



**GUÍA DE FORTALECIMIENTO
EN INCIDENCIA POLÍTICA DESDE
UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO
PARA MUJERES CON VIH/SIDA**

*Andrea Carolina Bernal Vargas
Clara Inés Vargas Rojas*

GUÍA DE FORTALECIMIENTO
**EN INCIDENCIA POLÍTICA DESDE
UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO
PARA MUJERES CON VIH/SIDA**

Autoras

Andrea Carolina Bernal Vargas

Clara Inés Vargas Rojas



GUÍA DE FORTALECIMIENTO EN INCIDENCIA POLÍTICA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA MUJERES CON VIH/SIDA

Apoyan

Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH ICW-Colombia
Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo Vihda
Fundación Casa Gammi
Fundación Huellas de Arte “Hartemuvis”
Pontificia Universidad Javeriana
Iglesia Luterana Suecia
Corporación Misaishaa

Autoras

Andrea Carolina Bernal Vargas
Clara Inés Vargas Rojas

Colaboradores

Ligia Lopez Rivas
Mayerline Vera

Y un reconocimiento a las Coordinadoras
Departamentales

José Luis Meza Rueda

Corrección de estilo

Carmen Cecilia Ramírez Cortés

Diseño y Diagramación

Julián Felipe Gómez Martín

Bogotá D.C.
Noviembre 2018

Tabla de Contenido

| | |
|--|-----------|
| Tabla de Contenido | 5 |
| Introducción | 7 |
| Capítulo 1 | |
| Derechos, género y vulnerabilidad: los lentes con los que observamos | 10 |
| 1.1. Enfoque de derechos | 11 |
| 1.2. Enfoque de género | 12 |
| 1.3. Enfoque de vulnerabilidad | 14 |
| 1.3.1. ¿Qué es la vulnerabilidad? | 14 |
| 1.3.2. Vulnerabilidad y VIH | 15 |
| 1.4. Mujeres y VIH: la vulnerabilidad desde una perspectiva de género | 18 |
| 1.4.1. Concepción de la sexualidad de las mujeres: exaltación de la sexualidad reproductiva, pasiva y no erotizada | 20 |
| 1.4.2. División sexual de trabajo: naturalización de las mujeres como responsables del cuidado | 21 |
| 1.4.3. Violencia basada en género | 22 |
| 1.4.4. Abordaje de la situación de las mujeres en respuesta nacional de atención al VIH | 25 |
| Capítulo 2 | |
| Y entonces ... ¿Qué hacemos para incidir? | 28 |
| 2.1. ¿Qué entendemos por incidencia política? | 29 |
| 2.2. ¿Para qué nos sirve implementar la incidencia política? | 31 |
| 2.3. A manera de contexto | 31 |
| 2.4. Algunos datos sobre la situación de las MVVS | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5. Preguntas claves para la Incidencia | 36 |
| 2.5.1. ¿Qué queremos? | 37 |
| 2.5.2. ¿Quién tiene el poder de decisión sobre nuestra propuesta? | 42 |
| 2.5.3. ¿Qué hacer para convencer a una persona con poder de decisión? | 45 |
| 2.5.3.1. Herramientas, capacidades y apoyos | 46 |
| 2.5.3.2. Estrategias | 47 |
| 2.5.4. ¿Cómo sabemos si el plan está funcionando? | 50 |
| Referencias | 51 |
| ANEXOS | 54 |
| Anexo 1: Encontrándonos para incidir. Ejercicio práctico | 55 |
| Anexo 2: Árbol de problemas | 56 |
| Anexo 3: Situación de las mujeres con VIH/SIDA | 57 |
| Anexo 4: Matriz plan de incidencia política | 58 |
| Anexo 5: Análisis de actores | 59 |
| Anexo 6: Relación de herramientas y capacidades | 60 |
| Anexo 7: Trabajo con medios | 61 |
| Anexo 8: Presupuesto | 62 |

Introducción

La Comunidad Internacional de Mujeres Capítulo Colombia “ICW-Colombia”, da sus primeros pasos con el respaldo de la Fundación Casa Gammi. Esta alianza promueve y apoya el fortalecimiento de la mujer con VIH, en todos los departamentos del país, a través de encuentros nacionales e internacionales, fomentando así su participación social en talleres con ejes temáticos específicos - Derechos Humanos, Violencia de Género, Derechos Sexuales y Reproductivos - y Foros en donde se desarrollan actividades de Mentoría.

En dichos espacios se han apropiado temas relevantes como: la adherencia a los tratamientos antirretrovirales, el trabajo en equipo, el acompañamiento, la orientación y el apoyo a la mujer gestante. Asimismo, se ha mantenido una participación proactiva mediante actividades planeadas desde el secretariado de **ICW LATINA**; ente encargado de ejecutar acciones de coordinación en torno a los 19 capítulos que conforman la región.

El fortalecimiento técnico-logístico, adicionalmente, se cristaliza gracias a esta conexión que se establece como una fase de alistamiento para la ejecución del proyecto *“Acelerando la acción regional a favor de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la no violencia hacia las mujeres viviendo con VIH”*.

De la Red de Mujeres Populares Tejiendo VIHda

Esta Red Nacional es una organización socio-comunitaria, integrada por mujeres que conviven con VIH, que luchan conjuntamente en pro de sus derechos, en contra de la violencia, de la discriminación y el estigma que afrontan, particularmente, por su condición de seropositivas; todo esto bajo procesos de formación, auto-apoyo e incidencia política, en perspectiva de género.

En la actualidad participan, por lo menos, 300 personas, en su gran mayoría *madres cabeza de hogar*, vendedoras informales, empleadas domésticas, líderes sociales y madres comunitarias, entre otras. Esta red opera en cuatro regiones -Occidente, Magdalena Medio, Costa Atlántica, Centro- y en 15 ciudades del país.

En su proceso como Red, a lo largo de 7 años, ha logrado visibilizar y posicionar las necesidades de la mujer, convirtiéndose así en el único tejido de la nación que ha fortalecido su tinte comunitario mediante la educación, en diversos ejes temáticos; este acompañamiento sistemático ha permitido

el empoderamiento de la mujer, al gestar lideresas capaces de incidir en algunos escenarios de participación local y en otros de relevancia nacional.

Además, se han materializado insumos pedagógicos con los que se reconocen sus diversas formas de aprendizaje, al trazar grandes diferencias entre hombres y mujeres con VIH/SIDA. De esta manera, se ha consolidado un discurso propio con el que se matizan unas exigencias claras en torno a la reivindicación de los derechos de la mujer.

Tejiendo en red

Las formas en que la sociedad ha marcado la ruta para las relaciones sociales entre las mujeres, ha generado tal vez la mayor brecha que a su vez ha impedido la generación de grandes cambios sociales relacionados con la disminución del machismo y el patriarcado en el que por siglos hemos estado inmersas las mujeres. El caso particular de las mujeres con VIH/SIDA, no es la excepción a la regla, el afán propio por posicionar las necesidades de las mujeres, se convierte en la justificación, para el uso de la fuerza en las palabras y la invisibilización de la otra, en esta situación algunas se convierte por sí misma en la exclusión por su condición de clase o de raza de estas Redes. Además de esta situación que incide en lo particular, termina afectando el proceso colectivo y la falta de identidad en lo colectivo.

Ante esta situación es relevante comprender el éxito del trabajo articulado entre redes de mujeres como es el caso del tejido en red entre la ICW Colombia y la Red de Mujeres Populares, que se convierte en una experiencia para contar, teniendo en cuenta que ha sido un proceso en el que se construyeron acuerdos, en el manejo de las ideas, el desarrollo de las acciones, la toma de decisiones.

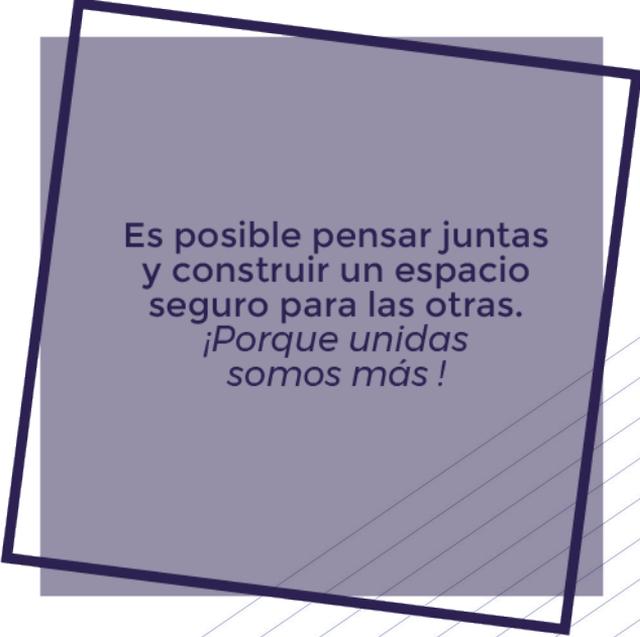
Adicionalmente generar el cambio social no solo en las mujeres con VIH/SIDA que son el centro del trabajo, implica tener:

En primer lugar generar un espacio de confianza, respeto en la otra, en segundo lugar generar canales para la comunicación asertiva y el reconocimiento de los saberes y experiencias. En tercer lugar generar alianzas estratégicas y sumar el capital relacional de cada una para lograr mejorar las condiciones de las mujeres con VIH.

Así logramos generar un espacio para debatir las ideas, motivar la participación y construir un proceso que permita aprehender a reconocer las diferentes vulnerabilidades por las que atravesamos por nuestra condición de ser mujeres y además vivir con VIH/SIDA y tener la capacidad de sumar fortalezas para reivindicar nuestras propuestas en la construcción de una

sociedad, capaz de comprender que el VIH no es solo un asunto de salud, sino que requiere de una respuesta integral e intersectorial.

Esta alianza es el resultado de años de trabajo y esfuerzo, pero sobre todo una apuesta por construir entre mujeres una sociedad distinta capaz de incorporar socialmente a las Mujeres con VIH/SIDA, sin generar discriminación o exclusión.



Es posible pensar juntas
y construir un espacio
seguro para las otras.
*¡Porque unidas
somos más !*



P. 20 DE JULIO



CAPÍTULO 1

Derechos, género y vulnerabilidad:
los lentes con los que observamos

1.1. Enfoque de derechos

Los derechos humanos son atributos mínimos inherentes al ser humano. Se apoyan en los principios fundamentales de vida, libertad, dignidad e igualdad. Además, establecen las bases de la convivencia en toda esfera social.

Estos se consideran (MPS, UNFPA, 2011 a, p. 23):

- *Históricos*: están profundamente ligados con procesos políticos y sociales de las comunidades. Por ejemplo: las movilizaciones promovidas por mujeres, el movimiento de lesbianas, gays, bisexuales y trans, en torno al ejercicio y disfrute de la sexualidad.
- *Inalienables o intransferibles*: no se puede pasar o transmitir el dominio sobre ellos, es decir, el titular de un derecho es inmodificable.
- *Imprescriptibles*: son permanentes y no desaparecen con el tiempo.
- *Universales*: pertenecen a todas las personas sin distinción alguna.
- *Indivisibles e interdependientes*: como se articulan entre sí, todos son fundamentales y uno no puede separarse del otro.
- *Progresivos*: su tendencia es hacia el avance más no a la regresión o cancelación.

Cada individuo, hombre, mujer o niño/a, de cualquier raza, grupo étnico o condición social, de cualquier creencia religiosa, y orientación sexual es titular de derechos (Corona y Arango, 2013). El Estado es el ente encargado de garantizar que sean respetados; cuando estos son vulnerados se debe hacer uso de instrumentos jurídicos y normativas internacionales, nacionales y locales que permitan reestablecer estos mínimos atributos a las personas.

Así, el enfoque de derechos es una herramienta que nos permite hacer una lectura de nuestros contextos, vivencias y del mundo social desde una perspectiva que:

- Reconoce que todos los seres humanos tienen derechos.
- Tiene una mirada crítica frente a las situaciones que generan trato desigual y discriminación hacia determinadas personas.
- Concibe a las personas como capaces de reconocer sus propias fortalezas y ser partícipes de su propio desarrollo, es decir, como sujetos de derechos.
- Comprende el desarrollo humano como la posibilidad de una vivencia plena de los derechos y no como la mera satisfacción de unas necesidades.

