

# Y Monográfico, VIH/SIDA

## Una aproximación a la perspectiva de género en drogodependencias y VIH/SIDA

\*Sanchis, Carmen y \*\*Sánchez, Monserrat

\*Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). \*\*Agencia Valenciana de la Salud

### Resumen

En le presente trabajo se aborda la necesidad de integrar el concepto de género como un factor a considerar en la problemática de las drogodependencias y VIH/Sida. El contenido de este concepto esta basado en el carácter relacional hombre/mujer. Se aportan datos acerca de la situación epidemiológica, así como factores relevantes y problemas específicos a partir de estudios realizados en todo el mundo, pero haciendo especial énfasis en las zonas no desarrolladas, donde el impacto de la pobreza es un fuerte potenciador del VIH/Sida y drogas. Se reseñan algunos esfuerzos por abordar la perspectiva de género como el programa de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres de la Unión Europea o el Tercer Plan de Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Valenciana. Se sugieren algunas iniciativas en los futuros estudios y/o políticas referentes al tema.

### Palabras Clave

Perspectiva de género, uso de drogas por vía inyectada (UDI) transmisión, vulnerabilidad, determinantes, pobreza, violencia/coerción, discriminación.

---

### Summary

In the present work the necessity is approached to integrate the concept of gender as a factor to consider in the problematic one of drug addictions VIH AIDS. This concept is based on the man/woman relationship. We show de data about the epidemiological, as well as outstanding factors and specific problems studies all over the world, but emphasis the underdeveloped zones, where the impact of the poverty is a strong factor of VIH/AIDS and drugs. We underline a few efforts to tackled the perspective of gender as the programme of Equality of Opportunities between Men and Women of the European Union or the Third Plan of Equality of Opportunities of Valencian Community. We suggests some initiatives for future studies and policies about this matter.

---

### Correspondencia a:

Carmen Sánchez. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. C/. Juan Garay, 21 – 46017 Valencia.  
E-mail: sanchis.car@gva.es



## Key Words

Perspective of gender, drug use by via injected (UDI) transmission, vulnerability, determinants, poverty, violence, discrimination.

## INTRODUCCIÓN

No existe sociedad desarrollada que escape a los problemas de la drogadicción en sí, ni en su forma asociada al VIH/SIDA, los cuales han llegado también a los países en vías de desarrollo. Es un problema multisectorial y multifactorial y también lo son la incorporación de soluciones a los mismos. Aunque muchos esfuerzos realizados se han centrado en entender el riesgo individual desde una perspectiva de género en la mujer, existen pocos datos a cerca de cómo influyen tanto el papel de la mujer como el del hombre, así como el de la misma sociedad poniéndolos a riesgo tanto frente al VIH como a la Drogadicción. (1)

La definición de género, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), establece que, en sentido amplio, es lo que significa ser varón o mujer y cómo define este hecho las oportunidades, los papeles, las responsabilidades y las relaciones de una persona. (2). Lo mismo que las ciencias sociales no se plantean el hombre como objeto de estudio, la mujer tampoco puede ser objeto de estudio. Se trata de estudiar la posición de los sexos en los distintos sistemas sociales y la relación entre los sexos y las relaciones intrasexos, aspecto éste que, hasta hace muy poco tiempo, ha recibido un tratamiento fundamentalmente biológico. (3)

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

A 25 de noviembre de 2001 se habían declarado 2.784.317 casos de SIDA en el

mundo, lo que representa un incremento del 20% en un año y se estimaba en 40 millones las personas que vivían con VIH/SIDA, de ellos 17.6 millones de mujeres, en las cuales la mortalidad ha continuado incrementándose contabilizando el 46% de defunciones ocurridas en adultos en 2001. La transmisión es mucho más rápida en las mujeres en la categoría *transmisión heterosexual*, especialmente en mujeres jóvenes. En 2001 el número de nuevas defunciones fue de 1,1 millones; los casos de nuevas infecciones 5 millones (800.000 niños menos de 15 años de edad), de los cuales 1,8 millones son mujeres. (4) (5)

En el contexto europeo, las diferencias entre países son grandes. A 30 de junio de 2001 la incidencia más alta de casos de SIDA asociados a uso de drogas por vía inyectada (UDI) corresponde a Francia, Suiza, Italia, Portugal y España, oscilando las tasas al respecto de dichos países entre 7 y 73 casos por millón de habitantes en 1997. (6)

El Este de Europa ofrece un incremento explosivo de la infección por VIH, aunque en cuanto a casos de SIDA las cifras son todavía bajas (menos de 3 casos por millón de habitantes) por el período de incubación y por el retraso en la notificación. En el año 2000 la tasa de nuevos casos de infección por VIH pasó a ser 242 por millón de habitantes (la mayoría asociados a UDI) y la proporción hombre: mujer 3,3:1. Las declaraciones anuales de nuevos casos de infección se han incrementado extraordinariamente en Ucrania desde 1995 y en Rusia y Letonia desde 1999 (en este último país los casos nuevos decla



rados en el primer semestre de 2001 son más del doble que los declarados en el 2000). (6)

