

Defensa de los derechos humanos | Mujeres que viven con el VIH/SIDA | Personal de enfermería | Voluntad política | Sobrevivientes de la violencia | Jóvenes
Datos desagregados por género | Mujeres y niñas | Sanadores tradicionales | Cálculos de costos fijos | Hombres y niños | Parlamentarios | Conciencia
pública | Familias | Investigadores | Colaboración multisectorial | Comunidades | Universidades | Integración de servicios | Iglesias | Movimientos sociales
Participación de hombres y niños | Mezquitas | Patriarcado | Liderazgo de las personas más afectadas y vulnerable | Templos | Desigualdad de género
Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva | Gobiernos nacionales | Acceso a la educación | Agencias de las Naciones Unidas | Misoginia | Escuelas
seguras | Tribunales | Mayor participación política y toma de decisiones por parte de la mujer | Escuelas | Seguridad económica | Hospitales/Centros de salud
Derechos a la tierra | Centros de ayuda a víctimas de violación | Derechos de herencia | Policía | Pobreza | Acceso a tratamiento por consumo de drogas y a
programas de reducción de daños | Ejército | Racismo | Derechos de las personas con discapacidad | Trabajadores sociales | Guerra/conflict | Programación
integral para la prevención | Artistas | Abuso sexual infantil | Acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento | Acceso a medicamentos
Activistas | Fundamentalismos | Medios de comunicación | Inseguridad alimentaria y de agua | Acceso a la atención de salud física y mental | Personal
docente | Homofobia | Vivienda digna | Prácticas y costumbres dañinas | Alimentación/nutrición de calidad | Líderes espirituales | Estigma y discriminación
Cuidado infantil gratuito o de bajo costo | Gobiernos locales | Empleadores | Acceso al transporte gratuito o de bajo costo | Trabajadores(as) sexuales | Apatía
Condonación de la deuda | Trata y coacción de trabajadores | Personal médico | Reformas a las políticas del FMI y del Banco Mundial | Consumo de drogas
inyectables | Alcoholismo | Falta de vivienda digna | Defensa de los derechos humanos | Mujeres que viven con el VIH/SIDA | Personal de enfermería | Voluntad
política | Sobrevivientes de la violencia | Jóvenes | Datos desagregados por género | Mujeres y niñas | Sanadores tradicionales | Cálculos de costos fijos
Hombres y niños | Parlamentarios | Conciencia pública | Familias | Investigadores | Colaboración multisectorial | Comunidades | Universidades | Integración
de servicios | Iglesias | Movimientos sociales | Participación de hombres y niños | Mezquitas | Patriarcado | Liderazgo de las personas más afectadas y vulne
rable | Templos | Desigualdad de género | Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva | Gobiernos nacionales | Acceso a la educación | Agencias d
las Naciones Unidas | Misoginia | Escuelas seguras | Tribunales | Mayor participación política y toma de decisiones por parte de la mujer | Escuelas | Segur
dad económica | Hospitales/Centros de salud | Derechos a la tierra | Centros de ayuda a víctimas de violación | Derechos de herencia | Policía | Pobreza
Acceso a tratamiento por consumo de drogas y a programas de reducción de daños | Ejército | Racismo | Derechos de las personas con discapacidad
Trabajadores sociales | Guerra/conflict | Programación integral para la prevención | Artistas | Abuso sexual infantil | Acceso universal a la prevención, l
atención y el tratamiento | Acceso a medicamentos | Activistas | Fundamentalismos | Medios de comunicación | Inseguridad alimentaria y de agua | Acces
a la atención de salud física y mental | Personal docente | Homofobia | Vivienda digna | Prácticas y costumbres dañinas | Alimentación/nutrición de calidad
Líderes espirituales | Estigma y discriminación | Cuidado infantil gratuito o de bajo costo | Gobiernos locales | Empleadores | Acceso al transporte gratuito
o de bajo costo | Trabajadores(as) sexuales | Apatía | Condonación de la deuda | Trata y coacción de trabajadores | Personal médico | Reformas a las política
del FMI y del Banco Mundial | Consumo de drogas inyectables | Alcoholismo | Falta de vivienda digna | Defensa de los derechos humanos | Mujeres que vive
con el VIH/SIDA | Personal de enfermería | Voluntad política | Sobrevivientes de la violencia | Jóvenes | Datos desagregados por género | Mujeres y niñas
Sanadores tradicionales | Cálculos de costos fijos | Hombres y niños | Parlamentarios | Conciencia pública | Familias | Investigadores | Colaboración multisec
torial | Comunidades | Universidades | Integración de servicios | Iglesias | Movimientos sociales | Participación de hombres y niños | Mezquitas | Patriarcado
Liderazgo de las personas más afectadas y vulnerable | Templos | Desigualdad de género | Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva | Gobierno
nacionales | Acceso a la educación | Agencias de las Naciones Unidas | Misoginia | Escuelas seguras | Tribunales | Mayor participación política y toma d
decisiones por parte de la mujer | Escuelas | Seguridad económica | Hospitales/Centros de salud | Derechos a la tierra | Centros de ayuda a víctimas
de violación | Derechos de herencia | Policía | Pobreza | Acceso a tratamiento por consumo de drogas y a programas de reducción de daños | Ejército | Racism
Derechos de las personas con discapacidad | Trabajadores sociales | Guerra/conflict | Programación integral para la prevención | Artistas | Abuso sexu
infantil | Acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento | Acceso a medicamentos | Activistas | Fundamentalismos | Medios de comunicació
Inseguridad alimentaria y de agua | Acceso a la atención de salud física y mental | Personal docente | Homofobia | Vivienda digna | Prácticas y costumbre
dañinas | Alimentación/nutrición de calidad | Líderes espirituales | Estigma y discriminación | Cuidado infantil gratuito o de bajo costo | Gobiernos locales
Empleadores | Acceso al transporte gratuito o de bajo costo | Trabajadores(as) sexuales | Apatía | Condonación de la deuda | Trata y coacción de traba
jadores | Personal médico | Reformas a las políticas del FMI y del Banco Mundial | Consumo de drogas inyectables | Alcoholismo | Falta de vivienda digna
Defensa de los derechos humanos | Mujeres que viven con el VIH/SIDA | Personal de enfermería | Voluntad política | Sobrevivientes de la violencia | Jóvene
Datos desagregados por género | Mujeres y niñas | Sanadores tradicionales | Cálculos de costos fijos | Hombres y niños | Parlamentarios | Conciencia

¡Es nuestro deber!

Poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA

Una revisión de algunas de las prácticas promisorias para abordar la “intersección”

Este informe titulado *¡Es nuestro deber!* fue escrito por Jacqui Patterson, con aportes de Nazneen Damji, Deborah McKinney, Neelanjana Mukhia y Everjoice Win. Jenny Drezin se encargó de una segunda redacción y edición.

La elaboración tipográfica, el diseño y la diagramación estuvieron a cargo de Eunice Corbin Designs y Lisa Moore de RedBone Press.

Agradecemos a UNIFEM y a ActionAid por la valiosa información y el apoyo ofrecido durante la elaboración y la revisión de esta publicación.

- En UNIFEM: a Suneeta Dhar, Matilda Gomez-Perez, Isha Nirola, Maham Hai y Sunita Vyavaharkar.
- En ActionAid: a Emma Greenbaum, Karen Hansen-Kuhn y Peter O'Driscoll.

El informe fue traducido al español por Gretta K. Siebentritt y Roberto Prado. La edición de la versión en español fue realizada por Claudia Briones Smith.

Finalmente, deseamos expresar nuestro agradecimiento especial a todos los profesionales y expertos incluidos en este documento por su tiempo y compromiso con este proyecto.

¡Es nuestro deber! es una publicación conjunta del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer y ActionAid, con fecha de noviembre 2009

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer



Trabajando por el empoderamiento
de la mujer y la igualdad de género

UNIFEM, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, brinda asistencia técnica y financiera a programas y estrategias innovadoras que promueven el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género. UNIFEM centra sus actividades en cuatro áreas estratégicas: reducir la pobreza y la exclusión de las mujeres, eliminar la violencia contra las mujeres, erradicar la propagación del VIH/SIDA entre las mujeres y las niñas, y apoyar el ejercicio de liderazgo de las mujeres en la gestión pública democrática, tanto en tiempos de paz como de guerra.

act:onaid

ActionAid es una agencia internacional de lucha contra la pobreza que trabaja en 50 países, con el fin de erradicar la pobreza y la injusticia.

Índice

Resumen Ejecutivo	4
Introducción:	
Haciendo frente a las pandemias interrelacionadas del VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas	7
Capítulo 1. ¿Cómo se identifica una práctica “promisoria” para abordar la intersección?	10
Capítulo 2. Estableciendo comunidades de apoyo	13
Los hombres como aliados: Sonke Gender Justice, Sudáfrica	13
La creación de redes de apoyo en India, familia por familia	16
Radiodifusión para transformar la cultura comunitaria: Equal Access, Nepal	17
Capítulo 3. La participación de los grupos marginados	19
Intervenciones con mujeres de color en el seno de sus comunidades: Criola Brasil	20
Incidencia nacional y una hermandad en el ámbito internacional: Women of Color United (WOCU), Estados Unidos	21
Empoderando a la juventud: el programa Girls Power Initiative, Nigeria	22
Capítulo 4. El desarrollo de un enfoque integral más allá del sector de salud	24
Ofreciendo un apoyo integral: El Nairobi Women’s Hospital, Kenia	25
La creación de protocolos para abordar la intersección: FEIM, Argentina	27
Capítulo 5. Exigiendo la rendición de cuentas de formuladores de políticas	29
Construyendo alianzas entre movimientos: La campaña “Las mujeres no esperamos”	30
Desarrollando un marco de derechos en comunidades rurales: CIRDDOC, Nigeria.	32
Conclusión	34
Notas	37
Anexo	41

Resumen Ejecutivo

La violencia contra las mujeres y las niñas (VCMN), junto con el VIH/SIDA, constituyen dos de los principales peligros que atentan contra la salud, el bienestar y la productividad de la mujer en el mundo. Las amenazas y la violencia limitan la capacidad de las mujeres para negociar relaciones sexuales seguras o para controlar los términos de las mismas. Además, las mujeres y las niñas son entre dos y cuatro veces más vulnerables que los hombres a contraer el VIH en un encuentro sexual sin protección, debido tanto a su fisiología sexual, que las expone a un mayor riesgo de sufrir lesiones, como a una mayor probabilidad de experimentar un contacto sexual violento y coactivo¹.

Asimismo, ya que los prejuicios relacionados con el VIH pueden manifestarse en formas violentas, las mujeres seropositivas suelen experimentar mayores índices de violencia que otras mujeres². De hecho, las amenazas contra la seguridad de la mujer, ya sean reales o percibidas, pueden incidir en su decisión de hacerse o no la prueba del VIH, y, de revelar los resultados. El temor a la violencia, la discriminación, el abandono y la pérdida de su sustento económico son algunos de los factores que se citan con frecuencia como obstáculos para que las mujeres conozcan su condición con respecto al VIH. Y esta falta de conocimiento, a su vez, dificulta que las mujeres que viven con el VIH reciban el tratamiento, la atención y el apoyo que necesitan.

Debido a que la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA son pandemias que se refuerzan mutuamente, la necesidad y la posibilidad de identificar enfoques integrales que aborden los vínculos entre ambos fenómenos son cada vez más evidentes. Sin embargo, a la fecha, todavía no se han desarrollado este tipo de estrategias a gran escala. Los activistas, defensores y comunidades que participan en la lucha contra el VIH/SIDA y la VCMN apenas están comenzando a explorar estrategias en común. El presente informe extrae algunos de los elementos fundamentales que se deben tomar en cuenta en la elaboración de tales estrategias, al destacar el trabajo de diversas organizaciones que abordan las dos pandemias desde la óptica de los derechos humanos y de género a través de enfoques que potencian a los sectores marginados de la sociedad, promueven el protagonismo de la comunidad, fortalecen las capacidades de la sociedad civil, fomentan la integración intersectorial, y facilitan alianzas entre los activistas que trabajan en los ámbitos del VIH/



Gideon Mendel/Corbis/ActionAid País: Nigeria

La educadora seropositiva Aderonke Afolabi dirige un taller educativo sobre el SIDA para docentes en Lagos. Aderonke es una de las pocas personas que ha revelado públicamente su condición seropositiva en Nigeria, un país en el que la prevalencia del virus asciende a más del 5 por ciento de la población adulta.

SIDA y de la VCMN.

¡Es nuestro deber! se ha estructurado en función de cuatro amplias estrategias para abordar los vínculos entre ambos fenómenos, tales como: la movilización social en el ámbito comunitario para transformar las normas de género dañinas; la participación de los grupos marginados que, por lo general, son más susceptibles a las dos pandemias; el desarrollo de enfoques integrales de atención y apoyo; y una labor de incidencia orientada a exigir una mayor rendición de cuentas por parte de las agencias de cooperación y de los encargados de la formulación de políticas. En su conjunto, estas estrategias no sólo ofrecen lecciones o prácticas promisorias a las demás organizaciones, sino que también resaltan la necesidad de realizar evaluaciones formales de las distintas iniciativas a fin de adquirir un mejor conocimiento y fortalecer su impacto.

Mediante el primer enfoque estratégico se promueve la participación de distintos grupos comunitarios en procesos dirigidos a cambiar las normas de género dañinas. El informe ofrece una reseña de la labor de diversas organizaciones, entre ellas Sonke Gender Justice de Sudáfrica, MILANA de India, y Equal Access de Nepal, que trabajan de forma activa para que las comunidades reconozcan su propio papel en las dinámicas que contribuyen a mantener e incluso a promover la violencia y el VIH/SIDA. Al hacer énfasis en el protagonismo de todos los miembros de la comunidad en

“La violencia constituye un factor crítico en el aumento de la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección del VIH.”

los esfuerzos por poner fin a las pandemias, estas organizaciones buscan fomentar comunidades en las que no se tolere la violencia y las mujeres y las niñas que viven con el VIH/SIDA reciban el apoyo necesario para una vida segura y productiva.

El segundo enfoque del presente informe se centra en la forma en que la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia y al VIH/SIDA está arraigada no sólo en las desigualdades de género, sino también en las disparidades sociales por motivos de raza, clase social, grupo étnico, edad, orientación sexual u otros factores. En su labor con grupos que resultan afectados de forma desproporcionada por ambas pandemias, organizaciones tales como Criola de Brasil, Women of Color United de los Estados Unidos y Girls Power Initiative de Nigeria, abordan las múltiples formas de discriminación y marginación que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas ante la violencia y el VIH/SIDA.

La tercera estrategia se dirige al desarrollo de enfoques integrales, vinculando las respuestas del sector de salud ante la violencia y el VIH/SIDA con servicios sociales integrales.

El Hospital de Mujeres en Nairobi—una institución que dispone de una amplia gama de servicios centralizados para las sobrevivientes de la violencia sexual—ofrece un ejemplo de un enfoque de derechos en servicios de salud, brindando tratamiento gratuito y otros tipos de apoyo a las mujeres que han experimentado violencia y que posiblemente hayan sido expuestas al VIH. Sus servicios van desde la asesoría para denunciar los casos ante las autoridades pertinentes hasta el apoyo necesario para acceder a una atención a más largo plazo. Por su parte, la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), de Argentina, ha logrado incorporar protocolos relativos a la VCMN y al VIH/SIDA en las prácticas estándar de atención médica. Ambas organizaciones utilizan los servicios de salud como un punto de acceso para responder de forma integral al impacto que originan ambas pandemias en las mujeres y las niñas pobres.

Con la última estrategia, se resalta la importancia de exigir la rendición de cuentas por parte de los formuladores de políticas en relación a las acciones dirigidas a abordar los vínculos existentes entre las dos pandemias. Ya sea por medio de la investigación, la sistematización de datos o los

programas de capacitación para mujeres seropositivas las organizaciones aquí descritas, entre ellas la campaña internacional “Las mujeres no esperamos” y CIRDDOC de Nigeria, promueven la adopción de políticas de VIH/SIDA con perspectiva de género a todos los niveles de toma de decisiones. Estas organizaciones abogan por una mayor asignación de fondos para los programas dirigidos a abordar los vínculos entre la VCMN y el VIH/SIDA y por la participación de organizaciones de mujeres en el diseño y la ejecución de los mismos.

¡Es nuestro deber! representa un primer esfuerzo orientado a destacar los conocimientos, las capacidades institucionales y los recursos necesarios para responder a las intersecciones entre el VIH/SIDA y la VCMN de forma integral. El documento tiene como propósito fomentar el debate y la colaboración entre profesionales técnicos y defensores de distintos sectores en torno a la identificación y promoción de políticas y prácticas eficaces que puedan adaptarse en distintos contextos. Entre las múltiples sugerencias que se podrían extraer de las ‘prácticas promisorias’ destacadas



Anusuya, 31 años, afiliada a MILANA. Al igual que su hija de 13 años, Anusuya, ha sido seropositiva durante cinco años. Karnataka, India. 27 de marzo del 2008

Srikanth Kolari/ActionAid Fecha de creación del original: 27 de marzo del 2008
País: India

en el presente informe, se priorizan cinco recomendaciones fundamentales.

La primera recomendación destaca la necesidad de promover una mayor investigación para la identificación y evaluación de estrategias eficaces para responder a la intersección y para documentar las lecciones aprendidas. Como una segunda recomendación, y con el propósito de facilitar este tipo de investigaciones, se sugiere fortalecer la recopilación y la difusión de datos nacionales e internacionales relativos a la violencia contra las mujeres y las niñas, el VIH/SIDA y los vínculos entre ambos fenómenos. Los defensores deben centrar su atención en la utilización estratégica de tales investigaciones, datos y protocolos, como medio para exigir que los órganos encargados de la formulación de políticas rindan cuentas sobre la eficacia de los programas dirigidos a responder a estos vínculos. En tercer lugar, en vista que los hospitales y los centros de salud constituyen importantes fuentes de datos sobre ambas pandemias, una aplicación más amplia de protocolos estándares, junto con una capacitación adecuada del personal de salud, podrían ser importantes herramientas para sensibilizar y fortalecer la capacidad en torno a la intersección entre la VCMN y el VIH/SIDA. Como cuarto punto, los activistas y los defensores de ambos campos deberán redoblar esfuerzos para hacer partícipes a los grupos marginados, incluidas las minorías raciales y sexuales, al igual que a las mujeres jóvenes, en los lugares donde viven, trabajan y se divierten.

La última recomendación del presente informe resalta la importancia de la movilización dentro de las comunidades. Pese a que las mujeres y las niñas son las poblaciones más susceptibles al VIH precisamente por su condición de marginación, las mismas tienen menos posibilidades de acceder a los servicios preventivos, al tratamiento, a la atención y al apoyo que necesitan. Para que las estrategias mencionadas anteriormente sean eficaces, es necesario contar con la participación de diversos sectores estratégicos de la comunidad, desde los hombres y las familias hasta los dirigentes tradicionales y religiosos y las autoridades locales. Es imprescindible lograr la participación, apropiación y compromiso de una amplia gama de actores comunitarios para hacer frente al estigma y la discriminación asociados con la VCMN y el VIH/SIDA.

Introducción:

Haciendo frente a las pandemias interrelacionadas del VIH/SIDA y de la violencia contra las mujeres y las niñas

En todas partes del mundo, las mujeres y las niñas sufren las consecuencias devastadoras de la intersección entre la violencia y el VIH/SIDA. Si bien es cierto que cualquiera de estas dos amenazas ya representa un reto suficientemente grande, en muchos casos ambas van de la mano. Ya sea en el ámbito público o privado, en tiempos de paz o de conflicto, en situaciones de epidemias generalizadas o focalizadas, la violencia contribuye dramáticamente a aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección del VIH. La violencia contra las mujeres y las niñas (VCMN), al igual que el VIH/SIDA, se encuentran entre las amenazas más importantes a la salud, el bienestar y la productividad de las mujeres en el ámbito mundial.

