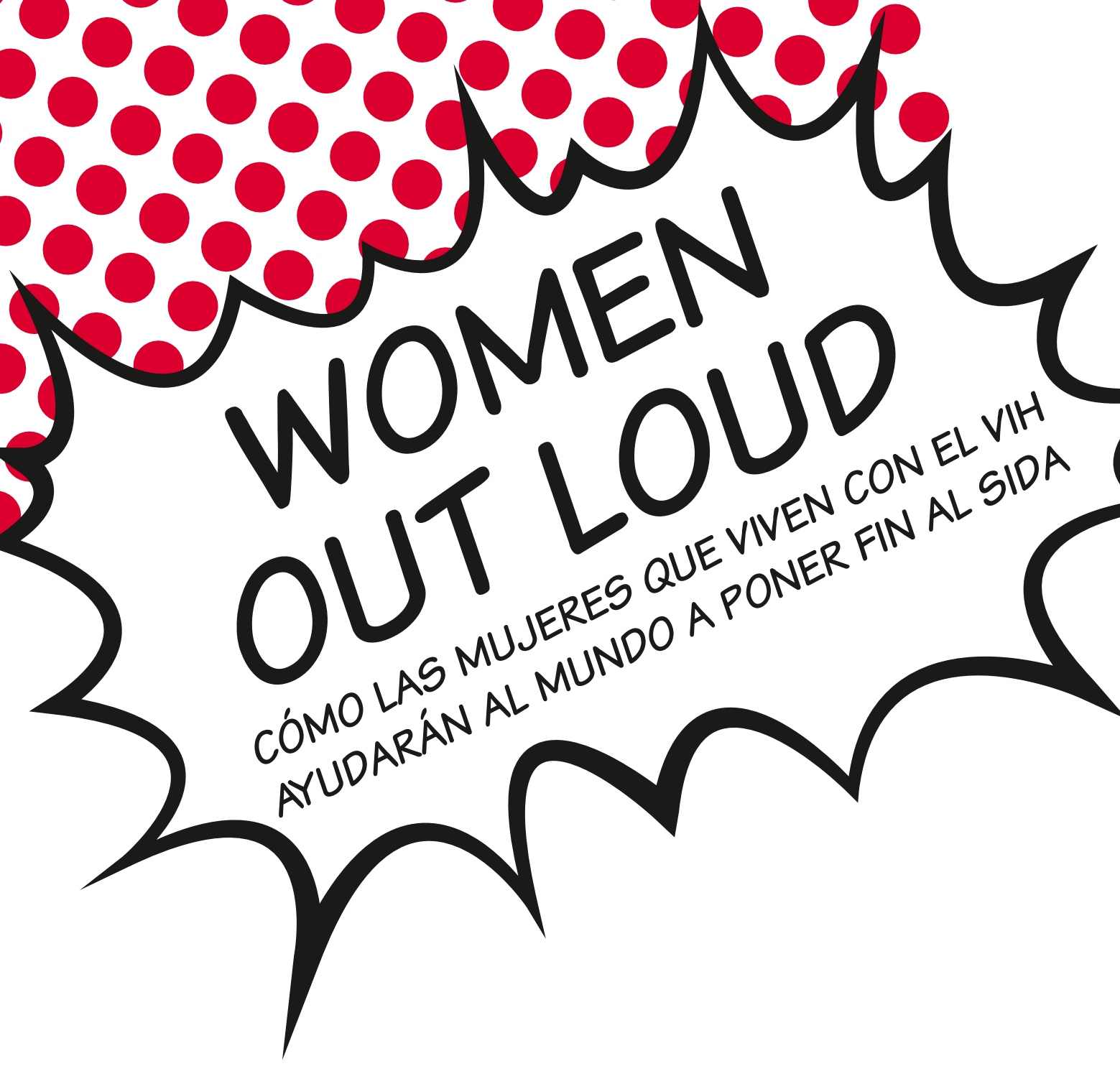
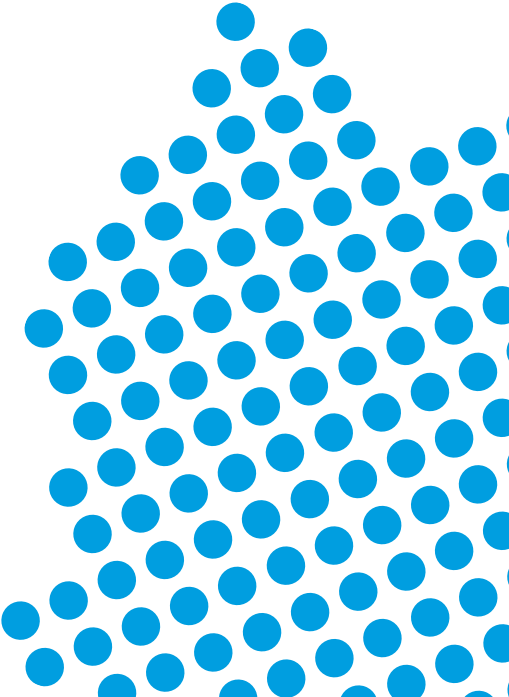


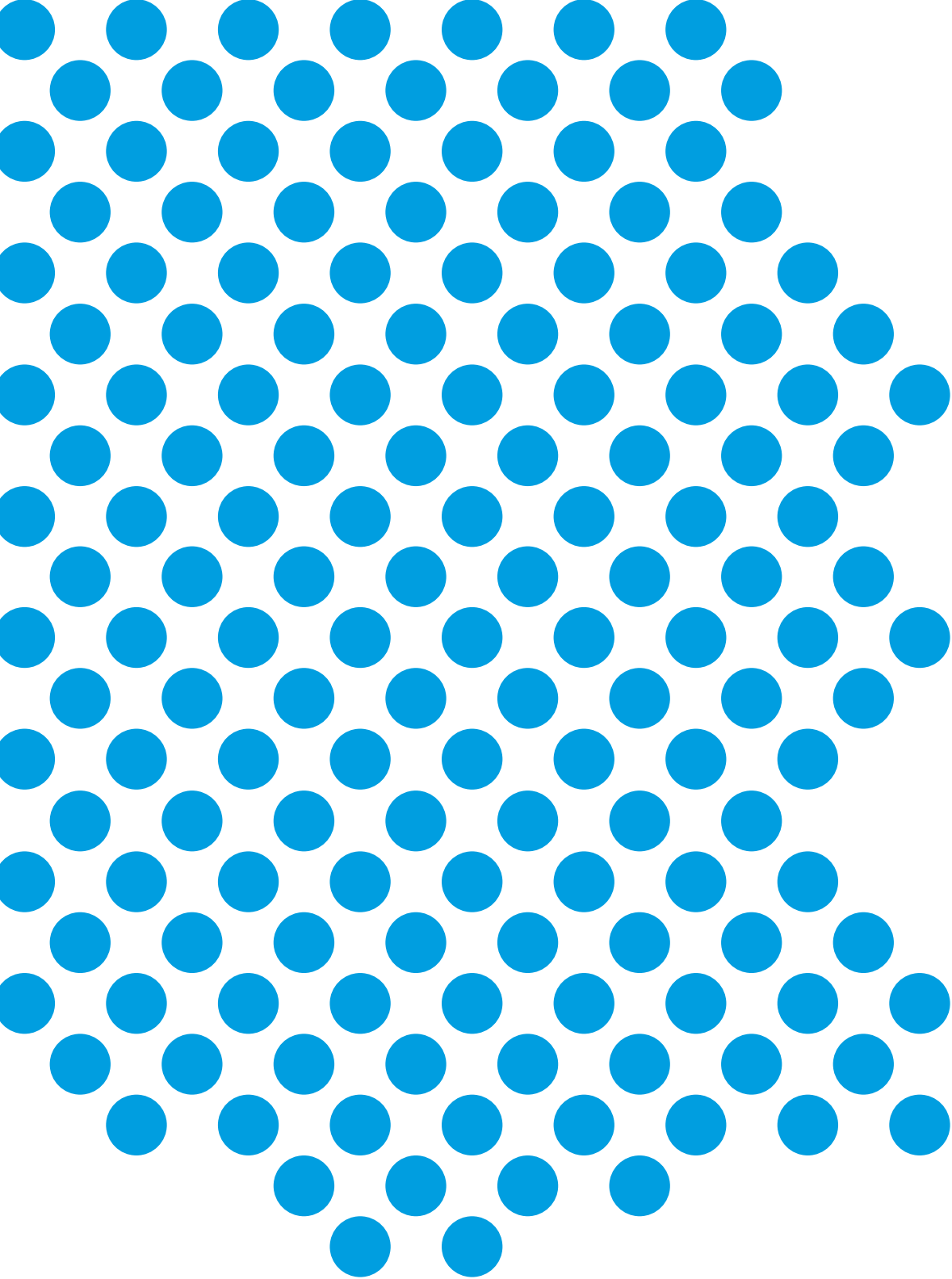


WOMEN OUT LOUD

CÓMO LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH
AYUDARÁN AL MUNDO A PONER FIN AL SIDA

CUMPLIENDO CON LOS DIEZ OBJETIVOS
DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA DE LA
ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES
UNIDAS DE 2011 SOBRE VIH/SIDA







WOMEN OUT LOUD

CÓMO LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH
AYUDARÁN AL MUNDO A PONER FIN AL SIDA

CUMPLIENDO CON LOS DIEZ OBJETIVOS
DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA DE LA
ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES
UNIDAS DE 2011 SOBRE VIH/SIDA

ONUSIDA / JC2416S (versión española, junio de 2013)

Versión original inglesa, UNAIDS / JC2416E, diciembre de 2012:

Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS.

Traducción – ONUSIDA

Derechos de autor © 2013

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Women out loud: Cómo las mujeres que viven con el VIH ayudarán al mundo a poner fin al SIDA.

“ONUSIDA / JC2416S”

1. Infecciones por VIH – prevención y control. 2. Infecciones por VIH – transmisión. 3. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 4. Mujeres. I. ONUSIDA

ISBN 978-92-9253-028-0

(Clasificación NLM: WC 503.6)

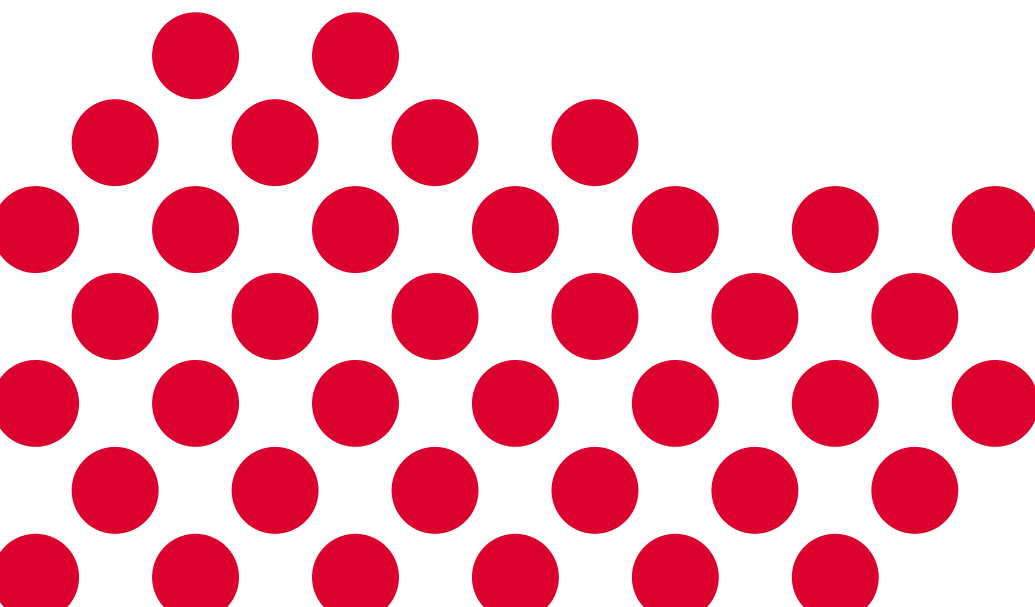
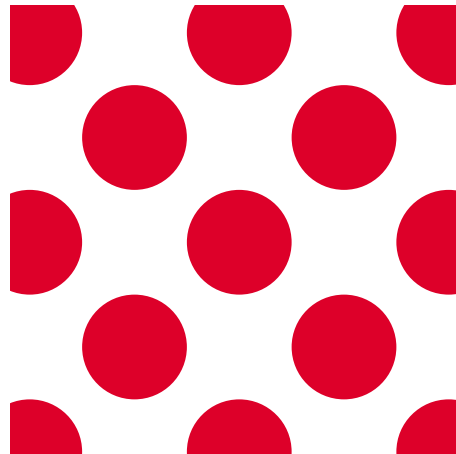


TABLA DE CONTENIDO

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL	8
PREVENIR EL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS	18
ELIMINAR NUEVAS INFECCIONES POR VIH ENTRE LOS NIÑOS Y MANTENER CON VIDA A SUS MADRES	26
15 MILLONES CON ACCESO AL TRATAMIENTO	34
EVITAR LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS	42
CERRAR LA BRECHA DE RECURSOS	50
ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO	60
ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	68
ELIMINAR RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH EN EL INGRESO, ESTANCIA Y RESIDENCIA	78
FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA LUCHA CONTRA EL VIH	86



PRÓLOGO

Las mujeres probablemente representan la mitad de la población mundial, pero no lo disfrutan de manera equitativa. Esto es especialmente evidente en lo relacionado con el VIH. La mitad de las personas que viven con VIH son mujeres, sin embargo, muchas son marginadas o no saben de su condición. A pesar de los muchos éxitos que hemos visto, las mujeres todavía enfrentan desigualdades que evitan que la respuesta contra el SIDA alcance todo su potencial.

Women out loud (Mujeres en voz alta) amplifica las voces de las mujeres que viven con VIH para que su conocimiento sea compartido e influyente. Esto es esencial para alcanzar los 10 objetivos de la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2011 sobre el VIH y el SIDA.

Quienes colaboraron en este informe presentan una imagen de la diversidad de las mujeres que viven con VIH. Son mujeres abuelas, esposas, madres, transexuales, inmigrantes o estudiantes. Incluye a mujeres que consumen drogas, a las que han participado en trabajo sexual, a las que han estado en prisión y a las que han nacido con VIH. Son mujeres que trabajan en redes comunitarias, organizaciones internacionales no gubernamentales, academia y las Naciones Unidas. Son líderes por derecho propio y prueba viva de que las mujeres que viven con VIH pueden construir un mejor futuro para ellas mismas, sus seres queridos y sus comunidades.

Este informe resalta los esfuerzos de ONUSIDA para fortalecer el enfoque de la respuesta contra el SIDA en las mujeres. Celebramos el hecho de que ONU Mujeres se haya unido a ONUSIDA como su decimoprimer copatrocinador y esperamos que la recién creada Plataforma de Diálogo de Mujeres que Viven con VIH de ONUSIDA genere voces e influencia para las mujeres que viven con el VIH estén más cerca del trabajo diario de las Naciones Unidas.

Es nuestra responsabilidad colectiva el impulsar los cambios necesarios en leyes, políticas, programas y prácticas para terminar con las violaciones de derechos humanos y las desigualdades de género que permiten que el VIH se difunda. La plena participación de los hombres y su compromiso con el cambio, deben ser parte esencial para los buenos logros de estos esfuerzos.

Tal como lo atestigua este informe, el liderazgo, la resistencia y las buenas prácticas de las mujeres para transformar las sociedades son realidades que se han ido extendiendo. Ahora lo que se necesita es un mayor apoyo para la plena participación de las mujeres en la lucha contra el VIH, y mejores datos para hacer seguimiento en lo que se refiere a las mujeres. Esto requiere un esfuerzo concertado para promover y proteger los derechos de las mujeres y de todas las personas viven con el VIH. Cuando las mujeres levantan la voz, debemos escuchar cuidadosamente y actuar con solidaridad y compromiso para transformar las palabras en acción.

Michelle Bachelet, Directora Ejecutiva, ONU Mujeres

Jennifer Gatsi-Mallet, Directora Ejecutiva, Red de Salud para las Mujeres de Namibia

Michel Sidibé, Directora Ejecutiva, ONUSIDA



REDUCIR LA
TRANSMISIÓN
SEXUAL!

1 MINUTO

Cada minuto una mujer joven es infectada con el VIH.

49%

Las mujeres representan el 49% de todos los adultos que viven con el VIH.

13.5×

Las trabajadoras sexuales son 13.5 más propensas a estar viviendo con el VIH que otras mujeres.



OBJETIVO 1

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH EN UN 50% EN 2015.

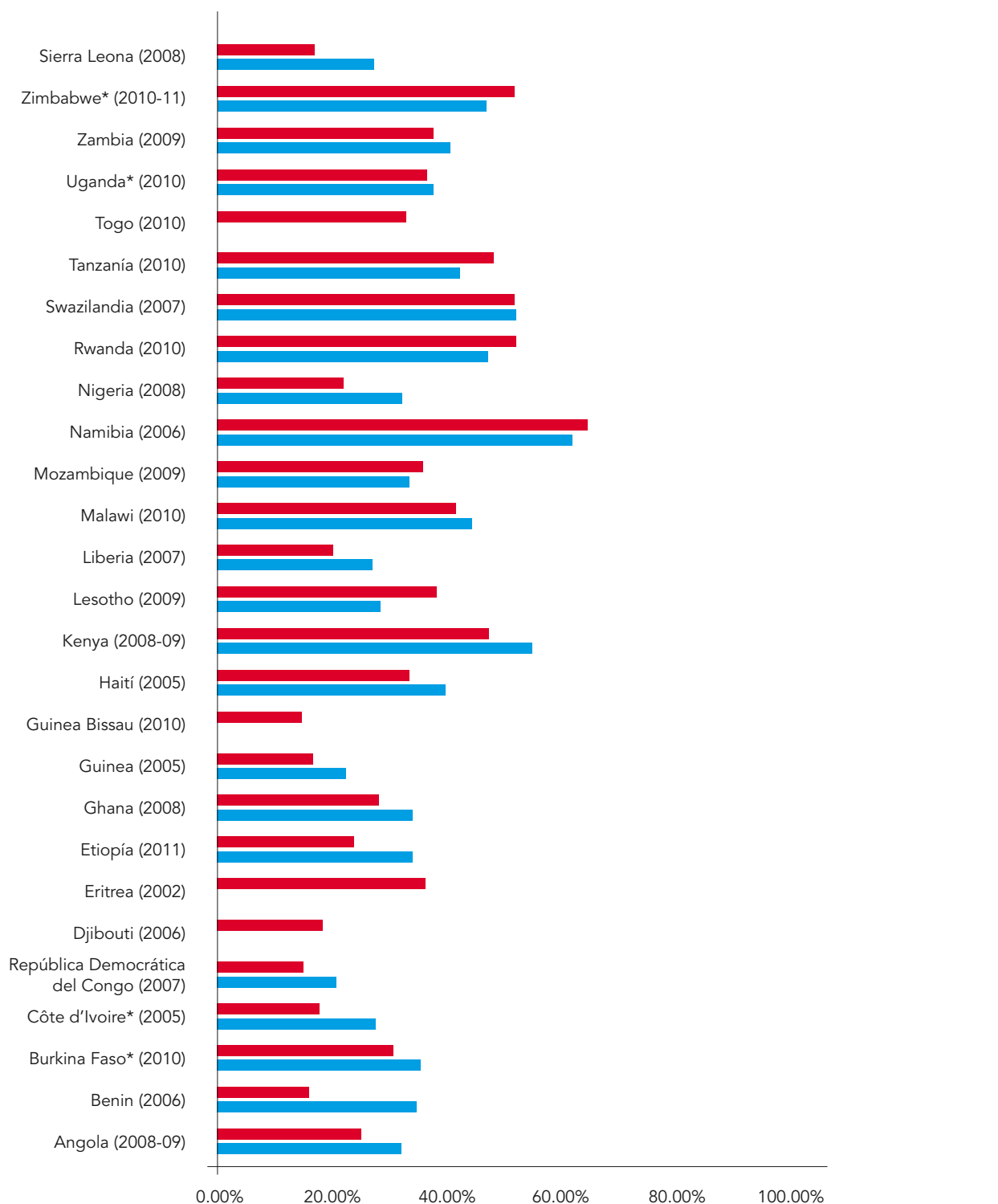
LAS MUJERES REPRESENTAN EL 49% DE LOS ADULTOS QUE VIVEN CON EL VIH A NIVEL MUNDIAL. EN LAS REGIONES MÁS AFECTADAS, COMO EL ÁFRICA Y EL CARIBE, ALREDEDOR DEL 60% DE PERSONAS INFECTADAS CON EL VIH SON MUJERES.

Introducción

A nivel mundial, las mujeres jóvenes de 15 a 24 años edad son más vulnerables al VIH, siendo la tasa de infección dos veces más altas que en los hombres jóvenes, en 0.6%. Esta disparidad es más pronunciada en el África Subsahariana, donde 3.1% de las mujeres jóvenes viven con el VIH, frente al 1.3% de los hombres jóvenes. Cada minuto una joven es contagiada con el VIH, representando así el 22% de las nuevas infecciones por VIH (1), siendo la transmisión sexual el modo más frecuente de infección (2). Todavía queda mucho por hacer para garantizar que los jóvenes sean capaces de identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (Fig. 1.1).

Incluso en casos donde existe conocimiento del VIH, normas de género perjudiciales pueden actuar como barreras para que las mujeres logren acceder al uso del condón y así protegerse contra el VIH (3, 4, 5, 6). Las encuestas demuestran que en 12 de los 19 países con datos disponibles, menos del 75% de las mujeres creen que es justificable negarse a tener relaciones sexuales con su marido cuando ella sabe que tiene relaciones sexuales con otras mujeres (Fig. 1,2). Como demostró un estudio de 2005 de la OMS (7), existe un fuerte vínculo con la violencia. La proporción de mujeres forzadas físicamente al coito osciló entre 4% y 46%, mientras que 6% a 59% de las mujeres reportaron abuso sexual por parte de su pareja. Esta alta tasa de relaciones sexuales no consentidas y la dificultad para protegerse que generan es particularmente alarmante en el avance de la epidemia del SIDA.

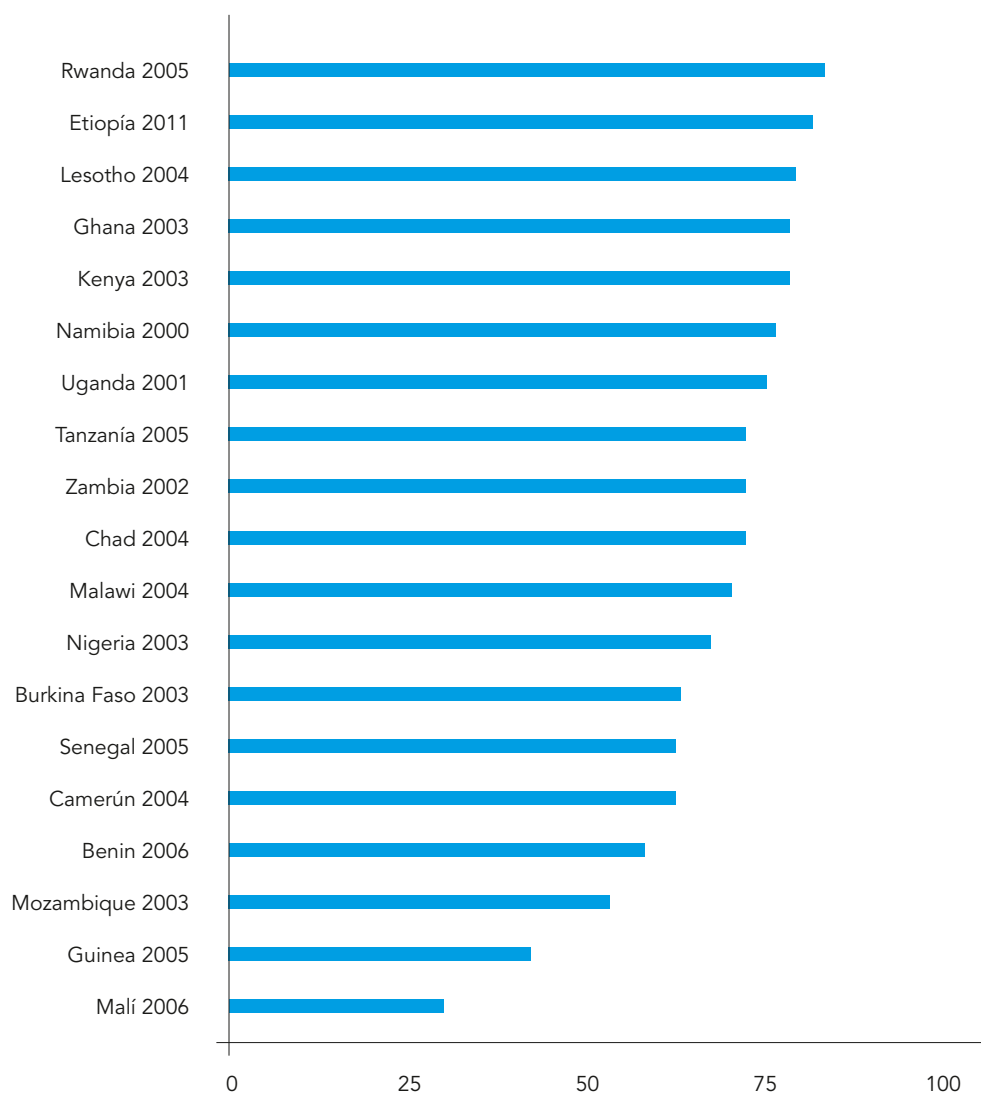
FIGURA 1.1. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES DE 15-24 AÑOS QUE IDENTIFICAN CORRECTAMENTE LAS FORMAS DE PREVENIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH Y RECHAZAN CONCEPTOS ERRÓNEOS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIH, LA EPIDEMIA GENERALIZADA



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas de comportamiento poblacional.

■ Porcentaje (Mujeres de 15-24)
■ Porcentaje (Hombres de 15-24)

FIGURA 1.2. PORCENTAJE DE MUJERES QUE REPORTAN ESTAR DE ACUERDO CON LA AFIRMACIÓN DE QUE ES JUSTIFICADO QUE UNA MUJER SE NIEGUE AL SEXO CON SU MARIDO SI ELLA SABE QUE ÉL TIENE OTRAS PAREJAS



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2000–2011

Curiosamente, las actitudes de las mujeres sobre negarse al sexo apenas cambian entre los diferentes grupos de edad, señalando ideas definidas social y culturalmente de manera persistente acerca de las actitudes y comportamientos de género.

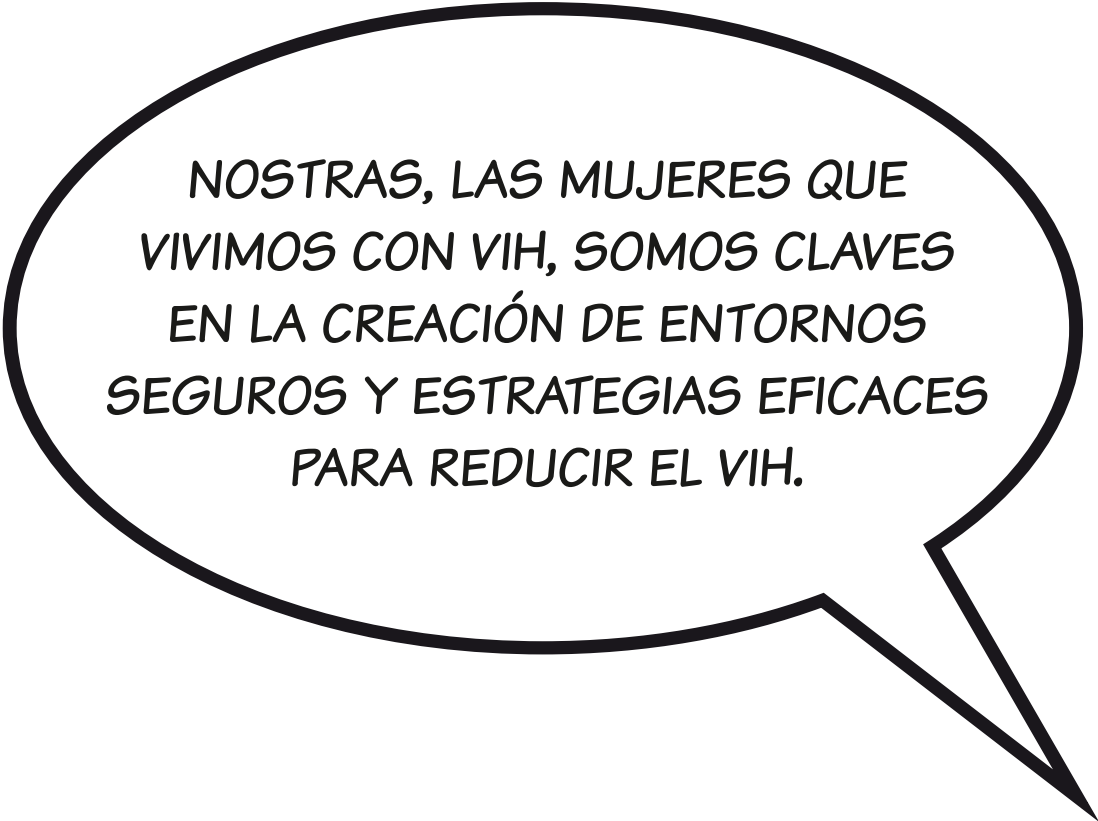
La dependencia económica también hace que las mujeres sean más vulnerables a la transmisión sexual del VIH. Los estudios realizados en países de ingresos bajos y medios muestran que a las mujeres con autonomía financiera les resulta más fácil tratar el tema del uso del condón con sus maridos. Factores tales como la experiencia con una pareja en situación de riesgo, el deseo de mantener una buena posición social, el miedo de contraer el VIH y la orientación y el apoyo de los padres influyen en las mujeres para reducir el riesgo del VIH, a pesar de las restricciones impuestas por normas de

género y los desequilibrios de poder en el matrimonio. Los hallazgos sugieren que la mejora de la condición social y económica de la mujer puede bajar su riesgo a contraer el VIH mediante la reducción de la dependencia de las parejas masculinas y el avance de su poder de toma de decisiones (8). Los estudios sobre las transferencias de dinero entre mujeres jóvenes en edad escolar de secundaria en Malawi mostraron que esas transferencias no sólo animan a las mujeres a reducir el comportamiento sexual de riesgo en el corto plazo, sino también dio lugar a una reducción de los embarazos en adolescentes, así como una disminución de la actividad sexual reportada (9, 10).

Las trabajadoras sexuales son particularmente vulnerables al VIH (véase el cuadro 1.1), siendo la prevalencia reportada a nivel país entre esta población clave en las ciudades capitales de más del 20% en algunos países. Mientras tanto, una reciente emisión de datos de 50 países encontró que las trabajadoras sexuales eran 13,5 veces más propensas a estar viviendo con el VIH que otras mujeres (11). A nivel mundial, la evidencia disponible sugiere que la tasa de contagiados de VIH llega incluso al 68% en las comunidades transexuales (12). La OMS define transexual como un término general que incluye a las personas cuya identidad y expresión de género no se ajusta a las normas y expectativas asociadas tradicionalmente con el sexo fisiológico al nacer. La incidencia entre las personas transexuales va desde 3.4 hasta 7.8 por cada 100 personas al año en algunos países (12). En los Estados Unidos, las tasas de infecciones identificadas más recientemente entre las mujeres transexuales son tres veces más altas que para los hombres de la misma condición (13).

Empoderando a las mujeres

Ha habido un creciente avance en el reconocimiento de factores socioculturales que llevan a las desigualdades de género que influyen de manera crucial en el riesgo de la propagación de la infección de VIH. Esto es particularmente cierto en el papel que juegan las normas de género, cómo influyen en el contagio del VIH entre las mujeres y cómo afectan a las mujeres en el acceso a los servicios y el apoyo social. La vulnerabilidad particular de las mujeres frente al VIH hace que sea de suma importancia una mejor comprensión de las barreras de género y su influencia en la transmisión del VIH.



**NOSTRAS, LAS MUJERES QUE
VIVIMOS CON VIH, SOMOS CLAVES
EN LA CREACIÓN DE ENTORNOS
SEGUROS Y ESTRATEGIAS EFICACES
PARA REDUCIR EL VIH.**

TABLA 1.1. INCIDENCIA DEL VIH ENTRE TRABAJADORAS SEXUALES REPORTADA POR PAÍS EN LAS CIUDADES CAPITALES

>20%	10-20%	5-10%	<5%	
Chad	Ghana	El Salvador	Afganistán	Rumania
Lituania	Togo	Cabo Verde	Bosnia y Herzegovina	Montenegro*
Nigeria	Camboya	Eritrea	Japón	Armenia
Kenya	Djibouti	Estonia	Mongolia	Kazajstán
República Unida de Tanzania	Burkina Faso	Argelia	Somalia	Timor-Leste
Mauricio	Guyana	Letonia	Sudán del Sur	Nepal
Guinea	Senegal	Indonesia	República Checa	Argentina
Côte d'Ivoire	Papua Nueva Guinea	Angola	Alemania	Tailandia
Uganda	Burundi	Mauritania	Sri Lanka	Panamá
Niger		Portugal	Bélgica	Georgia
Guinea Bissau		Haití	Filipinas	Nicaragua
Zimbabwe		Ucrania	Madagascar	Marruecos
Rwanda		Myanmar	Bangladesh	Paraguay
Swazilandia			Bulgaria	Países Bajos
			China	Uzbekistán
			Cuba	Honduras
			España	Colombia
			Bolivia	Viet Nam
			Pakistán	Kirguistán
			Túnez	Irán
			México	Guatemala
			Serbia*	Suriname
			Azerbaiyán	Tayikistán
			Belarús	Jamaica
			República Democrática Popular Lao	

Fuente: Reportes de progreso por país de 2012 (www.unaids.org/cpr)

La reducción de la transmisión sexual en un 50% para el año 2015 requiere incrementar el acceso a servicios acrílicos contra el VIH para las mujeres y niñas a lo largo de sus vidas. Asimismo, será necesario ampliar el acceso a la educación sexual integral dentro y fuera de la escuela, y ampliar los servicios orientados a los jóvenes que empoderan a las mujeres jóvenes a protegerse a sí mismas (14, 15, 16). La evidencia reciente muestra que la efectividad de la ejecución de programas y servicios de educación sexual en forma conjunta a escala tienen un mayor impacto (17).

También es esencial invertir en investigación sobre tecnologías de prevención que puedan ser controladas por las mujeres. Estas incluyen microbicidas, profilaxis previa y posterior a la exposición y los condones femeninos, así como trabajar con redes de mujeres que viven con el VIH y organizaciones de mujeres para garantizar el acceso a estas tecnologías para las mujeres y las niñas.

WOMEN OUT LOUD

JANE BRUNING, ELISHA (RINA) KOR, ANNAH SITHEMBINKOSI SANGO

Las mujeres y las niñas representan más de la mitad de las personas que viven con el VIH en el mundo, y tienen que ser partícipes en igual condición y valor en la toma de decisiones si se quiere reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para el año 2015. Sin embargo, tras casi 30 años desde el inicio de la epidemia del VIH, ha sido imposible lograr una participación significativa de las mujeres que viven con el VIH como líderes en los esfuerzos de prevención.

Un factor facilitador fundamental para alcanzar el objetivo de reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para el año 2015 es garantizar que las mujeres que viven con el VIH tengan más responsabilidades, y que las leyes protejan nuestro derecho a elegir con quién y cómo hacemos el amor, y con quién decidimos casarnos, y si vamos a tener hijos o no. Sin embargo, a pesar de décadas de defensa y las evidencias, las voces de las mujeres y las niñas siguen estando al margen, y muchas mujeres jóvenes aún no pueden o no saben cómo protegerse.

Nuestra vulnerabilidad al VIH en muchas culturas se debe a nuestra posición en la sociedad, y quienes somos jóvenes nos encontramos en un mayor riesgo de contraer el VIH. Las expectativas culturales de masculinidad alientan a los hombres a asumir la actitud patriarcal en la cual las esposas, parejas e hijas son posesiones de los hombres, y la mayoría de los maridos esperan o exigen sus "derechos" conyugales.

Existe un fuerte vínculo entre la violencia de género y el VIH. La violencia, o el miedo a la violencia, a veces impiden que las mujeres, las mujeres transexuales y las niñas puedan asumir relaciones sexuales más seguras, discutir sobre la fidelidad de sus parejas o terminar una relación riesgosa. Ningún hombre debe tener el derecho de golpear a su esposa, obligarla a tener relaciones sexuales o echarla de su casa sin nada, simplemente porque ella es la primera en recibir un diagnóstico de VIH, pero esto está sucediendo.

La pobreza es otro promotor de la transmisión del VIH. Muchas mujeres y niñas recurren al sexo transaccional, como medio de subsistencia y las niñas a menudo son coaccionadas a actividades sexuales con hombres mayores.

Las mujeres que se dedican al trabajo sexual son vulnerables a la violencia ya sea por la persecución policial o por la falta de control cuando los clientes exigen relaciones sexuales sin condones, y en consecuencia al VIH,. Llevar preservativos puede dar lugar a una requisa policial que puede llevar a un proceso judicial por trabajo sexual. Las mujeres transexuales (es decir, los transexuales de hombre a mujer), quienes suelen ser personas sin hogar y sin trabajo, con frecuencia sufren el doble estigma de vivir con el VIH y de ser mujeres transexuales. Muchos países no reconocen a las mujeres transexuales, lo que merma sus posibilidades de subsistencia dejándoles como única opción recurrir al trabajo sexual para obtención de ingresos.

