



ICASO
INTERNATIONAL COUNCIL OF
AIDS SERVICE ORGANIZATIONS



El Género, la Sexualidad, los Derechos y el VIH

Una perspectiva general para las organizaciones del sector comunitario



Tabla de Contenido

Resumen ejecutivo	2
1. Introducción	5
2. Los Factores Socio-Culturales	9
2.1 El Matrimonio	10
2.2 La Poligamia	10
2.3 El Matrimonio a Temprana Edad	11
2.4 Múltiples Parejas Sexuales	12
2.5 Las Prácticas Tradicionales y Culturales Dañinas	12
2.6 La Violencia Basada en el Género	13
2.7 El Estigma y los Tabúes	17
2.8 La Religión	19
2.9 Recomendaciones	20
3. Los Factores Económicos	21
3.1 La Pobreza	21
3.2 La Migración	22
3.3 La Falta de Acceso a Recursos Productivos	23
3.4 La Falta de Educación y de Entrenamiento	23
3.5 Recomendaciones	24
4. Los Factores Políticos	25
4.1 Las Leyes y Políticas	25
4.2 La Inestabilidad Política	28
4.3 Recomendaciones	29
5. Los Factores Relacionados Con el Acceso a los Programas y a los Servicios	30
5.1 La Consejería y las Pruebas Voluntarias (CPV)	31
5.2 Los Servicios y Herramientas de Prevención del VIH	32
5.3 El Tratamiento de la infección por VIH	34
5.4 Recomendaciones	36
6. Conclusiones y Recomendaciones Generales	37
7. Recursos Importantes	39

Agradecimientos

El Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO) agradece los comentarios de los miembros del Grupo Asesor Internacional:

- Shivananda Khan, Naz Foundation International
- Joe Mahase, ICASO
- Dawn O'Reilly, Forum for the Empowerment of Women
- Kevin Osborne, International Planned Parenthood Federation (IPPF)
- Mindy Roseman, Escuela de Derecho de Harvard

También agradecemos el apoyo financiero dado por el Gobierno de Canadá, a través de la Agencia Internacional Canadiense para el Desarrollo (CIDA), y por la Fundación Bill y Melinda Gates. Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente representan los puntos de vista de los donantes anteriormente mencionados o de los miembros del Grupo Asesor.

Gerente del Proyecto: Sumita Banerjee (ICASO)
Escritoras: Sumita Banerjee y Upasana Sharma
Editores: Kieran Daly (ICASO) y Tim Thomas

Derecho de Autor © 2007 por el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO)

Imágenes de la portada © Richard Lord y The Condom Project

La información contenida en esta publicación puede ser reproducida, publicada o utilizada libremente para propósitos sin fines de lucro. ICASO debe ser citado como la fuente de la información.

Resumen ejecutivo

El VIH/SIDA continúa siendo uno de los temas de desarrollo con mayores retos en la historia de la humanidad. En los primeros días de la epidemia, el VIH era visto como una enfermedad que afectaba principalmente a los hombres. Hoy en día, las mujeres representan casi la mitad de las 39.5 millones de personas que viven con VIH alrededor del mundo. De las 3.8 millones de nuevas infecciones por VIH que ocurrieron entre adultos mundialmente en el 2006, 50 por ciento fueron mujeres.¹ En el África Subsahariana, donde la transmisión del VIH es predominantemente heterosexual, casi el 60 por ciento de las personas infectadas son mujeres. El aumento dramático de la prevalencia del VIH entre mujeres es debido a la desigualdad de género y a las violaciones flagrantes de los derechos humanos.

El género determina el rol y el estatus de los hombres y de las mujeres de acuerdo con las definiciones culturales y el proceso de socialización que comienza en las primeras etapas de la infancia. Eso crea un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres y también determina su acceso desigual a recursos como información, educación, empleo y crédito.

La vulnerabilidad al VIH también está influenciada por la sexualidad. El estigma y la discriminación de ciertas orientaciones sexuales ocasionan su marginalización y exclusión de los servicios y programas básicos de salud. Eso lleva a esas personas a vivir en la clandestinidad, lo que aumenta tanto la dificultad para alcanzarlas con servicios e información de VIH, como su vulnerabilidad al VIH.

Es común que las determinantes del VIH relacionadas con el género y la sexualidad se omitan completamente, no sean consideradas por los encargados de la toma de decisiones y no se incorporen en los programas de VIH. Si no se enfrentan los temas de la desigualdad y las violaciones de los derechos humanos, los esfuerzos generales para detener la epidemia serán fútiles.

Este documento es un recurso para que las ONGs y OBCs conozcan más sobre como el género y la sexualidad determinan la vulnerabilidad al VIH. El documento también destaca importantes declaraciones y tratados de derechos humanos, así como contiene algunas recomendaciones fundamentales que pueden ser usadas por individuos y asociaciones para hacer incidencia política por sus derechos y para que los encargados de la toma de decisiones asuman su responsabilidad con tales compromisos. Este documento resume la bibliografía que examina los factores que contribuyen a la vulnerabilidad y el riesgo a la infección por el VIH de hombres, mujeres y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Aun cuando otras minorías sexuales, como las personas transgénero, son igualmente vulnerables al VIH, su situación está fuera del alcance de esta guía.



Imagen: Un hombre compra condones en una tienda "sari-sari", Manila Las Filipinas © Richard Lord

Hemos utilizado cuatro áreas temáticas para examinar las determinantes de la vulnerabilidad al VIH relacionadas con el género y la sexualidad: socio-cultural, económica, política y acceso a programas y servicios:

1. **Factores socio-culturales:** El género prescribe el estatus y roles específicos de hombres (masculinidad) y mujeres (feminidad) respectivamente. Las determinantes de lo que constituye la masculinidad y la feminidad están enraizadas profundamente en los contextos socio-culturales de cada comunidad y crean un desequilibrio de poder entre mujeres y hombres.

Las instituciones y costumbres de cada sociedad se encargan de hacer cumplir las normas y creencias sobre los roles tradicionales de los hombres y las mujeres, tales como el matrimonio, la poligamia, la mutilación genital femenina y otras. Eso determina hasta que punto los hombres y las mujeres pueden controlar los distintos aspectos de sus vidas sexuales como, por ejemplo, sus habilidades para negociar el momento de las relaciones sexuales, las condiciones de las relaciones sexuales y el uso del condón. Esa realidad juega un rol crítico en la determinación de sus respectivas vulnerabilidades al VIH. Por ejemplo, la feminidad muchas veces requiere que las mujeres sean pasivas en las interacciones sexuales e ignoren los temas de sexo, limitando así su acceso a información sobre los riesgos del sexo y/o su habilidad para negociar el uso del condón. La masculinidad, por otro lado, requiere que los hombres tomen riesgos sexuales y perdona el tener varias parejas, lo que, sin una prevención adecuada, aumenta su vulnerabilidad al VIH. El desequilibrio de poder entre los hombres y las mujeres da como resultado un acceso desigual a la información, recursos y servicios de VIH.

La vulnerabilidad al VIH también está influenciada por la sexualidad. Las minorías sexuales están compuestas por personas cuyas sexualidades y comportamientos y/o prácticas sexuales no se ajustan a lo que es considerado la norma social o socialmente aceptable. Eso incluye hombres gay, hombres bisexuales, lesbianas, mujeres bisexuales, personas transgénero y transexuales, entre otros. En muchas sociedades, esas poblaciones están altamente estigmatizadas y viven en entornos de marginalización, inequidad, discriminación, criminalización, opresión y violencia, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH.

2. **Los factores económicos** están vinculados de una manera crítica a la epidemia del VIH. El desproporcionado mayor índice de infección por el VIH entre mujeres, al compararlo con el de los hombres, es una expresión de la importante desigualdad socio-económica del estatus entre hombres y mujeres.² Algunos factores económicos como la pobreza, las migraciones, la globalización y el rápido crecimiento de las ciudades, tienen influencia en la vulnerabilidad a la infección del VIH con base al género. Por ejemplo, la pobreza podría llevar a individuos a comprometerse en relaciones sexuales poco seguras debido a que las necesidades materiales o monetarias podrían limitar su habilidad de negociar el uso del condón en esas interacciones. Las normas socio-culturales que obligan a las mujeres a depender económicamente de sus parejas masculinas también aumentan su vulnerabilidad al VIH.
3. **Los factores políticos** han jugado un rol importante en la creación de la vulnerabilidad al VIH desde los primeros días de la epidemia. En muchos casos, esos factores refuerzan e influyen las normas y tradiciones sociales, así como aumentan la desigualdad de género. Entre esos factores se incluyen las políticas y leyes gubernamentales, estrategias programáticas, y fuentes de financiación que apoyan y/o ignoran la discriminación, promocionan la desigualdad de género y penalizan ciertos comportamientos sexuales. Por ejemplo, los gobiernos que promueven agendas ideológicas por encima de estrategias basadas en las evidencias, incluyendo las restricciones en torno a la disponibilidad de los condones masculinos y femeninos, generan un efecto perjudicial en la epidemia y aumentan la vulnerabilidad al VIH.
4. **Acceso a los programas y servicios:** El género y la sexualidad también afectan el acceso a, y la interacción con, los servicios principales para la prevención, tratamiento y atención del VIH. Las

normas socio-culturales que definen las responsabilidades y roles masculinos y femeninos también afectan el acceso y uso de los servicios de salud por parte de los hombres y las mujeres. En culturas donde hay una preferencia por los hijos varones, las familias destinan recursos para la atención de la salud de los niños y hombres antes que de las niñas y mujeres. En muchas culturas patriarcales, las mujeres son confinadas a sus hogares y no pueden viajar a menos que estén acompañadas por un hombre de la familia. Muchas prácticas tradicionales también requieren que las mujeres reciban servicios de salud sólo de personal femenino y cuando sólo exista personal masculino, las pacientes no reciben los servicios.

Las barreras que los hombres enfrentan para usar los servicios están frecuentemente relacionadas con las normas socio-culturales que atribuyen las responsabilidades reproductivas totalmente a las mujeres e impiden que estos asuman funciones relacionadas con ser padres y la crianza.³ Por ejemplo, las clínicas de planificación familiar, prenatal y de cuidado de la salud de los/as niños/as no están diseñadas normalmente para alcanzar a los hombres o atender sus necesidades. Dado que en muchos países la información y servicios del VIH son dados sólo en esas clínicas, los hombres tienen menos probabilidades de estar informados sobre la prevención, atención, apoyo y opciones de tratamiento del VIH.⁴

El acceso a los servicios disponibles por parte de las minorías sexuales está limitado por muchos factores incluyendo la exclusión comunitaria y social, el estigma y la discriminación, y la violación de los derechos humanos. La expansión de las intervenciones con el fin de cubrir a los HSH es difícil debido a que muchas veces eso resaltaría su visibilidad lo que podría generar consecuencias en sus relaciones interpersonales y en su seguridad física (especialmente en contextos donde el sexo entre hombres es un tabú, está penalizado o se niega su existencia).⁵ Adicionalmente, el género y la sexualidad también determinan el nivel y la calidad de la atención, tratamiento y apoyo que las personas que viven con VIH reciben, así como las consecuencias sociales y económicas negativas que enfrentan.

Imagen: Jóvenes participando en un taller sobre sexualidad, El Salvador © Richard Lord



1. Introducción

La discriminación con base en los roles de género y sexualidad continúa penetrando las leyes y los derechos económicos y sociales. Esas desigualdades están presentes en el acceso y control de los recursos, en las oportunidades económicas, en el poder político y en los servicios de salud. Al mismo tiempo, las personas frecuentemente terminan siendo víctimas de violaciones de sus derechos humanos con base al género y la sexualidad (Ver Definición en la Caja 1).

El género y la sexualidad de una persona determinan hasta que punto él o ella será vulnerable al VIH, así como su habilidad para tener acceso a los servicios disponibles de prevención, tratamiento, atención y otros. La desigualdad de género también tiene influencia sobre hasta que punto una persona podrá hacerle frente económica y socialmente a la carga de vivir con el VIH y con otras enfermedades relacionadas con el VIH, atender a un familiar o superar las muertes de familiares.

Caja de Definición 1: Derechos Humanos, Género y Sexualidad

Los Derechos Humanos son garantías legales universales que protegen a los individuos y grupos en contra de acciones que interfieran con las libertades fundamentales y la dignidad humana. Los derechos humanos están garantizados por estándares internacionales y protegidos legalmente, por lo que no pueden ser renunciados o eliminados por las personas o gobiernos. Tanto los derechos humanos con la salud pública comparten la meta común de promover y proteger el bienestar de todos los individuos. Los derechos humanos son una herramienta poderosa de incidencia política para proteger los derechos de las minorías sexuales y de género, así como de otras comunidades marginadas.

El Género se refiere a los roles que los hombres y mujeres juegan y las relaciones que eso genera, las cuales son una consecuencia social y no una determinación biológica (Organización Panamericana de la Salud, 1997). El género prescribe un grupo de cualidades y comportamientos que la sociedad espera de una mujer u hombre. Los roles de género se aprenden y pueden estar afectados por una serie de factores como educativos o económicos. Los mismos varían inmensamente dentro y entre las distintas culturas. Los roles de género son determinados socialmente y pueden evolucionar con el tiempo.⁶

La Sexualidad es distinta al género aun cuando ambos conceptos se encuentran altamente vinculados. La sexualidad de un individuo está definida por aspectos relacionados a con quien tiene relaciones sexuales, de que manera, por que y bajo cuales circunstancias, así como con que tipo de consecuencias. “Es más que un comportamiento sexual, es un concepto multidimensional y dinámico”. Las reglas explícitas e implícitas impuestas por la sociedad, definidas por el género, edad, estatus económico, etnicidad y otros factores, influyen la sexualidad de la persona.⁷ En cada sociedad hay una multitud de sexualidades.

Las normas de género atribuyen distintos roles productivos y reproductivos a mujeres y hombres a través de las construcciones sociales de masculinidad y feminidad (roles y comportamientos “apropiados” para mujeres y hombres respectivamente) que varían de acuerdo a la clase, etnicidad, sexualidad y edad en cada sociedad⁸ (Ver Caja de Texto 1). “A pesar de la existencia de múltiples masculinidades y feminidades, la ideología dominante es la que influencia de mayor manera las actitudes y el comportamiento de las mujeres y los hombres”.⁹ Tradicionalmente, esto resulta en un balance desigual del poder a favor del hombre. La ideología dominante que favorece a los hombres también empeora el acceso desigual a los recursos claves, como ingresos, crédito, empleo, educación e información. La vulnerabilidad al VIH está influenciada por el dominio masculino, así como el VIH y el SIDA están tanto propulsados como arraigados por las desigualdades de género.

El poder es fundamental tanto para la sexualidad como para el género. La balanza desigual de poder en las relaciones de género, que favorece a los hombres, se traduce en un desequilibrio en las relaciones heterosexuales: en las que el placer del hombre reemplaza al placer de la mujer y en donde el hombre tiene un mayor control que la mujer sobre cuando, donde y como tiene relaciones sexuales.¹¹ Así mismo, las dinámicas de poder son críticas para entender la sexualidad. El poder afecta cualquier tipo de relación sexual (heterosexual, homosexual o transgénero) y determina como la sexualidad es expresada y vivida. El poder decide quien tiene la prioridad en el placer, así como cuándo, cómo y con quién se tienen relaciones sexuales.

Los asuntos de sexualidad son aún más complejos debido a las normas sociales de lo que es “correcto” o “incorrecto”, lo que puede traer como consecuencia el estigma, la discriminación y la penalización de ciertas sexualidades y lo que conlleva a la marginalización y al aislamiento. En muchas culturas, las normas de género socialmente determinadas indican que las relaciones sexuales son sólo entre un hombre y una mujer. Cualquier interacción sexual que no sea entre un hombre y una mujer es escudriñada cultural y socialmente, llevando a la discriminación y a la persecución de las minorías sexuales (Ver Caja de Ejemplo 1).

Caja de Texto 1: ¿Cómo se moldean los roles de género?

- Los roles de género son construidos social y culturalmente
- Los roles y relaciones de género se mantienen por la ideología (destacando las creencias sobre la manera como debe funcionar la sociedad.)
- El género implica relación. Por ejemplo, los roles y características del género no existen aisladamente sino que están definidos por la relación entre ellos
- Las relaciones y roles de género son desiguales y responden a jerarquías
- Las relaciones de género son institucionales debido a que conforman un sistema social que está basado en los valores, las reglas, las actividades rutinarias y la división de los recursos en todos los tipos de organización social, incluyendo familias/hogares, comunidades y organizaciones específicas, tales como los sistemas de atención de la salud.¹⁰



Imagen: Trabajadores sexuales 'Khote'/transgénero en una parada de camiones © The Condom Project

Caja de Ejemplo 1: Estigmatización de hombres afeminados

“En algunas culturas del Sur de Asia, las sexualidades hombre a hombre, hasta cierto punto, no encajan en el paradigma que contrapone heterosexual/homosexual y que es tan comúnmente utilizado como discurso para analizar los comportamientos entre un mismo sexo. Por el contrario, el patrón principal pareciera que fuera el de un marco de género con orientaciones específicas y roles de sexo. Ese marco refleja la creencia en la dualidad “hombre/no-hombre” donde el hombre se percibe a si mismo como el hombre típico de la sociedad masculina en general, y el “no hombre” se percibe a si mismo como un hombre afeminado y se auto-identifica como un “kothi.” Los hombres afeminados están altamente estigmatizados en la región y son víctimas de violencia y opresión”.¹²

Las minorías sexuales están compuestas por personas cuyas sexualidades y comportamientos y/o prácticas sexuales no coinciden con lo que es considerado como una normativa social o con lo que es aceptable socialmente. Las mismas incluyen, entre otros, a hombres gay, hombres bisexuales, lesbianas, mujeres bisexuales, personas transgénero y transexuales. En muchas sociedades, esas poblaciones están altamente estigmatizadas y existen en un entorno de marginalización, desigualdad, discriminación, criminalización, opresión y violencia que aumenta su vulnerabilidad al VIH.