1.2. Enfoque de género

Desde el momento en que se nace, de acuerdo con ciertas características biológicas (genitales, cromosómicas y hormonales), se asigna un sexo: hombre o mujer. A partir de esta clasificación, se considera que las mujeres tienen vulva, útero, ovarios, cromosomas XX y producen, en mayor medida, estrógenos. Los hombres, por su parte, tienen pene, testículos, cromosomas XY y producen, principalmente, testosterona.

Aunque la configuración de los cuerpos humanos es mucho más compleja (pues estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes y existen gradientes en la forma en que se manifiestan (MEN, 2016)), tradicionalmente se ha distinguido la existencia de dos sexos y, a partir de esa diferenciación binaria, se han clasificado no solo los cuerpos sino las formas de ser y estar en el mundo. Estas construcciones socioculturales, fundadas a partir de la diferenciación sexual entre hombre y mujer, se denominan **género**.

Así, mientras que el sexo es definido a partir de características biológicas, el género está definido socialmente. No hemos nacido sabiendo lo que se espera de nuestro sexo: lo hemos aprendido en nuestra familia y en nuestra comunidad. Por tanto, lo que significa ser hombre o mujer puede variar de acuerdo con la cultura, la comunidad, la familia y las relaciones, y con cada generación y en el curso del tiempo. (ONUSIDA, 2000). Reconocer que este orden social es una construcción social y no una determinación biológica, es posible repensarlo, de construirlo y transformarlo.

Es importante señalar que en una cultura occidentalizada como la nuestra, las clasificaciones de género ordenan el mundo social *arbitrariamente* de forma *binaria* (sólo existen dos posibilidades de ser) y *jerárquica*, pues aquello que se asocia a los hombres (lo masculino) es más valorado y ocupa lugares de mayor importancia sobre lo que se relaciona con las mujeres (lo femenino). Así, se establece una relación de subordinación entre estos dos polos que a su vez determina la forma de relacionarnos y justifica las iniquidades de poder entre ellos.

Desde esta lógica no solamente se atribuyen ciertas características y roles a hombres y mujeres sino que a partir de esta diferenciación se distribuye también el capital económico, social y cultural, de forma desigual, lo cual tiene implicaciones concretas en las vidas de las mujeres, por ejemplo: Se ha invisibilizado la participación de las mujeres en diferentes ámbitos de la historia de la humanidad; se ha dificultado su participación en la política y cargos de poder; se han naturalizado diferentes formas de violencia hacia

su ser; desde los discursos religiosos, mediáticos, gubernamentales se ha coartado la posibilidad de decidir de las mujeres sobre ser o no madres y en qué momento serlo y se ha regulado sobre la forma en que se relacionan con su propio cuerpo y su sexualidad.

Los movimientos de mujeres conscientes de esta desigualdad, han buscado transformar la cultura que la sostiene. Desde la exigencia de la participación política y cívica a finales del siglo XIX hasta la actualidad “han militado atrevidamente, incursionando creativamente en formas inusitadas de activismo y en la lucha por el reconocimiento de nuestros derechos en todos los campos” (Marcos, 2014, pp. 9). Esta apuesta ideológica, política y radical en la defensa de los derechos de las mujeres es lo que se conoce como: **feminismo**.

El feminismo no solo se ha dedicado a la práctica política sino que ha dado un giro hacia la reflexión y la teorización que posibilitan el análisis y la crítica. De esta manera, “el movimiento político y los grupos académicos encuentran espacios para la construcción de preguntas comunes que tienen sustento en la experiencia concreta de las mujeres y de sus movimientos políticos y un tratamiento científico en la academia” (Estrada, 1997).

La **perspectiva de género** se configura en la confluencia entre el movimiento político y la producción académica feminista; un lugar paradigmático desde donde se puede percibir la forma en que las relaciones sociales, entre hombres y mujeres, se entretajan en la realidad y en los contextos sociales donde cada uno desarrolla su propio proyecto de vida.

Esta perspectiva implica una nueva mirada de mundo, es como usar un tipo de “Gafas” que “nos permiten darnos cuenta de las situaciones injustas, de desventaja, de menosprecio, etc., que históricamente han vivido las mujeres dentro de un sistema patriarcal (definir) y cuestionar los valores androcéntricos que las justifican” (Lienas, 2013, pp. 164).



1.3. Enfoque de vulnerabilidad

1.3.1. ¿Qué es la vulnerabilidad?

La vulnerabilidad es un término derivado del latín *vulnerabilis*, significa “algo que causa lesión”, es decir, nos habla de la susceptibilidad a ser lesionadas, heridas. En el **vocabulario filosófico**, la vulnerabilidad hace referencia a una condición humana inherente a su existencia finita y frágil, de manera tal que no puede ser superada o eliminada (Kottow, 2010). Esta noción fue incorporada en el campo de los **derechos humanos**, originalmente para designar a grupos o individuos fragilizados jurídica o políticamente en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía, es decir, que son más susceptibles a ser heridos/as que otros/as.

Esta definición, sin embargo, ha llevado a entender esa fragilidad como una etiqueta que es aplicada a alguien bajo ciertas circunstancias (como la falta de poder o incapacidad) y que persiste durante toda su existencia; ‘vulnerable’ se ha convertido en una especie de rótulo que incluye o excluye a un grupo o individuo particular (Luna, 2008). Esta interpretación en vez de contribuir a garantizar la dignidad, libertad e igualdad de todas las personas estigmatiza e inhabilita a estos individuos o grupos, considerados “vulnerables”, como agentes de derechos.

Por esta razón, debemos recordar que no existe una sólida y única vulnerabilidad que pueda ser usada como una etiqueta, sino que existen diferentes vulnerabilidades o, en otras palabras, diferentes “capas de vulnerabilidad” (Luna, 2008, p. 9) operando en una determinada situación o contexto:

Hablar de capas, generalmente, se valora positivamente porque se sobreentiende que brindan un mayor confort o abrigo. Aquí, por el contrario, cada capa de vulnerabilidad que se identifica en una persona o en un grupo de personas no provee protección, sino que desprotege al individuo, lo deja cada vez más expuesto...cada capa tiene una connotación negativa. Así parte del trabajo será identificar tales capas para luego quitarlas (Luna, 2008, p. 10).

Este concepto está estrechamente relacionado con las circunstancias, con la situación que se analiza y con el contexto. Por ello, asumir la **vulnerabilidad como un enfoque**, significa reconocer las formas en que los diferentes aspectos individuales, sociales, políticos y económicos actúan entre sí, afectan la vida de la persona, definen contextos que incrementan la susceptibilidad de que sus derechos sean vulnerados ocasionando algún perjuicio, daño o lesión.

1.3.2. Vulnerabilidad y VIH

En el campo médico, el concepto de vulnerabilidad es producto de una integración entre la movilización social y el movimiento de los derechos humanos frente al VIH.

Desde que el mundo conoció el VIH/SIDA en los años 80's y hasta finales de los años 90's las perspectivas desde las cuáles se abordaba la epidemia enfatizaban en el riesgo de infección, reduciendo el análisis a una mera enumeración de prácticas y conductas individuales que se asumían como factores determinantes que predisponían a la transmisión, y por tanto, responsabilizaban y culpabilizaban al individuo por el contagio. Solo hasta principios del siglo XXI un nuevo enfoque desplazó la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social.

Una de las fortalezas de esta perspectiva se concentra en el hecho de que permite evaluar cada contexto teniendo en cuenta sus particularidades culturales, sociales, políticas y económicas, ya que no presupone que un comportamiento específico o que una determinada situación local representen en sí mismos una condición universalmente desfavorable (MPS, UNAL, UNFPA, 2009).



1980
Inicios

Grupos de Riesgo

Los primeros análisis y abordajes partieron del enfoque biológico, que centró su mirada en el comportamiento individual. Se asociaron ciertos comportamientos y prácticas sexuales a grupos específicos de personas.



1989
Inicios

Comportamientos de Riesgo

Se consideraron los “factores de riesgo”, al intentar superar la perspectiva biológica y biomédica para reconocer que el comportamiento de la epidemia depende de contextos ambientales y socioculturales de las personas. A esto se denominó “comportamientos de riesgo”



1990
Finales

Cambio de comportamiento más que información y voluntad

Los movimientos feminista y homosexual anotan que asumir el dominio de la vida de los grupos sin poder, es un proceso que incluye factores culturales, económicos, políticos y jurídicos, distribuidos de manera diferenciada de acuerdo con el sexo, el país, los grupos sociales, los grupos étnicos y los grupos etéreos.



Siglo XXI
Inicios

Vulnerabilidad

Enfoque que propone que las desigualdades económicas y sociales constituyen la base de la epidemia y son obstáculos estructurales para generar cambios de comportamiento, pensamiento y creencias, en el avance hacia procesos más saludables.

Gráfica 1. Transformaciones de la perspectiva de abordaje de VIH, 1980 - Siglo XXI.

El cambio de perspectiva sobre el enfoque de riesgo hacia la vulnerabilidad;

en la comprensión, el abordaje de políticas y programas orientados hacia la prevención y atención del VIH, fue fundamental, pues:

El concepto riesgo expresa una probabilidad cuya base son las decisiones y comportamientos individuales, el concepto de vulnerabilidad señala la importancia de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y epidemiológicos que condicionan decisiones y comportamientos, y por lo tanto, señalan la necesidad de respuestas basadas en cambios estructurales y no sólo en cambios de comportamientos individuales (Delor, 2000 citado en Gómez y Fonseca, 2012, p. 8).

Así, en el contexto del VIH/SIDA, se define la vulnerabilidad como:

Los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/SIDA, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo (Ayres y Junior citado en MPS-UNFPA, 2009, p. 1).

La vulnerabilidad también puede identificarse en dos dimensiones: una individual y una colectiva; la colectiva se subdivide, a su vez, en dos (social y programática).

Estas dimensiones pueden comprenderse así:



Gráfica 2. Dimensiones de la Vulnerabilidad.

Enfoque de vulnerabilidad

Dimensión Colectiva

Vulnerabilidad Social

Condiciones económicas, políticas, culturales, morales e institucionales que definen mayor o menor protección de una sociedad frente a la epidemia.

Vulnerabilidad Programática

Determinada por la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al **VIH/SIDA**.

Normas Sociales

- Relaciones de género y generacionales
- Referentes culturales
- Creencias y normas religiosas
- Estigma y discriminación

Bienestar Social

- Empleo
- Ingresos
- Apoyo social, acceso a la atención en salud, a la educación, a la cultura, al ocio, al deporte y a medios de comunicación

Derechos de Ciudadanía

- Libertad de pensamiento de expresión
- Participación política
- Rendición de cuentas del sector público y privado
- Acceso al sistema jurídico

Ámbito gubernamental y no gubernamental o privado

Nivel territorial, nacional, regional o municipal

Dimensión Individual

Cognitivo

Información, conciencia del problema y formas de enfrentarlo

Comportamentales

Intereses y habilidades para transformar actitudes y acciones al partir de elementos cognitivos.

Sociales

Acceso a recursos y poder para adoptar comportamientos protectores.

Principios



Todas las personas son vulnerables al VIH y sus consecuencias

En las personas infectadas, el potencial de vulnerabilidad está en función inversa al amparo social y a la asistencia en salud que dispone;

1.4. Mujeres y VIH: la vulnerabilidad desde una perspectiva de género

Ese conjunto ordenado de normas y procedimientos que regulan el funcionamiento de la sociedad, a partir de la diferencia sexual, al que llamamos género, establece, como vimos antes, unas expectativas sociales determinadas para hombres y mujeres las cuales influyen de manera importante en la propagación del VIH (ONUSIDA,2000). En este sentido podemos decir que:

El género y el VIH se relacionan de manera compleja, aunque específica, pues existen vulnerabilidades al VIH diferenciadas para hombres y mujeres, determinadas por lo que socialmente se espera de ellos y ellas, y enmarcadas en sus relaciones de poder, en su inscripción en el cuerpo y en otras asimetrías sociales que matizan el género mismo, como clase, etnia/raza, orientación sexual o edad (Abadía, 2006 en MPS, UNFPA, UNAL, 2009, p. 18).

