
ESPACIO ABIERTO

**Reducir la vulnerabilidad
de las mujeres ante el VIH/sida:
campaña mundial, prioridad nacional**

Ricardo García Bernal

**Impacto de la introducción de los
mecanismos del mercado
en la atención sanitaria**

María del Pilar Guzmán Urrea

**¿Estado, mercado y análisis
económico: complementos, o
substitutos?**

Ramón Abel Castaño

**La salud en la era postcomunista:
tendencias sanitarias en Europa
Central y del Este y en los nuevos
estados independientes de la
Unión Soviética (NEI) frente al reto
del ingreso a la Unión Europea**

Luis Carlos Domínguez Torres



Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida:

CAMPAÑA MUNDIAL, PRIORIDAD NACIONAL

Ricardo García Bernal

Fecha de recepción 04-04-05 • Fecha de aceptación 20-05-05

Resumen

En este artículo se describen la situación y tendencias de la epidemia del VIH/sida en los órdenes global y nacional, con énfasis en su impacto en la población femenina y en los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de la mujer, señalando acciones prioritarias requeridas para reducir esta vulnerabilidad, determinada históricamente por el contexto cultural machista y de inequidad de género. La mayoría de las mujeres latinoamericanas aún viven en condiciones de inferioridad social resultantes de la perpetuación de las desigualdades de género. En Colombia se observa un progresivo aumento del porcentaje de transmisión heterosexual del VIH, en particular, en la región Caribe. El abordaje de la epidemia desde una perspectiva de género contribuye a la construcción de políticas públicas más equitativas y favorables para las mujeres. Se requiere con urgencia la implementación de estrategias fundamentales como la educación sexual y el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: sida, vulnerabilidad, epidemiología, género, educación, Colombia

Summary

This review article describes the current situation and tendencies of HIV/Aids epidemics at global and national level, with emphasis in the epidemics impact on female population and in the determinat factors for the greater women vulnerability towards HIV/Aids, pointing out some priority actions required to reduce this vulnerability, historically determined by a context of gender inequalities. As a result of this, the majority of Latin American women still live in conditions of social disadvantage. In Colombia, a progressive increase of HIV heterosexual transmission has been observed, particularly in the Caribbean region. Facing the epidemics from a gender perspective contributes to the construction of public policies more favourable for women. Enforcement and strengthening of fundamental strategies for reducing women's vulnerability, such as sex education and strengthening of sex and reproductive health services, are urgently needed.

Key Words: aids, vulnerability, epidemiology, gender, education, Colombia



Introducción

Durante los últimos años, la proporción de mujeres viviendo con VIH o sida ha aumentado en términos globales. En 1997, cerca del 41% de los casos reportados correspondían a mujeres; hacia finales de 2004, alrededor del 50% de las personas que viven con VIH o sida en el mundo son mujeres. Esta tendencia es más evidente en África y en el Caribe, donde la transmisión heterosexual ha predominado desde el inicio de la epidemia.

En Colombia, como en otros países de Latinoamérica, se está observando un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años.

En este artículo se presenta una revisión de la situación y tendencias de la epidemia en el ámbito global y nacional, con particular énfasis en el impacto del VIH y el sida en la población femenina y en el análisis de los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/sida.

El propósito de esta presentación es ofrecer un marco conceptual y analítico sobre la relación directa entre las desigualdades de género y el comportamiento y tendencias de la epidemia, señalando algunas acciones prioritarias requeridas para reducir la vulnerabilidad de la mujer, que contribuyan a la priorización del VIH/sida en la agenda pública y al fortalecimiento de la respuesta nacional ante esta epidemia.

1. Panorama general

En la actualidad, en los países del África subsahariana, la prevalencia de infección en mujeres menores de 25 años, es dos a tres veces mayor que en hombres de la misma

edad (Gráfico 1), 57% de las personas adultas infectadas son mujeres y 75% de los casos reportados en menores de 25 años corresponde a mujeres (Onusida, 2004).

En América del Norte el porcentaje de casos reportados en mujeres pasó del 20% en 2001 a 23% en 2003; en Europa Oriental y Asia Central de 32% en 2001 a 33% en 2003; en el Caribe de 48% en 2001 a 49% en 2003 y en América Latina de 35% en 2002 a 36% en 2003.

Aunque el nivel de propagación de la epidemia en Latinoamérica y el Caribe dista mucho de lo observado en África, las tendencias en los países son muy variables y pueden serlo aún más las recientes.