Los casos acumulados de SIDA en la UE declarados hasta el 30 de junio de 2001 son 227.944 (de ellos 133.154 fallecidos), asociándose 90.131 a UDI y 39.737 a transmisión heterosexual, y los casos de infección por VIH diagnosticados desde 1994 son 113.284, de los que corresponden a nuevas infecciones en el periodo 1997 - 2001 (junio) 10.341 asociables a la categoría de transmisión UDI y 26.667 a transmisión heterosexual. (6)

Partes de este texto forman parte de otros publicados por las mismas autoras

A esa fecha también, los casos acumulados de SIDA de sexo femenino adultos y adolescentes en Europa Occidental eran 41.988, de los que 20.133 asociados a UDI y 17.968 a transmisión heterosexual (tabla nº 1) y los nuevos casos de infección por VIH de sexo femenino en el período 1997-2001 (junio) 25.434, de ellos 3.792 asociables a UDI y 15.522 a transmisión heterosexual. (6)

En España a 31 de diciembre de 2001, los casos acumulados de SIDA desde el año 1991 son 62.219 (el 80,4% hombres y el 19,5% mujeres) siendo la vía de transmisión más frecuente reutilizar equipo de inyección usado con el 64,8% (tabla nº 1) (7). La Comunidad Valenciana ocupa un lugar intermedio bajo con respecto al conjunto de las CC.AA. con 5.047 casos acumulados de SIDA (el 78,3% hombres y el 21,6% mujeres) (7).

El segmento de edad con mayor número de casos asociados a UDI en hombres es el de los 30-34 años de edad (11.803, 35,99%) y entre 25-29 años de edad en mujeres (2.513, 33,25%) (7). Respecto a esta categoría de transmisión, la Comunidad Valenciana

cuenta con 3.193 casos (63,3% del total de la Comunidad, ligeramente inferior a la media nacional) y de éstos 2493 son hombres y 700 mujeres (tabla nº 1) (7).

Otra categoría de transmisión a la que dedicar esfuerzos en cuanto a las cuestiones de género es la heterosexual. En España, el número de casos acumulados asciende a 8.257 representado el **13,3%** del conjunto de todos los casos declarados (tabla nº 1) (11). El número mayor de infectados por esta vía de transmisión se encuentra entre los 30-34 años de edad (923 hombres y 902 mujeres, lo que representan 18,70% y 27,15% de los casos respectivamente de esta categoría de transmisión) (7). La Comunidad Valenciana sigue una tendencia similar aunque ligeramente inferior; a la media nacional con **647** casos acumulados (12,8%) en esta categoría de transmisión (7) (tabla nº 1).

En EE.UU., el SIDA en 1990 era la sexta causa de muerte en mujeres en edades comprendidas entre los 25 y 44 años de edad, alcanzando a ser la tercera en mujeres de color en este mismo grupo de edad durante la década comenzada dicho año. Según los autores, alrededor del 66% de mujeres consumidoras de crack de cocaína y con prácticas sexuales de riesgo están expuestas a alguna forma de violencia, problemas familiares e inadecuada ayuda social. Asimismo, datos procedentes de dos cohortes estudiadas (WIHS y HERS) indican que entre el 30% y 40% de estas mujeres han sufrido abusos sexuales en su infancia-juventud. (8)

## DETERMINANTES

La vulnerabilidad social comprende la confluencia socio-cultural, económica y política y sus realidades que pueden limitar las eleccio-



Tabla nº 1. CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INYECTABLE (UDI) Y TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL. **Europa Occidental** (junio de 2001). **España y la Comunidad Valenciana** (diciembre de 2001). DESAGREGACIÓN DE LA CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN POR SEXO.

	Categoría de transmisión		Categoría de transmisión, desagregación por sexo			
	Casos (% sobre total)		Casos (% sobre total del mismo sexo)			
	UDI	Heterosexual	UDI		Heterosexual	
H			M	H	M	
<b>Europa Occidental</b> (solo adultos y adolescentes)	96.294 (40,7%)	38.101 (17,1%)	72.975 (38,2%)	20.133 (47,9%)	23.319 (12,2%)	17.968 (42,8%)
<b>España</b>	40.355 (64,9%)	8.257 (13,3%)	32.796 (65,5%)	7.559 (62,2%)	4.935 (9,9%)	3.322 (27,3%)
<b>Comunidad Valenciana</b>	3.193 (63,3%)	647 (12,8%)	2.493 (69,3%)	700 (64,2%)	382 (9,7%)	265 (25,3%)

**Fuente:** Registro Nacional de SIDA. Vigilancia del SIDA en España a 31 de diciembre de 2001. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. 2001.

