

Rompiendo el Silencio: Las Mujeres y el VIH

José Manuel Peixoto Caldas, PhD.¹ y Kleber Gessolo²

Resumo

Hoy en día, la mitad de los 42 millones de personas en el mundo que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana son mujeres, según las cifras más recientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Pero la población femenina no sólo aumenta en la cifra de nuevas infecciones. También son las mujeres quienes con frecuencia viven discriminación y violaciones a sus derechos humanos como portadoras del virus, como enfermas de Sida o como esposas, hijas, madres y hermanas de algún enfermo.

Sin embargo, no es raro encontrar todavía la creencia y el estereotipo de que el Sida es una enfermedad de hombres gays y –desde que la transmisión heterosexual se hizo evidente-, de trabajadoras sexuales. Estas ideas se han reproducido en el sentido común a partir de la opinión pública y de informaciones sesgadas, que han reforzado estereotipos y normas muy arraigados sobre la sexualidad y el género (sexualidad “normal” vs. “anormal”, o mujeres “decentes” vs. “contaminantes”). Percepciones como éstas refuerzan la falsa idea de que las mujeres del primer tipo no están en riesgo y, lo que es más grave, tienen poca influencia entre quienes diseñan estudios y/o formulan políticas dirigidas a las mujeres, lo que se traduce en inadecuadas estrategias de prevención y de atención hacia esta población objetivo, cuando es considerada como tal. En conclusión, es la realidad de la vida cotidiana de la mujer latinoamericana y caribeña lo que obstaculiza la prevención y el control de la epidemia: mientras no se reduzca el peso de ciertas tradiciones como son en concreto el machismo y la dependencia cultural, social, económica y sexual de la mujer con respecto al hombre y a la familia de éste, mientras no haya una legislación enérgica que cambie la situación de la mujer, será muy difícil obtener un resultado apreciable en este terreno. Pero la prevención del SIDA puede también en algún sentido constituir un argumento de peso para luchar contra las prácticas tradicionales perjudiciales que tienden a ponerse en entredicho por el desarrollo mismo de la epidemia.

INTRODUCCIÓN

El patrón de la epidemia del Sida ha cambiado recientemente. Según datos actuales, 40 por ciento de las nuevas infecciones por VIH a nivel global se está produciendo en mujeres (Hivnet, Gender-Aids forum, 1999), y por transmisión heterosexual. Ya es un hecho que la disparidad de género observada en los primeros tiempos de la pandemia está desapareciendo. Gran parte de los nuevos casos, además, se da entre mujeres que reportan una única pareja sexual y que fueron contagiadas por su compañero estable.

Sin embargo, no es raro encontrar todavía la creencia y el estereotipo de que el Sida es una enfermedad de hombres gays y –desde que la transmisión heterosexual se hizo evidente-, de trabajadoras sexuales. Estas ideas se han reproducido en el sentido común a partir de la opinión pública y de informaciones sesgadas, que han reforzado

¹ Médico especialista en SIDA y Sociólogo de la Salud. Profesor de la Universidad de Barcelona.

Email: jpeixoto@uoc.edu

² Psicólogo Clínico y Educacional de la Prefeitura de Matão – São Paulo, Brasil.

estereotipos y normas muy arraigados sobre la sexualidad y el género (sexualidad “normal” vs. “anormal”, o mujeres “decentes” vs. “contaminantes”). Percepciones como éstas refuerzan la falsa idea de que las mujeres del primer tipo no están en riesgo y, lo que es más grave, tienen poca influencia entre quienes diseñan estudios y/o formulan políticas dirigidas a las mujeres, lo que se traduce en inadecuadas estrategias de prevención y de atención hacia esta población objetivo, cuando es considerada como tal.