De otra parte, teniendo en cuenta que el enfoque de vulnerabilidad, como se definía definió en el apartado anterior, pone en el ojo del huracán de la discusión hace énfasis en el análisis de las condiciones estructurales que contribuyen la propagación del virus en vez de más que centrarse en prácticas y conductas individuales, es importante señalar que las relaciones de poder entre hombres y mujeres en diferentes ámbitos como la vida familiar, social-laboral, así como la medicalización, particularmente, ginecológica del cuerpo femenino (Tovar, 2004; Viveros 2003) hacen parte de esa estructura social que determina decisiones y comportamientos que hacen a las mujeres más vulnerables frente al VIH.

En otras palabras, nuestra vulnerabilidad frente a la epidemia está intrínsecamente relacionada con la organización desigual de un sistema género que desde una lógica arbitraria, binaria, y jerárquica ha definido a las mujeres y lo femenino en un lugar de menor valía en la escala social.

En este sentido, pensar a las mujeres con respecto al VIH/sida nos exige analizar las diferentes maneras en que las estructuras de género se manifiestan en los contextos locales y se relacionan con los otros sistemas de ordenamiento del mundo social (MPS, UNAL, UNFPA, 2009), ya que influye no solamente en el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres frente a la epidemia, sino en la experiencia de vivir con el VIH/SIDA, en el impacto que tiene la enfermedad o muerte relacionadas con el VIH de una persona dentro de una familia o comunidad y en la respuestas a la epidemia a nivel individual, comunitario y nacional (ONUSIDA, 2000). Algunos ejemplos de cómo la relación entre género y VIH influye en la vida de las mujeres se puede observar en la siguiente gráfica (Gráfica 3):

Género y VIH

Situación de las mujeres



Vulnerabilidad individual al VIH

- Coacción, violencia sexual.
- Control masculino en ciertas prácticas sexuales.
- Intercambio de relaciones sexuales por dinero o bienes.
- Ideas preconcebidas sobre la virginidad, el matrimonio, la poligamia generan temor de ser estigmatizadas y dificultan la consulta y el acceso a la información sobre la sexualidad de las mujeres.
- Dificultad para la negociar el uso del condón.



Experiencia de vivir con VIH

- Las mujeres ven violentada la confidencialidad del diagnóstico debido al embarazo.
- Reciben poca información sobre concepción segura.
- Tras el diagnóstico viven el abandono y expulsión del hogar por asociar VIH con promiscuidad .
- Hay una vigilancia de la sexualidad por familiares y amigos .
- Dificultades para retomar su vida sexual y de pareja.
- Dificultad para ir al centro de salud por responsabilidades familiares.
- No poder pagar las citas médicas, exámenes o medicamentos por no tener una economía independiente.



Impacto de la enfermedad o muertes relacionadas con el VIH de una persona dentro de una familia o comunidad

- La carga del cuidado recae sobre las mujeres si un hombre de la familia vive con VIH.
- Si ella vive con VIH, las cargas de cuidado pueden desmejorar su salud.
- El tiempo que dedican a las actividades de cuidado relacionado con VIH (para ellas mismas y para otros/as) hace que tengan menos tiempo para obtener un empleo formal de mayor estabilidad y remuneración.



Respuestas a la epidemia a nivel individual, comunitario y nacional

- Es común que las determinantes del VIH relacionadas con el género no sean consideradas por los encargados de la toma de decisiones y no se incorporen en los programas del VIH.
- Servicios de salud orientados a la mujer no incluyen ETS.
- Ausencia de condón femenino.
- Las mujeres son consideradas como posibles transmisoras: trabajadoras sexuales y gestantes.

Gráfica 3. Género y VIH. Situación de las mujeres.

Para entender mejor cómo analizar la situación de las mujeres con VIH desde una perspectiva de género, a continuación, profundizaremos a continuación en cuatro aspectos que reflejan la desigualdad social, cultural y política que experimentan hoy y las implicaciones que tienen en relación con la vulnerabilidad frente al VIH, la forma en que se vive y se convive con este y las políticas y programas dirigidos a la atención y prevención de la epidemia.

1.4.1. Concepción de la sexualidad de las mujeres: exaltación de la sexualidad reproductiva, pasiva y no erotizada

Marcela Lagarde (2003) plantea que en diversas sociedades el eje central de la feminidad es una sexualidad reproductora, es decir, centrada en la procreación y que es lo opuesto de una sexualidad erótica atribuida, especialmente, a los hombres. Esta mirada de la sexualidad define a las mujeres como “objetos pasivos de deseo” y restringe sus posibilidades de hablar de sexo o hacer solicitudes explícitas sobre lo que desean; esto las sitúa en el espacio del erotismo y el placer (MPS, UNAL, UNFPA, 2009).

De esta manera, la normatividad de género en nuestra sociedad considera incorrecto que las mujeres sepan o se interesen por su sexualidad. Esto conduce a que adquieran menos información o desarrollen una menor capacidad para establecer riesgos frente al VIH y, a su vez, afronten dificultades para negociar o proponer el uso del condón masculino en una relación heterosexual.

Esta idealización de la función reproductiva de la sexualidad también se ha materializado en ideas preconcebidas sobre la virginidad, el matrimonio y la poligamia que generan, en primer lugar, temor en algunas de ser estigmatizadas por determinadas prácticas y experiencias sexuales; lo cual induce a que omitan información cuando se acercan a un servicio de salud o eviten hacer consultas relacionadas con su vida sexual, lo que se suma a un déficit de información frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH.

En segunda medida, estas mismas ideas hacen que en sociedades donde el VIH es considerado como un signo de promiscuidad sexual, la mujer seropositiva se enfrente a una mayor estigmatización y rechazo que el hombre seropositivo (ONUSIDA, 2000). Muchas, tras su diagnóstico, enfrentan el abandono de su compañero, experimentan una mayor dificultad que los hombres para retomar su vida sexual y de pareja.

Por otra parte, la percepción sobre el matrimonio y la idealización del amor romántico hacen que muchas mujeres piensen que las “parejas erótico-afectivas permanentes” no representan ningún riesgo frente a la infección

por VIH u otras ITS. (MPS, UNFPA 2011, p. 63). Los servicios de salud muchas veces reproducen este tipo de ideas, por ejemplo, a las mujeres casadas o con una sola pareja sexual no se les sugiere las pruebas diagnósticas para ITS y VIH, esto refuerza la idea equivocada de que “pareja estable” disminuye la probabilidad de infectarse y en algunos casos, puede retrasar el diagnóstico.

Finalmente, la concepción de “pasividad” de las mujeres, en relación con el deseo y el placer al vivir su sexualidad, ha ocasionado que en las relaciones heterosexuales sean ellos quienes determinan, habitualmente, cuándo y cómo suceden las relaciones sexuales. Muchas veces “se niegan a protegerse y a proteger a su(s) compañera/o(s), comportamiento muy influenciado, e incluso, avalado por percepciones sobre la masculinidad, compartidas en general por las mujeres y ampliamente difundidas en muchas sociedades” (MPS, UNFPA & UNAL, 2009, p. 8).

1.4.2. División sexual de trabajo: naturalización de las mujeres como responsables del cuidado.

A finales del siglo XIX, con la llegada de la modernidad, la expansión del capitalismo y la configuración de la familia nuclear (madre, padre e hijos) como base de ese sistema, se refuerza una división sexual del trabajo en las sociedades occidentales; esta se sustenta en:

La asignación a los hombres del trabajo productivo, en el encuentro económico social y político en la esfera de lo público y a las mujeres el trabajo reproductivo en la esfera de lo privado, caracterizado por las relaciones de afecto y responsabilidad en el cuidado físico, psicológico y emocional de los miembros de la familia, por fuera del mercado y su valoración social (Pineda, 2011, p. 135).

El trabajo reproductivo se refiere a la labor doméstica y de cuidado no remunerado que cotidianamente realiza la mujer en su familia:

El autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las condiciones en que se realiza ese cuidado, es decir, la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos, y la gestión del cuidado que refiere a la coordinación de horarios, traslados a centros educativos, citas médicas, así como la supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros.

Aunque la extensión de la actividad laboral femenina ha generado cuestionamientos a esa lógica de la división del trabajo “se mantiene la tendencia a considerar al hombre como principal proveedor y a la mujer en su rol de reproductora de la familia, aun cuando ésta tenga responsabilidades

laborales en condiciones similares a las del hombre” (Batthiyani, 2002, p. 214).

En Colombia, por ejemplo, de cada 100 mujeres 60 están empleadas o hacen trámites para colocarse en un empleo (Departamento Nacional de Planeación, 2017). Sin embargo, esto no reduce su dedicación a las labores domésticas y de cuidado: las mujeres trabajan diariamente en promedio 7 horas y 35 minutos en actividades relacionadas con lo productivo; 9 horas con 14 minutos en actividades de cuidado y servicio doméstico no remunerado para el hogar; mientras que los hombres dedican en promedio 9 horas y 5 minutos en un día al trabajo productivo y remunerado y solo 3 horas con 25 minutos en asuntos relacionados con el trabajo de cuidado (DANE, 2018).

Así, el cuidado de los niños y las niñas, las personas mayores, y las personas de la familia que tienen alguna enfermedad se ha naturalizado como una función social propia de las mujeres y se ha desconocido el tiempo y los recursos que se invierten en las realización de estas actividades asumiendo que son realizadas y motivadas por las relaciones de afecto hacia quienes reciben este cuidado.

En consecuencia, como sugiere ONUSIDA (2000), si una persona de la familia vive con el VIH el cuidado se les atribuye, principalmente a las mujeres y si además ellas también han adquirido el virus, esa carga de cuidado contribuye también al detrimento de su salud. De otra parte, el tiempo requerido para realizar dichos cuidados conlleva a que tengan menos tiempo para ejercer labores remuneradas formales, lo que implica dificultad para emplearse en trabajos de mejor remuneración y mayor estabilidad. En muchos casos deben acudir a la informalidad como fuente de ingresos, lo cual incide en menor acceso de las mujeres a los servicios de salud y al sistema general de seguridad social.

Aunque estas situaciones son compartidas por muchas mujeres que conviven con VIH, hay una escasa investigación que permita determinar esta situación con cifras oficiales, por tanto, se desconocen y minimizan las necesidades de protección social para quienes viven y conviven con el virus.

1.4.3. Violencia basada en género

Otro efecto perverso de la desigualdad de género que impacta, directamente, en la capacidad de las mujeres para disfrutar de una vida saludable —en especial en materia de su sexualidad— es la Violencia Basada en Género (VBG). Esta se refiere al tipo de violencia ejercido hacia la mujer por el simple hecho de serlo.

En Colombia la ley 1257 de 2008 le define como:

Cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Esta ley tipifica como VBG la violencia física, sexual, económica, psicológica y el daño patrimonial que pueden ser ejercidas por la pareja, familia, personas cercanas o extrañas. Estos tipos de violencia tornan susceptible a la mujer frente a la posibilidad de infectarse con VIH y, en muchos casos, con la aparición de nuevas formas de violencia o la agudización de las ya existentes debido a su diagnóstico. Por ejemplo, diversos autores (Orza, et.al., 2015; MPS-UNFPA, 2011; Kendall y Pérez, 2004) han señalado que:

- Las niñas y las mujeres, víctimas de una violación sexual, están en alto riesgo de infección por VIH a causa de este delito.
- El mayor trauma físico, durante el sexo forzado, puede incrementar la probabilidad del VIH.
- El temor a la violencia física, psicológica o económica de su pareja, incide en que las mujeres insistan en el uso de condones u otros métodos para tener relaciones sexuales más seguras.
- El revelar su estado de salud a su compañero y/o compañera, a su familia y comunidad las convierte, en muchas ocasiones, en “blanco” de abusos físicos y emocionales que desembocan en el abandono de la pareja y el rechazo familiar. Por ello, muchas mujeres no comentan su resultado o ni siquiera lo reclaman por simple temor; esto limita su posibilidad de llevar a cabo prácticas de autocuidado.
- El rango y la complejidad de la violencia que sufren, el estigma, la discriminación, al vivir con VIH, se combinan y reducen su capacidad de disfrutar de su SSR y DDHH.