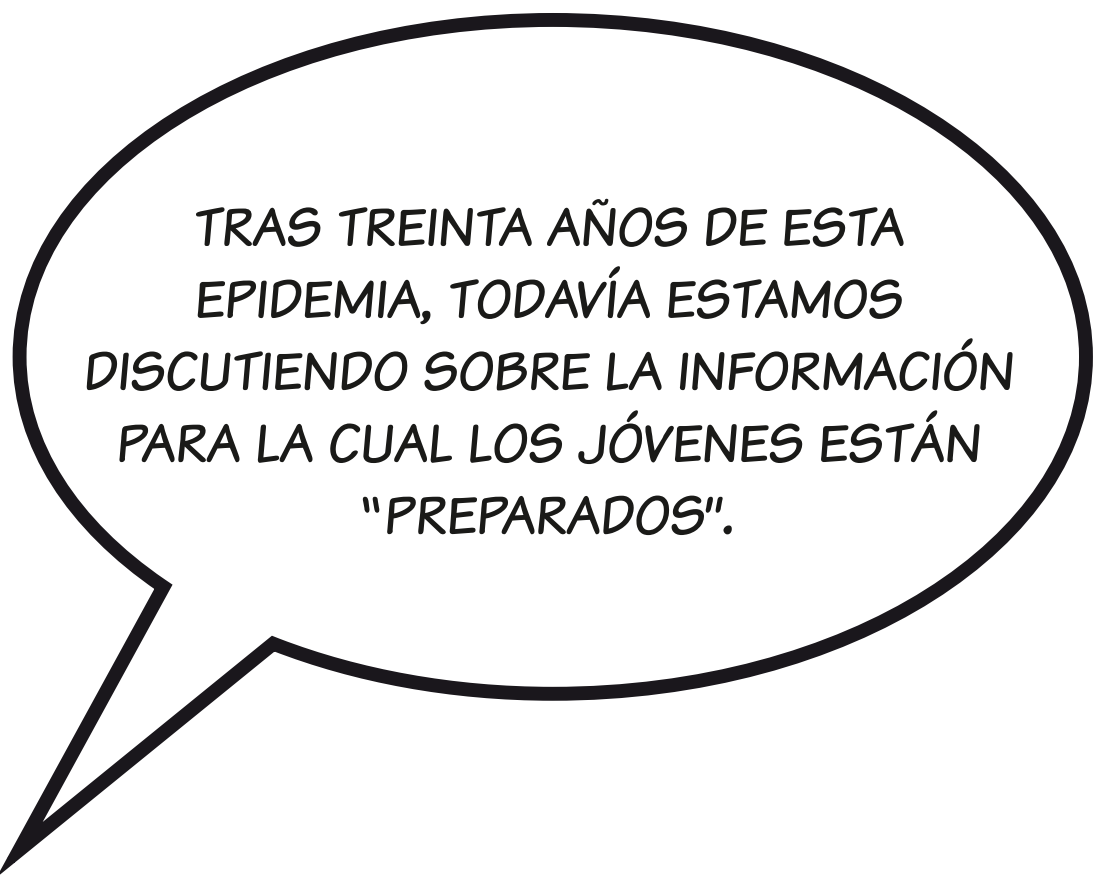
Del mismo modo, las mujeres que consumen drogas son generalmente incapaces de acceder a los servicios de reducción de daños y pueden dedicarse a la prostitución para mantener su drogadicción. Todo esto pone a las mujeres que consumen drogas en mayor riesgo de contraer no solo el VIH sino además la hepatitis por transmisión sexual.

Hoy en día, las mujeres y las niñas migrantes sufren duras condiciones de trabajo y están en mayor riesgo de contraer el VIH al ser separadas de la protección de sus familias y sus comunidades. Los migrantes a menudo no pueden acceder a servicios de atención médica ya que estos no están diseñados específicamente para atender a la gente trashumante.

Tras treinta años de esta epidemia, todavía estamos discutiendo sobre la información para la cual los jóvenes están "preparados". Los jóvenes tienen relaciones sexuales por exactamente las mismas razones que los adultos: la procreación, placer, ingresos o para evitar ser golpeados. ¿Cómo van las jóvenes a saber cómo evitar daños si no estamos hablando con ellas acerca del sexo y la forma de asumir un sexo más seguro?

Sabemos lo que necesitamos

En algunos países, el tratamiento como prevención está siendo visto como una bala de plata para hacer frente a la epidemia. Esto es prematuro ya que los sistemas no son capaces de mantener este enfoque y hay efectos secundarios y complicaciones a largo plazo por tomar los medicamentos antirretrovirales. Esto es particularmente pertinente para las mujeres embarazadas quienes, en algunos países, están siendo alentadas a utilizar el tratamiento para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH, para después seguir con el tratamiento independientemente de su recuento de CD4. Esto se conoce como la Opción B +. Aunque el tratamiento permite disminuir los riesgos a en los niños por nacer y a las parejas VIH-negativos, nosotras deberíamos poder tomar la decisión de cuándo y si queremos tomar o no el tratamiento. La decisión de iniciar el tratamiento es individual, y cada mujer debe tener la posibilidad de tomarla. Si una mujer decide iniciar el tratamiento debe tener acceso a medicamentos antirretrovirales salvadores de vidas que sean uniformes y confiables por su propio bienestar y no sólo porque es bueno para la salud pública.



**TRAS TREINTA AÑOS DE ESTA
EPIDEMIA, TODAVÍA ESTAMOS
DISCUTIENDO SOBRE LA INFORMACIÓN
PARA LA CUAL LOS JÓVENES ESTÁN
"PREPARADOS".**

Una respuesta eficaz para la prevención del VIH basada en derechos requiere de la participación de las mujeres que viven con el VIH, especialmente las mujeres jóvenes, en todos los niveles, en el diseño e implementación de políticas y programas. A pesar de que nuestros puntos de vista a menudo no se consideran importantes en la lucha contra el VIH, existen muchas mujeres fuertes y valientes que viven con el VIH que han fundado organizaciones comunitarias, así como las redes regionales y mundiales.

Estamos elevando la concientización frente al VIH a través de nuestro papel de liderazgo positivo en la salud, dignidad y prevención. Este nuevo enfoque en la planeación abarca el mejoramiento y el mantenimiento de la dignidad de las personas que viven con el VIH y el apoyo y la optimización de su salud física, mental, emocional y sexual, dando lugar a un ambiente propicio que reduzca la probabilidad de nuevas infecciones por el VIH.

Las mujeres que viven con el VIH han desarrollado herramientas de formación en materia de género, comunicación y relaciones para las mujeres y hombres mayores y jóvenes, para así hacer frente a sus vulnerabilidades y reducir la violencia de género. Debido al patriarcado y muchas actitudes represivas de las personas mayores hacia las mujeres jóvenes, estos programas son fundamentales. Un ejemplo de ello es “Stepping Stones”, aplicando actualmente en 100 países.

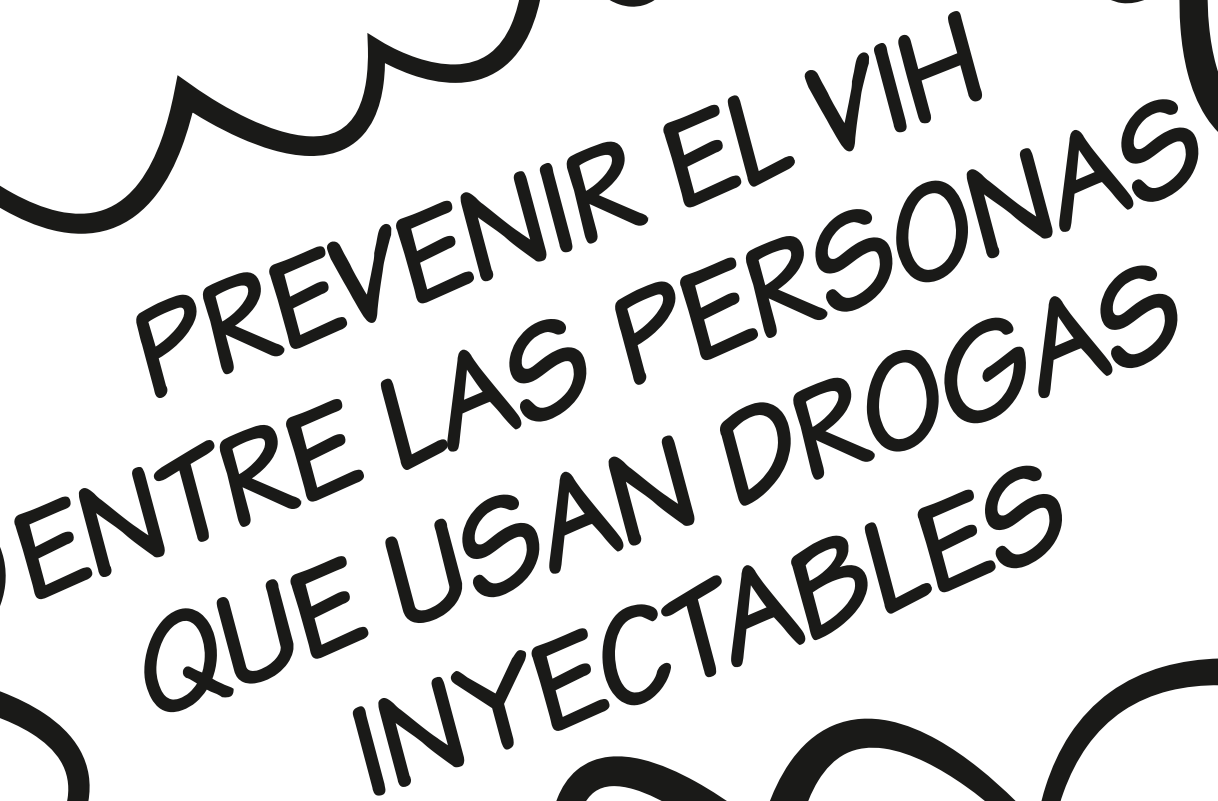
Muchas de nosotras hemos hablado con la esperanza de que otros aprendan de nuestra experiencia, y hemos contribuido a desarrollar las habilidades de otros para que hagan lo mismo. El programa de formación ‘Lifting the burden of secrecy’ (Levantando el peso del secreto), se ha traducido a ocho idiomas.

Proyectos como estos son iniciativas básicas que se han adoptado con éxito a escala global. Todos estos abarcan elementos de educación y prevención del VIH. Nosotras, las mujeres que vivimos con el VIH, sabemos qué programas nos han fallado y por qué. Somos la clave para crear un ambiente seguro y estrategias eficaces para reducir el VIH y proporcionar servicios de alta calidad para todas las mujeres, independientemente del lugar en que vivimos, nuestra edad, profesión o estilo de vida.

Jane Bruning es la Coordinadora Nacional de Positive Women Inc. en Nueva Zelanda; Elisha (Rina) Kor es Directora de Programas de la Fundación PT en Malasia; y Annah Sithembinkosi Sango es miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA en el Sur de África, Zimbabue.

ACCIONES

- **Defender nuestros derechos** y eliminar las leyes y políticas que no permiten avanzar en la igualdad de género.
- **Recurrir a muestras** como socios clave en la reducción de nuevas transmisiones.
- **Organizar la participación estratégica** entre nosotras, el gobierno, la sociedad civil y los organismos religiosos en la prevención del VIH.
- **Garantizar el acceso a una educación integral en sexualidad y métodos anticonceptivos** para todas las mujeres, especialmente las jóvenes.
- **Defender los derechos de las trabajadoras sexuales** para garantizar su seguridad en el trabajo.



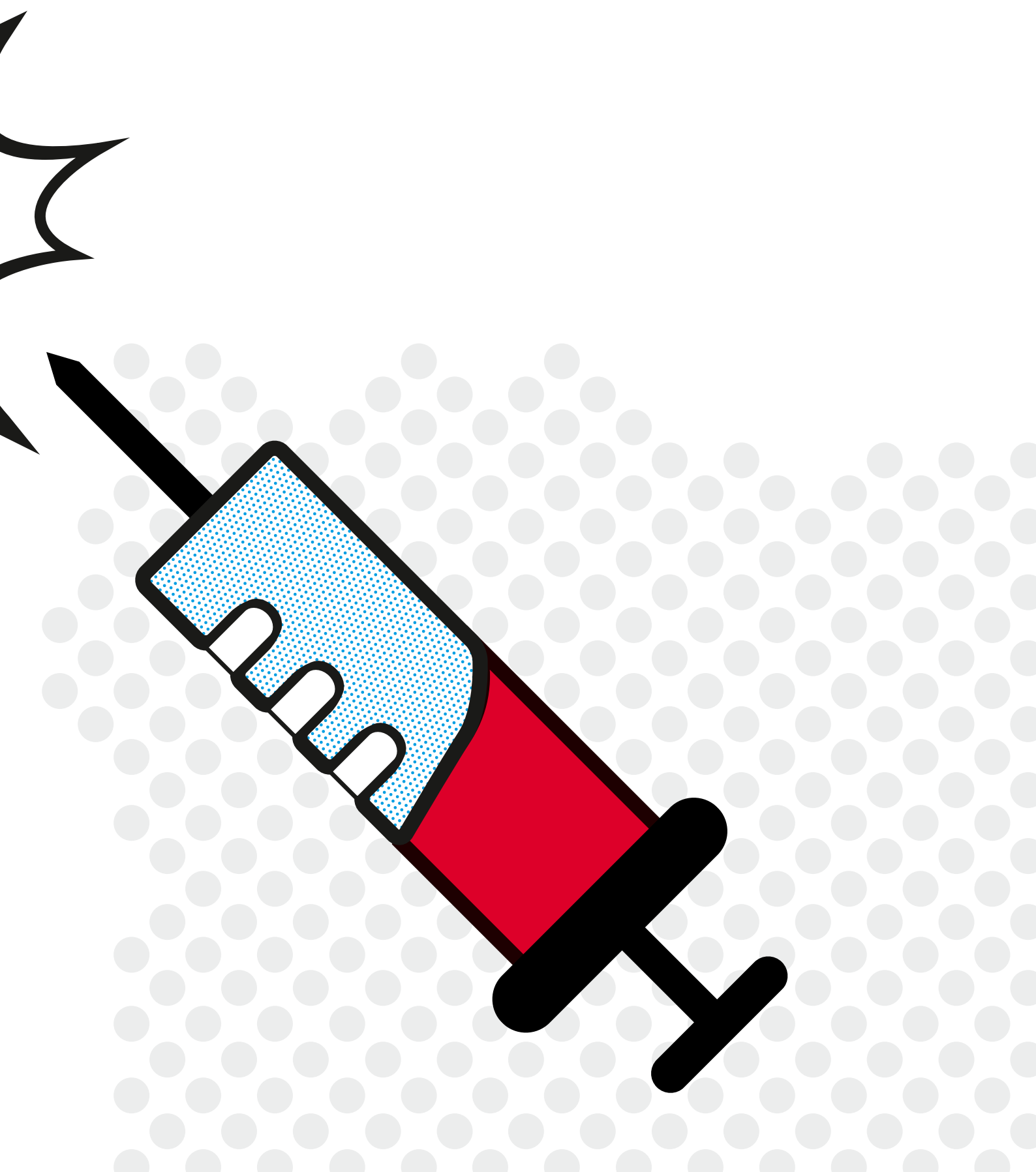
PREVENIR EL VIH
ENTRE LAS PERSONAS
QUE USAN DROGAS
INYECTABLES

50%

Las mujeres que se inyectan drogas tienen un 50% de mayor prevalencia del VIH que sus pares masculinos.

8%

A nivel mundial, sólo el 8% de las personas que se inyectan drogas tienen acceso a programas de agujas y jeringas.



OBJETIVO 2

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN 50% EN 2015.

LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH QUE USAN O HAN USADO DROGAS PUEDEN TAMBIÉN ESTAR EXPUESTAS A VIOLACIONES EN LA CONFIDENCIALIDAD, QUE LUEGO PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE VIOLENCIA Y ABUSO (1).

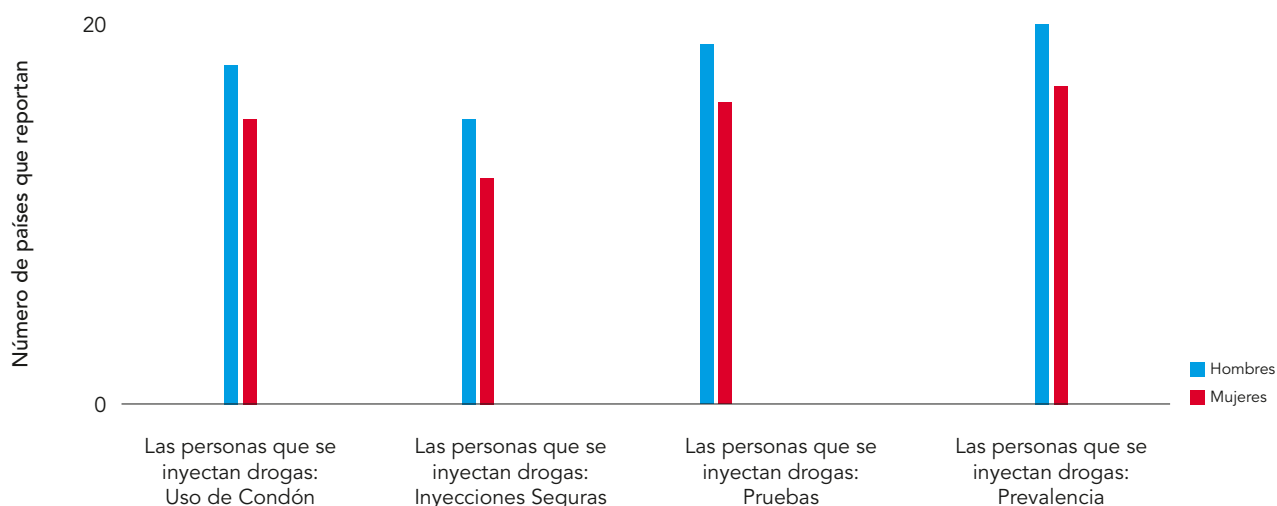
Introducción

A pesar del hecho de que más países que nunca están reportando datos sobre personas que se inyectan drogas, siguen siendo la población clave menos reportada. Por otra parte, la información sobre las mujeres que se inyectan drogas es menos reportada que la información relacionada con los hombres para todos los indicadores en los Reportes de Progreso sobre la Respuesta Global contra el SIDA de 2012 (vea la Figura 2.1).

Los estudios realizados en nueve países de la Unión Europea han indicado en promedio un 50% de mayor prevalencia del VIH entre las mujeres que se inyectan drogas que sus pares masculinos (2). En Filipinas, se estima que casi el 14% de las personas que se inyectan drogas viven con el VIH, sin embargo, la prevalencia entre las mujeres que se inyectan drogas es de 27%, más del doble que la de los hombres, con un 13% (3).

Los datos reportados por cada país sobre los niveles de acceso a material de inyección seguro parece ser similar para ambos sexos, en cerca de 80%. Sin embargo, este reporte representa probablemente una sobreestimación de la cobertura de los programas de agujas y jeringas. Una revisión global encontró que sólo el 8% de las personas que se inyectan drogas tienen acceso a los programas de agujas y jeringas (estimación basada en los datos de cobertura de servicios de 102 países). También existen variaciones sustanciales en la cobertura regional y nacional (4).

FIGURA 2.1. NÚMERO DE PAÍSES CON EPIDEMIAS CENTRADAS EN INFORMES SOBRE INDICADORES RELATIVOS A LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS, SEGÚN SEXO.



Fuente: Reportes de Progreso por País de 2012 (www.unaids.org/cpr).

Aun cuando los programas de reducción de daños hayan sido instaurados, las mujeres que usan drogas pueden enfrentar una serie de barreras de género específicas para acceder a los servicios relacionados con el VIH (5). Estudios recientes indican que las mujeres que se inyectan drogas están más expuestas a la violencia de parte de sus parejas, la policía y los clientes del trabajo sexual (6). Además de esto, la falta de vivienda y las enfermedades psiquiátricas pueden aumentar aún más la exposición a la infección por VIH (7, 8). Las mujeres que consumen drogas reportan ampliamente que experimentan niveles desproporcionados del estigma y la discriminación, a menudo agravados durante el embarazo, y siendo madres (9, 10, 11).

Los estudios también han demostrado el uso poco frecuente de preservativos por parte las mujeres que usan drogas con parejas estables y ocasionales, y una correlación entre el uso del condón y el uso compartido de material para inyección (12). Las mujeres que consumen drogas pueden ser incapaces de negociar el uso del condón debido a las relaciones desiguales con sus parejas. Cuando el sexo se intercambia por drogas u otros recursos, las mujeres a menudo ejercen poca influencia sobre el uso del condón por parte de su pareja (10).

Impulsando un cambio de política

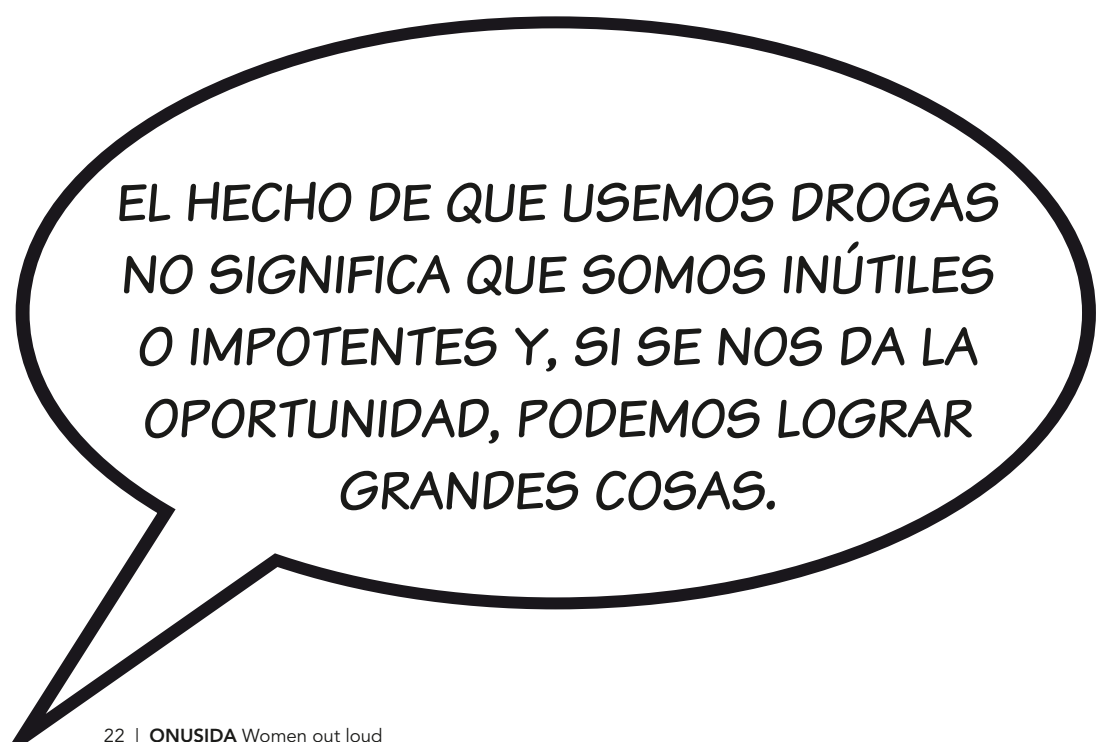
El compromiso de reducir en un 50% la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas para el año 2015 es histórico, y reconoce la vulnerabilidad especial de esta población.

Se necesitan sistemas de vigilancia más sólidos para que las personas que se inyectan drogas cumplan con este compromiso, al igual que datos desglosados por sexo relativos a la utilización y accesibilidad a servicios. La ampliación de los servicios de reducción de daños basándose en la evidencia, incluyendo los de las terapias de sustitución de opiáceos y los programas de jeringas y agujas, será fundamental. Las mujeres que viven con el VIH y que se inyectan drogas deben tener una participación significativa en la conceptualización y la prestación de dichos servicios para garantizar que sean adecuados para las mujeres y atiendan sus necesidades que a menudo son múltiples y complejas.

Se deben hacer esfuerzos específicos para integrar el VIH, la salud sexual y reproductiva, y los servicios de reducción de daños, mediante, por ejemplo: capacitación del personal de servicios para ofrecer oportunidades de terapia de pareja, empoderamiento de las mujeres para negociar prácticas seguras de inyección y de relaciones sexuales con sus parejas; la prestación de servicios y apoyo específicos para las mujeres; y abrir centros de servicios con guarderías para las mujeres que sean cabezas de hogar (5).

Las mujeres que se inyectan drogas deben tener acceso a asesoría y pruebas sobre el VIH confidenciales y voluntarias. También necesitan información fiable y acceso a los servicios sexuales y reproductivos para poner fin a las nuevas infecciones en los niños y mantener con vida a las madres, así como para proteger su propia salud, liberándolas del estigma y la discriminación.

Las leyes y políticas que castigan, estigmatizan y discriminan a las mujeres que viven con el VIH, así como a las mujeres que usan drogas, crean una barrera significativa para que las mujeres tengan acceso tanto a los servicios de reducción de daños como a los relacionados con el VIH. Se deben hacer mayores avances para garantizar que todas las políticas e iniciativas estén basadas en las evidencias reportadas y defendiendo los derechos y la dignidad de todas las mujeres.



**EL HECHO DE QUE USEMOS DROGAS
NO SIGNIFICA QUE SOMOS INÚTILES
O IMPOTENTES Y, SI SE NOS DA LA
OPORTUNIDAD, PODEMOS LOGRAR
GRANDES COSAS.**

WOMEN OUT LOUD

FRIKA ISKANDAR, FILIA JUNG, SILVIA PETRETTI

El objetivo de reducir en un 50% para el año 2015 la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables es crucial, pero no se puede lograr si no se abordan el estigma, la discriminación, la criminalización y la violencia, y que nosotras las mujeres que vivimos con el VIH, que somos o hemos sido consumidoras de drogas, nos comprometamos a desarrollar y dirigir las intervenciones.

La mayoría de la literatura sobre las personas que se inyectan drogas no distingue entre hombres y mujeres, sin embargo, nosotras tenemos nuestros propios riesgos y necesidades específicas. Esto se debe a que las mujeres que se inyectan drogas tienen tasas de mortalidad significativamente más altas, tienen más probabilidades de tener problemas relacionados con la inyección, tienen una progresión más rápida desde la primera utilización hasta la dependencia, e incurrir en comportamientos de inyección y sexuales más riesgosos en comparación con los hombres que consumen drogas (10).

Somos desproporcionadamente más propensas a tener VIH, y tenemos mayores tasas de otras infecciones de transmisión sexual, hepatitis B y C y tuberculosis (10). Nuestra vulnerabilidad se ve agravada por las dinámicas y los desequilibrios estructurales de género, poder y otros.

Para reducir la transmisión del VIH entre las personas que consumen drogas inyectables en un 50% para el año 2015 de una manera equitativa para las mujeres, es fundamental lograr primero una mejor comprensión de nuestras vidas. Nos enfrentamos a una grave estigmatización, discriminación y violencia, incluyendo aquellas derivadas del VIH, las drogas y otros proveedores de servicios. Debido a que nuestros derechos son violados con frecuencia, permanecer invisibles es a menudo nuestro mejor mecanismo de supervivencia.

El consumo de drogas y el trabajo sexual están tipificados como delitos en la mayoría de los países, y la transmisión sexual del VIH se criminaliza en un número cada vez mayor de países. El hecho de revelar nuestra condición de portadoras del VIH no solo puede significar que estaremos condenadas al ostracismo, sino que también nos puede llevar a la cárcel. Cuando estamos en la cárcel, tenemos poco o ningún acceso a la sustitución de opiáceos, a la terapia antirretroviral y a otros tratamientos médicos.

Dar con nosotras puede ser un gran desafío. Muchas de nosotras queremos dejar de inyectarnos drogas, pero tenemos poco acceso a una sustitución de opiáceos apropiada y servicios de rehabilitación y desintoxicación específicos para mujeres. Es difícil para las mujeres que consumen drogas el tener acceso adecuado, seguro, efectivo y respetuoso a servicios de salud sexual y materna, prenatal y de salud infantil.

A menudo, incluso dentro de las organizaciones de apoyo contra el VIH, aquellas de nosotras que estamos embarazadas somos tratadas de una manera negativa, como si no nos fuese posible ser buenas madres. Pero aquellas de nosotras que usamos drogas tenemos los mismos deseos y derechos que el resto de las mujeres. En muchos países, las familias ayudan a los hombres que consumen drogas, mientras que a las mujeres que se inyectan son arrojadas

a las calles por “deshonrar” a sus familias. Hasta hace poco, no había instalaciones de tratamiento de drogas para las mujeres en el Medio Oriente y en la mayor parte de África.

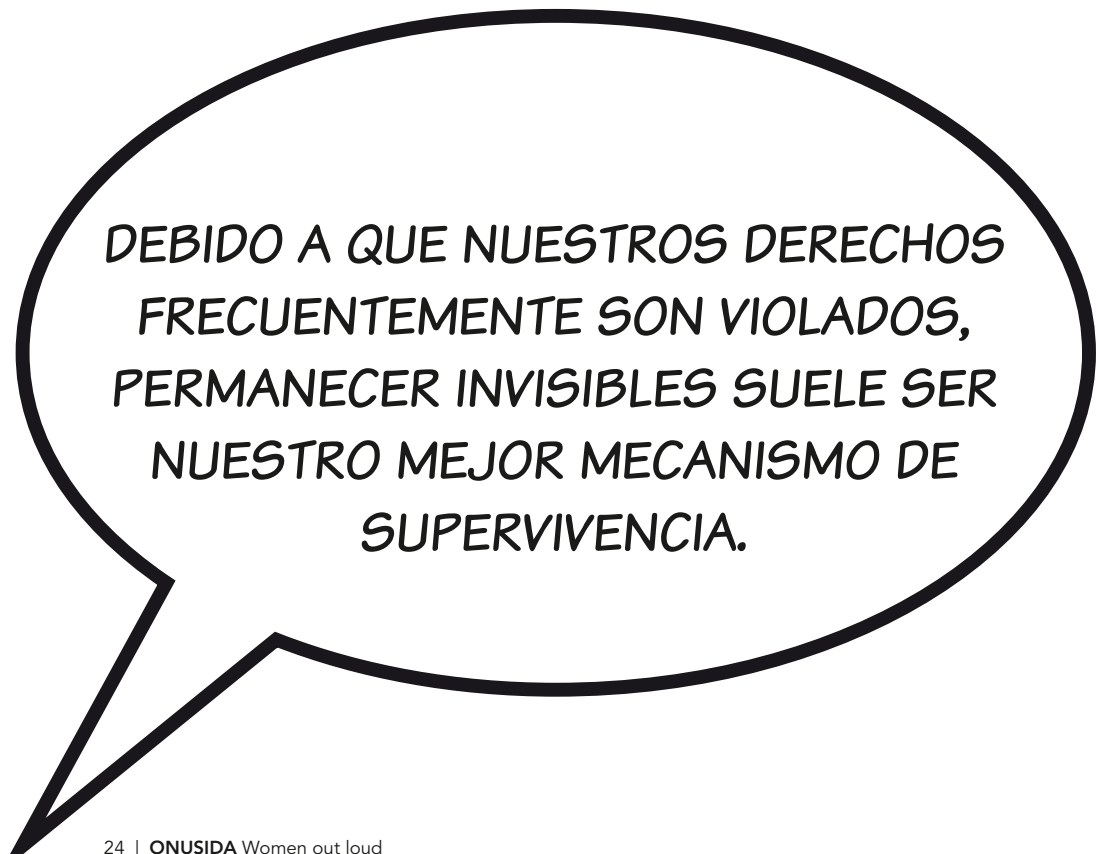
Fallas del sistema de salud

Hacer frente a nuestra propia salud y nuestra vida puede ser algo complejo y abrumador. No sólo por usar drogas y tener que lidiar con el VIH, es posible que también tengamos hepatitis B y C, tuberculosis o tuberculosis resistente a múltiples medicamentos. Es esencial que en los servicios para las mujeres que viven con el VIH no se las juzguen y sean especializados para manejar las complejidades en torno al poder y la violencia de género, el consumo de drogas, el VIH y la coinfección con hepatitis y tuberculosis. Tenemos el derecho y la necesidad de tratamiento, pero a menudo los trabajadores de la salud no nos dan la medicina: asumen que seremos “no conformes”. Experimentamos la discriminación y el estigma cuando tratamos de obtener los servicios, incluyendo la terapia antirretroviral.

Nuestras necesidades pueden caer fácilmente en el olvido. Si bien existen algunas pruebas de que las mujeres lesbianas y bisexuales son más propensas a consumir drogas y alcohol en comparación con las mujeres heterosexuales, hay pocos servicios para quienes tienen relaciones sexuales con mujeres, y las necesidades de quienes son transexuales, VIH positivo y se inyectan medicamentos son casi siempre ignoradas (13). Aquellas que se inyectan drogas y están en el trabajo sexual tienen diferentes riesgos y vulnerabilidades que otras mujeres que consumen drogas pero que no se involucran en el trabajo sexual, o que realizan trabajo sexual y no se inyectan drogas.

Podemos ser líderes

Dicho todo esto, el hecho de que usemos drogas no significa que somos inútiles o que no tenemos capacidades. Con la estructura, aceptación, reconocimiento y apoyo adecuados, los usuarios de drogas pueden lograr grandes cosas, y sabemos de muchos ejemplos de participación exitosa y liderazgo entre las mujeres que viven con el VIH y que usan drogas.



**DEBIDO A QUE NUESTROS DERECHOS
FRECUENTEMENTE SON VIOLADOS,
PERMANECER INVISIBLES SUELE SER
NUESTRO MEJOR MECANISMO DE
SUPERVIVENCIA.**

Muchas de nosotras, cuando se nos da la oportunidad, nos hemos capacitado, y ayudado a otras mujeres y hombres. Hemos creado nuevas organizaciones y de hecho hacemos diferencia, tomando la iniciativa y logrando que los problemas de las mujeres sean expresados y atendidos. Algunas de nosotras somos profesionales en este campo.

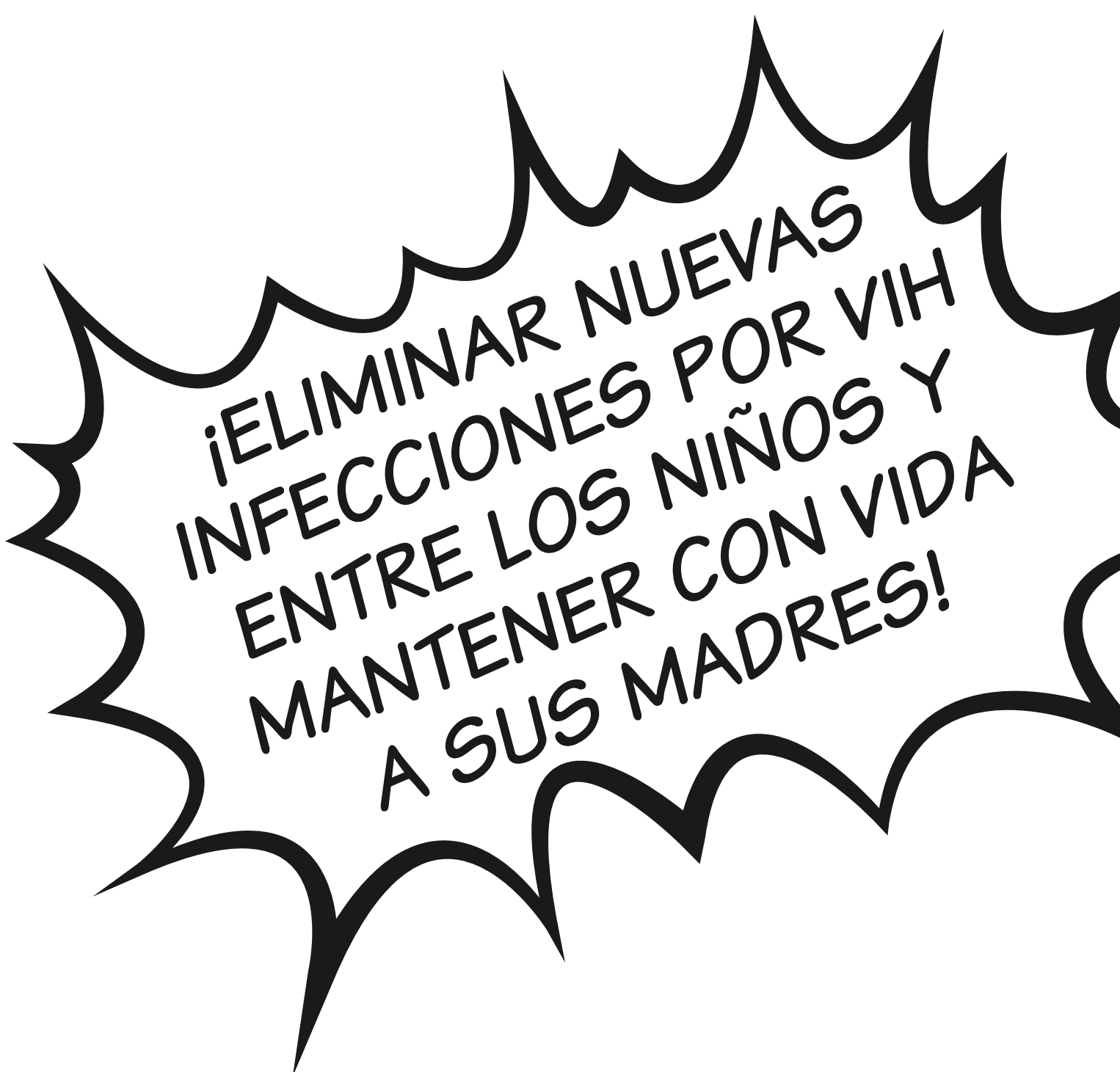
Por ejemplo, la red contra el VIH en Indonesia (Ikatan Perempuan Positif Indonesia) está dirigida por un grupo de mujeres que viven con el VIH y que tienen antecedentes de consumo de drogas inyectables. Otro ejemplo de buenas prácticas y la participación de las mujeres con VIH que usan o han usado drogas es la Red Ucraniana de Personas que Viven con el VIH. Esta organización ha elaborado una excelente documentación sobre cómo las mujeres que viven con el VIH que pasan por la sustitución de opioides pueden seguir siendo buenas madres y vivir vidas satisfactorias.