Obstáculos a la visibilidad de las mujeres frente al Sida

Una cultura de exclusión

La noción de “grupo de riesgo” con facilidad pasa al sentido común como la de “grupo riesgoso”, de donde se derivan “identidades riesgosas” (típicamente homosexuales) o, en el caso de la transmisión heterosexual, tipos de “mujeres riesgosas”. Históricamente las sociedades han creado sistemas simbólicos y rituales de exclusión a través de los cuales los peligros y amenazas al orden son colocados fuera de sus fronteras, frecuentemente encarnados en grupos visiblemente diferentes o detectables, que pueden así ser excluidos y aislados. La epidemia del Sida, al constituir una amenaza a las fronteras corporales, psíquicas y sociales en nuestro orden simbólico contemporáneo, ha dado un nuevo argumento a esta necesidad, representando la enfermedad, los infectados y las personas en riesgo de contraer VIH, aquello que debe aislarse y excluirse (Zivi, 1998).

Parte de la dificultad para salir del modelo de los “grupos de riesgo”, probablemente se deba a este proceso cultural casi inconsciente de exclusión, que se apoya en clasificaciones establecidas y en el señalamiento de grupos ya estigmatizados de antemano. El hecho de que los primeros afectados por la epidemia fueran los hombres gays alimentó la idea de que un comportamiento “antinatural” merecía un castigo adecuado. En la medida en que la epidemia se fue extendiendo a hombres y mujeres heterosexuales (es decir, personas “rectas” desde el punto de vista de la sexualidad), viejos grupos estigmatizados aparecieron como nuevo chivo expiatorio, en particular las trabajadoras sexuales. Según la creencia difundida, eran ellas quienes contagiaban a los hombres -sin averiguar cómo se contagiaban ellas-, y los hombres desprevenidos, quienes a su vez transmitirían el virus a sus mujeres y a través de ellas, a sus hijos. Mientras que éstos se convertían en las víctimas inocentes de la enfermedad, aquéllas la merecían por su comportamiento “inmoral”. Con este esquema dicotómico se refuerza la moral tradicional de género, al difundir la creencia de que sin estas mujeres “riesgosas” las mujeres “buenas” no se infectarían, lo que permite nuevamente aislar a un grupo y rescatar al resto de “las mujeres”, en su carácter de madres y esposas inocentes.

Ninguno de los polos de esta dicotomía -largamente cuestionada por el movimiento feminista-, hace real justicia a las mujeres ni favorece su empoderamiento; pero su recrudescimiento a partir del Sida permite comprender, en parte, la gran dificultad que existe cuando se intenta volver visible el riesgo a que ellas están expuestas. “Las mujeres” constituyen una población difícil de aislar, identificar como grupo y excluir: ellas están en casi todos los hogares y en muchos espacios públicos. Considerarlas “de riesgo” y por extensión “riesgosas”, sería demasiado amenazante para nuestro orden social. Tal vez por ello, también, “las mujeres”, en las diferentes situaciones que las

ponen en riesgo, representen una población difícil de abordar en la investigación y en las políticas de prevención.

Ausencia de voces

Un problema adicional para la visualización del problema de las mujeres, es el hecho de que los grupos de activistas tal vez más indicados para promover en las agendas el tema de la mujer ante el VIH/SIDA -básicamente las agrupaciones de inspiración feminista, por un lado y las iniciativas civiles para combatir el VIH/SIDA, por el otro-, tampoco le han dedicado la suficiente atención, o si lo han hecho, mantienen al respecto posturas encontradas y conflictivas.

Algunas organizaciones con experiencia en la lucha contra el VIH/SIDA, lideradas en general por hombres de la comunidad gay, implícita o explícitamente adhieren al argumento según el cual habría que cuestionar el supuesto carácter femenino, joven, pobre y rural que ha adquirido el nuevo rostro de la epidemia, y si ésta no es en realidad una afirmación demasiado apresurada y carente de datos que la fundamenten.