Dentro de las circunstancias subyacentes de la interrelación entre la VCMN y el VIH/SIDA, existen varios factores sociales, culturales y biológicos que se entremezclan de formas complejas. Las mujeres son entre dos y cuatro veces más vulnerables que los hombres a contraer el VIH en un encuentro sexual sin protección, debido tanto a su fisiología sexual, que las expone a un mayor riesgo de sufrir lesiones, como a una mayor probabilidad de estar sujetas a un con-



Srikanth Kolari/ActionAid Fecha de creación del original: 27 de marzo del 2008.
País: India

Amuda y Anusuya, ambas de 31 años y miembros de MILANA, aconsejan a Neelaamma, una mujer seropositiva de 30 años. Karnataka, India, 27 de marzo del 2008. MILANA, una red de personas que viven con el VIH, es una iniciativa singular que se dedica a velar por que las mujeres afectadas por el VIH puedan reivindicar sus derechos y vivir con dignidad, al combatir el estigma social contra las personas seropositivas.

tacto sexual violento y coactivo⁴. La violencia, o la amenaza de ésta, entran en juego para limitar la capacidad de las mujeres y las niñas para negociar relaciones sexuales más seguras y para controlar los términos de las mismas. Esta situación es especialmente cierta en el contexto matrimonial. De hecho, para demasiadas mujeres en todas partes del mundo, el riesgo más alto de contraer el VIH proviene precisamente de las relaciones sexuales con sus parejas que adquirieron el virus anteriormente o fuera del contexto conyugal⁵.

En particular, la violencia contra las mujeres jóvenes y las niñas contribuye a un ciclo vicioso: el abuso y la violencia sexual experimentada durante la niñez puede originar que éstas adopten conductas riesgosas cuando llegan a la adolescencia o a la edad adulta⁶. En muchas culturas, existen paradigmas sobre la feminidad que promueven la inocencia y la ignorancia y que, por consiguiente, desmotivan cualquier intento de las mujeres y las niñas de buscar información sobre el sexo o de tomar las riendas de sus propias vidas sexuales. Los desequilibrios de poder, fomentados por prácticas tales como el matrimonio forzado o infantil, hacen que las niñas carezcan de voz para escoger el momento o las circunstancias del inicio de su vida sexual. Este tipo de prácticas también puede incrementar su vulnerabilidad al VIH. En promedio, los cónyuges de las novias infantiles son mayores y más experimentados que las parejas sexuales de las niñas solteras de la misma edad y, por lo tanto, pueden ejercer un mayor poder en la negociación de relaciones sexuales que aumentan el riesgo de la novia infantil a contraer el VIH/SIDA⁷.

Debido al estigma asociado con el VIH—que tiende a agudizarse a medida que la enfermedad evoluciona y se transforma en SIDA—las mujeres seropositivas pueden experimentar mayores índices de violencia que la población en general⁸. De hecho, las amenazas de violencia contra la mujer por parte de su pareja, ya sean reales o percibidas, pueden incidir en su decisión de hacerse o no la prueba del VIH, o bien, de revelar los resultados. El temor a la violencia, al abandono y a la pérdida de su sustento económico son algunos de los factores que se citan frecuentemente como obstáculos para que las mujeres seropositivas revelen abiertamente su condición⁹.



Gideon Mendel/Corbis/ActionAid Fecha de creación del original: 1° de enero del 2005. País: Nigeria

La educadora seropositiva Aderonke Afolabi lleva puesta una camiseta con el logotipo de Potter Cares, la organización de apoyo que ella fundó. Aderonke es una de las pocas personas que ha revelado públicamente su condición seropositiva en Nigeria, un país en el que la prevalencia del virus asciende a más del 5 por ciento de la población adulta. Los jóvenes marchan por las calles para protestar contra un supuesto pederasta en el vecindario pobre de Ajeromi, en Lagos. Estos jóvenes que asistían a una reunión educativa juvenil, como parte del proyecto titulado 'Make we talk', salieron a la calle a protestar tras escuchar que un hombre con SIDA pagaba a niñas para que tuvieran relaciones sexuales con él sin preservativo.

Por otro lado, las mujeres—que tienden a utilizar los servicios de salud en mayores cantidades que los hombres, especialmente para la atención prenatal y perinatal—tienen una mayor probabilidad de conocer su situación serológica. El riesgo potencial de transmisión del virus durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna suscita una tendencia social de culpabilizar a las mujeres como únicas responsables de infectar a sus hijos. El hecho que las mujeres revelen su condición de seropositivas también trae consigo que sean señalizadas como agentes vectores del VIH y responsabilizadas de llevar la infección a sus familias y comunidades. Por otra parte, la revelación, ya sea a sus parejas o a terceros, aumenta el riesgo de que las mujeres experimenten más violencia, estigma y discriminación de sus parejas, familiares y demás miembros de la comunidad¹⁰.

A las mujeres seropositivas se les ha obligado a marcharse de sus casas y comunidades, se les ha despojado de sus bienes y, en algunos casos, hasta se les ha imputado penalmente por transmitir el VIH¹¹. Aunque en general la penalización tiene como propósito proteger a las mujeres que, sin darse cuenta contraen el VIH de sus parejas, este tipo de normas pueden aumentar el riesgo de exponer a la mujer a la violencia y al estigma. En la práctica, estas leyes no sólo se aplican a las mujeres de manera desproporcionada, sino que en algunos casos fomentan al enjuiciamiento de las mujeres por la transmisión del virus de madre a hijo(a)¹².

La vulnerabilidad de las mujeres y las niñas frente a la violencia y el VIH/SIDA también origina consecuencias para los esfuerzos dirigidos a lograr el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo¹³. Aunque un mayor acceso a la información, la educación y la comunicación sobre las opciones para prevenir el VIH pueden contribuir a detener la transmisión del virus, también pu-

eden generar más represalias violentas a medida que más mujeres deciden realizarse la prueba y buscar tratamiento. Por lo tanto, los defensores de los movimientos que buscan combatir la VCMN y el VIH/SIDA deben adquirir una mayor conciencia sobre la interrelación entre las dos pandemias y las formas más adecuadas, eficaces y culturalmente sensibles de abordar estos vínculos.

El contexto de este informe

En la breve introducción se destacan algunas de las formas complejas en las que la VCMN y el VIH/SIDA se interrelacionan. A pesar de un creciente reconocimiento de la VCMN como causa y consecuencia del VIH/SIDA¹⁴, el análisis acerca de las formas más adecuadas para abordar los puntos de intersección entre ambos fenómenos es limitado. Si bien es evidente tanto la necesidad como la posibilidad de aplicar enfoques integrales, hasta la fecha éstos no se han implementado a gran escala. Hasta ahora, se han observado pocos esfuerzos para reunir a los defensores dedicados a la problemática de la VCMN y a sus contrapartes en el campo del VIH, con el fin de explorar los vínculos y elaborar estrategias conjuntas para fortalecer las áreas de investigación, políticas y programas¹⁵.

Algunas de las respuestas institucionales y políticas frente al VIH/SIDA han incluido la temática de la igualdad de género y la violencia contra las mujeres. Sin embargo, la incorporación del tema del VIH/SIDA dentro del trabajo comunitario dirigido a la problemática de la VCMN es algo relativamente nuevo y hacen falta mayores esfuerzos para identificar estrategias exitosas que se puedan reproducir o ampliar. Este tipo de iniciativa reviste aún mayor importancia debido a la falta de una orientación clara y congruente a nivel mundial en torno a las formas más adecuadas de abordar los vínculos entre los dos fenómenos. Según la campaña titulada

“Las mujeres no esperamos”, que se expone en el presente informe: “Con frecuencia, las agencias encargadas de promover el acceso universal, al igual que aquellas que ofrecen asistencia técnica en el ámbito nacional, todavía no abordan suficientemente las intersecciones entre el VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas”¹⁶. El escaso conocimiento sobre las diversas estrategias eficaces se agrava debido a los flujos separados de financiamiento. La fórmula más común, al menos entre los principales donantes multilaterales, continúa siendo la de financiar esfuerzos programáticos para abordar la violencia contra la mujer por un lado, y los orientados al VIH/SIDA por otro¹⁷.

ActionAid y UNIFEM decidieron colaborar en la elaboración del presente informe como un primer paso para el fortalecimiento de una base de evidencias para vincular los programas de prevención tanto de la VCMN como del VIH/SIDA. Ambas organizaciones comparten el compromiso de crear nexos entre las labores dirigidas a abordar ambos fenómenos por medio del desarrollo de herramientas informativas de fácil acceso que enfatizan la dimensión de los derechos humanos. *¡Es nuestro deber!* constituye un esfuerzo inicial para destacar las prácticas promisorias existentes y lograr un mayor apoyo para fortalecer el conocimiento, las capacidades institucionales y los recursos necesarios para lograr una respuesta más integral a esta problemática.

Este informe examina las estrategias adoptadas por algunas organizaciones para responder a ambas pandemias e identifica ciertas características comunes dentro de las mismas, lo cual podría servir como base para el desarrollo de prácticas más sistemáticas que se pueden medir y reproducir. Las organizaciones descritas en el documento se identificaron únicamente mediante las redes de ActionAid y UNIFEM y, por consiguiente, no representan más que una pequeña muestra de los excelentes esfuerzos que actualmente se llevan a cabo en todas partes del mundo. Las estrategias adoptadas por estas organizaciones deben situarse a la par de otros enfoques complementarios que se han descrito y aplicado en otros ámbitos¹⁸.

Al destacar estos enfoques institucionales, ActionAid y UNIFEM buscan estimular la conducción de más investigaciones y un análisis más riguroso de estrategias que han sido exitosas tanto en reducir la incidencia de la violencia contra las mujeres y las niñas, como su vulnerabilidad al VIH/SIDA. En este sentido, el presente informe debe considerarse como un llamado a la acción por parte de la comunidad internacional para transformar lo “promisorio” de tales enfoques en una respuesta integral a la intersección de la VCMN y el VIH/SIDA.

Estructura del informe

Este informe se divide en cinco partes. En el primer capítulo se explora el concepto de una práctica “promisoria” para abordar los vínculos entre la VCMN y el VIH/SIDA. Merece la pena aclarar que, para los propósitos del presente estudio, se hace referencia a prácticas “promisorias” en lugar de “comprobadas” debido a la variabilidad en el monitoreo y evaluación de los esfuerzos programáticos de las organizaciones descritas. Si bien estas organizaciones se dedican a una amplia gama de actividades, este informe se centra en seis elementos fundamentales de su labor para abordar los vínculos y los factores impulsores de ambas pandemias. Estos elementos pueden constituir criterios importantes para guiar esfuerzos en el abordaje de la VCMN y el VIH/SIDA en otros contextos.

En los capítulos restantes, se exponen cuatro estrategias generales para responder a las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA, las cuales surgen de las reseñas de cada institución. De esa forma, el Capítulo 2 ilustra la importancia de hacer partícipes a los distintos actores, desde los hombres y los niños hasta las familias y las redes sociales, en las estrategias para hacer frente a ambas pandemias y como medio para fomentar la movilización y el apoyo de la comunidad. Por su parte, el Capítulo 3 centra su atención en la necesidad de involucrar a los grupos marginados en todo el ciclo programático, desde las etapas de



Jodie Bieber/ActionAid Fecha de creación del original: 26 de enero del 2009. País: Sudáfrica

Pretty era muy buena amiga de Eudy Simelane. A Eudy la mataron debido a sus preferencias sexuales. Ahora Pretty pasa mucho tiempo con la madre de Eudy.

diseño y ejecución hasta el monitoreo y la evaluación. Al mismo tiempo, este capítulo examina las formas en que las organizaciones enfrentan los impactos de raza, clase social, orientación sexual y edad en los esfuerzos dirigidos a abordar los vínculos entre las dos pandemias. El Capítulo 4 consiste en un análisis de diversos modelos innovadores de atención de la salud que incorporan factores socioculturales en sus intervenciones, mientras que en el Capítulo 5 se consideran las estrategias que hacen uso de los esfuerzos de investigación, incidencia y sistematización como medios para responsabilizar a los órganos encargados de la formulación de políticas. A manera de conclusión, el informe presenta cinco recomendaciones que surgen de las estrategias promisorias planteadas. Las recomendaciones se dirigen tanto a los gobiernos como a los grupos de la sociedad civil, a las personas a nivel individual y a otros actores que podrían considerar estrategias similares en el contexto de sus propios esfuerzos programáticos para abordar las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA.

¿Cómo se identifica una práctica “promisoria” para abordar la intersección?

A medida que ActionAid y UNIFEM comenzaron a revisar las iniciativas que se destacarían en el informe ¡Es nuestro deber!, surgió una serie de características derivadas de nuestra experiencia conjunta en materia de programas, análisis de políticas e incidencia en torno a las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA. Ante todo, ambas organizaciones coincidieron en que las prácticas promisorias deben estar arraigadas en el marco de los derechos humanos, centrándose en la promoción, la protección y el cumplimiento de los derechos de las mujeres y las niñas. Estas prácticas deben contribuir a la igualdad de género mediante elementos innovadores que busquen promover el empoderamiento de la mujer, ya sea en el plano individual, programático, institucional o de políticas. Asimismo se deben fundamentar en evidencias y fortalecer los conocimientos y las prácticas recomendadas en la prevención del VIH/SIDA y de la VCMN. Resulta igualmente importante que las iniciativas sean sostenibles y que respalden el fortalecimiento de las capacidades locales, la institucionalización de las prácticas y la identificación de fuentes continuas de financiamiento. Idóneamente, estas prácticas podrán ser reproducidas y servirán de modelo para otras organizaciones que deseen aplicar estrategias similares para abordar las situaciones o las poblaciones a las que prestan servicios.

Si bien es cierto que no todas las prácticas seleccionadas para los propósitos del presente trabajo han sido objeto de un proceso de evaluación formal o de un estudio de impacto, todas demuestran un enfoque innovador en el abordaje de los temas transversales vinculados a las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA. Estas organizaciones responden de alguna manera a las necesidades de las poblaciones marginadas y ofrecen valiosas lecciones a otras organizaciones socias. Además de las características mencionadas, ActionAid y UNIFEM han identificado seis criterios importantes a considerar en este tipo de iniciativas. Tal como se describe a lo largo del informe, cada una de las prácticas descritas cumple con uno o más de los criterios expuestos a continuación:

1) Una práctica promisoriosa aborda las causas de ambas pandemias

Las desigualdades de género están arraigadas en la intersección de las dos pandemias. Las relaciones desiguales de poder perpetúan y sustentan la violencia contra las mujeres y las niñas, e influyen en el comportamiento sexual y en el riesgo de contraer el VIH. Por ejemplo, según algunos estudios que se condujeron en Botsuana y Suazilandia, hay más probabilidad de que las personas que manifiestan actitudes discriminatorias de género tengan relaciones sexuales sin protección con una o más parejas no conyugales¹⁹. En el marco de las dos pandemias, este tipo de normas sociales resulta dañino para ambos sexos. La condición subordinada de la mujer no solo atenta contra su autonomía sexual, su poder de decisión y sus derechos, sino que también puede limitar el acceso a las oportunidades económicas y educativas que podrían reducir su vulnerabilidad ante la violencia y el VIH. Amparados en las normas tradicionales de masculinidad, los hombres pueden perpetuar la violencia como medio para reafirmar su masculinidad o prestarse a diversos comportamientos sexuales riesgosos, incluidas las relaciones sexuales sin protección o con múltiples parejas.

Una práctica promisoriosa reconoce que el empoderamiento de las mujeres y las niñas no puede originarse en el vacío. Para ser exitosas, las intervenciones deben hacer partícipes a los hombres, los jóvenes y los niños, además de a familias y comunidades en general. De la misma manera, este tipo de prácticas debe abordar el concepto social de la “masculinidad” y desafiar otras normas socioculturales que promueven o toleran la violencia contra las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado. Una práctica que aborda la intersección entre las dos pandemias reconoce las características especiales de la violencia y la discriminación, al igual que los obstáculos que enfrentan las mujeres y las niñas seropositivas.

2) Una práctica promisoriosa busca el empoderamiento de los sectores marginados de la sociedad

“Nada para nosotros sin nosotros” es una frase popular entre los activistas que luchan contra el VIH/SIDA, que refleja la importancia de la participación de los grupos marginados en las políticas, los programas y las prácticas a todo nivel.

Si bien es cierto que la VCMN y el VIH/SIDA afectan a las mujeres y las niñas de todos los segmentos de la sociedad, algunas poblaciones, tales como las trabajadoras sexuales, las trabajadoras migrantes, las jóvenes, las minorías raciales o étnicas y las mujeres con discapacidades son especialmente vulnerables a estas dos pandemias interrelacionadas. Para ser eficaces, las estrategias para responder a la intersección entre los dos fenómenos deben ser inclusivas, aceptables y accesibles, especialmente en relación a los sectores marginados. De acuerdo con el principio de Mayor Involucramiento de Personas que viven con el VIH/SIDA (MIPA, por sus siglas en inglés), las estrategias eficaces deben tomar en cuenta las formas en las que la raza, la clase, la etnicidad, la orientación sexual, la edad, la religión y otros factores influyen en la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas ante la violencia y el VIH/SIDA. Estos enfoques también reconocen las formas en que tales factores afectan la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios disponibles cuando son víctimas de los efectos de una o de ambas pandemias. Al mismo tiempo, este tipo de estrategias promueve la participación de los grupos marginados en todas las etapas de la formulación de políticas y programas, desde el diseño, la planificación y la ejecución hasta los procesos de monitoreo y evaluación.

3) Una práctica promisoría fomenta la apropiación comunitaria



Srikanth Kolari/ActionAid Fecha de creación del original: 28 de marzo del 2008.
País: India

Meena, de 35 años, tiene cuatro hijos. Ella ha sido seropositiva durante 13 años y se afilió a MILANA hace 5 años. Meena explicó que “al ampliar el apoyo psicosocial, al igual que los servicios de asesoría nutricional en el hogar, llegamos a muchas mujeres seropositivas”. Karnataka, India. 28 de marzo del 2008.

Una práctica promisoría hace partícipe a la comunidad en los esfuerzos para abordar las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA. Con este propósito, se promueve la participación de los dirigentes locales y se exige, al mismo tiempo, que las comunidades asuman la responsabilidad de fomentar un ambiente de respeto y de defensa de los derechos de la mujer. Una intervención que busca la participación y la apropiación comunitaria debe ser culturalmente sensible y responder a las necesidades de la población y a las circunstancias del caso. Debido al papel que juega la comunidad en la creación y la reproducción de las normas de género, es posible que sea necesario buscar un equilibrio entre el respeto hacia los denominados “valores tradicionales” y el reconocimiento y la validación de los derechos de la mujer. En muchos casos, las estrategias planteadas en el presente informe buscan facilitar un diálogo en el ámbito comunitario orientado a ampliar las interpretaciones culturales para incluir actitudes más igualitarias, mediante el uso de herramientas como los medios de comunicación y los espacios de entretenimiento, a fin de educar y sensibilizar a la comunidad.

4) Una práctica promisoría facilita que grupos de la sociedad civil exijan una mayor rendición de cuentas por parte de las instancias decisorias

Las mujeres más afectadas por las dos pandemias también constituyen el grupo más idóneo tanto para evaluar la eficacia de los programas como para exigir la adopción de políticas que respondan a sus necesidades. En este sentido, una práctica promisoría respalda y fortalece a la sociedad civil—en particular, a las organizaciones de mujeres y otras que abordan la problemática del VIH/SIDA—en su función de vigilar por el cumplimiento de los compromisos asumidos a nivel local, nacional, regional e internacional. Ya sea a través de la documentación de casos de violencia contra las mujeres y las niñas, la capacitación de mujeres en el uso de instrumentos de derechos humanos, o a través del seguimiento a los flujos de recursos destinados a combatir el VIH/SIDA provenientes de los gobiernos y agencias de cooperación internacional, estas prácticas promueven la participación de la sociedad civil en los esfuerzos para velar por la rendición de cuentas por parte de los encargados de la formulación de políticas.