Sin embargo, ha habido poca o ninguna documentación de nuestros éxitos. Rara vez se reconoce la importancia y el éxito de nuestro liderazgo como mujeres que vivimos con el VIH y que usamos drogas. Tenemos que desarrollar aún más nuestras habilidades y capacidades para que podamos tomar el control de nuestras vidas y contribuir a nuestras comunidades. Necesitamos el espacio y los recursos más adecuados para demostrar cómo se puede trabajar mejor con nosotras y para proporcionar evidencia de nuestro impacto.

Frika Iskandar es miembro del grupo de trabajo de las mujeres, Red Asia Pacífico de PLHIV en Indonesia; Filia Jung es miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA en Estados Unidos de América; Silvia Petretti es Directora General Adjunta de Positively UK y Coordinadora de PozFem UK en el Reino Unido.

ACCIONES

- **Confiar en que podemos cuidar de nosotras mismas y ser una parte integral de la formulación de políticas y programas, incluyendo aquellos para los usuarios activos de drogas.**
- **Financiación e inversión en las intervenciones y políticas específicamente diseñadas para las mujeres que se inyectan drogas, incluyendo programas desarrollados y efectuados por personas en igualdad de condiciones, en los que podemos ser capacitadas, apoyadas y pagadas por nuestro trabajo.**
- **Recibir un trato integral con más respeto** mediante servicios integrados para el tratamiento de VIH, de la hepatitis, de la tuberculosis, de la salud sexual y reproductiva, y para el consumo de drogas, incluyendo la terapia de sustitución de opiáceos, la prevención de sobredosis y el acceso a materiales de inyección limpios.
- **Hacer visible nuestra realidad y nuestras vidas, con indicadores de seguimiento específicos de género mediante intervenciones con las personas que se inyectan drogas con el fin de mostrar las brechas y recopilar evidencia para una mayor atención a nuestras necesidades y prioridades.**
- **Apoyo, sobre todo cuando estemos más marginadas.** Necesitamos acceso a los servicios para las mujeres lesbianas, bisexuales y transexuales que usan drogas, que hacen trabajo sexual y/o están en la cárcel.



**¡ELIMINAR NUEVAS
INFECCIONES POR VIH
ENTRE LOS NIÑOS Y
MANTENER CON VIDA
A SUS MADRES!**

2/3

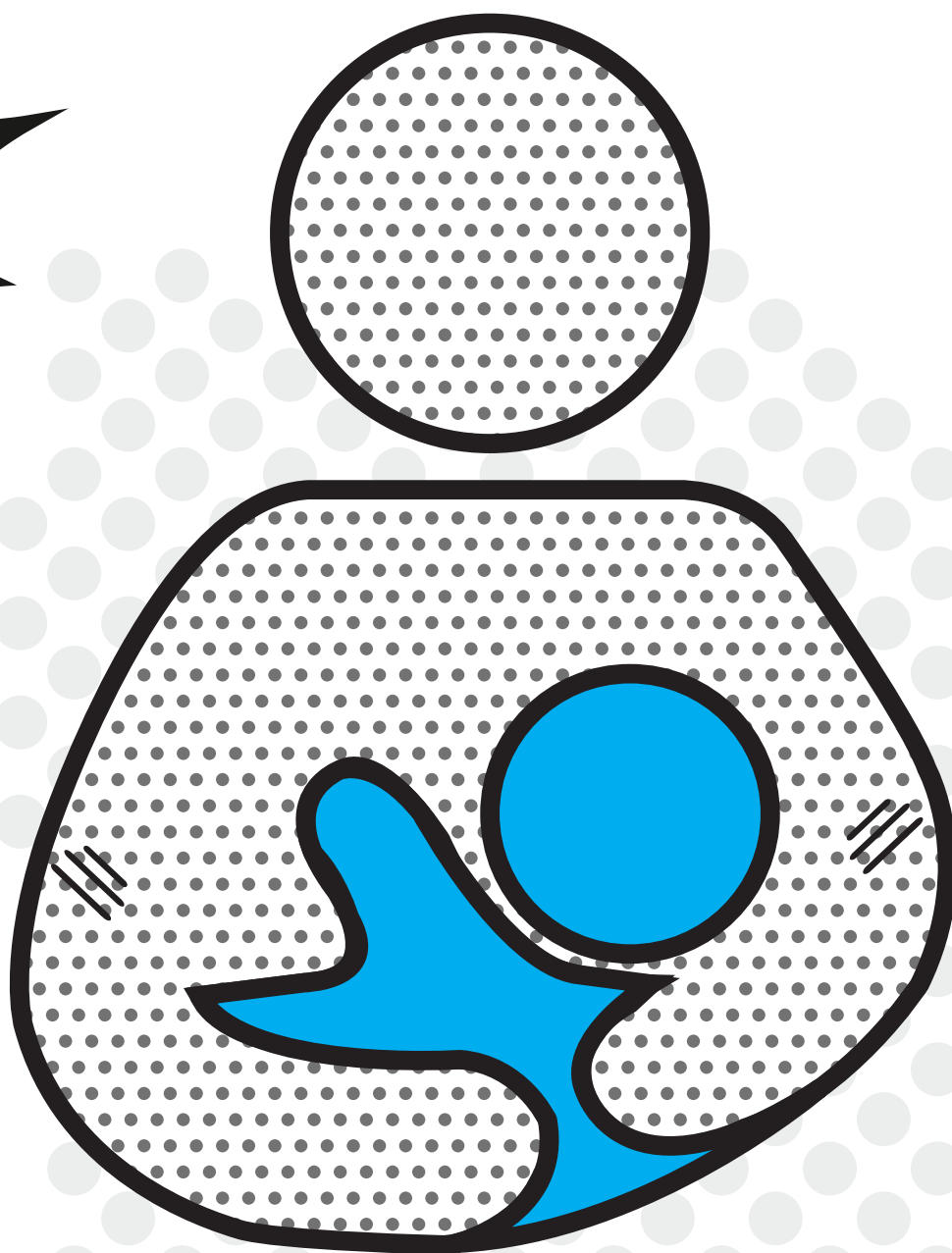
Casi dos de cada tres mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medios no conocen su condición de VIH.

57%

Entre las mujeres embarazadas que viven con el VIH, el 57% recibieron profilaxis para prevenir la transmisión a sus hijos.

48%

En 21 países prioritarios del Plan Global en África Subsahariana, el 48% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH siendo elegibles para la terapia antirretroviral por su propia salud, efectivamente recibieron dicha terapia en 2011.



OBJETIVO 3

ELIMINAR NUEVAS INFECCIONES POR VIH ENTRE LOS NIÑOS PARA 2015 Y REDUCIR SUSTANCIALMENTE LAS MUERTES MATERNAS RELACIONADAS CON EL SIDA.

AL MANTENER CON VIDA A LA MADRE, RESPETANDO SUS DERECHOS Y VALORANDO SU VIDA, SE MEJORA EL BIENESTAR DE TODA LA FAMILIA.

Introducción

El VIH sigue siendo la principal causa de muerte de mujeres en edad reproductiva (1). Al garantizar el acceso al tratamiento para las mujeres que viven con el VIH los beneficios son no sólo para las propias mujeres, sino también para sus familias, ya que los estudios indican que los niños cuyas madres mueren también están en mayor riesgo de muerte.

En los 21 países prioritarios en África Subsahariana en el marco del Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres, el porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y con derecho a recibir la terapia antirretroviral por su propia salud aumentó del 16% en 2009 al 48% en 2011. Si bien esto representa un aumento significativo, también significa que aproximadamente la mitad de las madres elegibles aún no reciben este tratamiento que salva vidas, y no todas las mujeres están recibiendo un tratamiento antirretroviral óptimo.

Casi dos tercios de las mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medios todavía no conocen su condición de VIH e incluso muchas mujeres embarazadas que viven con el VIH y que podrían beneficiarse de nuevas intervenciones médicas, tales como atención e intervenciones de por vida para reducir la transmisión madre a hijo (2). A nivel mundial, el 57% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH recibieron profilaxis para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos. En 2011, esto impidió aproximadamente 180,000 nuevas infecciones, evitando los posibles desafíos de cuidar a un niño que ha sido infectado con el VIH.

Las mujeres embarazadas pueden tener un mayor riesgo de ser VIH positivas (3). La adquisición del VIH durante el embarazo está siendo identificada cada vez más frecuentemente, y esto aumenta el riesgo de transmisión a los lactantes ya que la carga viral es alta después de una exposición reciente. La posibilidad de transmisión del VIH a un niño durante el embarazo, el parto y la lactancia materna hace que sea de vital importancia que las mujeres embarazadas que son VIH negativas puedan seguir siéndolo.

También es importante que las mujeres que viven con el VIH, así como para todas las mujeres tengan información clara y precisa sobre la salud reproductiva y los vínculos con el VIH. También deben ser capaces de acceder a los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva, para poder cumplir con sus intenciones de fecundidad, incluida la prevención de embarazos no deseados, si así lo desean. Los estudios sugieren que las mujeres portadoras del VIH tienen por lo menos los mismos, o mayores deseos de limitar la maternidad en comparación con las mujeres VIH-negativas (4). Además, los modelos sugieren que la reducción de la necesidad insatisfecha de planificación familiar entre las mujeres que viven con el VIH es fundamental para alcanzar las metas de reducción de nuevas infecciones por el VIH infantil en un 90% (5).

La discriminación impide el acceso a servicios

Los estudios demuestran que las mujeres que viven con el VIH a menudo tienen miedo de buscar cuidado prenatal debido a una posible condena de los profesionales de la salud que desapruaban su embarazo. Un estudio realizado con 841 mujeres que viven con el VIH en Argentina encontró que las mujeres eran desanimadas por los profesionales de la salud cuando expresaron el deseo de quedar embarazadas o cuando ya estaban embarazadas (6). Otros estudios han encontrado resultados similares, donde el estigma y la discriminación a veces se manifiestan a través de la esterilización forzada o bajo coacción (7). Un estudio dirigido por pares en el acceso a servicios de salud reproductiva y materna entre más de 750 mujeres que viven con el VIH en seis países de Asia, encontró que debido a la discriminación que enfrentan las mujeres con VIH entre los trabajadores de la salud, muchas de ellas optan por no acudir a las clínicas prenatales y no hacen uso de la atención para ellas y sus bebés (8). Aquellas que acceden a los servicios pueden experimentar estigma y discriminación en sus diversas formas. Como lo relató una mujer del referido estudio:

Durante el parto el doctor quería ponerse dos pares de guantes. Se había puesto solo un par pero cuando el bebé ya estaba saliendo y el doctor trató de empujarlo de vuelta para poder ponerse el otro par. (Saru, Nepal)

Proteger el derecho a una atención libre de estigmatización

Para alcanzar el objetivo de eliminar las nuevas infecciones por VIH en los niños y mantener con vida a sus madres, es fundamental proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos de todas las mujeres que viven con el VIH. Esto incluye su derecho a tener acceso a pruebas del VIH voluntarias y confidenciales y el asesoramiento, información precisa y acrítica, tratamiento y servicios de calidad, y tener hijos en un ambiente seguro, libre de estigmatización, discriminación y violencia.

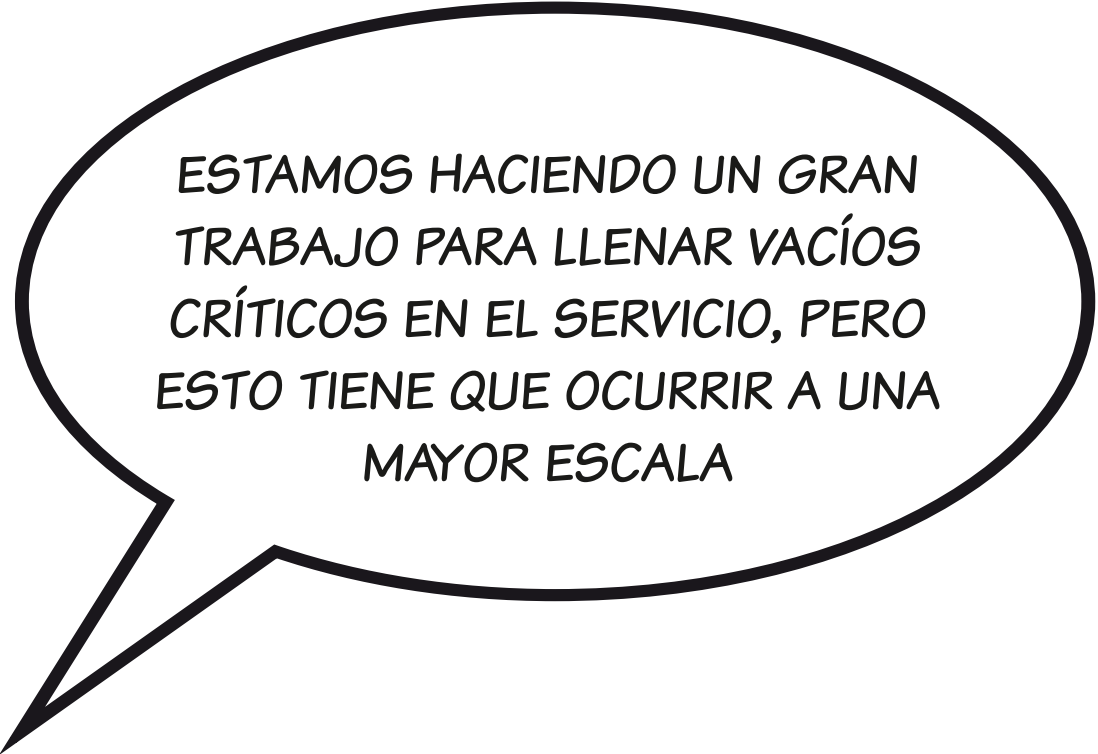
Es necesario un mayor compromiso para garantizar que a ninguna mujer le sean violados sus derechos mediante pruebas obligatorias del VIH, abortos forzados o esterilización forzada o mediante la promoción de la idea de que sólo ciertas mujeres, según determinados criterios de aceptación social,

pueden ser madres y recibir el tratamiento, la atención y el apoyo adecuados. Las mujeres que viven con el VIH deben ser tratadas con dignidad y respeto, y recibir apoyo para conocer y exigir sus derechos, incluyendo el de ser sexualmente activas y tener hijos. También hay un argumento convincente de salud pública para la integración de los servicios contra el VIH con servicios sexuales y reproductivos para garantizar que las mujeres que viven con el VIH accedan a los servicios que precisan. No es suficiente con que existan los servicios: deben establecerse las condiciones que permitan a las mujeres hacer uso de dichos servicios. Las mujeres y las niñas en instalaciones de ayuda humanitaria se encuentran entre las más vulnerables, y pueden tener dificultades para acceder a los servicios contra el VIH.

Respetar la autonomía de la mujer

Cada vez hay más evidencia de los beneficios de mantener a las mujeres en la prevención más eficaz desde el momento del diagnóstico, durante el embarazo, el parto y la lactancia, y luego mantenerlas en el tratamiento con medicamentos antirretrovirales, incluso después de haber dejado de amamantar (conocido como Opción B +). Este régimen tiene muchos beneficios, incluyendo la reducción de las tasas de transmisión en los futuros nacimientos, reduciendo la transmisión potencial a futuras parejas, lo que simplifica el tratamiento y mejora las probabilidades de supervivencia de la madre (9). Aunque esta evidencia es promisoria, es esencial garantizar que las mujeres que viven con el VIH decidan por sí mismas lo que es mejor para ellas, y que la transformación de la evidencia en los servicios y el apoyo concreto se realice de una manera que esté basada en los derechos.

Mientras se respeten los derechos de las mujeres a la autonomía y la confidencialidad, los trabajadores de salud deben promover la participación en los servicios de las parejas masculinas que las apoyan para prevenir la transmisión de madre a hijo. Esto puede ser particularmente importante durante el embarazo, donde existe un mayor riesgo de contraer el VIH debido a los cambios fisiológicos en la mujer. Los estudios han demostrado que las intervenciones sensibles al género que están dirigidas a las parejas, han incentivado la aceptación del tratamiento antirretroviral y las pruebas del VIH (10). La investigación en las zonas urbanas de Zambia y Ruanda



**ESTAMOS HACIENDO UN GRAN
TRABAJO PARA LLENAR VACÍOS
CRÍTICOS EN EL SERVICIO, PERO
ESTO TIENE QUE OCURRIR A UNA
MAYOR ESCALA**

han demostrado que el incremento de los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales de las parejas podría reducir la transmisión heterosexual del VIH de 35 a 80% (11).

El hecho de animar a los hombres a participar en los servicios de prevención y el fortalecimiento de la asesoría de parejas y pruebas ofrecen una oportunidad para hacer frente a las desigualdades de género que impiden el acceso de las mujeres a la atención, y proporciona una oportunidad para reducir el riesgo de transmisión (12). Por otra parte, los esfuerzos para asegurar la participación y el apoyo de los hombres nunca deben ir en detrimento del acceso de las mujeres a servicios de salud ni afectar los derechos y la autonomía de las mujeres, especialmente en los casos en que no exista una pareja.

En el trabajo para lograr cero nuevas infecciones por el VIH en niños y mantener con vida a sus madres, las mujeres que viven con el VIH son actores indispensables. Ellas son las más adecuadas para liderar el camino y guiar a los planificadores y los proveedores de servicios de salud a ofrecer servicios que satisfagan sus necesidades. El hecho de participar en la elaboración y ejecución de programas asegura una contribución a la reducción de la discriminación relacionada con el VIH en todo el sector de la salud.

WOMEN OUT LOUD

KRISTOFINA MWAONGELANGE MEAMENO, LILLIAN KYOMUHANGI
MWOREKO, ANGELINA NAMIBA

Muchas de nosotras que vivimos con el VIH, en especial aquellas que han nacido con el VIH, nunca nos imaginamos que habría un cambio tan vertical en la prevención en algunos lugares para poner fin a este tipo de transmisión de VIH en todo el mundo. Sin embargo, nos preocupa que mientras los enfoques se entrelazan la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH, muy pocos políticos mundiales entienden esta conexión o sus implicaciones.

La prevención de la transmisión vertical es uno de los éxitos más notables de la respuesta mundial contra el SIDA, pero las respuestas a nivel mundial no han logrado transmitir a las mujeres que viven con el VIH una información y servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de alta calidad.

Los programas contra el SIDA también han fallado al momento de crear entornos que nos permitan negociar la protección contra otras infecciones de transmisión sexual, los embarazos no planeados y el sexo no deseado. Ha habido numerosos informes de violaciones de los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH que quieren ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (13). Además, el SIDA es la principal causa de muerte y enfermedad en mujeres en edad reproductiva.

La realidad para muchas de nosotras es que el ejercicio de este derecho humano fundamental de tener un hijo, ya sea por continuar con un embarazo después de un diagnóstico prenatal de VIH o por tomar la decisión de continuar un embarazo después de ser diagnosticada con VIH, trae consigo una gran cantidad de problemas clínicos, psicosociales y prácticos. Estos incluyen lidiar con el diagnóstico, las decisiones

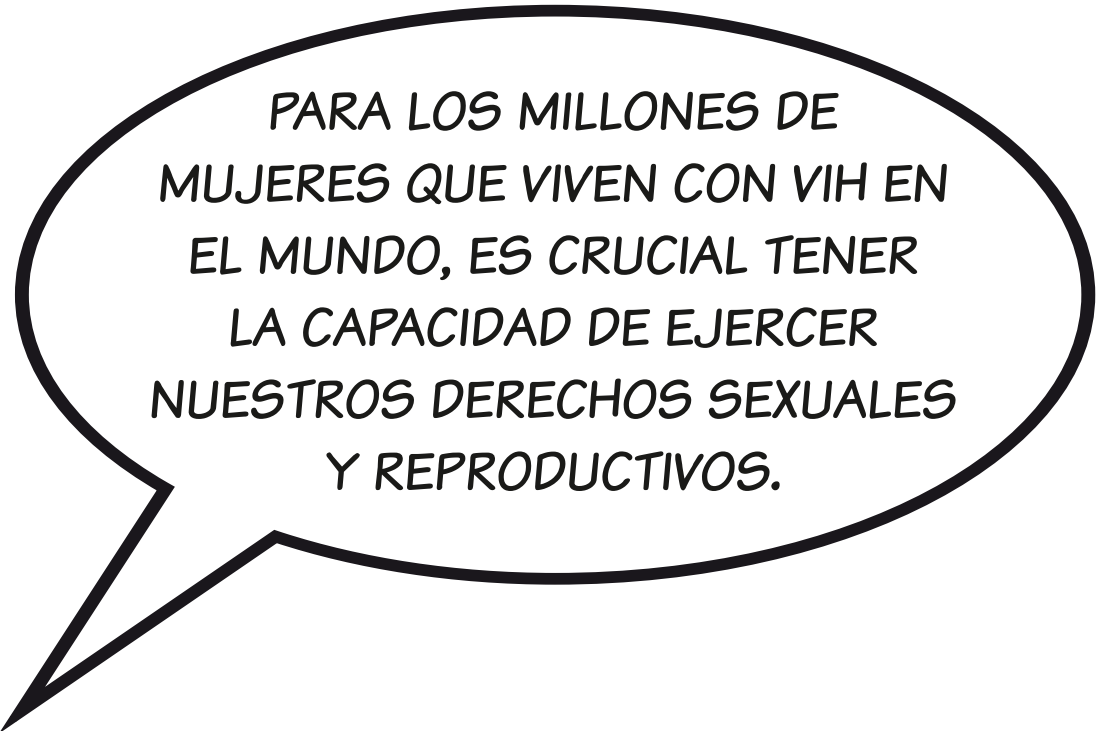
sobre las pruebas a otros niños, y la incertidumbre sobre el acceso y el inicio de la terapia antirretroviral. La divulgación a nuestras familias y parejas tiene numerosas implicaciones, como la posibilidad de violencia doméstica e institucional. Se han notificado casos en Chile, Papúa Nueva Guinea, Namibia, Kenia, Uganda y la República Unida de Tanzania de mujeres que viven con el VIH que son obligadas a esterilizarse (14, 15).

Tratamiento: nuestro derecho, nuestra elección

Cada año aproximadamente 1,5 millones de nosotras que viven con el VIH, quedan embarazadas, pero sólo el 57% tiene acceso a los medicamentos que reducen la posibilidad de que nuestros bebés nazcan seropositivos, y muchos servicios no se basan en los principios de los derechos humanos. Para los millones de mujeres que viven con VIH en el mundo, es crucial tener la capacidad de ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos. Por desgracia, las dinámicas de poder a menudo están sesgadas en contra de nosotras y en favor del proveedor de servicios.

Un ejemplo de dicho sesgo es el fuerte impulso programático para que los países le den a las mujeres embarazadas la Opción B +, una triple terapia antirretroviral desde el diagnóstico y para toda la vida, independientemente de su recuento de células CD4 y de sus propias necesidades médicas. Si bien apreciamos las buenas intenciones de la Opción B +, todas debemos ser capaces de elegir cuando empezamos el tratamiento. Además, el cumplimiento y la sostenibilidad son temas importantes. Las mujeres deben ser capaces de tener opciones y elegir las combinaciones de tratamiento que mejor funcionen para ellas y para tomar decisiones informadas sobre la forma en que dan a luz y alimentan a sus bebés.

Como se refleja en los objetivos del Plan Global para la eliminación de nuevas infecciones por el VIH en niños para el 2015 y mantener con vida a sus madres, la transmisión vertical del VIH se puede prevenir. Esto significa mucho para aquellas de nosotras que viven con el VIH y que desean tener hijos propios. Damos la bienvenida a los ambiciosos objetivos del Plan Global y la necesidad declarada de las mujeres que viven con el VIH para estar en el centro de la respuesta, pero sin la participación significativa de la comunidad de las mujeres que viven con el VIH, el enfoque es erróneo.



**PARA LOS MILLONES DE
MUJERES QUE VIVEN CON VIH EN
EL MUNDO, ES CRUCIAL TENER
LA CAPACIDAD DE EJERCER
NUESTROS DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS.**

Ayudándonos a nosotras mismas

Hemos asumido el liderazgo en el desarrollo de servicios y programas que se centran en estos puntos claves. Existen varios buenos ejemplos del liderazgo de las mujeres que viven con el VIH. En el oeste de Uganda, el Giramatsiko Post Test Club, una organización creada por mujeres, ha asumido un papel de liderazgo en la implementación de la prevención de la transmisión vertical, la formación de mentores para registrar y remitir gente a la prevención, atención, tratamiento y servicios.

En el Reino Unido, el programa Desde el Embarazo al Bebé y Más Allá dirigido por Positively UK ofrece apoyo entre iguales para las mujeres que viven con el VIH durante el embarazo, el parto y la maternidad. Las mujeres reciben información, educación y apoyo práctico. Este programa fue diseñado, implementado y supervisado de forma independiente por mujeres que viven con el VIH, junto con médicos y proveedores de atención de la salud, y ha sido un gran éxito.

Sin embargo, las respuestas de la comunidad que han ayudado efectivamente a superar las barreras estructurales están afectadas gravemente por la falta de recursos. Estamos haciendo un gran trabajo para llenar los vacíos cruciales en el servicio, pero esto tiene que ocurrir en una escala mucho más grande. Hasta que los grandes desafíos, tales como la criminalización del VIH, los abortos y esterilizaciones forzados, la violencia de género perpetrada por el personal de salud, el estigma y la discriminación y otros, no sean superados, las perspectivas de una generación libre del VIH seguirán siendo distantes.

En el camino hacia la terminación de nuevas transmisiones del VIH a los niños antes de 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el SIDA, las mujeres que viven con el VIH deben participar significativamente en todas las etapas. Somos – y queremos seguir siendo – una parte de la solución. Tenemos las habilidades, conocimientos y experiencias para hacer la diferencia.

Kristofina Mwaongelange Meameno es miembro de la Red de Salud de Mujeres de Namibia, en Namibia; Lillian Kyomuhangi Mworeko es Coordinadora Regional para la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH y el SIDA en África Oriental, Uganda; y Angelina Namiba es Gerente de Proyectos del programa Desde el Embarazo hasta el Bebé and Más Allá (From Pregnancy to Baby and Beyond) dirigido por Positively UK en Kenia y el Reino Unido.

ACCIONES

- **Defender nuestros derechos, incluyendo los de aquellas de nosotras nacidas con el VIH, para entender nuestros derechos sexuales y reproductivos.**
- **Lograr que haya servicios integrales a nuestra disposición, y que se proporcionen en un espacio seguro**
- **Permitir ampliar el modelo guía, para que nosotras, las mujeres que viven con el VIH, podamos aconsejar a otras mujeres.**
- **Educar a nuestros trabajadores de la salud en materia de derechos humanos para que nos puedan dar un mejor apoyo en el acceso a servicios**
- **Invertir en nuestras organizaciones para aumentar nuestra participación, no sólo como receptoras de servicios sino también como proveedoras de servicios, y para desempeñar un papel en el diseño, y la ejecución de políticas, así como en un seguimiento y evaluación independientes.**



¡15 MILLONES
CON ACCESO AL
TRATAMIENTO!

68%

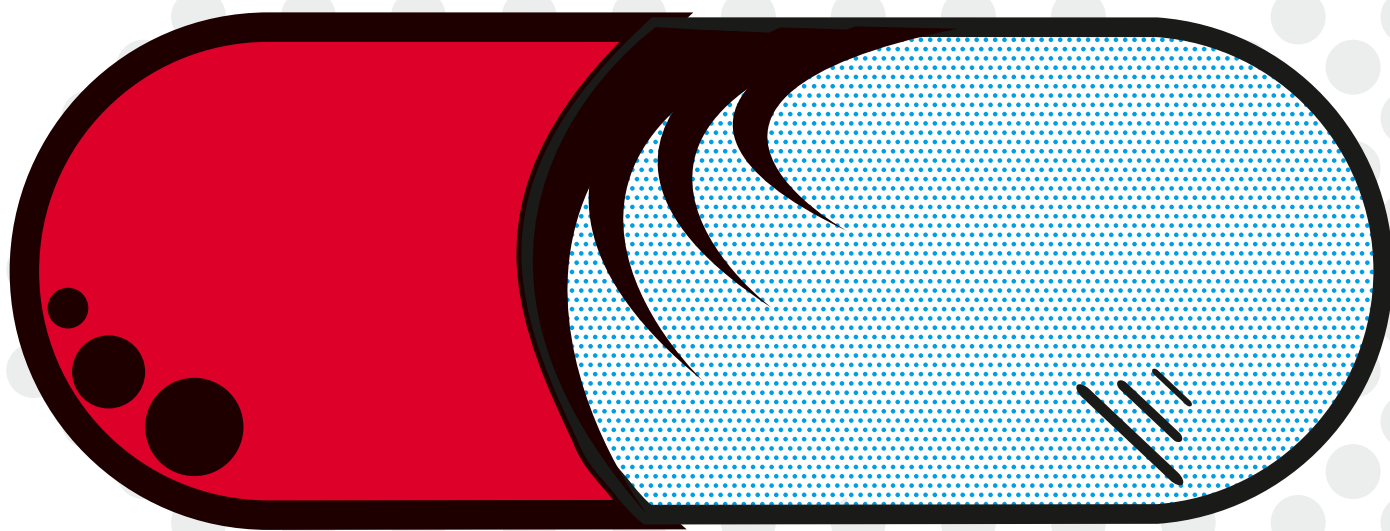
La cobertura del tratamiento del VIH para las mujeres es de 68%, comparado con el 47% para los hombres.

14 PAÍSES

En 14 países de África Subsahariana, las tasas de las pruebas tienden a ser mayores en las mujeres que en los hombres.

20.5%

En los EE.UU., el 20,5% de las mujeres reportaron haber sufrido daños físicos, desde que fueron diagnosticadas con el VIH.



OBJETIVO 4

LLEGAR A 15 MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, CON EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL QUE SALVA VIDAS PARA EL AÑO 2015.

EL ACCESO DE LAS MUJERES AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ES MÁS FRECUENTE QUE EN LOS HOMBRES, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS TODAVÍA ENFRENTAN GRANDES BARRERAS PARA HACERLO.

Introducción

Las mujeres que viven con el VIH que son elegibles para recibir tratamiento antirretroviral tienen más probabilidades de tener acceso a servicios de tratamiento que sus pares hombres (68% de cobertura en comparación con el 47% para los hombres) (1). Varios estudios han demostrado que las mujeres en entornos con recursos limitados no están necesariamente en desventaja en el acceso al tratamiento antirretroviral. Esto es en parte debido a que hay puntos específicos de acceso para las mujeres para acceder a las pruebas y el tratamiento del VIH, tales como los establecimientos de salud materno-infantil. En 14 países de África subsahariana, las tasas de las pruebas tienden a ser mayores entre las mujeres que entre los hombres, tal vez en parte debido a la mayor disponibilidad de las pruebas en dichos entornos. Sin embargo, este modelo no es universal para todas las mujeres en relación con la epidemia en general, así como las poblaciones y grupos de edad claves. Esto se ve confirmado por el hecho de que a pesar de que las clínicas de atención prenatal sirven como un punto de entrada clave para los servicios contra el VIH, sólo el 35% de las mujeres embarazadas elegibles reciben tratamiento antirretroviral para mejorar su salud (2).

En algunos lugares las mujeres se enfrentan a diversos obstáculos en el acceso a los servicios contra el VIH. Las mujeres con bajos ingresos experimentan con frecuencia dificultades para acceder al tratamiento y la asistencia. Las mujeres que viven con el VIH en Chennai, India, por ejemplo, citaron la distancia de viaje y/o el transporte a los servicios, y cuestiones financieras para el cuidado de los niños (3). Un estudio que describe la relación entre el cumplimiento de la terapia antirretroviral entre las mujeres en los Estados Unidos de América y la carga del cuidado de los niños, la composición del hogar, y la utilización de los servicios de salud, mostrando que una mayor carga en el cuidado de los niños y el número de niños de 18 años o menos en el hogar es inversamente proporcional con el cumplimiento del tratamiento. La evaluación de las dificultades de los pacientes en el cuidado de los niños y la composición del hogar son consideraciones importantes al abordar el cumplimiento con el tratamiento (4).

La criminalización de la exposición o la transmisión del VIH es otra barrera importante para la utilización de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH. La criminalización afecta la capacidad tanto de los hombres como de las mujeres para elegir si desean o no tener relaciones sexuales, y cómo, cuándo

y con quién. Por otra parte, la criminalización de la transmisión vertical del VIH (5) marca las mujeres que viven con el VIH como potenciales delincuentes, y margina aún más a las mujeres que son vulnerables como consecuencia de la pobreza, la falta de educación, la falta de promoción y servicios de salud, y la desigualdad de género.

La desigualdad de género también afecta a la capacidad de las mujeres para acceder y cumplir con el tratamiento y recibir atención contra el VIH. Un estudio reciente en Etiopía reveló que las mujeres que tienen menos oportunidades económicas y dependen económicamente de sus parejas tienen más probabilidades de interrumpir el tratamiento antirretroviral por temor a revelar su estado serológico a sus maridos y sufrir las posibles consecuencias negativas en su matrimonio, incluyendo el divorcio (6).

La investigación también muestra que la violencia de género que experimentan, afecta el acceso y el cumplimiento con el tratamiento (7) por parte de las mujeres. La violencia y el miedo a futura violencia, también pueden desempeñar un papel importante en la resistencia de una persona a conocer su condición de VIH, recibir pruebas para el VIH, buscar atención contra el VIH, y posteriormente recibir el tratamiento adecuado. En un estudio realizado en los Estados Unidos, 20.5% de las mujeres, 11.5% de los hombres que reportaron haber tenido relaciones sexuales con hombres, y 7,5% de los hombres heterosexuales entrevistados, reportaron agresiones físicas desde el diagnóstico, y casi la mitad reportaron una condición VIH-seropositiva como causa de los episodios de violencia. En un estudio entre mujeres VIH-positivas que buscaban atención en Boston y Rhode Island, el 68% tenía antecedentes de abuso físico o sexual. Las mujeres que fueron víctimas de abuso son más propensas que las mujeres que no fueron abusadas a ver a los proveedores como juzgadores, molestos e irrespetuosos, y tienen dificultades para discutir asuntos privados y emocionales con ellos; dichas percepciones entre quienes han enfrentado abuso también puede afectar los resultados del tratamiento (8). Otro estudio encontró que las mujeres que enfrentan complicaciones para cumplir con el tratamiento pueden ser maltratadas por los proveedores de servicios cuando les explican que se han saltado dosis (8).



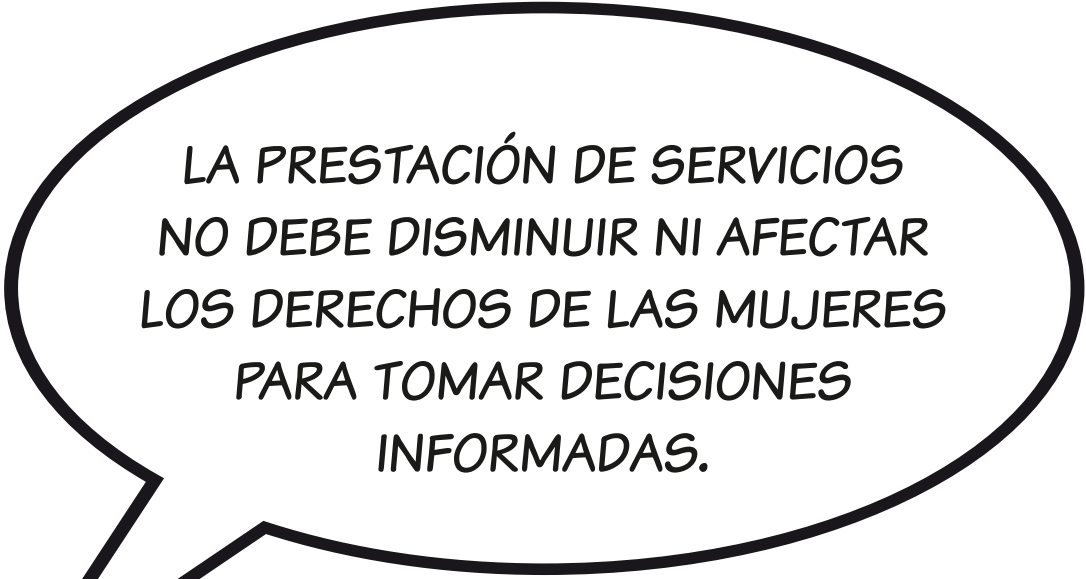
**NO PODEMOS PERMITIRNOS LAS
NOTABLES DIFERENCIAS ENTRE
LOS CONTINENTES Y EN TODA
NUESTRA DIVERSIDAD DE MUJERES
EN CUANTO AL NIVEL DE COBERTURA
ANTIRRETROVIRAL.**

Las mujeres de las poblaciones clave, como las trabajadoras sexuales, las mujeres transexuales, las mujeres que se inyectan drogas, las mujeres que están en prisión, y las mujeres desplazadas, pueden experimentar barreras para el acceso al tratamiento y su cumplimiento debido al estigma y la discriminación, las amenazas de violencia o de detención, el miedo a la divulgación, o las barreras políticas y legales. Por ejemplo, las mujeres VIH-positivas que usan drogas y que están embarazadas o tienen hijos, no pueden buscar terapia antirretroviral por temor a la hostilidad de los médicos o a que les quiten a sus hijos. Muchos de los servicios de prevención y atención del VIH en todo el mundo, incluso para el tratamiento de la drogodependencia, no admiten mujeres, especialmente si están embarazadas, son VIH positivas o tienen hijos. Las razones para las políticas de admisión restrictivas incluyen la falta de alojamiento dividido por sexo y guarderías. Las percepciones negativas de las mujeres que usan drogas por parte de los profesionales de la salud y las organizaciones de base comunitaria crean barreras adicionales para acceder al tratamiento (9).

