

Development Connections



Dinys Luciano

Washington D.C.

2007

Tabla de contenido

I. Intersecciones entre la VCM y el VIH	3
I.1. Transmisión directa a través del sexo forzado	4
I.2. Transmisión indirecta a través de conductas sexuales de riesgo	5
I.3. Transmisión indirecta a través de las limitaciones para negociar sexo seguro	6
I.4. La VCM como consecuencia del VIH	7
I.5. Sexo recompensando, VIH y VCM	7
I.6. La VCM y utilización de servicios de atención al VIH	9
2. Empoderamiento, VIH y VCM	10
2.1. Exclusión social, VIH y VCM	10
2.2. Desarrollo, empoderamiento, VIH y VCM	14
2.3. ¿Cómo se traduce el enfoque de empoderamiento en los programas de prevención y atención al VIH?	15



Development Connections (DVCN)
Conectando recursos para el desarrollo sostenible
1629 K Street NW Suite 300 Washington D.C. 20006 USA
Tel. (202) 466-0978 Fax: (202) 338-0248
Email: info@dvcn.org Webpage: www.dvcn.org

I. Intersecciones entre la violencia contra las mujeres y el VIH

La violencia y el VIH constituyen problemas graves de desarrollo y salud que afectan la vida de millones de mujeres en América Latina y el Caribe (ALC). En el 2004, a nivel mundial, la mitad o más de los 40 millones de las personas viviendo con el VIH (PVVS) eran mujeres. La brecha en la prevalencia de VIH entre hombres y mujeres en ALC se ha reducido drásticamente en los últimos años ya que a fines de 1999, las mujeres constituían 25% en AL y 30% en el Caribe de los adultos viviendo con el virus; mientras que en el 2001 estas proporciones aumentaron a 30% y 50 % respectivamente.¹ Según ONUSIDA (2006), en Argentina la razón varón/mujer para los nuevos diagnósticos se ha estrechado hasta 1,3:1 (respecto a 15:1 en 1988) y en Colombia, de 10:1 a comienzos de los años 1990 a 2-3:1 en 2003-2005; y en Nicaragua de 7:1 en 1998 pasó a 3:1 en el 2003.^{2,3,4}

El proceso de feminización del VIH se observa en todos los países de la región. Se vincula con la vulnerabilidad al virus que generan las desigualdades de género y, en particular, la violencia contra las mujeres (VCM). Datos disponibles indican que un 25 y 69 por ciento de las mujeres en ALC reporta haber vivido violencia en su relación de pareja.⁵ Distintas formas de violencia sexual tales como: las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante conflictos armados y en situaciones de emergencia por desastres naturales, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), el sexo recompensado, los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, y los matrimonios precoces; incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. El abuso sexual afecta entre un 5 y 46 por ciento de las niñas y el sexo recompensado es una situación muy común en mujeres adolescentes y jóvenes, usuarias de drogas, y mujeres pobres; lo que acentúa la dificultad para negociar sexo protegido, e incrementa su exposición a ITS/VIH.^{6,7}

¹ ONUSIDA. 2001. Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA. Ginebra.

² Programa Nacional del SIDA de la Argentina, 2005; Ministerio de Salud de la Argentina, 2004. Citado por ONUSIDA en “América Latina: situación de la epidemia de SIDA. 2006.

³ ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006. Citado por ONUSIDA en “América Latina: situación de la epidemia de SIDA. 2006.

⁴ ONUSIDA. 2004. Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA. Ginebra.

⁵ . Luciano, Dinsy. 2005. Violencia de género y protección social en América Latina – apuntes para el debate. Foro virtual sobre violencia contra las mujeres y protección social. OPS/OMS. Washington DC. (Mimeo)

⁶ Ibid...#5.

⁷ Luciano, Dinsy. 2005. La violencia sexual y salud en las Américas. Presentación en la Reunión Regional “Alternativas de Atención en el Sector Salud a Mujeres Sobrevivientes de Violencia Sexual. OPS/OMS e IPAS. Washington D.C.

Asimismo, en ALC están ubicados dos países - Brasil y la República Dominicana- de los cuatro a nivel mundial, con mayor cantidad de mujeres objeto de la trata y tráfico de mujeres al exterior con fines de explotación sexual.⁸ Cabe destacar que en la República Dominicana, las mujeres entre 15-24 años tienen casi el doble de posibilidad de ser VIH positivas que los varones de la misma edad (Alba, Wendy, 2007); y en Trinidad y Tobago, la prevalencia de VIH es cinco veces más alta para las niñas que para los niños de 15 a 19 años de edad. (PAHO, 2005).

El VIH y la VCM se refuerzan mutuamente y sus complejos vínculos están asociados a factores sociales, económicos y biológicos.