El vocablo hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es un término de salud pública que surgió de las discusiones sobre el VIH/SIDA y la salud sexual. El mismo se refiere a un comportamiento y no a una identidad. Por lo tanto, los HSH podrían no identificarse ellos mismos como gay, homosexuales o bisexuales.¹³ En términos de salud pública, los HSH abarcan una cantidad de grupos que se yuxtaponen, entre los que se encuentran los hombres gay, los hombres bisexuales y hombres afeminados. En este documento, los HSH incluyen a todos los hombres que practican relaciones sexuales con otros hombres independientemente de como se identifiquen en términos de su orientación sexual.¹⁴ Entre las minorías sexuales, los HSH son uno de los grupos más vulnerables al VIH. Las diversas sexualidades incluidas en los HSH hacen que sea altamente complejo entender las vulnerabilidades asociadas con las poblaciones y sub-poblaciones dentro de esa categoría. El estigma social y la discriminación asociada con las relaciones sexuales entre hombres ocasionan que los HSH no sean sinceros acerca de su orientación sexual y los lleva al aislamiento. Eso hace que el acceso a los servicios de salud sea un reto tanto para ellos como para las actividades destinadas a alcanzarlos con información crucial sobre la prevención del VIH, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH.

El género y la sexualidad ponen a las mujeres, hombres y minorías sexuales en riesgo de contraer el VIH. La vulnerabilidad al VIH se genera de la reunión de una serie de factores biológicos, estructurales (socio-culturales, económicos y políticos) e infraestructurales (programas y servicios). “La vulnerabilidad se refiere a la probabilidad de estar expuesto a la infección del VIH debido a un número de factores o determinantes en el entorno, algunos de los cuales están más allá del control de la persona o grupo social en particular”.¹⁵

Biológicamente, las mujeres son más susceptibles a la infección del VIH que los hombres. La transmisión del VIH de los hombres a las mujeres es entre dos y cuatro veces más eficaz que de las mujeres a los hombres.¹⁶ Adicionalmente, la vagina ofrece un área mucosa más amplia que podría sufrir pequeñas heridas a través de las cuales el virus puede entrar al corriente sanguíneo.¹⁷ La presencia de infecciones de transmisión sexual (ITSs), que aumentan hasta diez veces el riesgo de la transmisión y adquisición del VIH, también incrementa la vulnerabilidad de las mujeres debido a que en su caso la mayoría de las ITSs no producen síntomas, lo que hace que el diagnóstico y tratamiento sea más difícil.¹⁸ Las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables a la infección del VIH, a través de las relaciones sexuales, debido a que la inmadurez de su tracto genital hace que sea más probable que sufran heridas durante la actividad sexual, aumentando el riesgo de infectarse con el VIH.¹⁹ De la misma manera, en las relaciones sexuales hombre a hombre o hombre a mujer hay un mayor riesgo de la infección del VIH durante el sexo anal con penetración debido a la posibilidad de ruptura y hemorragia de la membrana.

Adicionalmente, los factores de riesgo biológicos se complementan con los factores socio-culturales, económicos y políticos. Las desigualdades de género y sexuales también afectan el acceso a, e interacción con, los servicios de salud, incluyendo los de prevención, tratamiento y atención del VIH.

Estas determinantes de la vulnerabilidad al VIH, basadas en el género y la sexualidad, son examinadas en las siguientes secciones de este documento. Esta Guía ha sido estructurada en cuatro factores temáticos: socio-culturales (sección 2), económicos (sección 3), políticos (sección 4) y acceso a programas y servicios (sección 5). Cada sección contiene referencias a declaraciones y tratados de derechos humanos relevantes, así como recomendaciones que pueden ser usadas para la incidencia política por los derechos de las minorías de género y sexuales y para que los encargados de la toma de decisiones asuman la responsabilidad de sus compromisos. El documento finaliza con unas conclusiones y recomendaciones generales (sección 6) para asegurar que los programas y las políticas respondan adecuadamente a los asuntos relacionados con el género y la sexualidad con el fin de responder efectivamente a la pandemia del VIH.

Imagen: Una mujer en una clinica rural, Muranga, Kenia © Richard Lord



2. Los Factores Socio-Culturales



Imagen: Mujeres en una clínica rural de salud maternal, Thieste, Senegal © Richard Lord

El punto hasta el cual los hombres y las mujeres pueden controlar los distintos aspectos de sus vidas sexuales (p.e., su habilidad de negociar el momento y las condiciones de la relación sexual, así como el uso de condones), juega un papel crítico en la determinación de su vulnerabilidad a la infección del VIH.

El control que tienen las personas sobre sus propias vidas y alternativas sexuales está, al mismo tiempo, afectado por las normas y valores basados en el género que definen la masculinidad y feminidad. Esas normas y valores de género, culturalmente definidos, evolucionan a través del proceso de socialización que comienza en las primeras etapas de la infancia. Los mismos están determinados y se fortalecen a través de prácticas tradicionales como el intercambio de esposas, rituales relacionados con la viudez, matrimonios a muy temprana edad, mutilación genital femenina y la justificación de la violencia con base en el género. Esas prácticas, valores y tradiciones culturales tienen una fuerte influencia en los aspectos visibles de los comportamientos individuales y son determinantes importantes de la vulnerabilidad de las mujeres y hombres en relación con el VIH.

El riesgo individual de contraer el VIH está determinado por una cantidad de factores sociales y culturales que moldean las percepciones, actitudes y comportamientos relacionados con el género y la sexualidad. Las normas de género están arraigadas profundamente en el contexto socio-cultural de cada sociedad. Las instituciones y tradiciones de cada sociedad son las encargadas de hacer cumplir estas normas. Las normas socio-culturales crean las nociones de masculinidad y feminidad que a su vez generan relaciones de poder desequilibradas entre los hombres y las mujeres.²⁰ Ese desequilibrio de poder impacta el acceso de las mujeres y de los hombres a los principales recursos, información y relaciones sexuales. El mismo reduce la autonomía sexual de la mujer y expande la libertad sexual y control del hombre sobre su sexualidad. Eso da como resultado distintas vulnerabilidades a la infección del VIH tal como se describe más adelante.

El rol de género prescrito para la mujer, o ‘feminidad’, demanda un papel sumiso, pasividad en las relaciones sexuales e ignorancia acerca del sexo. El mismo también impide que las mujeres busquen y reciban información relacionada con la prevención del VIH.²¹ En algunas culturas la maternidad es un aspecto fundamental de la feminidad, por lo que el uso de anticonceptivos, así como de otros métodos que sirven para evitar el embarazo, implica un problema y un reto casi imposible de remontar para las mujeres y hombres que quieren balancear sus deseos de tener hijos con la prevención del VIH. En culturas donde la virginidad tiene un alto valor, las mujeres jóvenes buscan preservarla al practicar comportamientos sexuales alternativos, como el sexo anal, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH. En culturas donde las mujeres son acostumbradas socialmente a complacer a los hombres y a respetar su autoridad, particularmente en las relaciones sexuales, estas muchas veces tienen comportamientos sexuales de alto riesgo como el de la ducha

vaginal (un proceso para limpiar o enjuagar la vagina al aplicar agua u otro líquido en la cavidad vaginal con el fin de eliminar cualquier producto u otro contenido) debido a que piensan que eso hará que el sexo sea más placentero para sus parejas masculinas.²²

La “masculinidad” requiere que los hombres sean dominantes y tengan más experiencia y conocimientos sobre el sexo. Esa suposición pone a muchos hombres jóvenes en riesgo de la infección del VIH debido a que impide que ellos busquen información y admitan su falta de conocimiento sobre el sexo y los métodos de protección.²³ Esas normas también promueven la promiscuidad y fortalecen los comportamientos de mayor riesgo. En muchas sociedades los hombres son acostumbrados socialmente a tener confianza, esconder sus emociones y no buscar ayuda en momentos de necesidad o estrés. Esa expectativa de invulnerabilidad asociada con la masculinidad choca contra la teoría que el hombre debe protegerse a sí mismo de las infecciones potenciales, así como fomenta la negación de riesgo.²⁴

Las nociones de masculinidad que enfatizan la dominación sexual sobre las mujeres u hombres afeminados, como una característica definida del ser hombre, contribuye a la homofobia y a la estigmatización de los HSH. El estigma y el miedo obligan a los HSH a esconder sus comportamientos sexuales y a no aceptar los riesgos respectivos, aumentando de esa manera su propio riesgo y el de sus parejas, femeninas y masculinas.²⁵

Varias tradiciones sociales y culturales fortalecen la vulnerabilidad al VIH. Estas son examinadas en el contexto de las siguientes prácticas e instituciones:

2.1 El Matrimonio

La desigualdad de género en las relaciones maritales, especialmente en la toma de decisiones sexuales, aumenta la vulnerabilidad a la transmisión del VIH. La tendencia de los datos sobre las nuevas infecciones por el VIH sugiere que la incidencia del VIH está aumentando entre mujeres y niñas casadas alrededor del mundo, siendo las relaciones heterosexuales sin protección y poco seguras el factor más importante en la transmisión del VIH entre ellas.²⁶ El matrimonio, que aumenta la exposición sexual de las mujeres, se ha convertido en un factor de riesgo para las mujeres y las niñas en muchos países. El aumento dramático de la frecuencia del sexo sin protección luego del matrimonio está impulsado por las implicaciones de infidelidad, o falta de confianza, asociadas con ciertas formas de anticonceptivos como los condones, así como por el gran deseo de tener hijos y el desequilibrio de poder en las relaciones de género. Esos factores generan el aumento de la inhabilidad de las mujeres de negociar sexo más seguro.²⁷ A pesar de estar en conocimiento de las relaciones sexuales extra-maritales de sus esposos, las mujeres muchas veces no pueden protegerse debido al desequilibrio de poder dentro de las relaciones creado por la dependencia emocional y económica.

2.2 La Poligamia

La práctica tradicional de la poligamia, que está permitida legalmente en algunas partes del mundo, permite a los hombres tener más de una esposa. Eso sucede a pesar que los instrumentos de derechos humanos definen la igualdad en la vida matrimonial y familiar a través de un marco de derechos y responsabilidades igualitarios, algo que es violado en las uniones poligámicas debido a que las esposas tienen de hecho menos derechos matrimoniales y sus maridos menos responsabilidades.²⁹ (Ver Caja de Derechos 1).

La poligamia crea redes sexuales concurrentes dentro del matrimonio entre varias esposas y su marido, adicionalmente a cualquier contacto sexual extra-marital que éste pueda tener.³¹ La transmisión sexual directa del VIH puede ocurrir en esas redes sexuales concurrentes cuando el virus ha sido introducido a través de los contactos sexuales extramaritales del marido o cuando una nueva esposa que ya vive con VIH entra en la unión poligámica.

El reconocimiento formal de las uniones poligámicas en varios países fortalece la noción patriarcal que las mujeres deben aceptar pasivamente la toma de decisiones sexuales de sus parejas. El mismo amplía el alcance de la libertad sexual masculina.³² Además de fortalecer el patriarcado, algunos estudios han indicado que la naturaleza típica discordante (relaciones que están caracterizadas por fric-

ciones y desacuerdos) de las relaciones entre las esposas en la poligamia, y entre el esposo y sus esposas, también agravan la violencia doméstica.³³ Estas fuertes nociones patriarcales aumentan la transmisión del VIH ya que socavan la habilidad de las mujeres de negociar el uso del condón, de insistir en la fidelidad de la pareja y de abandonar relaciones sexuales de alto riesgo. La negociación de prácticas sexuales más seguras y la insistencia en la fidelidad de la pareja se complican aún más en hogares poligámicos dado a que muchas esposas dependen de un marido para la supervivencia material. La privación económica y la falta de atención emocional asociada con la poligamia pueden llevar a las mujeres a tener relaciones sexuales extramaritales.³⁴

CAJA DE DERECHOS 1: INSTRUMENTOS DE DERECHOS HUMANOS QUE APOYAN LA IGUALDAD EN EL MATRIMONIO.

Artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): “Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, [...] tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión.... [a disfrutar] de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.”

Artículo 23 (4) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966): “Los Estados [...] tomarán las medidas apropiadas para asegurar la igualdad de derechos y de responsabilidades de ambos esposos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del mismo [...].”

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, La poligamia infringe el derecho de la mujer a la igualdad con el hombre y puede tener consecuencias emocionales y económicas, tan graves para ella, al igual que para sus familiares a cargo, que debe desalentarse y prohibirse.³⁰ Recomendación general 21 (sobre la igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares) (1994). “[...] La poligamia prohibirse.[...]” (Párrafo 14).

2.3 El Matrimonio a Temprana Edad

La mayoría de las jóvenes sexualmente activas, entre 15 y 19 años, en países en desarrollo están casadas.³⁵ El matrimonio infantil (matrimonio antes de los 18 años) sigue siendo un hecho en el Sur de Asia, partes de Latinoamérica y en muchos países del África Subsahariana.³⁶ Ochenta y dos por ciento de las niñas en Níger, setenta y cinco por ciento en Bangladesh, sesenta y tres por ciento en Nepal, cincuenta y siete por ciento en India y cincuenta por ciento en Uganda, se casan antes de los 18 años.³⁷ Si la tendencia actual continúa, más de 100 millones de niñas alrededor del mundo contraerán matrimonio antes de los 18 años en la próxima década.³⁸

El matrimonio a muy temprana edad aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes al VIH ya que estas, probablemente, se verán forzadas a tener relaciones sexuales con sus esposos (generalmente mucho mayores). Las jóvenes tienen membranas vaginales más delicadas y sensibles que son más propensas a desgarrarse, especialmente en situaciones forzadas, lo que las hace susceptible al VIH y otras ITSs. Los esposos de mayor edad tienen más probabilidades de tener experiencia sexual y estar infectados con el VIH. El aumento dramático de la exposición de las jóvenes casadas al sexo sin protección está impulsado por la presión a tener hijos y por su inhabilidad de negociar sexo más seguro. La brecha significativa de edad entre los esposos también intensifica el desequilibrio de poder entre ellos, lo que desalienta, a su vez, la comunicación abierta requerida para: la utilización de los servicios de consejería y prueba voluntaria del VIH; compartir los resultados de las pruebas; y, la planificación de relaciones sexuales más seguras a lo largo del matrimonio.³⁹

El matrimonio a muy temprana edad también retrasa el desarrollo socio-económico de las jóvenes y trae como resultado su aislamiento social, lo que ha sido frecuentemente identificado como un factor que predispone el riesgo al VIH. Eso se debe a que limita los contactos y las redes sociales, aspectos que juegan un papel importante en la transmisión de la información de prevención del VIH y en el apoyo de los cambios de comportamiento.⁴¹ Las niñas que se casan a muy temprana edad también dejan de asistir a las escuelas por lo que tienen pocas opciones educativas, un control limitado sobre los recursos y poco, o ningún, poder en sus nuevos hogares.

“Odio el matrimonio a tan temprana edad. Yo me casé muy joven y mi familia política me forzó a tener relaciones sexuales con mi esposo y él me hizo sufrir toda la noche. Luego de esa experiencia, cada vez que llega la noche me preocupo pensando que se repetirá esa situación. Eso es lo que más odio.”⁴⁰

El matrimonio de niños/as debe ser visto en el contexto de fuerza y coerción, que incluye presión y chantaje emocional ya que los/las niños/as no tienen la opción o la capacidad de dar un consentimiento pleno.⁴² El matrimonio de niños/as es un abuso de los derechos humanos ya que viola el derecho a la libertad y al crecimiento de los/las niños/as (Ver Caja de Derechos 2). La desigualdad de género es tanto una causa como una consecuencia del matrimonio de niños/as.⁴³

< Niña de 11 años de Amhara, Etiopía, casada a los 5 años, la primera vez que tuvo relaciones sexuales fue a los 9 años.

CAJA DE DERECHOS 2: MATRIMONIOS A MUY TEMPRANA EDAD COMO UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

El Artículo 16 (2) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece que no tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y que se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio y hacer obligatoria la inscripción del matrimonio en un registro oficial. En sus recomendaciones de 1994, la Convención considera que la edad mínima para el matrimonio debería ser 18 años.

2.4 Múltiples Parejas Sexuales

La desigualdad de género y el patriarcado (estructuras sociales en las que los hombres asumen la responsabilidad principal y dominan sus hogares) fomentan que los hombres tengan múltiples parejas sexuales dentro y fuera del matrimonio, mientras que las mujeres deben ser fieles y monogámicas. Esas prácticas y normas socio-culturales hacen que los hombres y sus parejas sean especialmente vulnerables al VIH. En un estudio en Zimbabue, uno de cada ocho hombres casados dijo que había tenido sexo casual (más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores) pero sólo una de cien mujeres admitió que había tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio.⁴⁴ En esas circunstancias, el matrimonio pone a las mujeres en un mayor riesgo de contraer el VIH en vez de protegerlas.

En muchos países, los HSH también tienen sexo con mujeres. En un estudio sobre HSH en el Sur de Asia, el 39 por ciento de los hombres casados que respondieron indicaron que sus esposas sabían que ellos tenían relaciones sexuales con otros hombres, pero alegaron que lo aceptaban o eran incapaces de hacer algo debido a que el divorcio tiene un estigma alto para las mujeres y normalmente conlleva a su exclusión social.⁴⁵ Adicionalmente, la masculinidad demanda que los hombres asuman riesgos. Eso, unido a la falta de información sobre el VIH y a la negativa de usar condones, pone a los hombres y sus parejas masculinas y femeninas en peligro de contraer el VIH. En ese contexto, el riesgo de las múltiples parejas sexuales consiste en el hecho que si una persona en el “círculo” se infecta con el VIH, existe una alta probabilidad que todas las demás personas involucradas se infecten.⁴⁶

2.5 Las Prácticas Tradicionales y Culturales Dañinas

Las prácticas culturales dañinas como los rituales relacionados con la viudez, la limpieza vaginal y la mutilación genital femenina (MGF) (Ver Caja de Ejemplo 2) aumentan el riesgo de la transmisión del VIH.

