



Organización de los
Estados Americanos

Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres





Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres

Comisión Interamericana de Mujeres
(CIM/OEA)

Junio de 2012

La Organización de los Estados Americanos (OEA) reúne a los países del hemisferio occidental para promover la democracia, fortalecer los derechos humanos, fomentar el desarrollo económico, la paz, la seguridad, la cooperación y avanzar en el logro de intereses comunes. Los orígenes de la Organización se remontan a 1890, cuando las naciones de la región formaron la Unión Panamericana con el objetivo de estrechar las relaciones hemisféricas. Esta unión se convirtió en la OEA en 1948, luego que 21 naciones adoptaran su Carta. Desde entonces la Organización se ha expandido para incluir a las naciones del Caribe de habla Inglés y Canadá, y hoy todas las naciones independientes de Norte, Sur y Centroamérica y el Caribe conforman sus 35 Estados miembros.

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) es el principal foro generador de políticas hemisféricas para la promoción de los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Creada en 1928 - en reconocimiento de la importancia de la inclusión social de las mujeres para el fortalecimiento de la democracia y del desarrollo humano en las Américas - la CIM fue el primer órgano intergubernamental establecido para promover los derechos humanos de las mujeres.

Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres

Autora: Martha Barriga

Coordinadora técnica del proyecto: Diny Luciano Ferdinand, Development Connections

Copyright ©2012

Todos los derechos reservados

Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)

1889 F Street NW, Washington, DC, 20006, Estados Unidos

Tel: 1-202-458-6084, Fax: 1-202-458-6094

Correo electrónico: cim@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/cim>

Foto de portada: <http://www.flickr.com/photos/lonqueta/4370940316/in/photostream/>

Fotos del interior: Experiencia 1 - Génesis Panamá Positivo; Experiencia 2 - ACNUR y ONUSIDA; Experiencia 3 - UNFPA; Experiencia 4 - Médicos sin Fronteras; Experiencia 5 - Ministerio de Educación de Guatemala; Experiencia 6 - Plan Internacional; Experiencia 7 - CONTRASIDA; Experiencia 8 - FEIM; Experiencia 9 - Sistema de las Naciones Unidas en México; Experiencia 10 - Development Connections

Diseño y diagramación: Sughey Abreu • Diseño Gráfico / Ilustración

Las denominaciones utilizadas en la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Secretaría Ejecutiva de la CIM o de la OEA en relación con la condición legal de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, o que tenga que ver con las delimitaciones de sus fronteras o límites.

Las opiniones expresadas son las de la(s) autora(s) y no reflejan necesariamente la opinión de la OEA o de la CIM.

Contenidos

Acrónimos.....	7
Introducción.....	9
1. Empoderando mujeres con VIH en Panamá. Génesis Panamá Positivo.....	14
2. Intervención multinivel para la prevención del VIH y violencia contra las trabajadoras sexuales en la frontera entre Panamá y Costa Rica. ACNUR y ONUSIDA.....	21
3. Prevención de las muertes maternas en la comarca Indígena Ngäbe Buglé de Panamá y su relación con la violencia contra las mujeres. UNFPA y Ministerio de Salud.....	36
4. Atención a sobrevivientes de violencia sexual y prevención del VIH en Guatemala. Médicos sin Fronteras.....	51
5. La estrategia de educación integral en sexualidad y su abordaje del VIH y la violencia contra las mujeres. Ministerio de Educación de Guatemala.....	64
6. La educación comunitaria como un medio para prevenir el VIH y la violencia contra las mujeres a través de la metodología de Paso a Paso en Guatemala y El Salvador. Plan Internacional.....	76

7.	Trabajando con hombres el tema de VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador. CONTRASIDA.....	89
8.	Investigación documenta con cifras los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres en los Países del Mercosur. FEIM, Gestos, EPES y MySU.....	100
9.	Mujeres, violencia y VIH: Fortaleciendo una respuesta articulada en México. Equipo conjunto sobre VIH/SIDA de Naciones Unidas.....	109
10.	Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de políticas y programas integrados en VIH y violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género y derechos humanos. Development Connections.....	120

Acrónimos

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
CIM	Comisión Interamericana de Mujeres
EPES	Educación Popular en Salud
FEIM	Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MP	Ministerio Público
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social
MySU	Mujer y Salud en Uruguay
OEA	Organización de Estados Americanos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
TS	Trabajadoras Sexuales
SIPAM	Salud Integral para la Mujer
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSVS	Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual



Introducción



Obra de teatro realizadas por los jóvenes que participaron en los talleres de Paso a Paso en El Salvador

A través del proyecto *Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica*¹, liderado por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), de la Organización de los Estados Americanos (OEA), con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID), se identificaron diez prácticas promisorias en la región de América Latina por su abordaje integral de las problemáticas del VIH y de la violencia contra las mujeres. Las prácticas incluidas en este documento, que busca promover el intercambio de experiencias y el desarrollo de capacidades, se desarrollan en Argentina, Brasil, Chile, Panamá, El Salvador, Guatemala, México y Uruguay.

Desde el proyecto CIM/OEA se identificaron algunos criterios iniciales para determinar qué prácticas podían ser catalogadas como promisorias entre ellos los siguientes: 1) experiencias que han mostrado resultados positivos en su respuesta integrada al VIH y la violencia contra las mujeres, 2) existencia de publicaciones y evaluaciones previas, 3) enfoque innovador y multiplicador que promueva la igualdad de género y los derechos humanos, 4) abordaje ético de ambas problemáticas, 6) iniciativas que parten de evidencia, datos e investigaciones que incorporan métodos cuantitativos y/o cualitativos, 7) promoción del desarrollo de capacidades de actores y actoras clave, 8) contribución al empoderamiento de las mujeres VIH positivas y sobrevivientes de violencia y; 9) inclusión de mecanismos de monitoreo y seguimiento. Si bien todas las prácticas incluidas en este documento no cumplen con todos los criterios, si responden a varios de ellos. Por ejemplo, en el tema de evaluación vemos que en algunos casos por tratarse de prácticas que hasta ahora están comenzando, todavía no han sido evaluadas o por las mismas razones no tienen publicaciones. Sin embargo, todas contribuyen de una u otra manera a mejorar la situación de las mujeres VIH positivas o víctimas de violencia. El presente documento recoge solamente algunas de las prácticas existentes en la región sobre el abordaje integrado del VIH y la violencia contra las mujeres, quedan

1. CIM/OEA. 2011. Folleto informativo. Derechos humanos, VIH y violencia contra las mujeres en Centroamérica: Respuestas integradas. http://piloto.cimoea.aulaweb.org/foll_jul_71_small.pdf

por fuera varias iniciativas importantes con las cuales no fue posible establecer contacto en el periodo de tiempo previsto para la elaboración del presente documento.

Para la búsqueda de las prácticas promisorias se solicitó información a las coordinadoras en Guatemala y Panamá del proyecto Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica, se revisaron las organizaciones identificadas en los mapeos de actores y los análisis situacionales realizados durante la primera fase del proyecto, se realizó una búsqueda general en la web y se consultó la información disponible en la biblioteca virtual de la Comunidad de Prácticas sobre VIH y violencia contra las mujeres, desarrollada a través del proyecto CIM/OEA. Adicionalmente, se envió el Formato de Experiencias sobre VIH y violencia contra las mujeres a cerca de 500 contactos incluidos en la base de datos del proyecto con el fin de que remitieran una descripción de alguna práctica promisorias realizada desde su organización. Finalmente, se contactó a través de correo electrónico a las personas que aparecían en las fuentes consultadas y con aquellas que mostraron interés, se realizó una entrevista. En total se llevaron a cabo 20 entrevistas con coordinadoras/es de proyectos y programas y/o participantes en los mismos.

Cinco de las prácticas promisorias incluidas en este documento focalizan las intervenciones en la prevención primaria del VIH y la violencia a través del cambio de actitudes y conductas y la reflexión sobre las causas estructurales de estas epidemias, entre ellas las desigualdades de género y los valores culturales asociadas a las mismas. Cada práctica se dirige a una audiencia diferente: El Programa de Educación Integral para la Sexualidad del Ministerio de Educación de Guatemala, se enfoca en el trabajo con niños/as, adolescentes, docentes y madres y padres de familia a nivel escolar, el programa de educación comunitaria de Plan Internacional en Guatemala y El Salvador, se centra en adultos y jóvenes, los procesos de formación en masculinidades de CONTRASIDA en El Salvador están dirigidos exclusivamente a hombres, las intervenciones del UNFPA y el Ministerio de Salud en las zonas de frontera entre Panamá

y Costa Rica incluyen procesos de educación y comunicación para la comunidad indígena Ngäbe Buglé y el abordaje artístico terapéutico de ACNUR y ONUSIDA, se concentra en las trabajadoras sexuales de Chiriquí, en Panamá.

Tres de las prácticas que se analizan en este documento se orientan hacia el área de servicios para mujeres VIH positivas y víctimas/sobrevivientes de violencia. El programa de atención a víctimas de violencia sexual en Guatemala de Médicos sin Fronteras, la iniciativa de servicios integrales en México del Equipo Conjunto sobre VIH/SIDA de Naciones Unidas y la atención a mujeres VIH positivas en Panamá de la organización Génesis Panamá Positivo.

Finalmente, se incluye una investigación sobre los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres en Argentina, Brasil Chile y Uruguay, liderada por la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) y el curso “Integración de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres”, desarrollado por Development Connections, organización que viene implementando esta iniciativa desde el año 2006. El curso está dirigido a representantes del gobierno y la sociedad civil que desde su trabajo pueden promover políticas y programas que den una respuesta integrada al VIH y la violencia contra las mujeres.

La implementación de estas prácticas ha estado a cargo de organizaciones gubernamentales, la cooperación internacional y organizaciones no gubernamentales. Cada práctica implementa una estrategia de abordaje diferente de acuerdo al público al que está dirigido, las características específicas de cada zona y las particularidades del problema seleccionado.

Para el análisis de las prácticas se parte del marco conceptual sobre causas estructurales del VIH y la violencia contra las mujeres (etnicidad, migración/movilidad territorial, desigualdades de género asociadas a valores culturales, pobreza), factores intermediarios (respuestas institucionales de diferentes sectores, la exposición diferencial a riesgos y vulnerabilidades y las normas locales) y las consecuencias del VIH y

la violencia (deterioro de la salud y bienestar de las mujeres, estigma y la discriminación).²

En América Latina se han desarrollado iniciativas que abordan el VIH y la violencia contra las mujeres en el marco de intervenciones sobre salud general, salud sexual y reproductiva, promoción de la igualdad de género, entre otras. Entre ellas cabe destacar el programa “Somos iguales, somos diferentes” implementado por Puntos de Encuentro en Nicaragua <http://www.puntos.org.ni/index.php/es/estrategias/estrategia-de-comunicacion-masiva.html>; y Programa H y Programa M, ambos implementados por Promundo (Brasil) http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2011/01/OPAS_ESPANHOLweb.pdf.

Estas y otras buenas prácticas publicadas por otras instituciones están disponibles en la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Prácticas sobre VIH y Violencia contra las Mujeres.

2. Luciano Ferdinand, Dinsy 2009. Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMS.pdf

1. Empoderando mujeres con VIH en Panamá. Génesis Panamá Positivo



Actividades de prevención del VIH en Panamá.

El contexto: Situación de las mujeres VIH positivas en Panamá

Al igual que en otros países de Centroamérica, en Panamá el VIH se ha propagado rápidamente en la población femenina. De acuerdo con ONUSIDA existen 6.300 mujeres VIH positivas en el país.³ Mientras que al inicio de la epidemia la razón hombre mujer era 1:17, en el año 2006 la relación ascendió a 1 mujer por cada 3 hombres.⁴ De otro lado, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009), a nivel nacional el 14.5% de las mujeres entre 15-49 años refieren haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas.⁵

Estudios sobre las complejas interconexiones entre la violencia contra las mujeres y el VIH han demostrado que las mujeres que han experimentado violencia son más propensas a contraer el VIH.⁶ “Resulta razonable pensar que si la violencia dentro de la pareja formó parte de la transmisión del VIH, es probable que siga formando parte de su historia tras el diagnóstico”.⁷

Determinantes sociales del VIH y la violencia contra las mujeres como por ejemplo los valores relacionados con los roles de género asignados a mujeres y hombres posibilitan que una mujer VIH positiva sea juzgada más duramente que un hombre. Las mujeres con VIH tienen que enfrentar altos niveles de violencia, estigma y discriminación⁸ por parte de sus familias, sus comunidades y las instituciones prestadoras de servicios.

3. Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

4. Ministerio de Salud de Panamá - Dirección General de Salud Pública Programa Nacional de VIH y SIDA. (2006). Plan Estratégico Multisectorial de VIH y SIDA. Prioridades 2007-2010. Panamá:

<http://www.womenandaids.net/CMSPages/GetFile.aspx?guid=6a3aab85-d95e-4b4d-b819-aa63ec769fc0>

5. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009). <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1740/>

6. UNAIDS, Women, Girls and HIV Fact Sheet (Geneva: UNAIDS, 2010).Pag 1: http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2010/20100302_fs_womenhiv_en.pdf

7. Fiona Hale y Marijo Vázquez (2011). Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes. Development Connections y la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW GLOBAL) con el apoyo de ONU MUJERES. Washington. http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ViolenciaMujeresVIH+Esp2011.pdf

8. El estigma y la discriminación son formas de violencia, por lo que la separación entre ambas categorías no es muy clara. Para mayor información ver: Fiona Hale y Marijo Vázquez (2011). Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes. Development Connections y la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW GLOBAL) con el apoyo de ONU MUJERES. Washington. http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ViolenciaMujeresVIH+Esp2011.pdf

Los aspectos sociales y económicos como la educación y el nivel de ingresos también se han identificado como factores estructurales en donde se entrecruzan el VIH y la violencia.⁹ Para muchas mujeres VIH positivas encontrar un empleo que les genere los ingresos suficientes para mantener a su familia y dejar a su agresor puede ser una tarea casi imposible de alcanzar lo cual limita sus posibilidades de romper el círculo de la violencia. El no encontrar apoyo por parte de sus familiares al tener que enfrentar un diagnóstico de VIH y recibir en cambio violencia puede repercutir de forma negativa en su estabilidad emocional, el acceso a los servicios y el apoyo que necesitan.

El apoyo psicológico a las mujeres VIH positivas, el empoderamiento para mejorar su autoestima y situación económica, al igual que la sensibilización a sus familias son respuestas pertinentes para afrontar esta problemática. A continuación se presenta la experiencia del grupo Génesis Panamá Positivo atendiendo a personas con VIH desde estos frentes.