Por su parte, el perfil de las mujeres más amenazadas de infección por VIH –cruzado por múltiples sistemas de exclusión social a través de líneas de clase, raza, género y sexualidad- no coincide en general con el de muchas militantes feministas o estudiosas de los temas de género, por lo que se ha señalado que difícilmente éstas puedan constituirse en la voz de aquéllas. Algunas autoras críticas dentro de este movimiento, incluso, han señalado que la escasa atención al tema del VIH/Sida dentro de las corrientes hegemónicas del feminismo -aun cuando la epidemia movilice temas que han estado por largo tiempo en sus agendas- podría deberse a una aceptación acrítica de los discursos dominantes. Según estos discursos, el Sida “es un problema de hombres”, lo que le reportaría a muchos grupos de feministas el beneficio de no poner en duda la identidad de "mujeres" que los aglutina. Pero el Sida ha obligado a pensar en múltiples diferencias al interior de esta categoría, en particular las relacionadas con las múltiples experiencias que complejizan el esquema tradicional de sexo-género.

Pugna por las políticas

La ausencia de voces que representen las necesidades de las mujeres frente al VIH/Sida, por lo demás, se da dentro de un panorama socio-político de crecientes necesidades y decrecientes recursos, que obliga a pugnas y negociaciones entre grupos. El resultado de estas disputas dependerá en gran medida de la capacidad que cada grupo logre adquirir para concientizarse del problema, en primer lugar, y volverlo visible, en segundo.

Actualmente se discute si las intervenciones deben seguir dirigiéndose mayoritariamente a aquellos grupos tradicionalmente considerados “de riesgo” o si debería optarse por una estrategia más abarcadora y diversa a la vez, cuya “población blanco” serían los/las adolescentes, las “amas de casa”, la población rural, de forma general. Esta segunda estrategia obviamente plantea mayores desafíos, dada la dificultad para identificar y acceder a estos amplios y heterogéneos sectores de manera efectiva. Pero muchas veces es la forma estereotipada de nombrar a los grupos vulnerables lo que está en la base de esa dificultad.

Vulnerabilidad de género

No puede negarse que, aun cuando el VIH/SIDA siga prevaleciendo a nivel global en población masculina, urbana y con prácticas homosexuales, la tendencia internacional muestra claramente que esta epidemia cada vez afecta más fuertemente a la población femenina, en particular a la más pobre y carente de poder. Es preciso reconocer que las mujeres, en tanto mujeres, tienen vulnerabilidades propias de su género frente al VIH/Sida, así como experiencias muy diferentes al interior del mismo.

La inequidad social está en el corazón del riesgo de infección para las mujeres. Más de una vez se ha afirmado que la tendencia a la paridad entre hombres y mujeres con respecto a la infección por VIH, está directamente vinculada a la disparidad de género en los planos económico, social y sexual.

La desigualdad de poder que tradicionalmente ha desfavorecido a las mujeres, junto con la dificultad de muchas de ellas para acceder al ingreso, la educación, la información o la atención adecuada de la salud, se combinan para formar un cuadro de escasa capacidad para hacer visible su situación y negociar derechos, tanto en la vida doméstica como en las arenas públicas. Es preciso reconocer que la mayoría de las mujeres de nuestra región se encuentra en esta situación, lo que las coloca en un lugar de gran vulnerabilidad frente a la posibilidad de contagio de ETS/SIDA, no sólo en prácticas, sino en general en una vida marcada por el riesgo.

El llamado de atención sobre la particular vulnerabilidad de las mujeres es relativamente reciente. Se ha señalado que esta vulnerabilidad tiene múltiples caras: biológica, epidemiológica, social, cultural, actitudinal y programática -o producto de la inadecuada atención social y pública al problema-.

En el caso de la vulnerabilidad biológica, se ha comprobado que en la relación heterosexual la mujer es más vulnerable que el hombre porque la zona de exposición al virus durante la relación coital es de mayor superficie en la mujer, porque ésta por lo general asume la posición pasiva en la relación y porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales que se ponen en contacto en las relaciones sexuales. La vulnerabilidad biológica de la mujer se ha minimizado, en gran parte debido a prejuicios según los cuales la “alta resistencia” del tejido vaginal, por oposición al anal, explicaría por qué el riesgo de contagio en la mujer es “casi inexistente” (Treichler y Warren, 1998). Si bien este punto aún se discute, tanto la alta prevalencia de ETS entre las mujeres de muchos países en desarrollo como el hallazgo de que la probabilidad de contagio por relaciones heterosexuales es diez veces superior en la mujer que en el hombre (Zivi, 1998), desmienten ese argumento.