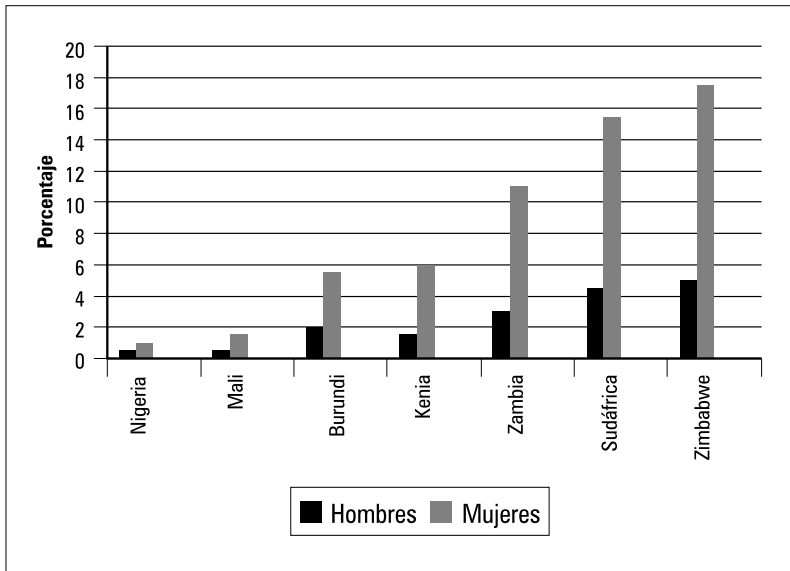
Hace diez años, la mayoría de países subsaharianos registraban datos de seroprevalencia similares a los reportados hoy por algunos países de Centroamérica y el Caribe, en particular, Haití, Honduras y Belice, donde el contacto heterosexual ha sido la forma predominante de transmisión del VIH y, por ende, donde es más evidente la feminización de la epidemia en la región de las Américas (García, R. 2003; Bianco, M., 2004).

Desde 1988 la Organización Mundial de la Salud estableció el 1 de diciembre como Día mundial de la lucha contra el sida. En 1997, el Onusida emprendió la primera Campaña Mundial contra el sida de duración anual o bianual. La Campaña del bienio 2004- 2005, cuyo tema es “Las mujeres, las niñas, el VIH y el sida”, busca sensibilizar a la sociedad sobre los múltiples problemas que afectan a las mujeres y las niñas en relación con el VIH y el sida y sobre el impacto progresivo que la epidemia tiene sobre ellas. Sus objetivos incluyen visibilizar y cuestionar las diferencias de género que hacen a las mujeres y niñas más vulnerables, promover e incrementar su

capacidad y liderazgo en la lucha contra la epidemia, animar a aquellas que viven con VIH o sida a que participen de manera activa en las acciones de defensa de sus dere-

chos y lograr que las políticas públicas y respuestas nacionales aborden la reducción de la vulnerabilidad y del impacto del sida para ellas.

GRÁFICO 1
PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH. PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS
PAÍSES SELECCIONADOS DE ÁFRICA SUBSAHARIANA
2001 -2003



Fuente: Informe sobre la epidemia mundial de sida, Onusida, 2004.

2. Vulnerabilidad de la mujer y perspectiva de género

La alta vulnerabilidad de la mujer ante el sida es determinada por múltiples factores, la mayoría de ellos asociados con las desigualdades de género. En su sentido más amplio, el concepto de género está definido social y culturalmente; las diferencias de género determinan lo que significa ser hombre o mujer dentro de un contexto social y cultural y definen las diferencias en cuanto a oportunidades, responsabilidades, “roles” y grado de autonomía en las relaciones de pareja (Ligouri, 1995).

Los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de la mujer incluyen el conocimiento inadecuado sobre el tema, el acceso insuficiente a servicios preventivos, la incapacidad para negociar relaciones sexuales protegidas y la falta de métodos de prevención del VIH controlados por las mujeres, como los microbicidas.

En muchas sociedades, históricamente se ha perpetuado la discriminación de la mujer, a partir de la premisa de la diferencia entre los sexos: hombre y mujer son diferentes porque el hombre es “superior” a la mujer y la inferioridad de ésta tiene su base en lo



“natural”, en una condición biológica que la señala histórica y culturalmente como el “sexo débil” (Plata, 1993).

El ideal femenino se caracteriza por la pasividad de la mujer y el subordinamiento de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del hombre, mientras que la masculinidad por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control casi total de las interacciones sexuales (Onusida, 2000).