European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Midyear Report 2001 Saint Maurice: Institut de Veille Sanitaire. 2001. N° 65.

nes individuales de las personas y opciones en la reducción del riesgo (tabla nº 2).

En el contexto de la drogadicción y elVIH/ SIDA hay tres tipos de factores centrales que determinan el riesgo individual: *Cognitivo*, *Actitudinal* y *Comportamental*. Desde la perspectiva cognitiva se trata de los elementos sobre *qué* y *cómo* las personas conocen a cerca del sexo, y su habilidad para identificar y entender información básica para reducir el riesgo. Los *Actitudinales* recogen *sentimientos* y *situaciones* de las personas y la sociedad; los *Comportamentales* son los que parten de lo cognitivo y actitudinal y se traducen en *cómo*

*la gente actúa, qué hacen* con respecto a los que conocen y sienten. (1) (9)

Los determinantes de género no han hecho más que empezar a ser investigados por distinta razones (tabla nº 3). Según estimaciones del Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la UE, la proporción del hombre frente a la mujer suele ser inferior a 1:3. (9) Ello ha hecho que en la mayoría de los estudios las muestras de población de mujeres sean muy inferiores a las de los hombres, aspecto que no ha favorecido que en los resultados de las investigaciones se disponga de más información de las mujeres. (10).



Tabla nº 2. Factores que influyen en el fenómeno de la drogadicción y del VIH/SIDA

- La pobreza se considera como un contribuidor al VIH/SIDA y Drogadicción
- Acceso desigual de las mujeres a los recursos y bienes sociales.
- Violencia de género.
- Prácticas sexuales sin protección y/o violentas.
- Comercio de sexo.
- Inmigración no autorizada o ilegal.
- Retraso de la incorporación de la mujer en el mercado laboral. Sesgos androcéntricos
- Retraso en la instauración de estrategias de prevención.

Un aspecto esencial es poder disponer de datos armonizados, para su comparación. Sobre drogadicción solo disponemos de información procedente de las encuestas de población y de la recogida en algunos departamentos de los servicios de salud. Así, en base a autoinformes confirmados por historias clínicas, la prevalencia en España de la infección por VIH entre IDU's en 1999 era del 33,1% (basada en 8.750 pruebas de detección de infección realizadas a quienes acudieron a centros de tratamiento). (11)

Un estudio de la UE dirigido a identificar estudios cuyo objetivo principal fue investigar el número de estudios nacionales y regionales publicados relativos a *Conocimientos, Actitudes y Prácticas* en relación al VIH/SIDA, en el que, asimismo, se incluía la realización de un análisis psicométrico de los estudios identificados, detectó que, a veces, al utilizar auto-informes estos no reunían los criterios para la recogida de la información (cuestionarios no validados) o no aparecía referencia alguna de cómo había sido diseñado (12)

Tabla nº 3. Problemas para la investigación de género

- Sistemas de Información incompletos y no homogéneos. Falta de indicadores sociales.
- Ideas equivocadas sobre la drogadicción en hombres y mujeres
- Carencia de estudios sobre la drogadicción desde la perspectiva de género.
- Desequilibrio en las fuentes de financiación en la investigación biomédica vs. social.
- Inadecuada utilización de las técnicas de investigación social por los profesionales.
- Investigación social poco desarrollada.



Los conocimientos, actitudes y comportamiento sexual de la mujer y del hombre están claramente influenciados por las normas de género, así como sus expectativas, por lo que los papeles asignados respectivamente contribuyen al riesgo de la infección por el VIH. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados para entender el riesgo individual desde la perspectiva de género, muchos de los estudios que se han centrado en la mujer, obvian los mecanismos por los cuales los hombres realizan estas prácticas. Se hace muy necesario estudios de cómo el papel del género y la presión social favorece los comportamientos que ponen al hombre a riesgo y, transversalmente, de su habilidad para buscar servicios de información y tecnología para protegerse contra el VIH. (1) (13)

## PRÁCTICAS

En Senegal el 50% de las mujeres que viven con el VIH/SIDA eran monógamas y no tenían otro factor de riesgo. (14)

Un estudio llevado a cabo en Guatemala, India, Jamaica y Papua-Nueva Guinea indica en cuanto al incremento de la violencia en mujeres, que éstas a menudo evitan el uso del condón por miedo a la agresión violenta de su pareja. Otro estudio que avala asimismo lo anterior es el llevado a cabo en mujeres UDI's con VIH/SIDA, donde el 96% de las mujeres declaraba haber sufrido contactos con violencia con sus parejas. (1)