En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud.

Culturalmente, la ideología tradicional de las relaciones de género dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas. Esto sucede por ignorancia o aceptación de las múltiples parejas de sus compañeros –

con frecuencia de ambos sexos-, y porque la moral de género no permite a la mujer hablar abiertamente de sexo, si no desea verse como sospechosa de “mala mujer”.

Las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con diferenciales sociales, culturales y genéricos de poder, suelen manifestarse en actitudes típicas de las mujeres, como la dificultad para buscar atención médica, acceder a servicios o insistir en el uso del condón con la pareja.

La ideología de género está presente incluso en los enfoques de prevención y atención mejor intencionados, al considerar a la mujer como agente transmisor del virus -en sus dos acepciones clásicas: como “madre”, transmitiendo el virus a su bebé o como “prostituta”, contagiando a otros hombres que eventualmente contagiarán a sus parejas-, y pocas veces considerándola a ella misma como víctima. Los modelos corrientes de prevención que exhortan a las mujeres a practicar la monogamia, a reducir el número de parejas sexuales o bien a insistir en el uso del condón, no sólo colocan en la mujer toda la responsabilidad por prácticas y métodos que corresponden al hombre -y no a ella-, sino que olvidan que no es el condón la clave de la prevención en la mujer, sino el desarrollo de una habilidad particular para negociar su uso con el compañero o para inducirlo a un cambio de comportamiento sexual. Esto está lejos de ser realista en muchos contextos socio-culturales de nuestra región.

Vulnerabilidades diferenciales

Existe poca conciencia sobre la vulnerabilidad y derecho a la salud de las mujeres en tanto tales y, desafortunadamente, con frecuencia también en las propias mujeres. Pero al interior de esta vulnerabilidad de género, común a la condición de toda mujer, existen vulnerabilidades específicas que se relacionan con prácticas, momentos, sitios y zonas de riesgo por los que las mujeres pueden transitar –o no- en diferentes momentos de su vida según el contexto que les toque vivir con sus particulares sesgos de raza, etnicidad, clase y sexualidad.

De ahí que puedan identificarse grupos y situaciones de mayor vulnerabilidad que otros: en primer lugar las mujeres de los sectores socialmente desfavorecidos; dentro de ellos, el grupo de las niñas y adolescentes (tanto por la inmadurez de su aparato reproductor como por deficiencias en la educación sexual); también las mujeres particularmente expuestas a prácticas de riesgo (por ejemplo las mujeres migrantes o compañeras de migrantes temporarios) y finalmente las mujeres que intercambian sexo por dinero o drogas, que si bien ya han sido objeto de muchas intervenciones, sigue constituyendo un grupo vulnerable cada vez más numeroso. Muchas mujeres, de hecho, pertenecen a varias de estas categorías al mismo tiempo y estrictamente a ninguna, sin que por ello disminuya su vulnerabilidad. Este constituye tal vez uno de los principales retos para abordar la prevención del VIH/Sida en las mujeres.

Al enfocarse en grupos o "identidades" fijas de riesgo, los discursos y prácticas de prevención dominantes no logran dar cuenta de aquellas "zonas", "momentos" y "sitios" de riesgo (Erni, 1998) difícilmente clasificables o adjudicables a un tipo específico de individuo, portador de identidades fijas y concientes. Para las definiciones dominantes del Sida, que reproducen conceptos de género y sexualidad validados como "verdaderos", las conductas no clasificables se vuelven casos inexplicables e

inabordables. Tal es el caso, por ejemplo, de mujeres "lesbianas" que tienen sexo también con hombres -por ser trabajadoras sexuales, estar casadas o decidir tener hijos biológicos-, de hombres que tienen sexo con hombres pero que no se consideran homosexuales, de hombres y mujeres que tienen sexo con el otro género pero que no asumen como heterosexuales ni bisexuales, de personas seropositivas que tienen sexo con personas seronegativas, entre muchas otras variantes.