5) Una práctica promisoría promueve respuestas integrales

Una práctica promisoría aborda el derecho de las mujeres y las niñas afectadas por la violencia y el VIH/SIDA a obtener servicios integrales de prevención, tratamiento, cuidado y

apoyo. Este tipo de práctica fomenta una integración intersectorial al incluir a los actores relevantes de diversos campos y busca responder a las múltiples necesidades que manifiestan las mujeres afectadas por una o por ambas pandemias. Con el fin de velar por que las mujeres y las niñas seropositivas y sobrevivientes de la violencia obtengan una atención integral, las estrategias eficaces fomentan los procesos continuos de atención en salud o adoptan sistemas de remisión muy bien coordinados. Los servicios no sólo deben responder a las necesidades físicas de sus clientes, sino también a su bienestar emocional y su seguridad personal y económica. Las respuestas integrales pueden abarcar una amplia gama de servicios, desde la asesoría jurídica hasta la remisión a un centro de salud que ofrezca terapia antirretroviral o apoyo psicosocial.

6) Una práctica promisorio establece alianzas entre movimientos que abordan el VIH/SIDA y aquellos que trabajan para erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas

Los defensores y activistas que trabajan en el campo del VIH/SIDA han trabajado por incidir en la agenda global para el SIDA desde que se identificó la enfermedad. Por su parte, el movimiento para poner fin a la VCMN ha cobrado cada vez más impulso y ha logrado su reconocimiento en el plano internacional. Sin embargo, no fue hasta en años recientes que los dos movimientos comenzaron a aunar sus fuerzas para poder tener una mayor incidencia. En un principio, se consideraba que el SIDA era una enfermedad que únicamente afectaba a los hombres homosexuales y por tanto, las intervenciones no se dirigían a las mujeres y las niñas. Al mismo tiempo, se sabía muy poco sobre la violencia sexual como un factor importante de riesgo del VIH/SIDA.

Sin embargo, a lo largo de la última década, el movimiento de mujeres ha venido abogando por la necesidad de abordar los temas de género, incluida la violencia contra las mujeres, en la lucha contra el VIH/SIDA. Actualmente, a raíz del aumento en el número de mujeres y niñas afectadas por la enfermedad y de una mayor comprensión acerca de las implicaciones socioculturales y para los derechos humanos del VIH/SIDA, existe una mayor conciencia acerca de los vínculos entre las dos pandemias. Una práctica promisorio, por tanto, facilita el establecimiento de alianzas entre activistas y defensores de ambos movimientos y busca fortalecer su capacidad para trabajar de manera conjunta.

Estableciendo comunidades de apoyo

Como una piedrita que se lanza a un estanque, el VIH envía ondas a los márgenes de la sociedad, afectando primero a la familia, después a la comunidad y posteriormente a toda la nación en su conjunto.

—UNAIDS, 2007



Srikanth Kolari/ActionAid Fecha de creación del original: 28 de marzo del 2008.
País: India

Reunión de la iniciativa "Stepping Stone" en MILANA con Christy Abraham de ActionAid y Jyothi Kiran de MILANA. Karnataka, India. 27 de marzo del 2008

El género constituye un factor fundamental en la propagación de las pandemias de la VCMN y del VIH/SIDA, y es a través de las comunidades que las normas de género destructivas se originan y se sustentan. En este sentido, los valores culturales y las tradiciones de muchas sociedades fomentan un comportamiento agresivo y hasta violento de los hombres y los niños como una manifestación de su masculinidad. En algunos casos estas normas se reflejan en la perpetuación de la violencia contra las mujeres y las niñas, mientras que en otros, éstas son palpables en el comportamiento sexual riesgoso de los hombres. En muchas sociedades, las desigualdades de género no son reconocidas como una violación a los derechos de la mujer, e incluso son consideradas naturales y necesarias.

Por ello, a menos que las comunidades reconozcan la prevalencia de la violencia contra las mujeres y las niñas y su creciente vulnerabilidad ante el VIH, será casi imposible que la comunidad se transforme en parte de la solución. Las organizaciones que se presentan en este capítulo buscan involucrar activamente a las comunidades para que a su vez reconozcan su propio papel en el sustento—y a veces la perpetuación—de la violencia y el VIH/SIDA. Si bien estas organizaciones emplean distintas estrategias en los más variados contextos culturales, desde Sudáfrica hasta el sur

asiático, existen importantes similitudes entre las mismas. Al entablar conversaciones francas y directas con sectores específicos de la población, tales como los hombres jóvenes o las familias, las estrategias empleadas se dirigen a fomentar la empatía.

Fomentar la sensibilidad y la creación de vínculos resulta imprescindible, ya que es precisamente la falta de empatía lo que incita la violencia²⁰. En este sentido, al hacer énfasis en el papel proactivo que pueden desempeñar todos los miembros de la comunidad en la lucha contra las dos pandemias, este tipo de estrategias fomenta un ambiente en el que los individuos asumen la responsabilidad de sus propias conductas. De esta forma, se alienta a los hombres a transformarse en aliados en lugar de agresores, a las mujeres y las niñas—independientemente de que hayan sido víctimas en algún momento— a abogar por sí mismas y a las comunidades a convertirse en fuentes de apoyo en vez de estigmatizar o ser testigos pasivos y tolerantes de los abusos.

Las estrategias institucionales que se plantean a continuación reflejan muchas de las características y los criterios enumerados en el Capítulo 1. Al trabajar con una amplia gama de actores, cuyas actitudes y conductas inciden en las normas sociales, estas estrategias promueven un sentido de protagonismo y de aceptación incluso entre los actores más escépticos. Cada una de estas estrategias aborda las causas de las pandemias y demuestran que los puntos de intersección entre la violencia y el VIH son algo más que simplemente un "asunto de mujeres". Por último, al examinar las más arraigadas creencias culturales, estas estrategias fomentan una comprensión más inclusiva de la cultura local, con el fin de establecer verdaderas comunidades de apoyo.

Los hombres como aliados: Sonke Gender Justice, Sudáfrica

En mi trabajo... desafiamos las ideas que tienen los hombres jóvenes acerca de cómo deben comportarse los hom-

bres. Cuando nos dicen que los hombres deben correr riesgos porque eso es lo que significa ser un hombre, les explicamos que ciertos tipos de riesgos no tienen relación alguna con ser valiente, sino con adquirir el VIH. Como hombre, deseo cambiar las perspectivas de los hombres y los niños sobre el papel que tienen en la vida como esposos, padres de familia y miembros de la comunidad²¹.

—Tapiwa, educador comunitario

Tapiwa es un hombre joven que ha asumido la misión de levantar su voz contra la violencia hacia las mujeres y las niñas, al igual que sus múltiples consecuencias, incluido el VIH/SIDA. Su dolor personal al presenciar la violencia de su padre contra su madre lo animó a unirse a un creciente movimiento que busca redefinir lo que significa ser un hombre.

En Sudáfrica, donde los estudios muestran que una mujer es asesinada por su pareja íntima cada seis horas, la historia de Tapiwa cobra especial importancia²². Asimismo, “casi el 4 por ciento de las mujeres sexualmente activas entre los 15 y 24 años de edad (en Sudáfrica) informaron que sus parejas más recientes las habían forzado físicamente a tener relaciones sexuales (sólo menos del 10 por ciento informó que nunca se les ha obligado físicamente)”²³. Los casos de violencia contra las mujeres después de haber revelado su condición seropositiva ocurren con demasiada frecuencia. Esta situación afecta a entre el 3,5 y el 14,6 por ciento de las mujeres seropositivas incluidas en 17 estudios realizados en el África subsahariana y el sureste asiático²⁴.

Sonke Gender Justice, una organización que se dedica a combatir las desigualdades de género que contribuyen a la rápida propagación del VIH/SIDA, grabó la historia de Tapiwa como un relato digital. Sonke, que significa ‘todos juntos’, reconoce la importancia de hacer partícipes a los hombres y los niños en la lucha para lograr la igualdad de género. A menudo, la primera batalla consiste en lograr que los hombres reconozcan que tienen un papel que desempeñar. Tal como afirma Tapiwa, “los chicos jóvenes piensan que el género es un asunto de mujeres, que no está relacionado con el hecho de ser hombre. Esto me molestaba porque sabía en base a mi propia experiencia que la violencia por motivos de género afecta tanto a los hombres como a las mujeres”.

El programa más representativo de Sonke, la campaña titulada “One Man Can” [“Un hombre puede”] se lanzó en febrero del 2006. Con presencia en ocho provincias de Sudáfrica, así como en Burundi, Kenia, Malawi, Mozambique, Namibia y Uganda, Sonke apoya a los hombres y

a los niños en acciones orientadas a combatir la violencia sexual y doméstica y a fomentar relaciones saludables e igualitarias²⁵. La labor de Sonke es parte de los esfuerzos promisorios que buscan hacer partícipes a los hombres, y a las comunidades en general, como aliados, en lugar de agresores en la lucha a favor de la igualdad de género. Si bien es cierto que son los hombres, más que las mujeres, los que adoptan comportamientos riesgosos tales como la violencia o las relaciones sexuales sin protección, Sonke sabe que su participación nunca se logrará a través de la culpabilización, las acusaciones o los insultos.

Según afirma Dean Peacock, cofundador de Sonke, “en nuestros afán de exponer la urgencia de combatir la violencia por motivos de género, debemos evitar caer en la trampa de retratar a los hombres del Sur Global como seres automáticamente a favor del patriarcado y por tanto irremediamente violentos y/o irresponsables. Algunas descripciones de los hombres del Sur Global que surgen de los discursos internacionales sobre el SIDA corren el riesgo de reforzar estereotipos racistas o neocolonialistas y hay que identificar y combatir esa tendencia. Además de ser contraproducente, esto genera una resistencia innecesaria entre algunos hombres y aumenta la probabilidad de que las organizaciones de lucha contra el SIDA hagan caso omiso a las estrategias que incorporan a los hombres como importantes aliados en los esfuerzos para velar por que las mujeres gocen de sus derechos y tengan acceso a la salud”.

En cambio, si se desea abordar las causas fundamentales de los comportamientos que refuerzan las dos pandemias, es importante que los hombres y los niños reflexionen acerca de lo que realmente significa ser un hombre. Esta reflexión, debe necesariamente incluir también un análisis sobre como algunas de las normas de masculinidad pueden ser dañinas para los propios hombres, al igual que para las personas que los rodean. Por medio de sus programas, Sonke muestra a los hombres y a los niños que las mismas normas de género que fomentan la violencia contra las mujeres también los incita a adoptar comportamientos que ponen en riesgo su propia salud. Sea a través de la violencia y agresión, la búsqueda de múltiples parejas sexuales o de mantener relaciones sin protección, las normas en torno a la “masculinidad” y las proezas sexuales exponen a los hombres y a los niños a enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Estas normas resultan aún más peligrosas cuando se toma en cuenta el poco uso de los servicios relativos al VIH por parte de los hombres. Ya sea por el temor a que se revele su condición positiva, al estigma, al deseo de continuar con múltiples relaciones sexuales o por otros factores, el índice de hombres en Sudafrica que

“Según los jóvenes, el género se trataba de un asunto de mujeres. Que no está relacionado con el hecho de ser hombre. Esto me molestaba porque sabía con base en mi propia experiencia que la violencia por motivos de género afecta tanto a los hombres como a las mujeres”

se realizan la prueba y buscan tratamiento para el VIH es mucho más bajo que el de las mujeres.

Sonke alienta a los hombres y a los niños a reflexionar sobre el impacto que generan sus acciones en sus propias madres, hermanas, hijas, colegas, compañeras activistas y amigas. Una vez que los hombres entienden las vulnerabilidades y el impacto de las dos pandemias en las mujeres y las niñas de su entorno, se les puede motivar a cambiar las conductas que contribuyen a la propagación de la VCMN y del VIH/SIDA. Por otra parte, los programas de Sonke se basan en las ideas tradicionales sudafricanas del Ubuntu —la noción de que una persona se hace humana a través de sus relaciones con los demás— para incorporar a las comunidades en general y lograr el apoyo de los dirigentes locales a sus labores. Al trabajar con los líderes tradicionales y los gobiernos locales, la organización puede ganar credibilidad y transformar las normas culturales. Por ejemplo, en una provincia rural, Sonke colaboró con influyentes dirigentes religiosos y tradicionales, y les ofreció capacitación sobre los vínculos existentes entre la VCMN y el VIH/SIDA, y sobre el papel y las responsabilidades de los hombres para abordar ambos fenómenos. Como señaló uno de los líderes, “siempre creí que temas como la igualdad no tenían cabida dentro de las costumbres africanas, pero ahora me doy cuenta que tengo que hacer algo”²⁶.

Sonke busca velar por la sostenibilidad de sus intervenciones mediante el fortalecimiento del liderazgo y las capacidades de los gobiernos en el ámbito local, provincial y nacional. Asimismo, la organización colabora con las instituciones nacionales que abordan la temática de género e igualdad, con el fin de velar por que las dependencias públicas pertinentes incorporen en su trabajo un enfoque orientado hacia los hombres y fomenten transformaciones en las normas de género. Entre sus prioridades actuales, Sonke está buscando ampliar su impacto a través de la adopción y replicación de sus metodologías por instituciones más grandes y con mayores recursos. Según el Sr. Peacock, “también trabajamos para que los gobiernos locales

asuman diversas tareas—incluyendo la capacitación de su propio personal para que trabajen con los hombres—para así poder asegurar la sostenibilidad de los esfuerzos aún cuando se terminen los fondos de Sonke o la organización pase a trabajar en otra área. El gobierno tiene que asumir esta tarea y debe financiar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil para que sigan trabajando en sus respectivas áreas”.

Además de apoyar al sector público, Sonke también utiliza las actividades de incidencia para instar al gobierno a cumplir con sus obligaciones constitucionales de avanzar en materia de igualdad de género. Recientemente, la organización presentó una demanda contra un funcionario de alto nivel del partido gobernante por sus declaraciones públicas misóginas. Asimismo, Sonke ha emitido comunicados de prensa y ha llevado a cabo manifestaciones públicas para exigir que el sistema de justicia penal responda sin demora ante los casos de violaciones y de violencia doméstica que ocurren en sus comunidades.

Si bien es difícil medir el verdadero impacto del trabajo de Sonke, las evaluaciones sugieren que se han logrado cambios significativos en las actitudes de los hombres y en su nivel de conocimiento en materia de género, sexo y derechos de la mujer. De acuerdo con una evaluación de impacto realizada, los participantes mostraron considerables cambios de comportamiento en las semanas siguientes a los talleres de Sonke, mostrando que el 25 por ciento de los participantes acudió a los servicios de Consejería y Pruebas Voluntarias de VIH (CPV), el 50 por ciento denunció actos de violencia por motivos de género y el 61 por ciento utilizó preservativos con más frecuencia²⁷. Las encuestas muestran que después de asistir a un taller de Sonke, la mayoría de los hombres cambia de opinión sobre su derecho a golpear a su pareja o a exigir relaciones sexuales, aún cuando su pareja no esté de acuerdo. Es a través de este cambio de actitud en los hombres, que uno por uno, logra generar una transformación en la cultura comunitaria.

La creación de redes de apoyo en India, familia por familia

MILANA es como mi propia familia. Sus miembros son como familiares para mí. Me salvaron de la muerte y me dieron la fuerza para enfrentar al mundo.

— Miembro de MILANA

En una sociedad que, en gran parte, peca de ignorante sobre el SIDA, el hecho de admitir que se ha contraído el VIH puede ser como anunciar la propia muerte. Sin embargo, “para las afiliadas de MILANA, compartir su condición seropositiva con la familia y la comunidad se considera como una afirmación de la identidad, pues es una forma de romper el silencio y poner fin al estigma que con demasiada frecuencia va de la mano del virus”²⁸.

MILANA es una red de apoyo para las mujeres que viven con el VIH/SIDA y sus familias. Lo que comenzó en el año 2000 como un grupo informal de cinco mujeres seropositivas en Bangalore, India, ha florecido para transformarse en una red dinámica y en un recurso fundamental. En un contexto en el que las mujeres temían revelar su condición a sus vecinos o parientes, la política de puertas abiertas de MILANA alienta a sus afiliadas y a sus familiares a compartir sus sentimientos en un entorno libre de estigmas y condenas. Desde su inicio, MILANA, que significa “unirse” en uno de los idiomas locales, ofreció un espacio seguro donde las familias tenían la libertad de compartir sus experiencias relacionadas con el VIH. Este tipo de espacios es poco común en la India, un país donde a pesar de las numerosas redes de personas seropositivas, existen muy pocos grupos de apoyo que se centran en las familias.

MILANA hace énfasis en las relaciones personales y alienta a las mujeres a compartir su dolor. Las familias se reúnen para compartir un espacio de amistad que gira en torno a la experiencia común de tener a una o más personas seropositivas en su círculo familiar. Las reuniones suelen ser animadas, enérgicas y sobre todo catárticas. Según Jyothi Kiran, Coordinadora de Proyectos de MILANA, “las mujeres lloran mucho y cuando se secan las lágrimas nos sentamos a conversar. La consejería grupal les ayuda, ya que cuando comparten experiencias similares las mujeres se transmiten apoyo y fuerza mutua. A medida que las participantes aprenden y comparten, crece en ellas la confianza”.

Los encuentros que auspicia MILANA contribuyen a disminuir el aislamiento físico y emocional de las mujeres y, al mismo tiempo, refuerza a su empoderamiento. Para muchas de estas mujeres, fue en el grupo que reconocieron por

primera vez su condición frente a otras personas o conocieron personalmente a otra gente seropositiva. Para otras, la inclusión de sus familiares en las reuniones constituye una oportunidad muy importante para ayudarles a entender mejor los retos que enfrentan. Y para las mujeres que no cuentan con una red de apoyo propia, MILANA se convierte en su familia extensa.

El apoyo en el contexto familiar es especialmente importante en un país en el cual las mujeres casadas y las niñas son particularmente vulnerables al VIH. Según una encuesta representativa en el ámbito nacional, más del 95 por ciento de las mujeres casadas y seropositivas en el país (de una muestra de casi 125.000 entrevistadas) afirmaron ser monógamas²⁹. Estos datos en la India también reflejan las tendencias mundiales: aunque a menudo son las relaciones extramatrimoniales o los comportamientos riesgosos del esposo lo que pone en peligro a su pareja, en general, las mujeres y las niñas son las primeras personas de la familia que conocen su condición seropositiva. Este resultado, que en muchos casos se revela por una prueba prenatal, no sólo puede generar culpa y violencia, sino también el rechazo o el abandono de la mujer por parte de su pareja, su familia y la comunidad en general. Junto con la falta de acceso a los recursos, este tipo de estigma real e interiorizado dificulta que las mujeres y las niñas dejen las relaciones abusivas, busquen tratamiento o accedan a otros servicios.

La labor de MILANA se sitúa en la intersección entre las dos pandemias, debido a los desafíos que enfrentan las mujeres seropositivas en su lucha no sólo contra el virus, sino también contra la discriminación y la violencia que generalmente lo acompañan. Actualmente, MILANA no sólo presta asistencia a través de los programas de apoyo mutuo y solidaridad, sino que también ofrece herramientas para empoderar a las mujeres y sus familias. Al ser una especie de híbrido entre un grupo de autoayuda y un centro de recursos, además de fomentar un proceso de aprendizaje recíproco entre las mujeres, MILANA también dispone de todo una gama de servicios profesionales, incluida la consejería. Las reuniones son de la propia comunidad puesto que las mismas mujeres se encargan de la agenda, la cual puede incluir desde cómo ingeniárselas con los sistemas de servicios sociales y de salud, hasta consejos para sobrellevar los efectos secundarios de los medicamentos o lecciones sobre cómo reclamar y exigir sus derechos.