Relación entre violencia en la pareja e ITS

En un estudio multicéntrico sobre los perfiles de la violencia doméstica basado en los resultados de las encuestas demográficas y de salud se encontró una asociación positiva entre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y violencia doméstica. Los resultados muestran que existe una mayor prevalencia de ITS en mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja que las que no. En la República Dominicana la proporción de mujeres que tuvo una ITS durante los últimos 12 meses anterior a la encuesta fue de 3.7 por ciento entre las que habían vivido violencia y de 1.0 por ciento entre las que no habían vivido esta situación. En Colombia esta cifras alcanzan el 3.1 por ciento y 1.2 por ciento, en Haití 18.4 por ciento y 10.3 por ciento y en Perú 5.4 por ciento y 3.7 por ciento respectivamente.

Fuente: Kishor, Sunita and Jonson, Kiersten. 2004. Profiling domestic violence: a multi-country study. ORC Macro. Maryland.

El VIH y la VCM se relacionan directa e indirectamente a través de múltiples vías:

1.1. Transmisión directa a través del sexo forzado (violencia sexual): el sexo forzado con un PVVS es una de las vías de transmisión del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). El riesgo biológico en situaciones de violencia sexual está determinado por el tipo de contacto sexual (anal, vaginal u oral); y las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas, están más expuestas a infectarse con el VIH ya que este tipo de relación causa más lesiones en el tejido vaginal y anal.⁹ La OPS/OMS (2002) señala que el riesgo de las mujeres aumenta porque fisiológicamente son de dos a cuatro veces más susceptibles al VIH, al tener más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El riesgo del VIH aumenta en las mujeres con otras ITS no

⁸ IOM. 1996. Trafficking in Women from the Dominican Republic for Sexual Exploitation. Geneve. June 1996.

⁹ OPS/OMS. Género y VIH/sida. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C. s/f. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVFactSheetISpanish.pdf>

tratadas.¹⁰ Según datos de encuestas de base poblacional realizadas en ALC, entre el 10 y el 23 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años con alguna relación de pareja afirma haber sido víctima de violencia sexual por parte de su esposo o compañero.¹¹ Asimismo, en el estudio sobre Salud y Violencia contra las Mujeres de la OMS (2005), se encontró que en Brasil, el 12 por ciento de todas las mujeres de São Paulo y el 9 por ciento de Pernambuco informaron haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años; y en el Perú, una de cada cinco mujeres afirmó haber sufrido abusos sexuales cuando era niña. En ambos países, el abuso sexual es generalmente perpetrado por hombres de la familia (distintos del padre o del padrastro), seguidos de extraños.¹²

La Coalición Mundial sobre Mujer y SIDA y la OMS han planteado las dificultades metodológicas para establecer un vínculo directo entre la violación y la transmisión de ITS y VIH. Dos estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de América sugieren que las mujeres víctimas de violación tienen alto riesgo de ITS preexistente, a la vez que la violación por sí misma presenta un riesgo adicional relativamente bajo de adquisición de ITS.¹³

I.2. Transmisión indirecta a través de conductas sexuales de riesgo

Actualmente se cuenta con evidencia que vincula las conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez tales como la actividad sexual sin protección, con y múltiples parejas. En la República Dominicana, en los resultados del estudio sobre VIH y VCM llevado a cabo por Margaret Sanger Center, UNFPA y UNICEF (2007) se encontró que las mujeres que fueron víctimas de violencia psicológica y física en la niñez, tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales sin el uso del condón con una pareja formal, (en este caso el novio o prometido) que aquellas que no reportan haber vivido estas formas de violencia en la niñez.¹⁴ Este mismo estudio reveló que las mujeres víctimas de violencia física por parte de la pareja fija, estuvieron más expuestas a los siguientes factores de riesgos: a) mayor cantidad de relaciones sexuales con personas diferentes, b) mayor consumo de alcohol; y c) miedo de revelar su condición serológica.

¹⁰ OPS/OMS. Género y VIH/sida. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C. s/f. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVFactSheetISpanish.pdf>

¹¹ Luciano, Dinsy. 2007. Empoderamiento de las mujeres, violencia de género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe. UNIFEM. (en proceso de publicación)

¹² Organización Mundial de la Salud. 2005. Estudio Multicéntrico sobre Salud de la Mujer y Violencia contra la Mujer. Ginebra.

¹³ The Global Coalition on Women and AIDS and WHO. 2004. Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections. Intimate Partner Violence and HIV/AIDS. Informative Bulletin Series, Number 1.