VIH en Panamá

Número estimado de personas viviendo con VIH (adultos de 15 años o más) en el año 2009	20.000
Número estimado de Mujeres de 15 años o más viviendo con VIH en el 2009	6.300

Fuente: Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

Violencia doméstica por parte de la pareja 2009

Física	13.8
Sexual	3.3
Física o sexual	14.5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009. <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1740/>

Porcentaje de personas que justifican el maltrato físico del hombre a la mujer en determinadas situaciones:

Situación	Hombre	Mujer
Si es infiel	18.2	11
Si descuida a los niños	6.2	5.4
Si sale sin informarle al hombre	6.2	3.1
Si reusa a tener relaciones sexuales	3.5	2.1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009

Porcentaje de población sin ingresos propios por sexo en Panamá 2009

Hombres	Mujeres
7.7	31.8

Fuente Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe CEPAL. <http://www.eclac.org/oig/afisica/>

9. Dinys Luciano Ferdinand. 2009. Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections. Washington. http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMS.pdf

El programa responde a las necesidades específicas de las mujeres

El grupo Génesis Panamá Positivo, que se formó en el 2003 por y para personas con VIH, ofrece apoyo psicológico y social a hombres y mujeres afectados por el virus, sus familiares y allegados, teniendo en cuenta que sus necesidades y situaciones son diferentes. Según Miguel Sánchez, director de esta organización, “decidimos formar grupos de auto-apoyo para mujeres con el fin de responder sus necesidades específicas, porque si bien es difícil aceptar un diagnóstico de VIH para cualquier persona, es aún más difícil para las mujeres cuando son estigmatizadas por sus familias e incluso golpeadas por tener VIH.”

Recientemente la organización lideró una investigación sobre las mujeres con VIH en Colón,¹⁰ una de las provincias con mayor incidencia del virus en Panamá. El estudio reveló que la vulnerabilidad de las mujeres VIH positivas frente a la violencia está asociada, entre otros factores, a su situación económica. La mayoría de las mujeres participantes en la investigación dependen económicamente de sus parejas lo que dificulta su salida del círculo de violencia y discriminación. Si bien varias percibían algo de ingresos, producto de sus trabajos en el sector de la economía informal, estos no eran suficientes para cubrir las necesidades básicas de la familia.

Distribución de los casos notificados por Región de Salud de mayor índice 1984 – 2007 (*)

Colón	41.6
Metropolitana	40.7
San Miguelito	29.3
Panamá Este	25.5

FUENTE Observatorio Centroamericano de VIH. MINSA.
http://www.observatoriocentroamericanovih.org/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=483

10. Para mayor información ver descripción de la investigación en el sitio de internet de la organización: <http://www.genesis-panama.org/index.php?content=article&id=82>

Estrategias: Abordar la problemática de las mujeres VIH positivas desde diferentes frentes

Una de las estrategias que desarrolla Génesis Panamá Positivo para lograr que las mujeres puedan enfrentar su situación es brindarles apoyo psicológico, a través de un convenio con las universidades que permite que los y las estudiantes en prácticas atiendan a las personas con VIH. Sin embargo, esta estrategia no se limita solamente a las mujeres sino que también evalúa su contexto familiar con el fin de identificar las necesidades específicas de la familia para mejorar la comunicación y eliminar la violencia. El encuentro con las familias se hace a través de visitas domiciliarias realizadas por personas capacitadas para llevar a cabo este trabajo, quienes a su vez son VIH positivas. Esta tarea no siempre es fácil puesto que en ocasiones los y las encargadas de realizar la visita son rechazadas por la familia, especialmente por el agresor, quien suele insistir en que no necesita ningún apoyo o intervención externa.

Además de promover su fortalecimiento psicológico y mejorar las relaciones con su familia, la estrategia de Génesis Panamá Positivo también busca mejorar los aspectos socioeconómicos de las mujeres mediante un programa de becas para personas con VIH que la organización desarrolla conjuntamente con la Red Centroamericana de Personas con VIH. De acuerdo con Miguel Sánchez, “a través de esta iniciativa las personas con VIH pueden acceder a programas de educación primaria, secundaria y universitaria. Hasta el momento se han otorgado 40 becas, la mayoría para mujeres. Esperamos que con esta ayuda logren superarse, ser profesionales y encontrar trabajos que les proporcionen mejores ingresos. No creemos en el discurso de que la persona con VIH no puede trabajar o tiene que ser vista con lástima”.

La estrategia de Génesis Panamá Positivo sigue escalando en sus grados de intervención hasta promover una participación política en el sentido amplio de la palabra que, a través de capacitaciones y procesos

de organización comunitaria, busca preparar a las mujeres para que se involucren en la elaboración de políticas públicas, desarrollo de proyectos y formulación de propuestas que den respuesta a sus necesidades.

Resultados: Fortalecimiento de las mujeres VIH positivas

La investigación logró visibilizar las dificultades que enfrentan las mujeres VIH positivas en Colón e identificar las principales causas de la alta incidencia del VIH en esta provincia. Los resultados confirman una vez más que existen vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres y refuerzan la necesidad de luchar contra ambas epidemias de manera integral. A través de la investigación se logró además fortalecer a las participantes para que puedan enfrentar su situación de la mejor manera posible.

Como resultado no esperado del proceso de investigación, se contribuyó a fortalecer al grupo Tocando Vidas, formado por 13 mujeres VIH positivas, a través de un convenio con la alcaldía de Colón, mediante el cual contarán con un espacio para recibir capacitaciones.

Los resultados de los procesos de formación de mujeres a través de becas se verán a futuro puesto que actualmente varias de las ganadoras están culminando su educación secundaria.

Próximos pasos: Replicar la experiencia de Colón en otras provincias

La investigación de Génesis en Colón abrió el camino a seguir estudiando la situación de las mujeres con VIH en el país ya que la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW) y el UNFPA harán replicas en otras provincias a partir del año 2012. De acuerdo con Miguel Sánchez “el estudio contribuyó a que no se siga examinando el VIH solamente a nivel global. Sabemos que el VIH ataca a hombres y mujeres pero necesitamos identificar las causas que hacen que las mujeres sean más vulnerables para poder dar una respuesta efectiva a la propagación del VIH en la población femenina.”

Información

Miguel Sánchez
Director de Grupo Génesis Panamá Positivo
misanesp@yahoo.com.mx
info@genesis-panama.org
<http://www.genesis-panama.org/>

2. Intervención multinivel para la prevención del VIH y violencia contra las trabajadoras sexuales en la frontera entre Panamá y Costa Rica. ACNUR y ONUSIDA



Taller con trabajadoras sexuales.

Situación de las trabajadoras sexuales en zona de frontera

Múltiples factores se combinan ocasionando que las mujeres, y en particular las trabajadoras sexuales que viven en zonas de fronteras, estén en una situación más vulnerable a experimentar violencia y a adquirir el VIH. Según un informe del Ministerio de Salud de Costa Rica, “las zonas de alta movilidad son de interés epidemiológico desde el punto de vista de las infecciones de transmisión sexual, ya que se producen situaciones de riesgo por la mayor frecuencia de las interacciones entre personas de diversos contextos sociales y ambientales. Los cantones con probabilidades muy altas de desarrollar SIDA se localizan en puntos fronterizos: son los casos de fronteras muy activas.”¹¹ Tal es el caso de la frontera entre Panamá y Costa Rica.

Población en situación de pobreza en Panamá en 2010

Pobreza	Indigencia
25.8%	12.6

Fuente: CEPAL
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/45171/2011-818-PSE-Sintesis-Lanzamiento-WEB.pdf>

Porcentaje de población sin ingresos propios por sexo en Panamá 2009

Hombres	Mujeres
7.7	31.8

Fuente Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe CEPAL.
<http://www.eclac.org/oig/afisica/>

VIH en Panamá

Número estimado de personas viviendo con VIH (adultos de 15 años o más) en el año 2009	20.000 *
Número estimado de Mujeres de 15 años o más viviendo con VIH en el 2009	6.300*
Prevalencia de VIH en Panamá en el 2009	0,9% **

Fuentes:
 * Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

** ONUSIDA. Informe sobre los Progresos realizados en la Aplicación de 2010 PANAMÁ. http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/panama_2010_country_progress_report_es.pdf

VIH en trabajadoras sexuales en Panamá

Porcentaje de trabajadoras sexuales que sabe cómo prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre su transmisión	92%
Porcentaje de trabajadoras sexuales que reportaron haber usado condón con su último cliente 2009	84%
Prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales 2004-2009	2.0%
Porcentaje de trabajadoras sexuales a quienes han llegado los programas de prevención 2009	78%

Fuente:
 Análisis Regional Consolidado de los Informes UNGASS Presentados por 17 Países de América Latina en 2010
<http://www.portalsida.org/repos/book%20onusida%20V7.pdf>

11. Ministerio de Salud de Costa Rica. La situación del VIH/SIDA en Costa Rica. 2004. <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/vih.pdf>

Adicionalmente, factores estructurales como la pobreza y la falta de oportunidades de empleo que afectan de manera especial a las mujeres, tienden a ser mayores en zonas fronterizas. Según la Encuesta de Propósitos Múltiples del 2011, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas de Panamá, mientras que la tasa de actividad económica en la población femenina es de 46.1% a nivel nacional, en provincias como Chiriquí, que cuentan con zonas de frontera, es de 36.9%¹² y el número de mujeres catalogadas como población no económicamente activa en esta provincia es más del doble (97,048) que la de hombres que están en la misma situación (36,382).¹³

Estos factores estructurales (pobreza, falta de oportunidades, poblaciones móviles en zona de frontera) pueden estar contribuyendo al aumento del VIH en la provincia de Chiriquí. Mientras que entre 1984 y 2009 se presentaron un total de 425 casos de SIDA,¹⁴ en el 2010 se estima que esta cifra ascendió a 528.¹⁵ Simultáneamente, las cifras indican que en Chiriquí la mayoría de las víctimas de sospecha por violencia intrafamiliar (69.4%) son mujeres.¹⁶

A continuación se describe la experiencia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Refugiados (ACNUR) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) implementando una estrategia multinivel para mejorar la situación de las trabajadoras sexuales en la provincia de Chiriquí, que involucra tanto a las mismas

12. Instituto Nacional de estadísticas de Panamá. Encuesta de Propósitos Múltiples 2011. Tasas de actividad económica de la población de 15 y más años de edad en la República, por área, según provincia, sexo y edad: Encuesta de Hogares, marzo de 2011. <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/05-03-34/441-02.pdf>

13. Idem. Población de 15 y más años de edad no económicamente activa en la República, por sexo, según área, provincia y condición de actividad económica: Encuesta de Hogares, marzo de 2011. <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/05-03-34/441-06.pdf>

14. Boletín Estadístico Dirección Nacional de Planificación Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Junio, 2010. http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf

15. ONU, preocupada por riesgo de VIH en la frontera. TEÓFILO GONZÁLEZ RÍO SERENO, CHIRIQUÍ. Artículo diario La Prensa. 18 de Mayo de 2010. <http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2010/05/18/hoy/pdf/Nacionales.pdf>

16. Boletín Estadístico Dirección Nacional de Planificación Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Junio, 2010. http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf

trabajadoras sexuales como al Servicio Nacional de Fronteras de Panamá y a las autoridades de salud de Panamá y Costa Rica.

El proyecto: Una iniciativa de prevención de ambas epidemias

El proyecto de Prevención y Respuesta al VIH y la Violencia Basada en Género, liderado por ACNUR y ONUSIDA, se inició en julio del 2009 con la intención de prevenir el VIH y la violencia contra las trabajadoras sexuales de Paso Canoas y Río Sereno, municipios de la provincia panameña de Chiriquí, en la frontera con Costa Rica, donde según los datos recolectados por el proyecto ACNUR/ONUSIDA, se encuentran alrededor de 400 trabajadoras sexuales, quienes en su mayoría provienen de otros países como Colombia, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana.

La zona es un lugar de paso para poblaciones móviles como los transportadores que llevan sus productos a otros países centroamericanos y los indígenas Ngäbe Buglé, que dejan su comarca durante 4 meses del año para trabajar en las haciendas productoras de café ubicadas en ambos países. El VIH ha aumentado considerablemente en esta comunidad

Características demográficas de la provincia de Chiriquí

Extensión territorial:	6 585,5 km ² *
No. de Mujeres	205,255*
No. de hombres	211,618*
Población total	416,873*
Población en extrema pobreza	10%**
Población en situación de pobreza	30%**

Fuentes:

*Censos Nacionales 2010. <http://estadisticas.contraloria.gob.pa/Resultados2010/cuadros.aspx>

** MIDES: <http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2007/04/30/hoy/negocios/966504.html>

VIH/sida en Chiriquí

Casos reportados de SIDA entre 1984 y 2009	425
--	-----

Violencia en Chiriquí Víctimas de sospecha por violencia intrafamiliar y maltrato al menor, por sexo

	No.	%
Hombres	15	30,6
Mujeres	34	69,4

Fuente: Boletín Estadístico Dirección Nacional de Planificación Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Junio, 2010. http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf

indígena durante los últimos años. En el 2001 apenas se registraban 3 casos acumulados de SIDA mientras que en el 2009 la cifra ascendió a 8 con un total de 53 casos entre el 2001 y el 2009.¹⁷



Taller con trabajadoras sexuales.

El proyecto con las trabajadoras sexuales surge como resultado de un diagnóstico que se realizó en el año 2007 sobre las necesidades de las mujeres en las dos fronteras de Panamá: Costa Rica y Colombia. El estudio en-

contró que las trabajadoras sexuales en la frontera de Panamá con Costa Rica son víctimas de acoso, violencia y discriminación. Muchas se sienten inseguras por no tener un estatus migratorio definido ya que vienen de varios países de la región y varias señalaron haber sido maltratadas por parte de las autoridades migratorias. Adicionalmente, la investigación reveló que aunque las trabajadoras sexuales ganan muy poco, el costo de los exámenes de salud para el control del VIH y exámenes ginecológicos es muy elevado. En base a esta información el proyecto desarrolló estrategias de acción con tres grupos claves: I) las trabajadoras sexuales, II) las autoridades migratorias y III) las autoridades de salud. Los resultados de esta investigación y del proyecto que se analiza en este documento, están registrados en el documental “La Necesidad de Actuar. Mujeres en las Fronteras de Panamá”. Según Eyra Harbar, Punto Focal de Género de ACNUR Panamá, “el proyecto fue una oportunidad para acercarnos a las trabajadoras sexuales e indagar si habían casos de trata de personas

17. Idem

con el fin de poder ofrecerles protección internacional porque muchas de ellas provienen de otros países y desconocíamos si había alguna necesidad de protección especial y si sus motivos de entrada a Panamá tenían relación con alguno de los incluidos en la Convención de Refugio. También queríamos hacer un trabajo de prevención del VIH y de la violencia de género en esta población, temas que se identificaron en el diagnóstico inicial, que nos permitió fijar una estrategia de intervención.”

