

**MUJERES, SIDA Y POBREZA:
Limitaciones de las Actuales
Estrategias de Prevención y
Sugerencias para Acciones Futuras**

Agosto de 1998 - Año 1 - Nº 2

Esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración de Fundación Ford

© EPES

Nº inscripción: 105.471

Casilla 22 Correo 44 El Bosque, Santiago

ielch@epes.cnt.cl

Casilla 3144 Concepción

epes97@chilesat.net

ISBN: 956-7546-04-5

Diseño Portada: Percy Bedwell Rodríguez

Producción Gráfica LOM ediciones

Impreso en Chile, Agosto, 1998

Se autoriza su reproducción total o parcial citando la fuente

MUJERES, SIDA Y POBREZA: Limitaciones de las Actuales Estrategias de Prevención y Sugerencias para Acciones Futuras

Karen L. Anderson

RESUMEN

PRESENTACION

INTRODUCCION

I. LAS MUJERES Y LA INFECCION POR VIH

- Las Mujeres en los Países en Vías de Desarrollo: Encrucijadas de Pobreza y SIDA

II. ESFUERZOS PARA LA PREVENCION:

LA TRILOGIA Abstinencia, Monogamia y Condón (A. M. C.)

- Las actuales estrategias: superando al A.M.C.

III. LA ESTRATEGIA DE EPES PARA PROMOVER LA SALUD Y LA VIDA DIGNA EN LAS POBLACIONES

- Buscando Estrategias Efectivas de Prevención del VIH: Investigación Participativa Revela Limitaciones en los Actuales Enfoques
- Influenciando a la Masa Crítica: Jornadas Mujeres Confrontando el Futuro y Jornada Mujeres y Hombres Conversan sobre SIDA
- Lecciones de la Experiencia de EPES en VIH/SIDA: Fortalezas y Limitaciones

IV. CONCLUSIONES

REFERENCIAS

SERIE EDUCACIÓN PARA LA ACCIÓN

Agosto 1998 • Año 1 • N° 2

Educación Popular en Salud - EPES

Iglesia Evangélica Luterana en Chile

RESUMEN

Presenta una revisión general de la situación de las mujeres y la infección por VIH, examinando de manera más específica la relación entre mujer, pobreza y la infección por VIH; identifica límites en las actuales estrategias de prevención del VIH/SIDA para las mujeres y reflexiona sobre los nuevos enfoques. Describe brevemente la actual propuesta educativa y de prevención de EPES, incluyendo lecciones, desafíos y limitaciones generales de esta experiencia.

PRESENTACION

El trabajo ***“Mujeres SIDA y Pobreza: Limitaciones de las Actuales Estrategias de Prevención y Sugerencias para Acciones Futuras”*** elaborado por Karen L. Anderson, educadora de EPES, en el marco de sus estudios de magister en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, constituye un importante avance en la producción de materiales que puedan dar cuenta de nuestra estrategia educativa.

Hacia finales de los años 80, Karen planteó muy visionariamente la importancia de incluir el VIH/SIDA en nuestro trabajo de prevención en salud, aportando bibliografía y promoviendo el conocimiento de experiencias que nos permitieron entender la magnitud del problema en otros países y validar la necesidad de iniciar un trabajo destinado a sensibilizar y aportar a la prevención del VIH/SIDA. En 1990, realizó una investigación con el grupo de salud Renato Castillo, cuyos resultados nos enfrentaron una vez más a la pobreza, como el factor de mayor vulnerabilidad para la adquisición de enfermedades, en este caso el VIH/SIDA. Desde entonces hasta ahora, EPES ha madurado una práctica en la que este nuevo problema de salud pública, tiene un lugar central en nuestros esfuerzos por contribuir a su prevención mediante una estrategia educativa basada en la promoción de la organización de base, la articulación de esfuerzos a nivel local y en el desarrollo de acciones educativas, originadas en el diagnóstico de necesidades y situaciones concretas que afectan las vidas de las mujeres, familias y comunidad con la cual trabajamos.

Este documento además de aportar una importante revisión bibliográfica que fundamenta la necesidad de considerar la pobreza y el género como determinantes de la mayor vulnerabilidad de las mujeres a contraer el virus, expone algunos de los antecedentes y componentes de la estrategia impulsada por EPES que buscan incidir sobre dichos factores y desarrollar una práctica educativa más efectiva para la prevención del VIH/SIDA.

Como todo material producido por EPES, este trabajo ha contado con el aporte de numerosas personas para llegar a su edición final y publicación. Agradecemos especialmente la revisión efectuada por Mónica Maldonado y Mónica Arancibia ex monitoras del grupo de salud Renato Castillo, actuales dirigentas de la Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA; a Lezak Shallat por la revisión del texto en inglés y por sus valiosas sugerencias; a Ximena Jiles por su excelente traducción y a Sonia Covarrubias del equipo de EPES por la primera edición en castellano.

María Eugenia Calvin
Editora

INTRODUCCION

En organismos de salud a nivel internacional, se está llevando a cabo un importante debate acerca de las limitaciones de los modelos biomédicos, para la prevención del VIH/SIDA en las mujeres y la cada vez más evidente necesidad de desarrollar investigaciones y modelos de prevención alternativos, que puedan dar cuenta de los factores sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en la vulnerabilidad de la mujer en relación al VIH/SIDA. En Chile, las políticas y programas de prevención del VIH/SIDA del gobierno, siguen reflejando sólo el modelo biomédico y dejando de lado, los determinantes socioeconómicos de la salud. Hay una enorme brecha entre la investigación y la práctica, la que debe ser desafiada y cambiada si queremos que todas las mujeres, especialmente las mujeres pobres, tengan el conocimiento y el poder para proteger sus vidas.

Educación Popular en Salud (EPES) es un programa de educación en salud de la Iglesia Evangélica Luterana de Chile. Fundado en 1982, es uno de los pequeños programas no gubernamentales que desde su creación y en su práctica ha buscado construir una visión alternativa al modelo de salud biomédico. La misión de EPES es mejorar las condiciones de salud en las poblaciones a través de la capacitación y la participación organizada de aquellas mujeres que están directamente afectadas por la pobreza y la discriminación social.

Desde 1990, EPES ha estado desarrollando materiales educativos y programas de capacitación para ayudar a enfrentar la creciente incidencia del VIH/SIDA en Chile. Se ha puesto especial énfasis en la identificación de los factores que hacen a las mujeres pobres vulnerables al VIH/SIDA y a reconocer y superar las limitaciones del enfoque tradicional de salud pública con que se ha enfrentado el SIDA. EPES ha desarrollado e implementado estrategias comunitarias basadas en la tríada de la prevención (Mann, 1991); los programas incluyen información/educación de acuerdo con la cultura de la población, la promoción de un entorno social positivo, y la lucha por asegurar un acceso adecuado a servicios sociales y de salud.