En un estudio llevado a cabo en Nueva York en 326 mujeres bajo régimen de tratamiento de mantenimiento con metadona, se observa que el 35% de ellas habían tenido prácticas sexuales vaginales sin protección 30 días antes de la recogida de la información y que muchas de estas prácticas sexuales eran con UDI's (15). El 28% de esas mujeres ha-

bían tenido relaciones sexuales con más de una pareja y el 18% había tenido sexo con una pareja positiva a VIH. (16)

En otro estudio el 56% de las mujeres que participaron declararon que nunca utilizaban condón con su pareja habitual y el 81% eran UDI's. Asimismo, el estudio identificó que el 31% de las mujeres compartían agujas y el 70% las conseguían de su pareja. (17)

Datos de varios estudios indican que el sexo anal tienen diferentes perfiles en el entorno mundial. Su práctica en contra de la voluntad de la mujer en algunos casos es admitida por la mujer para complacer los deseos de su pareja (En Río de Janeiro y Sao Paulo, Brasil, las mujeres declararon que eran presionadas por sus parejas a pesar de su negativa). (18) En ocasiones las mujeres lo practican para preservar la virginidad.

## IMPACTO ECONÓMICO

La pobreza es un contribuidor al VIH/SIDA y Drogas Algunos indicadores la misma se describen a continuación:

- La reducción del porcentaje de ingresos *per capita*.
- Aumento del número de huérfanos, con los correspondientes problemas de mala nutrición y discontinuidad en la asistencia a la escuela.
- Reducciones de los ingresos en los hogares debido a una muerte de SIDA/drogas.
- Aumento del gasto en servicios de salud, etc. (19)

En un estudio llevado a cabo en cinco áreas geográficas de EE.UU., en que se realizó el seguimiento de 5.225 mujeres UDI's fuera de tratamiento, se identificó que las casadas y de color era menos probable de que no



tuvieran hogar; así como que el comercio del sexo y la posibilidad de resultar infectada por el VIH se asociaba con la pobreza. Cuando se embarcaban en el programa de metadona, estas mujeres referían sentirse protegidas. (20)

Otro ejemplo del impacto económico de la epidemia del VIH/SIDA lo encontramos en Zambia en las revisiones realizadas en los sectores *agricultura, educación y salud*, tanto en sector privado como en el público, y su impacto a nivel familiar; aunque las únicas referencias de género relacionadas con el impacto son datos de mujeres y jóvenes que recurren a la prostitución y viudas que tienen dificultades para volverse a casar y establecer nuevas familias y redes de cuidados para los niños huérfanos. (21)

En Uganda la seroprevalencia del VIH en la mujer está relacionada con el nivel de ingresos de sus parejas (es dos veces mayor en mujeres con pareja con ingresos bajos). (22). Las mujeres que son económicamente independientes, tienen más facilidad para la reducción del riesgo individual al VIH. (23). En el Sudeste de Nigeria las mujeres eran capaces de rehusar el sexo sin violencia si su pareja tenía una enfermedad de transmisión sexual. (24)

Aunque no fue planteado desde la perspectiva de género, los datos recogidos por un estudio realizado por el Banco Mundial dirigido a identificar la extensión de las estrategias de ayuda y sus efectos en Kagera (Tanzania), demuestran que las familias dedican más gasto a los funerales que a salud, en ambos hombres y mujeres, tanto si la causa del fallecimiento era el VIH/SIDA como si no, pero que, en general, el gasto de las familias era mayor cuando se trataba de un hombre. (25)

Las mujeres en caso de enfermedad de algún miembro familiar son sus cuidadoras. En este contexto, no tenemos más que observar cifras del mundo desarrollado. En el caso de España la mujer dedica 3,83 horas semanales a cuidar familiares enfermos en días laborables, en contraposición con el dedicado por el hombre, que resulta ser de 1 hora. (26)

## PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Se les ha dedicado escasa atención en relación con el incremento de los suicidios y su distinción por etiologías. En un estudio de 55 casos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (relación de hombre a mujer 1,5:1), como razón principal etiológica del envenenamiento aparecen las drogas con 35 casos (64%) ocupando el primer lugar y en cuanto a suicidios relacionados con trastornos depresivos predominan las mujeres. (27)

## VIOLENCIA

Estudios recientes han evidenciado que el alcohol es un factor que contribuye, pero no es la causa /origen de la violencia. (13) Un estereotipo es que el hombre bebe alcohol más que la mujer y, sin embargo, la mujer participa en todos los aspectos del problema de las drogas desde la producción hasta al uso (tabla nº 4). (13).