Incluso en lugares con acceso universal al tratamiento gratuito del VIH y la atención médica, como Canadá, las mujeres que se inyectan drogas tienen menos posibilidades de acceder y cumplir con la terapia antirretroviral, lo cual es independiente del consumo de drogas y las características clínicas (10).

Está claro que para llegar a 15 millones de personas siendo tratadas contra el VIH para el año 2015, se deben intensificar los esfuerzos para garantizar una mayor aceptación del tratamiento entre las mujeres, especialmente en las poblaciones sin fácil acceso a la atención. También hay una necesidad de identificar las barreras que están evitando que los hombres accedan a la atención. En el contexto de las parejas con diferente condición serológica, se debe prestar más atención para garantizar que los hombres que viven con el VIH tengan acceso a los servicios de tratamiento. Esto asegurará que todas las personas que viven con el VIH reciban atención equitativa en los programas de tratamiento.

Mientras tanto, las mujeres deben poder acceder al tratamiento para su propia salud, tanto dentro como fuera de las instalaciones de atención prenatal. Se debe asegurar que los servicios de tratamiento sean accesibles, con perspectiva de género, sin discriminación y defendiendo los derechos y la confidencialidad de todas las mujeres, independientemente de su edad, orientación sexual, nivel socioeconómico u ocupación, pues esto es clave para alcanzar la meta.



**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NO DEBE DISMINUIR NI AFECTAR
LOS DERECHOS DE LAS MUJERES
PARA TOMAR DECISIONES
INFORMADAS.**

WOMEN OUT LOUD

DAWN AVERITT BRIDGE, LILLIAN KYOMUHANGI MWOREKO,
ANNA ZAKOWICZ

El objetivo de proporcionar acceso al tratamiento antirretroviral para 15 millones de personas es un paso esencial, pero se debe dar teniendo en cuenta la salud, la vida y los derechos humanos de las mujeres. Como mujeres que vivimos con el VIH, somos un recurso extraordinario para las estrategias de ampliación, diseño e implementación que tendrán éxito para llegar a nuestras comunidades.

En los últimos dos años se han producido grandes avances científicos y ampliaciones programáticas, ofreciendo tratamiento y modalidades de prevención a más personas y en más comunidades que nunca antes.

La experiencia de uno de los coautores, Lillian Mworeko, que ha estado en tratamiento antirretroviral durante 10 años y tiene una carga viral indetectable, es una prueba del costo humano por la desigualdad en el acceso a la terapia antirretroviral:

En 1999, cuando yo había sido diagnosticada con VIH formamos redes de personas que vivían con el VIH en Uganda. De los 10 capacitadores, una persona estaba en tratamiento antirretroviral y el mensaje era "come bien para vivir más tiempo". En 2003, cuando finalmente nuestros amigos en el mundo occidental donaron medicamentos, ya no los necesitaban, fue difícil para las personas que vivían con el VIH seleccionar quién iniciaba con la terapia antirretroviral y quién no. Tuvimos que establecer criterios y acordamos empezar con aquellos para los que era sólo cuestión de tiempo para que sucumbiesen ante la enfermedad.

Los servicios sobreviven en diferentes continentes y en diferentes circunstancias económicas, pero todos debemos tener un acceso equitativo al tratamiento. Se trata de un derecho humano. No nos podemos permitir diferencias notables entre los continentes y entre la diversidad de mujeres a nivel de la cobertura antirretroviral. Las mujeres que usan drogas, las trabajadoras sexuales, las mujeres transexuales, las mujeres en las cárceles, las mujeres migrantes, las mujeres jóvenes que viven con el VIH, y las mujeres que viven con el VIH y con discapacidades, deben tener todas el mismo nivel de acceso a los tratamientos.

Los servicios de prevención de la transmisión madre-hijo son tan importantes como las pruebas de VIH ya que vinculan a las mujeres con la atención y el inicio del tratamiento. Sin embargo, es esencial que la ampliación del tratamiento no se centre exclusivamente en esta configuración, las mujeres tienen el derecho de acceder a un tratamiento fuera del ámbito de la salud materna y deben recibir apoyo para acceder a él por su propia salud. Por otra parte, la prestación de servicios no debe disminuir o poner en peligro los derechos de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, las estrategias de prevención, el embarazo y la atención. Tenemos el derecho a ser informadas y consultadas sobre las nuevas

estrategias que los gobiernos están considerando como opción B + en la cual una mujer embarazada inicia la terapia antirretroviral inmediatamente después del diagnóstico, independientemente de su recuento de células CD4.

Nosotras, las mujeres y las niñas que vivimos con el VIH, somos madres, amigas, esposas e hijas. Somos impulsoras del cambio en nuestras comunidades. Al igual que con el VIH, nos enfrentamos a otras enfermedades, como la hepatitis C, la tuberculosis y enfermedades no transmisibles, para lo cual también necesitamos acceso al tratamiento y a entender las interacciones entre los correspondientes medicamentos. Para aquellas de nosotras que son mujeres transexuales, luchamos para acceder a la información sobre las posibles interacciones entre la terapia antirretroviral y las hormonas.

Cada día nos hacemos más viejas viviendo con el VIH. Estamos sometidas a la violencia y la discriminación por parte de parejas, familiares e incluso profesionales de la salud, en el contexto de la planificación familiar y la atención médica en general, así como con servicios específicos contra el VIH. Todo esto puede afectar negativamente nuestro acceso al tratamiento y nuestro cumplimiento con el mismo.

Y, sin embargo, hemos estado entregando pruebas, tratamiento y atención, programas de apoyo para el cumplimiento, promoción, seguimiento y prestación de servicios contra el VIH a todos los niveles, así como hemos creado redes para compartir conocimientos, apoyarse unas a otras, y para movilizar y sensibilizar a las comunidades.

Como mujeres que vivimos con el VIH, hemos participado constantemente apoyando el acceso a la terapia antirretroviral. Este compromiso incluye: medidas enérgicas en la promoción contra los aspectos comerciales relacionados con los acuerdos derechos de propiedad intelectual en la India; monitoreo de interrupciones en el tratamiento en Rusia; dar cuidado y amor a los niños huérfanos en África; intervenciones para garantizar el acceso al tratamiento del VIH para las mujeres afro-americanas en las cárceles; y capacitación sobre el tratamiento del VIH para las mujeres transexuales en Brasil.

La experiencia de las mujeres que viven con el VIH y las mujeres de las poblaciones marginadas se debe implementar para asegurar diagnóstico, tratamiento y atención óptimos desarrollados y ofrecidos de una manera compatible con los derechos humanos de la mujer y teniendo en cuenta la realidad de sus vidas. Los éxitos obtenidos hasta la fecha podrían haber sido aún mayores si hubiesen participado las mujeres que viven con el VIH de una manera más significativa en el proceso. Esta participación continúa siendo notablemente ausente en muchos liderazgos esenciales, en la elaboración de políticas y en la planeación. Del mismo modo, la proporción de los fondos para el trabajo de las mujeres que viven con el VIH y las organizaciones que nos sirven no es proporcional a nuestras necesidades y contribuciones.

El compromiso de ofrecer tratamiento ofrece la posibilidad de salud y longevidad para las personas que, de otro modo, perderán sus vidas o las de sus seres queridos. Para que esto tenga éxito, debemos pasar de medir e informar sobre las cantidades de personas que reciben tratamiento para cuantificar la calidad de los servicios, y hay que desglosar los datos para tener en cuenta la diversidad de los grupos.

Cuando nuestros desafíos, éxitos y lecciones aprendidas a diario sean suficientemente documentadas y se conviertan en directrices operativas, sin duda, pueden mejorar significativamente la vida de las mujeres que viven con el VIH y definitivamente, mejorar los resultados del tratamiento.

Como mujeres que vivimos con el VIH, aplaudimos los avances científicos, tales como los obtenidos en el tratamiento y la prevención, pero insistimos en nuestro derecho a decidir cuándo y si queremos empezar con el tratamiento, el cual no debe ser sacrificado en nombre de la salud pública. En última instancia, lo que garantiza una cobertura universal e integral, que incluya el diagnóstico, monitoreo de la carga viral, y tratamiento de infecciones oportunistas, es que todo sea proporcionado dentro de un marco basado en los derechos humanos.

Dawn Averitt Bridge es Fundadora y Presidenta de The Well Project / Iniciativa de Investigación de la Mujer y el VIH/SIDA (WRI), Estados Unidos de América; Lillian Kyomuhangi Mworeko es la Coordinadora Regional de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH y el SIDA en África Oriental de Uganda; Anna Zakowicz es co-Presidenta de la Junta Polaca para la Red Global de Personas que Viven con VIH.

ACCIONES

- **Aumentar la inversión continua en el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, concentrar los esfuerzos para reducir los precios de los medicamentos y ampliar la disponibilidad de medicamentos genéricos mediante un aumento de la competencia genérica que se haga sin obstáculos por parte de acuerdos de libre comercio, exclusividad de datos y protección de monopolios.**
- **Fortalecer el Banco de Patentes de Medicamentos desarrollando indicadores significativos para las mujeres, y aumentar el uso de dicho banco por parte de las compañías farmacéuticas.**
- **Reducir los costos de las nuevas combinaciones de la terapia antirretroviral, además de la expansión universal de tratamientos accesibles de segunda línea.**
- **Hacer la terapia antirretroviral accesible a todas las mujeres que la necesitan mediante las pastillas más apropiada y fáciles de usar.**
- **Aumentar la inversión en alfabetización de trato para todas las mujeres que viven con el VIH para asegurar unas decisiones de tratamiento no forzadas y apoyar el cumplimiento de la terapia antirretroviral.**
- **Abogar por, la financiación sostenible a largo plazo de los países de ingresos altos y exigir que los líderes africanos cumplan su compromiso de la Declaración de Abuja de dedicar el 15% del gasto público a la salud.**



¡EVITAR LAS
MUERTES
POR TB!

10×

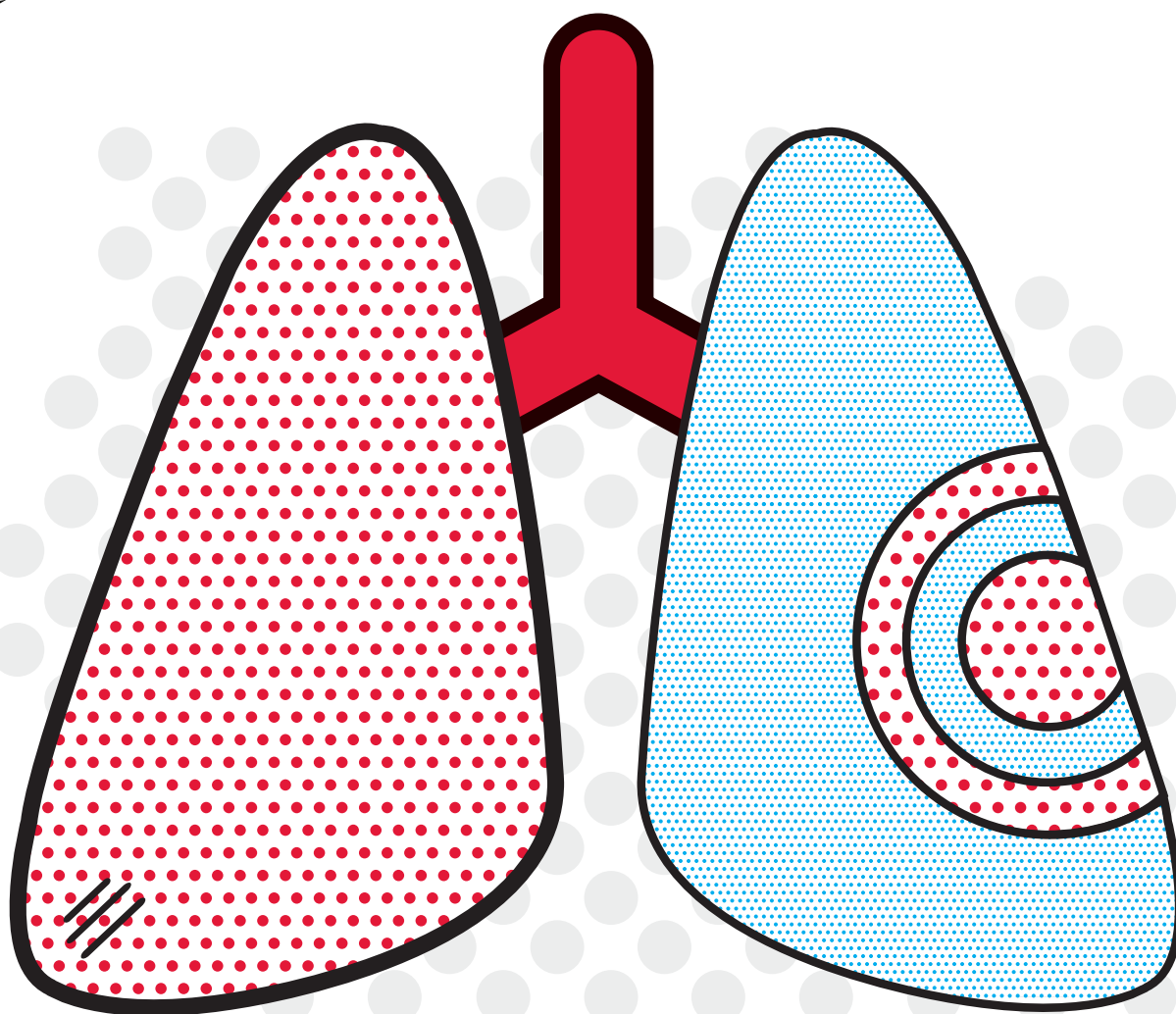
Las mujeres embarazadas que viven con el VIH tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar tuberculosis activa en comparación con las mujeres embarazadas VIH-negativas.

2.5×

Tuberculosis conlleva un riesgo 2.5 veces mayor de nuevas infecciones en los niños nacidos de madres que viven con el VIH.

20%

En África, ocurren 20% más muertes relacionadas con la tuberculosis entre las mujeres que entre los hombres.



OBJETIVO 5

REDUCIR EN 50% LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH PARA 2015.

EL VIH ES EL MAYOR FACTOR DE RIESGO PARA LA TUBERCULOSIS Y LA TUBERCULOSIS ASOCIADA AL VIH ES UNO DE LOS PRINCIPALES ASESINOS DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, GENERANDO CADA AÑO 200,000 MUERTES RELACIONADAS CON EL HIV ENTRE LAS MUJERES.

Introducción

La tuberculosis y el VIH están estrechamente vinculados entre sí. En 2011, unos 1.1 millones (13%) de los aproximadamente 8,7 millones de personas que desarrollaron tuberculosis en todo el mundo eran VIH-positivos, representando los países africanos casi el 80% de los doble infectados (1).

A nivel mundial se registran más casos de tuberculosis entre los hombres, pero en lugares de alta prevalencia del VIH, la situación y las tasas de mortalidad parecen ser mayores entre las mujeres (1, 2). Aunque la proporción de muertes por tuberculosis asociada al VIH en el mundo es relativamente equilibrada entre hombres y mujeres, en África en el año 2011 había aproximadamente 20% más de estas muertes entre las mujeres que entre los hombres. Entre las mujeres que viven con el VIH, la tuberculosis está asociada a más del doble de riesgo de mortalidad materna, y más del triple de riesgo de mortalidad infantil, en comparación con los dos resultados en las mujeres VIH-negativas (3, 4).

La tuberculosis también mata a más mujeres que la combinación de todas las causas de mortalidad materna (5). De un estimado de 8.7 millones de casos de tuberculosis en todo el mundo en el año 2011, se estima que casi 2.9 millones fueron mujeres (1). En 2011, había un estimado de 500,000 muertes por tuberculosis entre las mujeres a nivel mundial, incluyendo aproximadamente 200,000 (rango de 185,000 a 215,000) muertes asociadas al VIH (1).

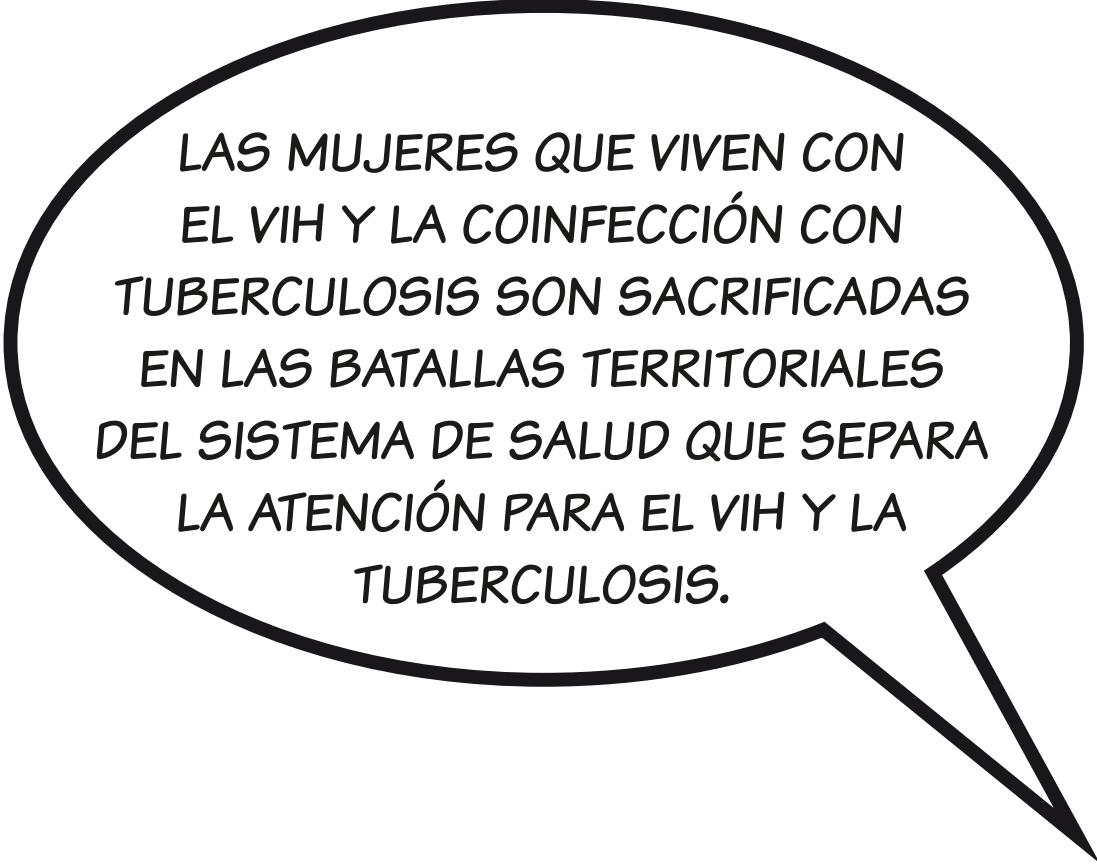
Al mismo tiempo, existe una tendencia creciente de hallazgos de tuberculosis entre las mujeres en entornos con alta prevalencia del VIH, sobre todo en el sur de África, lo que refleja el aumento de la carga de la tuberculosis entre las mujeres en dichos lugares (2). La tuberculosis activa no diagnosticada

es común entre las mujeres embarazadas. Se ha reportado que el VIH es un disparador importante de la tuberculosis durante el embarazo (3), y las mujeres embarazadas que viven con el VIH tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar tuberculosis activa en comparación con las mujeres embarazadas VIH-negativas (6).

La tuberculosis está asociada con un riesgo 2.5 veces mayor de transmisión de la madre al niño que el VIH (7). La terapia antirretroviral es fundamental para prevenir la tuberculosis entre las mujeres. Un reciente análisis exploratorio (8) de los estudios en los países de ingresos bajos y medios ha encontrado que la terapia antirretroviral estaba asociada con una disminución del 65% en el riesgo de tuberculosis, independientemente del recuento de células CD4. Sin embargo, la cobertura de la terapia antirretroviral se encuentra todavía en un nivel bajo, el 68% de todas las mujeres a nivel mundial recibió tratamiento en 2011, mientras que sólo el 57% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en países de ingresos bajos y medios recibieron medicamentos eficaces para prevenir la transmisión a sus hijos (9).

Abogando por un cambio

Es evidente que las barreras socioeconómicas pueden afectar el acceso de las mujeres a la información y a los servicios contra la tuberculosis, los cuales contribuyen a la detección de casos avanzados o sin detección. Por ejemplo, en los entornos con recursos limitados donde las mujeres dependen económicamente de sus parejas, pueden retrasar la búsqueda de atención médica para sí mismas. Algunos estudios también han demostrado que las mujeres esperan hasta dos veces más tiempo que los hombres para buscar tratamiento contra la tuberculosis, lo que puede aumentar la gravedad de su enfermedad, disminuir el éxito del tratamiento y aumentar el riesgo de que infecten a otros (10). Las mujeres que viven con el VIH, que a menudo son objeto de estigma y discriminación, pueden tener miedo de buscar información y atención para el VIH y la tuberculosis (11).



**LAS MUJERES QUE VIVEN CON
EL VIH Y LA COINFECCIÓN CON
TUBERCULOSIS SON SACRIFICADAS
EN LAS BATALLAS TERRITORIALES
DEL SISTEMA DE SALUD QUE SEPARA
LA ATENCIÓN PARA EL VIH Y LA
TUBERCULOSIS.**

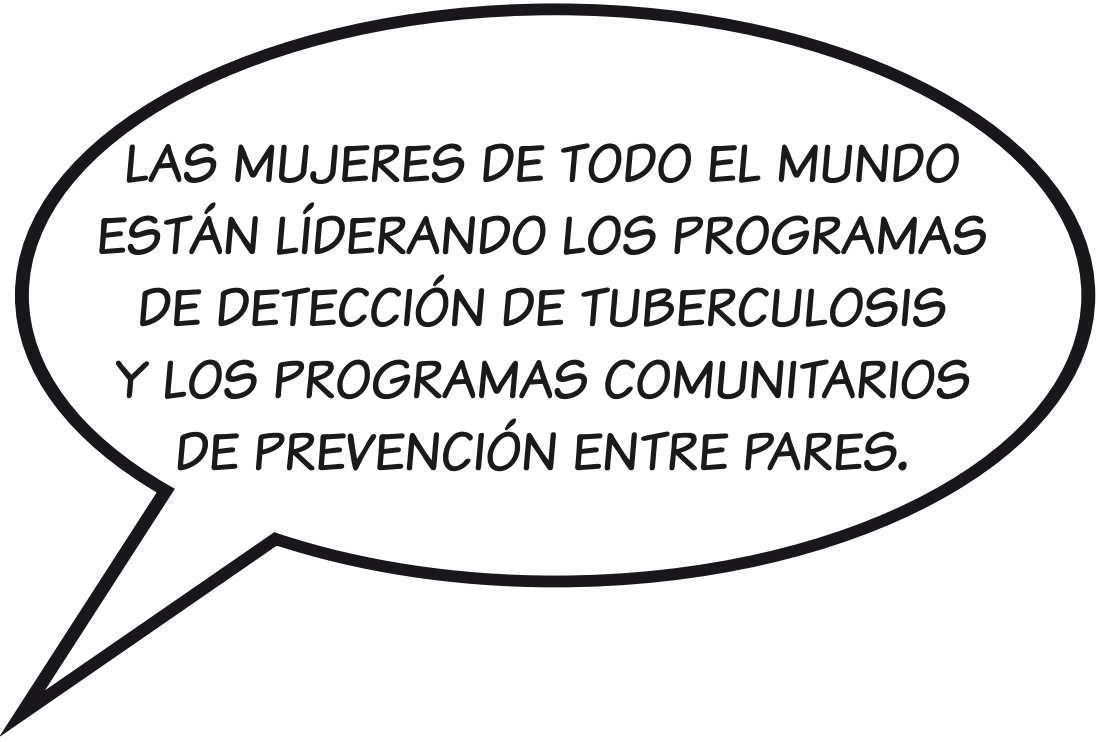
Para lograr una reducción en las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH en un 50% para el año 2015, que sea totalmente incluyente de las mujeres que viven con el VIH, la prevención de la tuberculosis, tanto el diagnóstico como el tratamiento deben ser incluidos como intervenciones clave en todas las etapas del embarazo, parto, post-parto y atención después del parto, sobre todo en entornos de alta prevalencia del VIH. En concreto, a las mujeres se les debe ofrecer la prueba del VIH y, si se descubre que tienen VIH, deben ser consideradas para las tres acciones contra el VIH / tuberculosis (hallazgo intensificado de caso de tuberculosis, terapia preventiva con isoniazida y control de la infección de la tuberculosis), así como el inicio temprano del tratamiento antirretroviral, si es elegible.

Se necesitan mejores sistemas

Los sistemas deben establecerse para ofrecer el análisis de elegibilidad para la terapia antirretroviral, así como pruebas contra la tuberculosis, y nuevos diagnósticos rápidos que deben estar disponibles en las instalaciones contra el VIH o de salud sexual y reproductiva, donde sea posible. De lo contrario, un sistema efectivo de referencia debe establecerse para facilitar el diagnóstico temprano de la tuberculosis para las mujeres que viven con el VIH. Además, el tratamiento temprano de la tuberculosis y la terapia antirretroviral deben ser ofrecidas a todas las mujeres que sean diagnosticadas con ambas enfermedades.

Fuera de eso, la información sobre el tratamiento temprano del VIH y la tuberculosis debe ponerse a disposición de las mujeres que viven con el VIH, especialmente aquellas que están embarazadas, para que sean capaces de acceder a los servicios necesarios para la detección de la tuberculosis, su diagnóstico y tratamiento.

Se necesita más investigación en torno a la tuberculosis y el VIH entre las mujeres que viven con el VIH. Las redes de mujeres que viven con el VIH deben movilizarse y recibir el apoyo para construir el conocimiento y la demanda de una mejor integración y un acceso más rápido a las intervenciones contra la tuberculosis y el VIH en los servicios de atención materna e infantil.



**LAS MUJERES DE TODO EL MUNDO
ESTÁN LÍDERANDO LOS PROGRAMAS
DE DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS
Y LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS
DE PREVENCIÓN ENTRE PARES.**

WOMEN OUT LOUD

CAROL NAWINA NYIRENDA, GRACIA VIOLETA ROSS,
ALEXANDRA VOLGINA

Como mujeres que vivimos con el VIH, vimos un cambio en la epidemia cuando las comunidades de base en todo el mundo afirmaron su poder para liderar la respuesta contra el SIDA. Esto todavía tiene que pasar con la tuberculosis.

Hemos visto a muchas mujeres portadoras del VIH que han muerto a causa de la tuberculosis. Nosotras también hemos experimentado los efectos potencialmente mortales del estigma que rodea al VIH y la tuberculosis: diagnósticos erróneos que ponen en peligro la vida, malos tratos en el sistema de salud y la doble carga de cuidar de otros mientras se está enfermo.

La tuberculosis a menudo no se diagnostica, particularmente las infecciones extra-pulmonares que están asociadas con el VIH. Con el aumento de las tasas de transmisión sexual del VIH en algunos lugares, como en Rusia, el VIH y la tuberculosis están empezando a afectar a grupos de personas que no suelen ser mencionados como los más vulnerables, incluyendo las mujeres llamadas "socialmente integradas". Los doctores rara vez tienen sospechas de tuberculosis o VIH en estos pacientes, tratándolas para neumonía en vez de sugerir las pruebas voluntarias y confidenciales de VIH y tuberculosis. Como resultado, la enfermedad sólo es identificada en etapas avanzadas.

Las mujeres marginadas, por el contrario, a menudo presentan adicciones tales como el alcohol, el consumo de drogas y el tabaco que, además de sus evidentes efectos negativos en la salud en general, y combinados con los resultados del tratamiento de la tuberculosis, en particular, lleva a una depresión severa. Un diagnóstico de tuberculosis nos puede llevar a encontrar un sistema de salud que es incompetente, donde los médicos utilizan un lenguaje técnico que es difícil de entender para nosotras y que disminuye la dignidad humana, con términos tales como "sospecha de tuberculosis" y "incumplimiento de tratamiento". Las mujeres que se han convertido en personas coinfectadas por medio de la inyección de drogas son tratadas como la escoria de la sociedad.

Una vez diagnosticada, como mujeres solemos llevar la doble carga de tener tuberculosis y la necesidad de cuidar a nuestros familiares y otros seres queridos. Cuando el esposo está enfermo, se espera que su esposa cuide de él, incluso cuando ella también está enferma. Pero cuando una mujer está enferma, en la mayoría de los casos, el marido se la lleva a su familia para que puedan cuidarla, y este cuidado en el hogar también es proporcionado por una mujer. Si están coinfectadas por el VIH y la tuberculosis, este doble estigma y la doble carga es difícil de soportar para muchas mujeres.

El tratamiento para la tuberculosis puede ser agotador, requiriendo muchas visitas a los centros de salud o estancias prolongadas en el hospital, aisladas de nuestras familias y separadas de nuestros hijos. En algunos países, el desabastecimiento de medicamentos que salvan vidas es común, lo que agrava el problema creciente de la tuberculosis resistente a múltiples drogas.

No hay respuesta de la comunidad

Las mujeres que viven con el VIH y la coinfección con tuberculosis son sacrificadas en los campos de batalla del sistema de salud que separan la atención para el VIH y la tuberculosis. Se dice mucho sobre la integración del tratamiento, pero no vemos acciones claras.

Como mujeres que vivimos con el VIH, somos conscientes de que se ha hecho mucho para tratar el VIH, incluso para las mujeres. Tenemos redes globales, muchas de nosotras hablamos públicamente sobre nuestra condición de VIH y ayudamos a hacer la diferencia. Sin embargo, no se ha visto mucha participación de las mujeres en las comunidades de base en la respuesta a la tuberculosis. De hecho, hay poco sentido de unidad entre las personas que viven con tuberculosis.

Incluso en la comunidad del VIH, ha habido poca discusión y análisis en profundidad de la coinfección entre las mujeres. Pese a las numerosas recomendaciones sobre actividades para profundizar en el análisis de género y la vulnerabilidad a la epidemia de VIH-tuberculosis, ha habido poca acción. Para nosotras, esto significa una enorme brecha en la comprensión de las dimensiones de género de ambas epidemias.

¿Cómo podemos decir que la tuberculosis es la principal causa de muerte de las personas que viven con el VIH (incluyendo a las mujeres, por supuesto), pero no garantizamos que los programas de TB y VIH trabajen conjuntamente? ¿Cómo podemos salvar las vidas de las personas que viven con el VIH, y al mismo tiempo dejar de lado los esfuerzos para poner fin a la tuberculosis?

Ante el estigma es difícil para estos pacientes unirse y luchar abiertamente por sus derechos. En este contexto, las organizaciones de la comunidad juegan un papel que es difícil de sobreestimar. Las mujeres de todo el mundo están liderando programas de determinación de casos de tuberculosis y programas de prevención dirigidos por la comunidad entre pares, en especial en África. Algunas mujeres están tomando un papel de liderazgo en la Alianza Alto a la Tuberculosis (Stop TB Partnership), y como parte de las comunidades de la delegación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) y otros organismos internacionales de la salud. Pero ¿dónde están las demás mujeres? ¿Dónde está la voz del movimiento feminista a nivel mundial? ¿Dónde están las voces de las defensoras de la salud materna e infantil?

Nos estamos pronunciando

Aquellas que vivimos con el VIH y que hemos sido diagnosticadas con la enfermedad y sido tratadas con éxito podemos usar, y en efecto usamos, esta experiencia para hablar y para abogar por mejores servicios para los enfermos de tuberculosis y VIH, especialmente para mujeres y niños. Abogamos por la inclusión de las comunidades afectadas en todos los niveles, especialmente en la toma de decisiones, por más recursos contra la tuberculosis y para la desmitificación de la enfermedad.

Las acciones coordinadas de la sociedad civil son importantes. El caso de desabastecimiento en San Petersburgo de droga contra la tuberculosis multirresistente es muestra de ello. La red Equity. Verity. Advocacy. (EVA) de la red de las mujeres afectadas por el VIH y otras enfermedades de importancia social se mantienen en contacto constante con las clínicas de tuberculosis, las compañías farmacéuticas y los pacientes, mientras que los pacientes del grupo de iniciativa en materia de fiscalización eligieron una defensa más estridente, protestando en las calles, con una amplia cobertura en los medios de comunicación.

No necesitamos reinventar la rueda, el mundo del VIH tiene buenos mecanismos que pueden ayudar a aliviar la carga de las mujeres en lo que respecta a la tuberculosis.

Carol Nawina Nyirenda es Director Ejecutivo de la iniciativa comunitaria de la tuberculosis, el VIH/SIDA y la malaria en Zambia; Gracia Violeta Ross es Presidente Nacional de la Red Boliviana de Personas que Viven con el VIH y el SIDA; Alexandra Volgina es Director Ejecutivo de la equidad. Verity. Advocacy. (E.V.A), Rusia.

ACCIONES

- **Indicar cómo nuestro género está asociado con las dos epidemias a través de desafíos comunes como la pobreza, la enfermedad, la falta de acceso a servicios de salud e información, y el estigma.**
- **Hacer nuestras vidas más fáciles mediante la triple integración de servicios de salud maternos e infantiles, contra el VIH y contra la tuberculosis.**
- **Respetarnos. Tratar a aquellas de nosotras con tuberculosis y/o VIH como iguales y no sólo como pacientes.**
- **Empoderarnos para enfrentar las epidemias de tuberculosis y VIH en nuestras comunidades. Somos el mejor medio a utilizar para obtener la información correcta cuando se necesite.**



¡CERRAR LA
BRECHA DE
RECURSOS!

30 PAÍSES

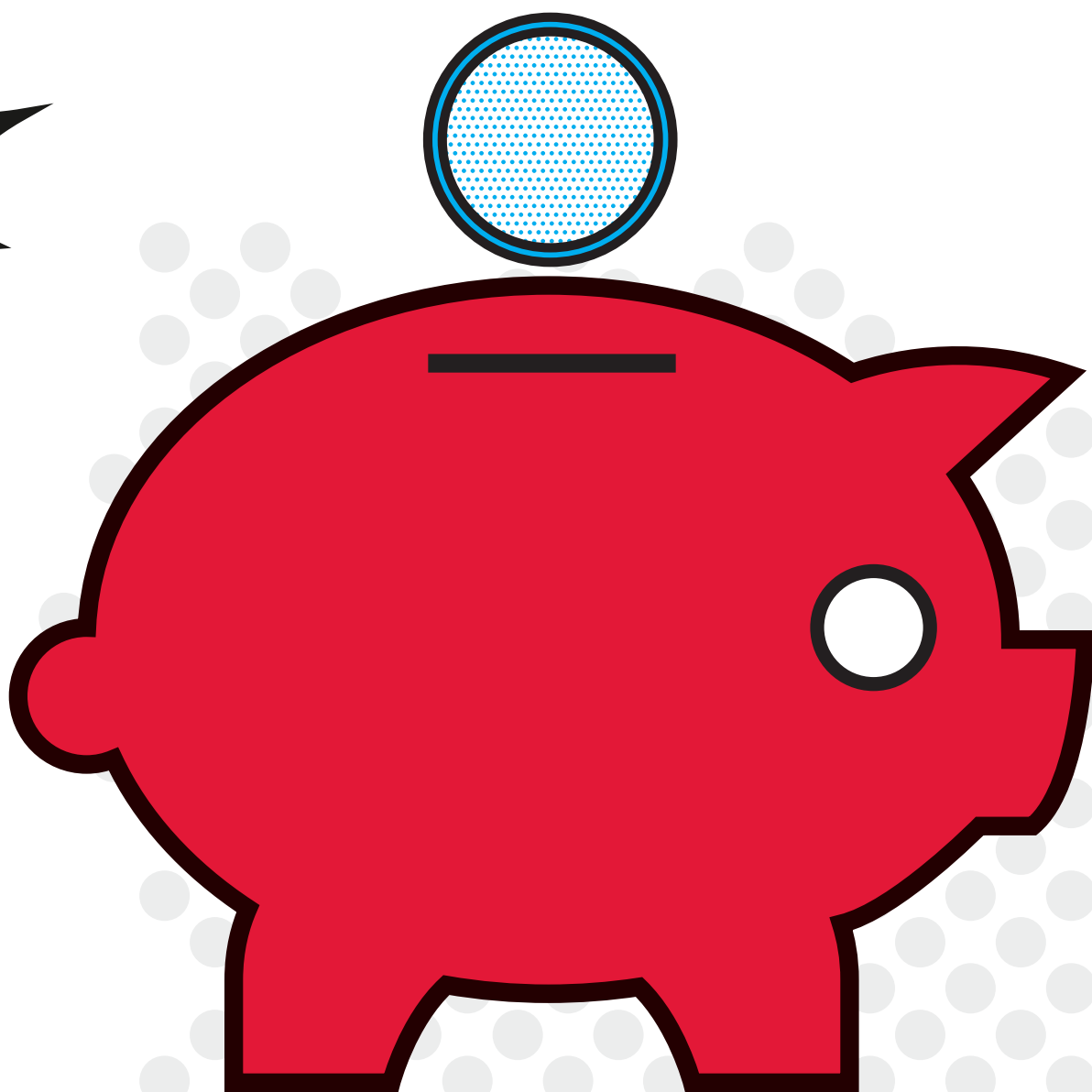
Sólo 30 países de ingresos bajos y medios han informado su gasto en programas para reducir la violencia de género en la respuesta contra el VIH.