Este documento revisará la situación de las mujeres y la infección por VIH en general y examinará de manera más específica la relación entre mujer, pobreza y la infección por VIH. Se identificarán los límites de las actuales estrategias de prevención del VIH/SIDA para las mujeres y se reflexionará sobre los nuevos enfoques. Luego se describirá brevemente la actual propuesta educativa y de prevención de EPES, incluyendo las lecciones, limitaciones y desafíos generales de esta experiencia.

I. LAS MUJERES Y LA INFECCION POR VIH

La incidencia del VIH/SIDA en las mujeres sigue creciendo a niveles alarmantes en todo el mundo. Sin embargo las mujeres han sido ampliamente ignoradas en las investigaciones y programas de desarrollo. Las cifras de ONUSIDA¹ de diciembre de 1997 muestran que de 30,6 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en el mundo, 12.1 millones, 41%, son mujeres. Asimismo se informa que en 1997, se agregaron 5,8 millones de nuevas infecciones por VIH y que éstas se suceden a un ritmo alarmante, alrededor de 16.000 por día (ONUSIDA/OMS, 1997).

A pesar de que las mujeres han sido identificadas como biológica, social y epidemiológicamente vulnerables a la infección por el VIH, ha sido difícil que sus vidas y sus preocupaciones sean reconocidas y escuchadas por los funcionarios y las instituciones de salud a nivel local, nacional e internacional. Existen pocos programas de prevención dirigidos hacia la mujer e incluso, menos servicios que apoyen a las mujeres viviendo con VIH/SIDA (Lawless, et. al., 1996).

Hasta hace poco, la discusión sobre mujer y VIH/SIDA estaba casi exclusivamente circunscrita al tema de las trabajadoras sexuales y la infección del VIH y a la relación de las mujeres como posibles vehículos de transmisión de la infección hacia sus hijos (Caravano, 1991; Lawless, et. al. 1996). En revistas y literatura médica oficiales, se le asigna poca importancia al valor de la vida de las mujeres, más allá de su capacidad para infectar a otros -hombres y niños- (Farmer, et. al. 1996).

La ausencia más evidente de las mujeres en la pandemia del VIH/SIDA fue el hecho de que las manifestaciones clínicas específicas de las mujeres, fueron virtualmente ignoradas por la comunidad "científica", hasta que las organizaciones de mujeres presionaron para cambiar la Definición Clínica de Caso de SIDA del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, para que incluyeran como síntoma el cáncer cervical. La exclusión de las mujeres de la senda clínica y de los protocolos de investigación, probablemente contribuyeron a este enorme error que costó la vida a muchas mujeres. Debido a que los síntomas de las mujeres no eran reconocidos por los médicos, no se les diagnosticaba SIDA sino hasta un estado muy avanzado de la enfermedad y por lo tanto, en el límite de sus posibilidades para tener los efectos positivos de un tratamiento temprano. El diagnóstico tardío también significó que muchas mujeres con grandes necesidades económicas no tuvieran acceso a los beneficios y servicios sociales que estaban exclusivamente destinados a las personas viviendo con VIH/SIDA.

¹ ONUSIDA o UNAIDS es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA. Agrupa a seis agencias UNICEF, UNDP, UNESCO, OMS y Banco Mundial.

Aún cuando se reconoció que el tiempo de sobrevivencia de las mujeres era mucho más corto que el de los hombres, desde el momento del diagnóstico hasta el momento de la muerte, se tardó más de una década en reconocer oficialmente lo que era obvio: los cuerpos de las mujeres respondían diferente al virus que los cuerpos de los hombres. Finalmente en diciembre de 1992, más de una década después que se diagnosticara el primer caso de SIDA, el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, extendió la definición clínica para así incluir, entre otras cosas, un síntoma femenino específico, el cáncer cervical agresivo (Ploughman, 1995/96).

Sin embargo, la tardía incorporación de las consideraciones de género en el área de la investigación y la prevención del VIH/SIDA, no superaron las limitaciones del modelo biomédico.

Las Mujeres en los Países en Vías de Desarrollo: Encrucijadas de Pobreza y SIDA

“¡Sobrevivimos a la dictadura, al hambre y ahora el SIDA, a veces es demasiado!”

Juana, pobladora.

Un número importante de personas viviendo con VIH/SIDA están en los países en vías de desarrollo. Para el año 2000, en sólo dos años más, la Organización Mundial de la Salud prevee que el 90% de los 30 a 40 millones de nuevos infectados se concentrarán en estos países y que el 50% de ellos serán mujeres (D’Cruz-Grote, 1996). A pesar de la cada vez mayor incidencia del VIH/SIDA en estos países, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calcula que sólo el 10% de los dos mil millones de dólares que se gastan anualmente en la prevención del SIDA llega a los países en vías de desarrollo (Buchanan y Cernada, 1996/97).

En Chile a diciembre de 1997 se han notificado 2.211 casos de SIDA de los cuales el 9% (199) son mujeres y 3.074 casos de personas asintomáticas. Extraoficialmente se calcula que 14 mil personas viven con VIH en el país. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile alcanza a 16,8 por 100.000 habitantes, registrándose en los últimos años un mayor crecimiento de los casos de SIDA en las mujeres que en los hombres, y una mayor pauperización en las primeras. La razón entre casos de hombres y mujeres descendió de 31,5:1 en 1990 a 10,5:1 en 1995, lo que indica una feminización de los casos de SIDA (CONASIDA, 1997).

El impacto del VIH/SIDA en las mujeres pobres de los países en vías de desarrollo será especialmente fuerte en la medida que éste aumenta la carga que ellas ya llevan sobre sus hombros. La feminización de la pobreza como fenómeno mundial ha sido bien documentada - publicaciones de las Naciones Unidas informan que el 70% de los mil millones de pobres del mundo, son mujeres (Farmer, et. al., 1996).

La falta de recursos, el diagnóstico tardío y no informado, el estigma social asociado a la infección por VIH y la baja posición social de las mujeres en la mayoría de los países, no permiten imaginar cual es la real magnitud del problema para las mujeres de los países en vías de desarrollo.

Aún cuando existen diferencias documentadas sobre el desarrollo del VIH/SIDA en las diferentes regiones y poblaciones, Maria de Bruyn (1992), sostiene que los efectos del VIH/SIDA en las mujeres de los países en vías de desarrollo son muy similares. Ella identifica cuatro razones por las cuales el impacto del VIH/SIDA es tan grande para estas mujeres:

1. Los estereotipos relacionados con el VIH/SIDA han servido para que las mujeres sean culpadas por el avance de la enfermedad o no sean reconocidas como potenciales pacientes portadoras de la enfermedad;
2. Muchos factores relacionados directa o indirectamente con el género, ponen a la mujer en un alto riesgo de exposición a la infección por VIH;
3. Las cargas psicológicas y sociales son más grandes para las mujeres que para los hombres;
4. La posición social de las mujeres les dificulta tomar medidas de prevención.