Difícilmente logre detener la epidemia una política incapaz de dar cuenta de esta diversidad de experiencias, y particularmente, en el caso de América Latina, del riesgo de infección entre hombres y mujeres bisexuales, así como de su mera existencia como bisexuales. Sin embargo, muchas organizaciones sociales y comunitarias de la región, reportan este dato como una de las principales vías de transmisión del VIH hacia las mujeres y sus hijos.

La respuesta social al problema de las mujeres frente al VIH en América Latina

Revertir la situación de vulnerabilidad de las mujeres es un reto de largo aliento. No es fácil cambiar relaciones de poder arraigadas desde tiempos inmemoriales ni acabar con desigualdades sociales que tienden a agudizarse, en particular en nuestra región. Reconocemos que la epidemia del VIH/SIDA no espera a que esta utopía sea una realidad, y que requiere de intervenciones efectivas y urgentes. Pero creemos que la tarea de reconsiderar el riesgo de las mujeres no debe aplazarse, no sólo por parte de las autoridades que tienen en sus manos la toma de decisiones alrededor de este problema, sino fundamentalmente por parte de quienes están más cerca de las personas afectadas y de los sectores más vulnerables.

Se ha comprobado que las intervenciones más efectivas son aquellas basadas en la comunidad, es decir las que se dan entre iguales. Esta tarea implica un paso previo: el de dotar de poder a las propias mujeres. Si bien no todas las iniciativas civiles y comunitarias lo logran, cada vez son más quienes han tomado conciencia y dado pasos en esta dirección.

Las organizaciones de mujeres que creativamente están diseñando acciones y estudios dirigidos al tema específico de la mujer y el VIH/SIDA, aumentan cada año en toda la región, incluidos Brasil y Sudamérica.

Hemos podido constatar este hecho a través de la experiencia del **Programa Nacional de DST e AIDS** del Ministerio de la Salud Brasileño con sus **Proyectos y Actividades de Cooperación Técnica Internacional (COOPEX)**, y de la **Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC)**. La Fundación Mexicana para la Salud tiene la responsabilidad de administrar a SIDALAC. Este proyecto iniciado por el Banco Mundial, ahora forma parte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA(ONUSIDA), copatrocinado por seis agencias del Sistema incluyendo UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS y el mismo Banco Mundial. Tratase de un proyecto que fue promovido por el Banco Mundial precisamente para incentivar la investigación y acción en torno a la mujer y el VIH/SIDA, con una perspectiva de género, entre organizaciones civiles de América Latina.

Esta experiencia nos ha permitido tener un panorama aproximado de las necesidades de la región en cuanto al problema del SIDA y las mujeres, y al mismo tiempo constatar el

fenómeno de la creciente tendencia a la sensibilización y organización de la sociedad civil alrededor del tema. Las propuestas enviadas por ONG de Brasil y México son apenas una muestra alentadora de ello.

A las convocatorias de estas dos organizaciones DST/AIDS de Brasil y SIDALAC de México, han respondido diferentes grupos brasileños, mexicanos, sudamericanos y centroamericanos con propuestas diversas, que han sido desarrolladas por ONG de diferentes partes. Si bien estas ONG (ILGA, THEMIS, NUANCES, GAPA's, MAE DE VIDA, SER MULHER por ejemplo en Brasil, GRUPO LATINOAMERICANO DE TRABAJO EN MUJER Y SIDA (GLAMS) de México, MujeRed de Chile en colaboración con el CONASIDA Comisión Nacional del Sida del Ministerio de la Salud del Gobierno de Chile) no necesariamente han sido de nueva creación, para la mayoría de ellas el desarrollo del trabajo con el tema específico de Mujer y SIDA, sí lo es. Más de la mitad de las propuestas recibidas pertenece a organizaciones con trabajo desarrollado en el tema de mujer y SIDA durante los últimos 5 años. La mayor parte han comenzado el trabajo en Sida a fines de los 80 o entrados los 90, e incorporado el tema de la Mujer de manera reciente, en general a partir de la segunda mitad de los 90.