Las relaciones de poder entre hombres y mujeres, ponen en desventaja a la mujer en el ejercicio de la sexualidad y limitan su capacidad de negociación y de toma de decisiones relacionadas con el uso consistente de los métodos de barrera para evitar embarazos no planeados o para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Desde el punto de vista biológico las mujeres son también más vulnerables a la infección; se estima que la transmisión del VIH de hombre a mujer es entre dos y tres veces más probable que la transmisión de mujer a hombre (Mastro, 1996), aunque algunos estudios han reportado que la probabilidad de transmisión de hombre a mujer es hasta 10 veces mayor que de mujer a hombre (The World Bank, 1997). La variabilidad de estas estimaciones se debe a la influencia de otros factores determinantes de riesgo y no incluidos en todos los estudios, como la fase en que se encuentre –infección temprana o tardía– la persona que transmite la infección o la frecuencia de cambio de parejas sexuales, tanto en hombres como en mujeres.

Asimismo, las niñas y las adolescentes son biológicamente más susceptibles a la infección que las mujeres adultas, por causa de la inmadurez de sus mucosas genitales que limitan su función de barrera protectora ante los patógenos.

La presencia de otras infecciones de transmisión sexual, muchas veces asintomáticas

en las mujeres, aumenta también el riesgo de contraer el VIH durante las relaciones sexuales sin protección.

En varios países de África, el Caribe y Latinoamérica, donde el tamizaje de la sangre y hemoderivados es aún limitado, otro factor de incremento del riesgo para las mujeres es la mayor frecuencia con que reciben transfusiones sanguíneas, principalmente por razones obstétricas (Del Río, 1997). Las mujeres se infectan con el VIH a edad más temprana que los hombres porque se relacionan con frecuencia con hombres mayores (dentro o fuera de la relación estable), quienes han tenido mayor posibilidad de haber adquirido el VIH con anticipación en razón a la edad y al haber tenido un mayor número de contactos sexuales (Berer, 1993).

Debido a las diferencias de género predominantes en casi todas las sociedades, los actuales esfuerzos de prevención no están surtiendo efecto entre las mujeres. El acrónimo “AFP” –abstinencia, fidelidad, uso de preservativos– es el pilar básico de muchos programas de prevención en el ámbito mundial. Sin embargo, para la gran mayoría de mujeres este mensaje carece de sentido. Debido a su falta de poder social y económico, las mujeres no están en capacidad de negociar relaciones basadas en estos principios; en su condición de inferioridad con relación al hombre, la abstinencia o la insistencia en el uso de preservativos no constituyen opciones realistas para las mujeres. El matrimonio y en general las relaciones estables, no constituyen una protección real contra el VIH; la mayoría de las mujeres infectadas a través de relaciones heterosexuales contrajeron el virus a partir de sus parejas estables. En los países más afectados por la epidemia, la mayoría de las mujeres se casa antes de los 20 años, y las casadas tienen tasas de VIH más altas que las solteras sexualmente activas (Unaid, 2004).

Por otra parte, las mujeres que viven con VIH o sida deben asumir con frecuencia cargas asistenciales, cuidando de los otros miembros de la familia aún estando enfermas ellas mismas. A pesar de las desigualdades de género, las mujeres son con frecuencia las más capaces de adaptarse a la adversidad y constituyen la fuerza que mantiene los grupos familiares, asumiendo el sostenimiento de la familia y ocupándose de las tareas domésticas y asistenciales. A pesar de su papel integrador de los núcleos familiares, en la mayoría de las culturas la mujer no se concibe como “parámetro de referencia”, sino que existe a través de los otros (hijos, esposo o compañero) a quienes cuida y sirve (Consejería Presidencial para la Política Social, 1995).

En los países más afectados se ha corroborado que hasta 90% de la asistencia a los enfermos de sida se provee en el propio hogar y que son las mujeres las que asumen la carga asistencial, con una escasez alarmante de los materiales y medicamentos necesarios y sin apoyo alguno para la escolarización de sus hijos. El efecto combinado de la carga física y emocional que supone cuidar a parientes enfermos (incluidos huérfanos y otros afectados por la enfermedad), incluyendo la provisión de alimentos y medicinas, determina inevitablemente que las mujeres descuiden su propia salud.