Investigaciones de Asia, Africa y América Latina, confirman la relación entre pobreza y SIDA y la relación entre mujeres de baja posición social y sexual, y su vulnerabilidad al VIH/SIDA (Tan y Brown, 1994; Ajuwom y Shokunbi, 1996/97; Vandale y Rico, 1996). Farmer, et. al. (1996) constataron que la pobreza, la desigualdad de géneros y la violencia estructural son co-factores en la pandemia del SIDA para las mujeres del mundo.

A medida que nos acercamos al final de la década de los 90, una gran cantidad de literatura sugiere que una efectiva prevención del VIH/SIDA debe tomar en cuenta factores como clase social, género y etnia para enfrentar las desigualdades sociales fundamentales que ponen en riesgo de infección a las mujeres.

II. ESFUERZOS PARA LA PREVENCIÓN: LA TRILOGÍA (A.M.C.) Abstinencia, Monogamia y Condón

A pesar de la creciente crítica a los modelos actuales de prevención del VIH/ SIDA para la mujer, los mensajes preventivos de la salud pública tradicional, siguen siendo impresos en millones de boletines, afiches y folletos educativos. Estos mensajes, lamentablemente no tienen efectividad y son evidentemente inadecuados cuando se trata de enfrentar los problemas reales en la vida de las mujeres.

El mensaje más difundido por instituciones gubernamentales alrededor del mundo sigue promoviendo la trilogía A.M.C. de prevención del VIH/SIDA: **Abstinencia**, **Monogamia**, uso correcto del **Condón** y tratamiento oportuno para las enfermedades de transmisión sexual. En Chile, la campaña de difusión masiva tiernamente sugiere después de nombrar las opciones para la prevención del SIDA, abstinencia, monogamia y uso correcto del condón: “*Elige la que quieras pero elige una*”.

Desgraciadamente, a la luz de las realidades políticas, sociales y económicas de las vidas de las mujeres, estos mensajes pueden ser engañosos o simplemente imposibles de implementar. Por ejemplo, si tomamos la estrategia de la abstinencia surgen muchas preguntas en relación a su implementación. ¿Cómo van a tener hijos las mujeres si son abstinentes? ¿Qué pasa con las expectativas y el estatus social asignado a la maternidad en la mayoría de las culturas? ¿Qué pasa con el placer y el deseo? Acaso la vida de las mujeres debe estar centrada en la prevención de la enfermedad por medio de la abstinencia?. Cuando analizamos la frecuencia de la violación, las relaciones sexuales no consensuadas y la violencia en contra de la mujer, no cabe duda de que debemos cuestionar la factibilidad de esta estrategia porque sabemos que muchas mujeres se encuentran en una situación en la que ellas no deciden *cómo ni cuándo* tener relaciones sexuales.

Para muchas mujeres las decisiones sobre el sexo pasan por su vulnerabilidad económica y social. El tener varias parejas sexuales muchas veces es una estrategia de sobrevivencia para mujeres con pocos recursos económicos y una familia que alimentar. Mientras las mujeres no tengan alternativas económicas reales, ni el control de su sexualidad, no tendrán la posibilidad de “elegir” la abstinencia como estrategia de prevención del SIDA.

La segunda recomendación, tener una pareja sexual única como una manera de prevenir el VIH/SIDA, ha causado gran perjuicio a las mujeres . Muchas de ellas toman este mensaje al pie de la letra y creen fehacientemente que no están en riesgo porque *ellas son* monógamas -desgraciadamente son las conductas sexuales o el uso de drogas de su parejas, lo que las pone en riesgo. Como ya se ha dicho en repetidas oportunidades, la monogamia no tiene

importancia como estrategia de prevención para las mujeres- la gran mayoría de las mujeres viviendo con VIH/SIDA son monógamas y ésto no las protegió de la infección por VIH (D' Cruz-Grote, 1996).

Por último, los esfuerzos por promover el uso del condón siguen enfrentando múltiples barreras económicas, culturales, sociales y emocionales. Temas complejos como los relacionados al costo, disponibilidad, calidad y capacidad de las mujeres para negociar el uso del condón con sus parejas masculinas y asuntos como la confianza, el amor y la intimidad, van a influir en la posibilidad del uso del condón como una barrera para la infección por VIH.

Como lo demuestran las investigaciones, cada vez hay más alternativas para la prevención que aumentan la posibilidad de evitar la infección por VIH (Elias y Coggins, 1996). El condón femenino es una nueva e importante alternativa para las mujeres pues está bajo el control de ellas mismas. Pero éste es un nuevo producto al que le tomará tiempo antes de ser aceptado, accesible y usado masivamente por las mujeres y tal vez tomará más tiempo aún, para que sea aceptado por la pareja masculina.

En resumen, si la divulgación de la trilogía A.M.C. para la prevención del VIH/SIDA, sigue sin desarrollar al mismo tiempo programas y estrategias que enfrenten las complejas realidades de la vida de las mujeres y que sean posibles de implementar por ellas, la mayoría de las mujeres pobres seguirán estando completamente desprotegidas frente a la infección por VIH.

Las actuales estrategias: superando al A.M.C.

¿Cómo pueden las mujeres pobres tener mayor control sobre sus cuerpos y sus vidas?
 ¿Cómo pueden obtener los elementos que les posibiliten implementar estrategias de prevención y así reducir su vulnerabilidad frente a la infección por VIH? ¿Cómo pueden las mujeres alcanzar mayor igualdad económica y social en sus hogares, la comunidad, en la sociedad y en el país?
 ¿Qué políticas y estrategias de salud pública pueden abordar la complejidad de estos temas?.

La bibliografía existente sugiere que no existe una sólo respuesta a estas preguntas sino que, deben implementarse un conjunto de propuestas complementarias para poder enfrentar las complejas realidades de la vida de las mujeres.

El paradigma dominante con su enfoque obsesivo sobre las conductas individuales y “estilos de vida” a menudo lleva a “culpar a la víctima” sin enfrentar las complejas realidades que influyen y determinan la conducta individual. Muchos autores reconocen que deben producirse cambios sociales, económicos y políticos, urgentes y fundamentales para poder hacer frente a las condiciones que inciden en el aumento de la pandemia (Quinn, 1996; Mann, 1991; Farmer, et. al., 1996; Zieler y Krieger, 1997; Parker, 1996).

La Coalición Mundial para las Políticas del SIDA, bajo la conducción del Dr. Jonathan Mann, ha estado al frente del movimiento internacional para desafiar las limitaciones del modelo biomédico en la prevención y tratamiento del SIDA. La Coalición sostiene, “el SIDA es un problema de salud que está vinculado con la conducta individual y colectiva, muy influenciado por amplias fuerzas sociales, y especialmente unido a la discriminación social (Mann, et. al., 1994)”.