¹⁴ Betances, Betania. 2007. Dimensiones del VIH/SIDA y la Violencia contra las mujeres en la República Dominicana. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

En un estudio realizado en Estados Unidos con 357 hombres y mujeres viviendo con el VIH, el 68% de las mujeres y el 35% de los hombres reportó haber tenido experiencia de abuso sexual desde la edad de 15 años. Las/os sobrevivientes de abuso sexual presentaron una mayor cantidad de actividad sexual reciente sin protección, que las personas que no habían sido abusadas sexualmente.¹⁵

1.3. Transmisión indirecta a través de las limitaciones para negociar sexo seguro

En algunos países, las tasas de uso de condón son menores entre aquellas que sufren violencia que las que no enfrentan dicha situación. En Haití (2000), entre las mujeres de 15-19 años que tuvieron relaciones sexuales el año anterior a la encuesta, el 35% de las que había experimentado violencia en la relación de pareja usó condón en la última relación sexual con su esposo/compañero mientras que la proporción fue de un 38.1% entre las que no habían vivido violencia. En el Perú (2004) y Bolivia (2003), la percepción de riesgo es más baja en mujeres que no han vivido violencia que entre las que la experimentaron. Esto puede estar indicando que aunque las mujeres perciban una mayor percepción de riesgo, las intermediaciones que impone la relación de violencia, restringen las posibilidades de negociar sexo seguro. En cuanto a los niveles de conocimiento sobre formas de evitar el VIH, en ambos países resultó ser bajo. En el Perú no aparecen diferencias significativas, ya que la proporción que mencionó al menos tres formas fue de 20.6% entre las que habían vivido violencia y 20.9% entre las que no habían experimentado violencia; mientras que en Bolivia estas cifras fueron de 13.7% y 15.3% respectivamente.¹⁶

Violencia en la relación de pareja, uso de condón y VIH

“Sara tiene 42 años y vive en un sector muy conocido de Santiago. Su vida, marcada por pobreza material, desde el año pasado la tatuó el VIH. Por ello le exige a su pareja utilizar preservativos en el rito sexual, con tal de no reinfectarse, pues su compañero sentimental también es positivo. Cuando le invita a usar el plástico, el marido la maltrata física y moralmente. De un año acá, aparte respirar entre miseria, aguanta golpes e insultos del hombre que le roza y calienta su almohada.”

Tomado del artículo de prensa “Mujeres, más vulnerables al VIH”. Grisbel Medina. 7/23/2007. Listín Diario. República Dominicana. Disponible en: <http://listin.com.do/app/article.aspx?id=21575>

¹⁵ Kalichman, Seth et al. 2002. Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV/AIDS. Journal of Traumatic Stress, Vol. 15, No. 4, August 2002, pp.289-296. USA.

¹⁶ Datos extraídos de la base de datos de Macro Internacional de las Encuestas Demográfica y de Salud de los países indicados.

1.4. La violencia como consecuencia del VIH

La probabilidad de reportar violencia por parte de su pareja es más alta entre mujeres viviendo con el VIH que las que no viven con el virus.¹⁷ En los resultados del estudio sobre VIH y VCM en la República Dominicana llevado a cabo por Margaret Sanger Center, UNFPA y UNICEF (2007) las modalidades de violencia por parte de la pareja que reportan las mujeres viviendo con el VIH, son, entre otras, las siguientes:

- Humillaciones y acusaciones de que ellas fueron las que llevaron el VIH a sus casas, aunque la realidad indica que la mayoría fueron infectadas por sus parejas fijas.
- Violación de la confidencialidad del estatus serológico de las mujeres, como forma de evitar que salgan de la relación.
- Violencia física y sexual, violación sexual.¹⁸

En los Estados Unidos de América, 4 de 20 estudios reportan que las mujeres estudiadas experimentaron violencia como consecuencia de la notificación de los resultados de la prueba de VIH, en promedio un 8%, entre 3.2% a 24%. Algunos autores indican que las mujeres con historial de violencia física o sexual tienen más probabilidad de sufrir violencia como resultado de la notificación de su condición serológica.¹⁹

1.5. Sexo recompensado, VIH y VCM

El riesgo de involucrarse en eventos de sexo recompensado también aparece como una conducta asociada a la violencia en las mujeres.²⁰ Analizando los datos de las encuestas demográficas y de Salud de Perú (2004) y la República Dominicana (2002), la proporción de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y que reportaron haber tenido relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios fue de 0.2 y de un 0.3% entre las que habían experimentado algún tipo de violencia respectivamente, y de menos del 0.1% en mujeres que no habían vivido violencia de ambos países.²¹ En ALC, el sexo recompensado entre mujeres jóvenes y hombres diez o más años mayores que ellas, es una práctica extendida. En este tipo de relaciones, el hombre generalmente es quien decide sobre prácticas tales como el uso de condón y/o anticonceptivos.