La violencia contra las mujeres es un grave problema de derechos humanos y salud pública en el mundo y contribuye a aumentar la vulnerabilidad femenina ante el VIH/sida. Una de las formas más comunes de violencia es la “violencia doméstica” infringida por sus compañeros sexuales. Entre 10% y 50% de las mujeres en todo el mundo reportan haber sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de sus compañeros sexuales. Según Human Rights Watch, en casi todos los países la violencia doméstica es una de las

principales causas de lesiones y heridas en las mujeres; la violencia contra ellas es común en todas las sociedades donde han sido tradicionalmente subordinadas a las decisiones de los hombres y en las regiones donde existen conflictos armados, se utiliza cada vez más la violencia sexual como arma de guerra (Unaid, 2004). Cuando confluyen múltiples factores determinantes de vulnerabilidad, como ocurre en las comunidades afectadas por la extrema pobreza y los conflictos armados, se presenta una interacción sinérgica que aumentan esta vulnerabilidad, combinando los diferentes efectos adversos en lo que varios autores denominan “síndemia” (Singer, 1998; Wallace, R. y Wallace D., 1995).

Con relación al trabajo sexual, las circunstancias que inducen a las mujeres a ejercerlo son similares a las que determinan su situación de inferioridad social: las desigualdades de género perpetuadas en casi todas las sociedades, la pobreza y la falta de oportunidades de crecimiento económico y la violencia sexual. La vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales es también determinada por la estigmatización y marginalización de las que son objeto; la carencia de legislación y políticas protectoras; el insuficiente acceso a servicios de salud, sociales y jurídicos; la insuficiente información y capacitación para el empoderamiento requerido para la negociación del uso del condón con los clientes y la frecuente movilidad geográfica (Onusida, 2003).

3. La situación en Colombia

En Colombia, la feminización de la epidemia está ocurriendo de manera gradual en el ámbito nacional y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años. Se observa un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual



hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, en particular, evidente en los departamentos de la región Caribe, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa (García, R. *et al.*, 1997) y donde se han encontrado las mayores prevalencias de infección entre mujeres embarazadas.

En el último estudio de vigilancia centinela (Instituto Nacional de Salud, 2003) efectuado en el año 2003, se encontraron prevalencias mayores al 0,5% entre mujeres gestantes, en cinco departamentos de la región Caribe. La razón de casos hombre: mujer ha descendido en el país de 20:1 en 1987 a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003; en algunos departamentos de la Costa Caribe este indicador es actualmente cercano a 1:1.

La alta vulnerabilidad de la mujer colombiana ante la epidemia del VIH/sida está determinada históricamente por el contexto cultural machista que le impone relaciones sexuales dominadas por el hombre, por el abuso sexual, dentro y fuera de la familia; por la historia de inequidad de género y de desigualdad social, económica, educativa y laboral; por la permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros estables (Céspedes y Bello, 1994); por las exigencias del “rol” femenino de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio autocuidado y por el permanente aumento del número de mujeres cabeza de familia (García, R. *et al.*, 1999).

El desplazamiento forzoso es otro aspecto que esta afectando más a los menores de edad y a las mujeres, generando desarraigo, desprotección y marginalidad y propiciando el trabajo sexual forzado.

Aunque en Colombia las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que los hombres, ésta es de menor calidad; en las últimas décadas las mujeres han accedido más a la educación y tienen mejor rendimiento académico que los hombres, pero siguen siendo más afectadas por el desempleo que ellos. A pesar de los avances logrados, en particular, en acceso a educación, la gran mayoría de las mujeres colombianas y latinoamericanas aún viven en condiciones de inferioridad social resultantes de la perpetuación de las desigualdades de género (Paternostro, 1998).

Con relación a las mujeres trabajadoras sexuales, en Colombia se han registrado prevalencias de infección entre 0,2 y 1,4% en los pocos estudios realizados con este grupo de población, en ciudades capitales de departamento (Castro, 1995).

En Cali se efectuaron estudios en 1989 y 1992, reportando prevalencias de 0,18% en 1989 y 0,5% en 1992. Cerca del 63% de las mujeres participantes en el segundo estudio, reportó nunca usar condón.

En el estudio realizado en Bogotá en 2002, se reportó una prevalencia de 0,7% y se identificaron como factores asociados para VIH, además del no uso del condón, el pobre acceso a información sobre VIH/sida y los antecedentes de ITS, en particular, de sífilis (Mejía, 2002).