71%

71% de la inversión reportada en las mujeres, como parte de la respuesta contra el VIH, se dedica a fondos para poner fin a nuevas infecciones en los niños y mantener con vida a las madres.

43%

Las fuentes domésticas proporcionan el 43% del gasto contra el VIH orientado a las mujeres en los países de ingresos bajos y medios.



OBJETIVO 6

CERRAR LA BRECHA MUNDIAL DE RECURSOS CONTRA EL SIDA PARA 2015 Y LLEGAR A UNA INVERSIÓN GLOBAL ANUAL US\$ 22-24,000 MILLONES EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS.

LAS INVERSIONES TOTALES A NIVEL GLOBAL CONTRA EL VIH EN 2011 FUERON DE US\$ 16,800 MILLONES. ESTO REPRESENTA UN INCREMENTO DEL 11% EN EL GASTO EN COMPARACIÓN CON 2010, Y UN AUMENTO DEL 15% EN EL GASTO INTERNO EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS. ES LA PRIMERA VEZ QUE LOS RECURSOS NACIONALES CONTRA EL VIH SUPERAN LAS INVERSIONES EXTERNAS A NIVEL MUNDIAL.

Introducción

127 países de ingresos bajos y medios presentaron reportes en 2012 acerca de sus gastos en intervenciones contra el VIH enfocadas en las mujeres (Tabla 6.1). Sus reportes incluyen programas para detener las nuevas infecciones en los niños y mantener a las madres con vida, prevenir el VIH entre trabajadoras sexuales y sus clientes y reducir la violencia de género, así como programas específicos contra el SIDA centrados en las mujeres. En total, 85 países reportaron su gasto en las categorías seleccionadas y el gasto total nacional en intervenciones dirigidas específicamente a las mujeres fue de aproximadamente US\$ 288 millones. De esta cantidad, aproximadamente el 42.4% provenía de recursos internos.

Sin embargo, los datos sobre gastos desglosados por género no están disponibles para la mayoría de las intervenciones que se dirigen a las mujeres y los hombres, tales como el tratamiento antirretroviral, o para las intervenciones de las que se supone su principal financiación está dirigida a las mujeres, tales como el apoyo a la familia / hogar o la protección social a través de beneficios monetarios o en especie y los proyectos de generación de ingresos. Por lo tanto, el monto total de fondos contra el VIH destinado a las mujeres puede ser más grande de lo que parece cuando se considera únicamente el financiamiento para intervenciones específicas de género.

TABLA 6.1. GASTO TOTAL DESTINADO A LAS MUJERES SEGÚN INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

INTERVENCIÓN	NO. DE PAÍSES REPORTANTES	GASTO TOTAL ORIENTADO A LAS MUJERES	% DE LOS RECURSOS	% DEL TOTAL SPENDING
PROGRAMAS PARA PONER FIN A NUEVAS INFECCIONES EN NIÑOS Y MANTENER VIVAS A LAS MADRES	79	US\$ 203 millones	47%	70%
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PARA TRABAJADORAS SEXUALES Y SUS CLIENTES	73	US\$ 65 millones	15%	23%
PROGRAMAS PARA REDUCIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO	30	US\$ 16 millones	92%	6%
OTROS PROGRAMAS ESPECÍFICOS CONTRA EL SIDA ORIENTADOS A LAS MUJERES	34	US\$ 4 millones	5%	1%
TOTAL		US\$ 288 millones	43%	100%

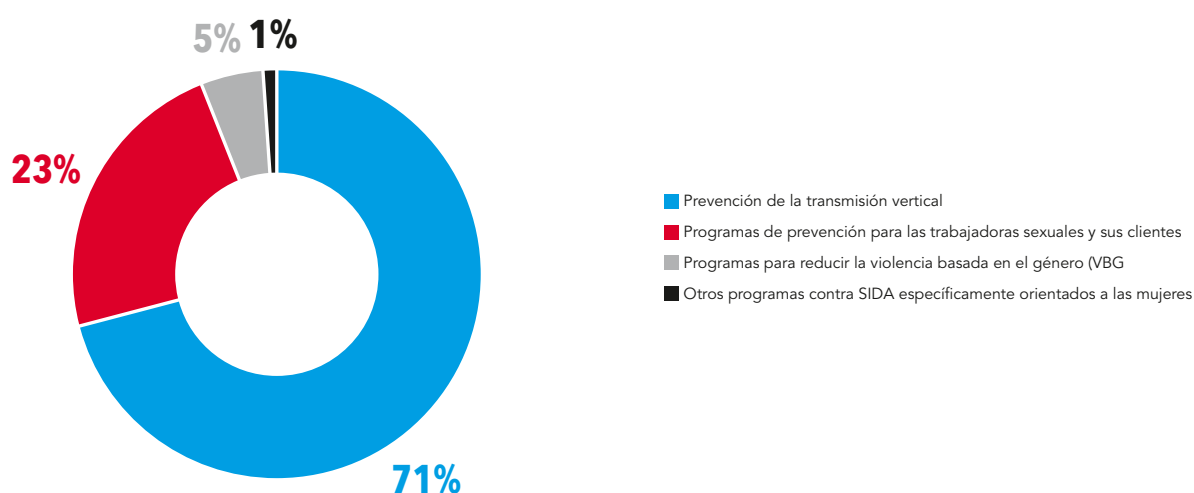
Fuente: Informes de progreso de los países de 2012 (www.unaids.org/cpr)

Si bien estos datos son los mejores disponibles a nivel nacional sobre el gasto contra el VIH según género, existen limitaciones para determinar la inversión total contra el VIH en las mujeres. Por ejemplo, algunos países con alta carga (Malawi, Mozambique y Zambia, por ejemplo) no presentan reportes, y muchos de los países que sí reportan acerca de las intervenciones seleccionadas tienen una baja prevalencia del VIH. Además, la integridad de los reportes sobre las intervenciones examinadas es variable; algunos países no incluyeron información sobre todas las intervenciones que se orientan a las mujeres. Existe una falta de orientación de criterios sobre lo que se debería incluir en las intervenciones orientadas a las mujeres.

Además, los servicios de prevención (que incluyen las intervenciones en las trabajadoras sexuales) y los programas de tratamiento, por lo general se enfocan en personas de ambos sexos, pero los datos de gasto desglosado por sexo por lo general no se presentan en la mayoría de los países. La prevención de las nuevas infecciones en los niños y el mantener a las madres vivas representa una gran parte de las intervenciones específicas de género contra el VIH, y a estos servicios se les da prioridad. Estos servicios no siempre incluyen la continuación del tratamiento contra el VIH para las mujeres ni tratan sus necesidades de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención primaria. (Fig. 6.1).

Dejando las limitaciones de información a un lado, este análisis aporta pruebas de que se están realizando inversiones considerables para la prevención, tratamiento y atención del VIH entre las mujeres, haciendo uso de fondos de fuentes nacionales e internacionales. Aproximadamente la mitad de los gastos según el género se produce en los países del África Subsahariana, mientras que, al mismo tiempo, los países de ingresos medios-altos con mayores ingresos, invierten una mayor proporción de su financiamiento interno y general, en comparación con los países de ingresos medios-bajos y bajos.

FIGURA 6.1. GASTO TOTAL VIH ESPECÍFICAMENTE ORIENTADO A LAS MUJERES 2009-2011



Fuente: Informes de progreso de los países de 2012 (www.unaids.org/cpr/).

La importancia de invertir en la igualdad de género se demuestra en un estudio de referencia en Sudáfrica, que encontró que el 13.9% de las nuevas infecciones por el VIH se pueden prevenir si se eliminan las desigualdades de género (1). Además de la igualdad de género, el programa ONUSIDA para Mujeres y Niñas y la Estrategia de ONUSIDA 2011-2015 también reconoce la importancia de abordar la violencia contra las mujeres y las niñas como una parte integral de una respuesta efectiva contra el VIH (2, 3). Sin embargo, el nivel de inversión contra la violencia de género en la respuesta contra el VIH es limitado, donde sólo 30 países de ingresos bajos y medios reportaron su gasto en programas para reducir la violencia de género en la respuesta contra el VIH, lo que constituye sólo el 5% de los fondos invertidos en las intervenciones orientadas específicamente a las mujeres. (Tabla 6.1)

Datos del Fondo Mundial sobre intervenciones específicas de género

Se estima que el 44% de las inversiones del Fondo Mundial se destina a apoyar la salud de las mujeres y las niñas, lo que contribuye al Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número cuatro, reducir la mortalidad infantil, y el ODM número cinco, mejorar la salud materna (4, 5). No obstante, las solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial indican enfoques limitados en la respuesta contra el VIH para las mujeres y las niñas (6). Por ejemplo, los países que aplican programas para poner fin a las nuevas infecciones en niños y Mantener vivas a las madres han solicitado principalmente fondos para los

tratamientos suministrados durante el embarazo y/o parto. Existen evidencias limitadas de que los otros pilares de la prevención de la transmisión de madre a hijo hayan sido implementados: para satisfacer las necesidades de tratamiento a largo plazo para las mujeres que viven con el VIH, servicios de salud reproductiva integral y planificación familiar.

Además, la evaluación de la estrategia de igualdad de género del Fondo Mundial demostró ser limitada al momento de la puesta en marcha de la estrategia y limitó la financiación específica dentro de las subvenciones nacionales para la igualdad de género. La Estrategia del Fondo Global 2012-2016 anima y apoya a los países a aumentar los programas que mejoren el acceso a los servicios de salud para las comunidades afectadas y creen un ambiente social y político propicio que pueda aplicarse a cualquier grupo gravemente afectado, incluyendo las mujeres (7). Sin embargo, las limitaciones del enfoque anterior del Fondo Mundial plantean la preocupación de que la desigualdad de género y la violencia de género sean priorizadas adecuadamente en financiaciones futuras.

Las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las redes de mujeres que viven con el VIH, han expresado su preocupación por la reducción del apoyo financiero para sus operaciones, lo que dificulta su capacidad para participar de manera efectiva en la respuesta contra el SIDA (8). A medida que el Fondo Mundial avanza con un nuevo modelo de financiación y que los países desarrollan nuevos programas de inversión, será importante asegurarse de que la sociedad civil siga involucrándose plenamente en el diseño y ejecución de programas. Los niveles adecuados de financiamiento deben llegar a sus organizaciones para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios y la prestación de servicios dirigidos por la comunidad, incluyendo las intervenciones relacionadas con el género. El Financiamiento de Doble Vía seguirá siendo un elemento fundamental en estos esfuerzos.

Datos sobre las intervenciones específicas de género del Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA

Entre los principales donantes mundiales contra el SIDA, el Gobierno de los Estados Unidos ha mostrado liderazgo y recursos significativos destinados a las mujeres y las niñas. El Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR) se centra en:

- Incrementar la equidad de género en los programas y servicios contra el VIH/SIDA, incluyendo el acceso a servicios de salud reproductiva;
- Reducir la violencia y la coacción;
- Involucrar a hombres y niños en cuanto a normas y comportamientos;
- Aumentar la protección legal de mujeres y niñas;
- Aumentar el acceso de mujeres y niñas a ingresos y recursos productivos, incluyendo la educación.

PEPFAR ha sido una fuente importante de financiación para hacer frente a la violencia de género, la cual se reconoce como una causa y consecuencia del VIH. Estados Unidos ha invertido un total de US\$ 155 millones durante los últimos dos años y ha trabajado en los esfuerzos para integrar los esfuerzos para enfrentar la violencia de género mediante los programas existentes contra el VIH (9). PEPFAR está enfocado en la planeación nacional contra el VIH y hace una contribución estratégica en la respuesta contra el VIH

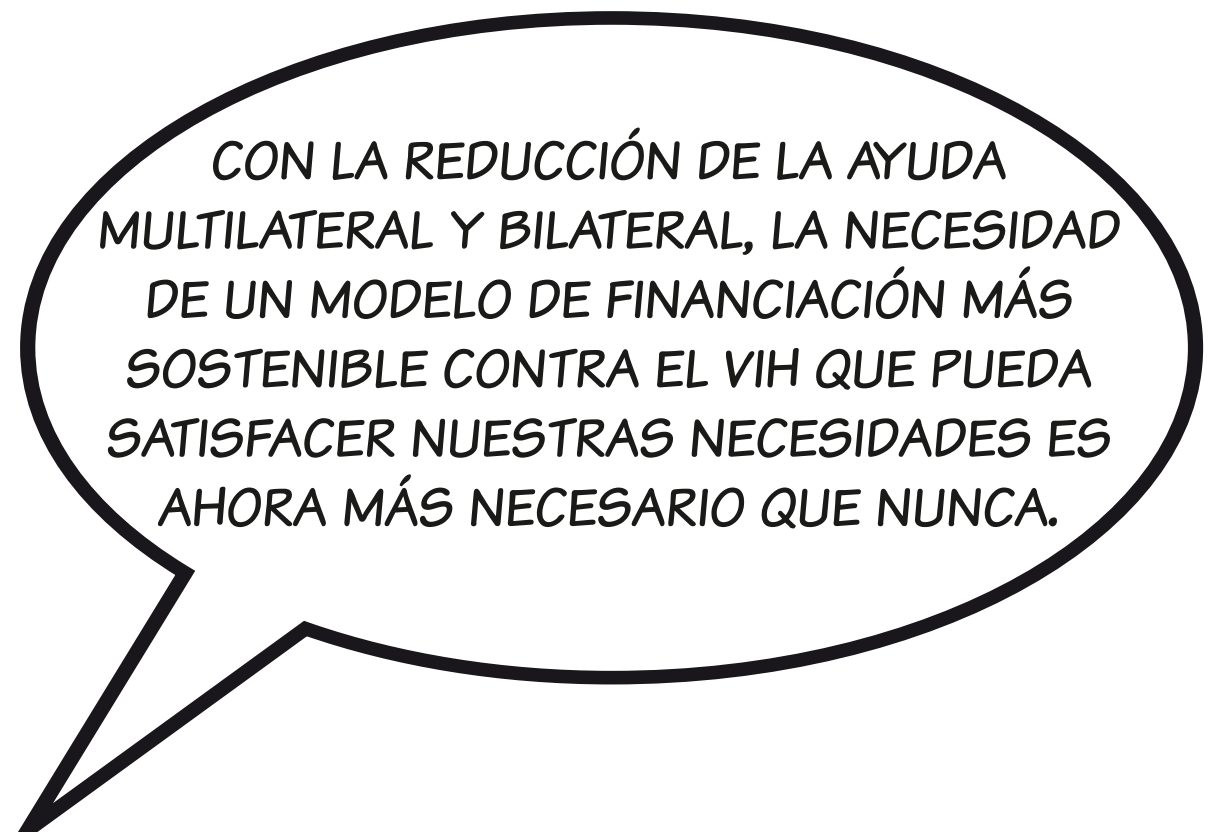
enfrentando actitudes y comportamientos perjudiciales relacionados con el género. Durante el período 2010-2011, PEPFAR invirtió aproximadamente US\$ 8,500 millones para apoyar las respuestas contra el SIDA en 34 países y 3 programas regionales. De esta cantidad, US\$ 155 millones se enfocaron directamente en la lucha contra la violencia de género.

Avanzando hacia las metas de 2015

El cerrar la brecha de recursos depende de que los países compartan cada vez más la responsabilidad de maximizar las respuestas mediante el incremento de los recursos nacionales y la asignación de las inversiones a través de un enfoque centrado y estratégico. Al mismo tiempo, el SIDA sigue siendo un reto a nivel global y exige que todos los socios mantengan su compromiso de poner fin a la epidemia bajo el espíritu de solidaridad mundial.

A medida que el gasto interno y la participación nacional se incrementa, los países tienen la responsabilidad de asegurar que la respuesta contra el SIDA tenga un enfoque distinto sobre los derechos de todas las mujeres infectadas y afectadas por el VIH, incluyendo su salud y derechos sexuales y reproductivos, más allá de su posible papel como madres. A medida que se usen planes de inversión estratégica para enfocar los esfuerzos y optimizar las respuestas nacionales contra el SIDA, es un momento crucial para ubicar la igualdad de género y la violencia de género en el centro de la respuesta contra el VIH.

Los socios para el desarrollo y los gobiernos nacionales deben invertir en redes y organizaciones de mujeres que viven con el VIH, lo cual les permitirá desarrollar e implementar estrategias innovadoras para satisfacer las necesidades de las mujeres. La asignación de recursos que se destina a cubrir los indicadores de desempeño y las mediciones presupuestales enfocadas en el género, son claves para un gasto inteligente y mejoran el seguimiento de los recursos destinados a las mujeres y las niñas. Los países también deben ser apoyados en la mejora de su recopilación de datos sobre el gasto contra el VIH, que responda a las necesidades y prioridades de las mujeres.



**CON LA REDUCCIÓN DE LA AYUDA
MULTILATERAL Y BILATERAL, LA NECESIDAD
DE UN MODELO DE FINANCIACIÓN MÁS
SOSTENIBLE CONTRA EL VIH QUE PUEDA
SATISFACER NUESTRAS NECESIDADES ES
AHORA MÁS NECESARIO QUE NUNCA.**

WOMEN OUT LOUD

MOROLAKE ODETOYINBO, RACHEL ONG, KIM NICHOLS

Las mujeres deben reforzar el mensaje, a nivel de sus gobiernos nacionales, de que la participación nacional es indispensable para mantener los logros en prevención y tratamiento.

Las mujeres que viven con el VIH deben ser reconocidas como fundamentales en el llamado de recaudación de los US\$ 24,000 millones que se necesitan anualmente para el año 2015 con el fin de cubrir la brecha mundial en el acceso universal. Cuando estamos sentadas en la mesa negociando los recursos que necesitamos, somos una fuerza y una voz poderosas, y estamos allí como iguales.

En la redacción final de las negociaciones de la Declaración Política de 2011 de las Naciones Unidas, una reunión que estaba restringida a los representantes de los países, las mujeres activistas violaron la seguridad y enviaron información sobre las posiciones de los distintos gobiernos a sus colegas fuera de la sala. Si bien se acordó el objetivo general de alcanzar una inversión global de US\$ 22-24,000 millones en países de ingresos bajos y medios, la Declaración hizo énfasis en alcanzar este objetivo mediante una mayor participación nacional en lucha contra el SIDA, resaltando la responsabilidad de los gobiernos del Sur en aumentar las inversiones contra el VIH. Algunas de nosotras sentimos que esto marcó el comienzo de la erosión en la asignación de recursos entre los países del G-8.

El establecimiento de plazos por parte de algunos países donantes para destinar el 0.7% del Producto Nacional Bruto en la asistencia oficial para el desarrollo para el año 2015 ha aumentado los recursos disponibles, pero a pesar que las contribuciones globales contra el VIH se han incrementado año tras año, estas no han igualado la velocidad de los avances científicos que han resultado en medicamentos más nuevos y más seguros. Las pruebas de mayor escala implican que podamos ser diagnosticados como VIH positivos a una edad mucho más temprana, y quienes tenemos acceso a la terapia antirretroviral estamos viendo las posibilidades de vivir más tiempo.

Con la reducción de la ayuda multilateral y bilateral, la necesidad de un modelo de financiación más sostenible contra el VIH que pueda satisfacer nuestras necesidades, ahora es más necesario que nunca. Como lo describe el nuevo enfoque de inversión de la respuesta mundial contra el VIH, así como dependen de la ayuda extranjera, los países necesitan invertir en sí mismos, y tener estrategias a largo plazo en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud comunitarios (10).

En la última década ha visto un mayor rendimiento del dinero a medida que las patentes de los medicamentos se van venciendo, que se van expidiendo licencias obligatorias y voluntarias para medicamentos antirretrovirales esenciales y que los fabricantes de genéricos han comenzado a suministrar la mayor parte de los medicamentos contra el VIH en países de ingresos bajos y medios.

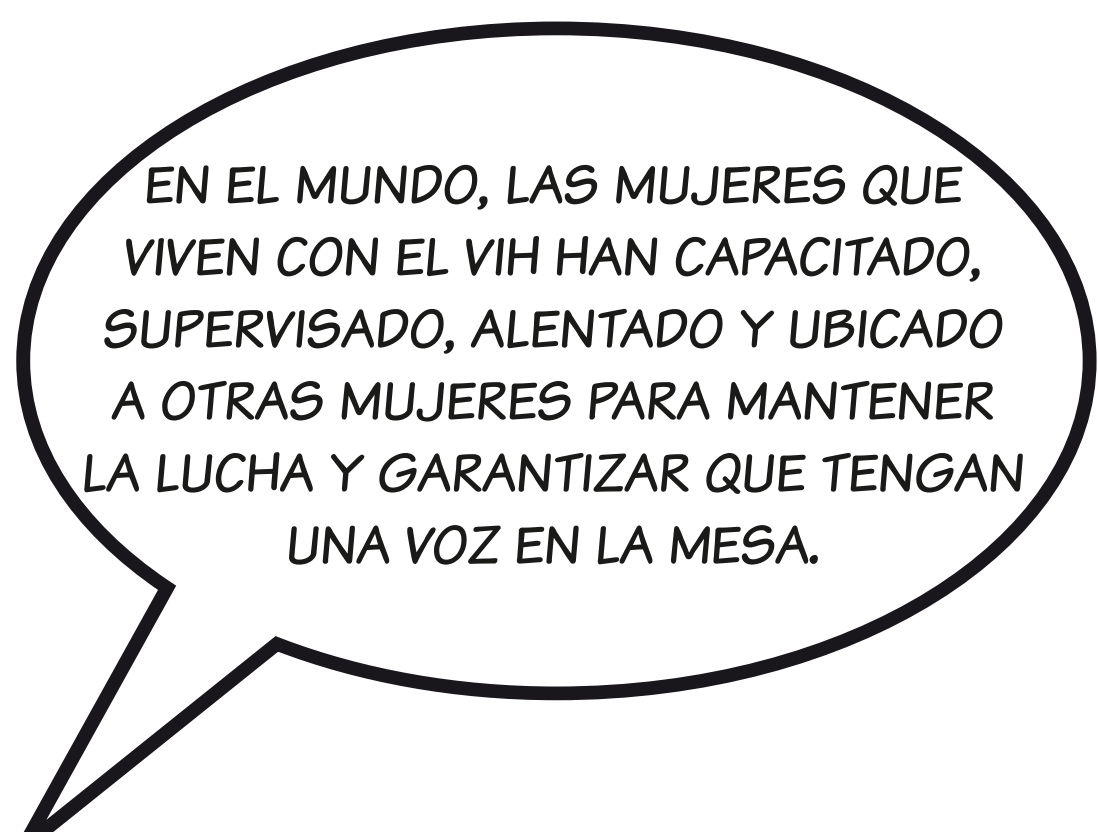
Esperamos que los acuerdos de propiedad intelectual más recientes y más equitativos, tales como el Banco de Patentes de Medicamentos, puedan llevar los medicamentos antirretrovirales a las manos de las mujeres y los niños que dependen de ellos para su supervivencia. Con el fin de alcanzar la cobertura

universal de tratamiento y que el llegar a cero nuevas infecciones sea una realidad en las próximas décadas, también tenemos que presupuestar la segunda y tercera línea de medicamentos contra el VIH que cuestan el doble o el triple del costo de los actuales tratamientos de primera línea, a menos que se llegue a acuerdos de licencia de patentes equitativas con los países de ingresos bajos y medios.

A pesar de los impresionantes avances en el tratamiento aún carecemos de intervenciones comprobadas para la prevención del VIH, un microbicida eficaz y asequible para usar antes de la exposición o una vacuna eficaz contra el VIH. Las intervenciones de conductas preventivas contra el VIH para las mujeres caen peligrosamente por debajo de los niveles de eficacia necesarios para la reducción de la transmisión sexual en un 50% en 2015.

A medida que trabajamos hacia un menor número de infecciones, ya no podemos esconder bajo la alfombra los problemas de desigualdad de género, el auto-respeto y la dignidad para todos, y la violencia contra las mujeres. Mientras la violencia basada en el género y el sexo de supervivencia hagan imposible que las mujeres y las niñas entablen relaciones sexuales más seguras, evitando nuevas transmisiones del VIH, se requerirá algo más que el acceso a los preservativos y la ampliación de los clubes de vírgenes para las mujeres jóvenes. Con el fin de proteger la salud de las mujeres y las niñas, es necesaria una mayor inversión en investigación para desarrollar métodos biomédicos de prevención del VIH que sean propiedad de mujeres.

Cuando hablamos de cerrar la brecha de recursos, no podemos seguir hablando y hablando de las llamadas cuatro pautas en la prevención de la transmisión de madre a hijo (prevención primaria del VIH en mujeres en edad reproductiva; prevención de embarazos no deseados en mujeres que viven con el VIH; alimentación infantil más segura; y tratamiento) cuando, en realidad, los recursos se canalizaron principalmente a los servicios de transmisión vertical. El mismo esfuerzo y las inversiones que se han enfocado en el suministro de terapia antirretroviral así como profilaxis previa y posterior



**EN EL MUNDO, LAS MUJERES QUE
VIVEN CON EL VIH HAN CAPACITADO,
SUPERVISADO, ALENTADO Y UBICADO
A OTRAS MUJERES PARA MANTENER
LA LUCHA Y GARANTIZAR QUE TENGAN
UNA VOZ EN LA MESA.**

a la exposición para las mujeres y los bebés, debe hacerse en la prevención de embarazos no deseados entre las mujeres que viven con el VIH. Es una vergüenza que la mayoría de las mujeres todavía no puedan acceder a los servicios de planificación familiar de los centros de tratamiento contra el VIH.

Siguen faltando mujeres en las posiciones de liderazgo, ya que todavía llevan la mayor carga del cuidado de la familia. El sentido de urgencia para la atención de las mujeres en la respuesta contra el SIDA nunca había salido a la superficie a nivel del liderazgo nacional, y hemos tenido que luchar por un lugar en la mesa para obtener los recursos.

En Asia, las mujeres son pioneras en los grupos de autoayuda que abordan los desafíos únicos de las mujeres. Las mujeres africanas han participado activamente en los esfuerzos de cabildeo para movilizar recursos para el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Las mujeres en Europa, América del Norte y América Latina y el Caribe nos han enseñado que el cabildeo con quienes toman decisiones es una forma segura de colocarlos de nuestra parte y convirtiéndolas en defensoras ante los políticos y burócratas. A nivel mundial, las mujeres que viven con el VIH han capacitado, supervisado, alentado y ubicado a otras mujeres para mantener la lucha y garantizar que siempre tengamos una voz en la mesa.

Debemos ser socias respetadas en el desarrollo de estrategias, planes y presupuestos nacionales para que los programas aborden las necesidades y los derechos directamente como mujeres en toda nuestra diversidad. Para cerrar la brecha de recursos, nuestras necesidades se tienen que atender consecuentemente.

Morolake Odetoyinbo es Directora Ejecutiva de Acción Positiva para el Acceso al Tratamiento en Nigeria; Rachel Ong pertenece al Centro de Coordinación de Comunicaciones para la delegación de las comunidades en la Junta Directiva del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, con sede en Singapur; Kim Nichols es co-Directora Ejecutiva del Comité de Servicios Africanos, en New York, Estados Unidos de América.

ACCIONES

- **Consultarnos como socios respetados y significativos** en la agenda de investigación del VIH en las mujeres, así como en su prevención, tratamiento, atención y apoyo.
- **Incluirnos y financiarnos para que hagamos nuestro trabajo: somos una poderosa influencia** en los consejos de administración de instituciones multilaterales.
- **Involucrarnos en la búsqueda de fuentes de financiación innovadoras de la salud** y en el marco del desarrollo de cada país y el gasto a nivel comunitario.
- **Trabajar con nosotras para hacer frente a las barreras de acceso a medicamentos genéricos y otros medicamentos de bajo costo.**
- **Utilizar los puntos en común** entre la respuesta al VIH y los esfuerzos para lograr los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente.
- **Proporcionar los datos agregados a nivel nacional** que documenten las inversiones en las diferentes comunidades.



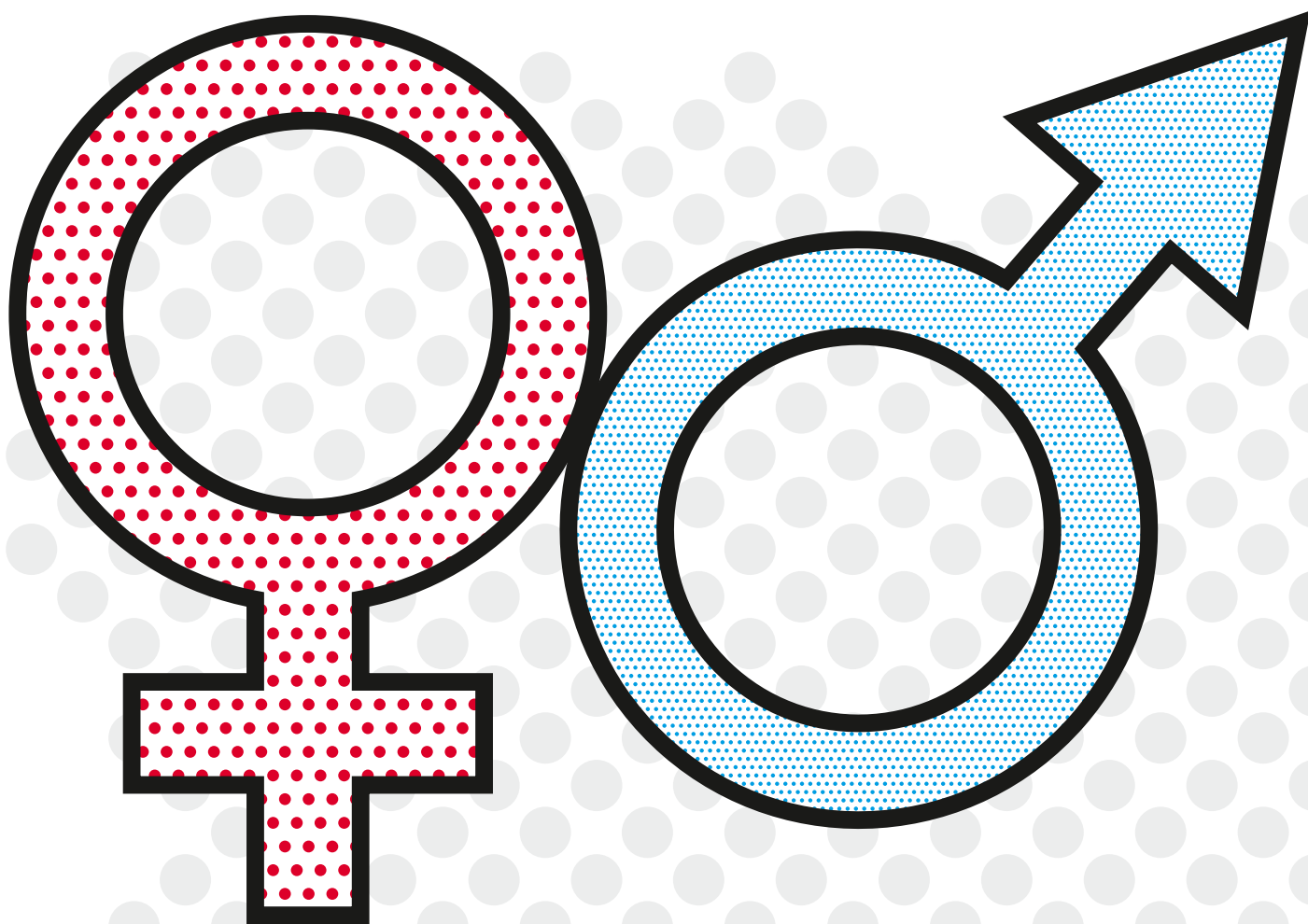
¡ELIMINAR LAS
DESIGUALDADES
DE GÉNERO!

29%

En Zimbabue, los índices reportados de violencia sexual o violencia física son 29% más altos entre las mujeres que viven con el VIH, que en otras mujeres.

73%

En un estudio, el 73% de las mujeres transexuales que resultaron VIH-positivas no tenían conocimiento de su condición.



OBJETIVO 7

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO, ASÍ COMO EL ABUSO Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO, Y AUMENTAR LA CAPACIDAD DE LAS MUJERES Y NIÑAS PARA PROTEGERSE DEL VIH.

PARA LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH, SU ESTADO SEROLÓGICO, JUNTO CON LA DESIGUALDAD DE GÉNERO LAS HACE ESPECIALMENTE MARGINADAS, FÍSICA, SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE (1).

Introducción

Casi la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres. El impacto de la epidemia del VIH en las mujeres y las niñas se intensifica por la susceptibilidad fisiológica de las mujeres al VIH y las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. La exclusión social y económica generalizada hace que las mujeres se vean más afectadas por las consecuencias del VIH en términos del estigma y la discriminación, el miedo, la violencia y las ideas erróneas sobre la enfermedad.

En la mayoría de las culturas, esta exclusión, combinada con el acceso desigual a la educación y los recursos, restringe el potencial de las mujeres en toda su diversidad para acceder a servicios y apoyo esenciales (2). Muchas mujeres y niñas tienen una capacidad limitada para proteger su salud y sus derechos, en particular en relación con la sexualidad y la reproducción debido a las desigualdades de género.

Las mujeres transexuales que viven con el VIH se enfrentan a múltiples niveles de estigma. Muchas mujeres transexuales se ven obligadas a participar en una actividad de alto riesgo, como lo es el trabajo sexual, debido a la exclusión de otras oportunidades económicas. Los datos sugieren que las trabajadoras sexuales transexuales tienen tasas de infección por el VIH cuatro veces más altas que las trabajadoras sexuales que nacieron mujeres (3). En 2012, sólo el 43% de los países informaron que sus estrategias nacionales incluyen a las personas transexuales.

Violencia de género

La violencia de género es una de las más brutales manifestaciones de la desigualdad de género. Las mujeres que viven con el VIH pueden experimentar más violencia a causa de su condición serológica. Las mujeres transexuales que viven con el VIH son particularmente vulnerables (4). El abuso sexual, físico y emocional de las mujeres que viven con el VIH puede ocurrir dentro de una relación íntima, en la familia o en la comunidad, e incluso en los puntos de atención médica. Las mujeres que viven con el VIH son particularmente vulnerables a la violencia; en Zimbabue, por ejemplo, los índices reportados

de violencia sexual o violencia física son 29% más altos entre las mujeres que viven con el VIH, que entre otras mujeres (5).

La experiencia de la violencia, además de los daños directos a la salud física y emocional también lleva a problemas a largo plazo. Por ejemplo, se ha asociado con un aumento en los comportamientos de riesgo sexual en los últimos años (6). Los estudios también han encontrado que las mujeres y niñas que han sufrido violencia a menudo no son capaces de revelar lo que han vivido debido a la vergüenza y el miedo al abandono o las represalias (7). Su silencio forzado les impide acceder a los servicios que necesitan y perpetúa el ciclo de la violencia contra las mujeres que viven con el VIH (8, 9). Además, las mujeres que viven con el VIH citan la violencia o el miedo a la violencia como una barrera importante para el acceso a la prevención del VIH que salva vidas, y a los servicios de tratamiento (10).

La violencia también puede estar asociada con un aumento de la vulnerabilidad al VIH. La investigación en Sudáfrica indica que 11.9% de las nuevas infecciones por VIH podrían evitarse si las mujeres no fuesen objeto de abuso físico o sexual por su pareja (11). En la India, un estudio en más de 28,000 mujeres casadas encontró que aquellas que habían sufrido violencia física y sexual por parte de sus parejas tenían más de tres veces la probabilidad de ser VIH-positivas que aquellas que no habían experimentado ninguna violencia (12). Además los costos humanos, sociales y económicos también son considerables (13).

El acceso a servicios e información

Los mensajes tradicionales contra el SIDA, como “abstinencia, fidelidad, uso de condones”, no han podido hacer frente a las realidades y necesidades de las mujeres que viven con el VIH. Las mujeres monógamas que contrajeron el VIH en el matrimonio son una prueba de ello. De hecho, para muchas mujeres el sexo matrimonial es una actividad de alto riesgo. Sólo en Asia, se estima que 50 millones de mujeres están en riesgo de contraer el VIH de sus parejas (14). Las mujeres embarazadas pueden tener un mayor riesgo de seroconversión durante el embarazo (15).

Las evaluaciones participativas lideradas por ONUSIDA (16) sobre las barreras de género para servicios de prevención de nuevas infecciones en los recién nacidos y para mantener con vida a sus madres encontraron que las mujeres que viven con el VIH a menudo carecen del poder de decisión y el acceso a los recursos. También se determinó que el miedo a la violencia y al abandono, y las actitudes culturales hacia el sexo, el embarazo y el VIH, son barreras significativas.

Las mujeres y niñas que viven con VIH se enfrentan a muchos obstáculos para acceder a los servicios de tratamiento. La falta de confidencialidad y las actitudes poco comprensivas de los trabajadores de la salud, se sabe que disuaden a las mujeres para realizarse las pruebas del VIH e informar sobre su condición (17). Cuando las mujeres se hacen la prueba del VIH y revelan su condición a menudo son acusadas por contraer el VIH y enfrentan el abuso y violaciones de derechos debido a la percepción de la inmoralidad (18). Las mujeres jóvenes que viven con el VIH, en particular, enfrentan actitudes poco amigables en la búsqueda de servicios para su salud sexual.

Los valores culturales y las normas que disuaden a las mujeres jóvenes de conocer y comprender sus cuerpos ponen en riesgo sus vidas. La evidencia muestra que las necesidades particulares de las niñas y mujeres jóvenes en materia de educación sexual no están cubiertas en gran medida (19). La educación integral en sexualidad es importante para todos los jóvenes y

particularmente para las niñas y las mujeres jóvenes que viven con el VIH, quienes se enfrentan a retos específicos en relación con la vida sexual y reproductiva y las relaciones íntimas.