Esas prácticas están muchas veces justificadas en nombre de las tradiciones y valores culturales. No hay dudas que las tradiciones y valores culturales son importantes para las identidades comunitarias, pero es fundamental darse cuenta que no pueden mantenerse a expensas del derecho a la salud de las personas.⁴⁷

Caja de Ejemplo 2: Mutilación Genital Femenina

Entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas han sufrido operaciones para mutilar una parte de sus genitales externos, sufriendo daños permanentes e irreversibles a su salud.⁴⁸ Cada año, dos millones de niñas son sujetas a la mutilación, lo que las comunidades tradicionales llaman “circuncisión femenina” y la comunidad internacional denomina “mutilación genital femenina” (MGF) o “corte genital femenino” (CGF). De acuerdo con la OMS, la MGF/CGF abarca todos los procedimientos que involucren remover parcial o totalmente los genitales externos o dañar los órganos sexuales femeninos.⁴⁹ Eso podría ser por razones culturales, religiosas o por otros motivos no terapéuticos. La MGF es practicada en un gran número de países y culturas.

La MGF/CGF pone a las niñas y mujeres en un riesgo mayor de infectarse con el VIH por distintas vías. Primero, el uso de instrumentos no esterilizados, como hojillas o cuchillos, para realizar el procedimiento en una gran cantidad de niñas hace que exista el riesgo de transmitir el virus de una niña a la otra.⁵⁰ Segundo, la MGF causa que los genitales femeninos sean más propensos a desgarrarse durante las relaciones sexuales. En los casos de coser la entrada de la vagina, la penetración conlleva a la hemorragia sanguínea, lo que hace que sea más probable la transmisión sexual del virus de una pareja que viva con VIH.⁵¹ Tercero, las dificultades en el coito podrían hacer que las mujeres sean menos propensas de aceptar los avances de sus parejas, lo que puede ocasionar una reacción más violenta al sexo por parte del hombre o la realización de prácticas sexuales (como el sexo anal sin protección) que podría colocarlas en un mayor riesgo de infectarse con el VIH.⁵² La perpetuación de esa práctica es un claro ejemplo de la discriminación con base en el género y una violación del derecho a la salud.

2.6 La Violencia Basada en el Género

La violencia basada en el género se ha convertido en algo común en todas las sociedades. Los actos de violencia aumentan la vulnerabilidad al VIH, especialmente la de mujeres y grupos marginados como los HSH. La violencia tiene muchas facetas. En los hogares eso puede incluir abusos físicos por parte de la pareja, violación marital, violencia relacionada con la dote y abuso sexual. La violencia fuera del hogar puede incluir violación, abuso sexual, acoso sexual y ataques físicos. La violencia en contra de los HSH en muchas sociedades está generalmente dirigida a los HSH afeminados, aquellos que son normalmente las parejas “receptoras” sexuales, más no a las parejas “penetrantes”.

Distintas normas sociales, culturales y religiosas producen y fortalecen la desigualdad de género y los estereotipos de roles de géneros que apuntalan la violencia basada en el mismo. Esto es un factor clave en el aumento del riesgo de contraer el VIH. Para millones de mujeres, la experiencia de, o el miedo a, la violencia es una realidad diaria y, cada vez más, también lo es el VIH/SIDA.⁵³ Algunos estudios en distintos países han indicado que el riesgo de contraer VIH entre las mujeres que han vivido alguna experiencia de violencia, en comparación con las que no, se aumenta hasta tres veces.⁵⁴ La violencia con base en el género es una violación de los derechos humanos y está identificada como tal en los tratados internacionales de derechos humanos (Ver Caja de Derechos 3).

La violencia aumenta la vulnerabilidad a la infección del VIH de distintas maneras. La violencia sexual puede dar como resultado la “transmisión directa” del VIH ya sea por relaciones sexuales forzadas o violentas con una pareja infectada con el VIH. El riesgo biológico de la transmisión en un encuentro con violencia sexual está determinado por el tipo de exposición sexual (vaginal, anal u oral). La transmisión del VIH es mayor en las relaciones sexuales anales, seguida por las vaginales y luego por las orales.⁵⁸ El riesgo de la transmisión directa en los encuentros sexuales forzados o violentos también depende del trauma causado, como heridas vaginales o anales, que ocurre cuando se usa la violencia. Por ejemplo, cuando la violencia sexual ocurre en niñas y mujeres jóvenes, el riesgo de la transmisión es mayor debido a que sus tractos vaginales son inmaduros y sufren fácilmente heridas durante la penetración. La violencia sexual también puede dar como resultado la “transmisión indirecta” del VIH entre mujeres

y hombres: la violencia o amenaza de violencia afecta el poder de las personas y su habilidad de negociar las condiciones de las relaciones sexuales, especialmente el uso del condón.⁵⁹

En un estudio en Sudáfrica se encontró que las mujeres que habían experimentado sexo forzado tenían hasta 6 veces más probabilidades de usar condones inconsistentemente en comparación con aquellas que no habían sufrido actos violentos. Ese estudio, a su vez, dio como resultado que las mujeres que usaban condones inconsistentemente tenían 1.6 veces más probabilidades de infectarse con el VIH que aquellas que usaban condones consistentemente.⁶⁰

CAJA DE DERECHOS 3: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer: La Recomendación General 19 establece que la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer es discriminatoria porque es dirigida a la mujer porque es mujer y la afecta en forma desproporcionada (Párrafo 6).⁵⁵

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/45 sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: “La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos y libertades fundamentales de la mujer [...]”⁵⁶ “La violencia contra la mujer y la niña, en particular la violación, la mutilación genital, el incesto, el matrimonio precoz y forzado, y la violencia relacionada con la explotación sexual comercial, incluida la trata, y la explotación económica, así como otras formas de violencia sexual, pueden aumentar su vulnerabilidad al virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y agravar las condiciones que favorecen la propagación del VIH/SIDA.”⁵⁷

“Mi esposo odiaba usar condones. Él nunca lo permitió. Él me pegaba cuando yo no quería tener relaciones sexuales... Me decía ‘Si estamos casados, ¿por qué debemos usar condones?’...La esposa tiene la obligación de tener relaciones sexuales con su esposo porque esa es la razón principal por la que están juntos. Él no me escucho. Yo traté de insistir que usáramos condones pero él se negó. Al final me rendí porque realmente le tenía mucho miedo [a él].”⁶¹

- Mujer de Uganda en un Informe de Human Rights Watch

La violencia también está asociada directa e indirectamente con el aumento de la vulnerabilidad de los hombres al VIH. Muchos estudios destacan que el uso de la violencia por parte de los hombres está relacionado con los riesgos sexuales que asumen.⁶² Un estudio indicó que en India los hombres que tenían sexo extramarital tenían 6.2 veces más probabilidades de abusar de sus esposas en comparación con aquellos que se mantenían fieles. Al mismo tiempo, aquellos que reportaron síntomas de ITS tenían 2.4 veces más posibilidades de abusar de sus esposas que los que no.⁶³ La violencia o miedo a la violencia también son considerados como una barrera que impide que las mujeres se realicen la prueba del VIH, y para aquellas que se la hagan es una barrera que impide la revelación del estatus de VIH a su pareja masculina.⁶⁴ Por ejemplo, más de la mitad de las mujeres encuestadas en Kenya que sabían que vivían con VIH dijeron que ellas no habían revelado su estatus a sus parejas por el miedo a la violencia o abandono.⁶⁵ Muchas organizaciones comunitarias están trabajando en esa área para lograr una mayor sensibilización (Ver Caja de Ejemplo 3).

Caja de Ejemplo 3: Violencia basada en el género

El Grupo de Hombres en contra de la Violencia (GHCV) fue fundado en Nicaragua en julio de 1993 y originalmente comenzó educando al personal masculino de las ONGs participantes en temas de género y violencia. Luego organizaron talleres, cursos sobre masculinidad y actividades de apoyo para hombres en varias comunidades. En 1998, el GHCV condujo siete grupos juveniles en Managua, la capital, liderados por adultos que habían hecho el entrenamiento. Los participantes jóvenes masculinos fueron entusiastas y sugirieron sus propios temas para la discusión, como la influencia de las drogas y el licor en sus comportamientos sexuales. A finales de 1997, se condujo una evaluación de impacto con una de las ONGs que participó en los cursos. Esta indicó ciertos cambios en las normas de género entre los hombres adultos que fueron importantes para educar a sus homólogos adolescentes.⁶⁶

En casi todos los países, la violencia también es utilizada en contra de las minorías sexuales, como las personas transgénero, lesbianas, hombres gay y otros HSH. La violencia contra las mujeres y hombres homosexuales es particularmente alta en países donde las leyes prohíben las relaciones sexuales entre el mismo sexo. En esas circunstancias la violencia toma muchas formas como altos niveles de abusos y violación. El entorno social, legal y judicial en esos países tiene un impacto negativo en las intervenciones de salud sexual. En dichos países hasta el personal de las ONGs de HSH son víctimas de los organismos encargados de la aplicación de tales leyes. Un estudio sobre HSH en Kenya resaltó que había menos probabilidades que los HSH víctimas de violencia física, verbal o de cualquier otro tipo usaran condón en el coito anal receptivo, tuvieran relaciones sexuales anales (penetrativas) con protección o utilizaran condones. Eso indica que los HSH cuyas vidas están caracterizadas por violencia tienen menos poder de negociar el uso del condón.⁶⁷

Los hombres afeminados que no se perciben (así mismos o por otros) como “hombres” dentro de los HSH tienen un doble estigma debido a que a pesar que biológicamente son hombres, ellos expresan una identidad y prácticas sexuales femeninas, p.e., son penetrados.⁶⁸ Su feminización fortalece el estigma que causa su exclusión, acoso, violencia y violación. Los hombres afeminados enfrentan niveles de violencia similares a las mujeres debido a las percepciones sociales de masculinidad y feminidad.⁶⁹

Eso causa el desempoderamiento de los hombres afeminados y aumenta la vulnerabilidad al VIH de los HSH debido a que la violencia y la violación de los derechos humanos obstruyen el logro de la justicia social. Tal realidad crea un entorno de miedo donde la implementación de programas sostenidos de reducción del riesgo del VIH es algo muy difícil, si no imposible.⁷⁰ (Ver Caja de Ejemplo 4)

Caja de Ejemplo 4: Homofobia en Jamaica

“En Jamaica, la homofobia y la discriminación, apoyada por el Estado, en contra de hombres y mujeres homosexuales.....y la asociación del VIH/SIDA con la homosexualidad...están debilitando la respuesta efectiva al VIH/SIDA. La policía no sólo acosa y persigue a las personas sospechosas de conductas homosexuales, sino también interfiere en las actividades de VIH/SIDA dirigidas a alcanzarlas. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas que viven con VIH/SIDA enfrentan altos índices de violencia y son muchas veces obligados a abandonar sus hogares y comunidades. A muchos de ellos se les ha negado la atención a la salud. Asimismo, las experiencias previas de discriminación, unidas al miedo que genera que se revele o publique su estatus de VIH u orientación sexual, les impiden tomar la iniciativa de buscar la atención a su salud.”⁷¹

– Informe de Human Rights Watch

“La policía siempre me acosa....ellos te detienen y si te escuchan un tono afeminando te hacen preguntas personales como si uno lo hace arriba o abajo y cosas como esas...La última vez que me ocurrió algo así, dos policías se me acercaron y me dijeron “Battymen debe[n] morir. Ustedes deben irse debajo de la tierra. Ustedes no deben vivir en Jamaica.”....Algunos policías dicen que mi comportamiento no es legal por lo que debería contenerlo. Pero la mayoría de ellos una vez te escuchan cierto tono afeminado comienzan a [abusarte verbalmente] lo que hace reunir a una muchedumbre.”⁷²

– Un hombre gay en Jamaica, Informe de Human Rights Watch

2.7 El Estigma y los Tabúes

El estigma y los tabúes culturales (prohibiciones sociales), especialmente los relacionados con el sexo y las actividades sexuales, aumentan la vulnerabilidad al VIH de los hombres y de las mujeres. Los tabúes asociados con el sexo y con el conocimiento sobre el sexo actúan como barreras que impiden tanto adquirir información sobre la prevención del VIH, como proveer el tratamiento, atención y apoyo que necesitan aquellos infectados y afectados por el VIH.

El estigma relacionado con el VIH (Ver Caja de Definición 2) es activado por muchas fuerzas, como la falta de entendimiento sobre el VIH; los mitos de como se transmite; los prejuicios; la falta de tratamiento; la información irresponsable emanada por los medios de comunicación; los temores sociales sobre la sexualidad; los temores relacionados con las enfermedades y la muerte; y, los temores sobre las drogas ilegales y el uso de drogas inyectables. El VIH y el SIDA poseen todas las características asociadas con enfermedades estigmatizadas. El SIDA es incurable, degenerativo y mortal. La infección del VIH ha sido asociada con la condena social de ciertos comportamientos sexuales y del consumo de drogas, actividades en las que los individuos involucrados son normalmente considerados responsables.⁷³ Además del estigma que surge de las connotaciones de inmoralidad asociadas con el VIH y SIDA, la ignorancia acerca de la enfermedad también genera estigma.

Caja de Definición 2: El estigma relacionado con el VIH

El estigma relacionado con el VIH puede describirse como un “proceso de devaluación” de las personas que viven con o están asociadas con el VIH y SIDA. El estigma muchas veces nace de la estigmatización subyacente del sexo o del consumo de drogas inyectables – dos de las principales rutas de la infección del VIH.⁷⁴



Imagen: Retos para acceder a los servicios en un barrio en Dhaka, Bangladesh © Richard Lord

“[El VIH] se podría transmitir a través de la respiración, no sabemos. Por lo que hay que tener cuidado: evitar las comidas que vengan de los hogares de los pacientes, no compartir ropa y no tomar del vaso utilizado por el paciente. Eso es lo que pienso.”

– Un hombre de Etiopia⁷⁵

“Yo pregunté, “Por favor déme un vaso de bebida de caña de azúcar” y el vendedor me dijo “si usted usa el vaso, otras personas lo verán bebiendo del mismo y no se atreverán a usarlo. Por lo que tiene que tomarlo usando una bolsa [plástica].”-

– Un hombre que vive con el VIH/SIDA, Vietnam⁷⁶

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA (PVVIH) pueden tomar la forma de rabia y sentimientos negativos en contra de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS); destierro y aislamiento; expresiones de culpabilidad y vergüenza (bajo la creencia que ellos son los responsables de su infección y se la merecen); pérdida de estilos de vidas; pérdida del hogar; abusos físicos y emocionales; e, interrupción de las relaciones familiares.⁷⁷

Los estudios indican que el género juega un papel claro en el nexo entre el VIH/SIDA y el estigma relacionado con el mismo.⁷⁸ Las mujeres son mucho más estigmatizadas que los hombres cuando están infectadas. Eso es debido a que existe una asociación cercana entre el VIH y el sexo en muchas culturas, que implica una falta moral. Al mismo tiempo, muchas culturas esperan que las mujeres mantengan y preserven los valores morales de sus comunidades. En esas circunstancias, el VIH es considerado como una prueba que demuestra que ellas han fracasado en cumplir con ese deber moral.

El estigma y la discriminación basados en el estatus de VIH, en combinación con las actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias altamente arraigadas en contra de mujeres y niñas, hombres gay y otros HSH, personas transgénero, trabajadoras/es sexuales y consumidores de drogas inyectables, entre otros, crean las condiciones necesarias para que el VIH prospere. Por ejemplo, el miedo al estigma y la discriminación previene que las personas vulnerables al VIH se hagan la prueba. La ignorancia sobre el estatus serológico aumenta la vulnerabilidad de la persona y su(s) pareja(s) íntima(s) a la infección del VIH. El miedo al estigma y a la discriminación también tiene efectos negativos sobre la habilidad y la voluntad de las personas para revelar los resultados positivos de la prueba. El estigma también está relacionado con el poder y la dominación a lo largo y ancho de la comunidad. Por último, el estigma se crea y es fortalecido por la desigualdad social.⁷⁹ El mismo causa que unos grupos sean devaluados y se sientan avergonzados, y otros se sientan superiores.⁸⁰

Debido al estigma asociado con el VIH y la discriminación que normalmente le sigue, los derechos de las personas que viven con VIH y sus familias son frecuentemente violados (Ver Caja de Derechos 4). Vivir libre de discriminación es un derecho humano fundamental. Muchos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos prohíben la discriminación con base en la raza, color, sexo, idioma, nacionalidad y otros estatus. La Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha declarado que el término “otros estatus” en las disposiciones en contra de la discriminación contenidas en los textos internacionales sobre derechos humanos debe ser interpretado como que incluye el estatus de salud, incluyendo el VIH y el SIDA (resolución 1999/49). Indicó que “la discriminación basada en la situación relativa al VIH o el SIDA, real o presunta, está prohibida por las actuales normas internacionales de derechos humanos [...]” (Resolución 2001/51).

CAJA DE DERECHOS 4: ELIMINACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

La Declaración de Compromiso de la Lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas

Unidas establece que “el estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento, e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones [...]” (Párrafo 13).

“Para [el] 2003, [las naciones deben] promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables [...] y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia.” (Párrafo 58).

La Directriz 9 de las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos establece que los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización [asociadas al] VIH en actitudes de comprensión y aceptación.

2.8 La Religión

La religión y las creencias religiosas forman las bases de la vida comunitaria en la mayoría de las sociedades. La religión consagra las directrices éticas de muchos aspectos de nuestra vida diaria y también orienta las creencias y normas que rodean a la sexualidad. La mayoría de las creencias moldeadas por las religiones prohíben el sexo antes del matrimonio, los anticonceptivos incluyendo el uso de condones y la homosexualidad. Algunas religiones también consagran un rol sumiso de la mujer, alimentan la desigualdad de género en las relaciones matrimoniales y promueven la ignorancia de las mujeres en temas sexuales como un símbolo de pureza. La sexualidad y los estereotipos de género formados por las religiones pueden impedir los esfuerzos de prevención y aumentar la vulnerabilidad a la infección del VIH.