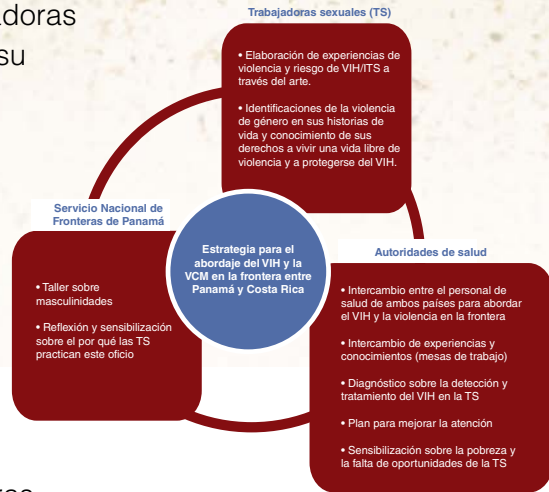
Estrategias para abordar integralmente la violencia contra las mujeres y el VIH en la frontera

Son varias las estrategias de prevención del VIH y la violencia contra las mujeres implementadas por el proyecto ACNUR/ONUSIDA, las cuales se desarrollan de acuerdo a los diferentes actores presentes en la zona: con las mujeres se utilizó el arte, con el Servicio Nacional de Fronteras de Panamá se hizo un trabajo en masculinidades y en sensibilización sobre el porqué las trabajadoras sexuales practican este oficio. Así mismo, con las autoridades de salud se planteó la estrategia de trabajo entre colegas, es decir que hubo un intercambio entre el personal de salud de Costa Rica y Panamá sobre cómo se está abordando la problemática del VIH y la violencia en la frontera y qué se puede hacer para mejorarla.

Talleres de terapia artística con las trabajadoras sexuales

El uso de la terapia artística creativa con las trabajadoras sexuales se planteó como un método novedoso para abordar las problemáticas del VIH y la violencia contra las trabajadoras sexuales, puesto que tradicionalmente manejan estos temas a través de talleres informativos enfocados en la higiene, lo que deja de lado el enfoque en derechos humanos. Según Eusebia Solís, psicóloga panameña quien lideró los talleres de terapia artística creativa, “el arte fue una herramienta que nos permitió establecer

una relación de confianza entre el equipo del proyecto y las trabajadoras sexuales y a la vez, captar su atención, lo cual no fue tarea fácil. Muchas llegaban en estado de embriaguez, drogadas o sin dormir y al comienzo no veían la utilidad de asistir a talleres de prevención puesto que para ellas esto implica perder tiempo y dinero. Sin embargo, lo que les propusimos fue crear máscaras y en el proceso fueron surgiendo los temas de violencia y VIH. Como por ejemplo, la experiencia de la violencia durante la infancia y adolescencia y el desconocimiento de sus derechos. Muchas creen que porque los hombres les pagan ellas tienen que dejarse hacer todo lo que sus clientes quieran, o que la violencia es parte de su oficio y por esto no tiene derecho a exigir.”



Taller de terapia artística creativa con trabajadoras sexuales. Proceso de realización de máscaras.

A través de la terapia se encontró que la vivencia de la violencia desde la niñez, estaba presente en las historias de vida de las trabajadoras sexuales y en gran medida esto las hace más propensas a experimentar violencia en su vida de adultas y a no cuidar de su salud. También se evidenció como las normas sociales de género contribuyen a que el riesgo sea mayor: mientras que las trabajadoras sexuales, basadas en los estereotipos sobre el papel que “debe” asumir una mujer en la sociedad, creen que tienen menos derechos que otras mujeres por dedicarse a la prostitución, los hombres que acuden a sus servicios, partiendo de los conceptos sociales de masculinidad, se sienten con el derecho a ejercer la violencia y a solicitar sexo desprotegido.



En el taller de terapia artística creativa las trabajadoras sexuales realizaron máscaras

En el proceso de creación de la máscara, que es el producto final de la terapia artística creativa surgen varias emociones. En la primera etapa que incluye sumergir las manos en barro líquido muchas mujeres recordaron los

abusos sexuales que vivieron en la infancia o los hijos y las familias que han tenido que dejar en sus países. La segunda etapa, que es cuando deciden quitar o limpiar algunas partes de su máscara, representa los episodios de su vida que les están molestando y les gustaría sanar. Si bien pareciera inoficioso hacer que las mujeres recuerden sus experiencias negativas, para Solís el hecho de recordar lo que les ha hecho daño puede traer aspectos positivos porque con la información que van suministrando, el equipo facilitador puede ayudarlas a acceder a diversos servicios o a solicitar refugio en el caso de que hayan salido de su país por violencia de género o por otras violencias. El proceso es una oportunidad para que aprendan qué es violencia de género y cuáles son sus



Taller con trabajadoras sexuales.

derechos. La máscara terminada, que es la tercera etapa del proceso, representa el descubrimiento de que pueden hacer muchas cosas, que tienen capacidades, son valiosas y merecen cuidarse y protegerse de la violencia y del VIH.

Proceso de sensibilización a autoridades migratorias

Aunque es necesario concientizar a las mujeres sobre su derecho a vivir una vida libre de violencia y a protegerse del VIH, esta medida por sí sola no es suficiente para cambiar su situación. Especialmente cuando los hombres y las instituciones con las que interactúan son discriminatorias o no reconocen los derechos de las mujeres. La violencia institucional, que se manifiesta en actos discriminatorios contra las trabajadoras sexuales se identificó en el diagnóstico inicial. Una de las trabajadoras sexuales en Río Sereno afirmó que “el trato de migración con las extranjeras es muy malo porque nos tratan como si

fuéramos delincuentes y migración no tiene un edificio adecuado para atender a las mujeres extranjeras.” Otra señaló que la discriminación también tiene que ver con su oficio: “solo con el hecho de saber a lo que uno se dedica, aún estando bien de documentos, es motivo para que te agarren y te hagan pasar una mala noche. No sé si lo hacen por maldad o simplemente porque uno trabaja ahí. Ellos piensan que nosotros no somos seres humanos, que no sentimos. Nos discriminan mucho.”¹⁹

Con base en estos testimonios el proyecto identificó como una prioridad el trabajo con el Servicio Nacional de Fronteras de Panamá. Se realizaron talleres en masculinidades donde se logró vincular los roles de género de la masculinidad dominante con las conductas de riesgo ya que el hecho de solicitar los servicios de las trabajadoras sexuales está relacionado con la masculinidad aprendida que califica este acto como una manifestación de “hombría”. Según Tania Rodríguez, quien coordinó el proyecto ONUSIDA/ACNUR, “además del trabajo en masculinidades también se compartió con el personal del Servicio Nacional de Fronteras de Panamá lo que contaron las mujeres en su proceso de creación artística. Algunas habían venido engañadas pensando que iban a trabajar en un bar o de vendedoras y no tuvieron otra opción que aceptar este trabajo. En muchos casos la persona que las trajo les retuvo sus papeles. Hablamos sobre cómo debe actuar el Servicio Nacional de Fronteras en estos casos. Primero tiene que hacer una entrevista a la mujer inmigrante para saber cuál fue el motivo de su salida del país con el fin de determinar si es candidata a solicitar refugio.”

19. Testimonios obtenidos del documental ONUSIDA – ACNUR. “La Necesidad de Actuar. Mujeres en las Fronteras de Panamá”. 2007. Producción y realización general: Fernando Muñoz. <http://vimeo.com/14754609>

Intercambio entre las autoridades de salud de ambas fronteras

Adicionalmente, el proyecto trabajó con el personal de salud de Costa Rica y Panamá con el que se implementó la estrategia de compartir experiencias y conocimientos entre colegas para lo cual se establecieron mesas de trabajo, de las que surgió un diagnóstico sobre la detección y el tratamiento del VIH en las trabajadoras sexuales y un plan para mejorar la atención. También se les sensibilizó sobre la situación de pobreza extrema de muchas de las trabajadoras sexuales y la falta de oportunidades laborales y educativas. De acuerdo con Tania Rodríguez “muchas no sabían leer ni escribir y uno se da cuenta de las necesidad que hay y de porque las trabajadoras sexuales acceden a realizar este tipo de oficio. Son seres maravillosos que han tenido que tomar decisiones en su vida que las han puesto ahí. Es difícil hacer entender esto a un sistema que está diseñado para la discriminación.”

Resultados: Una Zona fronteriza más sensibilizada frente a los derechos de las trabajadoras sexuales

- **Aumentó el nivel de conocimientos sobre violencia contra las trabajadoras sexuales y la importancia de la protección contra el VIH, ITS y la violencia:** El proceso de terapia artística creativa ayudó a las mujeres a tomar conciencia de que la violencia no es algo natural a lo que se exponen por su oficio sino que es un delito y tienen derecho a denunciarlo. En cuanto al VIH, las trabajadoras sexuales se sensibilizaron frente la importancia de protegerse, incluso cuando sus clientes ofrezcan pagarles más dinero por tener sexo sin condón.
- **Capacitación e insumos:** En términos de resultados cuantitativos, el proyecto logro repartir 15,120 condones y sensibilizar a 52 trabajadoras sexuales en Paso Canoas y Río Sereno en las temáticas de VIH-SIDA y prevención de la violencia de género a través del proceso de terapia artística creativa.



Las trabajadoras sexuales han recorrido varias zonas del país. Algunas vienen de otros países.

- **Cambios en auto-percepción, autovaloración de las trabajadoras sexuales:** La terapia artística ayudó a las trabajadoras sexuales a mejorar su auto estima al ver que podían hacer un trabajo y a reconocer su valor como seres humanos.
- **Creación de redes de apoyo mutuo y empoderamiento:** Las trabajadoras sexuales viven en un ambiente de competencia y el tener redes de apoyo facilita la prevención del VIH y la violencia mediante el cuidado. En este sentido, el hecho de compartir nuevos espacios con sus compañeras fue positivo puesto que la unión con sus compañeras es un factor empoderador. Como una de las mujeres señaló después del taller de arte, “más allá del alcohol, las drogas y los hombres, compartimos otras cosas.”
- **Conectar las intervenciones individuales, colectivas y sectoriales con las respuestas a nivel internacional:** Para Eyra Harbar “otro resultado interesante del proyecto fue el empezar a abordar el tema de las

trabajadoras sexuales desde el punto de vista de la protección internacional, aspecto que no había sido explorado en el pasado.” Si bien el método de terapia artística creativa se había trabajado antes con mujeres desplazadas, no se había explorado con trabajadoras sexuales y la experiencia comprobó que también arroja resultados positivos con este grupo, señaló Eusebia Solís. Se observa en este sentido el abordaje de diferentes ámbitos de discriminación que pueden estar presentes en un solo grupo: el de las trabajadoras sexuales que en este caso también son inmigrantes indocumentadas. El proyecto logra conectar su intervención con las trabajadoras sexuales a un ámbito internacional de derechos de las mujeres inmigrantes.

- **Mejóro el trabajo fronterizo de las autoridades de salud:** De acuerdo con Tania Rodríguez, “en el campo de la salud se planteó la posibilidad de implementar planes binacionales y se hizo evidente que si las autoridades de salud a ambos lados de la frontera trabajan conjuntamente pueden hacer muchas más cosas. Por ejemplo, en Costa Rica se dieron cuenta de que pueden comprar algunos de los medicamentos en Panamá y que no es necesario traerlos de Estados Unidos.”

Próximos pasos: Trabajo con hombres y oficina para refugiados

El proyecto de prevención del VIH y la violencia se realizó entre julio del 2009 y julio del 2010 pues se trataba de un proyecto de corta duración llamado PAF, que significa Programas Acelerados de Acción. Para darle continuidad a este proyecto, actualmente se está desarrollando un segundo proyecto PAF, dirigido a los hombres trabajadores temporales que visitan a las trabajadoras sexuales. De acuerdo con Mónica Chavarria, de la Defensoría del Pueblo en la Provincia de Chiriquí Panamá, a la zona llegan cerca de 300 hombres a 2 o 3 bares quienes son atendidos por solamente 40 o 50 mujeres.²⁰

20. Testimonio obtenido del documental ONUSIDA – ACNUR. “La Necesidad de Actuar. Mujeres en las Fronteras de Panamá”. 2007. Producción y realización general: Fernando Muñoz. <http://vimeo.com/14754609>

De otro lado, el ACNUR está apoyando al gobierno panameño en la instalación de una Oficina Nacional para la Atención a Refugiados (ONPAR) en Paso Canoas, con la intención de que pueda haber mayor visibilidad, difusión y atención al público en general pero también a aquellas trabajadoras sexuales que sean candidatas a refugio con el fin de que puedan adquirir un estatus migratorio en el país, lo cual a su vez les facilita el acceso a servicios.

Un desafío mayor es lograr que los servicios de salud para las trabajadoras sexuales sean gratuitos, puesto que en algunos casos les cobran cerca de 8 dólares semanales, lo cual puede llevar a muchas mujeres a no hacerse los exámenes. La Defensoría del Pueblo en Panamá indica que la ley señala que no se les debe cobrar.

El ONUSIDA ha identificado a las trabajadoras sexuales como una de las poblaciones más vulnerables a adquirir el VIH que requiere mayor atención en la lucha contra el VIH. Paralelamente, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio se reconoce la necesidad de trabajar con las mujeres puesto que el VIH está aumentando aceleradamente en la población femenina. Teniendo en cuenta esta situación se espera que en el futuro se sigan desarrollando proyectos dirigidos a las trabajadoras sexuales.

La situación de pobreza y falta de oportunidades de empleo digno para las mujeres de la frontera, sumado a la violencia institucional hacia las trabajadoras sexuales, al alto costo de los servicios de salud y las poblaciones móviles presentes en la zona hace que la situación en la frontera sea en sí un problema de salud pública detectado por muchas organizaciones e instituciones como ACNUR y ONUSIDA, que están tomando medidas para controlarla. Del apoyo a este tipo de iniciativas, depende en gran medida la mejora en la calidad de vida de las trabajadoras sexuales en las fronteras.

Información de Contacto:

Eyra Harbar

Punto Focal de Género ACNUR Panamá

<http://www.acnur.org/t3/el-acnur/>

harbar@unhcr.org

Eusebia Solis

Consultora en psicología y arte

Proyecto ONUSIDA/ACNUR sobre Prevención de VIH
y Violencia (2009- 2010)

chevymar@gmail.com

Tania Rodríguez

Ex coordinadora del Proyecto ONUSIDA/ACNUR
sobre Prevención de VIH y Violencia (2009- 2010)

taniarodriguez11@gmail.com

3. Prevención de las muertes maternas en la comarca Indígena Ngäbe Buglé de Panamá y su relación con la violencia contra las mujeres. UNFPA y Ministerio de Salud



Mujer indígena mostrando mapa detallado de la comarca.

El contexto

En el caso de las mujeres de la comarca Ngäbe-Buglé, rodeada por las provincias de Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro, en la frontera entre Panamá y Costa Rica, se combinan una serie de factores estructurales que uno a uno van aumentando su vulnerabilidad a experimentar violencia y a adquirir el VIH. Entre los factores más sobresalientes están la discriminación por razones de raza y etnia, la situación de pobreza en que vive esta comarca, las desigualdades de género asociadas a los valores culturales y las dinámicas de movimiento en zonas de frontera ya que los hombres Ngäbe-Buglé acostumbran dejar su comarca en determinados periodos del año. En algunos casos lo hacen con sus familias y en otros, solos.