El visionario trabajo de la Coalición logró identificar la dramática relación entre la discriminación social y la vulnerabilidad frente a la infección por VIH. La Nueva Estrategia para el SIDA promovida por este grupo, explícitamente establece como uno de sus objetivos, “reducir la discriminación social y promover el respeto por los derechos humanos y la dignidad” (Mann, et. al., 1994).

Su investigación muestra que la prevención del VIH/SIDA puede ser y ha sido exitosa, cuando los programas y sus estrategias incluyen: información y educación asociada a servicios sociales y de salud adecuados y a un ambiente social positivo de tolerancia y no discriminación (Mann, et. al., 1994).

El Centro Internacional de Investigación de la Mujer llegó a similares conclusiones sobre el rol que juegan la discriminación política, cultural, social y legal, que limitan las capacidades de las mujeres para protegerse ellas mismas de la infección por VIH (Whelan, 1996). Sus descubrimientos basados en un estudio que incluyó 17 equipos de investigación en 13 países en vías de desarrollo, las llevaron a la conclusión que la prevención de enfermedades en los modelos de salud pública tradicional, no puede hacer frente a las desigualdades que determinan la mayor vulnerabilidad de las mujeres. Sin embargo, ellas exigen que se tenga un enfoque coherente con los derechos humanos en la prevención del VIH, que promueva los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres. En este claro y asertivo documento, Whelan discute cuatro áreas de las políticas gubernamentales que tienen algún impacto en los esfuerzos hechos para la prevención del VIH y que deben ser parte de una estrategia más amplia para enfrentar la pandemia entre las mujeres: políticas de salud, políticas económicas, de desarrollo social y educativas, y reformas políticas y legales.

D’Cruz-Grote (1996) identifica la necesidad de adaptar los esfuerzos realizados para la prevención de acuerdo a la realidad de los países en vías de desarrollo, en vez de adoptar visiones estandarizadas que no hacen frente a los factores contextuales ni a las desigualdades de género. Ella también menciona que la educación e información, el acceso a servicios sociales y ambientes sociales positivos, son condiciones necesarias para la prevención del VIH/SIDA en las poblaciones más vulnerables.

En el libro, *Mujeres Resistiendo al SIDA: Estrategias Feministas para la Autodeterminación (Women Resisting AIDS: Feminist Strategies of Empowerment)*, se concluye que hay tres elementos fundamentales que permiten a las mujeres protegerse de la infección por VIH:

1. El mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de las mujeres;
2. La entrega de un método sobre el cual las mujeres tengan control;
3. Hacer que más hombres mantengan prácticas sexuales más seguras (Schneider y Stoller, 1995).

D’Cruz-Grote (1996) y Waterston (1997) advierten sobre la necesidad de cambios estructurales a largo plazo que puedan enfrentar los temas de la pobreza y las desigualdades de género. D’Cruz-Grote afirma que se avanzará poco a menos que “se revisen las políticas que aseguren el acceso a la educación para todas, se les brinde oportunidades de capacitación y empleo a las mujeres”. Está claro para todos estos autores, que el desarrollo de políticas y acciones de promoción deben ser parte de las estrategias de prevención del VIH.

El persistente y asombroso aumento del VIH/SIDA en los países pobres y las documentadas limitaciones de los enfoques tradicionales para prevenir el VIH entre las mujeres, indican la urgente necesidad de desarrollar propuestas alternativas, pero numerosos factores dificultan la búsqueda de esas alternativas. La construcción de esas propuestas requiere de capacidades teóricas así como prácticas para resolver las numerosas contradicciones y tensiones que inevitablemente enfrentan los programas de prevención.

Dos de las tensiones que deben ser abordadas son: 1) ¿Cómo podemos responder a la necesidad de cambio de comportamiento y simultáneamente enfrentar la necesidad de un cambio estructural de largo plazo? 2) ¿Cómo podemos abordar los temas específicos relacionados al VIH/SIDA y al mismo tiempo mantener una propuesta más amplia que desafíe la discriminación social?. Mientras que los autores citados apelan convincentemente en favor de propuestas alternativas, no encontramos ejemplos claros o experiencias que clarifiquen cómo implementar dichas estrategias.

Pensamos que el trabajo de EPES, entrega un ejemplo de una propuesta alternativa basada en la organización de la comunidad para la prevención del VIH/SIDA entre las mujeres que viven en poblaciones de sectores populares en Chile, pues intenta enfrentar las necesidades individuales de las mujeres y su realidad social más amplia. El ejemplo que a continuación sigue refleja los esfuerzos de esta estrategia para resolver las tensiones anteriormente mencionadas.

III. LA ESTRATEGIA DE EPES PARA PROMOVER LA SALUD Y VIDA DIGNA EN LAS POBLACIONES

La experiencia de formación de promotoras/es de salud de la comunidad recibió un gran aliento en el mundo, gracias a la declaración conjunta de Alma Ata de UNICEF y la O.M.S. en 1978, la que identificó ocho principios esenciales de la atención primaria para alcanzar Salud para Todos en el Año 2000. El trabajador de salud de la comunidad, conocido con diferentes nombres alrededor del mundo (trabajador de salud rural, monitor de salud, doctor descalzo y promotor de salud, entre otros), fue señalado como un actor clave para la estrategia de atención primaria en salud.

Desde 1982, EPES ha desarrollado un trabajo de formación y asesoría a grupos de salud en áreas pobres de las ciudades de Santiago y Concepción en Chile. A lo largo de estos 16 años de trabajo, EPES ha capacitado a cientos de monitoras de salud, quienes se han organizado en grupos de salud para mejorar sus condiciones de vida.

Del total de las participantes de los grupos de salud capacitados por EPES, el 97.4% son mujeres, es decir, los grupos están formados casi exclusivamente por mujeres, de las cuales el 71.1% son casadas. En relación a la edad, el 73.7% de las mujeres tiene entre 20 y 40 años, lo que revela que las monitoras de salud son más bien jóvenes y jóvenes adultas. El 55.2% de ellas ha cursado enseñanza media completa o incompleta y el 91.2% de las familias de las monitoras no pueden cubrir sus necesidades básicas, dentro de las cuales hay un porcentaje importante (47.1%), que viven en situación de indigencia (Calvin, 1995).

También desde su primer año de existencia, EPES ha elaborado materiales educativos en apoyo al trabajo de capacitación en salud, los que en la actualidad se encuentran distribuidos en más de 36 países de todo el mundo y en 9 regiones de Chile. En 1993 los esfuerzos de EPES fueron reconocidos y recibió el premio por Servicio de Salud Internacional, otorgado por el Consejo Nacional de Salud Internacional- Washington (NCIH).