Como parte del enfoque holístico que ha adoptado MILANA para abordar las dos pandemias, las consejeras provenientes del mismo grupo de mujeres seropositivas ofrecen atención y cuidados a domicilio. Estas visitas tienen como propósito sensibilizar a los familiares sobre el VIH, ofrecer

consejos de nutrición u otros cuidados especiales y, de ser necesario, verificar y denunciar cualquier caso de violencia. Con respecto a las actividades de incidencia, las afiliadas de MILANA utilizan su poder como grupo para exigir la rendición de cuentas por parte de las instancias decisorias, al demandar, por ejemplo, su derecho a prestaciones tales como cupones de raciones alimenticias, medicinas y cuentas bancarias. Cuando en el marco de un programa de tratamiento gratuito, el gobierno de la India introdujo un nuevo medicamento que provocaba graves efectos secundarios, las mujeres de MILANA estuvieron al frente de las protestas. Aún cuando la empresa farmacéutica eligió una reunión de MILANA como un espacio para defender su producto, se retiró el medicamento del programa debido a la labor de incidencia de estas mujeres³¹.

Actualmente, hay más de 300 familias inscritas en los programas de MILANA y todas conocieron de boca a boca el programa. Casi la mitad de las participantes son viudas seropositivas y la mayoría tiene menos de 35 años de edad. El 8 por ciento de las participantes son abuelas que están criando a sus nietos y muchas provienen de las castas más marginadas, de los grupos etarios más jóvenes o de mayor edad o, de otros grupos vulnerables. Sin el apoyo de MILANA, muchas de estas mujeres nunca hubieran adquirido ni la confianza ni el conocimiento necesario para reivindicar sus derechos.

Radiodifusión para transformar la cultura comunitaria: Equal Access, Nepal

Pertenezco a la comunidad Chaudari [una minoría étnica] y aquí existe muy poco apoyo para las personas infectadas con el VIH/SIDA. Ahora sé que la gente debería apoyar y atender a las personas infectadas.

—Radioyente comunitaria,
tras escuchar el programa “VOICES”

A veces, las voces de los grupos más marginados pueden incitar un poderoso llamado de acción. En Nepal, un país con elevados índices de analfabetismo en el que la mayoría de la población no tiene acceso a teléfonos, televisores e incluso a energía eléctrica, la radio se convierte en un importante medio de comunicación para llegar a la población en general. La tradición oral está muy arraigada en esta empobrecida nación que todavía lucha por recuperarse tras diez años de guerra civil. Las mujeres y las niñas han sufrido en forma desproporcionada las consecuencias del conflicto interno. Fue en este contexto que Equal Access



Brian Sokol/ActionAid Fecha de creación del original: 5 de diciembre del 2008
Imagen registrada en el Reino Unido /País: Nepal

Sumitra Thami, de 34 años, asiste a una manifestación contra la violencia de género. Aproximadamente 700 mujeres participaron en la manifestación y en un concurso de canto y baile que se llevó a cabo el viernes 5 de diciembre del 2008. Esta actividad —que se realizó en el poblado de Lapilang, ubicado en el distrito de Dolakha, una región montañosa de Nepal— fue organizada por el Human Rights Awareness and Development Center (HURADEC), en coordinación con la campaña de ActionAid titulada “HungerFREE”.

Nepal percibió una oportunidad para fortalecer las voces de las mujeres a través de la radio. Esto fue una iniciativa natural para una organización dedicada a producir programas radiales sobre temáticas no sólo apremiantes, sino también controversiales. Según el Director Nacional, Nirmal Rijal, “la radio es el medio que se ha empleado con el propósito de cambiar actitudes y estimular un diálogo en torno a temas sociales difíciles”.

En un país que cuenta con 118 leyes discriminatorias contra las mujeres y las niñas, existe una gran necesidad de entablar este tipo de diálogo sobre las relaciones de género. Los espacios para debatir los temas más difíciles, ya sea en la radio o en foros comunitarios, permiten romper los tabúes y promueven el empoderamiento y comportamientos más seguros. Desde el 2003 y por medio de una programación focalizada, Equal Access ha venido abordando los temas del VIH y la VCMN. Por ejemplo, uno de sus programas, denomi-

nado “Safe Migration” Radio and Outreach Programme [Programa Radial y de alcance “Migración Segura”], se centra en los trabajadores migrantes cuya realidad se sitúa en la intersección entre las dos pandemias, tanto en Nepal como en otras partes. Se calcula que más del 41 por ciento de los trabajadores migrantes de temporada que regresan de la India a este país son seropositivos³². Muchos de estos hombres tienen relaciones sexuales sin protección durante su estadía en el exterior para luego regresar a Nepal con el potencial de exponer a sus esposas y parejas al riesgo del VIH.

Los programas de “Safe Migration” relatan las experiencias de Narendra, un joven nepalés que vive como inmigrante en la India. Mediante el uso de radio satelital, los programas se dirigen a los trabajadores migrantes, tanto en sus comunidades de origen en Nepal como en las comunidades receptoras en el exterior. Equal Access anima a los migrantes repatriados a escuchar los programas junto con sus familiares y a participar en los debates facilitados sobre las mismas temáticas. Por otro lado, el programa ha logrado impactar a las radioescuchas a tal punto que algunas mujeres se han dedicado a promover prácticas sexuales más seguras en sus propias comunidades.

Hace poco, Equal Access lanzó un nuevo programa radial titulado “VOICE” [VOZ], que trata sobre los vínculos entre la violencia y el VIH y busca llevar las nociones y el alcance de la participación comunitaria a otro nivel. Creado en respuesta a la retroalimentación de la comunidad y a las cuantiosas cartas que enviaron los oyentes, ‘VOICE’ reproduce los testimonios personales de las mujeres seropositivas y las sobrevivientes de la violencia a través de diversos formatos, tales como diarios en audio, entrevistas, canciones y otros tipos de reportajes. Estos testimonios son especialmente conmovedores e impactantes porque se relatan desde la óptica de los grupos marginados que con frecuencia carecen de voz.

Asimismo, Equal Access capacita a grupos de mujeres marginadas, tales como trabajadoras sexuales, mujeres seropositivas, reclusas y esposas de los trabajadores migrantes en temas relativos a labores periodísticas y la conducción de entrevistas. Muchas de estas mujeres han sido testigo de la violencia doméstica o pertenecen a familias afectadas por fenómenos como el VIH, los conflictos, el desplazamiento interno y los movimientos migratorios. En su capacidad de “reporteras comunitarias”, ellas mismas producen las noticias y dirigen debates radiales emitidos al aire y en foros comunitarios más pequeños. Su labor se ha transformado en una importante plataforma para aquellas voces que de otra forma nunca llegarían a escucharse. En el contexto de su labor periodística, estas reporteras han recopilado más de 350 testimonios en las zonas rurales, especialmente de mujeres,

que se han emitido como entrevistas, opiniones populares, monólogos y crónicas especiales.

Los programas de capacitación no sólo contribuyen a rescatar las voces de las mujeres. Los debates abiertos que se auspician entre los grupos de oyentes han contribuido a reducir el estigma que afecta a los miembros seropositivos de la comunidad. Además de los debates radiales, se ofrecen talleres de capacitación sobre asuntos jurídicos para mujeres líderes y otros miembros de la comunidad, y se anima a las sobrevivientes de la violencia y a las mujeres seropositivas que conozcan y ejerzan sus derechos. Con el consentimiento de las personas interesadas, la detallada evidencia recopilada por medio de los programas radiales se suministra a las ONGs, a las agencias de la ONU y a otros entes dedicados a esfuerzos de incidencia.

De forma similar a su programa de “Safe Migration”, Equal Access se esfuerza para que ‘VOICE’ llegue a las comunidades carentes de servicios. Además de las transmisiones en Nepal y entre los inmigrantes nepaleses en la India, se ha grabado en cintas de audio una versión adaptada del programa para su distribución entre los trabajadores de transporte y los conductores de autobuses de larga distancia, al igual que en los principales centros de tránsito tales como los puestos fronterizos. Con el fin de fortalecer un sentido de apropiación comunitaria y de velar por la sostenibilidad de sus programas, Equal Access también se ha aliado con otras ONG en áreas programáticas tales como las actividades de alcance y de seguimiento. Estos socios se seleccionan cuidadosamente, tomando en consideración su experiencia en los ámbitos del VIH/SIDA y/o la VCMN. Asimismo, la organización ha establecido fuertes alianzas con las comunidades locales y contrata a personas entre los propios beneficiarios que han resultado afectados por una o por ambas pandemias.

Aunque todavía es muy temprano para medir el verdadero impacto de los programas de ‘VOICE’ en particular, algunas reporteras comunitarias afirman haber observado un cambio importante en las actitudes estigmatizadoras de sus compañeros(as) de trabajo. Según una de ellas, “después de la transmisión del 18 de julio de una entrevista que yo había grabado, la comunidad comenzó a verme con otros ojos y las mismas personas que antes me ignoraban ahora llegan a felicitarme. Esto me ha inspirado a trabajar aún más a favor de las mujeres de mi comunidad”. El proyecto ha logrado crear un grupo de mujeres informadas y empoderadas, con la voluntad de propiciar debates en torno al impacto de la violencia y del VIH/SIDA en el seno de sus comunidades, y sobre la intersección entre ambos fenómenos. De esta manera, el uso de la radio en Nepal es muy promisorio como medio para transformar las actitudes hacia ambas pandemias.

La participación de los grupos marginados

La discriminación por motivos de género se cruza con las discriminaciones basadas en otras formas de ‘otredad’, tales como la raza, la etnicidad, la religión y la condición económica. Por lo tanto, se obliga a la mayoría de las mujeres del mundo a estar sometidas a situaciones de doble o de triple marginación.

—Radhika Coomerswamy

ex Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias

En la mayoría de las regiones del mundo, existen importantes discrepancias en los niveles de acceso a la educación, las oportunidades sociales y políticas y el empoderamiento económico entre las minorías raciales, étnicas y de otra índole y los demás sectores de la población. La vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la violencia y al VIH/SIDA tiene sus raíces no sólo en las desigualdades de género sino también en las disparidades con base en la raza, la clase social, la identidad étnica, la edad y la orientación sexual, entre otros factores.

Estas disparidades se observan en diversos contextos culturales, desde el Norte hasta el Sur Global. En Brasil, por ejemplo, los estudios indican que las mujeres negras y mulatas muestran mayores índices de pobreza, un menor acceso a la atención de la salud e índices más elevados del VIH, en comparación con sus contrapartes blancas³³. En los Estados Unidos, las mujeres afroamericanas y latinoamericanas representan tan sólo el 25 por ciento de la población femenina y, sin embargo, éstas constituyen el 81 por ciento de las mujeres que viven con el VIH³⁴. Las prácticas discriminatorias no sólo se manifiestan en el plano individual o comunitario, sino que también se encuentran plasmadas en las propias leyes, políticas y estructuras del Estado.

En el contexto del VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas, la discriminación por motivos de género y de raza puede agravarse por la orientación sexual. Si bien se considera que las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres (MSM, o bien WSW, por sus siglas en inglés) son un grupo de bajo riesgo de contraer el VIH, éste puede aumentar debido a la violencia que sufren las lesbianas en forma de violaciones “correctivas”. En Sudáfrica, por ejemplo, están aumentando las denuncias de violaciones de lesbianas³⁵, especialmente en los distritos negros donde se percibe que las mismas desafían el poder masculino. En otros casos, se les obliga a participar en matrimo-

nios arreglados con el propósito de “curar” sus conductas homosexuales³⁶.

Las disparidades de género en la incidencia del VIH es aún más marcada entre las mujeres jóvenes. Además de su mayor vulnerabilidad biológica al VIH, los desafíos socioeconómicos que enfrentan las hacen más susceptibles a diversas formas de violencia tales como la trata de mujeres, las relaciones sexuales como transacción económica, la violencia doméstica, la iniciación sexual forzada, el matrimonio forzado y las violaciones maritales. Las relaciones intergeneracionales y transaccionales entre las mujeres jóvenes y los hombres de mayor edad son cada vez más comunes, especialmente en las zonas afectadas por el VIH/SIDA. Algunos ejemplos de estas situaciones son los matrimonios infantiles, las relaciones con amantes adinerados mucho mayores u otros tipos de arreglos sexuales. Al menos tres estudios muestran que entre más grande sea la diferencia de edad entre una adolescente y su pareja, mayor será su riesgo de contraer el VIH³⁷. Es más, existe una relación importante entre las prácticas sexuales riesgosas—tales como no utilizar un preservativo o rehusarse a hablar sobre el VIH con la pareja—y la diferencia de edad entre el hombre y su pareja sexual³⁸.

Las prácticas promisorias para abordar las dos pandemias deben tomar en cuenta las diversas formas en las que las identidades mencionadas se cruzan para fomentar la discriminación en todas sus dimensiones. Aunque las estrategias planteadas en este capítulo se centran en diferentes aspectos de la marginación, éstas tienen varios elementos en común. Todas estas organizaciones han enfrentado cierta hostilidad de las comunidades frente a sus esfuerzos para informar, educar y empoderar a las mujeres y las niñas. Sin embargo, basándose en la filosofía de que el conocimiento es poder, estas organizaciones apoyan a las mujeres y las niñas fortaleciendo su autoestima, ofreciendo técnicas

y destrezas para la vida y aumentando su conocimiento sobre sus derechos. Asimismo, estas organizaciones animan a las mujeres a desempeñarse como embajadoras de la causa, al compartir su conocimiento adquirido con otras mujeres y al alentar a sus hermanas a aprender cómo pueden protegerse contra la violencia y el VIH/SIDA.

Intervenciones con mujeres de color en el seno de sus comunidades: Criola, Brasil

Debemos volver a situar a las mujeres y las niñas negras en el centro de la formulación de las políticas. No se trata de una sola epidemia. Hay experiencias muy diferentes entre los distintos grupos en lo que respecta al VIH.

—Jerema Werneck, Directora Ejecutiva de Criola

Al ser el primer país en desarrollo en instituir un plan sobre el VIH/SIDA, Brasil se ha convertido en un modelo a seguir. Muchos otros países han adoptado las pautas de prevención y tratamiento de este país y con ello han logrado reducir de forma dramática las muertes relacionadas con el SIDA. Sin embargo, a pesar de su prestigio en el plano internacional, existe una deficiencia muy importante en las políticas y los programas gubernamentales en Brasil: los servicios son poco accesibles para las mujeres y las niñas afro-brasileñas, un sector especialmente vulnerable al VIH y a la violencia.

Hasta hace poco tiempo, no existía en Brasil un reconocimiento formal del impacto de la raza en las estrategias de lucha contra el SIDA. No fue hasta en el año 2000 que el país comenzó a recopilar datos sobre la relación entre el VIH y la raza, pero las estadísticas obtenidas todavía no se han incorporado en los procesos de planificación relativos al VIH/SIDA. Hasta la fecha, no existen programas estatales que aborden la interrelación entre la discriminación racial y de género. Según Jerema Werneck, de Criola, una organización dedicada al empoderamiento de las mujeres y las niñas afro-brasileñas, “el desafío tiene sus raíces en la forma en que se han conceptualizado desde un principio todas las políticas sobre el VIH/SIDA. El marco de las políticas surgió de un enfoque basado en la noción de que el VIH/SIDA sólo afectaba a los hombres blancos que tenían relaciones sexuales con otros hombres [HSH, o bien MSM, por sus siglas en inglés]. La interpretación epidemiológica se fundamentaba en esa premisa y los enfoques se limitaban al uso de preservativos o a los medicamentos que se debían tomar en un momento determinado. Estas metodologías tan limitadas no dejan de crear complicaciones para las vidas de otras personas, especialmente para las mujeres y las niñas negras”.



ActionAid/Imagen registrada en el Reino Unido. Fecha de creación del original: 29 de abril del 2009. País: Brasil

Gabriele, de 10 años de edad, junto a su primo Marcio Eduardo (de 1 año y 5 meses) en su hogar en São João de Meriti, Brasil.

Como consecuencia de esta situación, en Brasil está aumentando la vulnerabilidad al VIH, especialmente entre las mujeres y las niñas negras³⁹. En este sentido, en ninguna parte del país es más evidente la relación entre la raza, el género, la violencia y el VIH que en las *favelas* o barriadas marginales. Las mujeres que viven en las *favelas* —comunidades caracterizadas por la violencia y el crimen— sufren todo tipo de brutalidades, incluidas las violaciones y otras formas de violencia sexual, tanto a manos de los delincuentes como de los mismos policías. Las mujeres seropositivas pueden convertirse en blancos de las pandillas o verse obligadas a hacerse la prueba del VIH⁴⁰. Asimismo, muchas mujeres seropositivas han sido obligadas a marcharse de sus comunidades y cuando se han quedado han sufrido represalias violentas y hasta la muerte⁴¹. La situación ha llegado a tal extremo que en muchos casos los trabajadores de salud dudan en informar a las mujeres sobre su condición seropositiva por temor a exponerlas a algún maltrato.

La Sra. Werneck y sus colegas de Criola han vivido en carne propia situaciones de violencia durante su trabajo en las comunidades de Rio de Janeiro desde 1992. Los tiroteos y los enfrentamientos entre pandillas constituyen el lamentable contexto en el que llevan a cabo sus esfuerzos para fortalecer las capacidades de las mujeres y promover su empoderamiento. A pesar de ello, Criola ha podido llenar un importante vacío en cuanto al acceso a servicios e información por parte de los habitantes de las *favelas*, en las que las mujeres y las niñas que son víctimas de la violencia o que viven con el VIH a menudo no saben dónde acudir para recibir el apoyo o los servicios que necesitan. Tal como describe la Sra. Werneck, “la violencia origina el desplazamiento de la mujer, tanto geográficamente, cuando huye de una situación insegura, como emocionalmente cuando,

como consecuencia de vivir una situación permanente de violencia o por los efectos postraumáticos de ésta, se le hace imposible ser partícipe de la sociedad, de las relaciones externas y de los recursos disponibles. Por ello, existe un vacío, tanto en sentido literal como figurado, entre el lugar donde las mujeres se encuentran geográfica o emocionalmente y el acceso a la información y los servicios de prevención y tratamiento del VIH/SIDA”.

Con el propósito de superar este vacío, Criola ha optado por prestar sus servicios en los mismos lugares donde viven las mujeres afectadas. De hecho, se puede considerar que las prácticas de Criola son promisorias precisamente porque esta institución se aventura a trabajar en zonas que el Estado se ha rehusado a atender. Una manifestación del estigma y la discriminación es que el gobierno no asigna los recursos adecuados para los habitantes de las *favelas*. Asimismo, el temor a la violencia y a la delincuencia dificulta la distribución de los pocos recursos disponibles. Según la Sra. Werneck, “el gobierno cuenta con un programa de visitas a domicilio. Sin embargo, estos programas no llegan a las comunidades donde viven las mujeres y las niñas negras. Los actores estatales que realizan las visitas temen por su seguridad... y por tanto, evitan estas zonas”. En cambio, al llevar a cabo sus intervenciones en el seno de las *favelas*, Criola transmite un sentido de seguridad y pertenencia a las mujeres pobres y marginadas, especialmente en las zonas devastadas por las drogas y la delincuencia.

