadas con relación a los objetivos del taller.

Objetivo I. Trabajando sobre el mejoramiento del conocimiento de las cuestiones de género en VIH y Desarrollo.

- Antes de asistir al taller, yo era de la opinión de que el VIH/SIDA era sólo una cuestión de salud y que si había algún impacto social era independiente del género. ¿Porqué hablar solamente de mujeres cuando eran los hombres los que estaban sufriendo? Mis impresiones han sido modificadas (Dakar, Senegal).
- “La reunión puso las cuestiones de VIH/SIDA en perspectiva. La herramienta para analizar las cuestiones de género en VIH/SIDA es excelente. Se puede utilizar al nivel político, de gestión y en la comunidad (Nairobi, Kenia).
- “El taller presentó claramente el impacto de la epidemia en hombres y mujeres, y con ello la necesidad de que las instituciones que se basen en el género sean más productivas (Nairobi, Kenia).
- “Lo que principalmente aprendí del taller, fue la necesidad y la urgencia para enfocar al SIDA desde la perspectiva de género (Nueva Delhi, India).
- “Veo que hay una plataforma construida para ver el problema de las mujeres y el VIH en una perspectiva de un sistema integrado y no solamente como un problema de salud. (Nueva Delhi, India)
- La cuestión del género y el VIH/SIDA se ha vuelto más clara para mí: es como un ciclo. Expresa el hecho de que las mujeres todavía son receptoras finales en esta cuestión. Las estadísticas son alarmantes. Se crea en mí el deseo de hacer más investigación y asegurar la diseminación de los resultados de las investigaciones que ya se hicieron. (Lagos, Nigeria).
- Tantas cosas que oímos y la información alarmante me ha tocado el corazón. Me siento que voy a responder más en todos los programas de movilización de la comunidad y en el campo de sensibilización en género (Nueva Delhi, India).

Objetivo II: entender las complejas dimensiones de los desafíos que plantea el VIH/SIDA dentro del marco de derechos humanos con una visión de género.

- “Me sensibilicé a la cuestión de género y derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, particularmente en lo que se relaciona a las mujeres “ (Nassau, Bahamas).
- Pude obtener mayores y más profundos conocimientos sobre el género y VIH/SIDA y derechos humanos desde una perspectiva global “(Dakar, Senegal).
- Este es el primer taller al que asisto que me ha dejado con motivación y energía sin límite para hacer mi parte en la sensibilización de las personas en Bahamas cerca del género, VIH/SIDA y derechos humanos” (Dakar, Senegal).
- “Ahora tengo claro en mi mente los aspectos de género. Ahora estoy preparada para saber que decir, a quien decírselo, cómo decírselo y porqué (Dakar, Senegal).

Objetivo III: identificar estrategias con las que se puedan enfrentar los desafíos del VIH/SIDA desde una perspectiva de género y de derechos humanos.

- “El taller ha servido como un punto de partida para enfrentar las realidades del VIH/SIDA. Como investigadora lo puedo ver y me doy cuenta que tengo que jugar un papel crítico en la ayuda a estas víctimas, en la sociedad en su conjunto y en particular a las mujeres”. (Lagos, Nigeria).

- “Hay una necesidad de intervenciones a partir de campañas agresivas, de la construcción de capacidades de todos los ciudadanos para evitar y prevenir esta enfermedad (Lagos, Nigeria).
- “Quiero que la Broadcasting Corporation de Bahamas juegue un papel fundamental en el proceso de ayuda para el cambio en la percepción sobre las personas que viven con VIH/SIDA”. (Nassau, Bahamas).
- “Me voy de aquí con mucho más energía y comprometida a continuar en la educación, la participación en redes y el crecimiento “. (Dakar, Senegal).
- “Muchas evidencias y alarmantes datos me han tocado el corazón. Me siento más responsable y comprometida para incluir la cuestión de las mujeres y el VIH en todos los programas de movilización de la comunidad (Nueva Delhi, India).
- Estoy mucho más inspirada para hacer más artículos y mejor informados sobre el género y el VIH/SIDA. (Dakar, Senegal).

Las siguientes fueron algunas sugerencias para mejorar el taller:

- “Buen taller, pero sentí que estaba por debajo de mis expectativas”: (Nueva Delhi, India).
- “Fue una pena que hubiera tan pocos hombres y gente del gobierno participando en el taller” (Nueva Delhi, India).
- “Solamente hizo falta que participaran más hombres.” (Harare, Zimbabwe).
- “Se necesita más tiempo para el taller. Hay necesidad de incluir a personas que viven con VIH/SIDA como participantes.” (Dakar, Senegal)
- “Me hubiera gustado tener más material de referencia para lectura”. (Dakar, Senegal).
- “¿Cómo vamos a lograr que los hombres participen de manera más activa en estas preocupaciones humanas? Todavía es muy difícil, y este asunto no se trató a profundidad en el taller. (Dakar, Senegal).

PREGUNTAS A INCLUIR EN LA FORMA DE EVALUACION:

1. ¿Qué pasó en el taller?
2. Las preocupaciones clave que se incluyeron en este taller fueron:
 - Un análisis de género de la prevalencia, las causas y las consecuencias del VIH/SIDA-
 - Una revisión de la construcción de la sexualidad con base en el género.
 - Un análisis del impacto del VIH/SIDA en el hogar.
 - Una discusión sobre el impacto de género de la epidemia en las economías nacionales.
 - Una reflexión sobre la vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

(Indique aquellas que fueron de más interés para usted y explique porqué son relevantes para su trabajo)
3. ¿Qué otras preocupaciones le hubieran gustado discutir en este taller?
4. ¿El taller contribuyó a la construcción de algunas capacidades?
5. ¿Cómo piensa que usted utilizará los resultados del taller?
6. ¿En qué aspectos del seguimiento de las actividades le gustaría participar?
7. ¿Cómo ha cambiado su conocimiento sobre la epidemia después de haber participado en este taller?
8. ¿Si se propusiera nuevamente un formato similar de capacitación, que cambios sugeriría?
9. ¿Cuál es el aspecto del taller que usted considera más apreciable y porqué?
10. Comentarios adicionales.