¹⁷ Luciano, Diny. 2005. Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua. OPS/OMS. Washington D.C. (Mimeo)

¹⁸ Betances, Betania. 2007. Dimensiones del VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres en la República Dominicana. Ibid...

¹⁹ WHO. 2003. Gender dimensions of HIV disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes. Geneve

²⁰ The Global Coalition on Women and AIDS and WHO. 2004. Ibid...

²¹ Datos extraídos de la base de datos de Macro internacional de la Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Santo Domingo.

Sexo recompensado, violencia y VIH

“Tengo mucho miedo de que ese resultado me salga positivo porque yo vivo con un hombre mucho mayor que yo y es muy violento. El problema es que mis padres me obligaron a meterme con él porque es un hombre de dinero, pero yo no lo quiero y desde hace dos meses estoy saliendo con el que fue mi primer novio –que es el amor de mi vida- pero lo que más me preocupa es que él es casado y sale con mujeres, y yo se que él no se protege”

Testimonio de una mujer de 19 años que sostiene una relación dispar con un militar de alto rango de 52 años de edad. Presentado por Ana Gloria García de Profamilia – República Dominicana en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Abril, 2007. Santo Domingo.

En México (2004) se realizó un estudio en población juvenil (15 a 25 años de edad) residente en Cuernavaca, Morelos, México, en la que se encontró que *“Para mantener oculto el uso de sexo como forma de conseguir bienes sociales o económicos, las jóvenes lo desarrollan dentro de un “noviazgo” y se someten a reglas que las limitan frente al uso del condón y las exponen a las infecciones de transmisión sexual.”* Las/os autores concluyen que aunque el sexo recompensado en sí mismo podría no constituir necesariamente una práctica de riesgo, sin embargo, el contexto de noviazgo en el que las jóvenes lo desarrollan, propicia que adopten comportamientos que las exponen a un riesgo mayor de contraer ITS.²²

Otras modalidades de sexo recompensado que no se relaciona con el intercambio de favores sexuales por dinero, alimentos, o bienes de primera necesidad para sostener a la familia o por drogas, es el que se realiza como parte de las actividades propias de los miembros de un grupo. Se trata de transacciones de sexo que ocurren en el marco de ritos de reafirmación de identidad de grupo. En los adolescentes varones se da la práctica, en sus actividades sociales, de tener relaciones sexuales con una o varias adolescentes, a fin de demostrar que ellos no son vírgenes. En las mujeres adolescentes forma parte del ritual para demostrar que se es amiga/par del grupo de varones. El beneficio es la aceptación como miembro de un determinado grupo.²³

²² Théodore, Florence et al. 2004. *El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. salud pública de méxico / vol.46, no.2, marzo-abril de 2004. México D.F.*

²³ Krauss, Beatrice. Who Wins in the Status Games? Violence, Sexual Violence, and an emerging Single Standard among Adolescent Women. *The Hunter College Center for Community and Urban Health, New York, New York, USA. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1087: 56–73 (2006). C_ 2006 New York Academy of Sciences. doi: 10.1196/annals.1385.001*

I.6. La violencia y utilización de servicios de prevención y atención al VIH

La violencia puede actuar como una barrera al acceso a los servicios de prevención y atención al VIH. En Uganda, estudios muestran que las mujeres tienen miedo de pedir dinero o permiso de sus esposos para visitar un centro de servicios de VIH, o buscar información; y en algunos casos, las parejas han prohibido explícitamente que las mujeres se hagan la prueba de VIH.²⁴ La OMS ha indicado que en varios países las mujeres embarazadas rehúsan utilizar servicios de prueba y consejería de VIH por temor a la violencia. La información disponible en ALC sobre barreras al acceso a servicios de VIH es escasa y no concluyente. Por ejemplo, en Haití (2000) y Colombia (2004), la proporción de mujeres que ha vivido violencia y que conoce donde hacerse la prueba de VIH es de 23.7% y 49.9% respectivamente, mientras que entre las que no han vivido violencia es de 21.8% y 54.6%. Sin embargo, la proporción de mujeres que se ha hecho la prueba entre las que han vivido violencia en ambos países es de 3.6% y 20.4%, mientras que entre las que no la han experimentado es de 3.7% y 17.1% respectivamente.

Por otro lado, la OMS (2003) ha señalado que la notificación a la pareja sexual sobre los resultados de la prueba de VIH puede producir un aumento en las conductas preventivas, incluyendo el uso del condón. Información proveniente de varios países indican que, además de que la violencia actúa como una barrera al acceso también limita que las mujeres notifiquen los resultados de la prueba de VIH a sus parejas. La OMS (2003) indica que la tasa de notificación de resultados de la prueba a las parejas sexuales entre mujeres en países desarrollados es en promedio de 71%, mientras que en países en vías de desarrollo es 52%. Entre las barreras a la notificación de la condición serológica se encuentran el miedo al abandono, al rechazo y/o discriminación, miedo a la violencia, miedo de enfadar a la familia y temor a ser acusada de infidelidad.²⁵

²⁴ Human Rights Watch. 2003. Just die quietly: Domestic violence and women's vulnerability to HIV in Uganda. Vol. 15, No. 15 (A). New York: Human Rights Watch.