Al igual que en otros países de la región, en

Datos Comarca Ngäbe-Buglé

Población

Población Total	156,747
Hombres	77,189
Mujeres	79,558

**Censo Nacional de Población y Vivienda Panamá 2010. <http://estadisticas.contraloria.gob.pa/Resultados2010/cuadros.aspx>

Pobreza

Porcentaje de la población que vive en situación de pobreza en el 2008	95.8%
Porcentaje de la población que vive en situación de pobreza extrema en el 2008	83.4%

Fuente: BID. *Inclusión Social en Panamá La Población Indígena. 2010.*<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35256549>

Porcentaje de participación laboral en 2008

Hombres	89.7%
Mujeres	40.6%
Porcentaje de la población que migró en busca de trabajo	21%

Fuente: BID. *Inclusión Social en Panamá La Población Indígena. 2010.*<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35256549>

VIH

Casos de VIH entre 2001 y 2009	53
--------------------------------	----

*Fuente: Boletín Estadístico Dirección Nacional de Planificación Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Junio, 2010. http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf

Porcentaje de mujeres que alguna vez ha experimentado violencia física-sexual por el esposo/marido

Total Nacional	14.5%
Comarca Ngäbe-Buglé	16.4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009. <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1740/>

Panamá, las comunidades indígenas presentan los niveles más altos de pobreza y discriminación. Se estima que un 95.8% de la población de la comarca Ngäbe-Buglé vive en situación de pobreza, siendo las mujeres las más afectadas ya que solamente un 40.6% tiene algún tipo de participación económica, cifra que es más del doble en el caso de los hombres (89.7%).

Adicionalmente, las desigualdades de género en la cultura Ngäbe-Buglé, hacen que las mujeres tengan que enfrentar mayores niveles de discriminación al interior de su comunidad. Según un estudio del Ministerio de Salud de Panamá (MINSAs)²¹ se acostumbra que las niñas inicien su vida marital a la edad de su primera menstruación y todavía están presentes en la comunidad prácticas que reflejan las desproporcionadas dimensiones de los desequilibrios en la distribución del poder entre hombres y mujeres como la poligamia, que si bien no es lo más común, puede ser aceptada.²²

Las dinámicas de movimiento de esta comunidad le agregan un elemento más a la vulnerabilidad de las mujeres a adquirir el VIH puesto que sus parejas se mueven en zonas fronterizas, donde convergen personas de diversos contextos (transportadores, trabajadoras sexuales, migrantes, trabajadores temporales, etc.) que generan una red de interacciones que pueden aportar a la propagación de epidemias. Los Ngäbe dejan su comarca durante 4 meses del año para trabajar como recolectores en las grandes haciendas caficultoras, ubicadas tanto en Panamá como en Costa Rica. En particular los hombres asumen conductas de alto riesgo durante estos viajes al establecer relaciones sexuales extra maritales con una o varias mujeres.

21. Enriqueta Davis Villalba y autoridades y líderes Ngöbe-Buglé. Sección Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud de Panamá. Noviembre de 2001. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe-Buglé de Panamá. Washington, D.C http://www.bvs.ins.gob.pe/print/ops/salud_pueblos_indigenas/14.pdf

22. Artículo 269 de la ley 10 Carta Orgánica Ngöbe-Buglé: "En el pueblo Ngöbe-Buglé prima el matrimonio monogámico fundamentalmente, no obstante, por razones muy especiales se tolerará la existencia de la unión poligámica, en interés a la defensa de los derechos de los hijos habidos en el y la convivencia pacífica del polígamo con sus concubinas y viceversa, pero la política es impulsar el matrimonio monogámico". Fragmento extraído de Valiente López, Aresio. Derechos de los Pueblos Indígenas de Panamá. 2002. http://dwt.oit.or.cr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=136&Itemid=433

La suma de estos factores estructurales trae una serie de consecuencias negativas para la salud de las mujeres, entre ellas la violencia y el VIH. Las mujeres Ngäbe-Buglé tienen que enfrentar mayores niveles de violencia por parte de sus parejas en comparación con mujeres que no pertenecen a este grupo. Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, mientras que a nivel nacional el 14.5% de las mujeres reportó haber padecido violencia física o sexual por parte de su cónyuge, en el caso de las Ngäbe-Buglé esta cifra asciende a 16.4%.²³ Simultáneamente, al ser más marcadas las desigualdades de género en la



Mujer Ngäbe Buglé con recién nacido.

cultura Buglé y menores los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, la población femenina de esta comarca puede estar teniendo mayores dificultades para protegerse del virus. El porcentaje de mujeres de la comarca que saben que el riesgo a contraer VIH se puede reducir mediante el uso del condón apenas llega al 18.9%, cifra que al compararla con otras regiones del país es bastante baja pues se estima que el 75.2% de las mujeres en zonas urbanas y el 66.3% en áreas rurales de Panamá ya manejan esta información. Si bien al comienzo de la epidemia del VIH no se registraban casos en la comarca Ngäbe-Buglé, esta poco a poco se ha empezado a propagar. En el año 2001 se registraron 3 casos y en el año 2009 la cifra ascendió a 8.²⁴ Se estima que entre

23. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER). 2010. http://media.gestorsutil.com/UNFPA_web/31/documentos/docs/0557397001286900194.pdf

24. Boletín Estadístico Dirección Nacional de Planificación Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Junio, 2010. http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf



El programa incluye avisos en el idioma Ngäbe.

los años 2001 y 2009 se han presentado 53 casos²⁵ y que la tasa de incidencia anual del VIH en esta población es de 4.5.²⁶ De acuerdo con Martha Icaza, Oficial de Programas de

Salud Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “el mito de que las comunidades indígenas estaban protegidas del VIH por estar en zonas apartadas, se ha roto. Cada vez hay más personas en la comarca con VIH. Al comienzo no se reportaban los casos porque la comunidad Ngäbe al ver que la persona iba perdiendo peso, creía que alguien le estaba haciendo brujería.”

La mortalidad materna, que también se puede producir por adquirir el VIH, es otra consecuencia de esta combinación de factores estructurales (discriminación, pobreza y desigualdades de género). La muerte durante el parto es uno de los problemas más graves de la comarca al ser 5 veces mayor que el promedio nacional.²⁷ En el año 2007 la mortalidad materna en Panamá era de 59 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, cifra se disparaba a 298 en la comarca Ngäbe Buglé.²⁸

25. Boletín Estadístico Dirección Nacional de Planificación Departamento de Registros y Estadísticas de Salud Junio, 2010.

http://www.minsa.gob.pa/minsa/tl_files/documents/informacion_salud/estadisticas_salud/boletines/BOLETIN%20OFICIAL%202009.pdf

26. Zenaída M. Campbell y Miguel Brugiatti. 2008 Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del UNGASS – PANAMÁ. 2008 http://www.observatoriocentroamericanovih.org/images/download/pan_2008_country_progress_report.pdf

27. Video Programa de Reducción de Muertes Maternas en la Comarca Ngöbe Buglé: Una Iniciativa de MINSa con el apoyo de UNFPA y PNB. <http://www.youtube.com/watch?v=iBcNrtchHibU&feature=related>

28. Enriqueta Davis Villalba y autoridades y líderes Ngöbe-Buglé. Sección Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud de Panamá. Noviembre de 2001. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Ngöbe-Buglé de Panamá. Washington, D.C http://www.bvs.ins.gob.pe/print/ops/salud_pueblos_indigenas/14.pdf

El presente artículo analiza la experiencia del UNFPA y el MINSA implementando el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Comarca Ngäbe-Buglé, el cual busca reducir las muertes maternas e infantiles. Si bien el programa no se centra en la prevención de la violencia y el VIH, estos dos temas se abordan en las estrategias desarrolladas para disminuir las muertes maternas. Así mismo, esta problemática comparte varios de los factores estructurales que están contribuyendo a la propagación del VIH y la violencia contra las mujeres.

Un programa que responde a las necesidades de las mujeres Ngäbe-Buglé

El programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Comarca Ngäbe-Buglé surge cuando las integrantes de la Asociación de Mujeres Ngäbe-Buglé (ASMUNG) al ver que las mujeres de su comarca morían durante el parto, se acercan a las autoridades panameñas y a los organismos de cooperación para hacer frente a esta situación. En el 2007, el UNFPA y el MINSA inician el proyecto de reducción muertes maternas.

El programa identifica cuatro causantes de la muerte de las mujeres Ngäbe-Buglé durante el parto, las cuales son llamadas demoras : 1) la falta de conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo, 2) sus limitaciones para tomar decisiones sobre cuando ir al hospital, 3) la falta de vías de acceso y recursos para llegar a los hospitales más cercanos y 4)

Conocimiento sobre VIH relacionado con la primera demora: falta de conocimiento del cuerpo

Porcentaje de mujeres que saben que el riesgo a contraer el VIH se puede reducir mediante el uso del condón

En zonas urbanas	75.2%
En zonas rurales	66.3%
Comarca Ngobe-Buglé	18.9%.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009. <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1740/>

Salud sexual y reproductiva

Edad promedio de la primera relación sexual	15
Número promedio de hijos	16.4%
Porcentaje de mujeres que reportan tener insatisfechas sus necesidades de planificación familiar	75.2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009. <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1740/>

la falta de recursos, equipos y personal para poder atender en forma adecuada a las mujeres.

Estrategias para disminuir las muertes maternas y su relación con el VIH y la violencia contra las mujeres

En esta parte se analiza cuales fueron las estrategias implementadas por el programa para responder a cada una de las demoras y en qué medida tienen una relación con el VIH y la violencia contra las mujeres.

Promoviendo el conocimiento del cuerpo a través de capacitaciones y materiales: Para responder a la primera demora que es la falta de conocimientos sobre el cuerpo y su funcionamiento, multiplicadores comunitarios (líderes y personas seleccionadas por las comunidades), han recibido conocimientos y herramientas para llevar los conocimientos a las familias, en su idioma y con material apropiado. El programa diseñó además una estrategia con bolsas de colores (verde, amarilla y roja) o bolsas semáforo para cada una de las etapas del embarazo. Esto ha permitido que las mujeres tengan más información y asistan a los controles médicos pertinentes para cada etapa del embarazo.

Al empezar a capacitar a las mujeres sobre su cuerpo surgen otros temas relacionados con la salud sexual y reproductiva como por ejemplo cuándo y cuántos hijos tener. Según Icaza, “las y los multiplicadores comunitarios, capacitados a través del proyecto, ofrecen charlas de sensibilización en las escuelas a las asociaciones de madres y padres de familia sobre la importancia de que las niñas no se embaracen tan temprano y que continúen sus estudios”. Así mismo, en el cuadernillo *!Cuídate! Salud Sexual y Reproductiva*,²⁹ diseñado como parte de la estrategia educativa, se aborda el tema del uso del condón para protegerse del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El hecho de que las mujeres adquieran cada día más conocimientos sobre qué es el VIH



Señora Doris presidenta de ASMUNG participando en foro, donde se realizó la se ve que inicia con la ceremonia del cacao. No fue fácil romper todos los patrones occidentales como las sillas y en forma de auditorio.

y cómo prevenirlo es vital para lograr que el virus no se siga propagando en la comunidad sobre todo cuando las cifras indican que el porcentaje de mujeres con información sobre este tema es muy bajo.

Fomentando la igualdad entre hombres y mujeres en la toma de decisiones a través de capacitaciones y materiales

teriales: Para responder a la segunda demora causante de las muertes maternas que se refiere a las limitaciones que enfrentan a las mujeres para decidir cuándo ir al hospital, el proyecto diseñó una estrategia de respuesta comunitaria que busca que no solamente el cónyuge, sino toda la comunidad juegue un papel definitivo al momento del parto mediante el apoyo en comunicaciones, traslado de la mujer al hospital, contacto con prestadores de servicios de salud etc. Esta estrategia contribuye a reducir las desigualdades entre hombres y mujeres, en el sentido en que el parto ya no es solo un asunto de mujeres. Con este enfoque la pareja se prepara para el momento del parto y la comunidad se preocupa por proteger la vida de las mujeres y colaborar en aspectos logísticos. El tema de incluir a los hombres de una manera responsable en el proceso de embarazo, se aborda en el cuadernillo “!Cúdate! Maternidad Segura,³⁰ que explica los roles que cada uno debe cumplir y presenta imágenes de hombres participando activamente en todas las etapas del embarazo.

29. “!Cúdate! Salud Sexual y Reproductiva. Tercera edición 2008. http://www.vih-violencia.org/cuidate_ssy.pdf
30. !Cúdate! Maternidad Segura. Tercera Edición 2008. http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/cuidate_ms.pdf



Casa de Marieta.

Sin embargo, las mujeres no solamente enfrentan dificultades para decidir cuándo ir al hospital sino para tomar decisiones sobre su sexualidad en general y otros temas. El cuadernillo “!Cúidate Familia y Comunicación”,³¹ promueve la toma de decisiones com-

partidas en la pareja no solamente en lo referente las relaciones sexuales, sino también en lo relacionado con el uso del dinero familiar y la distribución de las tareas y funciones en el hogar. También trata el tema de la violencia contra las mujeres y su derecho a vivir sin violencia.

La estrategia educativa del programa en salud sexual y reproductiva incluye capacitación a multiplicadores comunitarios, quienes a su vez sensibilizan a lideresas para promover su empoderamiento y a hombres en el tema de masculinidades. Como parte de la estrategia se han diseñado materiales como los cuadernillos, los rotafolios, que son cuadernos con imágenes que se usan con personas que no saben leer ni escribir, un video en idioma Ngäbe y una presentación de títeres con 4 historias sobre muertes maternas que desarrollan los jóvenes de la comarca.³²

Mejorando servicios e infraestructura: Una de las estrategias diseñadas por el programa para abordar el problema de las muertes maternas debido a la falta de vías de acceso y recursos para llegar a los hospitales más cercanos fue establecer una alianza con la iglesia católica de San

31. “!Cúidate Familia y Comunicación!”. Tercera Edición 2008. http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/cuidate_fyc.pdf

32. Video en idioma Ngöbe Buglé <http://www.youtube.com/watch?v=znfcjSmD8b8&feature=related>

Félix y el Ministerio de Salud de la Comarca Ngöbe Buglé a través de la cual se desarrolló el Alberque de Nuestra Señora de Belén, que queda a 3 minutos del hospital y recibe a las mujeres cuando les faltan pocos días para dar a luz. Esta estrategia contribuye a aliviar la situación de aislamiento y discriminación de la comarca y a su vez, aprovecha el espacio



Mujer Ngäbe Buglé

para abordar los temas del VIH y la violencia a través de las charlas que recibe la pareja durante periodo de espera.

Adicionalmente, el programa contribuye a que cada día más centros de salud suministren preservativos, detecten casos

de VIH y atiendan o deriven a los pacientes a servicios especializados. También ha conseguido donaciones para realizar pruebas para detectar el VIH a las mujeres embarazadas con el fin de que reciban el tratamiento necesario para evitar la muerte materna y a su vez minimizar los riesgos de transmisión vertical de la madre al hijo.

Concientizando al personal médico sobre la violencia institucional asociada a la discriminación:

A pesar de que la capacitación a hombres y mujeres de la comunidad Ngäbe-Buglé es vital para reducir las muertes maternas, al igual que la propagación del VIH y de la violencia, esta medida no es suficiente si los prestadores y prestadoras de salud asumen conductas discriminatorias. Según Martha Icaza, “las mujeres de la comunidad señalan que en ocasiones el personal de salud les grita o les dice que están sucias sin comprender que vienen caminando

desde lejos. También las llaman ignorantes por tener muchos hijos. Es importante que el personal médico tenga en cuenta que cuando una mujer Ngäbe llega al hospital el hecho de ver gente que lleva ropa blanca y de entrar en un ambiente iluminado, con aire acondicionado y personas ajenas a su familia, le causa un impacto negativo puesto que dentro de su cultura la ropa blanca significa muerte y el parto es una experiencia privada, que se realiza en espacios con poca iluminación y en compañía de sus familiares más cercanos.”