A lo largo del tiempo la estrategia de EPES ha evolucionado y ha estado muy influenciada por el movimiento de educación popular en América Latina. La pedagogía de la educación popular encuentra sus raíces en la experiencia y pensamiento del educador brasileño Paulo Freire para quien el concepto de “concientización” marca un quiebre radical, teórico y metodológico con las experiencias anteriores de educación para el adulto (Anderson, 1989). Freire cambió lo que él llamó “la educación bancaria” por un proceso participativo de reflexión crítica y acción por parte de los individuos oprimidos y las comunidades, en un claro esfuerzo dirigido a la construcción de movimientos sociales y de una sociedad transformadora.

El curso de capacitación para monitoras de salud, que EPES lleva a cabo, dura entre cuatro y seis meses y consta de tres etapas: motivación y selección; capacitación; y consolidación organizacional. Mujeres dueñas de casa y miembros de organizaciones preexistentes se inscriben en el curso de salud, la capacitación comienza con las mujeres aprendiendo a diagnosticar y priorizar los problemas de su comunidad. Cada sesión cubre diferentes problemas de salud pública e incluye una sesión para aplicar los conocimientos en su población.²

La etapa de consolidación organizacional viene inmediatamente después de la graduación del nuevo grupo de salud y su principal objetivo es el fortalecimiento de la identidad y organización interna del grupo. Durante este período, se eligen las coordinadoras o dirigentas del grupo, las que son incorporadas a las reuniones de planificación de las sesiones, las que se orientan al desarrollo y ejecución del plan de trabajo grupal. Después de esta etapa los grupos de salud actúan autónomamente, sin embargo, EPES entrega capacitación continua y asesoría basada en las necesidades y actividades específicas de cada grupo.

Los grupos de salud comunitarios siguen trabajando juntos por la salud de sus comunidades durante un plazo que va desde los dos años hasta los trece años, con un promedio de “sobrevivencia” de ocho años y medio. Ellos desarrollan actividades dirigidas a enfrentar los problemas de salud que afectan a sus comunidades y que van desde infecciones respiratorias agudas, infección por VIH y SIDA, hasta salud mental y violencia intrafamiliar.

Las experiencias de estos grupos de salud y la sistematización del trabajo de EPES, nos permite encontrar respuesta a muchas de las preguntas de los autores que demandan propuestas alternativas para la prevención del VIH/SIDA.

² En la mayoría de los cursos de capacitación, la salud sexual aparece como un tema importante para las mujeres de la población. Los contenidos del curso varían de grupo en grupo de acuerdo al diagnóstico inicial, pero generalmente incluye una revisión de los derechos reproductivos; una unidad sobre «nuestros cuerpos, nuestras vidas» (incluyendo, cada vez que sea posible, una sesión con las matronas del consultorio de salud local donde se muestra la apariencia del cuello uterino y cómo se hace un examen pélvico; una de las monitoras, o generalmente una de las miembros del equipo EPES se ofrece como modelo); salud vaginal y prevención de las ETS y del VIH; talleres sobre sexo más seguro, entre otros.

Buscando Estrategias Efectivas de Prevención del VIH: Investigación Participativa Revela Limitaciones en los Actuales Enfoques

La estrategia de EPES de prevención del VIH/SIDA dirigida hacia las mujeres, nació después de una investigación llevada a cabo en conjunto con el grupo de salud Renato Castillo en 1990. El equipo educativo de EPES y las monitoras de salud diseñaron un cuestionario el que aplicaron a 56 mujeres de su misma comunidad. La información sistematizada y analizada de las entrevistas fue utilizada para desarrollar una primera campaña comunitaria para las mujeres y el SIDA llamada "Por la Salud del Pueblo: Eduquémonos sobre SIDA". Esta campaña básicamente llevó a la calle el tema tabú de las mujeres y el SIDA; las monitoras de salud organizaron actividades educativas en las ferias libres y las calles, entre otros lugares.

Los problemas identificados en la investigación participativa apuntaban hacia la necesidad de desarrollar estrategias de prevención integrales que tuvieran como punto de partida -la realidad de las mujeres en las poblaciones. La información obtenida a través de las entrevistas permitió a los grupos de salud locales determinar que el problema no radicaba en la falta de información. En general, las mujeres tenían información suficiente sobre la transmisión y prevención de la infección por VIH, pero lo que no había, según su propio análisis, eran recursos económicos y poder social para llevar a cabo las estrategias, por ejemplo: comprar condones y pedir a sus parejas que los usen durante la relación sexual.

Con la información socioeconómica obtenida de la investigación, las monitoras de salud pudieron establecer que un condón valía lo mismo que un kilo de pan (alimento indispensable en Chile). Y como muchas mujeres lo señalaran "el hambre es una necesidad hoy día, pero las consecuencias del no uso del condón son para mañana". Así, las entrevistas revelaron que aún cuando las pobladoras tenían altas expectativas de los consultorios en cuanto a la entrega de información sobre VIH/SIDA y otros servicios preventivos (consejería, exámenes y la entrega gratuita de condones), en la realidad sólo algunos de estos servicios, si es que alguno, estaban siendo otorgados.

EPES ayudó al grupo de salud a publicar un pequeño boletín con los resultados de la investigación, el cual en primer lugar fue entregado a cada una de las mujeres que respondieron el cuestionario. EPES alentó al grupo para que compartieran sus hallazgos con la directora del consultorio de salud local y con la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). La decidida dirigente del grupo de salud llamó a CONASIDA y solicitó una reunión. Una semana después, estas pobladoras tomaron el bus que las llevaría desde los campamentos de la zona sur de Santiago hasta el edificio del Ministerio de Salud en el centro de la ciudad, para presentar a los miembros de la Comisión Nacional del SIDA, los resultados de su investigación y sus conclusiones en relación a cómo debían implementarse los programas de prevención dirigidos a mujeres de sectores populares.

Posteriormente, los resultados de esta investigación fueron presentados en el Primer Encuentro Latinoamericano de Educación para la Salud organizado en Cuba, por la Oficina Regional de la Unión Internacional de Educadores en Salud (ORLA-UIPES). Esta presentación obtuvo beca para la inscripción y la alimentación de una monitora de salud del grupo de salud Renato Castillo.

La reflexión entre las monitoras de salud y el equipo EPES, junto con nuestra participación conjunta en la Red de SIDA y Acción Comunitaria, nos llevaron en 1993 a formar una red local en El Bosque, una comuna pobre del área sur de Santiago, con 172.000 habitantes y donde los grupos de salud y EPES han trabajado por más de 14 años implementando programas de educación en salud.

La Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA, nació para coordinar esfuerzos en la prevención del SIDA, influenciar las políticas públicas de salud a nivel local, cambiar las normas de comportamiento e influenciar los corazones y las mentes de los profesores, las/los trabajadores de la salud pública y de las/los dirigentes comunitarios en relación a la salud, la diversidad sexual, mujeres y VIH/SIDA.