La violencia doméstica y la coerción sexual son factores importantes asociados a la transmisión del VIH/SIDA (28). En algunas culturas la violencia contra la mujer es el eje del mantenimiento de las políticas en el hogar y en el contexto social. Entre los análisis de los determinantes de género relacionados con la violencia, suelen aparecer (1) (3) (13):



Tabla nº 4. DEPENDENCIA DE ALCOHOL.  
Relación entre hombres y mujeres, por países (1985-1993)

País	Muestra estudiada	Relación entre hombres y mujeres
<b>Europa Oriental</b>		
Hungría	Estudio nacional de población >18 años.	4:1
Polonia	Admisión de pacientes	9:1
República Checa	Estadística de los servicios externos de psiquiatría.	6:1
<b>África</b>		
Egipto	Estudiantes Universitarios	1:1
Kenya	Barrios marginales urbanos. En rurales.	2:1 1:1
Nigeria	Uso vitalicio por los estudiantes de secundaria.	1,3:1
República Unida de Tanzania	Ingresos en la sala de urgencias por accidentes.	2:1
Zimbabwe	Encuesta entre empleados de hospitales.	4:1
<b>América Latina</b>		
Bolivia	Incidencia vitalicia	1,2:1
Brasil	Diagnóstico en hospitales	8:1
El Salvador	En los grupos de edades comprendidas entre 15-65 años en la zona metropolitana de El Salvador.	5:1
Guatemala	Encuesta nacional	1,4:1
Honduras	Diagnosís al dar de alta de hospitales.	17:1
México	Encuesta entre personas de edades comprendidas entre 18-65 años.	2:1
<b>Asía</b>		
India	Zonas urbanas	6:1
	Zonas rurales	1,5:1
Japón	Muestra desconocida	8:1
Líbano	Pacientes hospitalizados	1,6:1
Sri Lanka	Pacientes en la región noroeste	20:1
Turkmenistán	Registro de dependencia del alcohol.	9:1

**Fuente:** Naciones Unidas. Situación de la Mujer en el Mundo. 1995. Tendencias y Estadísticas. Serie k nº 12. Naciones Unidas. Nueva York. 1995.

- Desempleo.
- Aislamiento de la mujer por parte de la familia y ayuda social.
- Consumo elevado de alcohol.
- Restricciones de divorcio para la mujer.
- Dominio del hombre e historia de violencia.
- Nociones de masculinidad vinculadas con



- pensamientos/ del honor:  
- Normas rígidas de género.

## PROGRESOS

Una de las iniciativas que marcó un hito sin precedentes fue la IV Conferencia Mundial llevada a cabo en 1995 en Pekín (China). Durante la misma fue creada la Plataforma para la Acción, que reafirmaba que *los derechos humanos de la mujer son una parte integral de los derechos humanos universales*. Desde entonces las actividades para promover estos derechos en las mujeres han aumentado sustancialmente, tanto a nivel internacional, como nacional, regional y local.

Entre otros, dos puntos recogidos en la Agenda de Trabajo de la Plataforma para la Acción de la Conferencia de Pekín tienen especial interés y conectan estrechamente con el tema que nos ocupa. Al respecto, los países se comprometieron a:

- Reforzar los sistemas estadísticos básicos e incorporar análisis de género en la publicaciones e investigaciones; dando prioridad a las diferencias de género en el *diseño de las investigaciones, recogida de datos y análisis*, al objeto de mejorar los datos de morbilidad y mortalidad.

- Impulsar la obtención de *datos desagregados* e información para la planificación y la evaluación, sexo y edad y problemas relacionados con ambos sexos.

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y su entrada en vigor fue en 1981. El 1 de abril de 2000 había sido ratificada por 165 Estados, quedando pendiente de ser ratificada por 26

Estados (tabla nº 5) (13). Es la Convención más ampliamente votada, sólo precedida al respecto por la Convención de los Derechos del Niño. (3) (7)

Otra iniciativa que persigue objetivos semejantes a los descritos anteriormente es la llevada a cabo por el Observatorio de Drogas de la UE conjuntamente con los Estados Miembros. Se trata de la puesta en marcha de un grupo de indicadores que tienen como objetivo establecer pautas comunes de recogida de datos comparables en relación con la problemática de drogas, aspecto éste muy necesario ya que los Estados Miembros venían disponiendo de sistemas diferentes para la recogida de los datos, lo que en ocasiones sucede también a nivel de Estado Miembro. Los indicadores en los que se está trabajando desde el Observatorio Europeo de Drogas son los siguientes: *Demanda de tratamiento; Mortalidad; Uso problemático; Enfermedades infecciosas y Prevalencia*. Parece una medida más que adecuada que merece sea desarrollada con éxito. No obstante, se echa de menos, como casi siempre, indicadores relativos a los aspectos socio-económicos. (29)

Desde la perspectiva de la UE, el Programa de Drogodependencias es uno de los programas que conforman el Programa de Salud Pública de la UE. Durante el periodo 2001 fueron financiados un total de 131. De ellos, España, consiguió el liderazgo de 12 lo que representa el 9,1% del conjunto de proyectos financiados, ocupando un lugar intermedio alto con respecto a los demás países. El número mayor de acciones las consigue Francia con 21 proyectos liderados (16% sobre el total).