A partir del análisis sobre estos aspectos, se ha sugerido que la VBG es causa y consecuencia del VIH, estas situaciones muestran que la violencia no es un hecho aislado sino un continuum en la vida de las mujeres que está presente: antes, desde y después de su diagnóstico. En una investigación realizada por Orza et.al. (2015), en la que participaron 832 mujeres de 94 países que vivían con VIH, se encontraron en sus testimonios experiencias de vida que ejemplifican este punto:

Antes del VIH yo era víctima de diferentes tipos de violencia (física, psicológica, financiera) además del impacto del alcoholismo y machismo de mi pareja. Esto me llevó a contraer varias ITS, incluyendo el VIH (El Salvador) (Orza, et.al., 2015, p. 4).

La violencia se produjo antes y después de mi diagnóstico, y la violencia posterior al diagnóstico estaba relacionada con el estigma, lo que a su vez resultó en discriminación, murmuraciones, maltrato familiar, me pidieron que no utilizara utensilios, etc..... (Canadá) (Orza, et.al., 2015, p. 5).

Estos testimonios se acercan a lo que muchas mujeres con VIH han vivido en Colombia e indican que la VBG incluye, además de las violencias enunciadas por la ley, señalamientos, juicios y acciones que discriminan como fruto del incumplimiento de la normatividad de género que recae sobre su cuerpo y su sexualidad.

En ese mismo sentido, cabe señalar que el hecho de que los servicios sanitarios reproduzcan las relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan, justifican, o exponen a las mujeres a la violencia, se considera una forma de VBG conocida como violencia institucional. La forma en que esta violencia institucional afecta a las mujeres que viven con VIH se expresa en:

- Los incumplimientos de las normas de confidencialidad que conducen a la revelación involuntaria de un diagnóstico (exponen a la mujer a nuevas formas de violencia por parte de la pareja, familiares y miembros de la comunidad).
- La elección de hacerse o no la prueba del VIH; la revelación del diagnóstico a su(s) pareja(s) - el cuándo y el cómo -, se ve a menudo comprometido en los contextos de la maternidad
- Las actitudes negativas de los proveedores de salud, en lo concerniente a sus deseos de fertilidad y la falta de acceso a todo el abanico de servicios relacionados con la contracepción, la atención maternal, la obstetricia, los tratamientos de fertilidad y la adopción.
- Posiciones ambivalentes frente a la anticoncepción basada en criterios morales de los profesionales. Los proveedores/as de servicios le indican a muchas mujeres hacer uso sólo preservativos, mientras que otras han sido coaccionadas o incluso obligadas a utilizar métodos de control de natalidad de larga duración o permanentes. En ambos casos se ignora el derecho de cada mujer a decidir sobre su reproducción y acceder a los métodos que le permitan hacerlo.

En conclusión, podemos afirmar que la violencia pareja, la violencia sexual, la violencia institucional hacia las mujeres en los entornos sanitarios, el estigma y la discriminación son capas superpuestas de VBG que se presentan a lo largo de la vida de las mujeres y que guardan una relación particular con el riesgo de infectarse de VIH y con su experiencia de vivir con el virus.



1.4.4 Abordaje de la situación de las mujeres en respuesta nacional de atención al VIH

Aunque en sus comienzos la epidemia del VIH afectaba principalmente a hombres, en la actualidad, en el ámbito mundial, se ha presentado una reducción importante y acelerada de esa brecha inicial entre hombres y mujeres: en 2016 de los 36,7 millones de personas que vivían con VIH, 17,8 millones eran mujeres (mayores de 15 años) (ONUSIDA, 2018), es decir, un 48,5%.

El comportamiento de esta epidemia en Colombia, teniendo en cuenta la variable de sexo, también refleja una afectación cada vez mayor de las mujeres: para el año 1988 por cada mujer infectada había 13 hombres; diez años después, en 1998, por cada mujer infectada había 4 hombres. En el año 2008, según datos del Observatorio Nacional de VIH, se estimaba que por cada mujer infectada existían 2 hombres infectados; y en 2016, según la cuenta de alto costo, la razón hombre/mujer era de 2.8 a 1.

Aunque estadísticamente existe una mayor proporción de casos en los hombres, este comportamiento de la razón hombre/ mujer, a lo largo del tiempo, muestra una “feminización de la epidemia”. Esta tendencia ha llamado la atención sobre la importancia de analizar los factores estructurales de desigualdad de género que han hecho a la mujer más susceptible ante la transmisión del VIH; lo cual es clave dentro de una respuesta eficaz para combatirlo.

La especificidad de la situación del VIH en las mujeres está lejos de ser un problema unánimemente reconocido y de ser considerado una prioridad dentro de las políticas de salud dirigidas a la atención y prevención de la epidemia. Los gobiernos de la región [América Latina] han incorporado el tema de mujer y VIH en su retórica, pero en general no lo han traducido en programas concretos dirigidos a las mujeres en tanto tales (Herrera y Campero, 2004, p. 562).

Veámoslo detalladamente en el ámbito nacional:

En Colombia, el Ministerio de Salud con apoyo de ONUSIDA y el

trabajo conjunto de organizaciones de la sociedad civil y de organismos de cooperación internacional, se ha construido un Plan Nacional de Respuesta a las ITS-VIH/SIDA, con el que se definen acciones de fortalecimiento de la gestión en salud pública para la prevención y control de las diferentes instancias responsables. Dicha ruta contempla estrategias y acciones previstas en el plan de acciones colaborativas Tuberculosis/VIH, cuenta con herramientas e indicadores para evaluar los avances en la respuesta, e incluye un costeo de acciones que permiten orientar de forma más adecuada, la planificación que se haga de los recursos a invertir (MPS y ONUSIDA, 2014).

Como en Colombia la epidemia tiene un carácter concentrado, es decir, que el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones pero aún no se ha extendido entre la población general (ONUSIDA), el Plan Nacional de Respuesta focaliza los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas, es decir, en aquellas que han sido “tradicionalmente marginadas, en quienes se presenta mayor vulnerabilidad por factores, económicos, políticos y sociales” (MPS y ONUSIDA, 2014, p. 4) y que presentan una mayor proporción de casos de infección por VIH.

La *respuesta nacional*, entonces, propone priorizar especialmente a:

Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, a mujeres transgénero, a habitantes de calle y, en los últimos años, a usuarios de drogas por vía inyectable [...] sin olvidar que existen factores de vulnerabilidad en muchos otros sectores de la población, como de hecho se presentan en las mujeres trabajadoras sexuales, las personas privadas de la libertad o los jóvenes y las mujeres en contextos de vulnerabilidad, incluyendo a las gestantes (MPS y ONUSIDA, 2014, p. 4).

En este sentido, es importante señalar que aunque las acciones dirigidas a la prevención y atención de la infección por VIH no han ignorado por completo a las mujeres, las tienen en cuenta principalmente en su rol como madres, trabajadoras sexuales o miembros de una familia, siempre en función de atender, proteger y cuidar de otros y no de ellas mismas. Como lo sugieren Herrera y Campero (2004) se enfocan en “la transmisión perinatal o al trabajo sexual, reforzando la idea de que la mujer es “transmisora” del virus –ya sea a sus hijos o a sus clientes–, e ignorando su vulnerabilidad y sus derechos” (pp. 562- 563).

A manera de conclusión

Los diferentes aspectos abordados en este apartado nos plantean un reto para poder encarar el concepto de vulnerabilidad desde la perspectiva de género, con el fin de visibilizar a todas las mujeres como vulnerables frente al

VIH. Esto implica evidenciar que, debido a las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, todas (incluyendo las mujeres de los grupos priorizados) tenemos un tipo de vulnerabilidad base y no sólo un grupo particular, y que esta situación compartida se agudiza cuando va acompañada de otras vulnerabilidades y, por tanto, deben emprenderse acciones para detener la epidemia independientemente de la cantidad de casos diagnosticados (MPS, UNFPA y UNAL, 2009).

Es importante, además, reconocer que aunque los movimientos feministas han contribuido de manera importante a reducir la desigualdades de género que afectan la situación de las mujeres que viven con VIH, no priorizan este padecimiento. Y de otra parte aunque, el enfoque de vulnerabilidad frente al VIH adoptado por la Respuesta Nacional frente al VIH contempla las desigualdades sociales (de género, clase, raza, etc...) que influyen en la probabilidad de infectarse y en la forma en que se vive con el virus; desde allí no se prioriza a las mujeres, a menos que se encuentren dentro de los grupos de mayor prevalencia.

Por esta razón, es preciso que las mujeres que vivimos con VIH nos organicemos para incidir en las instancias de toma de decisiones para que nuestras necesidades sean tenidas en cuenta en las políticas y programas de prevención y atención. Este proceso requiere de la comprensión y la apropiación de los discursos dominantes alrededor del VIH, y con el paso del tiempo y una suerte de artesanía femenina, irlo criticando, rodeando, transformando y adaptando.



Fotografía. Movilización legalización del condón femenino
Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo Vida
Fundación Huellas de Arte “Hartemuvís”.

Plenos derechos,
plena igualdad

CAPÍTULO 2

Y entonces...
¿Qué hacemos para
incidir?

Después analizar el primer capítulo, donde se han planteado enfoques (derechos, género y vulnerabilidad) con los que se deben diseñar acciones tendientes a cubrir las necesidades de las mujeres que viven con VIH/SIDA (MVVS), ahora nos aproximaremos a cómo ejecutar un *proceso de incidencia política*.

2.1. ¿Qué entendemos por incidencia política?

Incidir significa causar un efecto de una cosa en otra, repercutir. *Política* es una orientación o directriz (WordReference, 2018). Entonces, cuando nos referimos a incidencia política hablamos de un proceso desarrollado por un individuo o un grupo que, normalmente, tiene como objetivo influir sobre las **políticas públicas** y las decisiones de asignación de recursos dentro de los sistemas políticos, económicos, sociales e institucionales (Wikipedia, 2016).

Se trata de un acercamiento entre el Estado o gobierno y la sociedad civil, garantizando una participación en el orden político, a través de diferentes categorías de decisión institucional, municipal, departamental, nacional e internacional.

Asimismo, en el marco de esta guía, la incidencia política se entiende como una forma de acción(es) colectiva(s) para identificar y visibilizar la(s) necesidad(es) y garantizar los derechos humanos de mujeres y niñas que viven con VIH/SIDA; se buscan alternativas viables a los problemas ante las autoridades responsables.

Para desarrollar estas acciones, las mujeres se organizan y establecen “una forma de liderazgo y poder diferente de los que tradicionalmente hemos visto, un poder desde adentro, una fuerza comunitaria y horizontal, basados en la escucha de la otra” (Ross, 2009, p. 6).

El liderazgo necesario para emprender acciones de incidencia política, colectivamente organizadas, desde el punto de vista femenino, tiene las siguientes características (Ross, 2009):

- Es *inclusivo en las relaciones de género*: no excluye a nadie por ser hombre o mujer, idealmente ambos participan para obtener metas que beneficien a todas las personas.
- Es *propositivo*: se lanza a la propuesta y no se queda en la protesta. Elabora un propósito definiendo una meta clara y alcanzable, en un proceso de constante aprendizaje, de ejercicio y uso correcto del poder.

- Nuestro liderazgo tiene una visión, se dirige hacia un lugar concreto.
- Es *democrático y equitativo*: se caracteriza por existir en una sociedad equitativa donde todas las personas involucradas respetan y valoran a los demás como seres humanos completos. Las relaciones de poder son horizontales, no de arriba hacia abajo sino circulares en donde se relacionan unos con otros.
 - Es *cuidadoso sobre los métodos*: un liderazgo horizontal y participativo no acepta aquel adagio popular de que “el fin justifica los medios”. Considera que el fin es tan importante como los medios empleados.
 - Es un *aprendizaje constante*: el liderazgo no es algo que se aprende y termina con un curso, ya que depende de las condiciones de vida de hombres y mujeres. Por ello, los liderazgos surgen en diferentes épocas de acuerdo con la necesidad sentida de las personas. El liderazgo tiene un espacio para prosperar si existe una sociedad dispuesta a aprender de las condiciones y situaciones que cambian.
 - Es *comunicativo*: considera que todas las personas tienen algo que decir que puede contribuir a una mejoría. Todo líder debe escuchar con respeto, comunicar sus necesidades y las de su grupo. La comunicación que se pretende alcanzar va en dos vías: en el habla y en la escucha.
 - Promueve el *respeto mutuo*: las personas se agrupan como seres humanos de igual capacidad, aun cuando tienen opiniones distintas o cuando no logran llegar a acuerdos.