En un país tan dividido por las clases sociales como es Chile, es un desafío levantar coordinaciones intersectoriales en las cuales las organizaciones sociales puedan trabajar en conjunto y en un marco de relaciones horizontales con profesionales y funcionarios públicos. A lo largo de estos años varios grupos y organizaciones han formado parte de la Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA. En la actualidad la integran cuatro grupos de salud, dos consultorios de salud de la comuna, una ONG (EPES) y personas sensibilizadas frente al tema. Su principal característica es que tiene un componente comunitario muy fuerte dado por la activa participación de monitoras, quienes organizadas en grupos de salud, han sido capaces de realizar en conjunto con los otros miembros de la Red, creativas acciones educativas y de sensibilización en VIH/SIDA en la comuna de El Bosque.

Influenciando a la Masa Crítica: Jornadas Mujeres Confrontando el Futuro I y II y Jornada Mujeres y Hombres Conversan sobre SIDA

A lo largo de todo el año, la Red Comunal de SIDA realiza un constante trabajo educativo en la comunidad y en los consultorios de salud locales, sin embargo, la piedra angular de la estrategia de la Red Comunal ha sido la organización de encuentros comunales sobre Mujer y VIH/SIDA. En octubre de 1995, se realizó la primera Jornada llamada "*Mujeres Confrontando el Futuro I: Salud Sexual y VIH/SIDA*", la que estuvo orientada a abrir estos temas con mujeres pobladoras, trabajadoras/es de salud pública y profesores/as de la comuna de El Bosque.

Doscientas cincuenta mujeres asistieron al encuentro que duró todo un día, el que incluyó una sesión plenaria en la mañana y doce talleres simultáneos por la tarde sobre diversos temas, desde homosexualidad y VIH/SIDA, feminismo y derechos reproductivos hasta iglesia y SIDA. El encuentro terminó con una ceremonia de clausura y una reflexión sobre una estrategia comunitaria para la prevención del SIDA.

Poco después del primer encuentro, la violenta violación sufrida por una mujer por parte de su pareja, quien estaba bajo la influencia de drogas, dejó en evidencia el poco control que las mujeres tienen sobre sus vidas. En las siguientes discusiones las monitoras de salud identificaron la violencia intrafamiliar, o el temor a la misma, como el mayor obstáculo en la vida de muchas mujeres, que las desincentivaba a hablar sobre el condón o sexo seguro con sus parejas. Sus observaciones se ven corroboradas por los resultados arrojados en un estudio chileno, que señala que una de cuatro mujeres (25.9%) sufre algún tipo de maltrato físico por parte de su pareja (Larraín, S. 1994).

La segunda Jornada, *“Mujeres Confrontando el Futuro II: Aprendiendo a Protegernos del VIH/SIDA”* se realizó en noviembre de 1996 y estuvo enfocada en los temas de violencia intrafamiliar y pobreza como factores que aumentan el riesgo de las mujeres de contraer el VIH. Se realizaron catorce talleres durante la mañana y la tarde, dándoles a las participantes la posibilidad de participar en dos talleres diferentes. Hubieron dos tipos de talleres, los de desarrollo de habilidades, que reflejaron el compromiso de la Red de entregar a las mujeres temas concretos de capacitación como defensa personal y desarrollo de la autoestima, así como talleres educativos sobre temas tales como salud vaginal y sexo seguro.

De nuevo, más de doscientas cincuenta mujeres de la comuna de El Bosque participaron activamente en el encuentro. Un aspecto interesante de esta segunda Jornada fue la participación activa de mujeres de todas las edades, especialmente de mujeres jóvenes. El día terminó con una increíble marcha con pancartas y gritos que reflejaban lo aprendido en cada uno de los talleres. El momento final incluyó la presentación por parte de las monitoras de salud, de un triángulo gigante de la prevención del VIH/SIDA para difundir una estrategia de prevención para la comuna. También, más de ochenta participantes completaron las “Hojas de Compromiso” identificando formas concretas en las cuales a ellas les gustaría participar con la Red en la implementación de la estrategia comunitaria de prevención del SIDA en El Bosque.

La evaluación de este evento nos llevó a la conclusión de que era hora de dar el siguiente paso e invitar a los hombres a participar en el proceso. Resultados de algunas investigaciones indican que para la mayoría de las mujeres su capacidad para negociar y tener sexo seguro depende de los hombres (Gupta y Weiss, 1993). Esto tiene especial relevancia cuando se trata de condones -los que deben ser usados en el cuerpo masculino- y también, en términos generales por el control que los hombres ejercen en la mayoría de las interacciones sociales y sexuales

en la mayoría de las sociedades. En octubre de 1997, más de doscientas personas se reunieron para participar de la Jornada Comunal “*Mujeres y Hombres Conversan sobre SIDA*”, cuya metodología se basó en la organización de grupos de conversación mixtos por edad, asistiendo un 22.2% de hombres.

Para EPES, los grupos de salud y la Red, cada uno de estos encuentros significó reunir a diferentes actores sociales los cuales tienen una historia de desconfianza entre sí: la municipalidad, trabajadoras de salud de consultorios, grupos de salud de la población, hombres y mujeres, entre otros. Estos encuentros fueron cuidadosamente negociados con y apoyados por la Dirección del Departamento de Salud de la Municipalidad de El Bosque y la oficina de Educación. La Directora del Departamento de Salud de la comuna se dirigió a las participantes en los dos primeros encuentros y en el tercero entregó un pequeño saludo. La Red intentó convencer a los funcionarios municipales para que a las trabajadoras de la salud y a las profesoras se les reconociera por parte de sus respectivos departamentos municipales, su participación en el encuentro el día sábado. El Departamento de Salud autorizó a su personal a asistir al encuentro a cuenta de sus horas de trabajo, sin embargo no ocurrió lo mismo con las profesoras, las que no obtuvieron una autorización oficial. Esta situación influyó para que el porcentaje de trabajadoras de la salud que finalmente asistió, fuera mucho mayor que el de las profesoras.

A la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud se le pidió que respaldara los dos primeros encuentros. Una epidemióloga de la CONASIDA habló en “*Mujeres Confrontando el Futuro I*”, al año siguiente estuvieron a cargo de desarrollar un taller educativo. Para el tercer encuentro no se les solicitó respaldo, salvo apoyo con materiales educativos para las carpetas de las participantes.