Es de destacar que una inmensa mayoría de proyectos latinoamericanos, además, tiene relaciones de colaboración con los programas de ETS/Sida de los ministerios de salud correspondientes y con instituciones académicas públicas. Como ejemplo de una buena experiencia en este sentido, tenemos el caso de una ONG de Brasil, donde a raíz de los resultados del proyecto desarrollado con el Ministerio de Salud convocó a la organización a trabajar en colaboración para replicar el trabajo con mujeres seropositivas y seronegativas en ocho comunidades adicionales del país.

De manera general, se pueden agrupar las principales actividades que estas organizaciones y/o proyectos desarrollan en relación con el tema de Mujer y SIDA, de la siguiente manera:

- Impartición de talleres, seminarios y conferencias: estos generalmente tienen como finalidad proporcionar información y/o promover la prevención. Entre los temas más comunes que se trabajan están: sexualidad, ETS/VIH/SIDA, uso y/o negociación del condón, violencia, derechos reproductivos y/o humanos, auto-estima y empoderamiento de las mujeres. Principalmente están dirigidos hacia trabajadoras del sexo, y en algunos casos con problemas de adicciones intravenosas, maestras de educación, psicólogas, médicos, enfermeras, jóvenes universitarias, adolescentes, amas de casa de zonas populares, esposas de migrantes y mujeres rurales migrantes, mujeres en zonas de turismo, mujeres de población negra, mujeres reclusas y esposas de reclusos, mujeres seropositivas y mujeres lesbianas y/o bisexuales.
- Investigación sobre prácticas sexuales (principalmente entre adolescentes), percepción de riesgo y prácticas de riesgo (principalmente en uso de drogas inyectables y uso de condón) y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Elaboración de material didáctico informativo/preventivo a través de: boletines, *comics*, radionovelas, cápsulas informativas por radio, entre otros medios.
- Información para realizar el examen del VIH.
- Distribución de condones.
- Consejería a mujeres con VIH/SIDA o a mujeres con pareja VIH positivo.
- Trabajo de prevención con mujeres alcohólicas.

- Grupos de autoayuda a mujeres portadoras de VIH: dotación de despensa, desayunos, medicamentos, acceso a terapia emocional y a servicios de salud, asesoría legal y albergue para pacientes terminales.
- Organización comunitaria.
- Educación Ciudadana.
- Actividades de difusión y defensa pública.

Las propuestas generalmente se enmarcan en los objetivos generales de las organizaciones. En algunos casos son parte de su agenda de trabajo planteada, y en otros, propuestas nuevas a desarrollar.

Sus objetivos están dirigidos principalmente a:

- Explorar y documentar percepciones, creencias, conocimientos, actitudes, comportamientos sexuales y de riesgo, en relación con ETS, VIH-SIDA, en algún grupo de mujeres específico (diagnósticos situacionales), y también identificar frecuencias de prácticas de riesgo, factores que contribuyen al riesgo y factores que contribuyen al empoderamiento de las mujeres.
- Obtener el perfil epidemiológico de algún grupo específico de mujeres.
- Desarrollar estrategias preventivas para VIH/SIDA a través de intervenciones educativas, diseñadas particularmente para un grupo específico de mujeres. Una de las intervenciones comúnmente propuestas es el empoderamiento de la mujer, autoestima, negociación y uso de condón. En algunos casos se incluye la elaboración de material educativo específico, para un tema o un grupo de mujeres.
- Detectar necesidades de atención y capacitación de las mujeres seropositivas
- Realizar ensayos clínicos con mujeres sanas y mujeres seropositivas.
- Difundir hallazgos de investigación o resultados de actividades de grupo, entre participantes, servidores públicos, ONG de la región y prensa.