Estas características descritas cuidan el proceso personal que experimentamos como mujeres con VIH y, a la vez, contribuye en la consolidación de un colectivo que va generando cambios para sí mismas y para otras.



2.2. ¿Para qué nos sirve hacer la incidencia política?

Organizarnos colectivamente como MVVS, para lograr la incidencia política, nos sirve para (Ross, 2009):

- Apoyar una causa con el fin de producir un cambio deseado.
- Influir en las y los que tomadores de decisiones para obtener un resultado esperado.
- Aprender a dar forma a nuestros puntos de vista y plantearlos para que puedan ser comprendidos a cabalidad.
- Fortalecer nuestra autoestima.
- Hacernos escuchar para atraer la atención hacia un asunto o causa importante y encaminarla a quienes toman decisiones.
- Lograr cambios favorables a nuestra causa en las actitudes y opiniones de la gente.
- Aumentar el poder de las personas y los grupos, brindando las herramientas necesarias para presionar a los diferentes entes de decisión para que respondan ante las necesidades colectivas.
- Construir consenso sobre un tema determinado y formar alianzas.
- Debilitar las fundamentaciones adversas a nuestra causa.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida.
- Promocionar temas históricamente negados en la agenda pública.
- Promocionar la distribución del poder y las decisiones de una forma más horizontal.
- Afirmar la identidad de las personas con su pluralidad.

Teniendo en cuenta lo planteado hasta aquí y para aterrizar un buen plan de incidencia, se requiere de creatividad y persistencia para convencer a las personas que tienen el poder de decisión en el gobierno y, a su vez, no rendirnos (WOLA, 2001), por tanto, es necesario prepararnos bajo elementos teóricos, estadísticos y con propuestas concretas para un verdadero cambio.

2.3. A manera de contexto

En el país, la Red de Mujeres Populares Tejiendo Vihda⁷ y la ICW Latina capítulo Colombia, desde el año 2016, han venido implementando el proyecto “Acelerando la acción regional a favor de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la no violencia hacia las MVVS”, financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, que

⁷ Iniciativa de base comunitaria que nació en el año 2009, conformada por mujeres que viven y conviven con VIH, y que trabajan por la exigibilidad de derechos, la visibilización de necesidades y la lucha contra la violencia, la discriminación y el estigma que enfrentan las MVVS.

tiene como objetivo garantizar la participación efectiva de mujeres con VIH latinoamericanas, en espacios de toma de decisión regionales y subregionales, para sensibilizar sobre esta epidemia y sus vínculos entre la desigualdad de género, la violencia contra la mujer, para incluirlos en políticas y programas.

En el marco de este proyecto se formula un plan de incidencia política que, posterior a la realización de un análisis de la situación de las MVVS, define como problema prioritario en el país:

La falta de vinculación entre la atención al VIH y las necesidades de protección social, atención a la violencia y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, afecta los derechos humanos de las mujeres con VIH (ICW, HIVOS, Balance, 2017).

Dentro de las **causas** del problema se estableció que a pesar de que existen en Colombia avances en ámbitos del VIH, de la violencia contra las mujeres, salud sexual y reproductiva en general, *el vínculo entre estos tres aspectos* es poco visible en el marco jurídico y de políticas públicas nacionales, así como en el funcionamiento de los servicios a los que acceden las MVVS.

Desde esta perspectiva, se identificaron las siguientes oportunidades para el cambio dentro del marco legal y de políticas nacionales (ICW, HIVOS, Balance, 2017):

- No se establecen intervenciones concretas para prevenir, identificar y responder a la violencia contra las MVVS.
- No se protege el derecho de las MVVS a decidir si quieren tener hijos, ni se incluyen opciones anticonceptivas adicionales al condón masculino.
- No hay sanciones para la esterilización forzada a MVVS.
- No se consideran acciones específicas para la prevención y detección del VIH en mujeres víctimas de violencia.
- No existen mecanismos para proveer asistencia social a las personas con VIH.
- No se establecen procesos de referencia entre los servicios especializados de VIH y los de atención de violencia contra las mujeres, excepto en casos de violencia sexual.
- Se requiere un estatus de residencia para acceder al tratamiento de VIH.
- Los protocolos de atención en las casas de acogida no incluyen medidas concretas para facilitar el acceso al tratamiento en las MVVS.

Este panorama evidencia que a pesar de que el país cuenta con una normatividad para la atención de personas con VIH/SIDA, no hay un

reconocimiento ni una atención hacia las necesidades particulares de las MVVS.

A partir del problema priorizado, la identificación de oportunidades para el cambio la Red de Mujeres Populares Tejiendo Vihda y la ICW Capítulo Colombia, se plantearon como posibles soluciones (ICW, 2017):

- Proteger los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las MVVS.
- Establecer una intervención para prevenir y dar respuesta a la violencia contra las MVVS.
- Establecer mecanismos para proveer asistencia social a las MVVS.
- Acciones específicas para la prevención y detección del VIH en mujeres que son víctimas de la violencia de género.
- Acciones que garanticen el acceso al tratamiento, independientemente del status de residencia.
- Acciones para la inclusión en el protocolo de Casas de Acogida (Bogotá) en el diagnóstico y tratamiento de MVVS.
- Establecer un proceso de referencia entre los servicios especializados de VIH y los de atención de violencia contra la mujer.

A partir de las soluciones establecidas y como una forma de incidir en los planes nacionales, se acuerda adelantar gestiones para que estas acciones sean incluidas en la Ruta Integral de Atención (RIAS) en VIH que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) está llevando a cabo, teniendo en cuenta que establece protocolos de atención y mecanismos de coordinación entre los servicios que están a cargo del MSPS, haciendo énfasis en el vínculo entre la atención a las MVVS y las necesidades de protección social y de atención a la violencia contra las mujeres (ICW, HIVOS, Balance, 2017).

El proceso establecido por el MSPS tiene un componente de participación social en el que las redes de mujeres viviendo con VIH se podrían incluir para posicionar el tema de la protección social y el acceso a atención de violencia en su contra para asegurar que se establezcan lineamientos de integración y de referencia en los servicios pertinentes.

Para la implementación del plan de incidencia se ha hecho una gestión con el Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención -Coordinador Grupo SSR del MSPS-, y con la asesora de VIH para Colombia de la Organización Panamericana de la Salud, entre otros.

2.4. Algunos datos sobre la situación de las MVVS

Los datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC) sobre la situación del VIH en Colombia, a 31 de enero de 2016, muestran que, si bien la epidemia se considera concentrada, la situación de las mujeres revela lo siguiente:

- En el país hay un total de 19.011 casos reportados de mujeres con infección por VIH.
- Del total de casos nuevos de VIH y SIDA, el 22% son mujeres (1.805).
- Las jóvenes entre 15 y 24 años representan el 9,11% de las mujeres con diagnóstico de VIH.
- El 37% de los nuevos casos de mujeres, se concentra entre los 15 y 29 años.
- La media de la edad en mujeres es de 38,3 años.
- La mortalidad fue de 1.6 por 100.000 habitantes, con mayor frecuencia entre los 25 y 49 años.
- La razón de masculinidad es de (2.8:1) 2:8 hombres por 1 mujer.
- El mecanismo de transmisión sexual es la vía con mayor número de casos, 16.794 mujeres (88%) con diagnóstico de VIH.

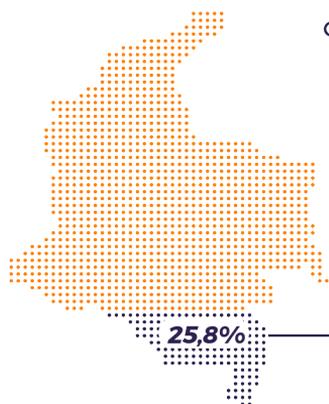
Estos datos reflejan la necesidad urgente de dirigir acciones específicas para las mujeres, a partir de políticas, planes y programas en la prevención y atención, teniendo en cuenta que se están infectando en etapas adolescentes o jóvenes (37%), llamando así la atención sobre la educación para la sexualidad y los servicios de salud que requieren estas poblaciones.

Como hemos visto, en la primera parte de esta guía y en los datos, las diferentes vulnerabilidades que enfrentan las mujeres conducen a que se infecten durante los años más productivos de su vida (38 años) y mueran por la enfermedad a edades tempranas (entre los 25 y 49 años).

Adicionalmente, de acuerdo con la información de la Red de Mujeres Populares Tejiendo Vihda el 59.98% de las MVVS pertenece al régimen subsidiado de salud, es decir, se encuentra dentro de la población más pobre, alrededor del 34% abandonan la educación en primaria, sólo el 3% accede a la educación superior (desconociendo si logran culminarla), limitando así su entrada al medio laboral formal y, por tanto, se disminuye su posibilidad de ingresos económicos y de seguridad social; tal como se había analizado en el primer apartado de esta guía.

Mujeres con VIH

Cuenta de Alto Costo • Colombia 2016



En el país hay un total de **19.011** casos reportados de mujeres con infección por VIH.

Con una media de edad de **38,3 Años.**



De los casos reportados son mujeres.



Por cada hombre con VIH hay **2,8** mujeres, esto significa que una tercera parte de las personas son mujeres.



Del total de casos nuevos de VIH/SIDA el **22%** son mujeres.



La mortalidad en mujeres fue de **1.6** por **100.000** habitantes, con mayor frecuencia entre los **25 y 49** años.

Mujeres Jóvenes



9,11% Del total de las mujeres con diagnóstico de VIH tienen entre **15 y 24** años.

De los nuevos casos de mujeres el **37%** está entre los 15 y 29 años.

Avances Normativos

Apoyos para transformar esta situación



Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021.



Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.



Plan Nacional de Respuesta ante las ITS- VIH/Sida 2014-2017.



Plan Departamental de Respuesta ante las ITS- VIH/Sida 2014-2017.



Decreto 1543 de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH/SIDA.



Ley 1257 de 2008 por el cual se dictan normas para la sensibilización, prevención y sanción y formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

Gráfica 4. Situación de las MVVS: datos de la cuenta de alto costo.

Aunque se cuenta con estos datos, aun se carece de información sistematizada suficiente que brinde informes demográficos, socioeconómicos, educativos y sobre aquellas necesidades de protección social de las MVVS, que contribuyan a precisar acciones que responden a las necesidades específicas.

2.5. Preguntas claves para la incidencia

El impacto de nuestros esfuerzos, con miras a la incidencia política, aumenta cuando nos apoyamos en una metodología de planificación y evaluación que la cual se resume en cuatro preguntas claves que se convierten en una guía para generar propuestas - concretas y claras -, para conocer a los responsables, para clarificar los procedimientos del Estado y para enfilar nuestros esfuerzos en pro de los cambios necesarios (WOLA, 2001). Esas preguntas son:



Gráfica 5. Preguntas claves para la incidencia.

A continuación, iremos desarrollando la respuesta a cada una de estas preguntas; para planear e implementar un plan de incidencia que se articule con los objetivos nacionales y que responda, verdaderamente, a las particularidades locales, al garantizar los derechos humanos de mujeres y niñas que viven con VIH.

2.5.1. ¿Qué queremos?

Después de leer, analizar, comprender y apropiarnos de los enfoques, a partir de los que nos situamos como mujeres y como MVVS, el siguiente paso en la elaboración de un plan de incidencia se sustenta en definir la situación o problema sobre el que se quiere actuar.