Lecciones de la Experiencia de EPES en VIH/SIDA: Fortalezas y Limitaciones

- Cada grupo de salud brinda el espacio necesario para que las mujeres desarrollen sus capacidades, reciban apoyo y puedan llevar a cabo acciones positivas con sus propias vidas y en sus comunidades. Los grupos son territoriales por lo cual cuentan con apoyo por parte de sus vecinos.
- Las mujeres del lugar “definen” sus problemas y son las principales protagonistas en la búsqueda de soluciones. Sus realidades y necesidades determinan los parámetros de las soluciones y no un set pre-determinado de pautas. Por ejemplo, varias mujeres decidieron que una estrategia realista de prevención de la infección por VIH era tratar de educar a sus maridos lo suficiente para que ellos usen condones en caso de tener encuentros sexuales “por afuera”. Las mujeres incluso compraron condones y se los regalaron a

sus maridos diciendo “Si me quieres, úsalos cada vez que tengas sexo con otras parejas”. Para muchos programas esta sería una recomendación difícil de imprimir en cualquier folleto, aún cuando es un acercamiento mucho más realista para defender la vida de las mujeres, en comparación con intentar cambiar la norma en relación a parejas múltiples.

- Proyectos de investigación participativa pueden ayudar a las comunidades a analizar y entender los problemas que enfrentan de manera sistemática y en sus propios términos. Los hallazgos de la investigación deben ser “controlados” por los interesados y utilizados para determinar las acciones a seguir para enfrentar los problemas que los afectan.
- Las redes son un vehículo a través del cual los grupos pueden realizar alianzas entre clases y ganar suficiente poder para “ser escuchados” a nivel local o nacional.
- Las monitoras de salud cuentan que han sido capaces de introducir cambios en los comportamientos individuales en sus propias relaciones (por ejemplo, conversar con su pareja sobre la infección del VIH y negociar el uso del condón) gracias a que: a) No están solas; b) Pueden ensayar la negociación para tener sexo seguro a través del juego de roles y la discusión con otras monitoras de salud; c) Pueden entregar información adecuada a sus parejas de una manera no amenazante; d) A través de las gestiones que realiza su organización tienen acceso a condones; e) Las actividades de los grupos de salud han contribuido al largo proceso que ha llevado a las organizaciones y movimiento de mujeres en Chile a poner en el debate público temas de la esfera privada como aborto, violencia, abuso sexual infantil, sexualidad y VIH/SIDA.
- Las monitoras de salud con muy poca educación formal, que participan en la Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA, han influenciado la opinión de más de 600 dirigentes de sus comunidades a través de las Jornadas Mujeres Confrontando el Futuro I y II y de la Jornada Mujeres y Hombres Conversan sobre SIDA. Matronas y enfermeras de los consultorios, profesoras de las escuelas públicas, dirigentes de las ollas comunes, grupos de iglesia y organizaciones de mujeres han tenido la oportunidad de conocer un discurso alternativo sobre las mujeres y la infección por VIH. Las mujeres han recibido carpetas de materiales sobre SIDA y capacitación en una amplia gama de temas presentes en estos encuentros. Han conquistado espacios de poder en su comunidad a medida que negocian el auspicio o patrocinio de estas actividades con los Departamentos de Salud, Educación y la alcaldía.
- Los esfuerzos para enfrentar la discriminación social deben forjar alianzas con otros grupos estigmatizados. En el caso de las Jornadas Mujeres Confrontando el Futuro, fueron invitadas/os a realizar talleres educativos las trabajadoras sexuales organizadas y la comunidad gay

con trabajo en VIH/SIDA. Ambos talleres tuvieron una alta asistencia. El trabajo con la comunidad gay y con las trabajadoras sexuales permitió a las monitoras descubrir situaciones comunes de discriminación y opresión.

- Las mujeres viviendo con VIH y sus familias, tienen un rol importante que jugar en la identificación de las necesidades de las mujeres con VIH y en el desarrollo de programas que hagan frente a las mismas.
- El trabajo sobre VIH/SIDA que realizan EPES y los grupos de salud se inserta dentro de esfuerzos más amplios de promoción de la participación popular en salud para enfrentar los múltiples problemas que afectan a las comunidades pobres. Por ejemplo, los grupos de salud decidieron que era imposible promover la salud sexual y el sexo seguro sin enfrentar el tema de la violencia intrafamiliar.
- EPES y los grupos de salud trabajan por la promoción de una educación liberadora en relación a la salud sexual y el VIH/SIDA en la comunidad. Desafiamos a los consultorios de salud a entregar servicios de salud de acuerdo a la comunidad a la cual sirven, para lo cual la Red ofrece oportunidades de capacitación en sexualidad y SIDA. Organizamos actividades públicas donde la gente se puede reunir y construir un discurso comunitario en relación al VIH/SIDA que pueda hacerle frente al hegemónico modelo biomédico. Al igual que Lawless, et. al., debemos “participar en la deconstrucción del discurso que produce discriminación (1996).”

A pesar de estos logros, aún hay importantes obstáculos y desafíos sin ser resueltos y de los cuales debemos hacernos cargo si queremos llevar cabo la propuesta de la comunidad en su máxima potencialidad. Algunos de estos temas son:

- ¿Cómo pueden estos logros alcanzados a nivel local, traducirse en políticas que tengan efectos sobre la salud sexual de toda la comunidad?
- ¿Cómo pueden influenciar los hechos locales a la política nacional?
- ¿Cómo podemos seguir trabajando en la prevención del VIH/SIDA cuando existen tantos otros problemas sociales y políticos tan apremiantes?
- Dentro de nuestro entusiasmo por defender la vida de las mujeres, ¿cómo podemos asegurar que no estamos asumiendo responsabilidades del Estado?
- ¿Cómo pueden la participación local y la movilización comunitaria generar representación política, que influya en la política nacional y crear las condiciones para nuevos actores políticos y sociales?

Para lograr cambios estructurales de largo plazo será necesario que EPES, los grupos de salud y la Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA se hagan parte de una intensa acción para incidir en las políticas públicas a nivel local y desarrollar estrategias para resolver los temas anteriormente señalados.

IV. CONCLUSIONES

En un contexto caracterizado por la creciente incidencia de la infección por VIH entre las mujeres pobres; la falta de información sobre el VIH y la mujer; donde las agencias internacionales de salud siguen promoviendo la irreal trilogía de A.M.C. (**A**bstinencia, **M**onogamia y **C**ondón) como método de prevención de la infección, sin enfrentar los problemas reales que hacen a la mujer pobre vulnerable; donde sólo recientemente se han reconocido oficialmente los síntomas específicos de la mujer, y donde las mujeres ya están luchando por sobrevivir -simplemente, “decir la verdad sobre el riesgo de las mujeres” como lo señalan Farmer, et. al. (1996), es una hazaña importante y necesaria.

Por último, como ya ha sido destacado por muchos autores, la prevención del VIH/SIDA obligará a vencer todas las formas de discriminación para construir un mundo más democrático, justo, humano, tolerante y afectuoso.