Si se revisan los objetivos principales de cada uno de estos proyectos, se observa que, en ninguno de ellos aparece la categoría gé-



Tabla nº 5. ESTADOS QUE NO HAN RATIFICADO O NO HAN ACCEDIDO A RATIFICAR LA CONVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (Hasta 1 de abril del 2000)

ÁFRICA	ASIA Y OCEANIA	REGIONES DESARROLLADAS
Mauritania Santo Tomé y Príncipe Somalia Sudán Swaziland	Afghanistan Bahrain Brunei Darussalam República Dem. Popular de Corea Irán (República Islámica de) Kiribati Islas Marshall Micronesia (Estados Federados de) Nauru Omán Palau Qatar Arabia Saudí Islas Salomón República Arabe de Siria Tonga	Mónaco San Marino EE.UU. La Santa Sede

Fuente: United Nations. The World's Women. Trends and Statistics. United Nations. New York, 2000.

nero y drogadicción como objetivo primario a estudiar; si bien la perspectiva de género ha sido identificada en 5 proyectos, formando parte de los sub-objetivos. En términos generales, predominan los proyectos cuyo objetivo principal es la construcción de redes en los Estados Miembros, actividades dirigidas a jóvenes y materiales para la buena práctica. (30)

Reciente en el tiempo es el Programa de *Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres (PIOMH)*, alojado en la Dirección General de Asuntos Sociales y Empleo de la Comisión Europea. Su objetivo fundamental es corregir las potenciales desigualdades estructurales de género en los Estados Miembros de la UE, atendiendo las disposiciones recogidas en el apartado 2 del Artículo 3 del Tratado. Asimismo, el Consejo Europeo de

Lisboa de 23 y 24 de marzo y el de Santa María de Feira de 19 y 20 de junio de 2000, invitaba a la Comisión Europea y a los Estados Miembros a promover todos los aspectos de igualdad de oportunidades relativas a las políticas de empleo.

El PIOMH ha sido aprobado para un periodo 2001-2005 con un presupuesto de 50 millones de Euros. Entre los objetivos aparece que la tasa de empleo femenino pase del 51% actual al 60% para el año 2010. Para ello, establece una serie de actividades horizontales y de coordinación que aseguren la coherencia y el establecimiento de sinergias en el marco comunitario (31). Los cinco ámbitos de intervención se conforman en cinco bloques (31):

I. Vida económica: *mercado de trabajo*.



2. Igualdad de participación y representación: *fomento en la toma de decisiones.*
3. Derechos sociales: *salud pública, transportes, permisos parentales, etc..*
4. Vida civil: *derechos humanos.*
5. Papeles sociales y estereotipos establecidos en función del sexo: *cambio de actitudes, normas sociales.*

En la UE el proceso corrector en los sectores más sensibles se encuentran en un periodo primario. El bloque 3 se identifica la salud pública como sector afín y al que deberían prestar atención aquellos profesionales que vienen trabajando en aspectos relacionados con la drogadicción.

De un total de 27 proyectos financiados por este programa, España lidera el mayor número con 6 (22,2%). Revisando los objetivos principales de estos proyectos, la inmensa mayoría van dirigidos a identificar la situación de la mujer con respecto al hombre en el *lugar de trabajo*, prioridad establecida por el programa para dicho año. (32)

En la Comunidad Valenciana se ha realizado una pronta respuesta para corregir los desequilibrios de género. Actualmente, el Tercer Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO), con una duración 2001-2004, tiene un presupuesto global estimado alrededor de 72.000.000 millones ptas. Al respecto, existen tres elementos de especial interés vinculados con los compromisos establecidos durante la Conferencia de Pekín y que han sido desarrollados por la Generalitat Valenciana:

i) En el plano político, el haber elevado de rango a la institución coordinadora de este programa, pasando el anterior Instituto de la Mujer a Dirección General de la Mujer; adscrita a la Conselleria de Bienestar Social.

ii) En segundo lugar, la consecución o logro de impregnar de forma horizontal las actividades establecidas en el PIO.

iii) Por último, la consecución de un programa con presupuesto. (33)

De las nueve Áreas de Acción que conforman el PIO, el área 7 es la que recoge el problema de la drogadicción. Los puntos 7.1.7 y 7.7.2 son los dirigidos, por un lado, a *investigar las características diferenciales del abuso del alcohol entre mujeres y hombres así como a impulsar la investigación epidemiológica al objeto de identificar su incidencia real y el dirigido a impulsar el Plan del SIDA de la Comunidad Valenciana a través del desarrollo de programas de información y prevención para la lucha contra la transmisión del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), para adquirir de esta forma hábitos de prevención.* El presupuesto ejecutado correspondiente al año 2001 en acciones de drogodependencias y género asciende a 65.000.000 millones de pesetas. (34)

Un ejemplo de investigación desde la perspectiva de género es el coordinado desde la Escuela Valenciana de estudios para la Salud (EVES) y el Plan del SIDA de la Comunidad Valenciana. El proyecto va dirigido a identificar Actitudes, Conocimientos y Prácticas y promover la salud sexual en relación al VIH SIDA en cuatro grupos de mujeres: *usuarias de drogas por vía inyectada; mujeres que ejercen la prostitución; minorías étnicas y amas de casa.* El proyecto se está realizando en 5 países de la UE.