La vulnerabilidad causada por las creencias y prácticas religiosas es el resultado de la condena del VIH como pecaminoso por parte de las instituciones religiosas.⁸¹ Ese tipo de juicios religiosos juegan un papel fundamental en la generación del estigma relacionado con el VIH/SIDA, lo que aumenta la vulnerabilidad.

El concepto religioso de sexualidad, el cual enfatiza la virginidad, ha llevado a muchas mujeres a practicar el sexo anal con el fin de preservar su virginidad, lo que también aumenta su vulnerabilidad al VIH. Distintas investigaciones indican que la religión también tiene influencia en la exposición de los hombres y mujeres a los mensajes de prevención del VIH, el conocimiento y percepción de los riesgos, y la práctica de la prevención.⁸² Las mujeres consideran que están en desventaja a la hora de buscar información sobre el VIH/SIDA debido a sus creencias religiosas.⁸³ Las religiones que abogan en contra del uso del condón representan un obstáculo importante para prevenir la propagación del VIH en sus comunidades. De la misma manera, las religiones que condenan la homosexualidad tienden a alimentar el estigma en contra de aquellos que practican comportamientos sexuales entre el mismo sexo, algo que indirectamente aumenta su vulnerabilidad al VIH (tal como ha sido indicado en la parte 2.7).

La religión, a pesar de ser una determinante social de la vulnerabilidad, tiene un gran potencial para prevenir el VIH y reducir el estigma relacionado con el mismo. Debido a la influencia que los líderes religiosos tienen en las comunidades, ellos pudieran jugar un papel significativo en las intervenciones para cambiar los comportamientos, incluyendo la promoción del uso del condón, con el fin de reducir la transmisión del VIH y eliminar el estigma del VIH y del SIDA (Ver Caja de Ejemplo 5).

Caja de Ejemplo 5: La función de los Líderes Religiosos en la Respuesta al VIH en Senegal.

Senegal es un país que tiene dos religiones principales: el Islam y el Cristianismo. Las asociaciones afiliadas con esas religiones están involucradas en distintas instituciones sociales, como escuelas, instalaciones de salud y movimientos juveniles, que afectan todos los aspectos de las vidas de las personas. En reconocimiento de la importancia de involucrar a los líderes religiosos en los esfuerzos de prevención del VIH, el Programa Nacional de Control sobre el SIDA de Senegal planificó, apoyó y estudió estrategias para establecer diálogos sobre las políticas de VIH/SIDA con los líderes religiosos senegaleses.

Los objetivos del diálogo sobre las políticas fueron aumentar la sensibilización y el conocimiento de los líderes religiosos senegaleses sobre las estrategias de prevención del VIH, así como lograr el apoyo de los mismos con el fin de tener un programa de prevención de VIH integral y efectivo.

El programa utilizó mensajes de los distintos textos religiosos para movilizar a los líderes religiosos en la prevención del VIH. La participación de los líderes religiosos legitimaron las intervenciones para el VIH y SIDA a nivel comunitario. Las ONGs y las organizaciones locales involucradas en actividades de información, educación y comunicación agregaron un elemento religioso a sus mensajes relacionados con el VIH. Esos esfuerzos contribuyeron a aumentar tanto el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA como el uso del condón como medio de protección en contra del VIH.⁸⁴

2.9 Recomendaciones

- Los programas para el VIH deben atacar las raíces de la vulnerabilidad al VIH con base al género.
- Los programas para el VIH deben enfocarse en una mayor sensibilización y educación para hombres y mujeres sobre las tradiciones y prácticas culturales que aumentan el riesgo a la infección del VIH.
- Los gobiernos deben adoptar políticas y promulgar leyes en contra de las prácticas tradicionales dañinas que aumentan la vulnerabilidad al VIH.
- Los gobiernos deben tomar medidas más enérgicas para prevenir el aumento de los incidentes de violencia en contra de las mujeres y minorías sexuales.
- Se deben tomar medidas para introducir la educación sexual en el plan de estudio de las escuelas, y los niños y las niñas deben recibir información sobre la prevención del VIH.
- Los programas de alcance deben incluir el uso de ejemplos positivos (hombres y mujeres) en los medios de comunicación que rompan con el estereotipo que existe en torno a las imágenes y creencias sobre el VIH.
- Los líderes de opinión y religiosos deben estar comprometidos con las intervenciones de cambios de comportamiento, como la promoción del uso del condón.

3. Los Factores Económicos

Los factores económicos son intrínsecos a la epidemia del VIH. Se ha establecido que la enfermedad genera una carga desproporcionada en países menos desarrollados y entre las comunidades con menos recursos. Por ejemplo, el África subsahariana que representa un poco más del 10 por ciento de la población mundial es el hogar del sesenta y cuatro por ciento de todas las personas que viven con VIH.⁸⁵

Las determinantes económicas que están descritas más adelante (pobreza, migración, y falta de acceso a recursos productivos, a educación y entrenamiento) influyen en la vulnerabilidad al VIH de distintas maneras directas e indirectas. Ellas estimulan comportamientos riesgosos que son responsables de la transmisión del VIH, crean obstáculos a la prevención e impiden los esfuerzos para enfrentar el impacto de la epidemia. Las normas socio-culturales, como la carencia de derechos hereditarios y de acceso a los recursos productivos, que fortalecen la dependencia económica de las mujeres en sus parejas masculinas, también generan una mayor vulnerabilidad de las mujeres al VIH. Los índices excesivamente altos de la infección del VIH entre las mujeres, en comparación con los hombres en ciertas epidemias, son también una expresión de la alta desigualdad socio-económica basada en el género.⁸⁶

3.1 La Pobreza

Algunos estudios han establecido que los pobres y marginados tienen una vulnerabilidad desproporcionada al VIH/SIDA⁸⁷ (Ver [Caja de Derechos 5](#)). La pobreza impacta a los hombres y a las mujeres de distintas maneras y es un factor clave que causa comportamientos que exponen a las personas a la infección del VIH. La pobreza aumenta la susceptibilidad de contraer el VIH a través de distintos canales incluyendo una migración cada vez mayor a las áreas urbanas; un acceso limitado a los servicios de salud, nutrición y otros servicios básicos; un acceso limitado a la educación e información; explotación sexual; y, la desigualdad de género.⁸⁸

La pobreza aumenta el riesgo de la transmisión del VIH al limitar el acceso a la información relacionada con la prevención del VIH. Los datos disponibles de varios países indican que los hombres y las mujeres en estratos socio-económicos altos saben más de la prevención del VIH que aquellos en peor situación. Bajo condiciones de pobreza, las relaciones sexuales pueden tomar lugar en áreas sobre pobladas (por ejemplo, una casa de un cuarto, en un barrio sobre poblado, en el que viven muchos miembros de una familia), lo que hace difícil que las parejas se comuniquen libremente para negociar sexo más seguro. Para muchos HSH pobres y marginados, el sexo clandestino normalmente toma lugar en sitios públicos lo que hace que la negociación del condón sea algo difícil, si no imposible. La pobreza también pone presión sobre las mujeres y hombres para intercambiar sexo por comida y otros favores materiales con el fin de asegurar su supervivencia diaria y la de sus familias.

CAJA DE DERECHOS 5: EL VIH Y LA POBREZA

La [Declaración de Compromiso de la Lucha contra el SIDA de las Naciones Unidas](#) reconoce que la pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo se cuentan entre los principales factores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA y observa con profunda preocupación que el VIH/SIDA está agravando la pobreza y actualmente revierte u obstaculiza el desarrollo en muchos países, por lo que hay que hacerle frente de manera integrada (Párrafo 11).

“La pobreza y la infección por el VIH están ligados intrínsecamente. Mientras que la carga de cuidar por los enfermos, los que están muriendo y los huérfanos empuja a millones de mujeres africanas a una mayor pobreza y golpea sus energías y su autoestima, también aumenta la presión de recurrir a sexo ‘transaccional’ de alto riesgo – sexo a cambio de dinero o bienes – o sexo con hombres mayores (*sugar daddies*) quienes ofrecen la ilusión de seguridad material. Y mientras más y más mujeres y niñas toman las calles como su único método de supervivencia, la necesidad de confrontar la desigualdad de género se hace inevitable.”⁹¹

- El Grupo de Trabajo sobre VIH/SIDA en el Sur de África del Secretario General de la ONU

3.2 La Migración



Imagen: Un Haitiano, inmigrante, trabajador de la caña de azúcar, Luyeron, República Dominicana © Richard Lord

Varios estudios indican que la migración desde áreas rurales a urbanas aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA.⁹² Se ha establecido que los hombres y las mujeres emigrantes tienen una mayor probabilidad de practicar comportamientos sexuales riesgosos en comparación con aquellos que no emigran.⁹³ El aumento de los índices de comportamientos sexuales de mayor riesgo entre los trabajadores migrantes masculinos puede atribuirse a la separación marital y a la exposición, posterior a la migración, a nuevos entornos sociales y económicos.⁹⁴ La interrupción de las relaciones sexuales regulares con las esposas, unido a la marginalización económica y el aislamiento social, llevan a los hombres migrantes a practicar sexo comercial y casual como una manera de escapar la soledad, liberarse de las frustraciones sexuales o generar ingresos.⁹⁵

La construcción social de la masculinidad, así como la falta de normas comunitarias y familiares que gobiernen la sexualidad y la fidelidad, permiten la participación de los hombres migrantes en sexo casual y más riesgoso con múltiples parejas sexuales. La migración también alimenta la epidemia cuando los migrantes que viven con VIH regresan a sus hogares y restablecen relaciones sexuales con sus esposas y parejas (Ver Caja de Derechos 6).

Los estudios también han indicado que la desigualdad de género, combinada con la migración, aumenta la participación de las mujeres migrantes en comportamientos sexuales más riesgosos, incrementando su vulnerabilidad al VIH.⁹⁶ Un estudio sobre la interacción entre la migración y el género en China sugiere que las mujeres migrantes femeninas tienen mayores probabilidades de tener sexo casual o transaccional. La desigualdad de género en la educación y en el entrenamiento profesional limita a las migrantes femeninas a trabajos de bajo estatus con salarios mínimos y sin seguridad laboral o social. Al tener que vivir con el impacto de esa desigualdad de género, unido a la pérdida de los mecanismos de apoyo familiar, muchas migrantes femeninas intercambian sexo por dinero o se comprometen en relaciones sexuales con la esperanza de asegurar apoyo económico y emocional.⁹⁷

La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de las Naciones Unidas establece que

“Para [el] 2005, intensificar la respuesta al VIH/SIDA en el mundo laboral estableciendo y ejecutando programas de prevención y atención en los sectores público, privado y no estructurado, y tomar medidas para crear un entorno de trabajo que apoye a las personas que viven con VIH/SIDA”. (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso Párrafo 49).

“Para [el] 2005, elaborar y comenzar a poner en práctica estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención del VIH/SIDA a los trabajadores migratorios y las poblaciones móviles, incluido el suministro de información sobre servicios sociales y de salud.” (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso Párrafo 50).

3.3 La Falta de Acceso a Recursos Productivos

Las normas de género juegan un papel significativo en la determinación del acceso de hombres y mujeres a los recursos económicos. Las mujeres muchas veces no tienen acceso a recursos productivos y, por lo tanto, tienen un poder de negociación más débil (incluyendo durante el sexo) lo que da como resultado una mayor vulnerabilidad al VIH.

Las leyes y prácticas basadas en las normas de género limitan el acceso de las mujeres a los recursos productivos como tierra, propiedad y crédito.⁹⁸ Esas prácticas solidifican la dependencia financiera, material y social de las mujeres en los hombres. Esa balanza de poder desigual que favorece a los hombres en la esfera económica se traduce en un desequilibrio de poder en las relaciones sexuales.⁹⁹ Los estudios indican que las mujeres que plantean el tema del uso del condón con los hombres con los que tienen una dependencia económica se arriesgan a conflictos violentos, pérdida del apoyo e inclusive el abandono. Las mujeres que son dependientes son reacias a abandonar relaciones riesgosas porque temen consecuencias económicas terribles.¹⁰⁰

Al no tener acceso a la tierra, a la propiedad y al ingreso, las mujeres tienen más probabilidades de vender o intercambiar sexo de maneras poco seguras por dinero, productos o favores.¹⁰¹ El trabajo sexual ofrece no sólo medios para la supervivencia de algunas, sino un escape de la pobreza para otras. Como consecuencia de ello, existe la necesidad de proveer y mejorar el acceso a prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH para todas las trabajadoras sexuales, así como darle alternativas a aquellas que deseen incorporarse o salirse del trabajo sexual.

3.4 La Falta de Educación y Entrenamiento

Las normas de género que restringen el acceso de las mujeres al entrenamiento educacional y vocacional, así como la división sexual de labores que coloca a las mujeres en un estatus laboral inferior, aumentan su vulnerabilidad al VIH.¹⁰² Esas dos determinantes limitan el acceso de las mujeres a oportunidades de empleo. La gran mayoría de las mujeres tienen empleos con salarios bajos, por temporadas o en puestos no garantizados en los sectores formales e informales del mercado laboral.¹⁰³ El estándar desigual en el empleo y el destinar a la mayoría de las mujeres a labores de bajo estatus perpetúa y fortalece su inferioridad en las relaciones económicas.¹⁰⁴ Las convenciones internacionales de derechos humanos establecen que los gobiernos deben enfrentar esas prácticas discriminatorias (Ver Caja de Derechos 7). Esas circunstancias también hacen que sea más probable que las mujeres aumenten sus ingresos al vender sexo, lo que, sin acceso a servicios legales, sociales y de prevención del VIH, también limita su habilidad de negociar sexo más seguro.

CAJA DE DERECHOS 7: ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER

Artículo 10 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

- a) Las mismas condiciones de orientación en materia de carreras y capacitación profesional, acceso a los estudios y obtención de diplomas en las instituciones de enseñanza de todas las categorías, tanto en zonas rurales como urbanas [...]
- c) La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza, mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares y la adaptación de los métodos de enseñanza [...]
- h) El acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.”

Artículo 11(1) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

establece que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos [...].”

Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos -- Directriz 8

“En colaboración con la comunidad y por conducto de ella, los Estados deberían fomentar un entorno protector y habilitante para las mujeres, los niños u otros grupos vulnerables, combatiendo los prejuicios y desigualdades causantes de esa vulnerabilidad mediante el diálogo con la comunidad y en particular mediante servicios sociales y de salud especiales y apoyando a los grupos de la comunidad.”

3.5 Recomendaciones

- Se deben destinar mayores recursos para apoyar actividades generadoras de ingresos para mujeres y grupos marginados con el fin de empoderarlos.
- Se deben crear programas de apoyo para trabajadoras/es sexuales con el fin de enfrentar las determinantes que aumentan su vulnerabilidad al VIH, la violencia y la explotaciones en esos escenarios, incluyendo darle información precisa sobre prácticas de sexo más seguras.
- Se le debe dar prioridad a programas de entrenamiento educacional y vocacional para mujeres.
- Los gobiernos deben dar pasos importantes para garantizar el empoderamiento económico de las mujeres y de las comunidades marginadas.

4. Los Factores Políticos

Los factores políticos han influenciado la vulnerabilidad al VIH desde los primeros días de la pandemia. En algunos casos, las leyes, las políticas gubernamentales, las estrategias de los programas y las fuentes de financiamiento, han perpetuado la discriminación en contra de los más vulnerables al VIH, promovido la desigualdad de género y penalizado algunos comportamientos sexuales como la homosexualidad. Cuando los factores políticos aprueban normas y tradiciones sociales que promueven la discriminación, se aumenta tanto la vulnerabilidad al VIH con base al género como la de aquellos que son marginados sexualmente.

4.1 Las Leyes y Políticas

Las leyes y las políticas crean los entornos en los que se suministran los servicios de prevención, tratamiento, apoyo y atención del VIH. Las políticas que están impulsadas por ideologías conservadoras y tradicionales tienen consecuencias terribles en la epidemia y ayudan a alimentar los índices de infección de las poblaciones claves vulnerables como mujeres y niñas, personas transgénero, HSH, consumidores de drogas inyectables y trabajadoras/es sexuales. Las políticas nacionales de prevención implementadas por los gobiernos tienen un impacto importante en la manera como evoluciona la epidemia del VIH en esos países.

Los gobiernos, al aceptar los distintos tratados y convenciones internacionales, son responsables de promover y proteger los derechos humanos de sus nacionales. Los derechos humanos relevantes al VIH/SIDA incluyen (pero no están limitados a) el derecho a la no discriminación y a la igualdad; a la salud; a la libertad y seguridad de las personas; a la privacidad; a buscar, recibir e impartir información; a contraer matrimonio y tener una familia; al trabajo; y a la libertad de movimiento, información y expresión.¹⁰⁵ La implementación de esos derechos es absolutamente esencial en el contexto del VIH para así garantizar que los servicios sean accesibles para aquellos infectados y más afectados por la epidemia.

4.1.1 Las Políticas de Prevención del VIH

Existe una gran cantidad de evidencia que puede guiar la elaboración de políticas efectivas de prevención del VIH/SIDA. Dado que los esfuerzos de prevención llegan a menos de una en cada cinco personas que están en riesgo, existe un reto considerable para expandirlos con el fin de alcanzar a millones de hombres y mujeres en situación similar a nivel mundial.¹⁰⁶ Sin embargo, muchos gobiernos propagan agendas ideológicas por encima de las estrategias demostradas, lo que empeora la epidemia.