En respuesta a esta situación, que hace referencia a la cuarta demora, la cual tiene que ver con la falta de personal para atender en forma adecuada a las mujeres de la comunidad, el proyecto ha promovido charlas con el personal de salud sobre la cultura Ngäbe-Buglé, sus costumbres y creencias. Si bien no se trata de adoptar las costumbres Ngäbe-Buglé, el hecho de conocer estas diferencias culturales y saber lo que pueden estar sintiendo las mujeres puede estimular una atención más cálida.

La problemática de la violencia institucional también ha sido reportada por mujeres VIH positivas en otros países y contextos (ver experiencia de FEIM en los países del Mercosur). Aunque podría parecer que el caso de la violencia hacia las mujeres Ngäbe-Buglé por razones raza y etnia y el de la violencia hacia las mujeres VIH positivas por haber adquirido el virus no están relacionados, el hecho de empezar a abordar las diferentes formas de violencia institucional aporta al conocimiento sobre las estrategias utilizadas para erradicar este tipo de violencia contra las mujeres.

Resultados en reducción de muertes maternas y su relación con el VIH y la violencia contra las mujeres

- **Se reducen las muertes maternas:** El proyecto ha logrado multiplicar por 5 la asistencia de las mujeres a los controles prenatales, pasando de 4.000 en el 2006 a 20.000 en el 2008. La muerte materna también ha disminuido de 17 en el 2005 a 5 en el 2009.
- **Instituciones presentan señales de cambio en cuanto a la disminución de la discriminación:** Después de muchos años de trabajo en la comarca, el equipo del UNFPA empieza a identificar señales de cambio e interés. Si bien al comienzo los multiplicadores comunitarios eran rechazados por el personal de salud, quienes no veían la utilidad de su trabajo, ahora han descubierto que estos pueden jugar un papel importante en la comunicación con sus pacientes y cada vez solicitan más multiplicadores. En el 2010 había 3 multiplicadores trabajando en el área fronteriza con los Ngöbes migrantes para el año 2011 se solicitó el apoyo de un mayor número de multiplicadores. Así mismo, una mujer Ngäbe-Buglé, quien es miembro de ASMUNG y multiplicadora comunitaria del proyecto de UNFPA-MINSA, está trabajando como asesora cultural en la sala de maternidad de uno de los hospitales más importantes de la zona y su trabajo consiste en traducir al personal de salud lo que dicen las señoras de la comunidad que asisten a este hospital.
- **Aumenta interés en fortalecer la respuesta institucional:** Un resultado no esperado por el proyecto en cuando a señales de reducción de la discriminación y violencia institucional fue que los funcionarios que atienden a la población migrante en las fronteras están solicitando información para poder realizar mejor su trabajo con las personas Ngäbe-Buglé que cruzan la frontera. En particular han solicitado información al UNFPA sobre personas bilingües de la comunidad Ngäbe-Buglé para contratarlas como traductoras en el cordón fronterizo.

La capacitación empieza a vislumbrar cambios de comportamientos en los hombres Ngäbe-Buglé:

El programa logró capacitar a 72 multiplicadores comunitarios hombres y mujeres.³³ Si bien los procesos educativos requieren de un concienzudo sistema de monitoreo y evaluación para determinar cambios de comportamiento, algunos comentarios como el señalado por uno de los participantes en los talleres de masculinidad que se refirió



Capacitaciones a las autoridades por los uniformados sobre prevención del VIH.

al problema de la desigualdad entre hombres y mujeres de la comunidad como “la deuda moral que tenemos los hombres con las compañeras”, dejan ver señales positivas de cambio hacia la construcción de sociedades más igualitarias. Estos resultados, en especial

los cambios de comportamiento por parte de los hombres, contribuyen a la reducción de las desigualdades de género, que a su vez causan la violencia contra las mujeres y la propagación del VIH. En la medida en que los hombres adquieren conciencia de los derechos de las mujeres, se podrá lograr que las mujeres tengan cada día más voz en las relaciones sexuales, la protección contra el VIH y la violencia. Así mismo, el analizar las estrategias utilizadas para erradicar la violencia institucional por razones de etnia y raza aporta al análisis de la violencia institucional hacia las mujeres VIH positivas y al desarrollo de estrategias futuras para manejar esta situación con mujeres que tengan el virus y pertenezcan a culturas indígenas.

33. Video The maternal Mortality Reduction Program for the Ngöbe-Buglé Territory: An Initiative by the Ministry of Health, UNFPA and the Ngöbe-Buglé Project in Panama. http://www.youtube.com/watch?v=x_z6WSvG8Hw&feature=related

Lecciones aprendidas y próximos pasos

El diseño de estrategias de comunicación basadas en las particularidades de la cultura Ngäbe-Buglé fue un acierto. De acuerdo con Ana de Obaldía, asistente de programas y coordinadora de la oficina de UNFPA en el hospital de San Félix, “en la información que suministramos usamos los saberes de la comunidad, el idioma, las formas de cuidarse dentro de su cultura, las tradiciones, imágenes, títeres y símbolos conocidos por ambas culturas como el semáforo. Este tipo de técnicas nos ayudan a transmitir mejor nuestro mensaje no solo a la comunidad Ngäbe sino también a las personas que están afuera de ella.”

De otro lado, la estrategia educativa ha ido identificando qué funciona dentro de la cultura Ngäbe: “nos dimos cuenta de que cuando hablábamos sobre violencia contra las mujeres generábamos mucho rechazo por parte de los esposos de las señoras que iban a recibir los talleres. Entonces decidimos que era necesario realizar también talleres con hombres pero de manera separada. Notamos además que los hombres prestaban más atención cuando los facilitadores eran otros hombres, especialmente autoridades con uniforme, gobernantes tradicionales de sus propias comunidades, caciques, médicos indígenas o alcaldes. Por lo cual decidimos que para los talleres con hombres era mejor que fueran los hombres quienes lideraran las capacitaciones”, agrega de Obaldía.

Después de más de 10 años de trabajo del UNFPA y el Ministerio de Salud panameño en la comarca Ngäbe-Buglé, los resultados en cantidad y calidad sobresalen, especialmente en lo relacionado con la disminución a muertes maternas y la concientización sobre los factores estructurales que contribuyen a la propagación del VIH y la violencia contra las mujeres. Sin embargo, todavía falta mucho por hacer y el destino de este proyecto, como el de muchos otros, depende en gran medida de la capacidad de los gobiernos para asumir su responsabilidad frente a las poblaciones indígenas y reconocer que su salud y bienestar es una prioridad.

Según el MINSA y el ONUSIDA, los grupos indígenas deben definirse como prioritarios al igual que se ha hecho con las trabajadoras sexuales y con los hombres que tienen sexo con hombres.³⁴ Sin embargo, en la práctica el ver traducido este interés en más mejores programas para las comunidades indígenas es todavía un desafío mayor. En particular programas y políticas dirigidas a controlar las epidemias del VIH y la violencia contra las mujeres. Aunque 53 casos de VIH en la comunidad no sea una cifra alarmante, las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres Ngäbe-Buglé a adquirir el VIH y a sufrir violencia aún continúan vigentes. Así mismo, es necesario contar con más información sobre las mujeres VIH positivas en la comarca.

Información de Contacto

Martha Icaza
Oficial de Programas de Salud Reproductiva
Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA)
<http://panama.unfpa.org/salud-reproductiva>
martha.icaza@unfpa.org.pa

Ana de Obaldía
Asistente de programas y coordinadora de la oficina
de UNFPA en el hospital de San Félix
ana.deobaldia@unfpa.org.pa

34. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS 2010 Panamá.
http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/panama_2010_country_progress_report_es.pdf

4. Atención a sobrevivientes de violencia sexual y prevención del VIH en Guatemala. Médicos sin Fronteras



Servicios de atención para mujeres víctimas de violencia sexual. Médicos sin Fronteras, Guatemala.

El contexto

La V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala (ENSMI, 2010), señala que “la violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, tales como relaciones sexuales forzadas por el esposo, compañero u otro conocido, violación por parte de extraños, la solicitud de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares y abusos sexuales a menores, entre otros.”³⁵ En la ciudad de Guatemala, el 13.7% de las mujeres reconocen haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja y el 8.6% haber sido víctimas de violación.³⁶ Si bien un alto porcentaje de mujeres son violadas por desconocidos (18.8% en áreas urbanas), son mayores los casos en los que el agresor es conocido: el esposo (20%), un conocido (17%), ex esposo (15.6%) novio/ ex novio (10.3%),

Porcentaje de mujeres que refieren haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja según área

Urbana	13.7
Rural	11.2
Ciudad de Guatemala	13.7

Mujeres que sufrieron sexo forzado (violación) alguna vez en su vida según área de residencia

Urbana	6.7
Rural	5.1 9
Ciudad de Guatemala	8.6

Persona(s) responsable(s) del sexo forzado (violación)

	Zona Rural	Zona Urbana
Esposo/Compañero	28.2	20.0
Desconocido	16.0	18.8
Vecino/Amigo/Conocido	18.0	17.1
Ex esposo/Ex compañero	10.2	15.6
Novio/ Ex novio	11.6	10.3
Otro familiar	10.1	12.4
Padre/Padrastro	5.8	8.5

Actitudes de las mujeres sobre roles de género en las relaciones de pareja

Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera	11.4%
El hombre tiene que mostrar que él es el que manda en su casa	25.1%

Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física o sexual y contaron a alguien o buscaron asistencia según nivel de educación

Sin educación	50.4
Primaria	62.4
Secundaria	70.3
Superior	78.7

Fuente: V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

35. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

36. Idem

familiar (12.4%) y padre o padrastro (8.5%).³⁷

Uno de los factores estructurales causantes de la violencia sexual es la desigualdad entre hombres y mujeres asociada a los valores culturales. Según los datos recolectados por la ENSMI del 2010, un 11.4% de las mujeres en Guatemala piensa que es

obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no quiera. Paralelamente, un 25.1% de los hombres cree que el hombre tiene que mostrar que él es el que manda en la casa. Estas creencias le quitan a la violencia sexual su status de crimen para colocarla como un derecho de los hombres y una obligación de las mujeres, desconociendo totalmente los derechos humanos de las mujeres. Así mismo, en las respuestas sobre las razones por las cuales se llegó al sexo forzado se refleja un alto contenido de sexismo y discriminación: un 29.8% de las sobrevivientes encuestadas respondió que el sexo forzado ocurre cuando el hombre está borracho o drogado, un 24.6% cuando está celoso y un 16% cuando ella lo desobedece.

La violencia, no solo sexual sino física y verbal, se convierte en un círculo difícil de romper que puede pasar de generación en generación convirtiéndose en un factor individual que hace a las mujeres más vulnerables a experimentar violencia. Los datos de la ENSMI del 2010 revelan que las mujeres que han experimentado violencia durante la niñez o adolescencia tienen mayores probabilidades de ser víctimas de violencia en su vida de pareja. Mientras que 22.1% de las mujeres que no observaron violencia contra la madre experimentaron violencia física

Datos VIH y violencia a nivel nacional

Número estimado de mujeres de 15 años y más con VIH en 2001 y 2009 *

2001	2009
9.600	20.000

Número de mujeres que mueren a causa de la violencia **

2003	2009
383	720

Fuentes

*Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

**Fuente: Sobrevivientes de violencia sexual. Caminando hacia una atención integral: Reflexiones y Propuestas. Informe de Médicos Sin Fronteras. 2011. <http://www.msf.mx/cuentasFTP/prensa/Revista-Guatemala-2011.pdf>

37. Idem

o sexual de pareja, el 37.3% de aquellas que sí observaron violencia contra la madre también experimentaron violencia física o sexual.

La transmisión del VIH es una de las posibles consecuencias del sexo forzado. Aunque para evitar el VIH es necesario someterse a un tratamiento médico a la mayor brevedad después de la violación, muchas mujeres no buscan ayuda una vez sucedido el hecho. “Más de 3 de cada 10 mujeres (38.1 %) que experimentaron violencia física o sexual durante el último año, no le contaron a nadie ni buscaron ninguna asistencia”, revela la ENSMI. La educación parece ser un factor que incide a la hora de decidir buscar ayuda pues las mujeres con un nivel educativo superior son quienes más buscaron asistencia médica después de la violación.

En poco tiempo el número de mujeres VIH positivas (de 9.600 en el 2001 a 20.000 en el 2009)³⁸ al igual que el número de mujeres que mueren a causa de la violencia se ha duplicado en Guatemala (de 383 en el 2003 a 720 en el 2009).³⁹ A continuación se presenta la experiencia de la organización de Médicos Sin Fronteras ofreciendo servicios en la ciudad de Guatemala a las personas Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual (VSVS), que en su gran mayoría son mujeres adultas y adolescentes. La atención incluye el tratamiento para evitar que la persona adquiera el VIH y una serie de actividades de comunicación para que más mujeres VSVS conozcan la importancia de pedir asistencia médica después de una violación.

38. Datos obtenidos de UNAIDS. (2010). Global Report. UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDSEPIDEMIC 2010 . Págs 20 y 21
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

39. Sobrevivientes de violencia sexual. Caminando hacia una atención integral: Reflexiones y Propuestas. Informe de Médicos Sin Fronteras. 2011. <http://www.msf.mx/cuentasFTP/prensa/Revista-Guatemala-2011.pdf>

Un programa que responde a las necesidades de las VSVS

El programa de Médicos Sin Fronteras, que comenzó en Guatemala en el año 2007, ofrece servicios de asistencia médica, psicológica y social en puntos estratégicos de la ciudad de Guatemala, que incluyen centros de salud, clínicas, hospitales y la Oficina de Atención a la Víctima⁴⁰ del Ministerio Público, que en otros países de América Latina equivale a la Fiscalía General de la Nación. El servicio médico incluye tratamientos para prevenir que las VSVS adquieran ITS como el VIH, o queden en estado de embarazo producto de la violencia sexual; el psicológico ofrece sesiones con personal especializado para ayudar a superar la experiencia traumática de la violencia y el servicio social se encarga de evaluar las necesidades de las víctimas con el fin de remitirlas a instituciones y organizaciones que presten apoyo en el ámbito legal, educativo o laboral.



Servicios de atención para mujeres víctimas de violencia sexual. Médicos sin Fronteras, Guatemala.

Adicionalmente, el programa incluye un componente de información, educación y comunicación que busca que las víctimas y la comunidad en general conozcan las consecuencias médicas y psicológicas que trae consigo la violencia sexual y adquieran conciencia de que una violación es una emergencia médica y psicológica y por lo tanto, requiere atención inmediata.

40. La Oficina de Atención a la Víctima se ubica en la Fiscalía Distrital Metropolitana.

El programa también tiene un componente de abogacía que se ha enfocado en la promoción de espacios de diálogo con instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, a través de talleres, conferencias y reuniones que buscan posicionar el tema de la atención a las víctimas de violencia sexual como una prioridad dentro del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y del Ministerio Público (MP), lo cual ha incluido participar en la revisión del Protocolo de Atención a las sobrevivientes de Víctimas de Violencia Sexual, desarrollar investigaciones que permitan identificar los obstáculos para poder brindar un servicio eficiente y contribuir a la implementación y firma de acuerdos inter-institucionales para el desarrollo de servicios y programas.