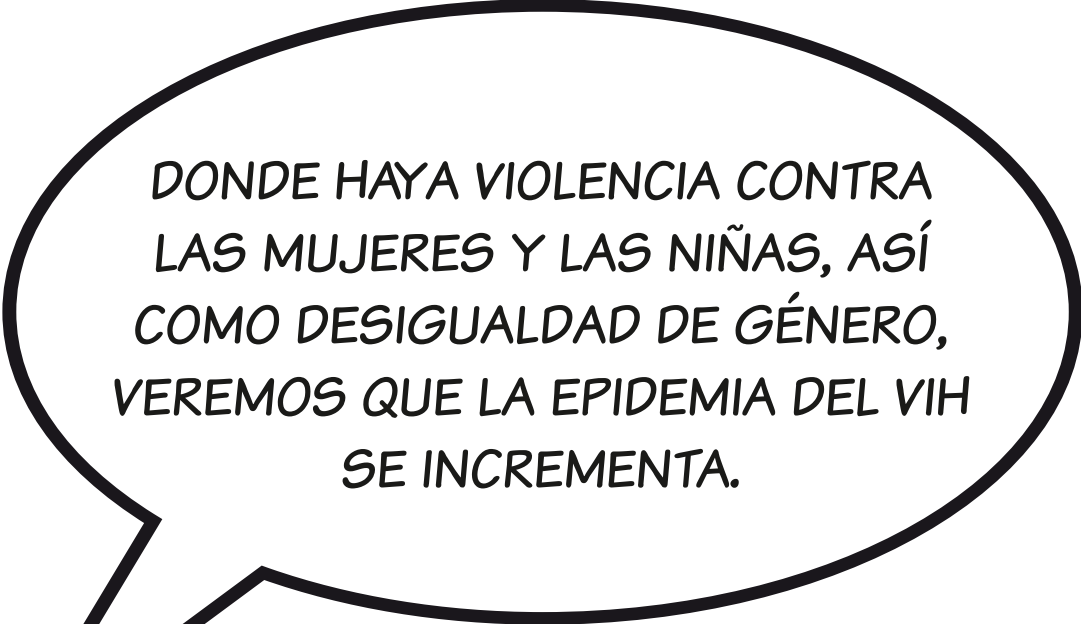
Las mujeres transexuales se encuentran con serias dificultades para acceder a la información y los servicios relacionados con el VIH, ya que se enfrentan a menudo a la ridiculización y el abandono por parte de los proveedores de servicios de salud y la confusión sobre en dónde deberían tener acceso a servicios estructurados, bien sea con los hombres o con las mujeres (4). Una investigación de los Estados Unidos encontró que el 28% de las personas transexuales posponen la búsqueda de servicios de salud cuando están enfermos o heridos debido al estigma (20). En otro estudio, el 73% de las mujeres transexuales que resultaron VIH-positivas no tenían conocimiento de su condición (21).

Involucrar a las mujeres que viven con el VIH

Las mujeres que viven con el VIH en todo el mundo ya están tomando iniciativas y están a la vanguardia de la respuesta contra el VIH, llevando el cambio a sus comunidades. La respuesta contra el SIDA debe involucrar a más mujeres que viven con el VIH en todos los niveles y proveer una financiación adecuada para su trabajo, con el fin de garantizar que los servicios y las acciones contra el VIH sean diseñados de acuerdo a sus necesidades.

La respuesta contra el SIDA debe incluir la integración de servicios para enfrentar y controlar la violencia por motivos de género en los servicios contra el VIH. Las mujeres que viven con el VIH deben recibir apoyo para liderar la transformación social en cuanto a igualdad de género, salud y derechos sexuales y reproductivos, y tolerancia cero a la violencia dentro de sus sociedades. Los hombres y los niños deben participar en este movimiento para generar un ambiente de apoyo a nivel familiar, comunitario y nacional.

Se requiere generar apoyo y sensibilización constantemente para promover una mayor rendición de cuentas de los proveedores de servicios, los gobiernos y otros responsables de satisfacer las necesidades y derechos de las mujeres que viven con el VIH en toda su diversidad, incluyendo aquellas de poblaciones clave y las mujeres transexuales. Es fundamental hacer frente



**DONDE HAYA VIOLENCIA CONTRA
LAS MUJERES Y LAS NIÑAS, ASÍ
COMO DESIGUALDAD DE GÉNERO,
VEREMOS QUE LA EPIDEMIA DEL VIH
SE INCREMENTA.**

a las necesidades contra el VIH y la salud y educación sexual y reproductiva de la nueva generación de mujeres jóvenes y niñas que nacieron con el VIH o se convirtieron en VIH-positivas a una edad temprana (22, 23). Estas jóvenes están exigiendo justamente su plena salud y derechos sexuales y reproductivos (24).

La inclusión y la participación de las mujeres y niñas que viven con el VIH o que están afectadas de algún modo por el mismo, es esencial para garantizar que la respuesta contra el SIDA sea eficaz y sostenible.

WOMEN OUT LOUD

PRUDENCE MABELE, GRACIA VIOLETA ROSS QUIROGA, ANANDI YUVARAJ

La violencia contra las mujeres a menudo es enmarcada como “estigma y discriminación”. Se trata de una banalización y neutralización de las experiencias, lo cual es una clara manifestación de la violencia estructural, cultural y directa contra las mujeres que viven con el VIH. Desde nuestra experiencia, la respuesta contra el SIDA ha conseguido frenar adecuadamente la desigualdad de género y atender plenamente las necesidades de las mujeres y las niñas.

Con los años, la terminología sobre el VIH ha evolucionado con la epidemia. Algunos se han referido a la “feminización de la epidemia”, mientras que otros argumentan que fue exagerada. En medio de esta “guerra de la epidemia” sobre quién está y quién no está en mayor riesgo, se han visto comprometidos nuestros derechos como mujeres y como personas pertenecientes a diversos grupos y que asumimos múltiples roles. Nuestras identidades han sido vagamente definidas como madres en el marco de los programas de transmisión vertical, viudas del SIDA bajo los programas de atención y apoyo, o trabajadoras sexuales en las poblaciones de mayor riesgo, mientras que aquellas de nosotras que somos mujeres transexuales hemos quedado casi invisibles.

Este enfoque de la epidemia es muy patriarcal. Todo lo que se nos ofrece se relaciona con los hombres y nuestra relación con los hombres, no como mujeres y niñas basándose en la equidad e igualdad de género. Entender la desigualdad de género en la epidemia del VIH también significa hablar de los hombres para comprender a los hombres, no sólo como un grupo de perpetradores, sino también como víctimas del mismo sistema de género que obliga a los hombres a comportarse de una determinada manera para probar su masculinidad.

Donde haya violencia contra las mujeres y las niñas, así como desigualdad de género, veremos que la epidemia del VIH se incrementa. Programas de prevención del VIH tienen que abordar tanto nuestro riesgo como la vulnerabilidad al VIH. Por ejemplo, los factores de riesgo son aquellos que una sola persona puede controlar a veces (por ejemplo, la decisión de usar un condón), mientras que la vulnerabilidad incluye factores que no pueden ser controlados por el cambio de nuestro propio comportamiento (como caminar por la carretera y ser violada), y requieren un cambio en la comunidad.

La vulnerabilidad al VIH es contextual y en muchos lugares es la cultura, el estatus social y económico y la dinámica de poder entre hombres y mujeres lo que nos pone en situación de riesgo especial. En América Latina, como en muchas partes del mundo, la cultura machista dominante y un ideal de mujer pasiva define las relaciones desiguales entre mujeres y hombres. Si bien es aceptable que los hombres sean agresivos y sexualmente activos, a las mujeres a menudo se les enseña a ser tranquilas y silenciosas, sexualmente inactivas e ignorantes. Esta es sólo una de las muchas formas en que la violencia y la desigualdad de género se perpetúan bajo normas y creencias culturales.

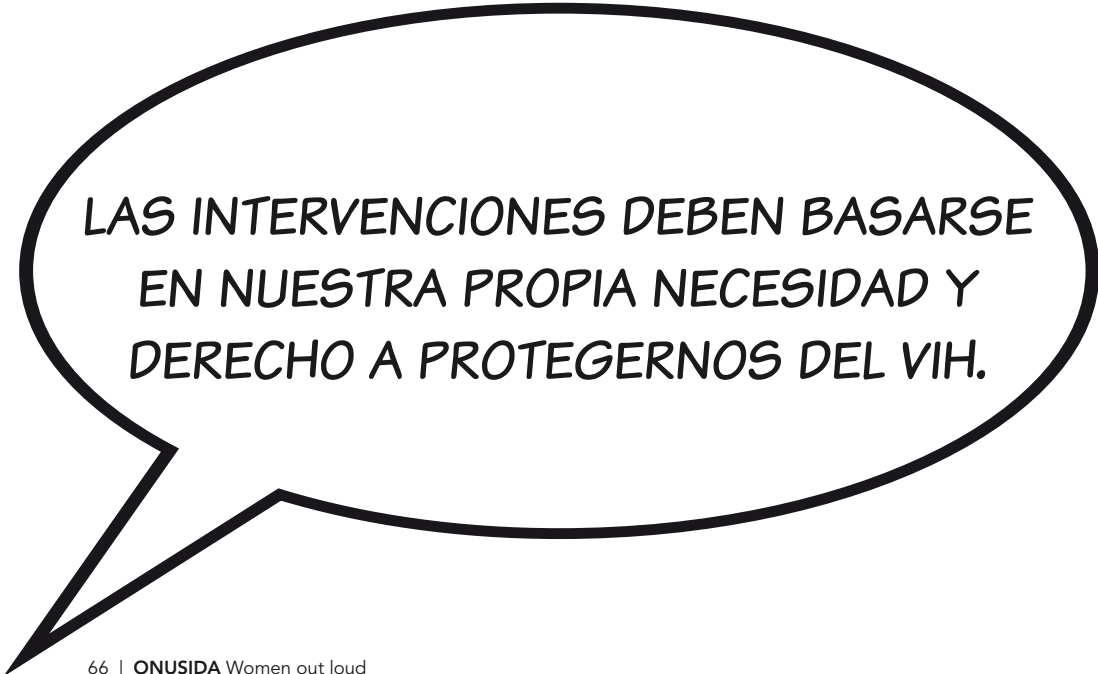
En Sudáfrica, todos los días vemos que mujeres jóvenes y mayores son violadas y asesinadas. Nos preguntamos: ¿Cómo hemos llegado a este punto, como para que no resuene en nuestros valores y cultura? Las mujeres se preguntan: ¿por qué han fallado los servicios en mantenernos a salvo? Nuestras mujeres necesitan asesoramiento y profilaxis posterior a la exposición, es necesario que la policía y las autoridades escuchen y que lleven a los responsables ante la justicia.

Del mismo modo, los jóvenes se enfrentan problemas de pobreza, carecen de redes sociales de protección y pueden experimentar falta de vivienda, mientras usan drogas. Las mujeres jóvenes que no tienen hogar sufren violencia y abuso, y en algunos países, las mujeres que usan drogas no tienen acceso a centros de acogida para mujeres maltratadas.

Aprendan de nosotras

La epidemiología ha trazado varios factores que aumentan nuestra vulnerabilidad al VIH. Lo que falta en el análisis epidemiológico que a menudo se representa en la política, es identificar lo que funciona para las mujeres y las niñas, aprendiendo de nuestras experiencias personales como mujeres en toda nuestra diversidad.

En Sudáfrica, por ejemplo, la mayoría de las veces, las mujeres y las niñas no son tratadas como una población clave a pesar de que vivimos en una región en la que más mujeres que hombres viven con el VIH. Alrededor del mundo, los programas que toman un enfoque transformador del trato entre géneros, (es decir, aquellos que buscan cambiar las normas de género que sean perjudiciales y fomenten la desigualdad para así lograr normas sociales, estructuradas y relaciones equitativas) carecen de fondos y no están bien



**LAS INTERVENCIONES DEBEN BASARSE
EN NUESTRA PROPIA NECESIDAD Y
DERECHO A PROTEGERNOS DEL VIH.**

integrados en las respuestas nacionales contra el VIH. Muchos países siguen utilizando el enfoque de “abstinencia, fidelidad y uso del condón” para las mujeres y las niñas, haciendo caso omiso de nuestras realidades y el contexto sociocultural y religioso del que venimos.

Las intervenciones deberían basarse en nuestra propia necesidad y derecho de protegernos del VIH. La respuesta contra el SIDA no debe encasillarnos en una categoría ya que todas tenemos múltiples identidades. Una trabajadora sexual es a veces también una esposa, y aunque ella use condones de manera constantemente con sus clientes, no lo hace con su esposo o pareja. Igualmente, una mujer casada que vive con el VIH no puede revelar su condición de VIH a su esposo (probablemente VIH negativo) porque teme perderlo o ser golpeada. Una mujer joven hace caso omiso a las señales de riesgo porque lo único que siente es amor por su pareja. Este es el contexto social en que vivimos y, por lo tanto, tenemos que revisar todos nuestros programas de prevención a través del lente del trato de género y los derechos humanos.

Trabajamos en un entorno liderado por hombres. Hemos puesto nuestras experiencias sobre la mesa y hemos tomado posiciones de liderazgo en los consejos nacionales contra el SIDA. Estamos trabajando estrechamente con ministerios de género y estamos también estratégicamente relacionadas con los ministerios de salud, asegurándonos de que la igualdad de género sea atendida y que se hagan más esfuerzos para llevar a cabo una respuesta nacional contra el SIDA transformadora en términos de género.

Hemos estado documentando nuestras experiencias, revisando investigaciones actuales sobre la igualdad de género y un mayor apoyo en las políticas y planes nacionales. Las mujeres están tomando posiciones de liderazgo en todos los niveles de trabajo cívico. En conjunto, las mujeres están cambiando, pero esto podría ocurrir más rápido si este crecimiento es celebrado y apoyado.

Prudence Mabele es Directora Ejecutiva de la Red de Mujeres Positivas en Sudáfrica; Gracia Violeta Ross es Presidenta Nacional de la Red Boliviana de Personas que Viven con el VIH, en Bolivia; Anandi Yuvraj es Coordinadora Regional de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/SIDA en Asia Pacífico en India.

ACCIONES

- **Proporcionar los recursos necesarios** para ampliar y poner en práctica programas transformadores a nivel de género, que nos funcionen a nosotras.
- **Avanzar en la investigación sobre la desigualdad de género, la discriminación y las prácticas culturales nocivas** que influyen en la transmisión del VIH, incluyendo la violencia de género que muchas de nosotras hemos experimentado.
- **Involucrarnos para monitorear y evaluar los logros** para medir el progreso;
- **Invertir en empoderamiento a través de educación, salud, empleo y posiciones de liderazgo.**
- **Ampliar los programas para nosotras más allá de la prevención de la transmisión madre-hijo** para llegar a programas de atención y prevención integral.
- **Invertir en nuestras comunidades con enfoques transformadores del género** que traten las normas de género perjudiciales y llegar a los niños y niñas en sus años de formación.



¡ELIMINAR EL
ESTIGMA Y LA
DISCRIMINACIÓN!

80%

80% de los gobiernos muestran leyes o reglamentos para proteger a las mujeres de la discriminación.

22%

Hasta un 22% de las mujeres que viven con el VIH reportan sentir deseos suicidas.

37%

Hasta un 37% de las mujeres que viven con el VIH reportan haber sido agredidas físicamente.



OBJETIVO 8

ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS INFECTADAS Y AFECTADAS POR EL VIH MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE LEYES Y POLÍTICAS QUE GARANTICEN A PLENITUD TODOS LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS LIBERTADES FUNDAMENTALES.

LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH SE HAN ENFRENTADO A LA PÉRDIDA DEL SUSTENTO, EL DESALOJOS FORZADOS, EL RIDÍCULO, LOS INSULTOS, EL ACOSO, LA EXCLUSIÓN, LAS AMENAZAS FÍSICAS, LA AGRESIÓN E INCLUSO EL ASESINATO. SIN EMBARGO, FRENTE AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN TAMBIÉN SE HAN CONVERTIDO EN UNA FUERZA DE CAMBIO (1).

Introducción

Las mujeres a menudo llevan la peor parte más fuerte por el estigma y la discriminación, en las diferentes epidemias y entornos, ya que se espera con frecuencia que conserven las tradiciones morales de su sociedad y el VIH es considerado como prueba de que no han podido cumplir con esta importante función social (2). Las mujeres que viven con el VIH siguen sufriendo a diario el estigma, la discriminación y otras violaciones a sus derechos humanos dentro de sus familias y comunidades, en las instalaciones de atención médica, y en el contexto de los servicios legales y sociales y en el mundo del trabajo. (Tabla 8.1).

El estigma y la discriminación tienen un impacto negativo en las costumbres de búsqueda de atención en salud de la mujer y su capacidad para acceder a servicios y apoyo. Las violaciones de derechos humanos contra las mujeres que viven con el VIH son comunes en los entornos de atención de salud, incluyendo la negación a brindar información o proporcionar información falsa sobre la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y la prevención del VIH y su tratamiento. Las mujeres que viven con el VIH también han informado experimentar la negación de los servicios, malos tratos y críticas, falta de confidencialidad y falta de consentimiento informado (1). Un estudio reciente de una muestra representativa en Kenia encontró que el miedo al estigma y la violencia relacionada con el VIH puede ser una barrera para la aceptación de la prueba del VIH en mujeres embarazadas (3).

TABLA 8.1. ÍNDICE DE ESTIGMA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH, RESULTADOS POR PAÍS

PAÍS	% DE ESTIGMA EXPERIMENTADO EN LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD		% QUE EXPERIMENTA VIOLENCIA		% DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO		% DE ESTIGMA INTERIORIZADO		ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD	
	Excluidos de los eventos familiares	Motivo de Chismes	Insultados verbalmente	Agredidos físicamente	Oportunidades de Empleo negadas	Pérdida del Empleo	Sienten Vergüenza	Sienten Deseos Suicidas	Servicios de salud negados incluyendo la atención dental	Servicios de salud sexual y reproductiva negados
	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres	Hombres Mujeres
CAMERÚN	14.5 11	46.5 53.5	30.2 36.9	11.1 12.3	12.5 3.4	21.9 23.1	32.6 36.3	4.9 4.6	13.4 13.1	3.4 5.6
EL SALVADOR		21.5 37.4	7.3 17.4	2.3 4.6						
ESTONIA	* *	57 72	35 44	23 23	* *	* *	39 47	7 15	* *	* *
ETIOPIA	25.5 25.7	65.5 70.5	30.4 33.4	9.5 11.7	25.9 22.4	41.6 42.2	45.1 46.1	16.6 21.5	8.1 7	5.5 5.6
GUATEMALA	4.2 3.1	18.2 20.4	10 9.9	2.3 4.3	2.3 5.2	9.3 6	37.6 50	15.3 12.7	5.2 5.7	2.1 1.3
JAMAICA	* *	53 56.6	25.7 33.2	5.9 9	* *	10.6 15	* *	13 24	7 5	* *

Nota: Estos países ofrecen una imagen representativa de la información mediante el Índice de Estigma de las Personas que Viven con el VIH

Entre las violaciones más graves de derechos humanos contra las mujeres que viven con el VIH está SU esterilización forzada (4). Un informe publicado en 2012 por la Iniciativa Africana de Género y Medios de Comunicación (5), ha encontrado evidencia de que las mujeres VIH-positivas son generalmente esterilizadas sin su consentimiento en los hospitales del gobierno de Kenia. Las esterilizaciones no voluntarias de las mujeres VIH-positivas también han sido reportados en Chile (6), Argentina (7) y México (8), así como en Asia (9) y el sur de África (10).

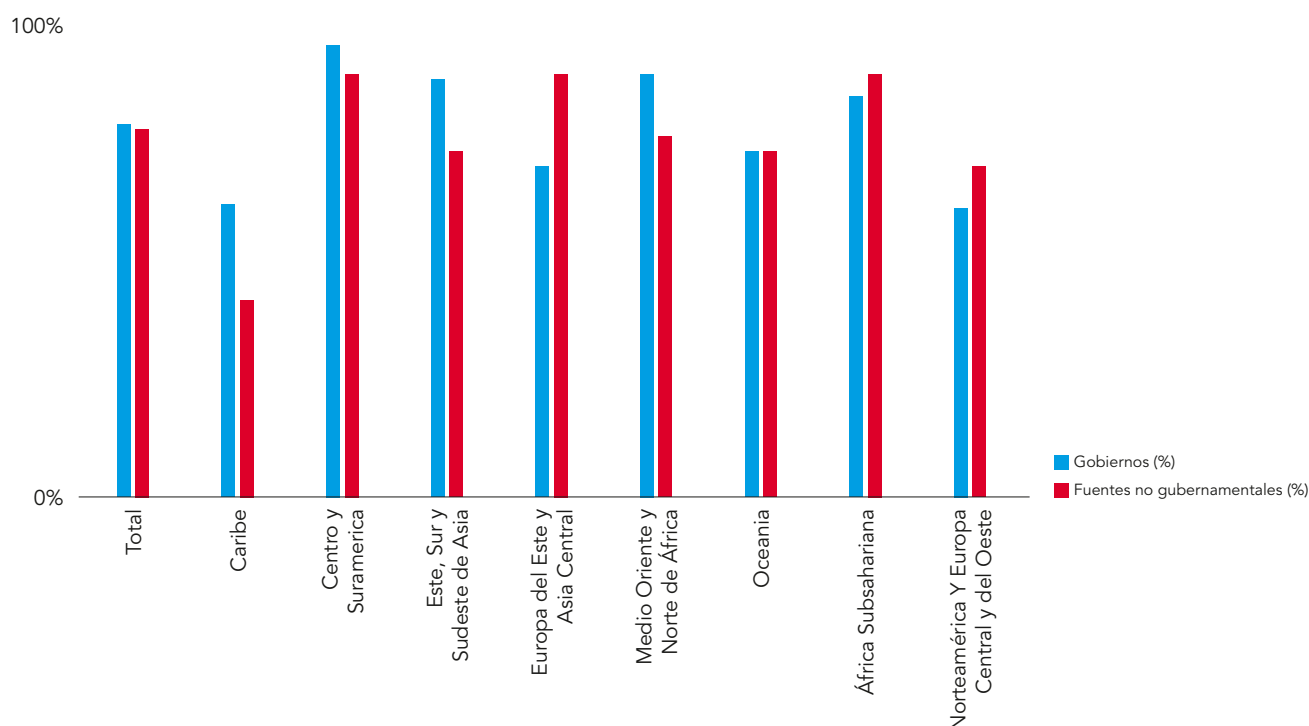
Otro reto fundamental que enfrentan las mujeres que viven con el VIH es la negación de sus derechos de propiedad y herencia, por lo general cuando sus maridos han muerto como consecuencia del SIDA. Esto puede llevar a desalojos forzosos, la pérdida de la vivienda y los medios de subsistencia, el abandono de las familias y las comunidades. En este contexto, las mujeres afectadas y sus hijos pueden enfrentar mayores barreras en el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo (11). En un estudio en zonas marginales de Uganda y en Sudáfrica se determinó que las mujeres que son dueños de propiedad son mucho más capaces de escapar de relaciones abusivas y negociar las relaciones sexuales, incluyendo el exigir el uso del condón (12).

Las mujeres que viven con el VIH que venden sexo, usan drogas o las que son lesbianas o transexuales se enfrentan a graves desventajas adicionales especialmente cuando estas conductas están tipificadas como delito. Las leyes penales y un sistema policivo abusivo (acoso, extorsión, violación y violencia) son elementos que alejan a estas poblaciones de los servicios relacionados con el VIH, incluyendo el tratamiento. Las mujeres que viven con el VIH en estas poblaciones se enfrentan a múltiples niveles de estigma, discriminación y marginación.

El proceso legal

Los reportes de Progreso de la Respuesta Global contra el SIDA de 2012 presentados por cada país indican algunos avances en el tratamiento de las leyes de la estigmatización, discriminación y judicialización que afectan a las mujeres. Aproximadamente el 80% de los gobiernos reportan leyes o reglamentos para proteger a las mujeres frente a la discriminación, aunque existen importantes diferencias entre regiones (Fig. 8.1). Sin embargo, aun cuando existen leyes, los recursos legales pueden estar alejados y muy costosos para las mujeres que viven con el VIH. Además, el acceso de las

FIGURA 8.1. REPORTES DE FUENTES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES SOBRE SI EL PAÍS TIENE LEYES O REGLAMENTOS PARA PROTEGER A LAS MUJERES, 2012.



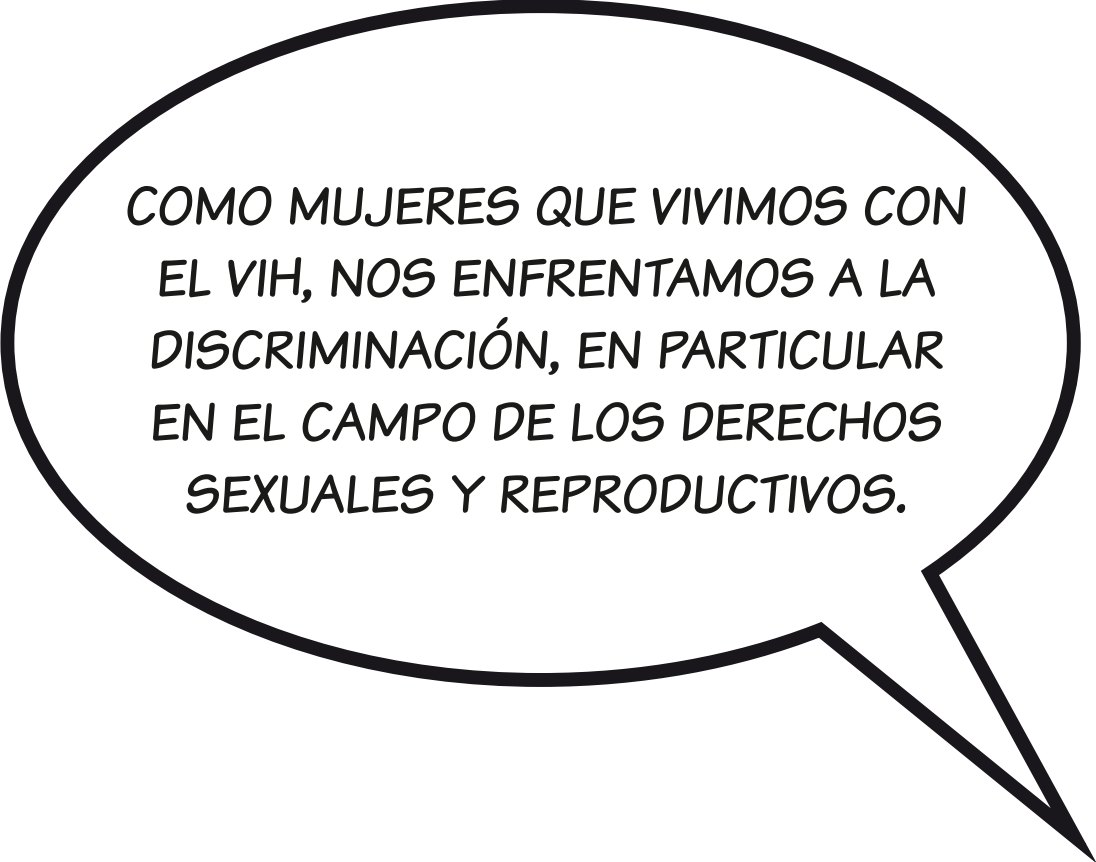
Fuente: Índice de Compromisos y Políticas Nacionales

mujeres a la justicia puede verse comprometido si no es apoyado por las normas vigentes de conducta de las autoridades distritales y/o líderes comunitarios/ tradicionales.

En varios países, las mujeres que viven con el VIH y sus defensores están desafiando las leyes y prácticas de judicialización. En Malawi, las mujeres que viven con el VIH trabajaron en estrecha colaboración con otros grupos de mujeres para garantizar que el Parlamento aprobara una nueva Ley de Sucesiones en 2011, que reconoce el derecho de la mujer a heredar los bienes del matrimonio (13). La nueva ley, aprobada después de 12 años de discusión, hace de la expropiación de la propiedad un delito penal (13).

En India y Nepal, las mujeres con VIH-positivas que usan drogas están trabajando con organizaciones locales para apoyar a sus pares en el acceso a servicios para la prevención y reducción de daños. También trabajan para sensibilizar a la policía contra la aplicación de leyes de judicialización y la violencia hacia las personas que usan drogas y son trabajadoras sexuales (14).

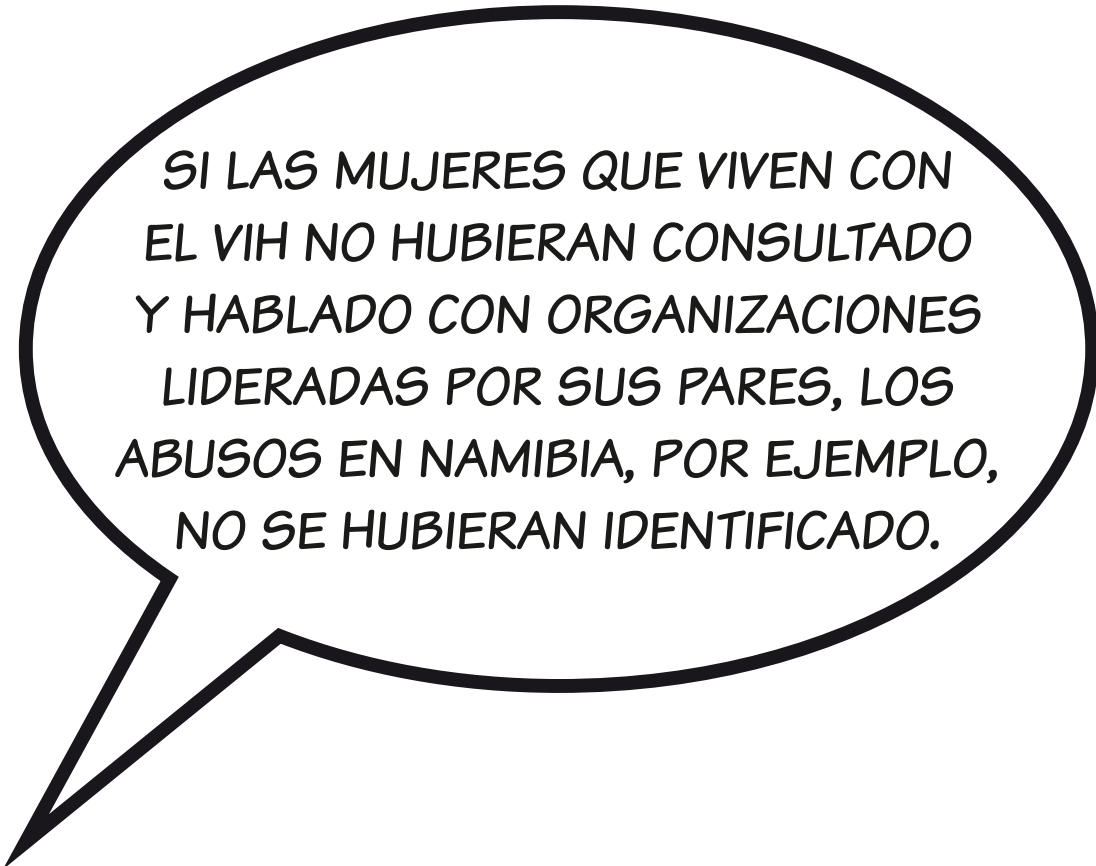
Los recientes éxitos encabezados por mujeres contra el estigma, la discriminación y las leyes de judicialización demuestran que se puede avanzar en ambientes legales y sociales negativos. Para ello es necesario involucrar a las mujeres que viven con el VIH y sus defensores y garantizar



**COMO MUJERES QUE VIVIMOS CON
EL VIH, NOS ENFRENTAMOS A LA
DISCRIMINACIÓN, EN PARTICULAR
EN EL CAMPO DE LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.**

que sus experiencias den forma a la respuesta contra la epidemia. Estos esfuerzos deben ir en consonancia con el Marco de Salud, Dignidad y Prevención Positiva, que se centra en mejorar y mantener la salud y el bienestar de las personas que viven con el VIH de una forma integral. Esto, a su vez, contribuye a la salud y el bienestar de sus parejas, familias y comunidades (15).

Sin embargo, el apoyo a las redes de mujeres que viven con el VIH es insuficiente como para que participen de manera significativa y sostenible en la respuesta contra el SIDA y para acabar con el estigma, la discriminación y la violencia contra ellas. Debe disponerse de recursos para apoyar a las mujeres que viven con el VIH a través de programas concretos para desafiar la estigmatización, la discriminación y las leyes de judicialización. Estos programas incluyen la reforma legal, la alfabetización de los derechos humanos, los servicios legales, el monitoreo y la reducción del estigma y la discriminación, la capacitación de la policía y los trabajadores de la salud, y los programas para reducir o eliminar normas de género perjudiciales y la violencia contra las mujeres. Se deberá prestar especial atención en atender las necesidades de las mujeres que viven con el VIH y que pertenecen a las poblaciones clave.



SI LAS MUJERES QUE VIVEN CON
EL VIH NO HUBIERAN CONSULTADO
Y HABLADO CON ORGANIZACIONES
LIDERADAS POR SUS PARES, LOS
ABUSOS EN NAMIBIA, POR EJEMPLO,
NO SE HUBIERAN IDENTIFICADO.

WOMEN OUT LOUD

JENNIFER GATSI, SUSAN PAXTON, RITA WAHAB

Es cada vez más claro que las políticas, leyes y su aplicación tienen un impacto significativo en la forma en que accedemos a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Las mujeres que viven con el VIH sienten el peso de las leyes, políticas y prácticas punitivas y discriminatorias. El estigma y la discriminación limitan nuestra capacidad para reclamar y disfrutar nuestros derechos.

Aunque el VIH se ha hecho manejable y quienes tenemos acceso al tratamiento vivimos más tiempo, seguimos enfrentando el estigma y la discriminación. Como mujeres que vivimos con el VIH, nos enfrentamos a una discriminación particular en el área de los derechos sexuales y reproductivos. En todo el mundo hay muchos ejemplos de cómo experimentamos el estigma y la discriminación. Nos enfrentamos a la criminalización, el acoso, la coacción y la violencia, incluso a manos de las fuerzas policiales que se supone que nos protegen. Esto empuja a muchas mujeres que temen ser identificadas como seropositivas a mantenerse fuera del alcance de los servicios esenciales contra el VIH.

Más de 60 países han aprobado una legislación que criminaliza la transmisión del VIH y más de 600 personas que viven con el VIH en 24 países han sido condenadas por las leyes penales específicas o generales contra el VIH. Leyes similares han sido adoptadas o están en trámite en algunas partes de Asia, América Latina y el Caribe. Estas leyes no hacen más seguras las prácticas sexuales. En cambio, estas leyes disuaden al ciudadano de acceder a los servicios, por temor a ser judicializados (16). Estas leyes aumentan en las mujeres el riesgo a la violencia y el abuso, y promueven el estigma relacionado con el VIH, lo que socava la salud pública y los derechos de las mujeres. También nos enfrentamos a las desigualdades estructurales y jurídicas relativas a la herencia de propiedades, la custodia de los hijos y los derechos de manutención, y el estigma en el lugar de trabajo.

Existen restricciones en el acceso a información sobre la prevención del VIH, así como los productos y servicios relacionados, especialmente para las mujeres jóvenes, que en su lugar se les hace creer que deben “conocer mejor” en vez de hacer preguntas sobre el sexo o la sexualidad. A las mujeres jóvenes que viven con el VIH a menudo se les dice que no deben tener relaciones sexuales y, por lo tanto, tienen miedo de consultar a los proveedores de servicios médicos sobre opciones anticonceptivas que ellas puedan controlar.

Las mujeres se enfrentan a una creciente discriminación debido a las políticas gubernamentales de muchos países para hacer pruebas de VIH a todas las mujeres embarazadas. También hay pruebas obligatorias del VIH en el contexto de la migración y el empleo (incluyendo el trabajo sexual), el acceso a servicios de atención de la salud y para las mujeres en las cárceles. Más de 20 países de África Subsahariana han aprobado leyes con cláusulas que incluyen las pruebas de VIH obligatorias y divulgación del resultado. Debido a estas políticas, a menudo conocemos nuestra condición de VIH sin haber dado nuestro consentimiento para dichas pruebas y sin haber recibido asesoramiento o información clara y precisa sobre temas esenciales relacionados con el VIH.

Las mujeres suelen ser las primeras personas de la familia en ser diagnosticadas con el VIH y la mayoría de las veces esto ocurre cuando se confirma un embarazo. Muchas mujeres se enfrentan a la violencia posterior de su cónyuge o de desalojo de sus hogares por parte de sus suegros, cuando su estado de VIH es conocido. Muchas mujeres diagnosticadas con el VIH durante el embarazo, también se enfrentan a la discriminación de los trabajadores de la salud, incluida la esterilización forzada y la negación de la atención al momento del parto.

La mayoría de los países han firmado tratados internacionales de derechos humanos, y han hecho muchos compromisos políticos que tienen el propósito de salvaguardar nuestros derechos como mujeres que vivimos con el VIH para ser tratadas por igual, pero a menudo estos compromisos no se han traducido en leyes, políticas, programas y servicios.

Presionando por un cambio de política

En algunos países, las mujeres que viven con el VIH han puesto en duda el *status quo* y han generado políticas que dan cuenta de la igualdad de derechos de todas las mujeres, independientemente de nuestra condición de VIH. Hacer cumplir las responsabilidades del gobierno a través del sistema judicial es más difícil, sin embargo, las mujeres que viven con el VIH han comenzado a hacerlo. En julio de 2012, el Tribunal Superior de Namibia emitió su fallo contra el Gobierno de Namibia, en favor de tres mujeres que viven con el VIH y que afirmaron que fueron obligadas a esterilización. El juez, sin embargo, negó la afirmación de las demandantes de que la esterilización forzada ocurrió a causa de su estado VIH-positivo. En consecuencia, quedan muchos retos en el tratamiento de las actuales violaciones generalizadas de los derechos de las mujeres que viven con el VIH.