En el África Subsahariana, la mayoría de los adultos jóvenes no tienen un conocimiento adecuado de la transmisión del VIH y aún así algunos gobiernos enfatizan enfoques de sólo-abstinencia y promueven información inexacta sobre la efectividad de los condones. Por ejemplo, el gobierno en Uganda promueve los “desfiles de la virginidad” y restringe la disponibilidad de condones a los jóvenes aun cuando la epidemia – en un país que una vez fue considerado como un caso exitoso – ha empeorado dramáticamente.¹⁰⁷ (Ver Caja de Ejemplo 7).

Los programas que promueven la abstinencia sexual y la fidelidad dentro del matrimonio heterosexual y excluyen otras estrategias de prevención del VIH privan a los/las jóvenes de información sobre prevención que podría salvar sus vidas. Esos programas ignoran la realidad de innumerables mujeres y niñas ugandeses quienes se abstienen hasta el matrimonio y son fieles una vez se casan, pero que de todas maneras se infectan con el VIH debido a la infidelidad de sus esposos.¹⁰⁸ Esos programas le dan información o asistencia incompleta a aquellos con un mayor riesgo de contraer el VIH como los/las niños/as de la calle que intercambian sexo por supervivencia, los/las niños/as afectado/as por los conflictos y los/las jóvenes gays, lesbianas, bisexuales y transgénero.¹⁰⁹ Esos programas distorsionan la información sobre los condones y las estrategias de sexo más seguro, poniendo a las personas jóvenes en un mayor riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.¹¹⁰

“Como activista y como mujer viviendo con el SIDA, me siento juzgada. Uno debe practicar la abstinencia y ser fiel. Los condones son sólo para las personas promiscuas. Yo contraí el VIH en el matrimonio y era fiel en mi relación. La batalla para revelar mi estatus fue dura. Ahora, en vez de movernos hacia adelante nos estamos moviendo hacia atrás.”

—Mujer de Uganda que vive con SIDA¹¹¹

Caja de Ejemplo 7: Promoción del Condón en Tailandia

El aumento de las infecciones del VIH entre mujeres tailandesas casadas llevó a las autoridades de salud pública a revisar su estrategia de prevención del VIH. Las autoridades pensaban que la razón de ese aumento se debía a que las mujeres casadas tenían relaciones sexuales sin protección con sus esposos infectados con VIH. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública Tailandés, más del 30 por ciento del estimado de 17.000 nuevos casos de VIH en el año anterior fueron mujeres casadas, seguido por hombres que tienen sexo con hombres (veinte por ciento). El Ministerio exhortó a los hospitales a nivel nacional para que implementaran el Proyecto de Notificación a la Pareja, que fomenta que las parejas casadas se hagan la prueba regularmente y promueve los principios de “Abstinencia, Fidelidad y uso del Condón” (ABC). Hasta finales del 2006 y como parte de ese proyecto, se distribuyeron cinco millones de condones a parejas casadas como una manera de controlar la transmisión del VIH entre los esposos. Los activistas culpaban al gobierno por la interrupción de la campaña de promoción del uso del condón y la identificaron como una de las razones del aumento de los índices de infección del VIH. Se le pidió al gobierno que demostrara su voluntad política para prevenir la transmisión del VIH incrementando las campañas de uso del condón y educación sexual. (Adaptado del Bangkok Post, Septiembre 9, 2006)

4.1.2 Las Leyes Discriminatorias

Las leyes y políticas discriminatorias aumentan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. Las leyes y políticas que previenen que las mujeres sean dueñas de tierras, propiedades y otros recursos productivos son ejemplos de legislaciones que apoyan y aumentan la discriminación con base al género. Otras formas de discriminación basadas en el género y apoyadas por políticas en las áreas laborales, educacionales y de acceso a los servicios e información relacionados con la atención de la salud agravan aún más la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.¹¹² Algunos estudios indican que la discriminación legal y política con base al género contribuye a la feminización de la pobreza, promueve la susceptibilidad económica de las mujeres al VIH y crea barreras importantes que impiden la habilidad de las mujeres de solicitar y recibir atención y apoyo cuando viven con VIH.¹¹³ Las leyes que justifican la violencia basada en el género mediante sentencias leves, o las políticas que consideran la violencia contra la pareja íntima o la violación marital como problemas personales domésticos que no necesitan de la intervención del estado, son otros ejemplos de discriminación legal que aumenta la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. Los instrumentos internacionales reconocen que las leyes y políticas discriminatorias aumentan el riesgo de las mujeres de contraer el VIH y que los gobiernos deben tomar las medidas correctivas que sean necesarias para promover el avance de la mujer (Ver Caja de Derechos 8).

De igual manera, las leyes y políticas que perpetúan el estigma y la discriminación con base al comportamiento sexual aumentan la vulnerabilidad al VIH. La criminalización de la homosexualidad en muchos países, incluyendo India, Jamaica y Nigeria, empeora la vulnerabilidad de los HSH al VIH. El impacto de esas legislaciones es severo. Muchas veces, tales leyes son usadas como herramientas de explotación por parte de la policía y militares en contra de los HSH, así como empleadas para extorsionar dinero, amenazar, acosar y perpetuar la violencia contra los HSH.¹¹⁴ Debido a su estatus legal, los HSH muy pocas veces pueden reportar los casos de violación y violencia.

CAJA DE DERECHOS 8: DECLARACIÓN DE COMPROMISO EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

“Para [el] 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que a escala mundial las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA,” elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH.” (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso Párrafo 59).

“Para [el] 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niñas.” (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso Párrafo 61).

Esas leyes fomentan las actitudes negativas y la discriminación en contra de los HSH en todos los escenarios, incluyendo en la atención de la salud, lo que trae como consecuencia que los HSH se escondan, impidiendo así su acceso a los servicios de VIH y SIDA (Ver Caja de Derechos 9). Esas leyes hacen que sea muy difícil, en los casos de los activistas de VIH y de los proveedores de servicios, alcanzar a los HSH con información de sensibilización sobre el SIDA y con herramientas de prevención del VIH. En algunos países se han visto casos en los que personas que laboran en las ONGs que trabajan con HSH han sido atacadas por las agencias de seguridad pública, así como amenazados o arrestados ilegalmente. (Ver Caja de Ejemplo 8).

Caja de Ejemplo 8: Penalización del sexo entre hombres en India

La Sección 377 del Código Penal de India (CPI) fue promulgada por los ingleses en 1860. El mismo penaliza lo que llama “ofensas sexuales contra el orden natural”. El mismo no define lo que constituye el orden natural, pero los pronunciamientos judiciales en los últimos ciento cincuenta años han extendido la aplicación de esa sección a todas las formas de expresiones sexuales que sea posible entre dos personas masculinas.¹¹⁵ La homosexualidad en India es penalizada debido a una ley colonial de mediados del siglo 19. La sección 377 es rara vez aplicada, pero sirve de excusa para que la policía y otras agencias del orden público acosen, chantajeen y extorsionen dinero a los HSH.¹¹⁶ La misma pone al margen a los HSH y los hace esconder sus actividades. En esas circunstancias es difícil que los HSH tengan relaciones estables, negocien sexo seguro o tengan acceso a servicios de información y médicos sin enfrentar discriminación.¹¹⁷

La ley también ha sido utilizada para impedir la labor de las ONGs que trabajan en VIH/SIDA. Por ejemplo, en julio del 2001, una ONG que tenía programas de sensibilización sobre salud sexual con la población de HSH fue allanada y sus trabajadores fueron arrestados.¹¹⁸ Eso fue hecho utilizando el argumento que estaban promoviendo el delito bajo la Sección 377 y violando las leyes de decencia pública debido a que publicaban mensajes sobre sexo más seguro y de sensibilización del SIDA, y también distribuían condones a los HSH.¹¹⁹ La Fundación Naz (India), en un intento para sensibilizar al gobierno en temas de VIH/SIDA, introdujo una demanda de interés público sobre la validez constitucional de la sección 377 del CPI.¹²⁰

Se cuestionó la validez de la ley bajo el argumento que violaba el artículo 21 (derecho a la vida), el artículo 14 (derecho a la igualdad), el artículo 15 (derecho a la no discriminación con base al género) y el artículo 19 (derecho a la libertad de expresión y asociación) de la Constitución de India.¹²¹ También se argumentó que al criminalizar el comportamiento homosexual, la Sección 377 llevaba las relaciones [sexuales] entre el mismo sexo a la clandestinidad y creaba condiciones sociales que impedían significativamente los esfuerzos de prevención de VIH/SIDA entre los HSH.¹²² El asunto sigue pendiente en los tribunales. Sin embargo,

la demanda ha generado un interés en los medios de comunicación y en el público, así como ha creado sensibilización entre las personas y el gobierno sobre el abuso de la ley por parte de la policía y de los impedimentos que ésta crea en los esfuerzos de prevención del VIH.

Debido a los esfuerzos de incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil, la Organización de Control Nacional del SIDA (NACO) incluyó programas de prevención para los HSH en su Plan III de Control Nacional del SIDA y recomendó al Ministro de Justicia que sea eliminada la Sección 377 ya que impide el trabajo de alcance en el área del VIH.

CAJA DE DERECHOS 9: LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS GRUPOS VULNERABLES

Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos – Directriz 4: “Los Estados deberían reexaminar y reformar las leyes penales y los sistemas penitenciarios para que concuerden con las obligaciones internacionales de derechos humanos y que no se apliquen indebidamente en el contexto del VIH ni se utilicen contra las poblaciones clave de mayor riesgo.”

Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos – Directriz 5: “Los Estados deberían promulgar o fortalecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto público como privado a las poblaciones clave de mayor riesgo, las personas que viven con el VIH y las discapacitadas [...]”

4.1.3 La Falta de Implementación de las Políticas

Al ratificar los distintos tratados, resoluciones y declaraciones, los gobiernos se comprometen a implementarlos. Sin embargo, algunos estudios indican que las políticas adoptadas muchas veces se quedan en el papel y son muy pocas veces puestas en práctica. Todavía falta liderazgo político en muchos países para implementar las nuevas políticas y existen brechas importantes entre lo que se promete y lo que se cumple.¹²³ Los gobiernos han hecho poco para aplicar los acuerdos de derechos humanos que han ratificado para lograr la superación de la mujer y unas relaciones de género más equitativas (Ver Caja de Derechos 10).

CAJA DE DERECHOS 10: EL ADELANTO DE LA MUJER Y LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN

La Plataforma de Acción de Beijing establece que “[e]l avance de la mujer y el logro de la igualdad entre la mujer y el hombre son una cuestión de derechos humanos y condiciones para la justicia social y no deben ser considerados en forma aislada como un asunto de la mujer. Es la única manera para instaurar una sociedad viable, justa y desarrollada. La potenciación del papel de la mujer y la igualdad de género son condiciones indispensables para lograr la seguridad política, social, económica, cultural y ecológica entre los pueblos”. (Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing, 1995, Párrafo 41).

La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de las Naciones Unidas establece que “[l]a realización... al VIH/SIDA. Para [el] 2003 promulgar fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica.” (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso Párrafo 58).

4.2 La Inestabilidad Política

La inestabilidad política, particularmente las situaciones conflictivas, crean condiciones que aumentan desproporcionadamente la vulnerabilidad de las mujeres y de las niñas al VIH.¹²⁴ Cuando los gobiernos son débiles y los conflictos se extienden, las mujeres y niñas se encuentran en un mayor riesgo de violencia y acoso físico y sexual, incluyendo la violación por pandillas, matrimonios forzados con soldados enemigos, esclavitud sexual y otras formas de violencia.¹²⁵ Esos tipos de violencia física contra las mujeres y niñas se han presentado en todos los conflictos recientes, incluyendo los del Sudan, la República Democrática del Congo, Ruanda, Sierra Leona, Liberia, el norte de Uganda y la República de Chechenia.¹²⁶ En Ruanda, el índice de prevalencia del VIH en las áreas rurales aumentó dramáticamente de uno por ciento, antes de comenzar el conflicto en 1994, a once por ciento en 1997.¹²⁷ La Resolución del problema de la violencia contra las mujeres en escenarios de conflictos es un reto debido a las transgresiones a la ley y al orden. Por lo menos, se deben suministrar servicios médicos que incluyan tratamiento para ITSs, prueba y consejería voluntaria del VIH y la utilización de los kits de la prueba rápida para el VIH con el fin de promover la prueba. Cuando sea posible, los trabajadores de la salud también deben discutir con los pacientes los riesgos y beneficios de la profilaxis post-exposición al VIH (tratamiento con medicamentos antirretrovirales que reducen el riesgo de la sero-conversión luego de eventos con altos riesgos de exposición al VIH) especialmente en los casos de personas que han sido violadas. En el 2001, los gobiernos se comprometieron a tomar acciones para responder a las situaciones de emergencia incluyendo los conflictos políticos (Ver Caja de Derechos 11).

CAJA DE DERECHOS 11: RESPUESTA A SITUACIONES DE EMERGENCIA

La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de las Naciones Unidas establece que [p]ara [e]l 2003 [se deben] elaborar y comenzar a aplicar estrategias nacionales que incorporen elementos de toma de conciencia, prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA en el marco de programas o actividades desplegados en atención a situaciones de emergencia, reconociendo que las poblaciones desestabilizadas por conflictos armados, emergencias humanitarias y desastres naturales, entre ellas los refugiados, las personas desplazadas internamente y, en particular, las mujeres y los niños, corren un mayor riesgo de exposición a la infección por el VIH; y, cuando proceda, incluir componentes relacionados con el VIH/SIDA en los programas internacionales de asistencia.” (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso Párrafo 75).

4.3 Recomendaciones

- Las políticas de VIH deben alimentarse de evidencias o pruebas.
- Se necesita de la incidencia política general para protestar en contra de las políticas que perpetúen la desigualdad de género y sexual.
- No es suficiente tener políticas y leyes sobre derechos humanos – se necesitan mejores estructuras y sistemas para corregir todas las violaciones de los derechos humanos.
- Los gobiernos deben asignarle recursos adecuados a los programas de VIH con el fin de cubrir las necesidades específicas de las mujeres, hombres y poblaciones vulnerables.
- Las comunidades necesitan hacer incidencia política con los gobiernos para que pongan en práctica sus actuales compromisos políticos nacionales e internacionales.

5. Los Factores Relacionados Con el Acceso a los Programas y a los Servicios

Las normas socio-culturales que definen los roles y responsabilidades masculinas y femeninas afectan como los hombres y mujeres acceden y usan los servicios de salud, incluyendo los servicios de VIH/SIDA. En culturas donde la preferencia son los hijos (varones), las familias destinan los recursos a los niños y hombres antes de las niñas y mujeres. Eso se extiende a la atención de la salud donde los intereses de los hombres y niños tienen prioridad sobre los de las mujeres y niñas. En esos casos, los temas de salud de la mujer son ignorados, haciéndolas más vulnerables al VIH.

En algunas regiones del mundo las mujeres tienen problemas adicionales para usar los servicios debido a las normas de género que rodean su movilidad. En muchas culturas patriarcales las mujeres son confinadas a sus hogares y no pueden viajar a menos que estén acompañadas por algún familiar masculino. De la misma manera, muchas prácticas tradicionales demandan que los servicios de atención de la salud y del VIH empleen proveedores femeninos para tratar a las mujeres. Cuando sólo hay proveedores masculinos, las mujeres no pueden tener acceso a los servicios de salud, lo que las hace más vulnerable al VIH. Como consecuencia de ello, existe la necesidad de desarrollar programas y proveer servicios que atiendan directamente las necesidades de las mujeres (Ver Caja de Ejemplo 9).

Caja de Ejemplo 9: Un mayor acceso a los servicios para las mujeres en las Filipinas

En la ciudad de Quezón, Filipinas, un grupo de médicos, abogados y empresarios estaban extremadamente preocupados por los servicios de salud existentes para las mujeres, por lo que decidieron establecer la Fundación de Atención de Salud de la Mujer (Women's Health Care Foundation (WHCF)), la cual provee servicios de salud integrados, incluyendo servicios para el VIH e ITSs, para las mujeres de todas las edades y condiciones.

La Fundación realizó una evaluación de los servicios de salud existentes para así desarrollar las estrategias apropiadas para enfrentar efectivamente las necesidades de las mujeres de todas las edades. La evaluación concluyó que los miembros del personal de salud favorecían a las mujeres casadas en edad reproductiva y que tenían actitudes negativas en contra de mujeres jóvenes y solteras que pedían asesoría sobre planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.

Luego de completar un análisis profundo de las necesidades, la WHCF estableció algunas estrategias para aumentar el acceso a los servicios. Adicionalmente a los servicios de bajo costo y del entrenamiento del personal, una de las principales estrategias fue mantener las clínicas abiertas más allá de las horas normales y mucho después de las horas en que cierran las clínicas del gobierno. Eso aumentó el número de clientes en un cincuenta por ciento. Otro enfoque ha sido establecer clínicas en zonas estratégicas para atraer a clientes potenciales que pueden usarlas en cualquier momento:

- La Clínica Cubao, un centro modesto con una pequeña área de recepción, un laboratorio aún más pequeño y un cuarto privado para exámenes, atrae a un número considerable de pacientes femeninos debido a lo cercano que se encuentra del distrito comercial.
- La Clínica Alanbang, ubicada en un área suburbana pobre, atrae clientes de las comunidades vecinas y sirve de base para las mujeres que no pueden pagar el transporte o están muy ocupadas para visitar una clínica en la ciudad.
- La Clínica de la Avenida Quezón, situada en un área de establecimientos comerciales y de negocios, ofrece servicios a las/los trabajadoras/es de las oficinas cercanas.¹²⁹

Las barreras que los hombres enfrentan para usar los servicios están generalmente relacionadas con las normas socio-culturales que le dan la totalidad de la responsabilidad reproductiva a las mujeres e impiden que los hombres asuman roles parentales o de crianza.¹³⁰ Por ejemplo, las clínicas de planificación familiar, prenatal y de cuidado infantil no están normalmente diseñadas para alcanzar a los hombres o atender sus necesidades. Debido a que en muchos países la información y los servicios de VIH son dados principalmente en esas clínicas, los hombres tienen una menor probabilidad de beneficiarse de tales servicios, así como de estar informados plenamente sobre las opciones de prevención, atención, apoyo y tratamiento del VIH. Eso tiene implicaciones importantes que afectan la habilidad de los hombres de protegerse de la infección y hacerle frente a la epidemia.¹³¹

La discriminación sexual es otro factor que limita el acceso a los servicios disponibles por parte de las minorías sexuales. Los indicadores actuales sugieren que menos del diez por ciento de los HSH y personas transgénero alrededor del mundo tienen acceso a los servicios de prevención del VIH y de atención del SIDA que necesitan. Muchos factores contribuyen a esa situación, incluyendo la negación de la sociedad y de la comunidad, el estigma y la discriminación y los abusos de los derechos humanos. La ampliación de las intervenciones para los HSH es difícil debido a que eso traería como consecuencia el aumento de su visibilidad y tendría un efecto negativo en sus relaciones interpersonales y comunitarias, así como en su seguridad personal (especialmente en contextos donde el sexo entre hombres es un tabú, está penalizado o se niega su existencia).¹³² El acceso a los servicios de VIH por parte de los HSH se mantiene limitado lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH.