No obstante, el pilar que coordina y sustenta las acciones de la Comunidad Valenciana en materia de Drogodependencias es el Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (PAVDTA), coordinado desde la Dirección



General de Drogodependencias, dependiente de la Conselleria de Bienestar Social. Tiene rango de Ley y para el periodo 1999-2002 han sido destinados 11.010 millones de ptas. De sus cinco áreas de actuación, la dedicada a Prevención representa el 17,99% (1.981 millones de ptas). Dispone de una convocatoria propia anual de ayudas a proyectos de investigación relativos a drogodependencias.

(35)

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

Los programas de prevención requieren o implican un cambio socio-cultural y, por tanto, ello obliga a tener en cuenta la acción humana y las distintas respuestas individuales y grupales ante determinadas situaciones sociales, es decir, se necesita identificar no sólo dónde se producen las respuestas y los cambios sino quiénes responden y cómo.

El concepto de género no integra la ecuación género igual a mujer, sino que su contenido está basado en el carácter relacional hombre - mujer: Estas relaciones hombre - mujer se articulan de forma distinta según los contextos socio-culturales. Para ello se precisa de un abordaje en dos vertientes:

i) Promover estudios dirigidos tanto al hombre como a la mujer:

ii) Evitar el uso inadecuado de las técnicas que nos ayudan a identificar información muy necesaria.

Los enfoques de los estudios sociales y antropológicos que pretendan cambios socio-culturales tienen que tener en cuenta *relaciones sociales entre los sexos; conceptos de cuerpo y género y las relaciones individuos - sociedad*.

Desde la vertiente política, es necesario articular una respuesta amplia a la epidemia

del VIH/SIDA y la Drogadicción para el abordaje de los factores relacionados con el género que aumentan la vulnerabilidad del hombre y la mujer al VIH. Asimismo, a nivel estructural, esfuerzos a corto y medio y largo plazo destinados a propugnar un cambio social. Todos estos esfuerzos requieren la incorporación de ONGs que actúen en el ámbito local, regional, nacional e internacional.

Apoyar y ampliar las normas relativas a la emigración al objeto de atenuar las consecuencias sanitarias negativas para reducir la vulnerabilidad femenina y de personas jóvenes a la Drogadicción y al VIH/SIDA. Para ello, habrá que corregir elementos que todavía permanecen en la sociedad a cerca de *los otros*. Las actividades dirigidas a esta población deberían estar integradas de forma transversal en programas afines.

Se precisa de una apuesta firme política, jurídica y de la sociedad para el abordaje del problema de la violencia sexual en las relaciones de pareja, especialmente, en mujeres pareja de UDI's. También aquí urge la incorporación de actividades de forma transversal en los programas afines.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes. UNAIDS Best Practice Collection, UNAIDS. Geneva, March 1999.

2. ONUSIDA. El género y el VIH/SIDA. ONUSIDA, Actualización técnica. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. ONUSIDA. Ginebra, Agosto de 2000.

3. Naciones Unidas. Situación de la Mujer en el Mundo, 1995. Tendencias y Estadísticas. Naciones Unidas. Nueva York, 1995.