Criola se creó con el objetivo de abordar los diversos tipos de marginación que experimentan las mujeres de las *favelas*. Al reconocer que estas mujeres necesitan “enfrentar el racismo, el sexismo y la homofobia que actualmente existe en la sociedad brasileña”, Criola se dedica a facilitar herramientas que permiten que las mujeres y las niñas hagan frente a la violencia, fortalezcan su autoestima, aboguen por sus derechos y se apropien de su legado afrobrasileño. Además de las destrezas prácticas relacionadas con la generación de ingresos o la negociación de relaciones sexuales seguras, Criola busca desarrollar un sentido de orgullo y dignidad entre las mujeres de las *favelas*. Al ser una organización dirigida por mujeres negras de diversos orígenes, el propio personal es un modelo ejemplar para las niñas que saben muy poco de la vida fuera de la *favela*. Por otra parte, con el propósito de fortalecer la autoestima de las mujeres y las niñas que muchas veces viven desligadas tanto de la cultura brasileña en general como de sus propias raíces africanas, Criola rescata elementos tradicionales, tanto de la cultura como de la religión afro-brasileña, en sus materiales de capacitación.

“En su afán por crear una mayor conciencia en torno a la salud, Criola rescata elementos de la cultura, el cono-

cimiento, las tradiciones y las experiencias de las religiones afro-brasileñas, las cuales no sólo tienen su propia visión sobre la salud y el bienestar sino que también constituyen un vínculo directo con el legado ancestral africano. Criola aplica aspectos de las culturas afrodescendientes en sus intervenciones orientadas a reestructurar, reorganizar y empoderar a las mujeres negras en el contexto de sus propias comunidades. Sus métodos hacen énfasis en el valor y en la utilidad del legado cultural africano para entender los problemas de salud de estas mujeres y para desafiar la forma en que se aplican las políticas, la atención y las prácticas de salud en Brasil”⁴².

La labor de Criola también cumple con una labor de incidencia. Debido a su larga trayectoria de trabajo con las mujeres afro-brasileñas, la organización está en condiciones de elaborar datos sobre los efectos desproporcionados del VIH en las poblaciones negras de Brasil. Los datos que genera la organización se presentan ante las instancias decisorias y de salud para presionar por que se asignen más recursos a la atención de salud de las mujeres negras. Como estrategia complementaria, Criola también facilita la participación política de las mujeres y las niñas negras. El objetivo a más largo plazo de la organización es promover más participación de las mujeres negras en el ámbito político, con la esperanza de que contribuyan al desarrollo de mejores políticas para abordar las necesidades de sus hermanas.

Incidencia nacional y una hermandad en el ámbito internacional: Women of Color United (WOCU), Estados Unidos

No existe una lucha monotemática, puesto que no vivimos una vida monotemática.

—Audre Lorde, poeta y activista afroamericana

La experiencia de Criola en su trabajo con las mujeres de color en Brasil también repercute en la labor de los diversos grupos que trabajan con poblaciones con características similares en los Estados Unidos de América, donde el SIDA se ha convertido en la principal causa de mortalidad entre las mujeres afroamericanas. Según Dázon Dixon Diallo, fundadora de SisterLove, una organización afiliada a Women of Color United (WOCU, por sus siglas en inglés), “a menudo, las vivencias de las mujeres de color en los Estados Unidos reflejan lo que está sucediendo con las mujeres de los países del Sur Global”. De hecho, los resultados de las investigaciones muestran que si los afroamericanos de los

Estados Unidos establecieran su propio país, éste ocuparía la posición inmediatamente inferior a la de Costa de Marfil con respecto a la cantidad de personas seropositivas⁴³.

Fundada en el año 2007, Women of Color United (WOCU) es una coalición fiduciaria que abarca a más de 70 organizaciones de mujeres de color en los Estados Unidos, cuya labor colectiva se centra en el fortalecimiento de las capacidades de sus afiliadas y de otros actores, a fin de promover políticas que abordan las intersecciones entre la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA en el plano internacional. WOCU reconoce que, aunque no todas las comunidades de color son iguales, muchas veces éstas comparten las mismas desigualdades originadas por su posición social, su visibilidad y su poder político. Dentro de la comunidad afroamericana, por ejemplo, la simple existencia de la red de WOCU es importante debido al silencio reinante que rodea la violencia y el VIH, al igual que los vínculos entre ambos fenómenos.

Tal como lo explica la Sra. Diallo, la marginación de las mujeres afroamericanas es aún más complicada al tomar en cuenta patrones fundamentales de conducta que pueden incidir de forma negativa en las comunidades de color. Entre éstos se encuentra el que, muchas veces, las mujeres no se sienten cómodas con sus propios cuerpos ni con su sexualidad. También hay una falta de diálogo abierto en torno al sexo y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, y existe una tendencia de creer ciegamente en los proveedores de salud, aún cuando éstos se encuentren mal informados o tengan prejuicios. Mientras que en el pasado las ancianas quizás hubieran compartido su sabiduría con las mujeres más jóvenes, este tipo de relación ya no es común en la actualidad. Esta cultura de silencio alimenta una tendencia entre las mujeres de ocultar tanto la violencia que experimentan como su condición seropositiva.

WOCU se dedica a apoyar los esfuerzos de sensibilización de sus diversas afiliadas. Esta red moviliza su poder colectivo para contribuir a establecer una base de evidencias y fortalecer las estrategias de incidencia, especialmente en comunidades en las que existe muy poco conocimiento acerca de la relación entre la VCMN y el VIH/SIDA. Si se desea romper el silencio, es imprescindible recopilar más información sobre la intersección entre la VCMN y el VIH/SIDA en los Estados Unidos. En vista de que muchas de las investigaciones actuales sobre las comunidades de color en los Estados Unidos son cualitativas o anecdóticas, WOCU aboga a favor de más investigaciones cuantitativas como una forma de promover políticas y financiamiento que se centren en esta problemática. Al ofrecerse como un sistema de apoyo que permite que las mujeres de color adquieran

un mayor protagonismo en el sistema político de los Estados Unidos, incluso por medio de iniciativas para la inscripción de votantes en el ámbito comunitario, WOCU busca fortalecer el papel de los sectores marginados de la sociedad para exigir una rendición de cuentas por parte de las instancias decisorias.

Los esfuerzos de WOCU son importantes no sólo por su labor en los Estados Unidos, sino también por los vínculos que la red establece con diversos movimientos de mujeres en el Sur Global. Desde su ubicación estratégica dentro de los Estados Unidos, las diversas organizaciones afiliadas exigen cambios de políticas en el plano internacional. WOCU reconoce el papel esencial que desempeña el sistema político de los Estados Unidos, tanto a nivel interno como en el exterior, y por ello sus actividades de cabildeo ante las instancias decisorias promueven importantes iniciativas tales como la Ley sobre la Violencia contra las Mujeres en el Ámbito Internacional o bien, una reforma de la ayuda exterior para responder de forma más eficaz a la VCMN y al VIH/SIDA. La red está logrando la afiliación de más miembros y entre sus planes está continuar exigiendo la rendición de cuentas por parte de los órganos encargados de la formulación de políticas, tanto a nivel doméstico como en el ámbito internacional.

Empoderando a la juventud: el programa Girls Power Initiative, Nigeria

Se inculca a las niñas que tienen que ser sumisas y humildes. Nadie quiere escucharlas. Nadie piensa que ellas también tienen derecho a expresarse.

—Bene Madunagu, Directora Ejecutiva, Girls Power Initiative

Ante la ausencia de una cura para el VIH/SIDA, se ha calificado a la educación como ‘una vacuna social’. Diversas investigaciones llevadas a cabo en contextos muy variados sugieren que las niñas educadas tienen mayores probabilidades de tener conocimientos básicos sobre el VIH, de negociar relaciones sexuales seguras y de postergar su actividad sexual. Al mismo tiempo, es menos probable que estas niñas experimenten la violencia sexual o por motivos de género⁴⁴. Nigeria es un país donde más del 83 por ciento de las jóvenes revelan haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los veinte años⁴⁵. Fundada en 1993, Girls Power Initiative (GPI, por sus siglas en inglés) utiliza el poder de la educación para enseñar a las niñas cómo negociar relaciones respetuosas y como protegerse de relaciones sexuales

inseguras y no deseadas . La GPI, que funciona por medio de alianzas con los gobiernos estatales, cuenta con centros en cuatro estados y programas de actividades en 28 escuelas, en las que ofrece talleres de educación sexual y promueve la inclusión de materiales educativos sobre el sexo y la sexualidad en las bibliotecas escolares⁴⁶.

Este tipo de esfuerzos no siempre son fáciles en comunidades muy religiosas y conservadoras. No se habla de sexo en la “sociedad correcta y educada” de Nigeria, y por ello no es extraño que las familias y otros sectores opongan resistencia ante la GPI al considerar que la propia educación sexual promueve la promiscuidad. La GPI fomenta un sentido de protagonismo comunitario al invitar a los padres y madres de familia y demás personas interesadas a foros interactivos para explicar el plan de estudios y los objetivos generales de sus programas. En este sentido, la GPI cuenta con el apoyo de familiares que, ya convencidos del valor del programa, explican sus beneficios a otras familias. Al hacer énfasis en el papel que puede desempeñar este tipo de educación para proteger a las niñas contra las violaciones u otras insinuaciones sexuales no deseadas, se disipan los temores de los padres y madres de familia y se alienta a la comunidad a apoyar los programas. Estos foros se complementan con programas radiales y televisivos en los cuales las niñas, sus padres y madres, los facilitadores de la GPI y los administradores escolares comparten ejemplos positivos sobre el impacto que ha generado el programa.

Mediante su modelo de enseñanza de destrezas integrales para la vida cotidiana junto con la educación sexual, la GPI prepara a las niñas a enfrentar las desigualdades de género y de poder que se encuentran subyacentes en la intersección entre la VCMN y el VIH/SIDA. La labor de la GPI comienza con niñas preadolescentes de diez años abordando temas como la autoestima, la imagen corporal y la higiene personal. Un segundo nivel de enseñanza se centra en los elementos básicos de la sexualidad, la anatomía masculina y femenina, los anticonceptivos, el aborto y el VIH/SIDA. Durante el último año, la GPI apoya a las niñas en su transición de niña a mujer, al explorar las decisiones personales sobre la sexualidad y el empoderamiento. Las niñas que conocen sus derechos desde temprana edad pueden desarrollar la confianza, las destrezas y la capacidad que necesitan para enfrentar la violencia en sus relaciones y para protegerse contra el VIH. A las jóvenes que ya se encuentran en una relación se les enseña que el amor no necesariamente tiene que incluir el coito. Si un hombre mayor les pide que tengan relaciones sexuales, estas jóvenes sabrán preguntarle cómo se sentiría si su propia hija se encontrara en una situación similar.

El modelo que ha adoptado la GPI incluye elementos que garantizan su efecto multiplicador. Como requisito para graduarse de este programa integral de tres años de duración, las jóvenes deben prestar servicio comunitario en una zona rural donde tienen la oportunidad de compartir lo que han aprendido con otras adolescentes. En el marco de esta actividad, se lleva a cabo un diagnóstico de las necesidades, centrándose en los desafíos que enfrentan las mujeres y las niñas de la población local en materia de salud. Son las mismas alumnas del programa las que conducen el diagnóstico, diseñan los materiales educativos y luego regresan a las comunidades para impartir sesiones educativas basadas en sus nuevos conocimientos y destrezas.

Según Bene Madunagu, Directora Ejecutiva de la GPI, el nivel de empoderamiento que muestran las participantes ha aumentado considerablemente como resultado de sus programas. Las niñas que se mostraban tímidas al principio presentan mayores niveles de confianza y firmeza al momento de graduarse. Fortalecidas por la formación y las destrezas adquiridas, las jóvenes deciden cuando van a iniciar una relación y velan por que la misma responda a sus necesidades, incluyendo la necesidad de protegerse contra la violencia y el VIH. En efecto, ninguna de las niñas que empezaron el programa siendo VIH negativas ha contraído la enfermedad y ahora además cuentan con las herramientas y la confianza necesarias para dejar relaciones o parejas abusivas.

Los programas de la GPI ejemplifican el poder de la educación para romper los vínculos entre la VCMN y el VIH/SIDA y, sobre todo, muestran la importancia de invertir en las niñas. La mayoría de las participantes del programa termina el ciclo escolar y continúan con su formación universitaria. Muchas de ellas deciden ser consejeras, deseosas de compartir con sus comunidades lo que han logrado a nivel personal. De esta forma, los programas de la GPI velan por que la juventud y la falta de experiencia no sean necesariamente factores de riesgo para contraer el VIH.

El desarrollo de un enfoque integral más allá del sector de salud

El género desempeña un papel importante en determinar la vulnerabilidad de una mujer ante la infección del VIH y la violencia, en su habilidad para acceder al tratamiento, cuidado y apoyo que necesita, y en su capacidad para sobrellevar la situación si resulta infectada o afectada.

—Salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con el VIH/SIDA

Tal como lo evidencian las prácticas descritas en el capítulo anterior, la marginación y la violencia contra importantes grupos de la población impiden el acceso de las mujeres y las niñas expuestas al VIH/SIDA a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo que necesitan. En muchos casos, la amenaza de la violencia representa un obstáculo para el acceso a los servicios de prueba y consejería relativa al VIH o para revelar sus resultados. Sin conocimiento de su condición seropositiva o sin la posibilidad de acceder a los tratamientos y la atención necesaria, las mujeres llegan a enfermarse o incluso a morir innecesariamente. Por consiguiente, una respuesta eficaz del sector de salud frente a las dos pandemias debe incluir un enfoque integral y holístico que aborde los vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA y tome en cuenta las necesidades físicas, psicológicas, jurídicas y económicas de las sobrevivientes, tanto a corto como a largo plazo.

El diseño de este tipo de enfoque integral debe entenderse en el contexto de lograr el acceso universal a la prevención y al tratamiento. En el plano internacional, existe un consenso cada vez mayor en torno a la necesidad de contar con más programas de pruebas y consejería iniciadas por los mismos proveedores de salud, además de la consejería y las pruebas voluntarias (CPV) que inicien los mismos clientes. Debido a esta responsabilidad adicional, el personal de salud requiere una mayor capacitación acerca de los vínculos existentes entre las dos pandemias y los protocolos adecuados para abordarlas. En muchos lugares, los proveedores de servicios de salud, especialmente el personal responsable de los servicios de consejería y pruebas del VIH, no están al tanto de los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres y las niñas. Es más, no todos los proveedores de servicios cumplen con las normas internacionales relativas al consentimiento y la confidencialidad. En el contexto del VIH y la VCMN, este tipo de incumplimiento puede generar consecuencias devastadoras.



Sven Torfinn/Agencia Panos Pictures/ActionAid/Imagen registrada en el Reino Unido. Fecha de creación del original: 29 de setiembre del 2008. País: Kenia

Judith Atieno Basil, en Usigu, cerca de Kisumu, Kenia, octubre del 2008. Judith, de 25 años, es la secretaria del Grupo Juvenil Ulusi, un grupo que recibe el apoyo de ActionAid. Ulusi participa activamente en la comunidad para intentar sensibilizar a la gente sobre el VIH/SIDA, el embarazo precoz, la deserción escolar, las enfermedades de transmisión sexual, la violencia doméstica, los derechos humanos, el abuso infantil y otros problemas sociales. La mayoría de los miembros de la comunidad se gana la vida ya sea mediante la pesca en el Lago Victoria o a través de actividades agrícolas.

Los ejemplos que se presentan a continuación ofrecen dos modelos promisorios que abordan las dos pandemias mediante un enfoque integral. El primero de ellos, un programa de servicios centralizados para las sobrevivientes de la violencia sexual, adopta una estrategia de atención de la salud en función de los derechos, a través de la cual las mujeres que enfrentan la violencia y el VIH pueden obtener tratamiento, atención y apoyo de forma gratuita, además de la ayuda necesaria para documentar sus casos, presentarlos ante las autoridades judiciales pertinentes y obtener tratamiento a más largo plazo. El segundo ejemplo plantea un medio para mejorar los procedimientos hospitalarios al incorporar los protocolos relativos a la VCMN y al VIH en las prácticas médicas estándar. Ambos enfoques utilizan la atención de la salud como un punto de acceso para responder de forma integral al impacto que originan ambas pandemias en las mujeres y las niñas pobres.

Ofreciendo un apoyo integral: Nairobi Women's Hospital, Kenia

Debido a que, obviamente, un ataque sexual no estaría contemplado en el presupuesto de una mujer, la víctima definitivamente no dispondrá de los fondos para sufragar los consiguientes gastos de atención y tratamiento. Es importante contar con un lugar centralizado donde las mujeres puedan acudir para obtener una atención integral.

—Dr. Samuel Thenya, Fundador, Nairobi Women's Hospital

“La prestación de servicios gratuitos es posible debido a la propia estructura administrativa del centro: como una fundación sin fines de lucro y benéfica dentro del hospital, el GVRC se gestiona más como una ONG que como un centro de salud”

En Kenia, confluyen una multiplicidad de factores que impiden el acceso de las sobrevivientes de violencia sexual al tratamiento médico, los cuidados y el apoyo que necesitan. Muchas mujeres que se encuentran en esas circunstancias no cuentan con los medios suficientes para sufragar los costos básicos de los servicios hospitalarios. Otras no denuncian el delito por sentir de vergüenza, pena y humillación. Los estigmas sociales relacionados con el VIH contribuyen a que las mujeres y las niñas opten por no hacerse

la prueba, aún en casos de violaciones perpetradas por múltiples atacantes o en otras situaciones en las cuales existe una alta probabilidad de haber sido expuestas al virus.

Este tipo de discriminación está arraigada en las mismas leyes, las cuales, lejos de proteger a las mujeres, las desalientan a buscar justicia. Un ejemplo de ello es la Ley sobre Delitos Sexuales [Kenyan Sexual Offences Act] del año 2006, la cual a pesar de incluir una mayor protección para las sobrevivientes de la violencia sexual, criminaliza el delito de acusaciones falsas. Según Alberta Wambua, Subdirectora del Gender Violence Recovery Center (GVRC, por sus siglas en inglés) del Nairobi Women's Hospital, “si alguien llega a violarme y si—después de todas las sentencias—lo declaran inocente, me encarcelarán a mí por la misma cantidad de años que le hubieran impuesto a él de encontrarle culpable”.

Por otro lado, existen diversas disposiciones jurídicas que impiden que las sobrevivientes obtengan justicia. Por ejemplo, en ausencia de una documentación completa sobre el delito, la policía sólo puede detener a un imputado durante 48 horas. Sin embargo, se requiere de tiempo y recursos para sustanciar un caso y reunir las pruebas respectivas, al igual que para abordar las consecuencias del abuso sexual. A menudo las mujeres no están en condiciones para presentar una acusación debido a la falta de recursos para obtener la documentación médica necesaria, un proceso cuyo costo puede ascender a los \$200. Aún con estas dificultades, si la sobreviviente no puede presentar las pruebas

requeridas en el plazo de 48 horas que prescribe la ley, se pone en libertad al autor del delito.

El Gender Violence Recovery Centre (GVRC) se fundó en marzo del 2001 en el Nairobi Women's Hospital, con el propósito de responder de manera específica a esta situación tan complicada. En calidad de centro de servicios centralizados, el GVRC presta atención gratuita y oportuna a las sobrevivientes de un ataque sexual, tales como servi-

cios de consejería voluntaria, pruebas y terapias de profilaxis post-exposición (PPE). Estos tratamientos ofrecen cierta esperanza a las sobrevivientes de la violencia que necesitan saber si han contraído el VIH. Según la Sra. Wambua, “muy poca gente sabe que hay algo que se puede hacer dentro de las primeras 72 horas para prevenir la transmisión del VIH tras un ataque sexual”. Debido a que la infección del VIH no siempre se detecta de inmediato, las pacientes deben repetirse la prueba después de tres y seis semanas. Durante las cuatro semanas de tratamiento necesarias para que la PPE tenga efecto, las mujeres pueden recibir consejería post-trauma y para apoyarlas en su adhesión al tratamiento. Las mujeres que resultan seropositivas reciben consejería y luego se remiten a otros centros donde podrán recibir una atención a más largo plazo, como una terapia antirretroviral (TAR) gratuita.