En el marco del proyecto de la Red de Mujeres Populares Tejiendo Vihda, y la ICW el problema priorizado, en el ámbito nacional, contó con la participación de mujeres de diferentes regiones del país y por ello, se considera que recoge toda su problemática; se espera que los grupos de MVVS lo tomen como un referente en los departamentos y/o municipios, con el fin de que en el país se trabaje articuladamente y en sincronía con un mismo objetivo que genere cambios sociales, culturales e institucionales y transformaciones normativas.

Recordemos que las políticas y los programas deben llegar a los territorios para ser implementados en instancias y espacios más cercanos a la cotidianidad de la ciudadanía, con un asidero en el reconocimiento de las potencialidades y las necesidades de todas las personas que habitan el territorio urbano y rural del municipio (Barriga, Fajardo & Meza, 2012).

a. ¿Cuál es el problema más sentido que queremos resolver?

Sabemos que hay muchos problemas que requieren solución. Para lograr resultados es importante priorizar cual se considera como el más importante y, así mismo, cuando se alcance el objetivo propuesto se debe actualizar el *plan de incidencia*.

Lo ideal es que la causa de otra compañera MVVS sea también la mía. Se trata de que cuando se lucha en contra de la discriminación en hospitales a MVVS, yo sienta y tenga en claro que un día esa mujer discriminada puedo ser yo (Ross, 2009, p. 13).

Para definir el problema, en el ámbito local, se puede realizar el siguiente proceso teniendo en cuenta la dinámica de las reuniones y/o encuentros, de tal manera que se lleve a cabo en una sola jornada o se dividida en varios encuentros, si ese es el caso:

- Convocar una reunión con el grupo de MVVS que se lidera con el fin de reencontrarse y conversar sobre cómo organizarse para elaborar un *plan de incidencia* política local.
- Para iniciar, implementar un ejercicio por parejas donde se plantee cuál es la razón que motiva a participar y determinar si se tiene interés o no en el activismo en VIH; además de identificar qué motivaciones hay en común. Nos podemos apoyar en el Anexo 1.

Este ejercicio permite analizar los intereses de las participantes y detectar con quienes se puede contar en momentos en donde se requieren acciones para la incidencia política.

- Previamente, preparar una charla-foro sobre los enfoques de derechos, género y vulnerabilidad (descritos en la parte uno), desde los cuales las MVVS plantean el *plan de incidencia política*.

Este paso es fundamental porque permite que las compañeras de equipo reflexionen sobre sí mismas, relacionen su vida cotidiana con el significado de estos enfoques, se apropien de ellos y, a su vez, puedan expresarlo a otras personas, como una manera de hacer visible y argumentar las necesidades de las MVVS. Es básico apoyarse en las gráficas 2 y 3 de la primera parte de la guía.

- Posteriormente, compárteles algunos datos sobre la situación nacional de las MVVS, esto permitirá que ellas la conozcan y/o se actualicen. Analizar lo que estos datos representan para, posteriormente, implementarlos en las acciones de incidencia política que se definan. Apóyense en la gráfica No. 4.

A medida que vas explicando los datos, verifica que sean claros para las participantes y promueve la reflexión sobre si consideran o no que está sucediendo lo mismo en su municipio.

- Después de haber realizado los pasos anteriores ahora *identifica el problema* a priorizar localmente, para ello, a manera de contexto y de ejemplo, infórmale a tus compañeras el plan de incidencia construido en el ámbito nacional por la Red de Mujeres Populares Tejiendo Vihda, y la ICW (pueden apoyarse en la información del apartado 3 de la segunda parte de la guía).

A manera de conversación, posibilita que ellas expresen las situaciones que les afectan y/o que han identificado localmente. Hacer un listado a través de una lluvia de ideas e identificar aquel que es más repetitivo; se debe empezar con uno que sea importante para todas y que se pueda solucionar.

Es importante tener presente que al elaborar un **plan de incidencia política** este debe dirigirse a políticas o programas institucionales o de gobierno comunal, municipal o departamental.

Para determinar el inconveniente y hacer un análisis de él, te puedes apoyar en la técnica del árbol de problemas (Anexo 2), que es una herramienta metodológica para planificar; además de priorizar el problema este instrumento ayuda a definir la causa o causas que lo provocan y los efectos que produce.

Así podrán tener una visión compartida de los problemas relacionados con el tema a tratar, de su complejidad y lo que podremos lograr con nuestra acción (Martinez, 2017).

A continuación, con el fin de ampliar la descripción y el análisis del problema, hacer una *búsqueda de datos* apoyada en cifras locales e información cualitativa y del contexto donde se desarrolla la situación. Se pueden consultar fuentes como:



Esquema 1. Fuentes de información para datos nacionales y locales.

Es vital empezar a recoger información sobre la situación de la MVVS localmente: edad, nivel educativo, número de hijos, empleo, afiliación a SGSSS y datos de violencia basada en género (física, psicológica, sexual y económica). Muchas veces se cuenta con información en ONG'S, servicios comunitarios o en universidades.

Es importante registrar de manera ordenada los datos con su correspondiente fuente. El Anexo 3 te dará una idea de qué tipo de datos puedes buscar y de cómo registrarlos adecuadamente. Te sugerimos que utilices este formato para consignar los que recopiles en este punto.



Preguntas Orientadoras

- ¿El plan departamental de respuesta ante las ITS y VIH/ SIDA incluye acciones específicas para MVVS?
- ¿En mi departamento el plan de desarrollo incluye acciones específicas para MVVS?
- ¿Las acciones dirigidas a adolescentes y jóvenes se refieren, específicamente, a las mujeres (incluyen las MVVS) e incluyen el VIH/SIDA?
- ¿Se desarrollan campañas de prevención específicas para mujeres en donde se reconocen las diferencias de género y se hace visible su vulnerabilidad a la infección del VIH? (Red Balance, 2018).

b. ¿Qué podemos proponer para resolver este problema?

Después de investigar sobre el problema priorizado:

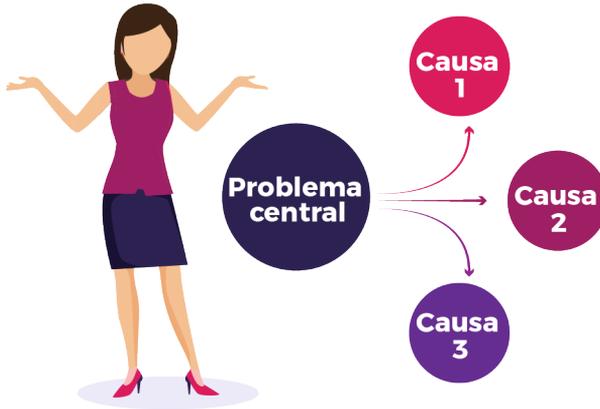
- Reunirse y revisar la información recogida con el grupo de mujeres que lideras. Posteriormente, analizarla a la luz de los enfoques planteados. Por ejemplo:

El análisis de normas como el decreto 1543 de 1997 (por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el VIH, SIDA y las otras ITS) o la ruta de integral de atención en VIH puede ayudar a identificar las causas del problema priorizado.

Se podrían identificar aspectos específicos que se consideren no se están llevando a cabo y que se deben cumplir de acuerdo con esta normatividad. Hacerlo contribuye a solucionar el problema planteado.

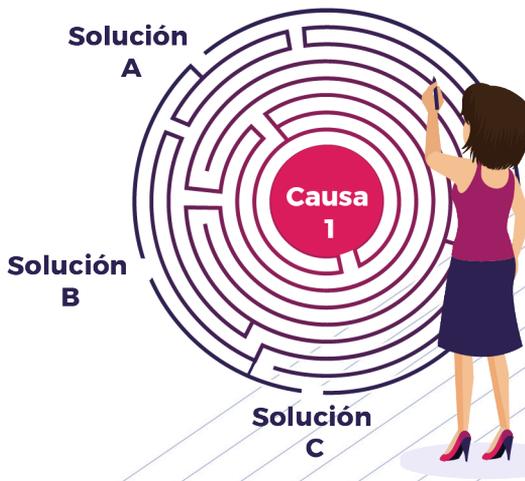
Hacer un listado de estos aspectos (que se convierten en las soluciones) y del organismo responsable de implementarlo, ya sea secretaria de salud, EPS, IPS u otras organizaciones gubernamentales.

- Revisen nuevamente la (s) causa (s) y la (s) razón (es) que habían definido previamente. Prioricen una sobre la cual puedan actuar y contribuir a la solución del problema. Es muy importante que todas participen, a partir de sus diferentes conocimientos y experiencias, esto motiva un acompañamiento en diferentes actividades para resolver el problema.



Esquema 2. Causas del Problema

- Sobre la causa o causas priorizadas, hacer un listado de posibles soluciones. Analizar y plantear cual es la propuesta concreta más incluyente para poder resolver el problema y definir, detalladamente, lo que se anhela que suceda.
- A partir de lo que se espera que acontezca definir *los objetivos, tiempos y alcances*.



Esquema 3. Causa del problema priorizada y posibles soluciones.

El seleccionar una causa no implica que no se aborden unas o se descuiden otras. Lo que se requiere, en este caso, es hacerlo paso a paso para obtener mejores resultados; cuando se alcance uno, se actualiza el plan aproximando la solución hacia otra de las causas.



Preguntas Orientadoras

Algunas preguntas que pueden ayudar a identificar la causa, dependiendo del problema priorizado, son:

- ¿Se ha capacitado al personal de salud sobre las necesidades anticonceptivas para las MVV'S?
- ¿Se realizan asesorías para las MVV'S para facilitar la adherencia al tratamiento que tenga en cuenta su labor como cuidadoras?
- ¿Cómo se hace la articulación entre los servicios de atención de VIH y la SSR en la IPS que las atiende?

La normatividad que pueden revisar y sobre la que se pueden apoyar es la siguiente:



Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021



Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021



Plan Nacional de Respeto ante las ITS - VIH/Sida 2014-2017



Decreto 1543 de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH/SIDA



Ley 1257 de 2008 por el cual se dictan normas para la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres

2.5.2. ¿Quién tiene el poder de decisión sobre nuestra propuesta?

Siempre hay alguien al interior de las instituciones que tiene la última palabra, en cuanto a la resolución de los problemas que afectan a la comunidad (WOLA, 2001); esto implica identificar a quienes toman las decisiones en las organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, que se relacionan con las soluciones de nuestro problema identificado a través de la incidencia.

Es posible que, con frecuencia, no se pueda llegar a esas personas encargadas de tomar las decisiones; no importa cuán efectiva haya sido la planificación de las actividades de *incidencia política*. En lugar de ello, es

posible que ese trabajo de incidencia deba focalizarse en personas que sí tienen acceso a los responsables de la toma de decisiones. Estas “fuentes de influencia” pueden ser la vía más importante para generar un cambio.

Teniendo en cuenta el problema priorizado y el objetivo del plan de incidencia que se está planificando, ahora se hace imprescindible identificar todas las partes que pueden estar interesadas en articularse al plan o quienes están a favor del tema (Barriga, Fajardo & Meza, 2012). Para ello:

- a. Reúnete con el equipo de mujeres que lideras, parte de la propuesta concreta planteada y has un listado de las instituciones públicas cuya competencia es la garantía de los derechos sexuales y reproductivos o la protección social a poblaciones vulnerables.
- b. Realiza un levantamiento de información de las organizaciones que abarque programas estratégicos y contactos clave.
- c. Incluye dentro de la identificación organizaciones privadas, organizaciones comunitarias y de cooperación internacional con programas de protección social que puedan convertirse en aliados del plan de incidencia.
- d. Registren la información para el análisis en el Anexo 5.
- e. Con la información anterior recogida, realizar un análisis de personas, organizaciones y/o instituciones (Barriga, Fajardo & Meza, 2012):
 - **Aliados/as:** ¿con quién se cuenta? Tienen un interés en el proceso y el resultado. Participarían y facilitarían, de diferentes maneras, el tema y objetivo definido. Pueden ser o no directamente responsables de tomar decisiones. Su favorabilidad y apoyo pueden potenciar el desarrollo del plan.
 - **Posible Aliado/a:** ¿con quién se podría contar? ¿Quiénes podrían tener un interés en el proceso y el resultado? Sus posturas resultan ambiguas y convenientes en algunos momentos. Podrían participar y facilitar algunos asuntos concretos al tema y objetivo definido. Pueden ser o no directamente responsables de tomar decisiones. Por sus posturas no son detractores, permiten el diálogo y argumentos con la susceptibilidad de ser aliados/as para potenciar el desarrollo del plan.
 - **Opositores:** se oponen de diferentes maneras al tema y objetivo definido. Pueden ser o no directamente responsables de tomar decisiones y su nivel de afectación puede dificultar el desarrollo del plan.