Si la Coalición Mundial de Políticas sobre SIDA está en lo correcto y la “discriminación social es la raíz de la vulnerabilidad individual y comunitaria frente al SIDA”, entonces una propuesta de salud pública en favor de la vida, haría bien en seguir la sabiduría de los campesinos del Ejército Zapatista de Liberación, quienes claramente dicen que su objetivo es construir un mundo donde “quepan todos y todas”.

REFERENCIAS

- Ademola, A. and Shokunki, W. (1996-7). Women and the risk of HIV infection in Nigeria: Implications for control programs. *International Quarterly of Community Health Education*, 16:2: 107-120.
- Aggleton, Peter and, Gilmore N. (1994). Social, cultural and political aspects. *AIDS*, 8: supple 1: S307-S308.
- Ajuwon, A. and Shokunbi, W. (1996-7). Women and the risk of HIV infection in Nigeria: implications for control programs. *International Quarterly of Community Health Education*, 16:2: 107-120.
- Allen, Susan and Mor.V., et al. (1995). The organizational transformation of advocacy: Growth and development of AIDS community-based organizations. *AIDS & Public Policy Journal*, 48-59.
- Anand, Paul. (1997). A Note on co-ordinating the AIDS crisis: Issues for policy management and research. *International Journal of Health Planning and Management*, 12: 149-157.
- Anderson, Karen. (1989) Nonformal and popular education in Latin America. Unpublished paper.
- Brown, E. Richard. (1991). Community action for health promotion: A strategy to empower individuals and communities. *International Journal of Health Services*. 21:3, 441-456.
- Buchanan, David and Cernada, G. (1996-7). AIDS prevention programs: A critical review. *International Quarterly of Community Health Education*, 16:4, 295-313.
- Calvin, María Eugenia, Grandón Alicia. (1995) *Monitoras de Salud, Trayectorias de Participación*. EPES, 41- 75.
- Carovano, Kathryn (1991) More than mothers and whores: Redefining the AIDS prevention needs of women. *International Journal of Health Services*, Vol. 21:1 131-142.
- CONASIDA, (1997) *Boletín Epidemiológico trimestral*, N° 3. Ministerio de Salud, Chile.

- D' Cruz-Grote, Doris. (1996) Prevention of HIV infection in developing countries. *Lancet*, 348, 1071-74.
- De Bruyn, María. (1992). Women and AIDS in developing countries. *Social Science and Medicine*, 34:3, 249-262.
- Elias, Christopher J, and Coggins, C. (1996). Female. controlled methods to prevent sexual transmissions of HIV. *AIDS*, 10: suppl 3, S43-S51.
- Farmer, Paul and Connors, M., et al. (1996). *Women Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Gillespie, Colleen. (1997). Women's HIV risk reduction efforts and traditional models of health behavior: A review and critique. *Women's Health: Research and Gender, Behavior and Policy*, 3:1, 1-30.
- Gupta, Geeta Rao, and Weiss, E. (1993). Women's lives and sex: Implications for AIDS prevention. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, 399-412.
- Larraín, Soledad (1994) *Violencia Puertas Adentro. La Mujer Golpeada*.
- Laurell, Asa Cristina and López arellano, O. (1996). Market commodities and poor relief: The world Bank proposal for health. *International Journal of health Services*, 26: 1,1-18.
- Lawless, Sonia, and Kippan, S. and Crawford, J. (1996). Dirty, diseased and undeserving: The positioning of HIV positive women. *Social Science and Medicine*, 43:9, 1371-1377.
- Mane, Purnima, et al. (1996). Summary of Track D: social science: research, policy and action, *AIDS*, 10: suppl 3. S123-S132.
- Mann, J. (1991). Global AIDS: Critical issues for prevention in the 1990s. *International Journal of Health Services* 21:3, 553-559.
- Mann, Jonathan, Tarantola D. et al. (1994). Toward a new health strategy to control the HIV/AIDS pandemic. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 22:1, 41-52.
- Montoya-Aguilar, Carlos and Marchant Cavieres, L. (1994). The effect of economic changes on health care and health in Chile. *International Journal of Health Planning and Management*, 9, 279-294.

- Parker, Richard G. (1996). Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. *AIDS*, 10: suppl 3, S27-S31.
- Phillips, K.A. and Coates T.J. (1995). HIV counseling and testing: research and policy issues. *AIDS Care*, 7:2. 115-123.
- Ploughman, Penelope. (1995/96). Public policy versus private rights: The medical, social, ethical, and legal implications of the testings of newborns for HIV. *AIDS & Public Policy Journal*, Winter, 182-204.
- Quinn, Thomas C. (1996). Global burden of the HIV pandemic. *Lancet*, 348:99-106.
- Rotheram-Borus. (1997). Annotation: HIV prevention challenges - realistic strategies and early detection program. *American Journal of Public Health*, 87:4, 544-546.
- Schnell, Daniel, J., et al. (1996), Measuring the adoption of consistent use of condoms using the stages of change model. *Public Health Reports*, Vol. III, 59-68.
- Schevis, Stormy. (1996). The Challenge of Providing Choices to Women. *JANAC* 7:1, 13.
- Schneider, Beth E. and Nancy E. Stoller. (1995). *Women Resisting AIDS: Feminist Strategies of Empowerment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Schwartz, Randy and Goodman S. et. al. (1995) Policy advocacy interventions for health promotion and education: Advancing the state of practice. *Health Education Quarterly* 22:4, 421-426.
- Shallet, Lezak L. and Brown, T. (1994). The impact of domestic violence on women's reproduction in Chile. Unpublished paper.
- Tan, Michael L. and Brown, T. (1994). Social policy, human rights and HIV/AIDS in Asia and the Pacific. *AIDS*, 8suppl 2, S207-S213.
- UNAIDS. (1997). Executive Director Alerts to Continuing Challenges of the Global Epidemic. Online Internet. 21 September 1997. Available: <http://www.us.unaids>.
- Vandale, Susan and Rico, B. eds. (1996). *gender relations and AIDS in Latin America*. Informational Bulletin: *Women and AIDS* 2:2, 1-3.

- Vergara, Pilar. (1997). In pursuit of "Growth with equity": The limits of Chile's free-market social reforms. *International Journal of Health Services*, 27:2, 207-215.
- Ward, Martha C. (1993) A different disease: HIV/AIDS and health care for women in poverty. *Culture, Medicine and Psychiatry* 17:4, 413-430.
- Waterston, Alisse. (1997). Anthropological research and the politics of HIV prevention: towards a critique of policy and priorities in the age of AIDS. *Social Science and Medicine* 44:9, 1381-1391.
- Whelan, Daniel. (1996) Women, human rights, and vulnerability to HIV: Findings from the women and AIDS research programa. Oral presentation delivered at the XI International Conference on AIDS; Vancouver, Canada July 9, 1996. International Center for Research of Women, Wash. D.C.
- Zierler, Sally and Krieger, N. (1997). Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health* 18. 410-436.