Fundado como respuesta al estigma que experimentan las sobrevivientes de la violencia sexual y el VIH, y ante la falta de estándares de atención en este campo, el GVRC ha establecido pautas de tratamiento y apoyo. Los proveedores de servicios de salud reciben capacitación continua y son partícipes en procesos de monitoreo y evaluación para velar por que la atención que brindan a sus clientes sea eficaz y sensible. El enfoque integral del centro aborda las consecuencias emocionales de la violencia y el VIH con la misma seriedad que se tratan las repercusiones para la salud física. Tal como lo explica la Sra. Wambua, “cuando la mujer llega a buscar atención médica, ya ha sido maltratada y se encuentra en mal estado. Sin embargo, las mismas mujeres no reconocen el trauma psicológico como un abuso, solo el trauma físico. No quieren tomar ninguna acción y creen que son ellas las que han hecho algo malo. Por ello—y a pesar del abuso experimentado—muchas veces regresan a la misma familia”. El apoyo psicosocial incluye toda una gama de opciones de consejería, tales como: la terapia individual, familiar, o sesiones grupales mensuales en las que las participantes comparten sus experiencias y se apoyan

mutuamente. En estos contextos es común que se traten aspectos tales como el reconocimiento de la violencia sufrida y la revelación de su diagnóstico seropositivo para facilitar una transición más segura cuando las mujeres regresan a su vida cotidiana. De ser necesario, una oficina de trabajo social realiza los trámites necesarios para enviarlas a otras instituciones donde pueden obtener servicios jurídicos o bien, albergue provisional.

Esta política de puertas abiertas permite que las mujeres y las niñas de grupos marginados y económicamente desfavorecidos tengan acceso a una diversidad de servicios y apoyo. Garantizar este acceso era el objetivo del fundador del programa, Dr. Samuel Thenya, quien identificó los costos como uno de los principales obstáculos para el acceso a la atención de las sobrevivientes de un ataque sexual. La prestación de servicios gratuitos es posible debido a la propia estructura administrativa del centro: como una fundación sin fines de lucro y benéfica dentro del hospital, el GVRC se gestiona más como una ONG que como un centro de salud. Los costos de los servicios en vez de ser cubiertos por las pacientes, son financiados por varios donantes bilaterales y multilaterales y por diversas grandes corporaciones internacionales.

Por otro lado, en el ámbito de las políticas, el GVRC promueve un mayor reconocimiento de los vínculos existentes entre el ataque sexual y el VIH. Mediante el uso de un sistema muy bien desarrollado para la gestión de datos, el centro recopila y coteja información sobre todas las pacientes atendidas para luego analizar las tendencias derivadas de las experiencias de las sobrevivientes de la violencia, incluidas las mujeres que resultan seropositivas. Como la fuente principal de estadísticas sobre la violencia por motivos de género y el VIH en Kenia, el GVRC ofrece un servicio fundamental a diversos actores. A través de los datos proporcionados, las sobrevivientes cuentan con la documentación necesaria para presentar una demanda y fundamentar sus

“Parece algo esquizofrénico: Atendemos a las mujeres embarazadas hasta un día antes de dar a luz. Luego, ella acude al hospital de maternidad para el parto y la perdemos. No vuelve a aparecer hasta cuatro o cinco meses después y no sabemos qué ha pasado con respecto a su VIH. Estos dos hospitales quedan apenas a 50 cuadras de distancia”

casos, los defensores pueden utilizar los datos como herramienta de incidencia para promover cambios en las políticas, tales como el fortalecimiento de las leyes relativas a la violencia sexual, y, los funcionarios públicos pueden entender en mayor medida la intersección entre las dos pandemias. Finalmente, la labor de documentación que realiza la unidad de monitoreo sirve de respaldo para los grupos de la sociedad civil en sus esfuerzos por exigir una mayor rendición de cuentas de las instancias encargadas de la formulación de políticas.

El GVRG es una institución singular en África Oriental y por consiguiente sus servicios tienen mucha demanda. Desde su establecimiento en el 2001, el centro ha atendido a más de 10.000 sobrevivientes de la violencia. De no existir el centro, muchas de las mujeres atendidas nunca hubieran obtenido una atención inicial, ni mucho menos un servicio integral. El GVRG ha creado un modelo para la prestación de un conjunto de servicios integrales que verdaderamente responden a las necesidades físicas, emocionales y sociales de las mujeres en el contexto de las dos pandemias.

La creación de protocolos para abordar la intersección: La FEIM, Argentina

Nuestras investigaciones examinaron la información relativa al reconocimiento y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH/SIDA (MVVS). Descubrimos que si bien estos derechos formaban parte del discurso de los funcionarios de los programas de VIH/SIDA que empleaban un lenguaje “políticamente correcto”, en general, esto no correspondía a la realidad de los servicios que se prestaban a diario. Tal como sucede con los derechos humanos en general, el sistema de salud reconoce estos derechos “en teoría”, pero en la mayoría de los casos, no los incorporan en la práctica⁴⁷.

—Mabel Bianco, Directora Ejecutiva de la FEIM

Desde el año 2002, la legislación argentina ha garantizado la atención de la salud sexual y reproductiva de todas las mujeres. En la realidad, sin embargo, existen graves deficiencias en la aplicación de las leyes. Las mujeres y las niñas que viven con el VIH a menudo enfrentan una discriminación en los puntos de servicios y en algunos casos se han visto obligadas a ocultar su condición para poder acceder a ellos. Abundan los testimonios de mujeres seropositivas que han tenido que esperar al único técnico de laboratorio autorizado para sacarles sangre, o bien, a la única obstetra

dispuesta a asistir sus partos. Además, es común realizar la prueba del VIH a las mujeres sin su consentimiento, para después ofrecerles servicios y tratamiento de VIH únicamente durante el embarazo, pero no después del parto. Según una médica argentina, “parece algo esquizofrénico: atendemos a las mujeres embarazadas hasta un día antes de dar a luz. Luego, ella acude al hospital de maternidad para el parto y la perdemos. No vuelve a aparecer hasta cuatro o cinco meses después y no sabemos qué ha pasado con respecto a su VIH. Estos dos hospitales quedan apenas a 50 cuadras de distancia”⁴⁸.

Esta negación a prestar servicios de salud a mujeres seropositivas tiene sus raíces en el estigma y la discriminación generalizada. Mabel Bianco, Directora Ejecutiva de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), ha indagado acerca de la calidad de los servicios de salud que obtienen las mujeres seropositivas. Según ella, “durante las entrevistas, los prejuicios de los médicos saltan a la vista. Por ejemplo, la noción de que no es recomendable que las mujeres seropositivas tengan relaciones sexuales. O si lo hacen, es inaceptable que se embaracen. Este tipo de prejuicios se traduce en consejos y hasta en la promoción o la facilitación de la esterilización de la mujer, una práctica que era ilegal en Argentina hasta mediados del 2006, cuando se modificó la ley”⁴⁹.

Fundada en 1989, la FEIM aborda la intersección entre las dos pandemias en el contexto de los hospitales públicos de Buenos Aires. Ante la falta de estándares de atención en esta área en los hospitales argentinos, la FEIM promovió la creación de un protocolo que abordara de forma concreta los vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA. Asimismo, la FEIM aunó fuerzas con el Ministerio de Salud de la ciudad, y con la persona encargada de la Unidad de VIH del mismo Ministerio, para presionar a los hospitales a que aplicaran las nuevas políticas sensibles al género y pusieran fin al estigma y a la discriminación que acompañan al VIH.

El nuevo protocolo incluye una serie de preguntas estándar para las pacientes, la distribución de anticonceptivos de emergencia para prevenir el embarazo y la profilaxis post-exposición (PPE) al VIH. Por otro lado, el enfoque actual se centra en una atención integral que tome en cuenta los servicios psicológicos y jurídicos. Dentro de su formación, los psicólogos y los trabajadores sociales aprenden que deben prestar especial atención a la difícil situación de las sobrevivientes de la violencia y, en particular, de las que resultan seropositivas. El protocolo también insta al personal hospitalario a dar seguimiento a las pacientes durante varios meses, a fin de brindarles apoyo emocional y llevar un

control de sus avances. Según la Sra. Bianco, sin este tipo de seguimiento, a menudo las sobrevivientes de la violencia se “perdían en el sistema”, debido a que no se llevaba un control de su progreso o porque no había una continuidad en los servicios de salud. Acogiendo la sugerencia de la FEIM, la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA elaboraron una metodología simplificada para facilitar la aplicación de este protocolo en todos los servicios.

Las labores de incidencia de la FEIM ante el Ministerio de Salud de Buenos Aires también promovieron que se integrara un análisis de la violencia desde una perspectiva de género en los servicios prestados a las mujeres que viven con el VIH/SIDA. De igual manera, se integró un estudio sobre el VIH en la atención brindada a todas las víctimas de violencia a través de los servicios de salud pública en la ciudad de Buenos Aires.

Los protocolos y los procedimientos relacionados con las pandemias sólo serán eficaces en la medida que los profesionales de salud, desde los médicos hasta el personal técnico, comprendan y reconozcan los vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA. En este sentido, la FEIM ofrece talleres de capacitación al personal médico sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH/SIDA. De esta manera, la organización no solo cuestiona los prejuicios que persisten en la sala de emergencias, sino que también contribuye a la formación de un grupo de “garantes” dentro del sistema de salud habilitados para aplicar los protocolos oficiales.

Aunque hacen falta más investigaciones para evaluar el impacto de estos esfuerzos, los indicios preliminares son promisorios. Con el propósito de demostrar la importancia de una prestación de servicios integrales y a largo plazo, la FEIM está comenzando a evaluar las experiencias de las sobrevivientes de violencia antes y después de la aplicación de los nuevos protocolos. Al analizar los historiales clínicos de las pacientes desde una óptica de los derechos humanos, la organización ofrece una nueva visión al personal hospitalario sobre las formas en que diversos temas sociales, como el poder en las relaciones de género, inciden en la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas frente a la violencia y el VIH/SIDA.

“Los protocolos y los procedimientos en torno a ambas pandemias sólo serán eficaces en la medida que los profesionales de salud, desde los médicos hasta el personal técnico —comprendan y reconozcan los vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA”

Exigiendo la rendición de cuentas de formuladores de políticas

“Para ello, hace falta que cada presidente, cada primer ministro, cada parlamentario y político se compromete y declare: ‘yo acabo con el SIDA’”.

—Kofi Annan, ex Secretario General de la ONU



Brian Sokol/ActionAid
Nepal

Diversas personas participan en las actividades para conmemorar el Día Mundial del SIDA en Birganj, Nepal, el día lunes 1° de diciembre del 2008.

Las estrategias integrales que se examinaron en el capítulo anterior no hubieran sido posibles sin la voluntad de los diversos sectores involucrados y de las instancias decisorias. Desde los donantes internacionales y los defensores en el campo de la salud pública, y hasta el personal médico, los trabajadores sociales, los encargados de la formulación de políticas y los proveedores de servicios deben asumir la responsabilidad de los esfuerzos dirigidos por detener la ola de violencia contra las mujeres y las niñas y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, a pesar de un creciente nivel de conciencia en torno a la magnitud de las dos pandemias y de los vínculos entre ambas, incluso los expertos en sus respectivos campos pueden carecer de una claridad conceptual sobre la intersección. De hecho, con demasiada frecuencia los encargados de la formulación de políticas no son muy conscientes, o tal vez no están del todo convencidos, de su propia responsabilidad con respecto a los dos fenómenos. Por consiguiente, muchos actores no sienten la responsabilidad de rendir cuentas debido a una falta de visión clara sobre las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA.

Es necesario que todos los actores—especialmente los encargados de la formulación de políticas tales como los

gobiernos, los donantes internacionales y las agencias de la ONU—asuman su responsabilidad en los esfuerzos para abordar ambas pandemias y sus puntos de intersección. Para los Estados, esto supone la obligación de investigar las violaciones, castigar a los responsables y velar por una reparación integral del daño ocasionado a las sobrevivientes de violencia, además de garantizar el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo necesarios para las mujeres y las niñas que viven con VIH/SIDA, todo ello en el marco de los compromisos gubernamentales relativos al proceso de acceso universal y los principios internacionales de derechos humanos. Por su parte, los donantes internacionales deben asegurar el abordaje de la VCMN en el flujo de financiamiento dirigido a combatir el VIH/SIDA.

La investigación y la documentación son dos herramientas importantes para fomentar un sentido de responsabilidad entre los encargados de la formulación de políticas, los cuales siempre están buscando un equilibrio entre las múltiples exigencias y demandas contrapuestas. Por otra parte, las investigaciones pueden establecer una relación causal entre las dos pandemias, analizar el nivel de compromiso de los encargados de la formulación de políticas para abordar-

las y generar mecanismos para el monitoreo y la producción de informes, a fin de velar por que se cumplan los compromisos adquiridos. Asimismo, si son eficaces, los procesos de investigación y documentación pueden afianzar una serie de esfuerzos de incidencia para la formulación de más políticas sensibles al género y una mayor canalización de recursos para abordar la intersección.

De forma paralela, la capacitación de mujeres y niñas más afectadas y vulnerables a la VCMN y el VIH/SIDA en materia de derechos representa otra importante práctica para exigir la rendición de cuentas de los formuladores de políticas. Un grupo de mujeres empoderadas desde las bases puede representar una poderosa prueba de la magnitud de la problemática, ya que sus experiencias y testimonios directos son difíciles de ignorar por las autoridades competentes.

Las organizaciones que se presentan en este capítulo han incorporado con éxito la investigación, la documentación y la capacitación en materia de derechos humanos en sus estrategias de incidencia como un medio para responsabilizar a los actores pertinentes. Ya sea a través de campañas internacionales o tribunales populares a nivel nacional, estas iniciativas presentan varias estrategias en común, tales como la sustentación de evidencias a través de la promoción y difusión de datos en formatos eficaces para incidir en la formulación de política o el uso estratégico de oportunidades y espacios de incidencia para promover su causa y para poder dirigirse a los actores más renuentes que quizás, de otra forma, no estarían dispuestos a colaborar. De manera conjunta, éstas ilustran una serie de prácticas claves orientadas a responsabilizar a las autoridades pertinentes.

Construyendo alianzas entre movimientos: La campaña “Las mujeres no esperamos”

El financiamiento y la programación desarticulada de la lucha contra el VIH/SIDA por un lado y la erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas por el otro no sólo significa que hay muchos menos recursos para abordar la violencia como causa y consecuencia de la infección del VIH, sino también que la necesidad estratégica de integrar estos esfuerzos continúa padeciendo de una división peligrosa, disfuncional e ineficaz.

—Las mujeres no esperamos, “¿Dónde está el dinero: Es la violencia hacia las mujeres y niñas parte de la agenda de donantes del VIH/SIDA?”

Diffícilmente se podrá responsabilizar a los diversos actores involucrados si no se dispone de la información necesaria para fundamentar la causa que se defiende. Para la campaña internacional titulada “Las mujeres no esperamos — Acabemos con la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA ¡Ya!” (WWW, por sus siglas en inglés), que se lanzó en marzo del 2007 para abordar la intersección entre la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA, el primer paso en este sentido fue la recopilación de datos donde éstos no existían. Aún cuando los donantes más influyentes en el campo del VIH/SIDA afirman su compromiso con los derechos de la mujer, ello no siempre se traduce en flujos de financiamiento y programas concretos. Es necesario que los donantes públicos rindan cuentas de sus políticas y programas y que funcionen de forma transparente. Así, en el marco de la campaña “Las mujeres no esperamos”, se planteó el análisis de las políticas, los programas y los flujos de fondos de los principales donantes multilaterales y bilaterales con el fin de determinar hasta qué punto la retórica sobre la necesidad de abordar la violencia contra las mujeres corresponde con la realidad⁵⁰. Al centrarse en los cinco donantes internacionales más grandes en el campo de VIH/SIDA, la campaña logró revelar un panorama bastante completo de la respuesta internacional frente a la violencia contra las mujeres y niñas en el marco de la lucha contra el SIDA.

Los hallazgos del análisis de WWW, presentados en el informe titulado ‘Show Us the Money’ [¿Dónde está el dinero?], comprobaron lo que los activistas ya sabían: el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas no es un aspecto integral del trabajo de los principales donantes públicos en el ámbito del VIH/SIDA. Es poco común que se destaque la violencia contra las mujeres y las niñas como una causa o consecuencia importante de la enfermedad, ni tampoco es algo que se mida estadísticamente en el contexto de la prevención, el tratamiento o la atención del VIH/SIDA. Asimismo, los donantes no llevan un conteo específico de los fondos asignados para erradicar la violencia contra las mujeres en sus agendas relativas al VIH/SIDA. Por ello, es difícil determinar con exactitud la cantidad de fondos asignados para abordar la intersección entre ambos fenómenos.

Al invertir en las investigaciones para determinar las prioridades de los donantes con respecto al abordaje de las intersecciones —prioridades medidas en base a dónde y cómo se asignan los fondos— la campaña WWW elaboró una serie de herramientas para apoyar a la sociedad civil en sus esfuerzos por exigir una mayor rendición de cuentas por parte de los encargados de la formulación de políticas. Usando su análisis como punto de referencia para evaluar los avances de los donantes en este campo, la campaña

“El acceso a los servicios jurídicos y de salud aumentará en base al fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de salud y justicia y de una mayor comprensión de sus obligaciones hacia las personas seropositivas.” ”

desarrolló indicadores, recomendaciones y objetivos concretos con el propósito de presentarlos ante los actores más importantes, particularmente los gobiernos de los países del G-8. Tras un proceso de recopilación de datos sobre los niveles de inversiones de los donantes principales en la intersección entre las dos pandemias, la campaña WWW estuvo en condiciones de plantear demandas más fuertes y recomendaciones de políticas más claras. A un año del lanzamiento de su primer informe, la campaña publicó otro complementario titulado ‘What Gets Measured Matters’ [“Lo que se mide importa”], con información actualizada sobre las políticas, los programas y la asignación de fondos de donantes relacionados con la VCMN en el contexto de la lucha contra el VIH/SIDA. De esta manera, la campaña pudo rastrear los cambios y las tendencias en las prioridades de los donantes.

A través de estos datos y de evidencia concreta, la campaña “Las mujeres no esperamos” comenzó a movilizar apoyo público. El primer desafío de la campaña fue la de promover un acercamiento entre dos poderosos movimientos de la sociedad civil que rara vez habían trabajado juntos, a pesar de los vínculos entre las dos pandemias y de la sólida trayectoria de activismo de ambos. Según Cynthia Rothschild, del Center for Women’s Global Leadership, afiliado a esta campaña, “en años recientes, muchas activistas en los ámbitos de los derechos humanos, el VIH, los derechos sexuales y la salud de la mujer han observado una creciente atención hacia los temas de la mujer y el VIH. Sin embargo, desde los distintos campos, no se han visto proyectos focalizados, eficaces y estratégicos que vinculen los dos fenómenos. Muchas de nosotras vimos en la campaña un espacio para resaltar los puntos de intersección. Consideramos que este era un aporte multidisciplinario importante”.

Aunque desde un principio quedó claro que una agenda feminista guiaría la campaña, era necesario superar diversos desafíos para salvar la brecha entre los dos movimientos. En primer lugar, con frecuencia los activistas en los campos del VIH y de los derechos de la mujer abordan la intersección desde distintos puntos de intervención. “En

muchos casos, las personas comienzan a trabajar en una área (ya sea en el ámbito del VIH o de los derechos de la mujer y la lucha contra la violencia) y luego buscan integrar el otro tema en el marco de su labor o área de interés pre-establecida. Por ello, los diversos esfuerzos para abordar las intersecciones no siempre nacen desde la misma óptica ni se abordan con el mismo vocabulario o con los mismos resultados en mente”⁵¹.