Las investigaciones realizadas por nuestras redes en Asia y África indican que las mujeres que viven con el VIH son segregadas y discriminadas durante todo el embarazo y al momento del parto (17, 18). Estas prácticas llevan a muchas mujeres a permanecer ocultas, por lo que evitan los servicios de atención de la salud prenatal y, por lo tanto no reciben una atención óptima durante el embarazo.

Las violaciones de derechos que enfrentan las mujeres embarazadas que son VIH-positivas surgen de un contexto más amplio de discriminación relacionada con el VIH. Hasta que esto sea reconocido por los gobiernos, las políticas y programas para eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH seguirán fallando.

También debe haber una participación significativa de las mujeres que viven con el VIH. Si las mujeres que viven con el VIH no hubieran consultado y hablado con organizaciones lideradas por sus pares, los abusos en Namibia, por ejemplo, no se hubieran identificado. Esto dice mucho acerca de la importancia de nuestras redes como un componente integral para hacer frente al estigma, la discriminación y las violaciones de derechos humanos relacionadas con el VIH.

Jennifer Gatsi es Directora de la Red de Salud de Mujeres de Namibia; Susan Paxton es una Asesora de la Red Asia-Pacífico de Personas que Viven con el VIH; Rita Wahab es el Coordinadora Regional de MENA-Rosa en el Líbano.

ACCIONES

- **Involucrarnos significativamente en toda formulación de políticas y el diseño y ejecución de programas relacionados con el VIH.**
- **Protegernos actuando de inmediato a nivel del gobierno para detener la esterilización forzada y por coacción, emitir directrices claras para garantizar el consentimiento informado antes de las pruebas de salud sexual y reproductiva, así como tratamientos o procedimientos, y proporcionarnos una amplia gama de opciones anticonceptivas.**
- **Respetar nuestros derechos mediante la promulgación de leyes y políticas que defiendan los derechos de todas las personas con VIH y en consecuencia reducir el estigma relacionado con el VIH.**
- **Invertir en nuestras redes financieras y prestar apoyo técnico para que podamos abogar y supervisar activamente las reformas legales, políticas y programáticas.**
- **Proporcionarnos los donantes y el apoyo de los organismos de las Naciones Unidas para documentar la discriminación relacionada con el VIH, con un enfoque particular sobre violaciones a los derechos de salud sexual y reproductiva, y para desafiar las políticas o leyes cuando se violen nuestros derechos.**



¡ELIMINAR LAS
RESTRICCIONES
RELACIONADAS CON EL
VIH PARA EL INGRESO,
ESTADÍA Y RESIDENCIA!

45 PAÍSES

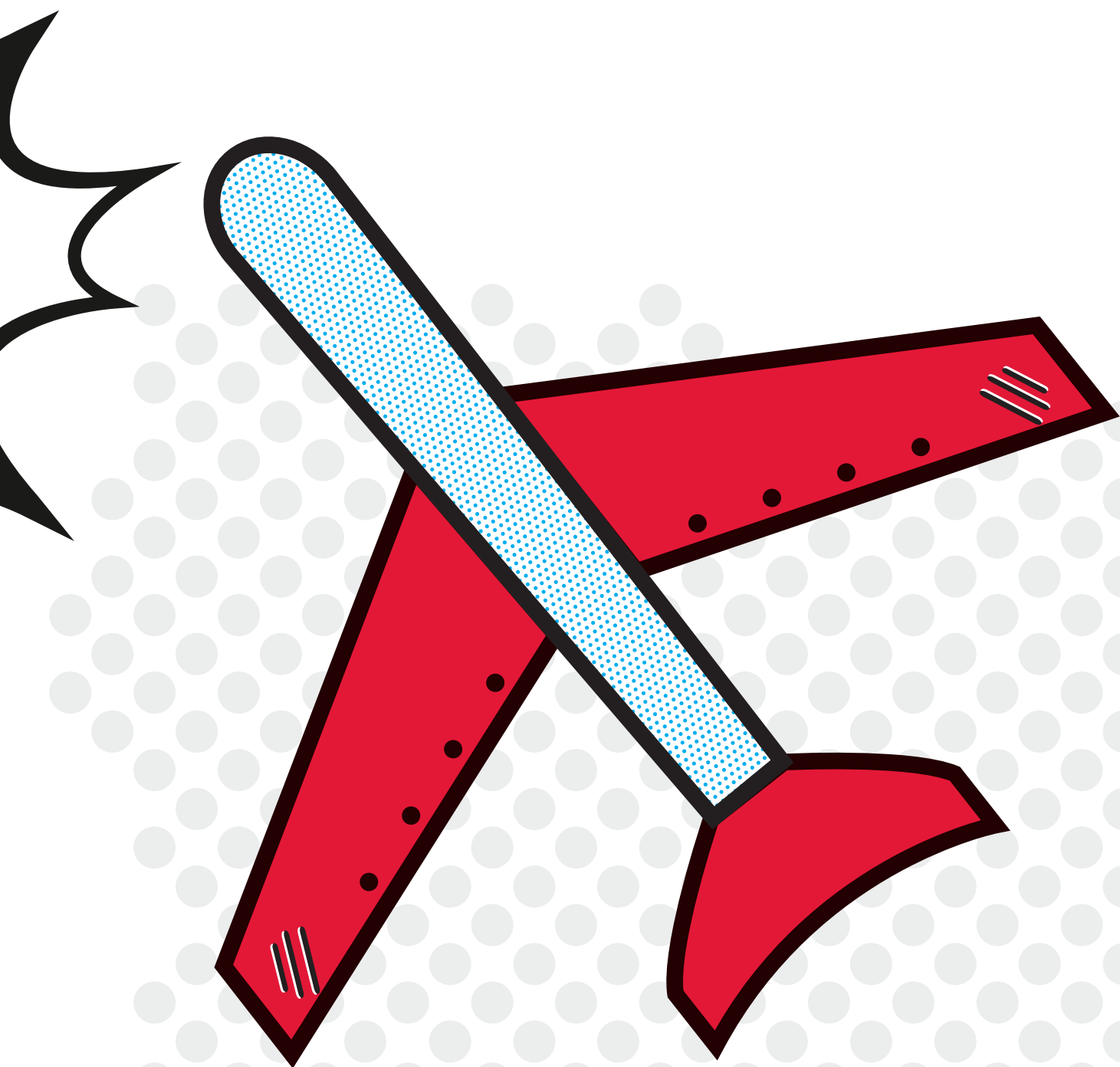
En julio de 2012, 45 países aún tenían algún tipo de restricciones relacionadas con el VIH para la entrada, estadía o residencia.

214 MILLONES

De 2005 a 2010, el número de migrantes internacionales aumentó de 191 millones a 214 millones.

50%

Las mujeres representan casi el 50% de las personas que migran por razones laborales.



OBJETIVO 9

ELIMINAR LAS RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH PARA EL INGRESO, LA ESTADÍA Y LA RESIDENCIA.

RESTRICCIONES RELACIONADAS CON VIH PARA LA ENTRADA, ESTADÍA Y RESIDENCIA ASUMEN ERRÓNEAMENTE QUE LAS PERSONAS CON VIH REPRESENTAN UNA AMENAZA NACIONAL PARA LA SALUD. POR EL CONTRARIO, SON DISCRIMINATORIAS, PERPETÚAN EL ESTIGMA Y NO PROTEGEN LA SALUD PÚBLICA.

Introducción

EL Progreso para eliminar las restricciones relacionadas con el VIH para la entrada, estadía y residencia se ha acelerado: desde 2010, Armenia, China, Islas Fiji, Moldavia, Namibia, Corea del Sur, Ucrania y los Estados Unidos de América han eliminado dichas restricciones. Sin embargo, en julio de 2012, 45 países aún tenían establecidas algún tipo de dichas limitaciones.

No existen datos disponibles sobre la cantidad de personas que se ven afectadas por estas restricciones. Sin embargo, es probable que los trabajadores migrantes sean los más afectados, ya que millones de ellos tratan de entrar, trabajar y permanecer en los principales países de destino - principalmente los Estados del Golfo - que aplican tales restricciones. De 2005 a 2010, el número de migrantes internacionales aumentó de 191 millones a 214 millones. Las mujeres representan casi el 50% de quienes migran por motivos laborales (1).

Las restricciones de viaje relacionadas con el VIH para la entrada, estadía y residencia también afectan los derechos humanos de los solicitantes de asilo y refugiados. Una estrategia clave es asegurarse de que el estado de VIH de un solicitante de asilo no constituya una barrera para el acceso a los procedimientos de asilo, ni que sea un motivo para devolverle a su país de origen. Las mujeres refugiadas que viven con el VIH pueden enfrentar estos desafíos.

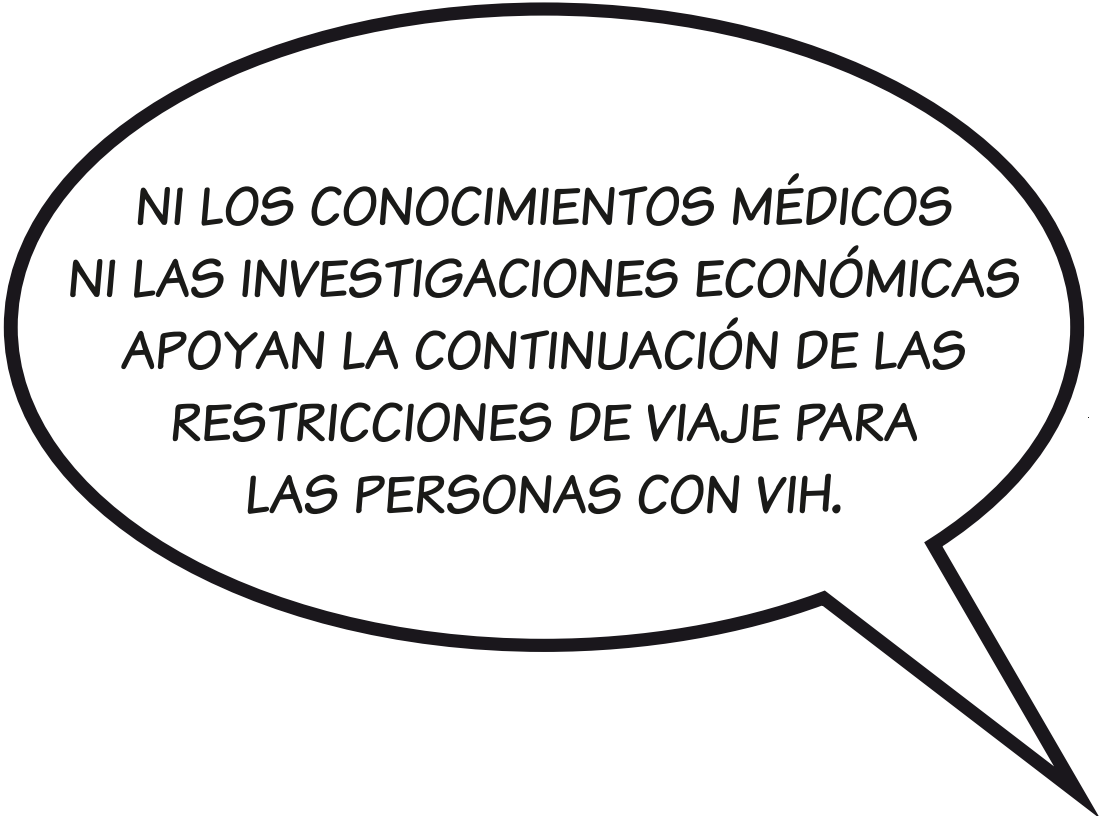
Restricciones relacionadas con el VIH para la entrada, estadía y residencia adoptan diversas formas que pueden afectar los derechos y la dignidad de las personas que viven con el VIH. Algunos países exigen que la gente se realice una prueba de VIH con el fin de obtener o renovar una visa, mientras que otros requieren un certificado médico que indique su estado VIH-negativo, o exigen la declaración del estado serológico en los formularios de solicitud de visa. Algunos países deportan a los inmigrantes que ya están en el país si se infectan y su estado de VIH-positivo es conocido. Tal deportación a menudo implica la detención y se produce sin el debido proceso de ley y la protección de la confidencialidad.

Las mujeres migrantes se enfrentan a desafíos adicionales, incluyendo las restricciones relacionadas con el VIH para la entrada, estadía y residencia. Las mujeres migrantes son más vulnerables al abuso físico, sexual y verbal, y tienen más probabilidades de ser objeto de la trata de personas (2).

Prevención y tratamiento para todos

La investigación ha encontrado que las mujeres inmigrantes que son trabajadoras domésticas son más vulnerables a la infección por el VIH debido al mayor riesgo de explotación sexual y la violencia, y porque a menudo carecen de protección legal (3). Para las mujeres migrantes que viven con el VIH, las restricciones para la entrada, estadía y residencia exacerban los distintos tipos de estigma que pueden experimentar. Este estigma puede estar relacionado con su condición de migrantes, género, ser sobreviviente s de la violencia sexual y/o ser VIH-positivas.

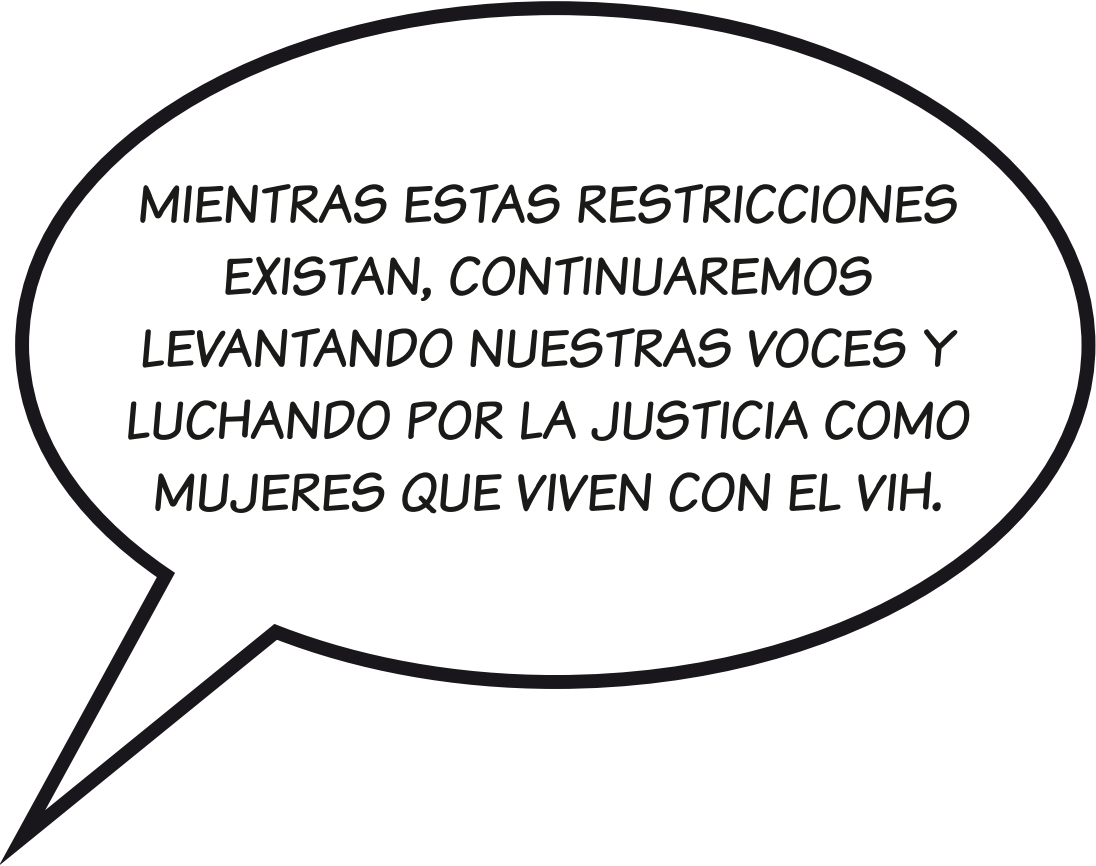
Los trabajadores migrantes deportados que viven con el VIH también pueden ser estigmatizados y discriminados por sus familias y comunidades al regresar a sus países de origen (3). Para los trabajadores migrantes que ya pueden tener opciones limitadas de empleo y bajo nivel socioeconómico, dicho estigma y discriminación pueden ser devastadores.



**NI LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS
NI LAS INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
APOYAN LA CONTINUACIÓN DE LAS
RESTRICCIONES DE VIAJE PARA
LAS PERSONAS CON VIH.**

La forma más racional y eficaz de proteger la salud pública en el contexto del VIH y la movilidad es proporcionar acceso a la prevención así como información y servicios de tratamiento para todas las personas que entren y salgan de un país, sin importar si son ciudadanos o no ciudadanos. Argentina y Brasil son buenos ejemplos de países que ofrecen el acceso universal al tratamiento contra el VIH, así como atención y apoyo. Ambos países proporcionan terapia antirretroviral, atención y apoyo a las personas procedentes de países limítrofes, independientemente de su nacionalidad o estatus migratorio. Inglaterra también ha eliminado los costos para tratamiento y atención del VIH para los migrantes indocumentados y a los ciudadanos no británicos.

A la luz del aumento de la migración y la globalización, abordar las cuestiones más amplias relacionadas con los derechos humanos y la salud, junto con el movimiento, en particular para las mujeres migrantes y quienes viven con el VIH, es clave para la salud mundial y nacional. El éxito de los esfuerzos para eliminar las restricciones de entrada, estadía y residencia han implicado a menudo coaliciones de personas que viven con el VIH, defensores de derechos de los migrantes, grupos de mujeres y organizaciones de derechos humanos que trabajan mancomunadamente. Los países cuyos nacionales están sometidos a las restricciones también deben abordar el tema como un asunto bilateral.



**MIENTRAS ESTAS RESTRICCIONES
EXISTAN, CONTINUAREMOS
LEVANTANDO NUESTRAS VOCES Y
LUCHANDO POR LA JUSTICIA COMO
MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH.**

WOMEN OUT LOUD

LOUISE BINDER, MARÍA LORENA DI GIANO, BABY RIVONA

La libertad de movimiento debe ser universal. Las restricciones de viaje violan nuestros derechos humanos básicos. Ponen en peligro nuestros derechos a la educación, al trabajo, a la intimidad y al más alto nivel posible de salud. Muy seguramente, tras casi 30 años de aprendizaje, experiencia e investigación, hemos aprendido que esta epidemia esencialmente es global, socioeconómica, una cuestión de derechos humanos, y no sólo un problema de salud.

Si bien las restricciones de viaje discriminan a todas las personas que viven con el VIH, como mujeres representamos la mitad de la epidemia a nivel mundial, y somos las más perjudicadas. Con nuestro conocimiento sobre el VIH y el advenimiento de la terapia antirretroviral que reduce el riesgo de infección en un 96%, las personas que viven con el VIH no representan un inherente riesgo para la salud. Ni los conocimientos médicos, ni las investigaciones económicas apoyan la continuación de las restricciones de viaje impuestas a las personas con VIH.

Sin embargo, hemos experimentado personalmente los efectos de dichas restricciones para los viajes. Hemos experimentado la pérdida de empleo debido a la condición de VIH, no ser remitidas a una atención médica y para después ser deportadas. Hemos estado en la posición desagradable de tener que interrumpir el tratamiento antirretroviral a fin estudiar en un país con las restricciones de viaje para las personas que viven con el VIH.

Más que turismo

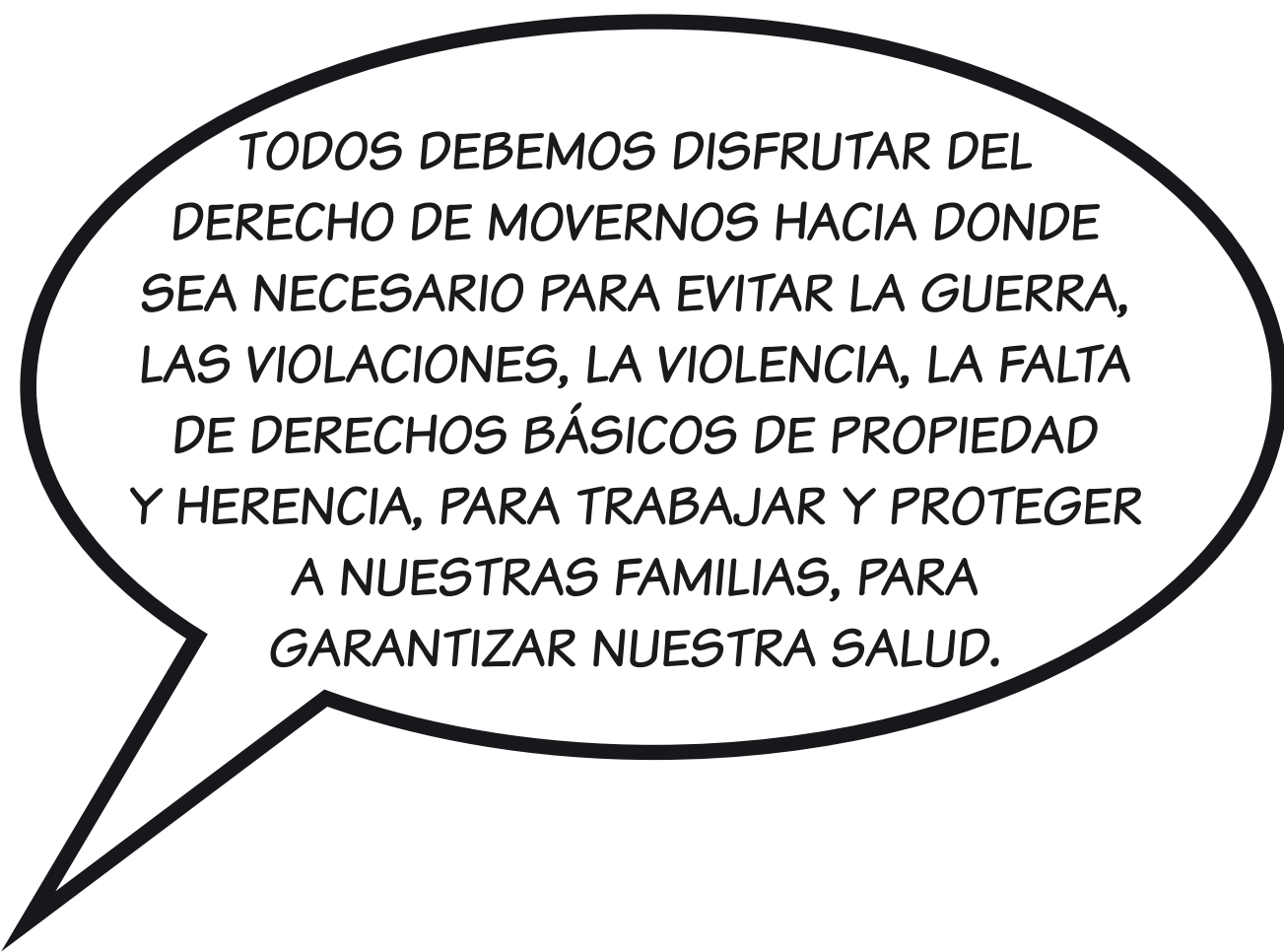
Viajar es más que turismo. Muchas personas de los países en desarrollo, especialmente las mujeres, viajan en busca de oportunidades para generar ingresos. En algunos países sólo se exigen las pruebas de VIH para los trabajadores migrantes, especialmente las mujeres, ya que se perciben como una fuente de transmisión del VIH. La realidad es que, por el contrario, las mujeres a menudo somos vulnerables al VIH una vez que entramos en un país. Las mujeres migrantes suelen ser objeto de abuso o explotación sexual en el extranjero. Un estudio realizado en Ontario, Canadá, por ejemplo, demostró que las mujeres de los países de África-Caribe que fueron diagnosticadas con el VIH contrajeron el VIH por lo general después de su entrada, y no antes. Muchas mujeres tienen poco control sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH.

Todos deberíamos disfrutar del derecho a desplazarnos a donde sea necesario para evitar la guerra, la violación, la violencia, la falta de derechos básicos a la propiedad y a la herencia; para obtener puestos de trabajo, para proteger a nuestras familias, y para garantizar nuestra salud. Las restricciones de viaje prohíben efectivamente nuestra movilidad. Peor aún, estas restricciones pueden reforzar y consolidar la condición subordinada de la mujer. Las mujeres son a menudo incapaces de encontrar trabajo, u obtienen puestos de trabajo de baja remuneración, sin beneficios, y no tienen seguro de salud en sus países de origen. Las mujeres a menudo entran a otros países como refugiadas. Las mujeres embarazadas que requieren atención están en riesgo extremo. Las mujeres transexuales son tan discriminadas que a menudo no se atreven a tratar de entrar en un país con restricciones de viaje.

Cada país con restricciones para viajes tiene sus propias reglas, que incluyen por lo general normas obligatorias, pruebas de VIH no confidenciales sin asesoramiento previo y posterior a la prueba, y sin ser remitidas a servicios de prevención y tratamiento del VIH. Las restricciones también incluyen el requisito de revelar nuestro estado serológico en las solicitudes de visado. Las consecuencias de la divulgación incluyen la detención y la deportación de personas que viven con el VIH, la negación de permisos de trabajo, y la imposibilidad de asistir a reuniones de negocios para estudiar en el extranjero o para reunirse con familiares y amigos.

¿Por qué las personas que viven con VIH enfrentan pruebas obligatorias y no confidenciales para emigrar o estudiar en el extranjero? La realización de pruebas abiertas evita efectivamente que las mujeres viajen por miedo al rechazo de su familia y la comunidad y la amenaza de la violencia, el ostracismo y la muerte una vez que se conozca su estado. Para quienes tienen la suerte de viajar, el miedo a la detección puede causar que dejemos nuestros medicamentos contra el VIH en el país, nos hace más propensas a enfermarnos o generar una resistencia a las drogas, lo que lleva a posibles problemas en el futuro.

Un argumento es que las personas con VIH le costarán más un país si se les permite entrar y se convertirá en una carga para el Estado, pero esto no es válido. No hay evidencia de que no seamos miembros plenamente contribuyentes a la estructura económica y social de nuestros nuevos hogares. El hecho de darle a las personas el tratamiento les permite llevar una vida larga y productiva, y contribuir a la economía del país de acogida.



**TODOS DEBEMOS DISFRUTAR DEL
DERECHO DE MOVERNOS HACIA DONDE
SEA NECESARIO PARA EVITAR LA GUERRA,
LAS VIOLACIONES, LA VIOLENCIA, LA FALTA
DE DERECHOS BÁSICOS DE PROPIEDAD
Y HERENCIA, PARA TRABAJAR Y PROTEGER
A NUESTRAS FAMILIAS, PARA
GARANTIZAR NUESTRA SALUD.**

Liderando la defensa

Las mujeres que viven con el VIH están involucradas en muchas e importantes iniciativas para poner fin a esta discriminación. Un ejemplo es el Comité para un Tratamiento Accesible contra el SIDA en Ontario, Canadá, una organización de servicios legales, de salud, asesoría y miembros con VIH. En 2001, realizó una investigación comunitaria pionera para mejorar el acceso al tratamiento para las personas que viven con el VIH y que son inmigrantes, refugiados y sin estado, con los resultados que forman parte de la base de su trabajo en políticas públicas. La Red Legal Canadiense de VIH/SIDA también ha realizado una excelente investigación sobre las políticas migratorias que se utiliza para políticas públicas a nivel mundial. El Proyecto Legal de la red ayuda a las personas como Heidemarie F Kremer, un médico alemán que vivía con el VIH, a quién se le negó inicialmente la entrada a los Estados Unidos, para asistir a la Conferencia Internacional sobre el SIDA de 2012 en Washington.

La Red Argentina de Mujeres que Viven con el VIH se encuentra liderando la defensa de los derechos de los migrantes que viven con el VIH, en coordinación con los grupos de mujeres migrantes, haciendo especial hincapié en los derechos de acceso a tratamiento y asistencia. Estas son sólo algunas de las muchas organizaciones locales e internacionales que luchan con valentía contra la discriminación contra las personas que viven con el VIH.

Mientras existan estas restricciones, vamos a seguir levantando la voz y luchando por la justicia, como mujeres que vivimos con el VIH.

Louise Binder es miembro de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH/SIDA, en América del Norte; María Lorena Di Giano es miembro de la Red Argentina de Mujeres que Viven con VIH/SIDA; Baby Rivona es cofundadora de la Red de Mujeres Positivas de Indonesia.

ACCIONES

- **Abogar a nuestro lado frente a los gobiernos para derogar con urgencia las restricciones de viaje para las personas que viven con el VIH.**
- **Proteger a quienes estamos afectadas por las restricciones relacionadas con el VIH para la entrada, estancia y residencia y hacer esfuerzos diplomáticos en nuestro nombre frente a los países que restringen nuestro movimiento.**
- **Trabajar con nosotras para convencer a los gobiernos que adopten políticas que garanticen nuestros derechos como inmigrantes y refugiadas que viven con el VIH con el fin de acceder a la atención médica.**
- **Respetar nuestros derechos. Las pruebas del VIH deben ser anónimas, voluntarias y confidenciales, y deben incluir el asesoramiento previo y posterior a la prueba.**
- **Proporcionar a aquellas de nosotras que están embarazadas una atención médica completa para nosotras y nuestro hijo tras la entrada a un país de ser necesario.**
- **Involucrarnos significativamente como redes de personas y mujeres que viven con el VIH en el desarrollo de políticas y leyes apropiadas.**
- **Nosotras, las mujeres que vivimos con el VIH, debemos movilizar y construir coaliciones con organizaciones de servicios relacionados con el SIDA, redes de personas que viven con el VIH y ONUSIDA para garantizar que las restricciones sean eliminadas de las leyes, reglamentos, políticas y prácticas.**



¡FORTALECER LA
INTEGRACIÓN DE
LA LUCHA CONTRA
EL VIH!

81%

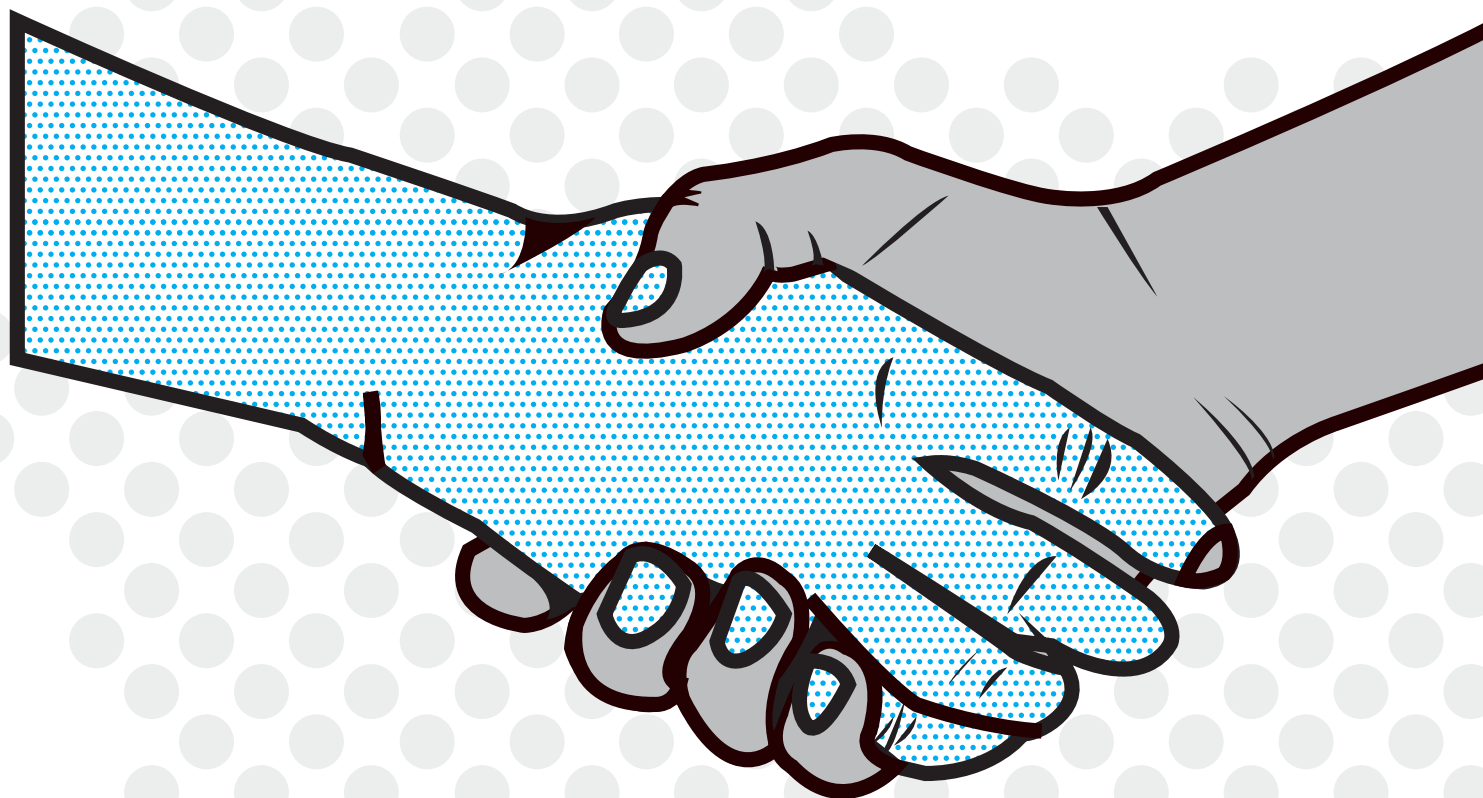
En 2012, el 81% de los países reportó incluir a las mujeres como un componente específico de las estrategias multisectoriales contra el VIH.

41%

Sólo el 41% de los países que reportan incluir a las mujeres como un componente específico de las estrategias multisectoriales contra el VIH asignar un presupuesto específico para la mujer.

3 MILLONES

Se estima que 3 millones de personas mayores de 50 años viven con el VIH en el África subsahariana.



OBJETIVO 10

ELIMINAR LOS SISTEMAS PARALELOS DE SERVICIOS RELACIONADAS CON EL VIH PARA FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA RESPUESTA AL SIDA EN LOS ESFUERZOS DE SALUD Y DESARROLLO A NIVEL MUNDIAL.

EL FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS CONTRA EL VIH Y OTROS ESFUERZOS DE SALUD Y DESARROLLO A NIVEL MUNDIAL, EN PARTICULAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PROMUEVE SU ALCANCE, MEJORA SU SOSTENIBILIDAD A LARGO PLAZO Y GENERA LOGROS EN SALUD Y DESARROLLO MÁS ÁMPLIOS, ESPECIALMENTE EN LOS DERECHOS HUMANOS (1).

Introducción

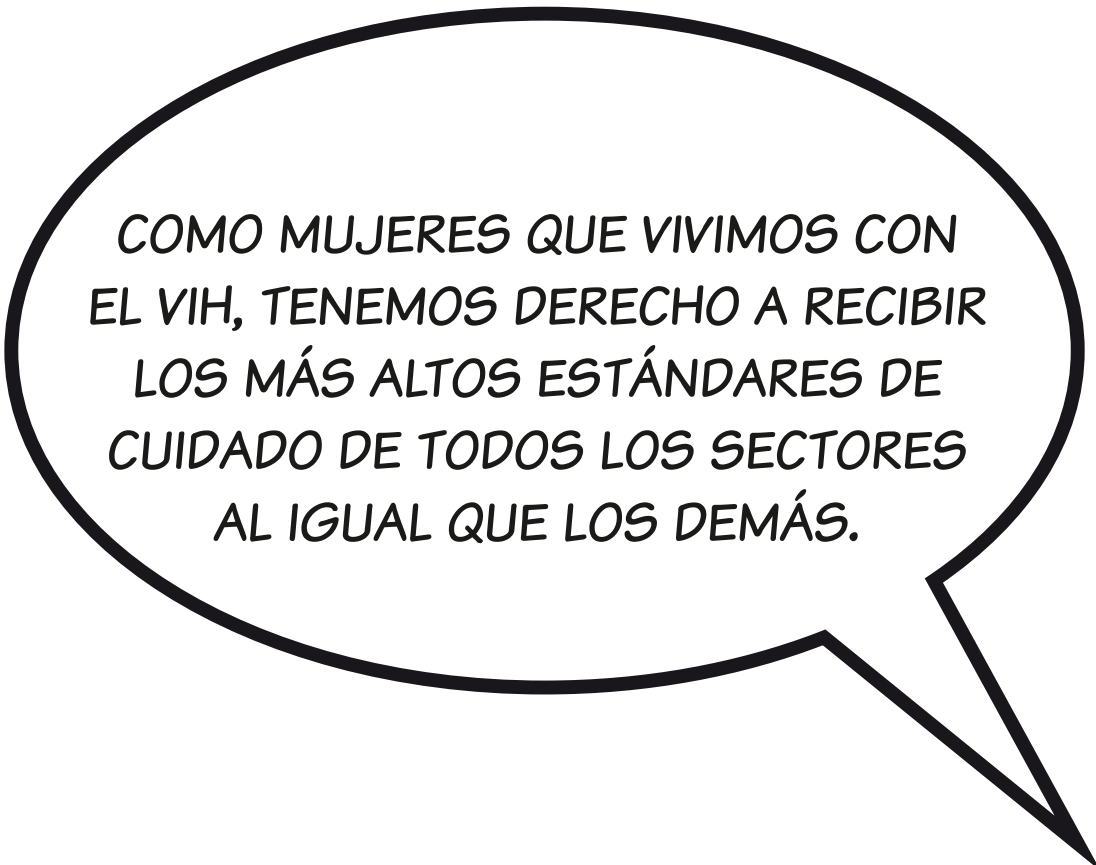
El mandato de integrar el género en los programas contra VIH se ha subrayado en diversos acuerdos y declaraciones internacionales, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo y la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (2), así como la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/SIDA.