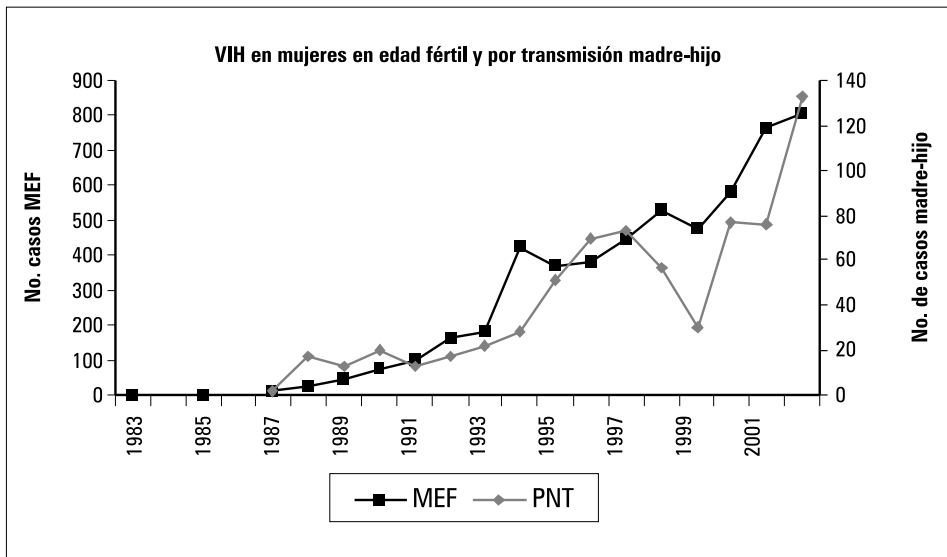
En la encuesta de comportamientos efectuada en Bogotá en 2001 con trabajadoras sexuales y con clientes del comercio sexual, 41% de las mujeres encuestadas reportaron el ofrecimiento de más dinero como principal razón de no uso consistente del condón. El 85% de los clientes encuestados consideró “imprescindible” el servicio que prestan las trabajadoras sexuales, 61% reportó no usar nunca el condón y 75% refirió haber pagado alguna vez para no utilizar el condón (Manco y García, R., 2002).

En los pocos estudios efectuados en el país sobre uso del condón por parte de los y las jóvenes y adolescentes, se ha encontrado que las mujeres reportan una menor frecuencia de uso que los hombres de su misma edad (García, R., *et al.*, 2002) que la menor frecuencia de uso de condón se reporta entre los y las jóvenes de la región Caribe, y que la diferencia entre hombres y mujeres con relación al uso de condón es aún más evidente entre jóvenes y adolescentes viviendo en contextos de desplazamiento forzado (Profamilia, 2001), lo cual sencillamente refleja la perpetuación de

las relaciones de desigualdad entre géneros en las nuevas generaciones.

El número de casos reportados entre 1983 y 2002 de mujeres en edad fértil y en niñas y niños menores de cinco años, se presenta en el Gráfico 2 (Prieto, 2003). Se observa una tendencia constante al aumento en la notificación, aumento que se seguirá observando durante los próximos años con los nuevos casos diagnosticados en desarrollo del proyecto nacional de reducción de la transmisión materno-infantil del VIH.

GRÁFICO 2
CASOS REPORTADOS DE INFECCIÓN POR VIH. MUJERES EN EDAD FÉRTIL
Y CASOS DE TRANSMISIÓN MADRE-HIJO



Fuente: Subdirección de Epidemiología. INS-Colombia, 2000.

Este proyecto se basa en una intervención integrada para todos los programas de atención y control prenatal y perinatal existentes en el país y sus objetivos incluyen:

- Promover el reconocimiento y la conciencia entre las mujeres colombianas de su vulnerabilidad ante el sida y de la impor-

tancia de conocer su estado serológico frente a la infección por VIH

- Ofrecer la pruebas diagnóstica como parte de la atención y control prenatal
- Proveer atención integral a las mujeres diagnosticadas, incluyendo tratamiento antiretroviral



- Brindar apoyo psicosocial a las mujeres diagnosticadas y a sus familias
- Lograr que las entidades aseguradoras se comprometan con la reducción de la transmisión vertical del VIH
- Promover y apoyar la implementación de esta iniciativa como política específica de salud pública en el país (Onusida, INS y Feredsalud, 2001).

En desarrollo del proyecto, hasta el 31 de marzo de 2005, cerca de 214.000 mujeres embarazadas se habían practicado la prueba de Elisa en 29 departamentos, a 377 de ellas se les ha diagnosticado la infección por VIH y se han atendido 284 partos a gestantes infectadas. El 82% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres que viven relaciones conyugales estables y cuya principal ocupación son los oficios del hogar (Comisión Europea, 2005). Se puede asumir, con un alto grado de certeza, que la gran mayoría de estas mujeres fueron infectadas por sus compañeros sexuales estables.