De hecho, uno de los aspectos promisorios de la campaña WWW es precisamente el esfuerzo dirigido a convocar a activistas con diferentes trayectorias pero que comparten las mismas metas, incluidas diversas organizaciones ubicadas y/o orientadas tanto en el Norte como en el Sur Global. Según la Sra. Rothschild, a la campaña “Las mujeres no esperamos” le corresponde emprender una tarea esencial: “Se trata de construir los cimientos para que la gente reconozca los vínculos tanto conceptuales como prácticos entre la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA, y de desarrollar otro tipo de conciencia entre los activistas y los encargados de la formulación de políticas. El objetivo no es crear conciencia por el simple hecho de crearla, sino concretamente para contribuir a la formulación de políticas”. Se tomó la decisión estratégica de hacer partícipes a las organizaciones de la sociedad civil con una renombrada trayectoria en una o ambas áreas, con acceso a los actores principales dentro de la comunidad de donantes en el campo del VIH/SIDA y muy familiarizadas con las estrategias de cabildeo. De esta manera, los miembros de la campaña estaban en condiciones de emprender la labor de incidencia tanto en el ámbito nacional como en el contexto de los esfuerzos internacionales para influir en las políticas de género del Fondo Mundial y los lineamientos de género que elaboraron ONUSIDA y el PNUD.

Por otro lado, la campaña buscó construir sobre la labor individual de cada una de sus organizaciones miembro, estableciendo una mayor cohesión y visibilidad bajo el estandarte de la coalición. En efecto, el alto grado de cooperación entre los miembros de la coalición fue un aspecto fundamental para muchos de los logros de la campaña. Un

año antes de la creación de “Las mujeres no esperamos”, las organizaciones afiliadas ya habían iniciado un trabajo conjunto en el marco de las reuniones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y la Conferencia Internacional sobre el SIDA del 2006. El espíritu de confianza y de colaboración que se estableció en el contexto del trabajo que precedió a la campaña fue un factor importante para el éxito de esta red internacional, cuyos procesos de planificación e identificación de estrategias se realizan principalmente mediante una lista de correos electrónicos y teleconferencias mensuales. Igualmente importante fue la flexibilidad de la estructura de la campaña, lo que permitió que se diseñaran respuestas adaptadas a diversas oportunidades de incidencia, tales como la cumbre de los países del G-8 o las reuniones del Fondo Mundial. Tal como lo recuerda la Sra. Rothschild, “adoptamos un doble enfoque. Desarrollamos y abogamos a favor de las demandas basadas en los derechos de la mujer, y al mismo tiempo integramos nuestras demandas a las agendas más amplias de VIH y de las OSC”.

Esta estrategia proactiva y cuidadosamente elaborada ya ha contribuido a importantes resultados. En junio del 2007, los países del G-8—que son los principales contribuyentes al sistema de la ONU—emitieron un comunicado que por primera vez incorporaba un lenguaje relativo a la feminización de la pandemia del VIH/SIDA, el cual también incluyó referencias explícitas a la violencia contra las mujeres y las niñas, los derechos a la salud sexual y reproductiva y las “minorías sexuales”. Concretamente, en el comunicado se exhortó al Fondo Mundial a instituir una respuesta ante el VIH que fuera sensible al género. Por su parte, el Fondo Mundial ha tomado pasos significativos hacia la incorporación de un enfoque de género en sus respuestas a las pandemias a través de la contratación de nuevo personal (denominados “Garantes de Género”), aumentando el nivel de conocimiento especializado en materia de género a nivel interno, y ofreciendo lineamientos de género para las propuestas presentadas por los países. Siguiendo este ejemplo, en setiembre del 2007, ONUSIDA incorporó diversos cálculos de costos para abordar la VCMN en sus estimaciones generales sobre los recursos necesarios en 132 países con relación al VIH/SIDA; es decir, las inversiones recomendadas a los países para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo necesario para el año 2010. Si bien estos avances no se pueden atribuir únicamente a los esfuerzos de la campaña, la labor de incidencia de una amplia red de actores en el contexto de esta victoria es un ejemplo del poder que tiene el establecimiento de coaliciones para lograr una mayor rendición de cuentas por parte de los formuladores de políticas.

Desarrollando un marco de derechos en comunidades rurales: CIRDDOC, Nigeria

La estigmatización de las mujeres que viven con el VIH por parte de los proveedores de servicios de salud y de asistencia jurídica, de los policías y de otros se traduce en una falta de empatía y de comprensión precisamente por parte de las personas en las que las mujeres buscan apoyo y consuelo. La actitud predominante es que, debido a que el VIH se transmite sexualmente, todas las personas que lo padecen deben haber sido promiscuas.

—Oby Nwankwo, Directora Ejecutiva del CIRDDOC

Emplear la ley para ejercer los derechos podría considerarse como un concepto ajeno y desconocido en las zonas rurales de Nigeria, en las que, a menudo, el mismo sistema jurídico establecido para protegerlas, castiga a las sobrevivientes de la violencia sexual. Los prejuicios y las actitudes de censura y de culpa son algo común entre los agentes de seguridad pública que se encargan de los casos de violaciones. De la misma forma, las mujeres y las niñas que viven con el VIH/SIDA enfrentan una poderosa estigmatización social. Es común que se les expulse de sus familias, se les despida de sus trabajos, se les despoje de sus bienes o se les obligue a marcharse de sus hogares matrimoniales.

Desde su fundación en 1996, el Civil Resource Development and Documentation Centre (CIRDDOC, por sus siglas en inglés) aborda estos temas mediante una estrategia de doble vía, orientada a ayudar a las mujeres rurales a ejercer sus derechos. A través de su primer componente se llevan los servicios legales directamente a las comunidades con poco conocimiento del sistema jurídico. El segundo componente supone la capacitación de los trabajadores de salud y los integrantes de la fuerza pública en temas relacionados con la intersección entre las dos pandemias y los desafíos que enfrentan las mujeres en el contexto de ambas.

Los esfuerzos del CIRDDOC no sólo abren espacios políticos para las mujeres en las zonas rurales, sino que también fomentan que los proveedores de servicios se conviertan en aliados de sus clientes. Según Oby Nwankwo, Directora Ejecutiva del CIRDDOC, “el acceso a los servicios jurídicos y de salud aumentará en base al fortalecimiento de las capacidades de los proveedores de servicios de salud y justicia y de una mayor comprensión de sus obligaciones hacia las personas seropositivas. Por otra parte, el desarrollo de las capacidades de las mujeres que viven con el VIH, les permite superar el estigma y acceder a diversos servicios de forma gratuita”.

En línea con su compromiso de fomentar la participación política de los grupos marginados, el CIRDDOC ha establecido 15 Centros de Información Comunitaria en las zonas rurales de todo el país. Equipados con generadores, televisores y videocaseteras—aparatos poco comunes en las zonas que carecen de energía eléctrica—, los centros facilitan el acceso a las noticias y a la información de índole jurídica, al igual que ofrecen apoyo y servicios legales. Un equipo de asistentes jurídicos, técnicos en información al desarrollo y educadores cívicos trabaja con las mujeres para desmitificar y simplificar el derecho, ofreciéndoles, por ejemplo, instrucciones paso por paso para acceder a los servicios legales. Por otro lado, mediante la celebración de talleres y foros comunitarios, los educadores cívicos profundizan en mayor detalle sobre los temas de género, violencia y VIH/SIDA.

Una vez al año, el Centro lleva a cabo los denominados tribunales populares, a través de los cuales organizan una escenificación dramática para que las mujeres denuncien los abusos que han sufrido y para sensibilizar a la comunidad en torno a la violencia, el VIH y temas más amplios relativos a los derechos sexuales y reproductivos. Los educadores cívicos reclutan a varias mujeres de la comunidad para que den sus testimonios. Al momento de presentar su declaración, algunas se tapan con un velo para proteger su seguridad y privacidad, mientras que otras aprovechan el foro público para conseguir una mayor visibilización de su causa.

El tribunal, que se programa estratégicamente para coincidir con otros importantes encuentros nacionales e internacionales, tales como el Foro Social de Nigeria, atrae a un público de varios centenares de personas, incluidos diversos funcionarios gubernamentales y legisladores. Un panel de jueces analiza las respectivas pruebas y emite una sentencia en cada caso. La naturaleza tan personal y a menudo desgarradora de los testimonios de las mujeres también puede facilitar su acceso a la justicia y a distintos tipos de apoyo. En varios casos, los propios miembros del público han ofrecido asistencia directa a estas mujeres como respuesta a los testimonios que han escuchado. Al desvelar el rostro humano de estas dos pandemias, los tribunales que auspicia el CIRDDOC promueven la aplicación de normas jurídicas relevantes, como la ley nacional contra la violencia hacia las mujeres. Estos tribunales también contribuyen a fortalecer la base de evidencias sobre los vínculos entre la violencia y el VIH/SIDA de una manera pública y sumamente convincente.

Otro aspecto promisorio de la labor del CIRDDOC es la sensibilización de los proveedores de servicios en los sectores de justicia y de salud. Los programas de capacitación que auspicia el CIRDDOC utilizan el “Marco de Mutapola”, un enfoque en función de los derechos que sitúa a la mujer en

el centro de las respuestas al VIH/SIDA. El CIRDDOC, en colaboración con ActionAid Nigeria, ofrece los recursos necesarios para estas capacitaciones. ‘Mutapola’, que representa a todas las mujeres y las niñas afectadas por el VIH, es una forma de personalizar la enfermedad para aquellos que posiblemente desconozcan o no entiendan la relación que tienen los temas de género en torno a ésta. La naturaleza multidimensional de la estrategia—que incluye temas como el derecho al tratamiento y a la atención, la importancia de medios seguros de sustento y la creación de un entorno legislativo propicio para que las mujeres y las niñas tengan la posibilidad de reivindicar y ejercer sus derechos—permite que los proveedores de servicios se pongan en la situación de las mujeres que atienden. Los estigmas internalizados se van desvaneciendo a medida que los jueces y los abogados, el personal médico y otros actores comienzan a comprender las formas en las que las desigualdades de género aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas ante una o a ambas pandemias.

Al empoderar a las mujeres rurales nigerianas y, al mismo tiempo, sensibilizar a los proveedores de servicios jurídicos y de salud que las atienden, el CIRDDOC las prepara para ejercer sus derechos y exigir una mayor rendición de cuentas. Las mujeres que han participado en el programa de capacitación que auspicia el CIRDDOC afirman que han adquirido una mayor confianza para ‘vivir positivamente’, más conocimientos sobre cómo manejar el VIH incluyendo información sobre opciones de tratamiento, y están más dispuestas a recurrir a los servicios de salud. También es más probable que estas mujeres conozcan y hagan uso de la ley para protegerse en situaciones de violencia o tras revelar su diagnóstico seropositivo. Para las mujeres en los pueblos rurales y remotos de Nigeria, este conocimiento es un elemento invaluable.

Conclusión

“Se trata de construir los cimientos para que la gente reconozca los vínculos tanto conceptuales como prácticos entre la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA, y de desarrollar otro tipo de conciencia entre los activistas y los encargados de la formulación de políticas. El objetivo no es crear conciencia por el simple hecho de crearla, sino para contribuir a la formulación de políticas”

Si bien la VCMN y el VIH/SIDA son amenazas que se refuerzan mutuamente, diversas estrategias promisorias, como las que se destacan en el presente informe, ofrecen una comprensión más profunda para abordar las intersecciones entre las dos pandemias. En este sentido, el presente informe ilustra una amplia variedad de estrategias, las cuales van desde el fomento de comportamientos respetuosos y sexualmente responsables entre la población masculina hasta el desarrollo de protocolos integrales sobre la violencia y el VIH en servicios de salud. Con el fin de complementar la base actual de evidencias sobre las iniciativas que responden a las intersecciones, *¡Es nuestro deber!* destaca diversas organizaciones seleccionadas que ejemplifican las distintas intervenciones que actualmente están marcando una diferencia en comunidades. Las estrategias expuestas en el presente trabajo deben informar los esfuerzos dirigidos a cumplir con los compromisos asumidos por gobiernos de lograr el acceso universal a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA para el 2010, al igual que para alcanzar una serie de objetivos trazados para el año 2015 por la campaña del Secretario General de las Naciones Unidas titulada “Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres”⁵².

Las estrategias expuestas en estos capítulos se dividen en cuatro grupos que reflejan los diversos enfoques que se deben adoptar para abordar las intersecciones. La primera categoría se centra en el papel de la movilización comunitaria para transformar las normas de género que son dañinas. Las desigualdades de género sustentan y perpetúan ambas pandemias y, por consiguiente, para romper los vínculos entre las mismas, es imprescindible crear una cultura comunitaria en la cual la violencia sea inaceptable y las mujeres

que viven con el VIH/SIDA obtengan el apoyo que necesitan para lograr una vida productiva y sin violencia. Una segunda categoría destaca algunas metodologías para el empoderamiento de poblaciones tradicionalmente marginadas, entre ellas las mujeres jóvenes y las pertenecientes a las minorías raciales y sexuales. Es imprescindible dirigir las intervenciones hacia los grupos que resultan afectados desproporcionadamente por ambas pandemias, como medio importante para lograr que las mujeres y las niñas se transformen en agentes de cambio.

El tercer conjunto de estrategias ilustra el desarrollo de enfoques integrales, reconociendo la necesidad de establecer nexos entre las respuestas en materia de salud y los servicios sociales integrales, y la modificación del conocimiento y las actitudes de los profesionales de salud y los proveedores de servicios para que ofrezcan un apoyo más eficaz a las sobrevivientes de la violencia y a las mujeres y las niñas que viven con el VIH. En la última categoría se analizan las estrategias dirigidas a exigir una mayor rendición de cuentas por parte de los formuladores de políticas para responder a los vínculos entre las dos pandemias. Ya sea por medio de la investigación, la documentación o la capacitación basada en los derechos que se ofrece a las mujeres y las niñas seropositivas, cada vez más defensores y activistas están alzando su voz a través de un nuevo y más amplio énfasis en las políticas sensibles al género a los más altos niveles de toma de decisiones.

Si bien ninguna estrategia puede o debe aplicarse de forma aislada, en conjunto, estos enfoques representan los primeros pasos de una trayectoria para abordar las interseccio-

nes entre la VCMN y el VIH/SIDA. El informe tiene como objetivo exhortar a los gobiernos, a los donantes y a las ONG internacionales, entre otros sectores, a reflexionar sobre estas estrategias y a evaluar la posibilidad de aplicarlas a una mayor escala como parte del cumplimiento del mandato de acceso universal y con el fin de lograr una respuesta más eficaz frente a la VCMN y su prevención. De las experiencias destacadas en el presente informe surgen al menos cinco recomendaciones para el diseño, la ejecución y el monitoreo de programas exitosos para abordar ambos fenómenos:

1) Se requiere de mayor investigación para identificar y evaluar estrategias eficaces para abordar la intersección entre el VIH/SIDA y la VCMN, al igual que para documentar las lecciones aprendidas.

Si bien las investigaciones y los datos sobre la VCMN como causa y consecuencia del VIH/SIDA se están consolidando cada vez más, no siempre es fácil obtener información sobre las estrategias más eficaces para abordar la intersección entre ambos fenómenos. Las estrategias institucionales expuestas en el presente informe no constituyen más que una pequeña muestra de las muchas iniciativas promisorias que actualmente están en marcha en todas partes del mundo. Se requiere de mayor investigación para monitorear, evaluar y sistematizar las prácticas más eficaces, y para documentar las lecciones aprendidas con miras a ampliar tales esfuerzos. *¡Es nuestro deber!* se plantea como un punto de partida para fortalecer procesos más amplios de investigación e intercambio de datos en torno a los esfuerzos para responder a las intersecciones entre las dos pandemias.

2) Es necesaria la recopilación y difusión de datos nacionales y mundiales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA, como medio para responsabilizar a los encargados de la formulación de políticas.

Un tema recurrente en todas las estrategias expuestas es la importancia de la investigación y la documentación. El análisis de la naturaleza específica de la violencia y de cómo el incidente está relacionado con el VIH y un estudio de los índices de enjuiciamientos y condenas no sólo puede contribuir a fundamentar un caso judicial en el plano individual, sino que también puede favorecer la labor de incidencia en su más amplio sentido. Otra herramienta fundamental para las labores de incidencia es el análisis de las respuestas nacionales e internacionales de los donantes y las instancias decisorias frente a las dos pandemias. Un ejemplo de ello podría ser el grado en que los fondos destinados para el VIH incorporen la violencia

contra las mujeres y las niñas. Debido a su enorme potencial para incidir en los cambios de las políticas, se deben producir y examinar datos de esta naturaleza, para luego presentarlos en los formatos estratégicamente más eficaces ante los encargados de la formulación de políticas.

3) Es importante la aplicación de protocolos estandarizados y la capacitación de personal de salud en torno a los vínculos entre la VCMN y el VIH/SIDA.

Cuando una mujer o una niña dispone de medios económicos y sociales, es probable que un profesional de salud sea su primer recurso después de experimentar un caso de violencia sexual. De igual manera, a menudo, las mujeres y las niñas seropositivas dependen de los proveedores de servicios de salud para obtener la información, la atención y el apoyo que necesitan. Sin embargo, hacen falta protocolos que establezcan nexos entre los servicios establecidos para la VCMN y los de VIH/SIDA. Tal como se muestra en el presente informe, quienes responden en primera instancia a un ataque sexual deben estar familiarizados con medidas tales como la administración de la terapia PPE, los servicios de consejería y prueba voluntaria (CPV), y/o el apoyo iniciado por el proveedor de salud y la asesoría que se debe ofrecer a las mujeres y las niñas sobre las opciones de tratamiento. Debido a la naturaleza interrelacionada de las dos pandemias, es imprescindible que el personal de salud, incluidos aquellos que realizan las pruebas del VIH, comprendan y atiendan las implicaciones y posibles repercusiones violentas de revelar un diagnóstico y de buscar tratamiento. Por otra parte, los módulos de capacitación deben incluir estudios de caso que se centren en escenarios de violencia y los proveedores de salud deben iniciar de forma activa diálogos con las mujeres y las niñas para explorar sus experiencias y temores relativos a la violencia. Asimismo, el personal de salud debe disponer de un sistema de remisión de casos bien definido para facilitar el apoyo y la atención que necesitan después de realizarse la prueba, que incluya acceso al tratamiento, estrategias de negociación para la reducción de riesgo y la revelación de un diagnóstico seropositivo. Finalmente, se deben forjar alianzas con otras instituciones dedicadas a ofrecer servicios jurídicos, socioeconómicos y psicológicos para este tipo de casos.

4) Se deben realizar esfuerzos para llegar a las poblaciones excluidas en los mismos lugares donde viven, trabajan y se divierten.

Criola lo hizo en Brasil, aún cuando tenía que esquivar balas en las calles de las *favelas*. Mediante los esfuerzos de esta

organización, se logró aumentar el grado de conciencia y de conocimiento sobre el virus, y mejorar el acceso a los servicios relacionados con el VIH/SIDA por parte de las mujeres y las niñas afro-brasileñas marginadas, las cuales resultan afectadas de forma desproporcionada por las dos pandemias. En Nepal, Equal Access empleó la radio para llegar tanto a los trabajadores migrantes y sus familias, como a las mujeres que viven con el VIH/SIDA. Por su parte, Girls Power Initiative en Nigeria estableció una alianza con el sector de educación formal para capacitar a las niñas y las adolescentes en las mismas aulas de las escuelas. En cada uno de estos ejemplos, las organizaciones hicieron partícipes a los grupos excluidos al llevar a cabo sus intervenciones en los espacios donde éstos viven, trabajan y se divierten. A pesar de trabajar en ámbitos que no siempre eran seguros o acogedores, mediante la aplicación de estos enfoques se logró llegar a las comunidades excluidas para ofrecerles información y formación, y fortalecer las capacidades que ayudan a las mujeres a protegerse contra la VCMN y el VIH/SIDA.