Estrategias: mejorar los servicios para VSVS y enfatizar el concepto de violación como una emergencia para poder evitar la transmisión del VIH

El modelo de Médicos Sin Fronteras en su programa de atención a las VSVS presenta una serie de aciertos que lo hacen sobresalir como una práctica promisoría.

- **Concentrar varios servicios en un solo lugar para ofrecer una mejor atención a las sobrevivientes:** Uno de los logros del programa ha sido el de expandir sus servicios más allá de las instituciones prestadoras de salud para ubicarlos también al interior del MP, lo que facilita el acceso a varios servicios concentrados en un mismo lugar, de tal manera que las víctimas no tienen que ir buscando ayuda de un lugar a otro en momentos tan difíciles como los que se viven después de la violencia sexual. Así mismo, ha permitido reflexionar sobre la coordinación entre el MP y el MSPAS, y entre los distintos profesionales involucrados en los casos de violencia sexual, entre ellos médicos, forenses y fiscales.

- **Aportar a la capacidad instalada que tiene el gobierno en materia de atención a VSVS:** El enfoque de trabajar al interior de instituciones como el MP o de clínicas, centros de salud y hospitales públicos a cargo del MSPAS, es percibido por el equipo de Médicos Sin Fronteras como uno de los aciertos del programa, en tanto que busca dejar una capacidad instalada en estas instituciones. Según Kassia Echavarrí Queen, Jefe de Misión de Médicos Sin Fronteras en Guatemala, “la estrategia desde un comienzo fue trabajar con el Ministerio de Salud y con la sociedad civil para que, en su momento, ellos asuman la responsabilidad de ofrecer los servicios. Por este motivo no quisimos hacer una clínica de Médicos Sin Fronteras aislada de la realidad del país sino más bien ubicarnos adentro de las instancias públicas. Sabemos que brindar asistencia a las víctimas de violencia sexual es responsabilidad del gobierno y queremos contribuir a fortalecer los servicios utilizando los recursos físicos y humanos existentes. Ya hemos hecho el traspaso al MSPAS en dos de las clínicas donde hemos desarrollado el programa y esperamos firmar un convenio con el Ministerio Público para que ellos sigan prestando los servicios a través de su Oficina de Atención a la Víctima.”
- **Usar la capacidad instalada que tienen las ONGs en materia de servicios para las mujeres víctimas de violencia sexual:** La inclusión de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios



Servicios de atención para mujeres víctimas de violencia sexual. Médicos sin Fronteras, Guatemala.

complementarios a las víctimas como el apoyo legal, laboral y educativo, es otro punto que permite a Médicos Sin Fronteras ofrecer un servicio más completo y utilizar las capacidades locales. De acuerdo con Echavarrí Queen “hay muchas organizaciones en Guatemala que están ayudando a las mujeres y reconocemos el valioso trabajo que realizan. Médicos Sin Fronteras brinda una atención con calidad y calidez y necesitamos de estas otras organizaciones para hacer las referencias pertinentes, de manera que podamos asegurar que se cubran las necesidades de las pacientes en todos los frentes posibles.”

- **Difundir el concepto de violación como una emergencia para disminuir las posibilidades de adquirir el VIH:** Otro aspecto a destacar es el hecho de enfatizar y dar a conocer a varias audiencias el concepto de la violación como una emergencia médica y psicológica, una realidad desconocida por un gran número de personas. Las VSVS no necesariamente saben que cuentan con 72 horas después de ocurrido el crimen para poder evitar la transmisión del VIH, lo cual se logra a través del uso de antirretrovirales, medicamentos que han demostrado tener un 80 por ciento de efectividad si son suministrados a tiempo. El equipo de Médicos Sin Fronteras ha podido determinar que, en el 2010, un 79 por ciento de las personas atendidas por la organización en el MP llegan en las primeras 72 horas, lo que les ha permitido actuar a tiempo para evitar el contagio del virus y prevenir embarazos no deseados.
- **Visibilizar los valores culturales que refuerzan la violencia sexual:** Además de ofrecer servicios a las VSVS, el programa de Médicos Sin Fronteras busca contribuir a visibilizar el tema de la violencia sexual que, en cierta forma, sigue siendo un tema tabú ligado a ideas erróneas como por ejemplo, el creer que la víctima es la culpable por vestir de determinada manera o por no tomar precauciones, o sencillamente porque se tiende a justificar a los agresores argumentando que los hombres no pueden controlar sus instintos. Todos estos conceptos están marcados, sin duda, por el ejercicio desequilibrado del poder

y el control de los hombres sobre las mujeres, que aún tienen un peso importante en la sociedad y la cultura. El visibilizar estos mitos contribuye a que las víctimas no sean culpabilizadas cuando llegan a buscar asistencia a las instituciones públicas y fomenta la reflexión del personal encargado de atender este tipo de emergencias.

Según Mayra Rodas, quien trabajó con el Equipo de Atención Psicológica en Médicos Sin Fronteras, “básicamente la violación sexual es un acto de poder y de humillación. Primero porque somos un país con un conflicto armado de 36 años no resuelto, donde las mujeres fuimos sometidas a múltiples experiencias de violencia sexual y, segundo, porque hay mucho machismo, mucho patriarcado, en donde se considera que el cuerpo de las mujeres es un objeto y se puede tomar y se puede dejar”.⁴¹ La asesoría psicológica que brinda el programa apunta a fortalecer emocionalmente a las mujeres y a que reconozcan que no son culpables de lo que les sucedió sino que es, precisamente, este sistema de desigualdades entre hombres y mujeres el que contribuye a la perpetuación de la violencia.

Resultados: Mayor conocimiento, mejores servicios y menos mujeres con VIH

Aumentan los conocimientos y el debate sobre la atención a mujeres víctimas de violencia y la prevención del VIH: La poca coordinación entre médicos, forenses y fiscales y el miedo de los profesionales de la salud a verse involucrados en procesos legales y a que los agresores puedan tomar represalias contra ellos, en un país con altos índices de inseguridad e impunidad, son las principales dificultades que se presentan en el proceso de atención a las víctimas de violencia sexual, así lo reveló un estudio de Médicos Sin Fronteras sobre las limitaciones para

41. Médicos Sin Fronteras. 2007. Película Romper el Círculo. http://www.medicossinfronteras.org.mx/web/index.php?id_pag=60

mejorar la atención en las instancias públicas.⁴²

El estudio realizado en el año 2010, que incluyó 89 entrevistas con médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y directores de centros asistenciales del MSPAS, del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), y de la Oficina de Atención a la Víctima del MP, encontró que no hay claridad por parte del personal sobre cómo se debe proceder en casos de violación. Según el director de uno de los centros de salud que participó en la investigación de Médicos Sin Fronteras, “hace falta mucho para que los procesos funcionen más allá de los acuerdos. No hay rutas críticas bien establecidas para los servicios de este tipo, ni en los jurídicos, ni en los de salud. Nadie sabe a quién tiene que llamar, ni quién es su contacto en el otro sitio. No está bien establecido el sistema de comunicación”.⁴³ Este testimonio deja en claro que es necesario que los profesionales de distintas ramas, involucrados en la prestación de servicios, conozcan el recientemente revisado Protocolo de Atención a las Víctimas de Violencia Sexual, el cual está en proceso de implementación en los hospitales del país.

De otro lado, el personal de los centros asistenciales, entre ellos trabajadores sociales, médicos y enfermeras, que son quienes deben llamar al MP para avisar sobre los casos de violación, indicaron que temen que los agresores los identifiquen y tomen represalias contra ellos, en caso de ser llamados a testificar. Por este motivo los entrevistados en la investi-



Servicios de atención para mujeres víctimas de violencia sexual. Médicos sin Fronteras, Guatemala.

42. Médicos Sin Fronteras. 2011. Investigación de Médicos Sin Fronteras señala limitantes en la atención a sobrevivientes de violencia sexual <http://www.msf.mx/cuentasFTP/prensa/Release-Guate-002-Estudio2011.doc>

gación de Médicos Sin Fronteras señalaron “la necesidad de recibir capacitación que permita desmitificar el proceso legal y contar con un abogado del Ministerio de Salud que asesore, sobre todo, al personal médico que sea llamado a declarar.”⁴⁴



Campaña de información de Médicos sin Fronteras, Guatemala.

- **Se contribuyó a disminuir el riesgo de las víctimas a adquirir el VIH:** Desde el 2008 hasta la fecha, Médicos Sin Fronteras ha atendido alrededor de 3.000 VSVS, en su mayoría mujeres y a través de sus servicios ha contribuido a disminuir el riesgo a adquirir el virus del VIH, a evitar posibles embarazos producto de la violación sexual y a prevenir y reducir las consecuencias psicológicas a corto y largo plazo.
- **Se deja una capacidad instalada en ciudad de Guatemala:** De otro lado, el programa ya ha empezado a dejar una capacidad instalada. En el 2011, Médicos Sin Fronteras inició el traspaso al MSPAS del modelo de atención que había prestando en las clínicas periféricas de las zonas 7 y 18, las cuales asumieron la responsabilidad de continuar brindando atención a las personas sobrevivientes de violencia sexual. Actualmente, Médicos Sin Fronteras continúa ofreciendo capacitaciones al personal de estas clínicas y evalúa y monitorea la calidad del servicio.

43. Idem

44. Idem

Próximos pasos: el futuro dependerá de la voluntad y los recursos para atender a las mujeres

Si bien se están dando los primeros pasos para que el personal encargado de atender a las VSVS conozca cuál es el procedimiento que debe seguir, el contar con prestadores de servicios cada vez más informados es todavía un desafío mayor. Recientemente se firmó un acuerdo interinstitucional para mejorar la coordinación entre el MSPAS, el Ministerio Público, la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH) y el INACIF que incluye procesos de formación al personal médico y paramédico sobre el Protocolo Nacional de Atención a Víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Sin embargo, Médicos sin Fronteras reconoce que las necesidades de formación van más allá de estas instituciones. Los jóvenes estudiantes universitarios de carreras como derecho, enfermería, psicología, medicina y trabajo social, entre otros, deben estar al tanto de que existe un Protocolo de Atención para las Víctimas de Violencia Sexual y cuáles serían sus responsabilidades en estos casos. De acuerdo con las declaraciones de una residente de segundo año en un Hospital de la ciudad de Guatemala y participante en el estudio de Médicos Sin Fronteras, “en la carrera de medicina, no existe un curso específico de violencia sexual...Charlas, sí, pero el problema es que son aisladas, de una o dos horas, para un tema que involucra tantas cosas.”

A pesar de que aún falta mucho por hacer, las investigaciones, publicaciones, conferencias y talleres de Médicos Sin Fronteras en Guatemala han contribuido a visibilizar el problema de la violencia sexual y a sensibilizar especialmente al personal del MSPAS y del MP, quienes han aumentado su interés en el tema, lo cual se refleja en su participación activa en la búsqueda de soluciones como el acuerdo inter-institucional.

Aunque es evidente que para disminuir la violencia y la propagación del

VIH se necesita que las VSVS reciban la ayuda necesaria en el momento justo, la sostenibilidad de los servicios dependerá de los recursos que se le asignen a los ministerios para ofrecer una atención de calidad y calidez, pero sobre todo de la voluntad de estas entidades para priorizar el tema e incluirlo en el presupuesto. “La experiencia de Médicos Sin Fronteras trabajando con las entidades públicas nos ha demostrado que cuando hay voluntad política es impresionante lo que se logra hacer”, concluye la Jefe de Misión de Médicos Sin Fronteras en Guatemala.

Información

Kassia Echavarri Queen

Jefe de Misión de Médicos Sin Fronteras en Guatemala

<http://www.msf.es/proyectos/pais/america/guatemala>

msfch-guate-hom@geneva.msf.org

5. La estrategia de educación integral en sexualidad y su abordaje del VIH y la violencia contra las mujeres. Ministerio de Educación de Guatemala



Taller con jóvenes de los departamentos de Guatemala, Chimaltenango, Escuintla, Chiquimula, Alta Verapaz, Izabal, mayo de 2011.

El contexto

De acuerdo con un informe de UNICEF sobre la adolescencia en Guatemala, las jóvenes entre 15 y 19 años de edad se ubican entre los grupos de población más vulnerables a sufrir violencia sexual y de género.⁴⁵ Incluso antes de cumplir los 15 años, el 35.6% de las adolescentes en las zonas rurales del país ha observado a su padre maltratar a su madre físicamente y el 34.6% ha sido maltratada por alguna persona.⁴⁶ Paralelamente, la juventud

se está viendo seriamente afectada por el VIH. Según la Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia de la República, si bien el mayor número de casos acumulados se registra en la población que tiene entre 25 y 34 años de edad, se estima que la transmisión del virus a este grupo puede estar ocurriendo entre los 17 y los 21 años, puesto que el VIH se manifiesta 7 u 8 años después de haberlo adquirido.⁴⁷ En Guatemala, tanto la propagación del VIH en las mujeres como el número

Niñas y adolescentes que observaron a su madre siendo maltratada y que fueron maltratadas antes de cumplir 15 años *

Zona	Observó a su padre maltratar a su madre físicamente	Fue maltratada
Rural	31.2	28.9
Urbana	35.6	34.6

Número estimado de mujeres de 15 años y más con VIH en 2001 y 2009 a nivel nacional **

2001	2009	Fue maltratada
9.600	20.000	28.9

Número de mujeres que mueren a causa de la violencia a nivel nacional***

2003	2009
383	720

Fuentes:

* V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

** Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf

*** Fuente: Sobrevivientes de violencia sexual. Caminando hacia una atención integral: Reflexiones y Propuestas. Informe de Médicos Sin Fronteras. 2011. <http://www.msf.mx/cuentasFTP/prensa/Revista-Guatemala-2011.pdf>

45. UNICEF, 2010. La adolescencia. Datos y cifras de Guatemala: http://www.unicef.org/gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones/sowc2011/Estado%20Mundial%20Infancia%202011%20Adolescencia-GUA.pdf

46. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

47. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia República de Guatemala. TERCER INFORME DE AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO <http://www.segeplan.gob.gt/downloads/ODM/III%20informe/ODM6.pdf>

Porcentaje de adolescentes embarazadas o que ya tienen al menos un hijo o hija

1987	22.8
1995	21.1
1999	21.6
2002	19.2
2008	21.1

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que opinan que el condón es el método anticonceptivo más adecuado para los adultos jóvenes, por nivel de educación

Sin educación	28.2
Primaria	58.4
Secundaria	89.8
Superior	91.0

Mujeres de 15 a 24 años que han asistido a charlas o cursos de educación sexual

Área Urbana	75.0
Área Rural	42.2

Conocimientos de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 24 años

Al menos un método

Área Urbana	97.8
Área Rural	88.6

Mujeres de 15 a 24 años que consideran el condón como el método más adecuado para los hombres adultos jóvenes

Al menos un método

Área Urbana	84.1
Área Rural	57.2

V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

de víctimas de violencia se ha duplicado en los últimos años.⁴⁸

Entre los factores individuales causantes de la violencia, está la experiencia misma de la violencia durante la infancia o adolescencia. “En estudios comparativos que analizan datos de varios países del mundo, se indica que el haber visto durante la niñez o la adolescencia, maltrato entre el padre y la madre, es uno de los mayores factores de riesgo para el maltrato en las edades adultas.”⁴⁹

Entre las causas estructurales de la propagación del VIH en las adolescentes sobresale la desigual entre hombres y mujeres, aprendida desde temprana edad en el hogar y asociada a valores culturales.