Los instrumentos de Derechos Humanos reconocen el derecho de todo individuo a alcanzar el mayor nivel posible de salud independientemente de su género o sexualidad (Ver Caja de Derechos 12).

CAJA DE DERECHOS 12: DERECHO A LA SALUD

El artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que “[l]os Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: [...] (c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; (d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”¹³³

La Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA de las Naciones Unidas establece que “[r]econociendo que en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA el acceso a los medicamentos es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 2001, Declaración de Compromiso, Párrafo 15)

El género y la sexualidad también determinan el nivel y la calidad de la atención, tratamiento y apoyo que reciben las personas que viven con VIH, así como las consecuencias sociales y económicas negativas que ellas enfrentan. Los problemas relacionados con el acceso y la disponibilidad en el contexto de los programas y servicios, tales como en la consejería y prueba voluntaria, servicios de prevención y tratamiento, contribuyen a la vulnerabilidad al VIH.

5.1 La consejería y las pruebas voluntarias (CPV)

En muchos lugares del mundo afectados por el VIH y SIDA, una de cada diez personas sabe que está infectada.¹³⁴ La CPV no sólo es la entrada al tratamiento, atención y apoyo de las personas que viven con VIH, sino también es un componente crítico de la prevención del VIH. Aun cuando las CPV están disponibles actualmente en muchos países, su acceso está restringido a ciertos centros en las ciudades más grandes. El acceso de las mujeres a las CPV es aún más difícil en los lugares donde se deben viajar grandes distancias debido a los problemas relacionados con su movilidad y con el transporte. El estigma y la consecuente discriminación asociada con el VIH también actúan como barreras que impiden la realización de las pruebas.

En un estudio de los programas de transmisión materno-infantil (PTMI) en seis países de África, el miedo al ostracismo y a la violencia doméstica fue resaltados como razones importantes dadas por las mujeres embarazadas para no realizarse la prueba del VIH o para no regresar a recibir los resultados.¹³⁵ Al mismo tiempo, las actitudes del personal de CPV en contra de las mujeres que se van a hacer la prueba fueron catalogadas como extremadamente negativas.

El estigma y la discriminación también sirven como elementos disuasorios para los hombres que desean realizarse la prueba del VIH. Los temores relacionados con la violación de la confidencialidad disuaden tanto a los hombres como a las mujeres a la hora de realizarse la prueba. El estigma y la discriminación, e incluso la penalización del sexo entre hombre en algunos países, impiden que los HSH se hagan la prueba. Muchas veces, los HSH que quieren utilizar los servicios de VIH deben revelar su sexualidad, lo que los pone en riesgo de exclusión o acoso por parte de sus familias, comunidades y estructuras legales. Eso no sólo aumenta la vulnerabilidad de los HSH, sino también pone a sus parejas femeninas y masculinas en un mayor riesgo de infectarse con el VIH.

5.2 Los Servicios y Herramientas de Prevención del VIH

El SIDA es la tercera causa de muerte en el mundo, pero la infección por el VIH puede prevenirse. Más de 14.000 personas se infectan cada día con el VIH, la mayoría a través de las relaciones sexuales.¹³⁶ Se ha estimado que casi dos tercios de las nuevas infecciones que ocurrirán en los próximos diez años pueden ser evitadas implementando una serie de medidas integrales de prevención basadas en las evidencias, incluyendo la promoción y el uso del condón, así como el suministro de información sobre el VIH y SIDA.¹³⁷

5.2.1 Los Condones o Preservativos

“El hecho de usar un condón ni se contempla a menos que se tengan relaciones sexuales con una trabajadora sexual. Esa es la mentalidad de los hombres y mujeres, la cual muchas veces refleja las dificultades que tienen nuestras mujeres al respecto... ‘¿Cómo le pedimos (a la pareja masculina) que use un condón? ... él pensara que soy una prostituta’”¹³⁹

– Representante de la Fundación Santa Clara, Venezuela



Imagen: Jóvenes participando en educación para la prevención del VIH en las escuelas, El Salvador © Richard Lord

Las creencias culturales y religiosas sobre la moralidad que asocian el uso del condón con la promiscuidad limitan la disponibilidad de los mismos y también crean barreras psico-sociales que impiden su uso. En algunos países, los condones están principalmente asociados con los grupos marginados como las/los trabajadoras/es sexuales. Por ejemplo, hasta hace muy poco la posesión de condones en Marrueco era vista como una prueba de solicitud de sexo.¹³⁸

Aun cuando los condones estén disponibles, muchos hombres no desean usarlos por las percepciones que establecen que su uso reduce el placer sexual. Debido a las normas religiosas y culturales, las mujeres casadas muchas veces no pueden negociar el uso del condón por el miedo a ser acusadas de infieles o de negarse a tener hijos. El género y la sexualidad afectan las dinámicas de poder en cualquier relación heterosexual u homosexual. Las mujeres, los HSH, los hombres afeminados y las personas transgénero tienen dificultades con la negociación del condón y enfrentan altos niveles de violencia sexual.¹⁴⁰

Las herramientas de prevención como el condón femenino pueden empoderar a las mujeres para que tomen el control de su sexualidad. Sin embargo, el alto precio del condón femenino y su falta de disponibilidad, así como el desconocimiento de las mujeres sobre su existencia, aumenta su vulnerabilidad al VIH.

La falta de orientación adecuada para las mujeres y los hombres sobre la importancia del uso correcto y consistente de los condones puede aumentar su vulnerabilidad al VIH. En muchos países, la falta de personal entrenado para proveer consejería de calidad significa que los condones pueden ser desperdiciados incluso cuando están disponibles y sean accesibles. La necesidad de una interacción directa con la persona que vende los condones también crea una barrera que impide su uso masivo.

5.2.2 La Información sobre el VIH y SIDA

La falta de conocimiento sobre el sexo y el VIH/SIDA es un factor que contribuye a la vulnerabilidad. Las normas de género que demandan la pasividad de las mujeres en temas sexuales muchas veces restringen su acceso a los servicios de prevención incluso cuando están disponibles. De la misma manera, los hombres están condicionados en muchas culturas a creer que ellos tienen derecho de adoptar comportamientos sexuales de mayor riesgo. Sin embargo, sin un conocimiento adecuado de la prevención del VIH, esos comportamientos ponen a un gran número de hombres y sus parejas en riesgo. El proveer información específicamente diseñada para mujeres y niñas y hombres y niños es, por lo tanto, crítico (Ver Caja de Ejemplo 10).

Imagen: Trabajadores portuarios participando en educación entre pares para la promoción del condón , Tanzania © Richard Lord



Caja de Ejemplo 10: Programas de prevención para niñas en India

En Mumbai, India, los programas de prevención del VIH diseñados para las niñas encontraron que era crucial realizar, en primer lugar, un programa de sensibilización con la comunidad en general para así ganarse el apoyo de los padres y otras personas antes de iniciar el trabajo dirigido a las niñas. Los encargados del diseño del programa también aprendieron que esas jóvenes y niñas tenían cargas de trabajo doméstico fuertes, incluyendo la responsabilidad de atender a sus hermanos menores. Por lo tanto, ellos ofrecieron unas instalaciones de guardería para así garantizar que las mujeres jóvenes estuvieran libres y participaran en el programa. En vez de concentrarse solamente en el VIH/SIDA, los diseñadores del programa incluyeron una gran cantidad de temas de salud reproductiva y sexual, así como temas sobre el género. El programa demostró ser muy popular con las mujeres jóvenes y la participación de estas aumentó a lo largo de su duración. En una encuesta realizada como seguimiento, se encontró que el sesenta y dos por ciento de las niñas que participaron en las sesiones informaron que discutieron el tema del VIH y SIDA con otras personas.¹⁴¹

5.3 El Tratamiento de la infección por VIH

El género y la sexualidad determinan las implicaciones sociales y económicas de como una persona tendrá acceso a tratamiento, le hará frente a la infección, cuidará a algún familiar enfermo y sobrevivirá la muerte de familiares.



Imagen: Alcance comunitario sobre VIH y SIDA, Tailandia © Richard Lord

Existen distintas barreras que impiden el acceso a tratamiento. Dichas barreras están cementadas en la construcción psico-social que crea el estigma y obstruye la confidencialidad. Las barreras al tratamiento pueden consistir en falta de dinero para las medicinas, falta de transporte y la imposibilidad de tomar tiempo libre en el trabajo para ir a alguna clínica. En áreas rurales, existen barreras físicas como calles en mal estado y opciones inadecuadas de transporte. Esos factores afectan de manera distinta a las mujeres, hombres y minorías sexuales.

Las mujeres muchas veces no pueden acceder a los centros de salud y al tratamiento debido a su falta de movilidad y por sus labores domésticas.¹⁴² Las normas sociales y religiosas frecuentemente requieren que las mujeres pongan las necesidades de su familia, específicamente la del esposo e hijos, antes que las de ellas mismas. Debido a que es más probable que las mujeres esperen mucho tiempo antes de buscar los servicios y el tratamiento durante el curso de alguna enfermedad, es común que ellas se encuentren en una etapa avanzada de la infección del VIH con infecciones oportunistas complejas cuando lo hagan.¹⁴³

El estigma asociado con el VIH en muchas comunidades se traduce en acusaciones de promiscuidad contra las mujeres que viven con VIH. Por esta razón muchas mujeres no buscan consejería y pruebas voluntarias, tratan de mantener en secreto su estatus de VIH, y son menos propensas a solicitar atención, tratamiento y apoyo. Si las mujeres son víctimas de violencia doméstica, la posibilidad de cuidarse y/o buscar ayuda es aún más restringida.¹⁴⁴

Los factores económicos también influyen en como las mujeres acceden y usan los servicios de tratamiento. Tal como lo hemos discutido anteriormente, las mujeres que son dependientes económicamente de los hombres muchas veces no pueden pagar los altos costos de los medicamentos, tratamiento e, incluso, transporte. En algunos países, donde los centros de tratamiento están ubicados en los centros urbanos, las mujeres que viven en áreas rurales tienen un acceso aún más limitado por la posibilidad de poder pagar (o no) los costos del transporte.

“Si usted no tiene los recursos para pagar una visita médica, es muy difícil conseguir un buen doctor, un lugar decente y limpio donde el personal no te trate mal o te identifique como “la mujer con SIDA” frente a otros pacientes...o te deje de última aun cuando estés de primera en la fila...”¹⁴⁵

– Representante de la Fundación Santa Clara (FSC), Venezuela

Aun cuando exista un acceso gratuito al tratamiento para el VIH hay grandes diferencias entre los géneros en términos de como es “usado”. Los servicios de la prueba [del VIH] para las mujeres son suministrados principalmente en las clínicas prenatales, lo que excluye a las mujeres que no estén embarazadas que pueden ser vulnerables al VIH. Las mujeres que no son alcanzadas a través de los programas de educación e información de VIH y SIDA no se perciben a sí mismas como en riesgo de contraer el VIH, por lo que no buscan realizarse la prueba. El estigma y la discriminación de las mujeres en los lugares de prueba y tratamiento también son factores que afectan su motivación a utilizarlos. Eso ocurre a pesar de que existen instrumentos Internacionales de Derechos Humanos que garantizan la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres (Ver Caja de Derechos 13).

CAJA DE DERECHOS 13: LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL CUIDADO A LA SALUD

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 12:

1. “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”
2. “[...] los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto [...]”

La Declaración y la Plataforma para la acción de Beijing¹⁴⁶ establecen que “[e]s preciso examinar desde la perspectiva de género los efectos del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en la sociedad, el desarrollo y la salud.” (Párrafo 99)

Es inevitable que las personas con menos ingresos, que viven en áreas de menores recursos y los grupos marginados socialmente, tengan un acceso más restringido a la atención de la salud. El acceso de los HSH a tratamiento es limitado debido a su marginalización y a la violación rutinaria de sus derechos humanos, lo que hace que sea más difícil para ellos el estar informados de las opciones de tratamiento disponibles así como de los servicios de tratamiento necesarios. Eso sucede a pesar que las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos han consagrado recomendaciones para los estados con el fin de asegurar el acceso a servicios de VIH de calidad para todos (Ver Caja de Derechos 14).



Imagen: Refugiados sudaneses que no tienen acceso a servicios de prevención y tratamiento del VIH, Kenia © Richard Lord

CAJA DE DERECHOS 14: ACCESO PARA TODOS A SERVICIOS PARA EL VIH DE CALIDAD

Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, Directriz 6 (Revisada en el 2002). “Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles.”

“Los Estados también deberían tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades relacionadas.”

“Los Estados deberían tomar estas medidas tanto en los niveles nacionales como internacionales, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.”

5.4 Recomendaciones

- Los programas de prevención deben ser diseñados con la participación de hombres y mujeres para que así respondan a sus necesidades específicas. Los programas de prevención deben responder a las necesidades de los más marginados y vulnerables a la infección del VIH.
- Es necesario dar entrenamiento y consejería a hombres y mujeres sobre el uso constante y correcto del condón.
- El personal de los sitios de CPV debe recibir entrenamiento sobre ética y derechos humanos. Se deben adoptar estrategias de reducción del estigma en donde se realizan la consejería y pruebas voluntarias.
- Se debe hacer una inversión para aumentar el conocimiento y la educación sobre la sexualidad y el VIH.
- Los gobiernos deben garantizar el acceso a la salud como un derecho humano y remover cualquier barrera legal que impida el acceso a los programas y servicios de VIH.
- Los programas de tratamiento deben:
 - Basarse en los derechos (el acceso es parte del derecho humano a la salud).
 - Basarse en la comunidad (informados y preparados con la participación plena de la comunidad, y que permitan que las personas jueguen un rol pleno e informado en sus tratamientos).
 - Ser sensibles en asuntos de género y enfocados en las necesidades específicas de las comunidades (mujeres, hombres, HSH, personas transgénero, trabajadoras/es sexuales y otros).
 - Ser técnicamente adecuados (libres de discriminación, información accesible, tratamiento y diagnósticos efectivos, gestión, apoyo legal para la protección de los derechos).

6. Conclusiones y Recomendaciones Generales

La desigualdad de género es una fuerza importante que empuja la epidemia del VIH. Los distintos atributos y roles que las sociedades asignan a los hombres y mujeres afectan profundamente su habilidad de protegerse del VIH, así como de hacerle frente a su impacto. La desigualdad basada en el género se cruza con otras desigualdades sociales, culturales, económicas y políticas que afectan a las mujeres y hombres de todas las edades. El género crea una balanza de poder desigual entre los hombres y las mujeres, favoreciendo a los hombres, lo que tiene una influencia en el acceso desigual a los recursos claves, incluyendo ingresos, crédito, oportunidades de empleo, educación e información. Todos esos factores, conjuntamente, crean un mundo en donde las mujeres y las niñas son más vulnerables al VIH que los hombres y los niños. Las normas sociales hacen que los hombres y los niños sean vulnerables al VIH al promover comportamientos sexuales de alto riesgo acompañados de poco o ningún conocimiento sobre la prevención del VIH.

La sexualidad también es un factor determinante clave de la vulnerabilidad al VIH. La sexualidad de un individuo está definida por con quien tiene relaciones sexuales, de que maneras, bajo que circunstancias y con cuales consecuencias. En la mayoría de las culturas, las normas sociales requieren que las relaciones sexuales deben ocurrir entre un hombre y una mujer. Cualquier interacción sexual fuera de esa norma es percibida como desviada y es atacada moralmente, lo que causa el estigma, la discriminación e incluso la criminalización de las minorías sexuales que terminan aislándose como consecuencia de ello. Esto hace que sea extremadamente difícil alcanzar a esas personas con información y servicios de VIH lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH. Los HSH son uno de los grupos más vulnerables con una alta y rutinaria estigmatización. Los HSH existen en entornos de marginalidad, aislamiento y desigualdad. En muchas culturas, los hombres afeminados enfrentan niveles de desigualdad y discriminación similares a los de las mujeres.