- f. El análisis de actores/as realizado permitirá definir aquellas actividades que se ejecutarán para lograr el objetivo y focalizar a quienes van dirigidas.
- g. Adicional al análisis de actores, es necesario una exploración sobre los espacios de participación y decisión; allí es posible visibilizar, posicionar el tema e influir en las decisiones relacionadas con el problema identificado y el objetivo por alcanzar. Algunos de ellos, en lo municipal, son las mesas que se organizan por los derechos sexuales y reproductivos, por los derechos de las mujeres, por los derechos de niñas, niños y adolescentes (Barriga, Fajardo & Meza, 2012).

Nota:

Algunas entidades responsables de garantizar los derechos sexuales y reproductivos pueden convertirse en pieza clave del plan trazado.



Esquema 4. Entidades responsables de la garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

2.5.3. ¿Qué hacer para convencer a una persona con poder de decisión?

Se ha avanzado en la elaboración del *plan de incidencia*, al definir el problema, buscar datos, trazar objetivos y analizar los actores relacionados con el mismo. Ahora, es momento de hacer un inventario sobre nuestras propias herramientas, capacidades e implementar algunas estrategias a utilizar para convencer a quienes tienen el poder de decisión sobre las soluciones al (los) problema(s) planteado(s).

Recuerda que para influenciar en las estancias propuestas se deben retomar los aspectos que señalaremos en el siguiente esquema y, a su vez, en la implementación de algunas estrategias que detallaremos más adelante:



Esquema 4. Aspectos claves y estrategias para la elaboración del plan de incidencia.

2.5.3.1. Herramientas, capacidades y apoyos

- a. Al reunirte con el grupo de mujeres liderado, retomar aquel avance alcanzado en la elaboración del plan.
- b. Con el fin de hacer un inventario sobre las herramientas con las que se cuenta para el desarrollo del plan, explicitar que estas se refieren a la información y recursos disponibles para lograr la meta. Algunos de esos instrumentos son (Ross, 2009, p. 32):
 - Leyes sobre el VIH y SIDA.
 - Leyes sobre la participación de las mujeres y la equidad.
 - Leyes sobre violencia contra las mujeres.
 - Manuales de capacitación.
 - Diagnósticos de necesidades.
 - Historias y testimonios de MVVS.
 - Experiencias de otras mujeres en la lucha por los derechos.
 - Libros sobre liderazgo.
 - Historias de vida sobre mujeres que han sido líderes.
- c. A través de una lluvia de ideas, hacer un listado de las herramientas para registrarlas, posteriormente, en el Anexo 6.
- d. Elaborar un inventario de las *capacidades* existentes dentro del grupo; entendidas como habilidades y dones que tenemos como mujeres, individual y colectivamente, pues pueden contribuir con la meta trazada. Por ejemplo, algunas MVVS saben usar la computadora, otras saben negociar con los hombres líderes, vender productos, administrar los recursos familiares, hablar en público, cuidar a los enfermos, dibujar o escribir, etc. Todas estas capacidades o habilidades, cuando se complementan y se fusionan, ayudan a lograr el objetivo colectivo (Ross, 2009, p. 33). Dentro de los ejemplos más comunes tenemos:
 - Planificar.
 - Hablar en público.
 - Poder de negociación sin tirar la toalla.
 - Enfrentar la crítica.
 - Decir la verdad.
 - Sentir la necesidad expresa de la compañera.
 - Estructurar proyectos, etc.
 - Habilidades para escribir documentos.
 - Ser paciente y no desanimarse.
 - Saber escuchar para aprender.
 - Poder de consolar a otras.
 - Proteger a quienes son más vulnerables cuando lo necesitan.

- e. Promover que las mujeres del grupo identifiquen las capacidades con las que cada una puede contribuir al desarrollo del plan; estas deben registrarse en el Anexo 6.
- f. Después de determinar las herramientas y capacidades con las que se cuenta, revisar nuevamente las actividades formuladas en el plan de incidencia (volver a la matriz del plan, anexo 4) para identificar:
 - En qué se necesita apoyo
 - Quienes nos pueden apoyar (contactos)
 - Organizaciones con quienes podemos crear alianzas mediante acciones claras y concretas

2.5.3.2. Estrategias

Después del análisis sobre los avances del plan de incidencia, a continuación, es fundamental reconocer las principales estrategias que pueden implementarse, simultáneamente, y que están dirigidas a diferentes actores/as:

- a. **Cabildeo o lobby político:** es importante persuadir directamente a quienes toman las decisiones y a las fuentes de influencia. Esto puede hacerse mediante cartas y reuniones de agenda, encuentros fortuitos o invitaciones a eventos.

De acuerdo con Barriga, Fajardo & Meza (2012), algunas recomendaciones para desarrollar el ejercicio de cabildeo son:

- Asistir a reuniones, convocatorias y acciones políticas referentes al problema a transformar.
- Definir la agenda de la reunión en torno al resultado requerido por parte del decisor. Cada reunión debe avanzar hacia los objetivos previstos.
- Identificar los contactos, personas u organizaciones aliadas tanto en el ámbito local como distrital, que pueden facilitar convocatorias o acciones futuras.
- Contactar a organizaciones afines para explorar posibilidades de colaboración y apoyo. Las alianzas con grupos o personas influyentes pueden fortalecer una negociación.
- Prepararse bien para las reuniones forja una idea clara de lo que se quiere lograr. Es determinante saber cómo proceder durante la reunión y cuál es la mejor forma de hacer un seguimiento a lo discutido y negociado.
- Mantenerse informado/da sobre los destinatarios de las acciones



de cabildeo y, por ende, conocer bien los valores, conocimientos y experiencias con que se cuenta.

- Definir los objetivos del lobby político: ¿Qué resultado se desea obtener? ¿Solucionará el problema?
- No todas las acciones de cabildeo tienen por objeto un resultado o éxito inmediato. A menudo, dichas acciones pueden girar en torno a una negociación, con unos objetivos superiores a largo plazo.
- Tener a mano la información necesaria que evidencie el asunto o tema a tratar. La información puede ser una herramienta de captación y negociación muy poderosa.
- Manifestar la intención de coalición y alianza a los actores de interés.
- Convocar a reuniones de intereses en común.
- Garantizar que los portavoces estén bien informados sobre los temas a discutir con el destinatario de la reunión de cabildeo; esto aumenta la credibilidad.
- Al asistir a reuniones con decisores o personajes influyentes, como parte de una delegación de una alianza o coalición, es fundamental una entrevista previa con esos pares. Esto permitirá discutir los argumentos que se plantearán a futuro, la distribución de tareas y responsabilidades, para cubrir los temas que desean tratarse.

b. Sensibilización/educación: de acuerdo con el análisis de los protagonistas, espacios y objetivos del plan de incidencia, es posible el requerimiento de actividades de sensibilización y/o educación dirigidas a grupos de actores/as claves, sobre lo que implica cotidianamente la vulnerabilidad de las mujeres con VIH/SIDA, desde una perspectiva género, de tal forma que con una mayor comprensión de la situación se cumpla el objetivo. También deben contemplarse aquellas capacitaciones en que las mujeres del grupo requieren fortalecerse

Con esta estrategia se puede acudir también a la investigación directa o a las alianzas con la academia para clarificar la situación real de las MVVS.

c. Estrategia de comunicación: la *incidencia política* implica posicionar un tema o un problema identificado que requiere una transformación. Es fundamental generar un ambiente propicio y de opinión pública favorable; esto permite acercar a más aliados y simpatizantes; disminuye la influencia que puedan tener los adversarios (Barriga, Fajardo & Meza, 2012, p. 54).

Si ésta es una de las estrategias a implementar, es necesario reunirse con el grupo de MVVS liderado para determinar los canales de difusión y posicionamiento público del mensaje que se quiere emitir, identificar los diferentes públicos a lo que se debe y puede llegar, los medios por los que

se ha de hacer y los recursos mediáticos (físicos, impresos, radiales, video, masivos, comunitarios, virtuales) con los que se cuenta (Barriga, Fajardo, & Meza, 2012). Para ello, te puedes apoyar en el Anexo 7.

d. Estrategia de movilización: las marchas, manifestaciones o movilizaciones, son un claro ejemplo de presión política e incidencia. Evidencian la identidad de intereses que buscan la transformación de una situación que desagrada a determinada población.

Para fomentar, ejecutar, planear o programar una movilización social, en especial aquellas que atañen la toma del espacio público como fin principal, es necesario (Barriga, Fajardo & Meza, 2012, p. 55):

- Definir claramente la situación que desagrada a determinada población. Y ante esta tener enfoque, claridad, credibilidad, proximidad, oportunidad y compromiso.
 - Al desarrollar una campaña de movilización, la relación entre la actividad, la misión y los objetivos del *plan de incidencia* deben evidenciarse.
 - Tener claridad en los objetivos de la acción.
 - El material de campaña no debe tergiversar la verdad (ofender indebidamente o presentar opiniones como hechos)
 - Deben ser culturalmente sensibles al contexto en que se desarrollan.
 - Definir fecha(s) y espacio(s) de acción colectiva.
 - Difundir el evento (acción colectiva) en redes sociales (virtual), páginas web, carteo a organizaciones interesadas, alianzas, promover voz a voz por medio de activistas y participantes.
 - Si como organización se asiste a movilizaciones promovidas por otras, confirmar que sean compatibles con la misión y objetivos del plan de incidencia política.
 - Debe mantenerse el carácter de incidencia política sin ánimo de lucro.
- e. Después de conocer las principales tácticas para la *incidencia política*, se debe retomar lo consignado en el Anexo 4 y diligenciar la matriz al definir como grupo: las estrategias a desarrollar, las actividades específicas para cada una, a quienes están dirigidas, el resultado esperado, el tiempo, el responsable y los recursos necesarios.
- f. Con respecto a los recursos, estos abarcan las herramientas, capacidades (que mencionamos en el apartado anterior) y materiales necesarios. Para definir estos últimos, después de la elaboración del plan, se debe hacer un listado de todos los materiales requeridos, la cantidad; de acuerdo con ello realizar un presupuesto. Se requiere el apoyo del Anexo 8.

- g. Finalmente, después de elaborar el presupuesto, revisar nuevamente el plan para determinar si es necesario o no ajustarlo e incluir una gestión en la búsqueda de recursos para la financiación.

2.5.4. ¿Cómo sabemos si el plan está funcionando?

Con el plan de incidencia formulado se inicia la ejecución, esta debe apoyarse en el trabajo en equipo para garantizar que la comunicación sea clara y se suscite un acompañamiento real en todo proceso, manteniendo presente siempre las capacidades de cada una. El seguimiento y la evaluación son igualmente importantes para determinar el logro de los objetivos.

- a. Reunirse con el grupo de mujeres lideradas y repasar el plan de incidencia terminado.
- b. Clarificar las tareas a realizar, las responsables y la manera de organizarse para llevarlas a cabo, es decir, si se va a trabajar por subgrupos, por responsables o por estrategia, definir cuál es el proceso para comunicarse y tomar decisiones, etc. Esto posibilita que se expresen las inquietudes que se tienen frente a la ejecución y los retos que pueden aparecer en el camino.
- c. Tu como líder acuerda con el grupo la forma en que van a seguir la ejecución del plan, esto significa una evaluación sistemática y permanente de las actividades, verificando que se estén desarrollando según lo establecido en cada uno de los aspectos programados (descripción de la actividad, a quien está dirigida, tiempo, responsable, resultado) o si requieren de ajustes o cambios para la consecución del objetivo.

También es recomendable programar encuentros periódicos para saber cómo se están sintiendo las MVVS con el desarrollo del plan y con su vida personal, ya que es muy importante cuidar del bienestar de cada una.