²⁵ WHO. 2003. Gender dimensions of HIV disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes. Geneva.

2. Empoderamiento, VIH y VCM

2.1. Exclusión social, VIH y VCM

Las intersecciones entre el VIH y la VCM son el resultado de situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres atravesadas por categorías como la edad, etnicidad, el lugar de residencia, tipo de inserción laboral, el nivel de ingreso, estatus migratorio, entre otros. El VIH y la VCM aunque afectan todos los grupos sociales, su impacto se concentra en los grupos con menos poder en las sociedades. Las estructuras sociales, políticas e institucionales así como las capacidades y activos individuales y colectivos hacen que determinados grupos sean más vulnerables al VIH, al tiempo que enfrenten consecuencias más severas de la epidemia. La distribución social de los riesgos y sus efectos que están sustentados en el desequilibrio de poder entre los distintos grupos sociales y los vínculos entre el VIH y la VCM apuntan a ampliar estas desigualdades y debilitar el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Algunos datos ejemplifican estas dimensiones políticas del VIH y la VCM:

- **Nivel socioeconómico:** ONUSIDA (2006) señaló que en Brasil, los sectores más pobres de la población parecen ser los más vulnerables; así, se están detectando niveles crecientes de infección por el VIH entre las personas con poca formación en los estratos socioeconómicos más bajos (Cardoso et al., 2005; Fonseca et al., 2003).²⁶
- **Trabajadoras en puestos de baja remuneración:** en el Perú en encuestas realizadas a trabajadoras de la industria de conservas de pescado, el 68% indicó haber sido víctima de acoso sexual.²⁷ En un estudio cualitativo sobre la violencia sexual en trabajadoras domésticas en Perú (2007), se encontró que *“especialmente las características de la modalidad “cama-adentro” del servicio doméstico, vulneran a las trabajadoras del hogar –más aún si son menores de edad- y facilitan que los empleadores las sometan sexualmente a través del hostigamiento/ acoso y/o el abuso sexual.”*²⁸
- **Minorías étnicas:** en Honduras, la epidemia parece especialmente grave entre las minorías étnicas; en este caso, los garífunas, los descendientes afrohondureños de esclavos de África occidental. Los estudios efectuados entre comunidades garífunas han encontrado prevalencias del VIH del 8-14% (Secretaría de Salud de Honduras, 1998).²⁹
-

²⁶ ONUSIDA en “América Latina: situación de la epidemia de SIDA. 2006.

²⁷ . Moncayo, Maripaz. 2003. Sobre el acoso sexual. Disponible en www.emprendedorasenred.com.ar/articulos/articulo27.htm

²⁸ Ojeda Parra, Teresa. 2007. La violencia sexual en trabajadoras doméstica en Lima, Perú. Development Connections. Washington DC. <http://www.dvcn.org/Documents/VStrabDom1.pdf> pp. 3

²⁹ ONUSIDA en “América Latina: situación de la epidemia de SIDA. 2006.

Por otro lado, las mujeres indígenas enfrentan formas de violencia tales como el acoso y la violencia sexual que ejercen los agentes estatales en la frontera entre Nicaragua y Honduras contra las mujeres Miskito que se movilizan entre ambos territorios para trabajar la tierra y/o cultivar plantas medicinales.³⁰ Las mujeres afroamericanas e hispanas, por ejemplo, representan menos de una cuarta parte de todas las mujeres en los Estados Unidos de América, pero en 2000 acaparaban el 80% de los casos de SIDA notificados en mujeres (US Centers for Disease Control and Prevention, 2002).³¹

- **Mujeres embarazadas:** en Honduras, a nivel nacional, la prevalencia del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales fue del 1,4% en 2004, pero llegó hasta el 3-4% en el valle del Sula (Ministerio de Salud de Honduras, 2006).³²
- **Poblaciones privadas de la libertad:** en Argentina hasta una cuarta parte (28%) de los reclusos en algunas prisiones urbanas han resultado seropositivos (Ministerio de Salud de la Argentina, 2004).³³ La vulnerabilidad de esta población se transfiere a las mujeres con su pareja masculina en prisión y los riesgos de transmisión en la visita conyugal o posteriormente. También enfrentan riesgos específicos frente al VIH y la VCM, las prisioneras políticas, y las mujeres menores de edad institucionalizadas en hogares.
- **Poblaciones móviles:** en Colombia, el 36% de las mujeres desplazadas reporta haber sido forzada a tener relaciones sexuales por desconocidos.³⁴ En un estudio sobre drogas y violencia en mujeres dominicanas víctimas de la trata de personas (2003) se encontró que el 96.2 por ciento señaló que fue abusada en su trabajo en el exterior y un 61.0 por ciento en su trabajo en la República Dominicana.³⁵ Las poblaciones móviles en general tienen menos poder y alternativas de protección que la población residente, ya

³⁰ FIMI. 2006. Mairin Iwanka Raya - Indigenous Women Stand against Violence, A Companion Report to the United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Women.