5) Es necesario obtener la aceptación y el compromiso de diversos actores si se desea abordar el estigma y la discriminación que acompañan a la VCMN y al VIH/SIDA.

Aunque tradicionalmente se ocultaba la violencia contra las mujeres y las niñas debido a los tabúes culturales, en la actualidad el movimiento de mujeres está luchando activamente en su contra. De igual manera, el hecho de vivir abiertamente con el VIH se ha convertido en una importante manifestación del activismo en la lucha contra el SIDA. A pesar de estos avances en la percepción pública sobre la violencia y el VIH entre los movimientos sociales y un mayor grado de conciencia acerca de los vínculos entre las dos pandemias, muchas comunidades en todas partes del mundo todavía no reconocen la magnitud de ambos fenómenos, ni comprenden los temas de género subyacentes. Tal como se demuestra a lo largo de este informe, las estrategias exitosas para abordar las intersecciones entre la VCMN y el VIH/SIDA incluyen a una amplia gama de actores y buscan llegar hasta los más escépticos para obtener su respaldo. Únicamente cuando los padres y madres de familia en un pueblo tradicional de Nigeria aboguen a favor de la educación para una sexualidad segura en las escuelas, o cuando los líderes religiosos de una de las provincias más pobres de Sudáfrica encabezan una marcha de hombres y niños para protestar contra la violencia hacia las mujeres y las niñas, se romperán verdaderamente y para siempre los vínculos entre las dos pandemias. La aceptación y la promoción de la igualdad de género que nace de la misma comunidad es el único medio para vencer el flagelo del estigma, la discriminación y la violencia en todas partes del mundo.

Notas

¹ Véase por ejemplo, R. Royce, 'Sexual Transmission of HIV/AIDS', *The New England Journal of Medicine* 336/15 (1997), 1072-1078, citado en UNFPA, *Estado de la población mundial: valorizar a 1.000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos* (Nueva York, 2003), 26. Disponible en <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154>; ONUSIDA, 'AIDS - 5 years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people & infants', (Ginebra, 1999) 11. Disponible en http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc150-icpd_en.pdf.

² Suzanne Maman, 'HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania', *American Public Health Association*, (Washington, DC, 2002). Disponible en <http://www.ajph.org/cgi/reprint/92/8/1331.pdf>.

³ Diversos debates recientes se han centrado en el riesgo diferenciado dentro de las epidemias concentradas, que afectan a distintos subgrupos de población, versus las epidemias generalizadas, que afectan a poblaciones enteras. Si bien las mujeres podrían ser más vulnerables al VIH en las epidemias generalizadas, un enfoque sensible al género que aborde la violencia contra éstas es un elemento fundamental en ambos escenarios.

⁴ Véase Royce, op. cit. 23.

⁵ Véase por ejemplo, UNFPA, 'Estado de la población mundial: La promesa de igualdad: Equidad de género, salud reproductiva y objetivos de desarrollo del millenio', Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). Disponible en <http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch1/index.htm>; Shelley Clark, 'Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage', *International Family Planning Perspectives* (2006). Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3207906.html>; G.M. Wingood, 'Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African-American women', *American Journal of Preventive Medicine*, 13/5 (1997), 380-84. Resumen disponible en [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9315271?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9315271?log$=activity).

⁶ Risa Denenberg, 'Childhood Sexual Abuse as an HIV Risk Factor in Women', en *The Body: Complete HIV/AIDS Resource*, (Nueva York: Gay Men's Health Crisis, 1997). Disponible en <http://www.thebody.com/content/art13469.html>. También véase UNIFEM, 'Act Now! A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS', *Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID)*, (2002). Disponible en http://www.unifem.org/attachments/products/ActNow_eng.pdf.

⁷ Population Council, 'Can Livelihoods Training Alter Girls' Lives?' en 'Transitions to Adulthood', *Population Brief* 11 (2005). Disponible en [http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb11\(3\)_4.html](http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb11(3)_4.html).

⁸ Véase por ejemplo, Suzanne Maman, op. cit.; UNFPA, op. cit., 23.

⁹ Amy Medley, 'Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes', *Bulletin of the World Health Organization* 82/4 (2004), 299-307. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/4/299.pdf>.

¹⁰ Yakin Ertürk, 'Intersecciones de la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA', *Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias*, Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2005). Disponible en <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement>.

¹¹ *Ibidem*.

¹² ONUSIDA, 'Policy Brief, Criminalization of HIV Transmission' (Ginebra: ONUSIDA, 2008), 6. Disponible en http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf

¹³ En el 2005, los líderes mundiales se comprometieron a aumentar de forma dramática la prevención, el tratamiento y la atención al VIH con el fin de llegar "lo más cerca posible" al objetivo del acceso universal al tratamiento para 2010. Entre los pilares de esta estrategia se incluyen más recursos para combatir el SIDA, un mayor acceso a los medicamentos y la reducción del estigma, la discriminación y la vulnerabilidad de las personas que resultan afectadas por el VIH/SIDA, al igual que otros temas afines de salud.

¹⁴ Para consultar otras lecturas, véase los informes de UNIFEM sobre el VIH y la violencia contra las mujeres. Disponible en http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/; Global AIDS Alliance, 'Violence against Women and Children & HIV/AIDS, Factsheet, 2009' (Washington, DC: Global AIDS Alliance, 2009). Disponible en http://www.globalaidsalliance.org/page/-/PDFs/Factsheet_VAWG_March_2009.pdf.

¹⁵ Véase por ejemplo,

- Center for Women's Global Leadership, 'Action on Gender Based Violence and HIV/AIDS: Bringing Together Research, Policy, Programming and Advocacy', Reunion en la Harvard School of Public Health, Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos, Toronto, Canadá, del 9 al 10 de agosto del 2006;
- Center for Women's Global Leadership, 'Action on Gender Based Violence and HIV/AIDS: Bringing Together Research, Policy, Programming and Advocacy', meeting at Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights, Toronto, Canada, 9-10 Agosto 2006;
- ONUSIDA, 'Aumentar el trabajo para hacer frente a la violencia contra las mujeres y los niños y su relación con el VIH', Documento de posición para el Séptimo encuentro del Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre VIH y derechos humanos, Ginebra, del 7 al 12 de febrero del 2007. Disponible en http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2007/070216_HHR_7_VAW.pdf;
- Red Athena, <http://www.athenanetwork.org>
- "With Women Worldwide", una iniciativa de la Women's International Health Coalition, <http://www.iwhc.org/index.php?option=comcontent&task=view&id=3321&Itemid=581>

¹⁶ Campaña "Las mujeres no esperamos" Toolkit "Act Now to End HIV and Violence against Women". Disponible en http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com_docman&Itemid=98.

¹⁷ Susan T. Fried, Campaña "Women Won't Wait", 'Show Us the Money: Is Violence against Women on the HIV/AIDS Donor Agenda?' (Washington, D.C.: ActionAid, 2007). Disponible en http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=1.

¹⁸ Para consultar otras lecturas, véase Promundo, Programa H, video educativo 'La vida de Juan' y la serie de manuales volumen 1-5. Disponible en http://www.promundo.org.br/396?locale=en_US; Population Council, 'Yaari Dosti: A Training Manual', Population Council (Nueva Delhi, 2006). Disponible en <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/yaaridostieng.pdf>; Alice Welbourn, Stepping Stones: A training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills, Londres: ActionAid, (1995). Disponible en <http://www.stepsstonesfeedback.org/>.

¹⁹ ONUSIDA, '2008 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008' (Ginebra: ONUSIDA, 2008) 67. Disponible en http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.

²⁰ Cheywa Spindel, Elisa Levy, Melissa Connor, eds., 'With an End in Sight', (Nueva York: UNIFEM, 2000) 22. Disponible en http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=14.

²¹ Cita extraída del programa de relatos de historias digitales de Sonke, 2007. Disponible en <http://www.genderjustice.org.za/digital-stories/tapiwa.html>.

²² Shanaaz Mathews, 'Every six hours a woman is killed by her intimate partner: A national study of female homicide in South Africa', Lineamientos de Políticas de MRC, Gender and Health Research Group (Tygerberg, South Africa: Medical Research Council, 2004). Disponible en <http://www.mrc.ac.za/policybriefs/woman.pdf>.

²³ Audrey E. Pettifor, 'Sexual Power and HIV Risk, South Africa', International Conference on Women and Infectious Diseases, Emerging Infectious Diseases, 10/11 (2004) 3. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no11/pdfs/04-0252.pdf>.

²⁴ Medley, op. cit., 299.

²⁵ Para obtener mayor información, véase la página informativa de Sonke Gender Justice Network: HIV/AIDS, Gender Equality, Human Rights, One Man Campaign. Disponible en <http://www.genderjustice.org.za/projects/one-man-can-campaign.html>.

²⁶ Sonke Gender Justice Network, 'Sonke's 16 days of activism against gender violence: Men marching in Limpopo' (2008). Disponible en <http://www.genderjustice.org.za/issue-1-december-2008/sonkes-16-days-of-activism-against-gender-vio-3.html>.

²⁷ Christopher J. Colvin, 'Report on the impact of Sonke Gender Justice Network's One Man Can Campaign in Limpopo, Eastern Cape and KwaZulu-Natal Provinces, South Africa', Sonke Gender Justice Network (2009) 5. Disponible en <http://www.genderjustice.org.za/resources/5.html>.

²⁸ ActionAid India, 'HIV+ Women lead the way to life of dignity', ActionAid International (2006). Disponible en <http://www.actionaid.org/india/index.aspx?PageID=3411>.

²⁹ Jay G. Silverman, 'Intimate Partner Violence and HIV Infection Among Married Indian Women', Journal of the American Medical Association, 300/6 (13 de agosto del 2008). Disponible en <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/300/6/703>.

³⁰ Esto sucede en muchos países, tal como se documenta en Dominique De Santis, 'Backgrounder: Violence Against Women and AIDS', Global Coalition on Women and AIDS (Ginebra: ONUSIDA, 6 de enero del 2005). Disponible en http://data.unaids.org/GCWA/GCWA_BG_Violence_en.pdf.

³¹ ActionAid India, 'ActionAid India Annual Report 2006', Books for Change (Bangalore, India: ActionAid India, 2006) 37. Disponible en <http://www.actionaid.org/micrositeAssets/india/assets/actionaid%20india%20annual%20report%202006.pdf>.

³² ONUSIDA, 'UNGASS Country Progress Report [Nepal]', National Centre for AIDS and STI Control (2008) 30. Disponible en http://data.unaids.org/pub/Report/2008/nepal_2008_country_progress_report_en.pdf.

³³ Véase por ejemplo Lopes F. Buchalla, 'Vulnerability, racism, symbolic violence and women living with HIV/AIDS (WLWA) in São Paulo State, Brazil', Team EC, São Paulo, Brazil (2002). Resumen disponible en <http://gateway.nlm.nih.gov/Meeting-Abstracts/ma?f=102257138.html>; Fernanda Lopes Cassia, 'Black and non-Black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil', Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Conferencia Internacional sobre el SIDA, diciembre del 2007). Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000900008&script=sci_arttext&tIng=en.

³⁴ Centers for Disease Control and Prevention, 'HIV/AIDS Among Women', Department of Health and Human Services, Divisions of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, agosto del 2008). Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/women.htm>.

³⁵ ActionAid UK, 'Hate crimes: The rise of "corrective" rape in South Africa', Andrew Martin, Annie Kelly, Laura Turquet and Stephanie Ross, eds. (Londres: ActionAid, 2009) 8. Disponible en http://www.actionaid.org.uk/doc_lib/correctiveraperep_final.pdf.

³⁶ Cary Alan Johnson, 'Off the MAP: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-Sex Practicing People in Africa', International Gay and Lesbian Human Rights Commission (Nueva York: Open Society Institute, 2007) 40. Disponible en http://www.soros.org/initiatives/health/focus/sharp/articles_publications/publications/offthemap_20070322.

³⁷ R.J. Kelly, 'Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda', Department of Population and Family Health Sciences, School of Hygiene and Public Health, (Baltimore, Md.: Universidad Johns Hopkins, 2003). Resumen disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12640205>; S. Gregson, 'Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe', Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College Faculty of Medicine, Imperial College (Norfolk Place: University of London, 2002). Resumen disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12057552>; J.R. Glynn, 'Why do young women have a higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya, and Ndola, Namibia', Infectious Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2001). Resumen disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686466>.

³⁸ Nancy Luke, 'Confronting the myth of "sugar daddies": Recent findings linking age differences, economic transaction, and risky behavior in sexual relations in Kenya', Population Association of America 2002 Annual Meeting Program, Atlanta, Ga., del 9 al 12 de mayo del 2002. Resumen disponible en <http://paa2002.princeton.edu/abstractViewer.asp?submissionId=61270>.

³⁹ Lopes F. Buchalla, 'Are black women more vulnerable to HIV/AIDS than other women in Brazil?' Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Bangkok, Tailandia, del 11 al 16 de julio del 2004. Resumen disponible en <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102277533.html>.

⁴⁰ Amnistía Internacional, 'La experiencia de la violencia urbana para las mujeres de Brasil. , 2008', (Londres: Secretaría Internacional de Amnistía Internacional, 2008) 54. Disponible en <http://www.amnesty.org/en/library/info/AMR19/001/2008/en>.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Entrevista conducida como parte de un taller titulado “Our Bodies & Our Selves: Voices of Women on the Margin”, organizado por la Global Alliance against Traffic in Women (GAATW) durante la Décima Reunión Internacional sobre la Mujer y la Salud, Nueva Delhi, India, del 21 al 25 de setiembre del 2005. Para obtener mayor información, visite http://www.gaatw.org/index.php?option=com_content&view=article&id=213&catid=68:GAATW%20News.

⁴³ Wilson, Phill, ‘Left Behind: Black America: A Neglected Priority in the Global AIDS Epidemic’ (Los Angeles: Black AIDS Institute, 2008) 21. Disponible en http://www.blackaids.org/image_uploads/article_575/08_left_behind.pdf.

⁴⁴ Véase por ejemplo Jan Vandemoortele, ‘The “Education Vaccine” Against HIV’, UNICEF, *Current Issues in Comparative Education*, 3/1 (2000). Disponible en http://www.tc.columbia.edu/cice/Archives/3.1/31vandemoortele_dela-monica.pdf; Doug-Ian Kirby, ‘Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics’ (Family Health International, 2006). Disponible en <http://programservices.etr.org/index.cfm?fuseaction=pubProds.prodsummary&ProductID=9>.

⁴⁵ Bene Madunagu, ‘Girl Power, Asserting Sexual Rights in Nigeria’, *Open Society News*, 8. Disponible en <http://www.iwhc.org/storage/iwhc/docUploads/GPI%20profile.OSI.pdf?documentID=117>.

⁴⁶ *Ibidem* 9.

⁴⁷ Mabel Bianco, ‘Defending the sexual and reproductive health rights of women affected by HIV in Argentina’, *FEIM* (2008) 10. Disponible en http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419.

⁴⁸ Maria de Bruyn, ‘Monitoring Millennium Development Goals in relation to HIV-positive women’s rights’, IPAS, Estados Unidos, Conferencia sobre la Evaluación del Impacto y la Práctica de los Derechos Humanos, Zandvoort, Países Bajos, del 23 al 24 de noviembre del 2006. Disponible en http://www.humanrightsimpact.org/fileadmin/hria_resources/conference_presentation/HOM_HRIA_presentation_MdB_11-23-06.ppt#256,1,HIV, reproductive health & Millennium Development Goals: a tool to monitor progress.

⁴⁹ Bianco, op. cit. 11.

⁵⁰ Los entes donantes analizados fueron el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR/US); Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID); el Banco Mundial; y ONUSIDA (el programa conjunto de la ONU sobre el VIH/SIDA).

⁵¹ Center for Women’s Global Leadership, ‘Action on Gender-Based Violence and HIV/AIDS: Bringing Together Research, Policy, Programming and Advocacy’, Meeting Report, Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights, Toronto, Canadá, del 9 al 10 de agosto del 2006, 3.

⁵² Para consultar otras lecturas, véase ‘Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres, Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas,’ Secretario General Ban Ki-moon, 2008. Disponible en <http://endviolence.un.org/>.

Anexo Información para comunicarse con las organizaciones

Sonke Gender Justice/One Man Can Campaign

Página de Internet: Sonke Gender Justice <http://www.gender-justice.org.za/>

Campaña "One Man Can": <http://www.genderjustice.org.za/onemancan/>

Dirección postal:

En Ciudad del Cabo

4th Floor Westminster House

122 Longmarket Street

Cape Town

8001 SOUTH AFRICA

Teléfono: 27 21 423 7088 Fax: 27 21 424 5645

En Johannesburgo

P.O. Box 31166

Braamfontein

Johannesburg

2017 SOUTH AFRICA

Teléfono: 27 11 339 3589 Fax: 27 11 339 6503

MILANA

Visite el boletín electrónico en

<http://hivpositiveandliving.blogspot.com/>

Equal Access

Equal Access Nepal

Página de Internet:

<http://www.equalaccess.org/country-nepal.php>

Correo electrónico: info@equalaccess.org

Teléfono: +1-415-561-4884 Fax: +1-415-561-4885

Facebook: Equal Access International

Dirección postal:

Equal Access

38 Keyes Avenue, #3

Building 38, The Presidio

San Francisco, CA 94129

USA

CRIOLA

Página de Internet: <http://www.criola.org.br/>

Correo electrónico: criola@criola.org.br/

Dirección postal:

Avenida Presidente Vargas 482, Sobreloja203, Centro

Rio de Janeiro-RJ BRASIL

20071-000

BRASIL

Teléfono y fax: (55) (21) 2518-6194/ 2518-7964

Women of Color United (WOCU)

Página de Internet: <http://www.womenofcolorunited.org/>

Formulario para comunicarse con WOCU: <http://www.womenofcolorunited.org/contact-women-of-color-united/>

Girls Power Initiative

Teléfono: (234) 803357895 Fax: (234) 87-236298

Página de Internet: www.gpinigeria.org

Correo electrónico: gpicalabar@gpinigeria.org

gpi_hqcal@yahoo.co.uk

Dirección postal:

National Headquarters/Cross River Centre

44 Ekpo Abasi Street

P.O. Box 3663

UNICAL Post Office

Calabar

NIGERIA

Nairobi Women's Hospital

Página de Internet: www.nwch.co.ke

Correo electrónico: info@nwch.co.ke

Teléfono: 2712886, 2726821/4/6/7, 2736845

Teléfonos celulares: 0722-760146, 0733-618353

Fax: 2716651

Dirección postal:

The Nairobi Women's Hospital

Argwings Kodhek Road

Hurlingham

Nairobi

KENYA

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

Página de Internet: www.feim.org.ar

Correo electrónico: feim@feim.org.ar

Dirección postal:

Paraná 135, Piso 3, Dpto 13

C1017AAC Buenos Aires

ARGENTINA

Teléfono / fax: (+54-11) 4372-2763

Las Mujeres no Esperan (Women Won't Wait)

WWW International Secretariat

The Mall Offices, 4th Floor

11 Cradock Avenue Rosebank, Johannesburg SOUTH AFRICA

Correo electrónico: neelanjana.mukhia@actionaid.org

Civil Resource Development and Documentation Centre (CIRDDOC)

Página de Internet: www.cirddoc.org

Correos electrónicos: cirddoc@aol.com, cirddoc96@yahoo.com, cirddoc@gmail.com, info@cirddoc.org, nwankwooby@yahoo.com, nwankwo_o@cirddoc.org

Dirección postal:

CIRDDOC

Fourth Dimension Complex

16 Fifth Avenue

City Layout

P.O. Box 1686

Enugu

NIGERIA

Teléfonos: +234-(0)8033132493 - 4

+234-(0)42-314662

+234-(0)42-303315

Fax: +234-(0)42-456904