Preguntas orientadoras

- ¿Qué estamos haciendo bien?
- ¿Qué no está funcionando?
- ¿Planificamos bien las actividades a desarrollar?
- ¿Hablamos claro en la entrevista con los medios de comunicación?
- ¿Han surgido aliados, posibles aliadas/os u opositoras/es?
- ¿Hemos logrado apoyos concretos de otros grupos?
- ¿Han llegado nuevas MVVS a nuestro grupo?
- ¿Han surgido nuevas lideresas o líderes a partir de nuestras acciones?
- ¿Estamos logrando que el plan de actividades cumpla nuestro objetivo?

d. Cuando se llega a la fecha final del plan de incidencia que se estaba ejecutando, se debe evaluar con el grupo de mujeres que se lidera, si se logró o no el objetivo y/o en qué medida se alcanzó; sino aún no se ha llegado a la meta, determinar cuáles son las razones y, para ello, ajustar o reformular un nuevo plan de incidencia.

Además, evaluar que aprendizajes obtuvieron a nivel personal las MVVS y cuáles, como grupo, pueden tenerse como referente para caminar, colectivamente, hacia el activismo por el VIH.

Referencias

- Amuchástegui, A., (mayo-agosto 2017). *Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: los efectos del paradigma de la vulnerabilidad*. Estudios Sociológicos, Colegio de México, 35 (104), 343-371.
- Arrivillaga, M., (2009). *Perspectiva social de la adherencia terapéutica en mujeres con VIH/SIDA*. (Tesis Doctorado En Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L., y Tovar, J. (octubre-diciembre 2006). *Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional*. Univ. Psychol., Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Bogotá (Colombia) 5 (3), 659 - 667
- Barriga, M., Fajardo, J., y Meza, M. (2012). *Participar para incidir. Guía para la incidencia política de los sectores LGBTI de la ciudad de Bogotá*. Bogotá (Colombia).

- Batthyány, K. (2007). Articulación entre vida laboral y vida familiar. Las prácticas de cuidado infantil de trabajadoras asalariadas de Montevideo. En Gutiérrez, M.A., *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*, (pp. 213-23). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Bolen, J. S. (2005). Mensaje Urgente a las Mujeres. Kairos.
- Cáceres, C., Coord. (2009). Lecciones aprendidas de la colaboración con el Fondo Mundial en VIH y SIDA en el Perú: *efectos en el sector público, sociedad civil y comunidades afectadas*. Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH e Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano – IESSDEH. . Lima, Perú.
- Cuenta de Alto Costo. CAC. (2017). *Situación del VIH en Colombia 2016*. Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2018). Boletín Técnico Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT). Colombia. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/Bol_ENUT_2016_2017.pdf
- Estrada, A. M. (marzo, 1997). Los estudios de género en Colombia: *Entre los límites y las posibilidades*. Nómadas (Col), 6, Universidad Central. Bogotá, Colombia.
- Gómez, E., y Fonseca, C. (2012). *Los retos de las mujeres frente a la vulnerabilidad de la infección por VIH*. Revista Digital Universitaria. 13, (4). ISSN: 1067-6071.
- Gómez, Suárez, M., (2016). *Satisfacción de necesidades de anticoncepción en mujeres positivas al VIH: efecto sobre la eliminación de la transmisión vertical del virus*. Revista Panamericana de Salud Pública. 40(6), 479-84
- Hoyos, Hernández, P. y Duarte, Alarcón, C., (2016). *Roles y desafíos de mujeres jefas de hogar con VIH/Sida*. Rev. Salud pública. 18 (4): 554-567, DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.42096>
- ICW. (2017) Fortalecimiento de capacidades comunitarias en el marco de la construcción de la ruta de atención integral de protección social de respuesta al VIH y la violencia de género.
- ICW. (2017). Fortalecimiento de Capacidades Comunitarias en el Marco de la Construcción de la Ruta de Atención Integral de Protección Social de Respuesta al VIH y la Violencia de Género. Bogotá.
- ICW. HIVOS. Balance (2017). Plan de Incidencia Política de la ICW capítulo Colombia 2017 - 2018. Informe elaborado por. Izaguirre, Sara Larrea.
- Kendall, T., y Pérez, H. (2004). Hablan las mujeres Mexicanas VIH positivas.

Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario. Tlalpan, México D.F., México.

Lagarde, M. (2003). El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción: Sexualidad en mujeres y varones universitarios, Universidad Mayor de San Andrés.

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo (1), 60-67.

Marcos, S. (Jan/jun 2014). Feminismos Ayer y Hoy. P O I É S I S – Revista Do Programa De Pós-Graduação Em Educação. Universidade Do Sul De Santa Catarina. Unisul, Tubarão. 8, (13), 8 – 29.

Martínez, S. (19 de Abril de 2017). *Revista digital INESEM*. Obtenido de <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/arbol-problemas/>

Ministerio de la Protección Social (MPS) – Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Universidad Nacional de Colombia (UNAL) (2009). *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres.*, Bogotá. Colombia.

Ministerio de Protección Social -MPS- y ONUSIDA (2014- 2017). *Plan Nacional de respuesta a ITS y VIH/Sida* .Bogotá Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. MCP Proyecto VIH Novena Ronda Fondo Mundial. (2012). *Cuidar de Mí, es cuidar de Tí. Guía de prevención secundaria para personas que viven con VIH*. Bogotá: Acierto publicidad.

Muhlen, B. K., Saldanha, M., & Strey, M. N. (2014). Mulheres e o HIV/AIDS: interseções entre gênero, feminismo, psicologia e saúde pública. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 285-296. doi: 10.15446/rcp.v23n2.29790.

ONUSIDA. (s.f.). *Hoja informativa-Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de: 3 de Junio de 2018, de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Pineda, J. (2011). La carga del trabajo de cuidado distribución social y negociación familiar Molinier, P. y Arango, L.G. (comp.), *El trabajo y la ética del cuidado*. Universidad Nacional de Colombia. La Carreta editores, Medellín

Red Balance (30 de Enero de 2018). [Redbalance.org](http://www.redbalance.org). Recuperado de: <http://www.redbalance.org>.

Ross, G. V. (2009). *En nuestros zapatos, nuestras manos y nuestros corazones*. La Paz, Bolivia: Grafival.

WOLA. (2001). *Guía popular para la incidencia*. El Salvador: Algier's Editores.



ANEXOS

Anexo 1

Encontrándonos para incidir. Ejercicio práctico

Instrucciones:

1. Pídele a cada una de las participantes que conteste en una hoja las siguientes preguntas:

- ¿Qué me motivó para llegar a este grupo?
- ¿Me interesa el activismo en VIH? ¿Por qué?

2. Pídeles que compartan sus respuestas en parejas y definan:

- Los motivos que tienen en común.
- ¿Les interesa o no el activismo en VIH? ¿Por qué?

3. Socializar lo compartido en parejas mediante una plenaria. Escribir en el tablero los aspectos que sobresalen en la puesta en común.



Este esquema te permite identificar la motivación que ellas tienen para participar en el grupo y si su interés en el activismo en VIH es real. Asimismo, te permite establecer si tienen razones en común. Si tienes la posibilidad entrega por parejas una hoja impresa. Si no, dibuja en un tablero el esquema para realizar el ejercicio.

Anexo 2

Árbol de problemas

Es una herramienta metodológica para planificar. Complementa la información demográfica, la epidemiológica y los estudios realizados sobre el tema de interés. En nuestro caso, especifica las necesidades de la MVVS.

Permite una visión compartida de los problemas relacionados y surgidos con la temática a desarrollar, con su complejidad y con lo que podríamos lograr con nuestra acción. Visualiza con rapidez la situación, permite plantear propuestas de acción y tomar decisiones pertinentes sobre lo que se va a ejecutar (Martínez, 2017).

a. Los pasos para su elaboración son (Barriga, Fajardo & Meza, 2012):

- Paso 1: identificar los principales problemas de la situación en cuestión.
- Paso 2: formular en pocas palabras el problema central.
- Paso 3: anotar las causas del mismo.
- Paso 4: anotar los efectos provocados por ese problema central.
- Paso 5: elaborar un esquema que muestre o determine las relaciones de causa y efecto mediante un **árbol de problemas**.
- Paso 6: revisar el esquema completo y verificar su lógica e integridad.

b. Aspectos para tener en cuenta a la hora de elaborar el **árbol de problemas**.

- Un problema no es la ausencia de una solución, es un estado existente negativo.
- Falta de repuestas: incorrecto.
- El equipo no funciona: correcto.
- La importancia de un problema no la determina su ubicación en **el árbol de problemas**.
- Identificar los problemas existentes (no los posibles, los ficticios o los futuros)
- Formular el problema como un estado negativo.
- Escribir, únicamente, un problema por tarjeta.

Anexo 3

Situación de las mujeres con VIH/SIDA

Ciudad/Municipio: _____

Año: _____

| INFORMACIÓN SOBRE ² | DATO | FUENTE | ENTIDAD | AÑO |
|---|------|--------|---------|-----|
| Número de casos reportados de mujeres con infección por VIH en el departamento o municipio. | | | | |
| Número de casos nuevos de mujeres entre los 15 y 29 años en el departamento o municipio. | | | | |
| Número de mujeres que han muerto por VIH/SIDA en el departamento o municipio. | | | | |
| Nivel educativo de las MVVS en su departamento y/o municipio. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Información recopilada por

Nombre: _____

Teléfono Contacto: _____

² En esta columna se proponen alguna información, pero ustedes pueden agregar más de acuerdo con la información disponible y el problema priorizado.



Anexo 4

Matriz plan de incidencia política

Ciudad/Municipio: _____

| Estrategia | Actividades | Resultado esperado | A quien está dirigida | Tiempo | | | | Responsable | Recursos |
|---|-------------|--------------------|-----------------------|--------|-------|-------|-------|-------------|----------|
| | | | | 1Trim | 2Trim | 3Trim | 4Trim | | |
| Problema priorizado | | | | | | | | | |
| Datos más relevantes sobre el problema priorizado | | | | | | | | | |
| Causa que se va a afectar | | | | | | | | | |
| Solución priorizada | | | | | | | | | |
| Objetivo(s) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Anexo 5

Análisis de actores ³

Lista de instituciones, organizaciones y personas cuya competencia es:

- Garantizar los derechos sexuales y reproductivos.
- La protección social a poblaciones vulnerables.
- Desarrollar programas de promoción de derechos y/o prestación de servicios para las mujeres.

| Institución/ Organización/ Persona | Actividades que realizan | Contacto Clave | Aliado/a | Posible Aliado/a | Opositor/a | Argumentos |
|--|-----------------------------|----------------|----------|------------------|------------|------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

³ Adaptada de Barriga, Fajardo & Meza (2012). *Participar para incidir. Guía para la incidencia política de los sectores LGBTI de la ciudad de Bogotá.*

Anexo 6

Relación de herramientas y capacidades ⁴

Hacer una relación de las herramientas y capacidades con las que cuenta el grupo de MVVS que lideras. Se incluyen dos guías, a manera de ejemplo, con las que ya se cuenta (incluida ésta).

| Herramientas | Capacidades |
|--|-------------|
| Guía metodológica para el fortalecimiento y la incidencia política de la Red Nacional de Mujeres Tejiendo Vhida. | |
| Guía de fortalecimiento en incidencia política para mujeres con VIH/Sida. | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

⁴ Tomado de Ross (2009). *En nuestros zapatos, nuestras manos y nuestros corazones*. La Paz, Bolivia: Grafival.

Anexo 7

Trabajo con medios ⁵

| Objetivo | Actividad | ¿A quién va dirigido? | Resultado esperado | Plazo previsto de ejecución | Recursos necesarios ¿Cuánto cuesta? | Responsables | Fecha de evaluación de avances |
|----------|-----------|-----------------------|--------------------|-----------------------------|--|--------------|--------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

⁵ Tomado de Barriga, Fajardo & Meza (2012). *Participar para incidir. Guía para la incidencia política de los sectores LGBTI de la ciudad de Bogotá.*

¡Es posible pensar
conjuntamente y
construir un espacio
seguro para las otras;
unidas somos más!