Para responder de una manera exitosa al VIH/SIDA, deben enfrentarse las causas de vulnerabilidad basadas en el género y en la sexualidad. Algunas de las recomendaciones principales que han surgido de este estudio para mitigar las determinantes descritas anteriormente incluyen las siguientes:

1. La mayoría de las comunidades comparten valores, creencias y normas sobre la sexualidad que generan la vulnerabilidad a la transmisión del VIH, tales como los ritos relacionados con la viudez, MGF y matrimonios a muy temprana edad. Muchas de esas prácticas nunca han sido cuestionadas y su asociación con el VIH no ha sido bien entendida. Es necesario que los programas de VIH establezcan los vínculos entre las tradiciones locales y la transmisión del VIH tanto a nivel de las intervenciones nacionales como de las comunitarias. A nivel comunitario, existe la necesidad de fortalecer las estrategias participativas con base comunitaria que permitan la sensibilización, el análisis y el cuestionamiento de los factores subyacentes que predisponen a las comunidades, particularmente a las mujeres, al VIH.¹⁴⁷
2. La mayoría de las intervenciones relacionadas con el VIH no han tomado totalmente en cuenta los valores culturales y las normas y tradiciones sociales que tienen una influencia importante en los comportamientos individuales. Eso ha hecho que, muchas veces, los programas no puedan cumplir con sus metas. Todos los programas de VIH deben desarrollarse a través de procesos participativos que involucren a mujeres, hombres y minorías sexuales, y deben tomar en cuenta las normas y tradiciones sociales. Eso garantizará que esos programas sean accesibles y atiendan las necesidades específicas de hombres, mujeres y minorías sexuales.
3. El género debe ser el componente clave en el diseño de cualquier programa de VIH/SIDA. El empoderamiento de la mujer es absolutamente crítico y se convierte en un pre-requisito si las comunidades quieren reducir la vulnerabilidad tanto de las mujeres como de los hombres. Se deben reforzar las políticas, las intervenciones y los programas que tienen como objetivo el ingreso, el sustento, el alfabetismo, la salud y las necesidades legales de las mujeres.¹⁴⁸

4. Los gobiernos deben desarrollar leyes, políticas, instituciones y procesos que promuevan y protejan los derechos humanos de todos sus ciudadanos. La promoción y protección de los derechos humanos son necesarios para empoderar a las personas y comunidades para responder al VIH/SIDA, reducir la vulnerabilidad a la infección del VIH y disminuir el impacto adverso que tiene el SIDA sobre sus afectados. El garantizar los derechos humanos para todos y el eliminar las barreras legales que impiden el acceso a los servicios de VIH son medidas necesarias especialmente para los gays, lesbianas, bisexuales, personas transgéneros y otras minorías sexuales vulnerables.¹⁴⁹

5. Debido a que las tradiciones culturales están profundamente arraigadas en las sociedades y son temas extremadamente sensibles, los programas de VIH/SIDA deben utilizar puntos de entrada comunitarios para intervenciones enfocadas en lograr los cambios sociales.¹⁵⁰ Eso incluye la incorporación de los líderes comunitarios y religiosos como portavoces del cambio social.

6. En algunas comunidades hay una asociación predominante entre el VIH y los grupos en más alto riesgo como las/los trabajadoras/es sexuales, consumidores de drogas inyectables o camioneros. Existe la necesidad de redefinir los grupos en situación de riesgo tanto a nivel de programas como de políticas para así no darle un falso sentido de seguridad a las mujeres y hombres en la población general. Los enfoques de información, educación y comunicación deben tener como objetivo a las mujeres y niñas debido a que su acceso a la información ha sido tradicionalmente limitado.

7. Los programas y servicios de tratamiento del VIH deben desarrollarse de una manera participativa y deben incluir temas de género y sexualidad para responder así a las necesidades individuales de las comunidades. La preparación de las comunidades para los tratamientos ARV requiere del respeto de los derechos; apoyo a las personas para que usen efectivamente los medicamentos y la atención a la salud; y, la garantía que exista información accesible y apropiada. Información accesible significa que debe estar en un idioma que el usuario pueda entender. Los individuos necesitan información integral sobre el tratamiento para así garantizar su adherencia y el manejo efectivo de los efectos secundarios.

Imagen: Jóvenes durante una jornada de educación sexual y juego de roles sobre sexo seguro, Uganda © Richard Lord



7. Recursos Importantes

Género y VIH

- Banco Mundial, *Hombres jóvenes y la construcción de la masculinidad en el África Subsahariana: Implicaciones para el VIH/SIDA, conflicto y violencia*, 2005 (Inglés).
- Bridge, Institute of Development Studies, University of Sussex, *El género y el VIH/SIDA: Informe General*, 2002 (Inglés). www.ids.ac.uk
- Bridge, Institute of Development Studies, University of Sussex, *El género, la transmisión del VIH/SIDA y sus impactos: Una revisión de los asuntos y las evidencias*, 1998 (Inglés). <http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/re47c.pdf>
- Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA, *¡Oh! ¡Ella está infectada!: Mujeres, VIH y derechos humanos en la región del Asia y el Pacífico*, 2004 (Inglés). <http://www.icw.org>
- División para el Avance de la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas, *VIH/SIDA como un asunto de seguridad humana: Una perspectiva de género*, 2000 (Inglés). <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/kristoffersson.htm>
- División para el Avance de la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas, *Los aspectos de género de la pandemia del VIH/SIDA*, 2000 (Inglés). <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/matlinspence.html>
- Duffy L, *La Cultura y el contexto de la prevención del VIH en Zimbabwe rural: La influencia de la desigualdad de género*, *Journal of Transcultural Nursing*, 2005 Vol.16 (1): 23-31 (Inglés).
- ONUSIDA, *La Campaña Mundial contra el SIDA 2004: mujeres, muchachas, VIH y SIDA*, 2004 http://data.unaids.org/WAC/wac-2004_strategynote_es.pdf
- ONUSIDA, "Enfrentar el futuro juntos", *Informe del Grupo de trabajo sobre Mujeres, Niñas y VIH/SIDA en el Sur de África del Secretario General de las Naciones Unidas: Seis intervenciones urgentes que se necesitan para detener la prevalencia del VIH entre las mujeres y niñas*, 2004 (Inglés). http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/sgreport_facingfuture_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Integrando género en los programas de VIH/SIDA: Un Documento de Revisión*, 2003 (Inglés). <http://www.who.int/gender/documents/en/Integrating.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNGASS, *Género y la vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA en, Mujer y VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*, 2002. <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/GenderandHIV.pdf>
- Population Council, USA, *El Poder en las Relaciones Sexuales: La apertura del diálogo entre profesionales que trabajan en salud reproductiva: Ya no puede evitarse el asunto: El abordaje del poder en las relaciones sexuales es clave para combatir el VIH/SIDA*, 2001 (Inglés). <http://www.popcouncil.org/pdfs/power.pdf>
- Simpson A, *Hijos y Padres/de niños a hombres en el tiempo del SIDA: Aprendiendo Masculinidad en Zambia*, *Journal of Southern African Studies*, 2005 Vol.31(3): 569-86 (Inglés).
- Turmen, T, *Género y VIH/SIDA*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Sept 2003 Vol.82 (3): 411-8 (Inglés).
- USAID, *Los hombres y los Programas de Salud Reproductiva: Influenciando Normas de género*, 2003 (Inglés). http://www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf
- Wood, K, Jewkes, R, London School of Hygiene and Tropical Medicine *¿Juego Peligroso del Amor? Desafiando el machismo masculino*, 2002 (Inglés). <http://www.id21.org/society/insightsGVEart3.html>

Sexualidad y VIH/SIDA

- Altman, D, *Sexualidad y Globalización*, *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC* 2004 (Inglés). <http://caliber.ucpress.net/doi/pdf/10.1525/srsp.2004.1.1.63>
- Berger, J, *Re-Sexualizando la Epidemia: Deseo, riesgo y prevención del VIH*, Southern African Regional Poverty Network, 2004 (Inglés). http://sarpn.org.za/documents/d0001195/2-Re-sexualising_the_Epidemic-Jonathan_Berger.pdf
- Campbell CA, *Los roles masculinos y la sexualidad: Implicaciones para el riesgo de las mujeres al SIDA y para su prevención*, *Social Science and Medicine*, Vol.41(2):197-210, 1995 (Inglés).
- Institute of Development Studies (IDS), *Sexo por placer, derechos a la participación y alternativas al SIDA: Colocando a las minorías sexuales y/o disidentes en el desarrollo*, 2004 (Inglés). <http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp228.pdf>
- Kammerer N, Mason T, Connors M, *Las necesidades de salud y de servicios sociales de las personas transgénero en el con texto del riesgo al VIH*, 1999 (Inglés). http://www.symposion.com/ijt/hiv_risk/kammerer.htm
- ONUSIDA, *Hombres que tienen sexo con hombres, prevención y cuidado del VIH: Informe de una consulta de actores interesados*, 2006 (Inglés). http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/images/How_we_work/Prevention/JC1233-MSM-MeetingReport_en.pdf
- Reback CJ, Lombardi EL, *Comportamientos de riesgo de personas transgénero hombre-a-mujer en un programa comunitario de reducción del daño*, 1999 (Inglés). http://www.symposion.com/ijt/hiv_risk/reback.htm
- TREAT Asia, *Los HSH y el Riesgo del VIH/SIDA en Asia: ¿Qué está avivando la epidemia entre los HSH y cómo puede ser detenida?*, 2006 (Inglés). http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PUBLICATION/download_file/47.pdf
- The International HIV/AIDS Alliance, *Trabajando con hombres, respondiendo al SIDA: Género, sexualidad y VIH – Una colección de estudios de caso*, 2003 (Inglés). http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/wwm1103_working_with_men.pdf

Género, Sexualidad y VIH/SIDA: Factores Socio-Culturales

- Ackermann L, *Factores sociales que hacen a las mujeres Surafricanas vulnerables a la infección del VIH*, Health Care for Women International, Vol.23 (2):163-72, 2002 (Inglés).
- Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS, *Discriminación relacionada con el SIDA en Asia*, 2004 (Inglés). <http://www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf>
- Center for Women's Global Leadership y Program on International Health and Human Rights, *Acción acerca de la violencia basada en género y el VIH/SIDA: reuniendo la investigación, las políticas, los programas y la incidencia política*, 2007 (Inglés). <http://www.cwgl.rutgers.edu/globalcenter/policy/HIVAIDS/toronto.pdf>
- Comité de los Derechos del Niño, *VIH/SIDA y los derechos del niño, Comentario General No. 3*, Marzo, 2003. [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.2003.3.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.2003.3.Sp?OpenDocument)
- Engender Health, *Reduciendo el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA: Entrenamiento para trabajadores del sector salud*, 2004 (Inglés). http://www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/stigma/pdf/stigma_trainer.pdf
- Heintz AJ, Melendez RM, *La violencia de la pareja íntima y el riesgo de VIH/ITS entre lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero*, Journal of Interpersonal Violence, Vol.21(2):193-208, 2006 (Inglés).
- International Center for Research on Women (ICRW), *El estigma del VIH/SIDA: Encontrando soluciones para fortalecer los programas para el VIH/SIDA*, 2006 (Inglés). http://www.icrw.org/docs/2006_stigmasynthesis.pdf
- Kaye D, *Desigualdad de género y violencia doméstica: Implicaciones para la prevención del VIH*, African Health Science, Vol. 14 (1): 67-70, 2004 (Inglés).
- Koenig LJ, Moore J, *Mujeres, Violencia y VIH: Una evaluación crítica con implicaciones para los servicios del VIH*, Journal of Maternal Child Health, Vol. 4 (2): 103-9, 2000 (Inglés).
- Ogunjuigbe PO, Adeyemi EO, *El control sexual de las mujeres dentro de la unión conyugal: implicaciones para la infección del VIH/SIDA y su control en una ciudad metropolitana*, Demographic Research, Vol. 12: 29-50, 2005 (Inglés).
- ONUSIDA, *VIH y SIDA – Estigmatización, discriminación y negación: Formas, contextos y determinantes*, 2000. (Inglés).
- Organización Mundial de la Salud, *La violencia contra la Mujer y el SIDA*, 2000 (Inglés). <http://www.who.int/gender/violence/VAWhiv.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, YouthNet and Population Council, *Resultados adversos sociales y de salud de la coerción sexual: Experiencias de mujeres jóvenes en países en desarrollo: Los vínculos entre el embarazo prematuro por sexo forzado y estados de salud deficientes*, 2004 (Inglés). <http://www.popcouncil.org/pdfs/popsyn/PopulationSynthesis3.pdf>
- Save the Children Suecia, Oficina Regional para el sur y centro de Asia; UNIFEM del Sur de Asia; Instituto Promundo; The White Ribbon Campaign, y MASVAW, *Trabajando con niños y hombres para terminar la violencia contra las niñas, niños, mujeres y otros hombres con el fin de promover la igualdad de género*, 2007 (Inglés).
- Zierler S, Krieger N, *Reenmarcando el riesgo de las mujeres: Desigualdades sociales y la infección del VIH*, Annual Review of Public Health, Vol.18: 401-36, 1997 (Inglés).

Género, Sexualidad y VIH/SIDA: Factores Económicos

- Bandyopadhyay M, Thomas J, *La Vulnerabilidad a la infección del VIH de las mujeres trabajadoras migrantes en Hong Kong*, AIDS Care, Vol. 14(4): 509-21, 2002 (Inglés).
- Canadian International Development Agency (CIDA / ACDI), *Creando los vínculos: Respondiendo al VIH/SIDA y a las desigualdades de género en los programas de seguridad alimenticia y sustento rural*, 2005 (Inglés). http://icad-cisd.com/content/pub_details.cfm?ID=196&CAT=13&lang=e
- Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA, *Mujeres que viven con VIH, Pobreza y desigualdad de género*, 2004 (Inglés). http://www.icw.org/tiki-download_file.php?fileId=62
- International Center for Research on Women (ICRW), *Tener y mantener: Los derechos a la propiedad y hereditarios de la mujer en el contexto del VIH/SIDA*, 2004 (Inglés). http://www.icrw.org/docs/2004_paper_haveandhold.pdf
- Kerr-Pontes, LRS, González, F, Kendall, C, Leão, EMA, Távora, FR, Caminha, I, do Carmo, AM, França, MM, Aguiar, MH, *Prevención de la infección del VIH entre los grupos de las poblaciones migrantes en el Noreste de Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, 2004. (Portugués). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100050&lng=en&nrm=iso
- ONUSIDA, *El SIDA y los derechos de la mujer a la propiedad/hereditarios*, 2004 (Inglés)
- ONUSIDA, *El SIDA y la Educación de las niñas*, 2004 (Inglés)
- UNFPA, IPPF, Young Positive, *Cambio, Opción y Poder: Mujeres jóvenes, sustento y prevención del VIH*, 2007 (Inglés). http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/674_filename_change.pdf
- Voluntary Service Overseas, *El Género y el SIDA: Mujeres, hombres, empoderamiento y movilización*, 2003 (Inglés). http://www.vso.org.uk/Images/gendering_aids_tcm8-809.pdf

Género, Sexualidad y VIH/SIDA: Factores Políticos

- Amnistía Internacional, *Ruanda: "Marcados para Morir", Sobrevivientes de violaciones que viven con VIH/SIDA en Ruanda*, 2004 (Inglés). [http://web.amnesty.org/aidoc/aidoc_pdf.nsf/Index/AFR470072004ENGLISH/\\$File/AFR4700704.pdf](http://web.amnesty.org/aidoc/aidoc_pdf.nsf/Index/AFR470072004ENGLISH/$File/AFR4700704.pdf)
- Asamblea General de las Naciones Unidas, *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA*, Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), 2001.
- Banco Mundial, *Respuestas de Gobiernos Locales al VIH/SIDA: Un Manual*, 2003 (Inglés). <http://www.worldbank.org/urban/hiv aids/handbook/handbook.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la Observación general N° 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto)*, 1990 (E/1991/23). <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Shrc-gencom2001.html>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Comentario General 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 2002 (E/C. 12/2000/4). [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)
- Humanitarianinfo, *Directrices para intervenciones en escenarios de emergencia y el Proyecto Esfera: Carta Humanitaria y estándares mínimos para la respuesta a desastres*, 2nd edición, 2004 (Inglés). <http://www.humanitarianinfo.org>
- Institute for Democracy in South Africa (IDASA), *Parlamentarios, Políticas y el VIH/SIDA: Un estudio comparativo de 5 países Africanos*, 2006 (Inglés). <http://www.idasa.org>
- Kim JC, Martin LJ, Denny L, *Violación y Profilaxis después de la Exposición al VIH: Respondiendo a la doble epidemia en Sudafrica*, *Reproductive Health Matters*, 11(22):101-12, 2003 (Inglés).
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Educación para el tratamiento del VIH/SIDA: Un componente crítico de los esfuerzos para asegurar acceso universal a la prevención, tratamiento y cuidado*, 2006. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146120e.pdf>
- Save the Children, *VIH y Conflicto: Una Emergencia Doble*, 2002 (Inglés). <http://www.savethechildren.ca/alliance/resources/publications.html>
- UNICEF, *Luchando contra VIH/SIDA: estrategias para el éxito 2002-2005*, 2003 (Inglés). <http://www.unicef.org/aids/files/K37HIV-eng15.pdf>

Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Resumen mundial de la epidemia de VIH y de SIDA* (2006). http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/Epicore2006_27Oct06_sp.pdf
2. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (2006).
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Integrando el género en los programas de VIH/SIDA*, 2002.
4. *Ibid.*
5. ONUSIDA, *Hombres que tienen sexo con hombres, prevención y cuidados del VIH*, Informe de una consulta con entes interesados (2006).
6. Engender Health, *¿Qué es género?* <http://www.engenderhealth.org>
7. Rao Gupta, G, *Género, Sexualidad y VIH/SIDA: el Qué, el Por Qué y el Cómo*, Presentación durante sesión plenaria, XIII Conferencia Internacional sobre SIDA (AIDS2000), Durban, África del Sur (2002).
8. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Integrando el género en los programas de VIH/SIDA* (2002).
9. *Ibid.*
10. *Directrices sobre Género y Salud*, Sección 1, Capítulo 2. Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine. <http://www.liv.ac.uk/lstm/hsr/GG-1.html>
11. Rao Gupta, G, *Género, Sexualidad y VIH/SIDA: el Qué, el Por Qué y el Cómo*, Presentación durante sesión plenaria, XIII Conferencia Internacional sobre SIDA (AIDS2000), Durban, África del Sur (2002).
12. Naz Foundation International, *Desde las Líneas de Fuego* (2005-06).
13. Lawyers Collective, *Legislando una Epidemia: el VIH/SIDA en India* (2003).
14. Las personas transgénero son una categoría separada a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y no están incluidos dentro de los mismos.
15. ONUSIDA, *Guía operacional sobre género y VIH/SIDA: un enfoque de derechos humanos* (2005).
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Respondiendo a las perspectivas de género en la Prevención del VIH, Prevención del VIH Ahora*, Resumen del Programa no. 4 (2002).
17. Amnistía Internacional, *Mujeres, VIH/SIDA y Derechos Humanos*. <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGACT770842004>
18. Turmen, T, *Género y VIH/SIDA* 82 *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 411 (2003).
19. ONUSIDA, *Género y VIH/SIDA* (1998).
20. OMS, *Integrando el género en los programas de VIH/SIDA* (2002).
21. ONUSIDA, *Género y VIH/SIDA: Evaluando investigaciones y programas* (2002).
22. *Ibid.*
23. OMS, *Integrando el género en los programas de VIH/SIDA* (2002).