³¹ Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2004/929173392X_chap1.pdf

³² ONUSIDA. 2006. "América Latina: situación de la epidemia de SIDA.

³³ ONUSIDA. 2006. "América Latina: situación de la epidemia de SIDA.

³⁴ Lara, Silvia. 2006. Las Metas del Milenio y la Igualdad de Género. El caso de Colombia. CEPAL. Serie Mujer y Desarrollo # 81. Santiago de Chile.

³⁵ Luciano, Diny y Tapia, Margot. 2003. Drogas y experiencias de violencia en mujeres dominicanas víctimas de la trata de personas. CEAPA y DVCN. Santo Domingo.

que no son reconocidas como titulares de derechos ni por las autoridades en el lugar de origen, ni en el lugar de acogida.³⁶

Dado que los vínculos entre el VIH y la VCM están basados fundamentalmente en el desequilibrio de poder, las políticas y programas que aborden estas intersecciones deben aplicar un enfoque de empoderamiento, basado en la promoción de los derechos humanos y la equidad de género, que permita enfrentar ambas epidemias mediante acciones dirigidas a incrementar “*La expansión de los bienes y capacidades de las personas de participar, negociar, influir, controlar y mantener procesos de rendición de cuentas en las instituciones que afectan sus vidas.*”³⁷ Desde la perspectiva de género implica generar cambios en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, entendiendo el poder como el acceso, uso y control de recursos tanto físicos como ideológicos, en una relación social. Margaret Schuler (1997) define el empoderamiento como “un proceso mediante el cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones sociales.”³⁸ La integración de VIH y VCM en políticas y programas requiere de cambios progresivos en la estructura de oportunidades que facilite el empoderamiento de las mujeres a través de políticas públicas y respuestas sectoriales frente a la equidad de género, al tiempo que se producen cambios en las estructuras familiar y comunitaria que promuevan la participación y la autonomía. También implica la agencia de las mujeres, y particularmente de las PVVS, así como las víctimas/sobrevivientes de distintas tipologías de VVCM, a través del desarrollo de capacidades y activos en los niveles individual y colectivo. Esto se traduce en:

- Cambios en las relaciones de poder para incrementar el bienestar y los beneficios individuales y colectivos de las mujeres.
- Abordaje de las dimensiones psicosocial, organización y acción colectiva, y la de las relaciones cercanas que se vinculan con el VIH y la VCM.³⁹
- Procesos que faciliten que las mujeres, los grupos y las comunidades adquieran control o dominio sobre los asuntos o temas de interés que les son propios.⁴⁰
- Intervenciones centradas en incrementar el poder personal y grupal en función de habilidades, capacidades, necesidades e intereses de las mujeres.

³⁶ Organización Internacional para las Migraciones. 2003. Salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en jóvenes de 10-24 años de una ciudad receptora de población desplazada. Montería, Colombia.

³⁷ Narayan, Deepa. 2004. Conceptual framework and methodological challenges. In “Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives. Edited by Deepa Narayan. The World Bank. Washington DC.