En particular las jóvenes enfrentan graves desafíos en cuanto a la toma de decisiones sobre su sexualidad, lo cual se debe en cierta forma, a que es generalmente el hombre quien decide cuándo tener relaciones

48. Ver datos de VIH en Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

** Ver datos de muertes en: Sobrevivientes de violencia sexual. Caminando hacia una atención integral: Reflexiones y Propuestas. Informe de Médicos Sin Fronteras. 2011. <http://www.msf.mx/cuentasFTP/prensa/Revista-Guatemala-2011.pdf>

49. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

50. <http://www.osarguatemala.org/sites/default/files/docs/guttmack.pdf>

sexuales sin reflexionar sobre las consecuencias que dichas relaciones puedan traer y que abarcan desde el embarazo no deseado hasta adquirir el VIH o transmitirlo a su pareja e incluso incluyen el matrimonio a temprana edad. El porcentaje de embarazo adolescente en el país o de mujeres jóvenes con al menos 1 hijo o hija alcanza el 21.1%. Así mismo, antes de cumplir los 20 años, el 50% de las mujeres ha contraído matrimonio.⁵⁰



Taller con jóvenes de los departamentos de Guatemala, Chimaltenango, Escuintla, Chiquimula, Alta Verapaz, Izabal, mayo de 2011.

En contraste con estos datos, las adolescentes guatemaltecas tienen un alto nivel de conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva. Un 75% de las jóvenes de las zonas urbanas del país, que tiene entre 15 y 24 años de edad, ha asistido a charlas sobre educación sexual y un 97.8 % conoce al menos un método anticonceptivo moderno. Aún más, un 84.1% de las jóvenes consideran que el método anticonceptivo más adecuado para los hombres es el condón. Cabe entonces preguntarse por qué el número de adolescentes embarazadas no ha bajado en forma significativa en los últimos 20 años y por qué el número de mujeres VIH positivas se ha duplicado en poco tiempo. Tal parece que los procesos educativos que se limitan a la difusión de la información no son suficientes. Los enfoques tradicionales de la educación sexual que se concentran solamente en los aspectos biológicos del cuerpo humano y en las formas de prevenir las ITS han dejando de lado, las causas estructurales de la violencia, el VIH y el embarazo adolescente: las desigualdades de género que hacen que

50. <http://www.osarguatemala.org/sites/default/files/docs/guttmacker.pdf>

las mujeres tengan dificultades para tomar decisiones y poco acceso a información sobre sus derechos humanos.

La experiencia del Ministerio de Educación de Guatemala implementando la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad, que se presenta a continuación, incluye el desarrollo de habilidades para tomar decisiones responsables e informadas sobre la sexualidad, el cuestionamiento de normas culturales que promueven las desigualdades de género y el conocimiento de los derechos humanos de los y las jóvenes.

El programa de Educación Sexual nace de la realidad de la juventud en Guatemala

Ante la grave situación que vive la juventud en la Guatemala actual, la educación en sexualidad emerge como una necesidad apremiante para prevenir la violencia, el embarazo adolescente, los matrimonios tempranos y la transmisión del VIH, situaciones que evidentemente hacen parte de las realidades de los jóvenes, quienes a través del diálogo y la participación tienen la oportunidad de reflexionar y hablar de los problemas que afectan su vida y marcan su futuro.

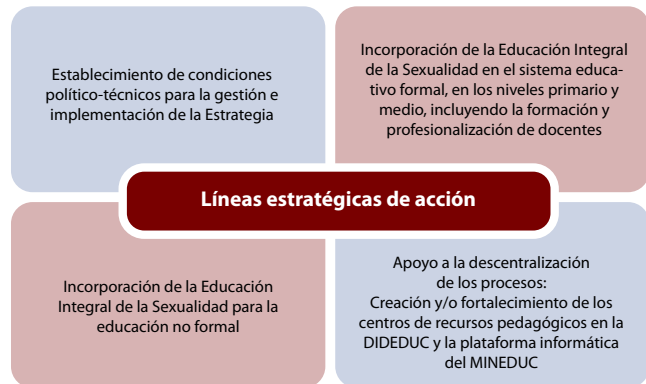


Taller con jóvenes de los departamentos de Guatemala, Chimaltenango, Escuintla, Chiquimula, Alta Verapaz, Izabal, mayo de 2011.

Para Cecilia Alfaro, quien ha estado al frente del desarrollo de la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad, “el hecho de recibir información completa basada en evidencia científica, les permite a los y las jóvenes decidir qué es lo mejor para ellos

al momento de tomar decisiones relacionadas con su sexualidad, como por ejemplo cuándo tener relaciones sexuales, en qué momento, de qué manera, con quien, cómo protegerse y cuáles son sus derechos.”

El desarrollo de esta estrategia educativa surge formalmente en el año 2010, gracias a varias coyunturas que se fueron forjando en años anteriores, entre ellas, la firma del reglamento de la Ley de Planificación Familiar, el acuerdo entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para implementar estrategias de educación y salud sexual y reproductiva, el apoyo de los medios y de la opinión pública y finalmente, el convenio entre la Secretaría Presidencial para la Mujer (SEPREM) y el Ministerio de Educación, a través del cual fue posible formar la Unidad de Equidad de Género con Pertinencia Étnica al interior Ministerio de Educación, que ha sido la encargada de diseñar y apoyar la implementación de la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad, la cual está dirigida inicialmente a 18 municipios ubicados en 6 departamentos del país: Totonicapán, Escuintla, Chimaltenango, Alta Verapaz, Chiquimula e Izabal.



El programa se plantea 4 líneas estratégicas de acción: 1) el establecimiento de condiciones político técnicas, que comprende la formación a las direcciones del Ministerio de Educación, encargadas de la ejecución de la estrategia con la asesoría de la Unidad de Equidad de Género, 2) la incorporación de la educación integral en sexualidad en el sistema educativo escolar, que incluye todas a las actividades relacionadas con el diseño de módulos de capacitación para los y las

docentes, 3) la incorporación de la educación integral en sexualidad en la educación extraescolar, que abarca trabajo con programas como el de educación extraescolar y 4) el apoyo en la descentralización de procesos que en el futuro incluirá capacitaciones virtuales y recursos en línea para los maestros y maestras.

Acciones para prevenir el VIH y la violencia a través de la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad

Cambio de enfoque para abordar los temas relacionados con la sexualidad incluidos el VIH y la violencia: La estrategia deja atrás la visión de la sexualidad que se tenía hace años con un enfoque exclusivamente biológico, para incluir además la parte psicológica y social de los y las estudiantes partiendo de los derechos humanos, entre ellos, el derecho a la salud, a la misma educación en sexualidad, a decidir y a vivir sin violencia. Según Alfaro, “lo que se tenía anteriormente era un programa en VIH ligado al de educación sexual pero nos dimos cuenta de que la educación sexual no podía reducirse a la prevención del VIH. Entonces decidimos hacer un quiebre metodológico al cambiar ese enfoque exclusivamente biológico y de prevención de enfermedades, por uno orientado al desarrollo de competencias,



Taller realizado en la Escuela de Educación Especial de Escuintla, con docentes que trabajan con población con capacidades diferentes.

conocimientos, habilidades y actitudes para que niñas, niños, adolescentes y jóvenes logren ser protagonistas de sus vidas, aprendan a tomar decisiones y a reflexionar sobre los valores democráticos y los derechos humanos.”

- **Incluir a todos los sectores necesarios para que la estrategia se pueda desarrollar con éxito:** La estrategia incluye a una serie de actores claves entre ellos los docentes, quienes se están formando para poder incluir el tema de la sexualidad en las diferentes materias; madres y padres de familia, cuyos hijos van a recibir el proceso de educación integral de la sexualidad y comunicadores; encargados de posicionar la temática con la comunidad educativa y de involucrar a los medios para que puedan dar a conocer el enfoque y sensibilizar a la población.
- **Dialogar con sectores que puedan oponer resistencia desde el comienzo:** Dentro de la planeación de la estrategia se previó que habría resistencia por parte de algunos sectores de la población. Por este motivo la estrategia del Ministerio de Educación incluye encuentros de sensibilización con varios grupos, entre ellos las madres y padres de familia quienes al comprender de qué se trata el programa generalmente adquieren una visión positiva del mismo. Según Alfaro, “en las reuniones con madres y padres de familia hemos notado que en especial las mujeres hacen una relación casi que inmediata con su propia experiencia de la violencia y manifiestan que no quieren que sus hijas tengan que pasar por lo que ellas pasaron: relaciones sexuales forzadas, un embarazo a temprana edad o una unión apresurada en la cual han sido víctimas de violencia. Las participantes se dan cuenta de que la educación en sexualidad puede ayudar a romper el círculo de la violencia que se repite de generación en generación.”

La estrategia se sustenta en el desarrollo de una serie de materiales dirigidos a los diferentes actores incluidos en el mismo, dentro de estos sobresale el de Inquietudes en Educación Integral en Sexualidad, que aborda uno a uno los miedos que podrían llegar a tener las madres y los padres de familia sobre este tipo de educación con el fin de despejar sus dudas.⁵¹

51. Ministerio de Educación de Guatemala Inquietudes en Educación Integral en Sexualidad. http://www.portalsida.org/repos/iiiep_argumentario_sexualidad.pdf

- **Sensibilizar a los funcionarios del Ministerio:** Adicionalmente, plantea un modelo de gestión al interior del ministerio de educación que articula diferentes dependencias. Los funcionarios de las Direcciones Generales del nivel



Taller de Formación del Equipo Central de Facilitación, conformado por personal técnico de las Direcciones Generales del Ministerio, octubre 2010.

central del Ministerio Educación y una buena cantidad de funcionarios de planta central y en los 6 departamentos conocen el programa y se han formado a equipos especializados que tienen a su cargo la implementación del mismo desde el diseño del currículo y su implementación hasta la parte de evaluación, monitoreo, y lecciones aprendidas.

- **Usar una metodología dialógica y participativa para que los y las jóvenes debatan y analicen temas relacionados con su realidad:** La educación en sexualidad se integra al currículo escolar básico de manera transversal, es decir que en vez de plantearse como una materia aislada, logra incorporar a los contenidos del currículo existente temas como las relaciones humanas, las habilidades para la toma de decisiones, la comunicación interpersonal, la cultura y los derechos humanos, los cuales van surgiendo gracias a una metodología dialógica y participativa, que no solo parte de lo que plantean los maestros sino también de los intereses, las realidades y los conocimientos de los niños, niñas y adolescentes, quienes van aprendiendo sobre los mismos de manera gradual y de acuerdo a su edad.
- **Abordar el tema de las desigualdades de género como causantes de la violencia y el VIH:** Desde la Estrategia de Educación Integral en Sexualidad se parte de reconocer que la violencia se origina en un sistema de desigualdad en la distribución del poder entre hombres y

mujeres. Parte de la estrategia educativa es abordar esas desigualdades y buscar otras formas de relacionamiento que no estén marcadas por el ejercicio del poder y el control sobre las mujeres. “Estamos conscientes de que si no trabajamos en el reconocimiento de las relaciones de poder como parte del ejercicio de la sexualidad, no vamos a lograr revertir los altos índices de violencia y de VIH. Hemos visto que muchas adolescentes se ven a sí mismas como satisfactoras de los hombres y acceden a tener relaciones sexuales a cambio de una recompensa económica para poder ir escalando en una sociedad que no les ofrece oportunidades de progresar pero que si les muestra a través de los medios otros modelos de vida, donde el dinero y la comodidad juegan un papel primordial, esto ha ocasionado que muchos jóvenes se enfoquen más en el tener que en el ser y asuman actitudes de alto riesgo a contraer el VIH. El sistema educativo tiene la responsabilidad de enseñar a los y las jóvenes a reconocerse y a valorarse a sí mismos y a demandar sus derechos”, señala Alfaro.

Resultados

- **Se posicionó la estrategia de educación en sexualidad:** El haber logrado desarrollar una estrategia para incorporar al sistema educativo formal la educación integral para la sexualidad es en sí un resultado histórico, puesto que es la primera vez que surge una iniciativa de este tipo en Guatemala, con lo cual queda demostrado que a pesar de las limitaciones, si se pueden llevar a la práctica procesos educativos orientados al cambio social, especialmente cuando hay voluntad política e inclusión de todos los sectores involucrados.
- **Más personas sensibilizadas e involucradas con la estrategia:** La estrategia ha logrado sensibilizar y capacitar a funcionarios del Ministerio de Educación, madres y padres de familia, docentes, estudiantes en las escuelas y jóvenes de institutos de educación básica (ver abajo las cifras).

Personas capacitadas a través de la estrategia de educación integral en sexualidad

Personal de la Dirección Departamental de Educación, DIDEUC	Madres y Padres de Familia	Docentes y supervisores	Estudiantes	Formación de jóvenes de institutos de educación básica
478	4,375	1,622	4,894	12,171

- Más materiales educativos e informativos:** A través de la estrategia se desarrollaron materiales educativos e informativos para varias audiencias, entre ellos los siguientes: Estrategia de Educación Integral en Sexualidad;⁵² que hace un resumen completo de la estrategia, Inquietudes sobre la Educación Integral para la Sexualidad;⁵³ un folleto orientado a despejar las dudas de los padres y madres de familia y siete folletos titulados “Prevenir con Educación”; tres de los cuales están dirigidos a los jóvenes,⁵⁴ dos a los maestros,⁵⁵ dos para madres y padres,⁵⁶ uno a los niños y niñas.⁵⁷

Pasos a seguir

Actualmente existe un consenso regional sobre la necesidad de contar con programas de Educación Integral en sexualidad para prevenir la violencia, el VIH y los embarazos no deseados en la población joven. En el año 2008 los Ministerios de Salud y de Educación de América

52. Ministerio de Educación. Estrategia de Educación Integral en Sexualidad. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/a-Resumen-Estrategia-EIS-PV.pdf>

53. http://www.portalsida.org/repos/iiep_argumentario_sexualidad.pdf

54. Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Jóvenes No.1. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/b-desplegable-jovenes1.pdf>

Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Jóvenes No.2. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/c-desplegable-jovenes2.pdf>

Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Jóvenes No.3. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/d-desplegable-jovenes3.pdf>

55. Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Docentes No. 1. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/e-desplegable-docentes1.pdf>

Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Docentes No. 2. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/f-desplegable-docentes2.pdf>

56. Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Madres y Padres No.1 <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/g-desplegable-mamaspapas1.pdf>

Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Madres y Padres No.2. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/h-desplegable-mamaspapas2.pdf>

57. Ministerio de Educación. Prevenir con Educación. Desplegable Niños y Niñas. <http://www.piloto.cimoea.aulaweb.org/i-desplegable-ninosninas1.pdf>

latina aprobaron la Declaratoria “Prevenir con Educación”, que reitera la necesidad de trabajar de manera conjunta en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre ellos promover la igualdad entre hombres y mujeres, combatir el VIH y reducir la pobreza; metas para las cuales se requiere una gran dosis de educación integral para la sexualidad. Por estas razones, se espera que las instituciones del gobierno, la iglesia y la opinión pública en general apoyen iniciativas educativas como la que describe en este artículo.