Es importante señalar que la mayoría de las propuestas combinan dos o más objetivos de los que aquí se enuncian.

En cuanto a enfoques, prevalece una perspectiva de género y de derechos de las mujeres, aunque una proporción importante mantiene un enfoque epidemiológico y de grupos de riesgo. Sólo algunos proyectos hablan de empoderamiento. Los que lo promueven enfatizan la autoestima y la capacidad de negociación de sexo seguro. Sólo dos propuestas promueven el condón femenino, y una, la fidelidad.

Con respecto a la manera de delimitar sus poblaciones meta, algunas cruzan dos o más vulnerabilidades. Los “grupos meta” dominantes son, en orden de frecuencia, jóvenes, adolescentes y maestras de jóvenes, trabajadoras sexuales, mujeres migrantes o esposas de migrantes, mujeres rurales y pobres urbanas, mujeres seropositivas, mujeres lesbianas y/o bisexuales y otros -como esposas de reclusos y reclusas, miembros de las fuerzas armadas-, etc.

Es de destacar que el “ama de casa” típica está incluida tácitamente en muchos de los grupos abordados, pero su riesgo heterosexual no es visible a la hora en que se las clasifica por otro tipo de marginalidad. Esto tiene dos consecuencias: por un lado deja fuera a muchas mujeres, y por otro, las incluye pero sin identificar este riesgo.

Lo anterior pretende ofrecer un panorama de las necesidades y respuestas que se están comenzando a formular entre las organizaciones civiles sensibilizadas al problema de la Mujer y el VIH/SIDA. Como señalamos más arriba, el fenómeno de la organización de las propias mujeres alrededor del problema es relativamente incipiente, e insuficiente si se lo compara con la magnitud de la amenaza que constituye el VIH/SIDA en poblaciones de por sí vulnerables desde todo punto de vista. Queda mucho por hacer, investigar y decidir, pero los esfuerzos que hemos podido conocer y/o apoyar a través del **Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA entre países de América Latina y el Caribe (www.gcth-sida.gov.br)** nos alientan a continuar por este camino y fundamentalmente a convencer a otros actores de que urgen más iniciativas de este tipo.

Recomendaciones Finales:

- Recomendación 1

Facultar a las parejas para que se comuniquen y negocien abiertamente acerca de sus necesidades y deseos sexuales y los riesgos percibidos, desafiando las normas de género que dan preferencia a las decisiones y los placeres de los hombres en las relaciones sexuales

- Recomendación 2

Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva para todos, su cobertura, accesibilidad y conciencia en materia de género. Crear servicios de salud sexual y reproductiva más condescendientes con los hombres. Hay que alentar a las mujeres y los hombres a que obtengan acceso a los servicios sanitarios y a que vigilen sus propios factores de riesgo y comportamientos.

- Recomendación 3

Facultar a la mujer para que participe en la comunidad y en la toma de decisiones nacionales acerca de las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA.

- Recomendación 4

Incorporar una perspectiva de género, en los como servicios de salud sexual y reproductiva.

- Recomendación 5

Abordar los efectos de las normas y los estereotipos de género en las mujeres que están infectadas por el VIH o tienen SIDA y las barreras a los servicios a las que se enfrentan. Lograr que los trabajadores sanitarios entiendan mejor las necesidades físicas y psicológicas particulares de las mujeres seropositivas al VIH.

- Recomendación 6

Reconocer que las mujeres son las personas principales que proporcionan cuidados en la familia y la comunidad, y que este trabajo no se paga. La carga financiera, física y psicológica que asumen las mujeres como consecuencia de la epidemia del VIH/SIDA tiene efectos profundos no solamente en su salud, sino en el bienestar de su familia y la economía nacional.

- Recomendación 7

Aplicar a la salud de la mujer una perspectiva holística. La vulnerabilidad de la mujer al VIH/SIDA no es solamente fisiológica, sino coyuntural, relacionada directamente con su género y su condición social.