Hacia julio de 2004, a un año de iniciado el proyecto nacional, los mayores porcentajes de seropositividad se habían registrado en Sucre (0,7%), Santander (0,6%), Bolívar y Guajira (0,5%) y Quindío (0,4%). El 21% de las mujeres diagnosticadas estaban entre los 15 y 19 años de edad y 59% entre los 20 y 30 años (García, R., 2004). Con la terapia antiretroviral que ofrece el proyecto para estas mujeres desde que son diagnosticadas hasta el final de su gestación, se ha evitado la transmisión del VIH en 98% de los casos.

4. Las acciones requeridas

La educación es una de las defensas básicas contra la propagación y el impacto de la epidemia del sida. Garantizar la escolarización de las niñas es una medida efectiva para reducir la vulnerabilidad general, pero debe

concurrir con medidas específicas para proveer la información adecuada y facilitar aptitudes prácticas y fortalecer los vínculos escuela-comunidad.

La Campaña global fomenta el acceso universal a la educación, promoviendo el incremento continuo de la escolarización de las niñas y de su acceso a educación secundaria y fortaleciendo procesos educativos basados en aptitudes para la vida, con énfasis en la adopción de estrategias adecuadas para la reducción y eliminación de las desigualdades de género y para la protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconocidos a partir de los Acuerdos suscritos en diversas conferencias internacionales¹. Entre estos Acuerdos se incluyen entre otros los siguientes derechos:

- A una adecuada nutrición y atención en salud desde la infancia, como bases indispensables para la buena salud en la edad reproductiva
- A una educación sexual no sexista ni discriminatoria desde la infancia, que favorezca el conocimiento y autocuidado del cuerpo y el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante y responsable
- A decidir libremente tener o no tener hijos
- A información y orientación sobre anti-concepción y acceso fácil y adecuado a los métodos más eficaces
- A que se reconozca el placer sexual como prerrogativa inherente para las personas y a que se respete la orientación sexual y

¹ Cuarta conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995); Cumbre mundial sobre desarrollo social (Copenhague, 1995); Conferencia internacional sobre población y desarrollo, (El Cairo, 1994); Conferencia mundial de derechos humanos (Viena, 1993).



el ejercicio libre y autónomo de su sexualidad

- A una vida libre de maltrato y de violencia sexual
- A igualdad con los hombres en cuanto a las responsabilidades familiares, incluidas la crianza de los hijos y las tareas domésticas
- A que los hombres se comprometan con el cuidado de su propia salud sexual y la de su esposa o compañera
- A participar en la formulación de políticas basadas en principios éticos y equitativos en materia de sexualidad y reproducción.

Es necesario también reforzar los comportamientos masculinos positivos, abordando las percepciones de género en los diferentes entornos sociales y culturales, cuestionando determinadas creencias y propiciando en los hombres jóvenes cambios de actitudes y comportamientos orientados a la reducción de las desigualdades de género, con lo cual se benefician tanto mujeres como hombres, quienes también son vulnerables a la infección por VIH por causa de estas desigualdades.

Es habitual que las diferencias de género establecidas o predominantes alienen a los hombres, en particular, a los adolescentes y jóvenes, a asumir conductas riesgosas para demostrar y afianzar su virilidad y “hombría” ante sí mismos y ante sus pares y mayores.

Los hombres deben involucrarse plenamente en la lucha contra las desigualdades de género, comprometiéndose con el principio de “cero tolerancia” ante la violencia contra las mujeres, con el apoyo en la educación de sus hijas hasta el mayor nivel académico posible y con contribuir a aliviar la carga asistencial de las mujeres en el seno de los núcleos familiares. Para ello es indispensable que los hombres entiendan que el con-

cepto de género se aprende, se vive y se verbaliza y que se puede “desaprender”, entender y verbalizar de manera diferente, transformando las relaciones entre hombres y mujeres en procesos de convivencia democráticos e incluyentes, caracterizados por el respeto y el reconocimiento a la particularidad y a la diversidad (Velandia, 2003).

La Campaña global promueve y aboga por un mayor apoyo político y financiero para la investigación en microbicidas vaginales, lo cuales constituyen una de las opciones preventivas más prometedoras que se vislumbran en el horizonte. Se espera que la primera generación de microbicidas efectivos pueda estar disponible en un plazo de cinco años pero la inversión en investigación y desarrollo de microbicidas debe ampliarse en forma rápida y radical si se pretende hacer realidad esta esperanza. Los productos en fase de desarrollo varían ampliamente, siendo algunos de ellos contraceptivos además de microbicidas. Con base en modelos matemáticos, se ha demostrado que un microbicida con una eficacia del 60% podría tener un impacto significativo sobre la epidemia si se introdujera en los 73 países más pobres del mundo. Aun en el caso de que este producto sólo lo utilizara 20% de las mujeres, en el plazo de tres años podrían prevenirse alrededor de 2,5 millones de nuevas infecciones (Unaid, 2004).