4. WHO/UNAIDS. Global situation of HIV/AIDS pandemic, end 2001 part I. WER 2001, 76 (7 December): 381-386
5. WHO/UNAIDS. Global situation of HIV/AIDS pandemic, end 2001 part II. WER 2001, 76 (14 December): 390-396
6. European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Midyear Report 2001. Institut de Veille Sanitaire. Saint Maurice, 2001, Nº 65.
7. Registro Nacional de SIDA. Vigilancia del SIDA en España a 31 de diciembre de 2001. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2001.
8. Shannon, L et al. HIV Infection in Women in the United States. Status at the Millennium. JAMA, March 7, 2001 - Vol 285, Nº9. 2001; 285 (9): poner página inicial- final del artículo y suprimir lo escrito en rojo.
9. United Nations. World's Women. Trends and Statistics. United Nations, New York, 2000.
10. Informe Anual sobre Drogas en la UE 2000. Las mujeres consumidoras de drogas se enfrentan a una mayor estigmatización que los hombres.  
[http://www.emcdda.org/multimedia/press\\_releases/2000/AnnualReport/pr06ar00\\_women.es.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/press_releases/2000/AnnualReport/pr06ar00_women.es.pdf). (Búsqueda, 11/02/02)
11. EMCDDA Scientific Report. Project to improve collection of data on the key indicator hepatitis B and C and HIV in injecting drug users. Final report. EMCDDA, 2001.
12. Riper, H. et al., Final report, study of the Knowledge, Attitudes and Behaviour in respect of AIDS of Target Groups in the Community. European Commission. Directorate General, Employment, Industrial Relations and Social Affairs. Health and Safety Directorate. Public Health. Luxembourg, 1995
13. Naciones Unidas. Situación de la Mujer en el Mundo. (1995). Tendencias y estadísticas. Naciones Unidas. Nueva York, 1995.
14. Hamblin, J, Reid, E. Women, the HIV epidemic and human rights: a tragic imperative. UNDP (HIV and Development Programme). New York., 1995.
15. Catan, V, et al. AIDS behaviour among women in methadone treatment. XI International Congress on AIDS, Vancouver, Canadá, 7-12 de Julio 1996 (abstract Th.D456).
16. Leonard, L, Baskerville, B, Hotz, S. Risk factors for needle sharing in women who injected drugs. XI Congreso Internacional de SIDA. Vancouver, Canadá. 7-12 Julio 1996 (Abstract Th.C. 2503)
17. Goldstein, D. (1995). The Cultural, class, and gender politics of a modern disease: women and AIDS in Brazil. International Center for Research on Women, Women and AIDS Programme Research Report Series, nº 6. Washington, DC.
18. UNAIDS (2001). AIDS, Poverty Reduction and Debt Relief. A Toolkit for Mainstreaming HIV/AIDS Programmes into Development Instruments. UNAIDS Best Practice Collection. KEY MATERIAL. UNAIDS. Geneva.
19. Royse, D. et al. (2000). Homelessness and gender in out treatment drug users, American Journal Drug Alcohol Abuse; 26 (2, may) : 283-96.
20. Webb, D. (1996). The socio-economic impact of HIV/AIDS in Zambia. SafAIDS News, 3 (4).
21. Ainsworth, M, Over, M. (1994). AIDS and African development. The World Bank Research Observer, 9 (2): 203-240.
22. Elias, C, Hesie, L. (1993). Development of microbicides: a new meted of HIV prevention for women. Population Council (Population Council Working Paper; nº 6). New York.



23. Orubuloye, I.O, Caldwell, J.C., Caldwell, P. (1933). African women's control over their sexuality in an era of AIDS: a study of the Yoruba of Nigeria. *Social Science and Medicine*, 37:859-872.
24. World Bank. *Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic. A World Bank Policy Research report*. Oxford University Press, New York, 1997, pp 206-221.
25. Durán, MA. (1999) Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBV, Madrid.
26. Juárez-Aragón, G., et al. Características Clínicas y epidemiológicas de intoxicación severa en población adulta ingresada en una unidad de cuidados intensivos, *Gaceta Médica*, 1999; 135 (6. Nov- Dic): 669-675.
27. Watts, C, García-Moreno, C. *Violence against women: its importance for the HIV/AIDS activities globally*. Editoriales y Revisiones de la Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del S.I.D.A 2001. Avances en SIDA 2001. Doyma, Madrid, 2002.
28. Situation of the drug use in the EU. (Búsqueda 26/04/02).  
<http://www.emcdda.org/situation/index.shtml>  
[http://www.emcdda.org/situation/methods\\_tools/key\\_indicators.shtml](http://www.emcdda.org/situation/methods_tools/key_indicators.shtml)
29. Programa de Salud Pública de la UE: programa de Drogas.  
[http://europa.eu.int/comm/health/index\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/health/index_en.html) (Búsqueda, 16/04/02)  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/drugs/index\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/drugs/index_en.htm) (Búsqueda, 16/04/02)  
<http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/drugs/funded.htm> (Búsqueda, 16/04/02)  
<http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/drugs/97rep.htm> (Búsqueda, 16/04/02)
30. Decisión del Consejo de 20 de diciembre de 2000 por el que se establece un programa de acción comunitaria sobre la estrategia comunitaria en materia de igualdad entre mujeres y hombres (2001-2005). DOCE, 19.I.2001. (2001/51/CE).  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/drugs/fp01\\_list.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/drugs/fp01_list.htm) (Búsqueda, 16/04/02)
31. Programa de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres de la UE.  
[http://europa.eu.int/comm/employment/social/equ\\_opp/newprg/projects2001.html](http://europa.eu.int/comm/employment/social/equ_opp/newprg/projects2001.html) (Búsqueda 17/04/02).
32. Pla per a la Igualtat d'Oportunitats entre Hòmens i Dones (2001-2004). Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social.
33. Dirección General de la Mujer: Presupuesto ejecutado para el periodo 2001 (comunicación personal, 2002).
35. Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1999-2002. Generalitat Valenciana, Conselleria de Bienestar Social. Valencia 1999.