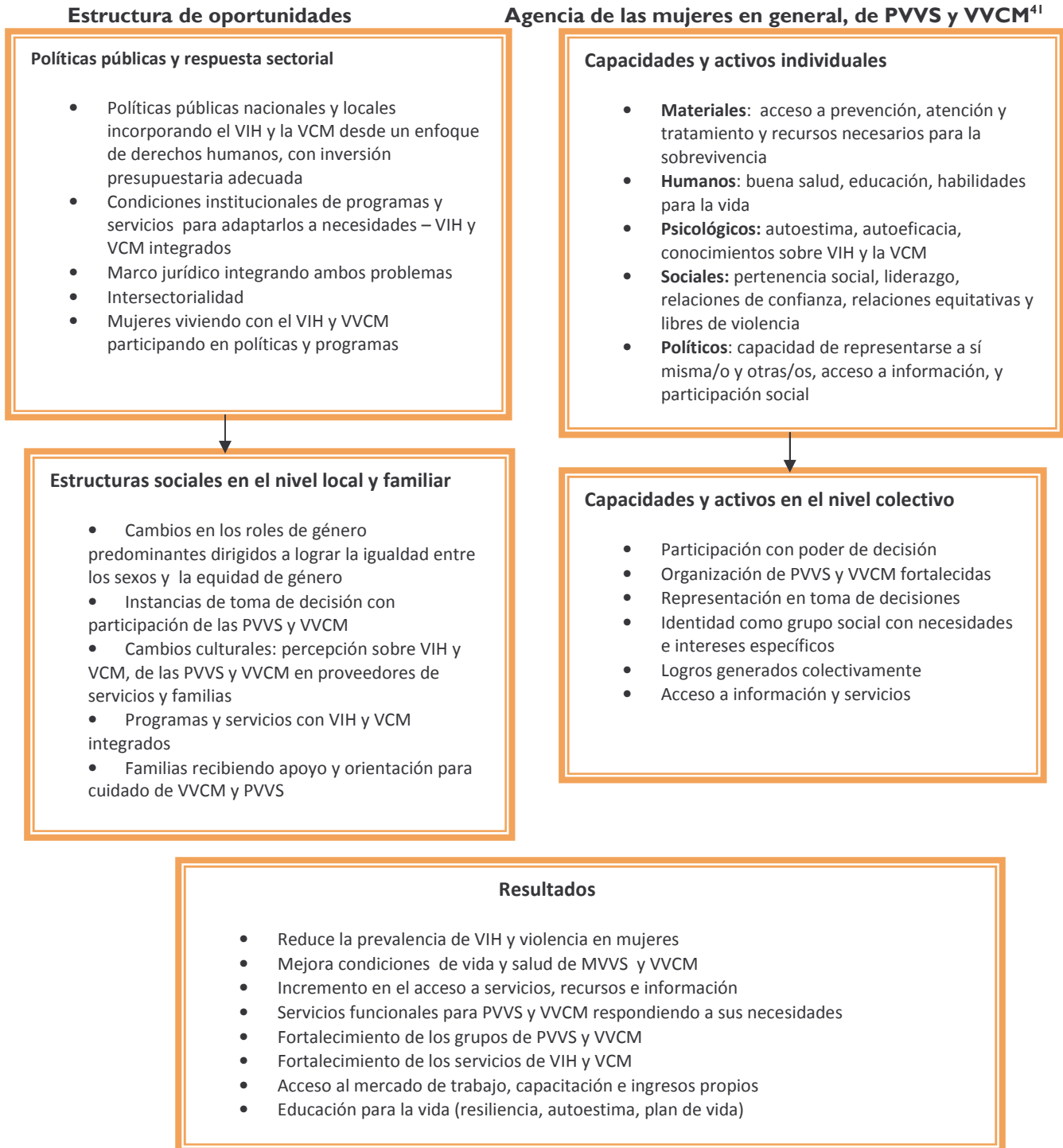
³⁸ De León, Magdalena. 1997. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá. Región y Sociedad, Vol.XI No. 18. 1999. http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/18/18_8.pdf

³⁹ Basado en el Continuo de empoderamiento propuesto por Ronald Labonté y citado en “Taller de capacitación en Género, Salud y Desarrollo. OPS/OMS, Washington DC. 1995.

⁴⁰ Rappaport, J. 1987. Community psychology: values, research, and action. New York: American Journal of Community Psychology.

En la siguiente gráfica se describen los componentes del marco teórico que articula el empoderamiento al VIH y la VCM.