Las respuestas adecuadas para reducir el riesgo y la vulnerabilidad asociadas con el trabajo sexual incluyen estrategias orientadas a la prevención del ingreso en el trabajo sexual (ampliación de oportunidades de educación y empleo para las mujeres jóvenes y fortalecimiento de las estructuras familiares y de los entornos comunitarios) y a la protección de las mujeres trabajadoras del sexo, con enfoques individuales y comunitarios (acciones específicas de IEC, educación inter pares, fácil acceso a servicios de prevención y atención de ITS) (Onusida, 2003).



En Colombia se requiere avanzar con mayor celeridad en la construcción e implementación de una estrategia de educación en salud sexual y reproductiva que recupere y fortalezca la educación sexual en el país como prioridad estatal. La educación sexual ha estado prácticamente ausente de los programas curriculares de educación secundaria debido, entre otras causas, a la presión ideológica ejercida por los sectores sociales más conservadores, a la disminución y casi eliminación de los recursos humanos y financieros, a la tendencia de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo, a la falta de diálogo intergeneracional y a la reproducción de modelos conceptuales que perpetúan la sexualidad como tabú (Onusida, 2002).

Es necesario también garantizar la asignación suficiente y oportuna de recursos humanos y financieros para el desarrollo de la educación sexual y facilite el acceso de las y los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Asimismo, se requiere asegurar la sostenibilidad de la iniciativa de reducción de la transmisión materno-infantil una vez concluya la cooperación internacional, lo cual dependerá del compromiso de las instituciones de salud pública y de la voluntad de cooperación de las entidades del Sistema de seguridad social en salud. La continuidad de esta iniciativa como política de salud pública será fundamental para mantener la prevalencia de infección por debajo del 1% en el orden nacional. La reducción de la transmisión madre-hijo no sólo es una intervención eficaz para disminuir la incidencia del sida pediátrico, sino para promover cambios actitudinales y comportamentales orientados a la reducción de la vulnerabilidad y a una mayor autonomía de las mujeres en sus relaciones sexuales.

Conclusión

El impacto devastador de la epidemia del sida entre las mujeres no es un fenómeno nuevo y ha sido reconocido desde hace varios años. Sin embargo, las respuestas globales y nacionales no han sido efectivas en reducir el alto grado de vulnerabilidad de las mujeres y el resultado evidente de este fracaso es la creciente feminización de la epidemia en todas las regiones del planeta.

En Colombia, aunque las acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/sida están planteadas con claridad en los planes estratégicos y operativos puestos en marcha durante la última década (Ministerio de Salud y Onusida, 2000; Ministerio de la Protección Social, Onusida, 2004), algunas de las estrategias fundamentales como la Educación Sexual y el fortalecimiento de los servicios en salud sexual y reproductiva orientados a la mujer, tienen un bajo nivel de desarrollo y ejecución.

El abordaje de la epidemia a través de la perspectiva de género contribuye a la construcción de políticas públicas más equitativas y favorables para las mujeres, basadas en el respeto y realización de sus derechos sexuales y reproductivos, facilitando la activa participación de las mujeres en estos procesos de construcción y en todas las acciones orientadas a la prevención de la generalización de la epidemia y a la atención integral de las personas afectadas.

Cabe recordar aquí las palabras de Peter Piot durante su intervención en el Foro 2003 efectuado en La Habana "... las desigualdades de género son una fuerza impulsora fundamental de la propagación del sida y por consiguiente deben abordarse como elemento central de una respuesta adecuada a la epidemia".