24. Rao Gupta, G, *Género, Sexualidad y VIH/SIDA: el Qué, el Por Qué y el Cómo*, Presentación durante sesión plenaria, XIII Conferencia Internacional sobre SIDA (AIDS2000), Durban, África del Sur (2002).
25. *Ibid.*
26. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), "*La Realidad del género y el VIH/SIDA*". <http://www.pepfarwatch.org/pubs/GenderHIV.pdf>
27. Population Council, *Las Implicaciones del matrimonio a temprana edad para las políticas del VIH/SIDA* (2004).
28. Kelly, L, *La Poligamia y el VIH/SIDA: un enfoque de salud y de derechos humanos* 31 Journal of Juridical Science 3 (sin fecha).
29. Deller Ross, S, citada en Kelly, L. *La Poligamia y el VIH/SIDA: un enfoque de salud y de derechos humanos* 31 Journal of Juridical Science 1 (sin fecha).
30. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 21: *La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, 13° período de sesiones, 1994, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 90 (1994) 13th Sess., para 14.
31. Kelly, L, *La Poligamia y el VIH/SIDA: un enfoque de salud y de derechos humanos* 31 Journal of Juridical Science 3 (sin fecha).
32. *Ibid.*
33. *Ibid.*
34. *Ibid.*
35. Bruce, J, *El Matrimonio de niños/as en el contexto de la epidemia del VIH*. <http://www.popcouncil.org/pdfs/Garland.pdf>
36. *Ibid.*
37. Demographic Health Surveys (DHS), 1996-2001, citado en International Center for Research on Women (ICRW), *El matrimonio de niños/as de acuerdo a los números*. <https://www.icrw.org/docs/facts/childmarriagefactsheet051204.pdf>
38. Population Council, *Análisis del Demographic Health Surveys (DHS)*, citado en *Ibid.*
39. Clark, B, *Dude, Protegiendo a las niñas contra el VIH/SIDA: El caso contra el matrimonio de niños, niñas y adolescentes* (2005), citado en supra nota Error! Bookmark not defined.
40. Bruce, J, *El matrimonio de niños/as en el contexto de la Epidemia del VIH*. <http://www.popcouncil.org/pdfs/Garland.pdf>
41. Population Council, *Las implicaciones del matrimonio a temprana edad para las políticas del VIH/SIDA* (2004).
42. World Population Foundation, *Poniendo fin al Matrimonio de niños/as* (2006). http://www.wpf.org/documenten/20061215_StatCSW_CMarrWPFIEU.pdf
43. Bruce, J, *El Matrimonio de niños/as en el contexto de la Epidemia del VIH*. <http://www.popcouncil.org/pdfs/Garland.pdf>
44. Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service (SAFAIDS), *Hombres y VIH en Zimbabue*, citado en Chirawu, Sylvia *Hasta que la Muerte nos separe: Matrimonio, VIH/SIDA y el derecho en Zimbabue* (2006) 13 Cardozo J.L. & Gender 23 at 31.
45. Naz Foundation International, *Desde las Líneas de Fuego* (2005-06).
46. *Ibid.*, 30.
47. Human Rights Watch, *Una dosis de realidad: Los derechos de la Mujer en la lucha contra el VIH/SIDA* (2005). <http://hrw.org/english/docs/2005/03/21/africa10357.htm>
48. UNFPA y el Banco Mundial, *La Mutilación Genital Femenina/Corte en Somalia* (2004). http://siteresources.worldbank.org/INTSOMALIA/Data%20and%20Reference/20316684/FGM_Final_Report.pdf
49. *Ibid.*
50. Amnistía Internacional, *Mujeres, VIH/SIDA y Derechos Humanos*. <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGACT770842004>
51. *Ibid.*
52. *Ibid.*
53. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA y la OMS: Serie de Boletines Informativos, Número 1, *La violencia contra la Mujer y el VIH/SIDA: una intersección crítica: La violencia de la pareja íntima y el VIH/SIDA*. <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>
54. Maman S, Mbwanjo JK, Hogan NM, et al., *Las mujeres que viven con VIH reportan más violencia que sus parejas: Resultados obtenidos en una clínica de consejería y pruebas voluntarias en Dar es Salaam, Tanzania* 92(8) American Journal of Public Health 1331-1337 (2002); Van der Straten A, King R, Grinstead O, et al., *Coerción Sexual, violencia física y la infección del VIH entre mujeres en relaciones estables en Kigali, Rwanda* 2(1) AIDS and Behavior 61-73 (1998); Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, et al., *La Violencia basada en el género, las relaciones de poder y el riesgo de infección entre las mujeres que asistieron a clínicas prenatales en Sur África* 363 (9419) The Lancet 1415-1421 (2004).
55. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 19: *La violencia contra la mujer*, 11° período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 84 (1994).
56. *Ibid.*, Párr. 6.
57. *Ibid.*, Párr. 10.
58. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA y la OMS: Serie de Boletines Informativos, Número 1, *La violencia contra la Mujer y el VIH/SIDA: una intersección crítica: La violencia de la pareja íntima y el VIH/SIDA*. <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>
59. Turmen, T, *Género y VIH/SIDA* 82 International Journal of Gynecology and Obstetrics 412 (2003).
60. Pettifor AE, Measham D, Rees H, y Padian N, *Poder Sexual y el riesgo al VIH, Sur África*, 10(11) Emerging Infectious Diseases 1996-2004 (2004).
61. Human Rights Watch, *Sólo muere calladamente: La violencia doméstica y la vulnerabilidad de la mujer al VIH en Uganda* (2003).
62. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA y la OMS: Serie de Boletines Informativos, Número 1, *La violencia contra la Mujer y el VIH/SIDA: una intersección crítica: La violencia contra la pareja íntima y el VIH/SIDA*. <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>
63. Martin S, Kilgallen B, Tsui AO et al., *Comportamientos sexuales y resultados de salud reproductiva asociados con el abuso marital en India* 282 (20) JAMA 1967-1972 (1999), citado en in Rao Gupta, G., *Género, Sexualidad y VIH/SIDA: el Qué, el Por Qué y el Cómo*, Presentación durante sesión plenaria, XIII Conferencia Internacional sobre SIDA (AIDS2000), Durban, África del Sur (2002). http://www.icrw.org/docs/Durban_HIVAIDS_speech700.pdf
64. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA y la OMS: Serie de Boletines Informativos, Número 1, *La violencia contra la Mujer y el VIH/SIDA: una intersección crítica: La violencia contra la pareja íntima y el VIH/SIDA*. <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>

65. Turmen, T *Género y VIH/SIDA* 82 International Journal of Gynecology and Obstetrics 413 (2003).
66. ONUSIDA, *Módulo sobre Género y SIDA: Prácticas Óptimas/Programas que funcionan*. http://data.ONUSIDA.org/Topics/Gender/ModulesTableofContents_en.pdf
67. Onyango-Ouma, W, Birungi H, y Scott G, "Entendiendo los riesgos del VIH/ITS y las necesidades de prevención de los hombres que tienen sexo con hombres en Nairobi, Kenia" (2005).
68. Naz Foundation International, *Desde las Líneas de Fuego* (2005-06).
69. *Ibid.*
70. Human Rights Watch, *Odiado hasta la Muerte: Homofobia, Violencia y la epidemia del VIH/SIDA en Jamaica*. <http://hrw.org/reports/2004/jamaica1104/index.htm>
71. *Ibid.*
72. *Ibid.*
73. *Ibid.*
74. International Center for Research on Women (ICRW), *Común en su núcleo: El estigma relacionado con el VIH: a través de los contextos* (2005).
75. *Ibid.*
76. *Ibid.*
77. De Bruyn T, *Estigma y Discriminación relacionados con el VIH- La Epidemia continúa* 7(1) Canadian HIV/AIDS Policy Law Review 8.
78. *Ibid.*
79. ONUSIDA, *Un marco conceptual y bases para la acción: Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA* (2002).
80. *Ibid.*
81. International Council on Social Welfare, *El Cambio de la religión en un mundo afectado por el VIH/SIDA* (2004).
82. Agadjanian, V., *Género, participación religiosa y la prevención del VIH/SIDA en Mozambique* Journal of Social Science and Medicine (2005).
83. *Ibid.*
84. FHI y ONUSIDA, (adaptado) *Colección de las Prácticas Óptimas en Prevención* (Estudio de Caso 11) (2001).
85. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA (2006).
86. *Ibid.*
87. Bachmann, MO y Booyesen, FLR, *VIH/SIDA y Pobreza: Evidencias de un estudio del impacto en hogares, conducido en la Free State Province, en Sur África* (2002); Bhargava, PK y Satihal, *La Pobreza vincula al VIH como una determinante de la Mortalidad: Evidencias de un estudio comunitario en Karnataka, India* (2005).
88. Comité Ejecutivo de Asuntos Económicos y Sociales, *Desarrollo Poblacional y VIH/SIDA con un énfasis particular en la Pobreza* (2005).
89. Turmen, T *Género y VIH/SIDA* 82 International Journal of Gynecology and Obstetrics 418 (2003).
90. George, A y Jaswal, S, *Entendiendo la sexualidad: un estudio etnográfico sobre mujeres pobres en Bombay*, ICRW (1995). Citado en ONUSIDA, *Género y VIH/SIDA: Evaluando investigaciones y programas* (1999).
91. Grupo de trabajo sobre Mujeres, Niñas y VIH/SIDA en el Sur de Afrecha del Secretario General de las Naciones Unidas, *Enfrentar el futuro juntos*. Citado en Amnistía Internacional, *Mujeres, VIH/SIDA y Derechos Humanos*. <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGACT770842004>
92. Brockerhoff, M y Biddlecom, AE, *Migración, Comportamiento Sexual y el riesgo del VIH en Kenia* 33(4) International Migration Review 833-856 (1999); Hirsch, Jennifer S, Higgins J, Bentley ME y Nathanson, CA, *La Construcción Social de la Sexualidad: Infidelidad Marital y Enfermedades de Transmisión Sexual – El Riesgo del VIH en la Comunidad emigrante Mexicana* 92(8) American Journal of Public Health 1,227-1,237 (2002); Yang X., *Migración Temporal y la Propagación del ITS/VIH en China: ¿Existe una Conexión?* (2004).
93. ONUSIDA, *Movilidad de la Población y VIH* (2001).
94. Wolfers, I, Fernandez I, Verghis S y Vink M, *Comportamiento Sexual y vulnerabilidad a la infección del VIH de los trabajadores emigrantes* 4 (4) Culture, Health and Sexuality 459-473 (2002).
95. Yang, X y Xia, G, *Género, Migración, Sexo Riesgoso e Infección del VIH en China* 37(4) Studies in Family Planning 241-250 (2006).
96. *Ibid.*
97. Adaptado de *Ibid.*
98. Rao Gupta, G, *Globalización, Mujeres y la Epidemia del VIH/SIDA* 16(1) Peace Review 79-83 (2004).
99. *Ibid.*
100. Basett M, Sherman J, International Centre for Research on Women, *El Comportamiento Sexual femenino y el riesgo de infección por VIH: Un estudio Etnográfico en Harare, Zimbabue* (1994).
101. Rao Gupta G, *Globalización, Mujeres y la Epidemia del VIH/SIDA* 16(1) Peace Review 79-83 (2004).
102. Yang, X y Xia, G, *Género, Migración, Sexo Riesgoso e Infección del VIH en China* 37(4) Studies in Family Planning 241-250 (2006).
103. Rao Gupta, G., *Globalización, Mujeres y la Epidemia del VIH/SIDA* 16(1) Peace Review 79-83 (2004).
104. Fan, C, *Migración rural-urbana y la división de labores basada en el género en la China en transición* 27(1) International Journal of Urban and Regional Research 24-47 (2003).
105. ICASO y el FXB Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos en Síntesis* (2005).
106. Global HIV Prevention Working Group, *Acceso a la Prevención del VIH* (2003).
107. Human Rights Watch, *Día Mundial del SIDA 2006: La Ideología triunfa sobre la Acción mientras la Epidemia empeora* (2006). <http://hrw.org/english/docs/2006/12/01/global14688.htm>
108. *Ibid.*
109. *Ibid.*
110. *Ibid.*
111. Human Rights Watch, *Entre menos saben, mejor. Programas de VIH/SIDA en Uganda basados sólo en la abstinencia* (2005). <http://hrw.org/reports/2005/uganda0305/index.htm>
112. ONUSIDA, *Género y VIH/SIDA: Evaluando investigaciones y programas* (2002).
113. *Ibid.*
114. Lawyers Collective, *Legislando una Epidemia: el VIH/SIDA en India* (2003).

115. Bondyopadhyay, A, Naz Foundation, *Una Perspectiva desde India: La Homosexualidad se mantiene criminalizada por una ley colonial de mitad del siglo 19*. Discurso durante el Panel Internacional Rompiendo la Camisa de Fuerza "cultural": ¿Por qué la orientación sexual y la identidad de género son asuntos en la agenda del sur global? (Geneva 2004). <http://www.ilga.org/print.asp?LanguageID=1&FileCategoryID=44&FileID=64&ZoneID=3&>
116. Naz Foundation International, *¿Eres un 'hombre que tiene sexo con otros hombres (HSH)? ¿Conoces tus Derechos? Conoce tus derechos – India*. Documento Informativo No. 9 (2003). <http://nfi.net/NFI%20Breifing%20Papers/know%20your%20rights.doc>
117. Lawyers Collective, *Legislando una Epidemia: el VIH/SIDA en India* (2003).
118. *Ibid.*
119. *Ibid.*
120. Pukaar, Sección 377: Código Penal de India (2004).
121. *Ibid.*
122. *Ibid.*
123. Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO), *Monitoreo y Evaluación a nivel comunitario. Implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS sobre VIH/SIDA* (2006).
124. La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA y la OMS: Serie de Boletines Informativos, Número 1, *La violencia contra la Mujer y el VIH/SIDA: una intersección crítica: La violencia de la pareja íntima y el VIH/SIDA* (2004). <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>
125. *Ibid.*
126. *Ibid.*
127. *Ibid.*
128. WHO, *Directrices para el cuidado médico- legal de víctimas de violencia sexual* (2003).
129. ONUSIDA, *Módulos Género y SIDA*. http://data.ONUSIDA.org/Topics/Gender/Modules/TableofContents_en.pdf
130. OMS, *Integrando el género en los programas de VIH/SIDA, 2002*
131. *Ibid.*
132. ONUSIDA, *Hombres que tienen sexo con hombres, prevención y cuidados del VIH*, Informe de una consulta con entes interesados (2006).
133. El derecho de todos a la salud fue promulgado como un valor fundamental de la Constitución de la OMS en su creación en 1946. Este derecho también está consagrado bajo el Artículo 25(1) de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos de los Niños y el Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
134. Renovando nuestras voces: Código de prácticas recomendadas para las intervenciones de las ONGs contra el VIH/SIDA (Versión preliminar en español).
135. OMS, *Integrando el género en los programas de VIH/SIDA* (2002).
136. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (2006).
137. *Ibid.*
138. *Association de lutte contre le SIDA (ALCS), Monitoreo de la Implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS sobre VIH/SIDA: Informe de país-Marruecos* (2005).
139. Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO), *Monitoreo a nivel país de la Implementación de la Declaración de Compromiso adopta da durante la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA* (2004).
140. NAZ Foundation International, *El impacto de los impedimentos sociales, legales y judiciales en la promoción de la salud sexual, al cuidado del VIH/SIDA y el apoyo para hombres que tienen sexo con hombres en Bangladesh e India* (2005).
141. UNFPA, UNIFEM, y ONUSIDA, *Género, VIH y Derechos Humanos: Un Manual de Entrenamiento* (2000).
142. *Ibid.*
143. *Ibid.*
144. <http://www.icw.org>
145. Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO), *Monitoreo a nivel país de la Implementación de la Declaración de Compromiso adopta da durante la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA* (2004).
146. Organización de las Naciones Unidas, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, A/CONF.177/20 (1995) y A/CONF.177/20/Add.1 (1995). También ver Párrafo 108 para más detalles. <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>
147. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Género y VIH Resultados y Recomendaciones*. <http://www.et.undp.org/hiv/genderHIV09.091.pdf> (sin fecha).
148. *Ibid.*
149. ONUSIDA, *Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH, Hacia el Acceso Universal* (2007).
150. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Género y VIH Resultados y Recomendaciones*.

Este documento es un recurso para ONGs y OBCs con el fin de mejorar los conocimientos sobre como el género y la sexualidad determinan la vulnerabilidad al VIH. Este documento también destaca las principales declaraciones, tratados y recomendaciones en materia de derechos humanos que pueden ser utilizadas por individuos o asociaciones para hacer incidencia política por sus derechos y para lograr que los encargados de la toma de decisiones asuman la responsabilidad de sus compromisos.

Este documento es un resumen de una revisión bibliográfica de la literatura que examina los factores que contribuyen a la vulnerabilidad y al riesgo de infección de hombres, mujeres y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Aun cuando otras minorías sexuales, como las personas transgénero, son igualmente vulnerables al VIH, su situación está fuera del alcance de esta guía.



ICASO International Council of
AIDS Service Organizations

International Secretariat
65 Wellesley Street E., Suite 403
Toronto, Ontario, Canada M4Y 1G7
t: +1 416 921 0018 f: +1 416 921 9979
icaso@icaso.org www.icaso.org