Los gobiernos reconocen cada vez más la importancia de la igualdad de género en las respuestas nacionales contra el VIH, incluyendo cómo la epidemia afecta de manera diferente a las mujeres y las niñas. En 2012, el 81% de los países informó que incluían a las mujeres como un componente específico de sus estrategias multisectoriales contra el VIH. Sin embargo, esto significa que casi una quinta parte de los países tienen una estrategia que incluye específicamente a las mujeres. De los que lo hacen, sólo el 41% asignó un presupuesto específico para las mujeres (3). En África Subsahariana, el epicentro de la epidemia mundial, la desigualdad de género sigue generando una gran carga para las mujeres y las niñas por el VIH, las mujeres representan aproximadamente el 60% de prevalencia en esta región.

La violencia infligida por la pareja y la dependencia económica de sus parejas masculinas, así como el pobre nivel de educación de las niñas, están vinculados a una mayor vulnerabilidad a la infección del VIH (4). Debido a que la violencia de género ha demostrado ser tanto una causa como una consecuencia del VIH, es crucial vincular las respuestas a las dos epidemias. Existen ejemplos positivos de esta integración y se pueden incrementar (5).

Integrar la prevención del VIH, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva puede permitir avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un ejemplo se encuentra en Malawi, donde el número de establecimientos que prestan servicios integrados de VIH y de salud sexual y reproductiva pasó de cero en 2011 a 15 en 2012 (1). Esta integración hace que sea más fácil para las mujeres acceder a toda la gama de servicios que necesitan. Unos 40 países han utilizado la herramienta de evaluación rápida de la Salud Sexual y Reproductiva y los Vínculos con el VIH para revisar qué tan buenas son sus políticas, sistemas de salud y servicios de respuesta, vinculan el VIH y la salud sexual y reproductiva, incluyendo las dimensiones de igualdad de género, y hacen recomendaciones para el fortalecimiento de las leyes, políticas, mecanismos de coordinación, las alianzas, la planificación conjunta, los recursos humanos y los servicios integrados.

Existe evidencia significativa que apoya una asociación entre el cambio de comportamiento y el nivel de educación. Los estudios han demostrado sistemáticamente mayores niveles de uso declarado de preservativos entre las mujeres con un nivel de educación superior (6). Los estudios realizados en Zambia han demostrado que los programas para mantener a las niñas en la escuela revelan una asociación entre la asistencia escolar y tasas más bajas de VIH (7). Los estudios realizados en Sudáfrica están poniendo a prueba la utilidad de las herramientas de protección social y transferencias monetarias condicionadas para promover la asistencia a la escuela con el objetivo de reducir la transmisión del VIH (8).



**COMO MUJERES QUE VIVIMOS CON
EL VIH, TENEMOS DERECHO A RECIBIR
LOS MÁS ALTOS ESTÁNDARES DE
CUIDADO DE TODOS LOS SECTORES
AL IGUAL QUE LOS DEMÁS.**

Satisfacer las necesidades de las mujeres a lo largo de su vida

Hay un número creciente de personas de 50 años o más que viven con el VIH; aproximadamente 3 millones solo en el África subsahariana (9).

A pesar de ello, los esfuerzos de prevención del VIH tienden a pasar por alto el hecho de que las mujeres mayores tienen una vida sexual activa y se centran sólo en las mujeres en edad reproductiva (15-49 años). Los datos sobre la sexualidad a edades más avanzadas indican que la capacidad de las mujeres para negociar sexo es limitado, lo que aumenta su riesgo de infección por VIH. Por otra parte, el acceso a la prevención es menor de lo que es para las mujeres más jóvenes (10). Los servicios de salud están mal equipados para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres mayores y refuerzan el sentimiento de vergüenza que les disuade de revelar su estado o acceder a los servicios su tratamiento (11).

Para mejorar la respuesta a las necesidades de las mujeres que viven con el VIH, los esfuerzos de integración deben abordar las desigualdades de género, combatir la violencia basada en el género, mejorar el acceso a la educación para todas las niñas y mujeres, y atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer durante todos los ciclos de su vida.

Además, es de vital importancia defender e invertir en el liderazgo y la participación de las mujeres para una respuesta más eficaz e integral contra el VIH. Es importante invertir en el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres para organizar y liderar más que la prestación de atención y apoyo, y también para garantizar la plena participación de las mujeres y las niñas.

WOMEN OUT LOUD

ALEJANDRA TROSSERO, ALICE WELBOURN

Un enfoque contra el VIH basado en los derechos comienza con la gente. Trata de mejorar los sistemas de protección de la salud, sistemas comunitarios y sociales que respondan a las necesidades de la gente, en lugar de esperar que la gente se ajusten a ellos. Para ser eficaces, los sistemas existentes deberían ser flexibles y adaptables para responder a las complejas realidades de las mujeres que viven con el VIH a medida que avanzamos a través de los ciclos de nuestras vidas.

Unos sistemas responsables con servicios relacionados contra el VIH son capaces de llegar a las mujeres que viven con el VIH en donde estemos y defender nuestros derechos. Cuando esa respuesta está bien coordinada, y se logra el respeto de nuestros derechos, la integración de servicios es posible y eficaz.

Aplaudimos los avances registrados en muchas partes del mundo para integrar el VIH con otros servicios de salud, como los de salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil y la tuberculosis. Esta integración ha reducido la frecuencia de citas médicas y nos ha ayudado a apreciar que hay otras cuestiones a tener en cuenta, que nuestra condición médica va más allá de ser VIH positivo.

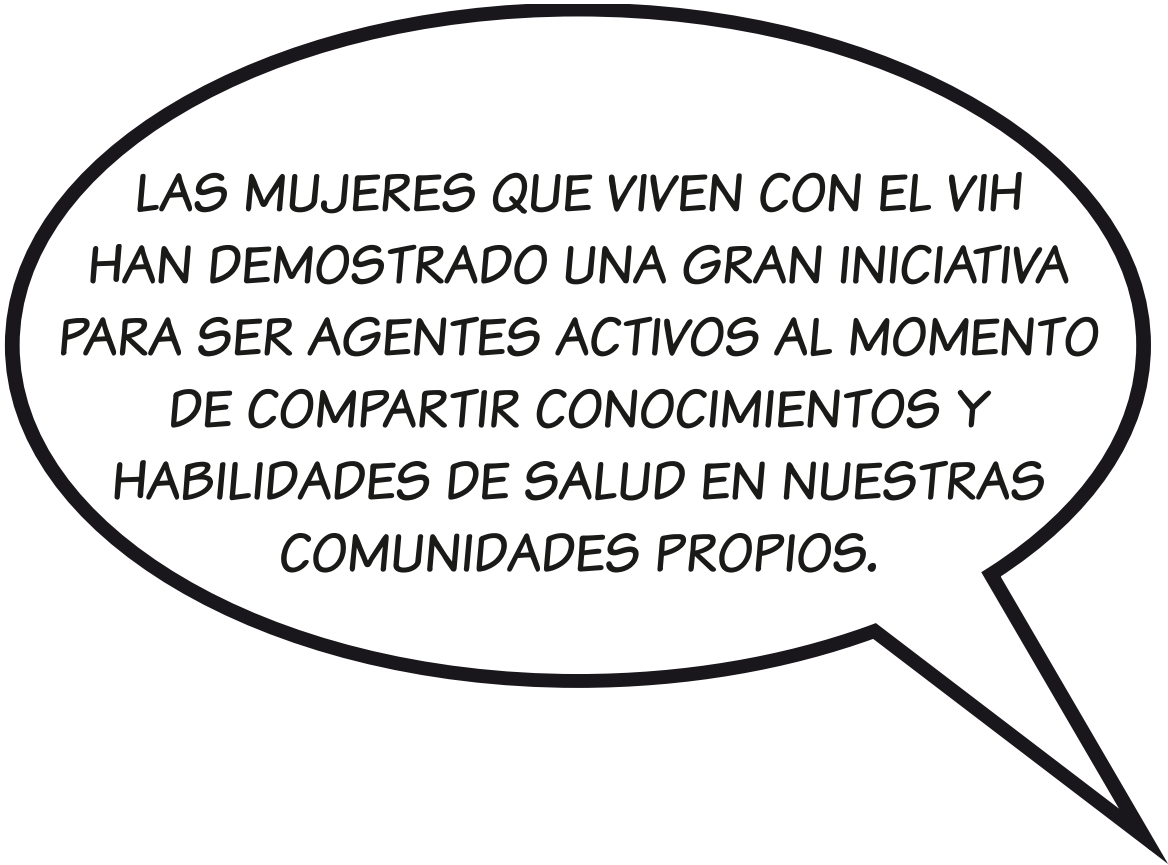
Un estudio reciente llevado a cabo por la Red Asia-Pacífico de Personas que Viven con el VIH/SIDA muestra que algunas mujeres que viven con el VIH en la India, Indonesia, Camboya y Vietnam están accediendo a servicios contra el VIH, servicios de salud reproductiva, materna y para la salud de la niñez en el mismo centro de salud, al igual que muchas mujeres en el África subsahariana.

Sin embargo, debido a nuestra condición de VIH, la presencia de otras discapacidades, el consumo de drogas, la venta o intercambio de sexo por dinero o bienes, tener una identidad sexual o de género distinta, o vivir en la cárcel, o cualquier combinación de los mismos, los servicios que recibimos no siempre reflejan nuestras necesidades reales. La eliminación de los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH también está lejos de ser una realidad.

Demasiados obstáculos

Existen barreras estructurales e institucionales que afectan nuestra capacidad de acceder a la atención médica. La calidad de la atención que recibimos es también cuestionable, sobre todo cuando se accede a servicios que no están relacionados con el VIH. Seguimos siendo rechazadas, dejadas en último lugar o rechazadas al momento de recibir los servicios por el simple hecho de tener un diagnóstico de VIH positivo.

Uno de los retos es la existencia de sistemas paralelos con apoyo desigual, un legado de años de planeación vertical que refleja las prioridades de los donantes. Los sistemas de formación de personal y los sistemas de la cadena de suministro para apoyar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva no tienen tan buenos recursos como los diseñados contra el VIH. Esto se evidencia claramente en los frecuentes desabastecimientos de métodos de planificación familiar observados en zonas rurales de Kenia en las mismas instalaciones donde se ofrece un tratamiento antirretroviral sin mucha interrupción. Del mismo modo, en Burkina Faso y Marruecos, los ministerios de salud siguen procedimientos distintos para la adquisición y distribución de productos de salud sexual y reproductiva, y contra el VIH.



**LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH
HAN DEMOSTRADO UNA GRAN INICIATIVA
PARA SER AGENTES ACTIVOS AL MOMENTO
DE COMPARTIR CONOCIMIENTOS Y
HABILIDADES DE SALUD EN NUESTRAS
COMUNIDADES PROPIOS.**

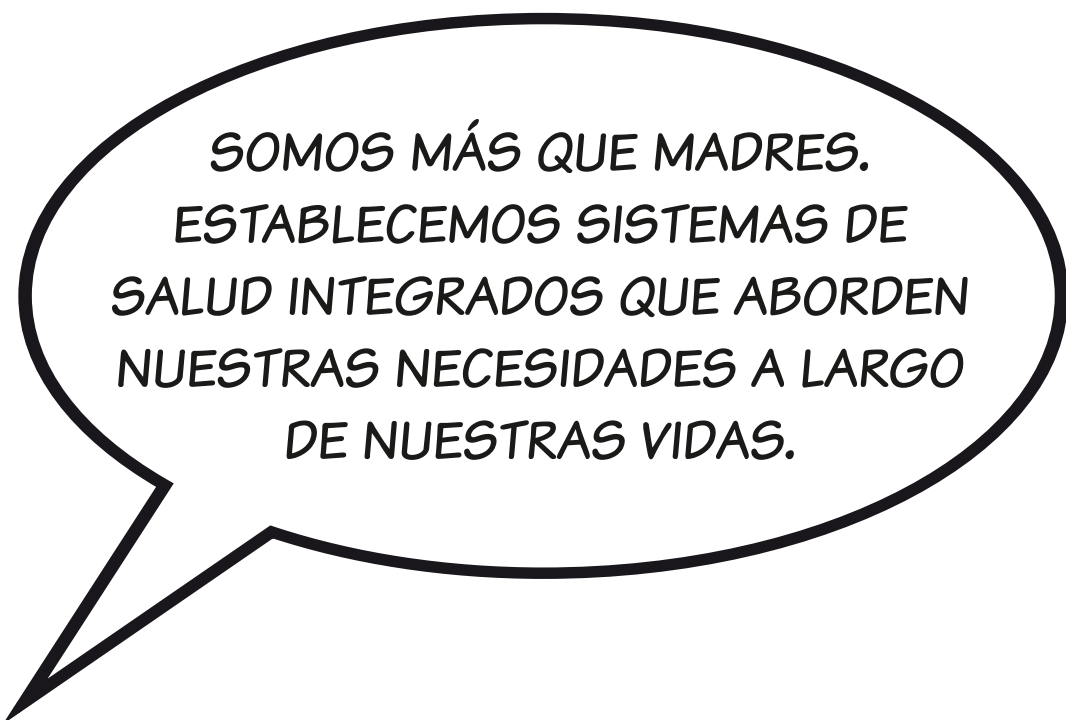
Otro obstáculo importante para las mujeres y las niñas ha sido la concentración de los sistemas de salud en su salud sexual y reproductiva, ignorando las necesidades holísticas de salud de la mujer. Las niñas de 5 a 15 años de edad, las mujeres jóvenes de 15 a 25 años de edad, las mujeres que no tienen hijos y las mujeres posmenopáusicas son pasadas por alto en gran parte por los servicios de salud. La pandemia mundial paralela, y estrechamente relacionada de la violencia de género contra las mujeres y las niñas en gran parte no ha sido abordada por los proveedores de servicios de salud.

Dado que las mujeres que viven con el VIH, a menudo se consideran vectores del VIH y no aptas para tener hijos, y no somos consideradas como las mujeres con problemas de salud con nuestros propios derechos. Un enfoque basado en los derechos comenzaría con las mujeres y las niñas, y su propia gama de necesidades de salud sexual, psicológica y necesidades médicas concretas en todo el ciclo de vida.

Los servicios económicos, alimentarios, legales, de vivienda, educación, servicios sociales y otros forman una parte crucial de nuestra capacidad de gestionar nuestras propias necesidades de salud. Diferentes sectores tienen que crear vínculos y garantizar relaciones fuertes de reciprocidad con las comunidades. Esto también requiere la financiación de nuestro trabajo en la comunidad y fortalecer los sistemas comunitarios. Este es un sector crítico al que rara vez se asigna recursos. Ya que más que simplemente el VIH está en juego, esta colaboración intersectorial es aún más esencial, llegando a incluir el sistema legal, la policía, los jueces y las cárceles.

Somos agentes activos del cambio

Las mujeres que viven con el VIH han demostrado gran iniciativa para convertirse en agentes activos para compartir conocimiento y habilidades de salud en nuestras propias comunidades. Por ejemplo, en Camboya y Vietnam, algunas mujeres que viven con el VIH y que estaban decididas a tener un hijo, se educaron a sí mismas acerca de la ciencia del VIH y descubrieron médicos que las apoyaban en el sistema de salud pública. Los sistemas de salud bien informados han aprovechado esta posibilidad para conectarse con las redes de mujeres con el VIH en sus comunidades y para fomentar y apoyar a las mujeres que viven abiertamente con el VIH como personal de sus servicios.



**SOMOS MÁS QUE MADRES.
ESTABLECEMOS SISTEMAS DE
SALUD INTEGRADOS QUE ABORDEN
NUESTRAS NECESIDADES A LARGO
DE NUESTRAS VIDAS.**

La capacidad de resistencia de las mujeres en condiciones de desigualdad generalizada continúa una vez que tienen el VIH. Esto ha sido repetidamente demostrado en las últimas dos décadas a través de muchas estrategias de protección social creadas por mujeres que viven con el VIH para generar ingresos y apoyo para sus familias y comunidades. Algunos ejemplos incluyen iniciativas locales generalizadas de microcrédito en Kenia, y redes y asociaciones informales entre las mujeres con VIH para desarrollar iniciativas de pequeñas empresas, como la venta de artesanías hechas a mano, textiles y artículos de moda en Sudáfrica y Camboya.

Los programas de efectivo y cupones iniciados por las organizaciones estatales o no gubernamentales para cubrir los costos de la salud y otros servicios también son prometedores. Estos incluyen bonos de salud materna en Camboya que apoyan la asistencia en el parto para las mujeres pobres, y las transferencias de efectivo para pagar por los costos de transporte necesarios para acceder a los medicamentos en Kenia y Uganda. Sin embargo, no hay soluciones mágicas y estas iniciativas requieren un seguimiento independiente para el cuidado de las mujeres con VIH. Por ejemplo, las transferencias de efectivo para mantener a las niñas en la escuela y libres del VIH puede ser contraproducente si la propia escuela no ofrece un ambiente de apoyo.

Todas las vidas de las mujeres son complejas, multifacéticas y ricas en lo que ofrecemos a nuestras sociedades. Dado que las mujeres que viven con el VIH como nosotras tenemos el derecho a recibir los más altos estándares de atención de todos los sectores al igual que las demás personas, y si contamos con el apoyo adecuado podemos seguir ofreciendo mucho a la sociedad. Conocemos los problemas. Tenemos las soluciones. Estamos listas para actuar: ¿Y usted?

Alice Welbourn es el fundadora y directora del Salamander Trust, Reino Unido; Alejandra Trossero es la Directora de Programas en la Federación Internacional de Parentesco Planeado, en el Este y Sudeste de Asia y la Oficina Regional de Oceanía.

ACCIONES

- **Respeto a nuestros derechos vinculando el VIH y otros servicios de salud a través de un enfoque integral basado en los derechos.**
- **Somos más que madres. Establecer sistemas de salud integrados que aborden nuestras necesidades de salud en todo nuestro ciclo de vida.**
- **Promover respuestas multisectoriales para nuestro cuidado y apoyo, incluyendo las inversiones en nuestros sistemas e iniciativas dirigidas por la comunidad.**
- **Trabajar con nosotras para promover una mejor coordinación en la respuesta al VIH, garantizando que nuestras contribuciones múltiples sean reconocidas y valoradas.**
- **Defender nuestros derechos mediante la promoción de una respuesta integral en la que recibamos el mismo trato, independientemente de nuestros estilos de vida y decisiones.**

REFERENCIAS

REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL

1. *World AIDS Day report*. Geneva, UNAIDS, 2011.
2. UNAIDS estimates. Geneva, UNAIDS, 2011.
3. Jama Shai N et al. Masculinities and condom use patterns among young rural South Africa men: a cross-sectional baseline survey. *BMC Public Health*, 2012, 20 June 20, 12(1):462.
4. Lang DL et al. Gender based violence as a risk factor for HIV-associated risk behaviors among female sex workers in Armenia. *AIDS and Behavior*, 2012, July 4.
5. Swain SN et al. Experience of violence and adverse reproductive health outcomes, HIV risks among mobile female sex workers in India. *BMC Public Health*, 2011, May 20, 11:357.
6. Decker MR et al. Violence victimisation, sexual risk and sexually transmitted infection symptoms among female sex workers in Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, June, 86(3):236–40.
7. Garcia-Moreno C et al. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2005.
8. Dworkin LS et al. Gendered empowerment and HIV prevention: policy and programmatic pathways to success in the MENA Region. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2009, Jul 1;51 Suppl 3:S111–8. Author manuscript; available in PMC 2012 April 19. Published in final edited form as: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2009 July 1; 51(Suppl 3):S111–S118. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181aafd78
9. Kohler HP, Thornton RL. Conditional cash transfers and HIV/AIDS prevention: unconditionally promising? *World Bank Economic Review*, first published online November 2, 2011, doi:10.1093/wber/lhr041.
10. Baird S, Chirwa E, et al. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, 2010, Vol 19 Issue S1, 2010.
11. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538–549.
12. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Winter S. *Lost in transition: transgender people, Rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. New York, United Nations Development Programme (UNDP), 2012.
14. *Viral hepatitis, STD and TB prevention*. Atlanta, GA, National Center for HIV/AIDS, 2011.
15. *International technical guidance on sexuality education*. Paris, UNESCO, 2009. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>
16. *Comprehensive sexuality education: challenges and opportunities of scaling-up*. Paris, UNESCO, 2012. <http://www.grld-fr.fr/home/dev/Doc/EN/Scaling-up.pdf>
17. *Sexuality education in Asia and the Pacific*. Paris, UNESCO, 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>

PREVENIR EL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

1. *An analysis of gender issues in harm reduction and HIV programming in South-East Asia*. Bangkok, HIV/AIDS Asia Regional Program (HAARP), 2010.
2. *The state of the drugs problem in Europe. Annual report, 2006*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006. Retrieved 31 May 2007 (<http://ar2006.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>).
3. *The global state of harm reduction, towards an integrated response*. Harm Reduction International, 2012, p32 (http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf).
4. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014–1028.
5. *Women who use drugs, harm reduction and HIV*. Geneva, Global Coalition on Women and AIDS, 2011.
6. Strathdee SA et al. Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico-US border region. *Public Library of Science One*, 2011, 6:e19048.
7. Brown QL et al. The impact of homelessness on recent sex trade among pregnant women in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 2011, 1–7.
8. Cavanaugh CE, Latimer WW. Recent sex trade and injection drug use among pregnant opiate and cocaine dependent women in treatment: the significance of psychiatric comorbidity. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 2010, 9:32.
9. *In the shadows: the Chanura Kol baseline study on women who inject drugs*. New Delhi, India HIV/AIDS Alliance and Social Awareness Service Organisation, 2011.
10. Roberts A, Mathers BM, Degenhardt L. *Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs*. Cape Town, IDU Reference Group, 2010.
11. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. *Women, harm reduction and HIV*. New York, Open Society Institute, 2007.
12. Prescription for change: lesbian & bisexual women's health check 2008. London Stonewall, 2007 (http://www.stonewall.org.uk/what_we_do/research_and_policy/3101.asp).

ELIMINAR DE LAS NUEVAS INFECCIONES POR VIH ENTRE LOS NIÑOS Y MANTENER CON VIDA A SUS MADRES

1. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. *Global HIV/AIDS response – epidemic update and health sector progress towards universal access. Progress report*. Geneva, World Health Organization, UNICEF and UNAIDS, 2011, p150.
3. Mugo NR et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. *AIDS*, 2011, 25:1887–1895.
4. Johnson KB et al. Fertility preferences and the need for contraception among women living with HIV: the basis for a joint action agenda. *AIDS*, 2009, 23(Suppl 1):S7–S17.
5. Mahy M et al. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Suppl 2):ii48–ii55.
6. Gogna et al. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(6):813–20.
7. Satande LT. *Sexual and reproductive health rights threatened through forced sterilisation of women living with HIV/AIDS: case studies from Namibia and South Africa*. Toronto, Taking It Global, 2010 (<http://www.tigweb.org/images/resources/tool/docs/2649.doc>).
- Dignity denied: violations of the rights of HIV-positive women in Chilean health facilities*. New York, Vivo Positivo, Centre for Reproductive Rights, 2010.
- Litigating against the forced sterilization of HIV-positive women: recent developments in Chile and Namibia. *Harvard Law School Human Rights Journal*, 2010, Vol. 23 (<http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>).
- Bianco M, Ré MI. *Defending the sexual and reproductive health rights of women affected by HIV in Argentina*. Buenos Aires, Foundation for the Education and Study of Women (FEIM), 2008 (http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419 (based on a qualitative research by FEIM)).
- Positive women: voices and choices*. London, International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 2002.
8. Women of the Asia Pacific network of people living with HIV. *Positive and pregnant: how dare you*. Bangkok, Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), March 2012 (http://www.asiapacificalliance.org/images/stories/resources/apn_positive_and_pregnant_2012.pdf).
9. *Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: programmatic update*. Geneva, World Health Organization, April 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_eng.pdf).
10. Desgrees-Du-Lou A et al. Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002–2005. *AIDS and Behavior*, 2007, DOI:10.1007/s10461-007-9316-6.
11. Dunkle K et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 28 June, Vol 371. www.thelancet.com
12. Ghanotakis E, Peacock D, Wilcher R. The importance of addressing gender inequality in efforts to end vertical transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2012, Vol 15(Suppl 2) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17385>).
13. Feldman R, Maposhere C. Safer sex and reproductive choice: findings from positive women: voices and choices in Zimbabwe. *Reproductive Health Matters*, 2003, Vol 11 No.22.
14. Sepúlveda L. *Forced sterilization preys on women living with HIV/AIDS*. New York, Center for Reproductive Rights, 2012 (<http://reproductiverights.org/en/press-room/chile-forced-sterilization-lilian-hiv-aids-oped>).
15. *In sickness and in health*. Sophia Forum, 2009, Issue 3 (<http://sophiaforum.net/resources/SophiaNewsletter3Sept2009.pdf>).

15 MILLONES CON ACCESO AL TRATAMIENTO

1. *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Geneva, UNAIDS, 2012.
2. *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Geneva, UNAIDS, 2010.
3. Nyamathi AM et al. Challenges experienced by rural women in India living with AIDS and implications for the delivery of HIV/AIDS care. *Health Care for Women International*, 2011, Apr;32(4):300–13.
4. Merenstein D et al. Association of child care burden and household composition with adherence to highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, Apr;23(4):289–96.
5. *Criminalization of HIV transmission/exposure. Making the law work for the HIV response: a snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Geneva, UNAIDS, 2010 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf).
- Global criminalization scan 2010*. Amsterdam, Global Network of People Living with HIV, 2010 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf).
6. *An assessment of SRH and PMTCT services needs of HIV positive women: specific to Addis Ababa and Adama towns*. Addis Ababa, National Network for positive women Ethiopians, 2011.
7. Hale, F, Vazquez M. *Violence against women living with HIV/AIDS: a background paper*. Washington, DC, Development Connections, 2011, p.18 (http://www.dvcn.org/uploads/client_70/files/VAPositiveWBkgdPaper2011.pdf).
8. Aziz M, Smith K. Challenges and successes in linking HIV-infected women to care in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52(suppl 2): S231–S237. doi: 10.1093/cid/ciq047.
9. Pasche S, Myers B, Louw J. Staff attitudes and services provided by community based organizations for substance users in Cape Town, South Africa: implications for training and education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2008, 15(6): 532–544.
10. Tapp C et al. Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. *BMC Infectious Diseases*, 2011, 11:86 doi:10.1186/1471-2334-11-86.

EVITAR LAS MUERTES POR TUBERCULOSIS

1. *Global tuberculosis report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/).
2. Getahun H et al. Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services. *Journal of Infectious Diseases*, 2012, 205 (Suppl 2):S216–S227. Epub 2012 Mar 22. doi: 10.1093/infdis/jis009.
3. Gupta A et al. Postpartum tuberculosis incidence and mortality among HIV-infected women and their infants in Pune, India, 2002–2005. *Clinical Infectious Diseases*, 2007, 45:241–9.
4. Khan M et al. Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. *AIDS*, 2001, 28 Sep;15(14):1857–63.
5. *Fight AIDS, fight TB, fight now: TB/HIV information pack*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. Pillay T et al. The increasing burden of tuberculosis in pregnant women, newborns and infants under 6 months of age in Durban, KwaZulu-Natal. *The South African Medical Journal*, 2001, Nov;91:983–7.
7. Gupta A et al. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 1 Feb;203(3):358–63.
8. Suthar AB et al. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 2012, Jul;9(7): e1001270. doi: 10.1371/journal.pmed.1001270. Epub 2012 Jul 24.
9. *Together we will end AIDS*. Geneva, UNAIDS, 2012.
10. *TB and women*. Brighton, TB Alert, 2012 (<http://www.tbalert.org/worldwide/TBAndwomen.php>. Accessed 21 September 2012).
11. *Tackling TB and HIV in women: an urgent agenda*. The Global Coalition on Women and AIDS, July 2010.

CERRAR LA BRECHA DE RECURSOS

1. Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, Vol. 376;No.9734, pp. 41–48.
2. *Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV*. Geneva, UNAIDS, 2009.
3. *Getting to zero. UNAIDS 2011–2015 strategy*. Geneva, UNAIDS, 2010.
4. Briefing note from the Global Fund on Global Fund investments in PMTCT in the 22 high-burden countries (September 2012).
5. Briefing note from the Global Fund on Global Fund support to Millennium Development Goals 4 and 5 (June 2012).
6. Aids Support Awareness Project (ASAP) analysis of the implementation of the Global Fund gender equality strategy in round 8 and 9 HIV programs. Where???, Aids Support Awareness Project (ASAP), August 2012).
7. *The Global Fund strategy 2012–2016: investing for impact*. Geneva, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2011 (www.theglobalfund.org/.../strategies/core_GlobalFund_Strategy_en/).
8. Open request to the leaders of the G8 nations and other donors. WeCare+ (http://wecareplus.net/index.php/page/Global_Fund_Petition_to_G8/en Accessed on 24 September 2012).
9. *Addressing gender and HIV/AIDS*. Washington, DC, The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), 2012 (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/185947.pdf> Accessed on 7 October 2012).
10. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, Vol 377, p2031–2041.

ELIMINAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

1. Esplen E. *Women and girls living with HIV/AIDS*. BRIDGE gender and development information unit at the Institute of Development Studies, UK, in collaboration with the International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 2007.
2. Bloom SS, Bloom DW, Das Gupta M. Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a North Indian city. *Demography*, 2001, 38:67–78.
3. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 48(1): 97–103.
4. Winter S. *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia Pacific region*. Bangkok, United Nations Development Programme, 2012.
5. Nyamayemombe et al. *The association between violence against women and HIV: evidence from a national population-based survey in Zimbabwe*. Pre-publication Zimbabwe Working Papers, 2010.
6. Hillis SD et al. Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33(5):206–211.
7. Montalvo-Liendo N. Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: an integrated review. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, Jan;65(1):20–34. Epub 2008 Nov 15.
8. Miller E et al. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Maternal and Child Health Journal*, 2009, 14(6): 910–917.
9. *Women for women. New approaches to harm reduction in Russia*. New York, Open Society Foundation, 2011 (Available at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e424d1e.html> accessed 26 October 2012).
10. International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). Violence against HIV positive women briefing (<http://www.icw.org/files/Violence.pdf>).
11. Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 3 July, Vol.376, issue 9734:41–48.

12. Silverman JG et al. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300(6):703–710.
13. McKenna K et al. *The economic costs of violence against women: an evaluation of the literature*. Geneva, United Nations, 2005.
14. Commission on AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia, crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press, 2008.
15. Wand H et al. Combined impact of sexual risk behaviors for HIV seroconversion among women in Durban, South Africa: implications for prevention policy and planning, *AIDS and Behavior*, 2011, Feb;15(2):479–86.
16. *Rapid assessment of gender-related barriers to services to prevent vertical transmission of HIV*. Geneva, UNAIDS, 2012.
17. Confidentiality concerns, perceived staff rudeness, and other HIV testing barriers. *Journal of Equity in Health*, 2008.
18. *Women and girls living with HIV/AIDS: overview and annotated bibliography*. Brighton, UK, Institute of Development Studies, University of Sussex, 2007 (http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/BB18_HIV.pdf).
19. Bakeera-Kitaka S et al. Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 2008, 20(4), 426–433
20. *National transgender discrimination survey, 2009*. Washington, DC, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2009.
21. HIV prevalence and associated risk behaviors in New York City's House Ball community. *American Journal of Public Health*, 2008, June;98(6):1074–1080.
22. *Opportunity in crisis: preventing HIV from early adolescence to early adulthood*. New York, United Nations Children's Fund (UNICEF), 2012.
23. *Healthy, happy and hot: a young people's guide to rights*. London, International Planned Parenthood Federation, 2010.
24. *Positive learning, meeting the needs of young people living with HIV in the education sector*. Global Network of People Living with HIV and UNESCO, 2012.

ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

1. Bell CC et al. A commentary on the triadic theory of influence as a guide for adapting HIV prevention programs for new contexts and populations: the CHAMP-South Africa story. In: McKay MM, Paikoff RI, eds. *Community collaborative partnerships: the foundation for HIV prevention research efforts*. Binghamton, NY, Haworth, 2007:243–61.
2. Ogden J, Nyblade L. *Common at its core: HIV-related stigma and discrimination*. Washington, DC, International Center for Research on Women (ICRW), 2005.
3. *Robbed of choice*. Nairobi, African Gender & Media Initiative (GEM), 2012 (<http://gem.or.ke/documenting-experiences-of-forced-and-coerced-sterilization>, accessed 6 September 2012).
4. *Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV*. Amsterdam, GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, UNAIDS, UNFPA, World Health Organization, 2009/2010 (<http://www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/16-srh-guidance-package>).
5. *Robbed of choice*. Nairobi, African gender & media initiative, 2012 (<http://gem.or.ke/documenting-experiences-of-forced-and-coerced-sterilization>, accessed 06-09-2012).
6. *Dignity denied: violations of the right to HIV positive women in Chilean health facilities*. Santiago, Center for Reproductive Rights, Vivo Positivo, 2010 (http://www.genderandaids.org/index.php?option=com_content&view=article&id=861:dignity-denied-violations-of-the-rights-of-hiv-positive-women-in-chilean-health-facilities&catid=38:latin-america-and-the-caribbean&Itemid=118).
- Nair P. Litigating against the forced sterilization of HIV-positive women: recent developments in Chile and Namibia. *Harvard Human Rights Journal*, 2011, Vol. 23:223–231 (<http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>).
7. Bianco M, Ré MI. *Defending the sexual and reproductive health rights of women affected by HIV in Argentina*. Buenos Aires, Foundation for Studies and Research on Women (FEIM), 2008 (http://smartsite.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419).
- Feldman R, Manchester J, Maposhere C. *Positive women: voices and choices, Zimbabwe report*. London, International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 2002.
8. Kendall T. Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. *Health and Human Rights*, 2009 (<http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewArticle/175/260>).
9. *Positive and pregnant: how dare you. A study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia. Findings from six countries: Bangladesh, Cambodia, India, Indonesia, Nepal, Viet Nam*. Bangkok, Women of the Asia Pacific Network of People Living with HIV (APN+), March 2012 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/APN_Reproductive_and_Maternal_Health_Report_A4_29_March.pdf).
10. Satande LT. HIV/AIDS: case studies from Namibia and South Africa, 2010 (<http://www.tigweb.org/images/resources/tool/docs/2649.doc>).
11. *Women's property rights, HIV and AIDS, domestic violence. Research findings from two rural districts in South Africa and Uganda*. Washington, DC, International Center for Research on Women (ICRW)/Human Science Research Council (HSRC), Associates Research, 2008 (<http://www.hsrbpress.ac.za/product.php?productid=2232>).
12. Ezer T. *Victory for women in Malawi*. New York, Open Society Foundations, 2011 (<http://www.soros.org/voices/victory-women-malawi>).
13. *Desk review report: female injection drug users and drug users in south Asia: concerns, responses, achievements and challenges*. New Delhi, International Community of People Living with HIV/AIDS Asia Pacific (ICWAP), 2011 (http://www.icwap.org/wp-content/docs/FIDU_desk_review_report_March_2011.pdf, see page 13).
14. Positive health, dignity and prevention. A policy framework. Geneva, UNAIDS/GNP+, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_php.pdf).
15. *At the hospital there are no human rights: reproductive and sexual rights violations of women living with HIV in Namibia*. Joint publication of Namibian Women's Health Network (NWHN), Northeastern University Law School, and the International Human Rights Clinic at Harvard Law School (IHRC), 2012 (http://www.law.harvard.edu/news/2012/07/30_ihrc-namibian-health-care-report.html).
16. *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Athena Network, 2010 (<http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39>).

ELIMINAR LAS RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL VIH EN EL INGRESO, ESTADÍA Y RESIDENCIA

1. *Trends in international migrant stock: the 2008 revision*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), 2008 (<http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>).
2. *IOM gender and migration news*. Geneva, International Organization of Migration, March 2011 (Available at http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf).
3. *HIV vulnerabilities of migrant women from Asia to the Arab states*. New York, United Nations Development Programme (UNDP), 2008 (http://hdru.aprc.undp.org/resource_centre/pub_pdfs/P1105.pdf).

FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA LUCHA CONTRA EL VIH

1. *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Geneva, UNAIDS, 2012 (upcoming).
2. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/gender/documents/hiv/9789241597197/en/index.html>).
3. 2012 country progress reports. Geneva, UNAIDS, 2012 (www.unaids.org/cpr).
4. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 376:9734.
5. Hargreaves J et al. Process evaluation of the intervention with microfinance for AIDS and gender equity (IMAGE) in rural South Africa. *Health Education Research*, 2010, 25(1):27–40.
6. Hargreaves JR et al. Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2008, 22:403–414.
7. Kayeyi N et al. Decline in HIV prevalence among young women in Zambia: national-level estimates of trends mask geographical and socio-demographic differences. *Public Library of Science One*, 2012, (4):e33652 (Epub 2012, Apr 4. PubMed PMID:22496759, PubMed Central PMCID:PMC3319534).
8. Pettifor A et al. Can money prevent the spread of HIV? A review of cash payments for HIV prevention. *AIDS and Behavior*, 2012, 4 Jul. (Epub ahead of print. PubMed PMID: 22760738). Also see Lutz B et al. *Good policy and practice booklet No. 7, gender equality, HIV and education*. Paris, UNESCO, 2012.
9. Arie S. HIV infection is rising among over 50s across the world, figures show. *British Medical Journal*, 2011, Vol. 34, c4064 (accessed 2 October 2011).
10. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. New York, United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International, 2012.
11. Scholten F et al. *An investment framework for the HIV and health response for older people in sub-Saharan Africa, with a particular focus on gender issues*. Geneva, World Health Organization, Department of Ageing and Life Course (unpublished data).

ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/Sida

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU MUJERES
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org