Bibliografía

- Berer, M. 1993. *La mujer y el VIH/sida*. Compendio internacional de recursos. Women and Aids Project. Londres.
- Bianco, M. 2004. "Tendencias recientes en el patrón de expansión del VIH/sida en América Latina y el Caribe". En: *VIH/sida y desarrollo*. Ed. Agenda Colombia. Bogotá. Junio.
- Castro, J. 1995. "Resultados del estudio nacional Centinela", Programa nacional de sida. *Boletín Epidemiológico* 2, 2. Ministerio de Salud. Bogotá.
- Céspedes, JE.; Bello, S. 1994. HIV-1 *Spread in Colombian Women*. Abstract Book Xth International Conference on Aids (Abstract PCO119I. Yokohama. Japón. Agosto 7-12.
- Conferencia internacional sobre población y desarrollo. 1994. El Cairo.
- Conferencia mundial de derechos humanos. 1993. Viena.
- Consejería Presidencial para la Política Social. 1995. "Reflexiones para la intervención en la problemática Familiar". Bogotá.
- Cuarta conferencia mundial sobre la mujer. 1995. Beijing.
- Cumbre mundial sobre desarrollo social. 1995. Copenhague.
- Del Río, C. 1997. "Mujer y sida: conceptos sobre el tema". En: *Situación de las mujeres y del VIH/sida en América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- García, R. 2004. "Proyecto madre-hijo: una respuesta hacia el futuro". *Indetectable No 24*. Mayo.
- García, R. 2003. "Sida: Situación en el mundo y en Colombia veinte años después". *Biomedica* 23(3):247-251.
- García, R.; Cáceres, D.; Moreno, L.; Luque, R. 2002. *Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria de Colombia. Análisis de una encuesta nacional*. Onusida/Minsalud. Bogotá. Junio.
- García, R.; Bernal, G.; Fernández, A. et al. 1999. "Aspectos de población y aspectos psicosociales". En: *Infección por VIH y sida en Colombia. Aspectos fundamentales. Respuesta nacional y situación actual*. Onusida, Minsalud. Bogotá. Diciembre.
- García, R.; Klaskala, W.; Zhang, WY.; et al. 1997. *HIV/AIDS epidemic in Colombia: Regional Differences in Epidemic Trends*. *Aids*; 11, 10:1.297-98.
- Instituto Nacional de Salud (INS). 2003. "Subdirección de Epidemiología. Estudio Centinela nacional. Informe final". Bogotá.
- Ligouri, AL. 1995. *Relaciones de género y empoderamiento femenino*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Manco, S.; García, R. 2002. *Intervención educativa orientada a la adopción del uso consistente del condón, con trabajadoras sexuales y sus clientes en Bogotá*. Cormujer, Onusida-Colombia. Abstract Book. Foro Panamericano sobre VIH/sida. La Habana, Cuba.
- Mastro T.D.; Vincenzi I. 1996. *Probabilities of Sexual HIV-1 Transmission*. *Aids* (suppl. A): S72-82.
- Mejía, A. 2002. *Prevalencia de la infección por VIH-1, VHB, sífilis y factores asociados en mujeres trabajadoras sexuales de Bogotá*. INS, LCLCS.
- Ministerio de la Protección Social, Onusida. 2004. "Plan intersectorial de respuesta nacional a la epidemia del VIH/sida 2004-2007". Bogotá. Julio.
- Ministerio de Salud, Onusida. 2000. "Plan estratégico nacional 2000-2003". Bogotá. Febrero.
- Onusida. 2004. *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra.
- Onusida. 2003. *Trabajo sexual y sida*. Actualización técnica. Ginebra.
- Onusida. 2000. *El género y el VIH/sida*. Actualización técnica. Ginebra.
- Onusida, Ministerio de Salud. 2002. "Encuentro intersectorial de educación y salud sexual. Conclusiones y recomendaciones". Bogotá. Junio.
- Onusida, INS, Feredsalud. 2001. *The Women's Antenatal Care Initiative For Reduction Of HIV Vertical Transmission in Colombia*. European Commission Grant. Bogotá.
- Paternostro, S. 1998. *In the Land of God and Man: A Latin Woman Journey*. Plume. Penguin Group. New York.
- Plata, MI.; Yanuzova, M. 1993. *Los derechos humanos y la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Profamilia. Servicio de Consultoría Jurídica Nacional. Bogotá.
- Prieto, F. 2003. *Veinte años del VIH en Colombia*. Inf Quinc Epidem Nac-Iquen 8(22). INS. Bogotá.
- Profamilia. 2001. "Encuesta sobre servicios de información y atención en salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo en adolescentes desplazados por la violencia y población receptora en los municipios de Barranquilla y Cartagena". Bogotá. Julio.
- Proyecto madre-hijo. 2005. "Informe de avance presentado a la Comisión Europea". Bogotá. Abril.
- Singer, M. 1998. *The Political Economy of Aids*. Amityville: Baywood Publishing Co.
- The World Bank. 1997. *Confronting Aids: Public priorities for a global epidemic*. Oxford University Press. 57-60, 101.
- Unaid's World Aids Campaign. 2004. *Strategic Document*. Geneva.
- Velandia, M. 2003. "Género, masculinidad y salud: una visión desde los sistemas, las emociones y el lenguaje". La Habana. Foro.
- Wallace, R.; Wallace D. 1995. "U.S apartheid and the spread of Aids to the suburbs: A multi-city analysis of the political economy of spatial threshold". In: *Social Science and Medicine*. (41):333-345.