Marco conceptual sobre empoderamiento, VIH y VCM



⁴¹ VVCM = víctimas de violencia contra la mujer

2.2. Desarrollo, empoderamiento, VIH y VCM

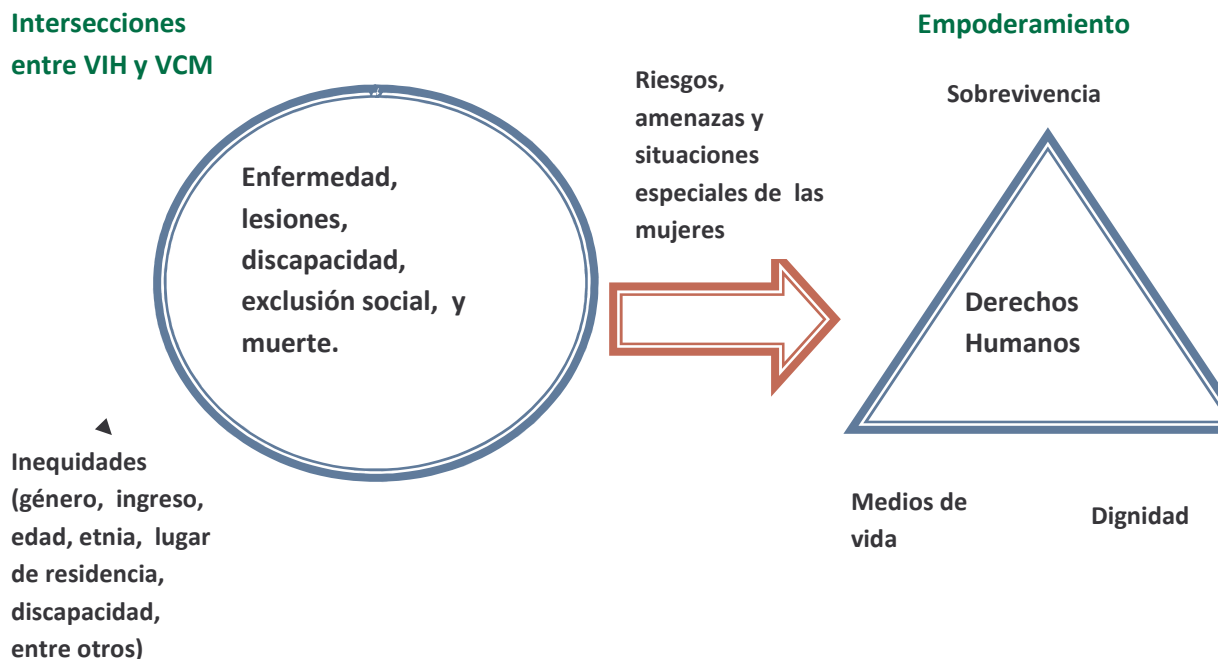
La promoción de los derechos humanos y el empoderamiento en las políticas y programas integrados de VIH y VCM debe ser parte de la agenda de desarrollo ya que:

- El VIH y la VCM constituyen serias amenazas al desarrollo humano en tanto ponen en riesgo, la sobrevivencia, la salud de las mujeres y la dignidad humana que son el fin último de las políticas de desarrollo
- La VCM y el VIH son trazadores de desigualdad que ayudan a mapear la magnitud, distribución y tendencias en el tiempo de las desigualdades sociales⁴² La VCM y el VIH no solo grafican los problemas actuales de desarrollo y derechos humanos sino que también constituyen predictores de riesgos futuros.
- El VIH y la VCM deben constituir una prioridad para el desarrollo presente y futuro: la exposición a determinadas situaciones y riesgos asociados al VIH y la VCM contribuyen significativamente al incremento de la exclusión social, la pobreza y la existencia de enfermedad, lesiones, discapacidad; e incluso la muerte en las distintas etapas del ciclo vital.
- La integración de políticas y programas de VIH y VCM favorece el empoderamiento ya que incrementa el acceso a servicios, mejorando de este modo, la equidad social. Facilita la incorporación de las mujeres al mercado laboral, aumentando su nivel de ingresos de la familia, lo que contribuye a superar la pobreza.⁴³
- La inversión en VCM y VIH reduce costos de protección, rehabilitación, reparación de daños que ambos problemas han producido y que generarán en el futuro.

⁴² Chen, Lincoln and Narasimhan Vasant. 2002. Health and Human Security – Pointing way forward. http://www.fas.harvard.edu/~acgei/Publications/Chen/LCC_Health_and_HS_way_forward.pdf

⁴³ Camarena, Isabel. 2006. Estructura general de los Centros Ternura. Programa Ternura. Despacho de la Primera Dama de la República. El Salvador.

En la siguiente figura se presentan las relaciones entre empoderamiento, VIH y VCM.⁴⁴



2.3. Como se traduce el enfoque de empoderamiento en respuestas al VIH?

Jill Gay (2007) ha identificado algunas iniciativas que ejemplifican el uso del enfoque de empoderamiento en programas de VIH.⁴⁵

- Capacitación para PVVS sobre sus derechos sexuales y reproductivos

⁴⁴ Adaptado de Lincoln Chen. 2004. Human Security and Human Health. <http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/English/chapter6.pdf>

⁴⁵ Gay, Jill. 2007. Principios del enfoque de empoderamiento aplicados al VIH y la VCM. Presentación en el curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana". Santo Domingo.

- Campañas públicas para eliminar normas culturales que restringen el acceso a preservativos y exigencia del uso de condones a su pareja por parte de las mujeres jóvenes
- Educación sexual a púberes y pre-púberes basados en la promoción de la equidad de género, y autoestima y sexualidad.
- Políticas públicas para asegurar acceso a tratamiento desde la perspectiva de derechos humanos, enfatizando en el derecho a la salud
- Abogacía por los derechos de las trabajadoras sexuales, eliminación de la violencia contra ellas/os, y exigiendo un trabajo para la prevención del VIH más significativo con este grupo de población apuntando hacia las causas del trabajo sexual.