Si bien es muy pronto para poder medir el impacto de la estrategia en tanto que hasta el momento lo que se ha logrado es sentar las bases a través de la sensibilización a docentes, madres y padres de familia y la comunidad, la actitud positiva de los participantes en esta etapa inicial permite vislumbrar resultados importante más adelante. Así mismo, se tiene planeado expandir el programa a 9 departamentos más. Sin embargo, la sostenibilidad del mismo dependerá también de que los nuevos gobernantes asuman su responsabilidad para con las nuevas generaciones y del papel de la sociedad en su conjunto y de las organizaciones de la sociedad civil para lograr que esta iniciativa no sea solamente un proyecto de corta duración.

Información

Cecilia Alfaro

Consultora responsable del desarrollo del programa
de Educación Integral para la Sexualidad

Unidad de Equidad de Género con Pertinencia Étnica
Ministerio de Educación de Guatemala

<http://www.mineduc.gob.gt/portal/index.asp>

alfaro.cecilia@gmail.com

6. La educación comunitaria como un medio para prevenir el VIH y la violencia contra las mujeres a través de la metodología de Paso a Paso en Guatemala y El Salvador. Plan Internacional



Obra de teatro realizadas por los jóvenes que participaron en los talleres de Paso a Paso en El Salvador.

El contexto: situación en Guatemala y El Salvador

La feminización del VIH es un fenómeno que se confirma al observar las cifras en la región Centroamericana. En Guatemala por ejemplo, en pocos años el número de mujeres con VIH se duplicó y en el Salvador pasó de 8.000 a 11.000 entre el año 2001 y el 2009. Los y las jóvenes, se ubican entre los grupos más vulnerables a contraer el VIH y a experimentar violencia.

Determinantes sociales del VIH y la violencia contra las mujeres como por ejemplo los valores, las normas, las prácticas y las conductas relacionados con los roles de género, presentes en la cultural y la sociedad, contribuyen a la propagación de ambas epidemias.⁵⁸ Las formas aprendidas durante la infancia y la adolescencia de ser hombre o mujer están trayendo como resultado alta

Número estimado de mujeres de 15 años y más con VIH en 2001 y 2009

	2001	2009
El Salvador	8.000	11.000
Guatemala	9.600	20.000

Fuente: Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf

Porcentaje de mujeres que refieren haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja

El Salvador	47%
Guatemala	45.8%

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008). El Salvador <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/resumido/desargar/FESAL2008-InformeResumido.pdf>
V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

Porcentaje de mujeres entre 15-19 años que sufrieron algún tipo de violencia de pareja

Guatemala	30.8%
El Salvador	30%

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008). El Salvador <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/resumido/desargar/FESAL2008-InformeResumido.pdf>
V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

Porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres

El Salvador	15.4%
Guatemala	15.5%

Fuente Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe CEPAL. <http://www.eclac.org/oig/afisica/>

Tasa global de fecundidad (niños y niñas por mujer)

El Salvador	3.6
Guatemala	2.5

V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

58. Diny's Luciano Ferdinand. 2009. Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections. Washington. http://spanish.dvnc.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMSF.pdf

Porcentaje de mujeres sin educación

Al menos un método

El Salvador	9.9
Guatemala	20.2

V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

prevalencia de VIH, de embarazo en adolescentes, de matrimonio o uniones a temprana edad y de hijos no planeados, lo que produce deterioro en la salud y calidad de vida. Las jóvenes tienen dificultades para tomar deci-

siones informadas sobre su propia sexualidad como por ejemplo exigir sexo protegido, decidir cuándo y por qué tener relaciones sexuales o cuántos hijos tener y a qué edad tenerlos. Así mismo, el ejercicio del control y la violencia por parte de sus compañeros varones se percibe como algo natural.⁵⁹

La educación en salud y sexualidad parece ser una respuesta efectiva para la prevención de ambas epidemias en tanto que promueve cambios en las actitudes y creencias que contribuyen a su propagación y ayudan a desarrollar habilidades para la toma de decisiones respecto a la sexualidad. La metodología de educación comunitaria “Paso a Paso” está diseñada para trabajar con jóvenes mayores de 14 años y con los actores claves en su entorno: madres y padres de familia, docentes, personal de salud y líderes comunitarios y religiosos. En el presente artículo se analiza la experiencia de la organización Plan Internacional implementado esta metodología en dos países de la región Centroamericana: Guatemala y El Salvador.

59. Apartes de la entrevista con Daniel Henríquez, facilitador de Paso a Paso en El Salvador. Martha Barriga. 2010

Paso a Paso: Hacia la prevención del VIH y la violencia contra las mujeres

Paso a Paso surgió en África y fue diseñada por Alice Welbourn, científica social británica y mujer VIH positiva, quien realizó una experiencia piloto en Buwenda, Uganda en 1994, que culminó con la publicación del manual y el video de Paso a Paso, realizados con el apoyo de Action Aid y Strategies for Hope. Desde entonces esta metodología se ha implementado en más de 100 países.⁶⁰

Paso a Paso es una estrategia educativa de carácter participativo que busca prevenir la propagación del VIH a través del desarrollo de habilidades para mejorar la comunicación y las rela-

60. ACORD. (2007). Implementing Steeping Stones: A Practical and Strategic Guide for Implementers, Planners and Policy Makers. Retrieved from http://www.steppingstonesfeedback.org/resources/5/SS_ACORD_Implementing_Steeping-Stones_2007.pdf

Departamentos donde se implementó Paso a Paso en El Salvador

El Salvador	Total de Casos acumulados de VIH 1984-2009
Chalatenango	316
La Libertad	1,790
San Salvador	12,225

Fuente: El Salvador: Ministerio de Salud http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2010/vih2010/Situacion_VIH_SIDA_El_Salvador_enero_marzo2010.pdf

Departamentos donde se implementó Paso a Paso en Guatemala

Guatemala	Casos VIH y Sida enero 2004 - octubre 2009
Alta Verapaz	435
Baja Verapaz	90

Fuente Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Centro Nacional de Epidemiología Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/vigepi/2010/SIDA/Estadisticas%20CON%20NOTAS%20por%20etnia%20VIH%20y%20sida%202004%20a%20octubre%202009%20realizado%20el%202%20de%20febrero2010.pdf>

Número de personas capacitadas con la metodología Paso a Paso

El Salvador	Guatemala
900	350

Porcentaje de mujeres que observó a su padre maltratar a su madre físicamente en Guatemala*

Total	33.2
Baja Verapaz	35.5
Alta Verapaz	31.6

Porcentaje de mujeres en Guatemala que necesitan pedir permiso para salir de la casa*

Total	77.0
Alta Verapaz	87.7
Baja Verapaz	81.7

Porcentaje de mujeres en Guatemala que necesitan pedir permiso a su compañero para usar algún método anticonceptivo*

Total	56.6
Alta Verapaz	62.2
Baja Verapaz	64.4

* V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Informe Final. Guatemala. 2010: http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/informe_ensmi_2008-09.pdf

ciones humanas en los hogares y las comunidades.⁶¹ Los y las participantes analizan los temas a través de ejercicios y juegos y a la luz de sus experiencias de vida. Se trabaja en grupos separados de hombres y de mujeres, lo cual se llama grupos pares, y también en plenarios mixtas. El proceso completo toma alrededor de 60 horas, divididas en 18 sesiones para ser impartidas durante 10 o 12 semanas.



Obra de teatro realizadas por los jóvenes que participaron en los talleres de Paso a Paso en El Salvador.

En Centroamérica, la organización Plan Internacional empieza a implementar esta estrategia en el año 2004. En El Salvador el trabajo se inicia un año más tarde en algunas de las escuelas y las comunidades de los departamentos de San Salvador, Chalatenango y La Libertad, seleccionados por su alta prevalencia de VIH.

La iniciativa, que se realizó en conjunto con el Ministerio de Salud, incluyó un diplomado para 300 maestros, cuyo componente principal era la metodología de Paso a Paso, y un proceso educativo con jóvenes, madres y padres de familia, personal de la salud y líderes religiosos. En Guatemala la estrategia se empieza a desarrollar en el año 2008 en los departamentos de Baja Verapaz (Salamá) y Alta Verapaz (Tucurú y San Pedro de Carcha), con jóvenes, madres de familia y líderes comunitarios.

La estrategia de Paso a Paso reconoce que el tema del VIH no se puede tratar sin abordar y cuestionar factores de riesgo a contraer el virus como son la violencia y los desequilibrios de poder entre hombres y mujer⁶²

61. Tina Wallace, 2006. Evaluating Stepping Stones: A Review of Existing Evaluations and Ideas for Future M&E Work <https://www.comunit.com/?q=hiv-aids-africa/node/265544>

Según Rosa Isabel Garza de Plan Internacional, “Paso a Paso es una herramienta que permite abrir un espacio a dos temas tan difíciles como el género y la sexualidad. Se trata de ver la sexualidad desde el análisis de género y uno de los componentes más fuertes de la estrategia es el de los derechos de las mujeres, entre otros el derecho a una vida sin violencia, el derecho a decir no a relaciones sexuales no deseadas, no al sexo sin protección y no a muchas otras cosas que les son impuestas.” La toma de conciencia de estos derechos juega un papel fundamental en la prevención del VIH y la violencia.

Estrategias: Ejercicios y reflexiones para el cambio de actitudes que promueven la violencia y el VIH

Son varios los ejercicios que incluye el manual de Paso a Paso en donde se pueden observar las interconexiones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Sin embargo, hay uno en especial que fue mencionado por todas las personas de Plan Internacional que fueron entrevistadas para la realización de este artículo, se trata del ejercicio de “decir no”, que busca que las mujeres practiquen la manera de ponerle el alto a alguien que está tratando de hacerte insinuaciones y que los hombres reconozcan que este insistir es una manifestación de la violencia y del uso del poder en las dinámicas de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres. De acuerdo con Daniel Henríquez, quien trabaja como facilitador de Paso a Paso en El Salvador a través de Plan Internacional, “para las jóvenes es difícil decir no y para los jóvenes es natural insistir para lograr estar con una muchacha. Aquí es bien común lo de la prueba de amor, es decir presionar a la mujer con argumentos como el de -si me quieres, tienes que tener sexo conmigo-. La violencia a veces está tan naturalizada que los mismos jóvenes participantes han manifestado que no se habían dado cuenta de que estaban violentando a una muchacha al insistirle

62. ACORD. (2007). Implementing Stepping Stones: A Practical and Strategic Guide for Implementers, Planners and Policy Makers. Retrieved from http://www.steppingstonesfeedback.org/resources/5/SS_ACORD_Implementing_Stepping_Stones_2007.pdf

y consideraban que su actitud era normal. Ahora entienden que si les dicen no, pues es que no. Estos ejercicios los ayudan a cuestionar las diferentes formas de dominación y de violencia de género. Para las muchachas es como un descubrir que tienen derecho a decidir cuándo quedar embarazadas o que no están obligadas a tener una pareja.”



Obra de teatro realizadas por los jóvenes que participaron en los talleres de Paso a Paso en El Salvador.

De acuerdo con Flor de María Reyes Valiente, quien participó en las sesiones de Paso a Paso en Alta Verapaz, Guatemala y luego se formó como facilitadora de esta metodología, “las mujeres somos vulnerables al acoso en el trabajo, en la universidad y en la

calle y por esto es importante que aprendamos a decir no. Este ejercicio nos ayuda a saber qué hacer en situaciones de acoso de maestros por ejemplo, a no dejarnos intimidar por las amenazas de que podemos perder el grado si los denunciamos. Nos lleva a entender que tenemos derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales y con quién, que tenemos derecho a opinar.”

Según Delia Mercedes Sam, quien trabaja con Plan Internacional como facilitadora de Paso a Paso en Guatemala, a través de estos ejercicios se genera un ambiente de confianza que se va construyendo poco a poco y al final, “muchas mujeres participantes nos cuentan que ellas viven la violencia intrafamiliar, algunas señalan que han sido violadas porque no pueden decir no, que se les discrimina porque siempre es el hombre el que decide y que se sienten menos. En algunos casos, especialmente en las zonas rurales, es mal visto hablar con otros hombres si están

casadas y ellas mismas van llegando a la conclusión de que tienen derechos y de que lo que les sucede no es natural como se presenta algunas veces.”

A pesar de los ya comprobados buenos resultados que ofrece esta metodología que le ha dado la vuelta al mundo, no siempre es fácil implementarla puesto que puede haber resistencia por parte de algunos sectores. Según Melanie Swan, jefe para las Américas de Plan Internacional “el manual de Paso a Paso es para que lo utilicen solamente personas que han sido capacitadas y los participantes en el programa deben ser mayores de 14 años, si no se tiene esta claridad, su contenido se puede mal interpretar”. De acuerdo con Daniel Henríquez “inicialmente los padres muestran resistencia cuando se habla de educación en salud sexual y reproductiva para sus hijos, las iglesias católicas también pueden mostrarse renuentes y el personal de salud puede no ver estas actividades como parte de su responsabilidad. A veces piensan que se tienen que enfocar solo en lo físico. Por esto es importante prever los obstáculos y proporcionar la información apropiada a los diferentes actores. En el caso de El Salvador esto ayudó a superar la resistencia, que generalmente se da porque tienen ideas equivocadas sobre la educación en sexualidad pero cuando se les explica que se trata de un proceso de concientización y de desarrollo de habilidades para la toma de decisiones que aborda el tema de manera integral, es poco probable que alguien se oponga.”

Resultados: Cambio de actitudes y producción de formas nuevas de sensibilización



Obra de teatro realizadas por los jóvenes que participaron en los talleres de Paso a Paso en El Salvador.

Las evaluaciones de Paso a Paso a nivel mundial han demostrado que esta estrategia “ha contribuido a reducir la aceptación y la prevalencia de la violencia y a promover el debate y la sensibilización sobre el VIH a través del cambio de actitudes y comportamientos relacionados con la violencia contra las mujeres.”⁶³ En los casos de Guatemala y El Salvador, este cambio de actitudes es uno de los resultados más importantes. Para Alán Josué Pineda, participante y hoy en

día facilitador de Paso a Paso en Alta Verapaz, Guatemala, “el proceso ha sido muy útil para mí porque ante todo me ha ayudado a corregir mi ignorancia en esos temas y a pensar antes de actuar. Me abrió los ojos en el sentido de que he dejado el machismo atrás. Sé que la mujer tiene derecho a exigirle al hombre que se proteja y que también es responsabilidad nuestra protegernos y controlar el número de hijos que tenemos, pues en nuestro medio las familias son numerosas y no alcanzan a darle a un bebe todo lo que necesita.”

En su experiencia como facilitadora en Guatemala Delia Mercedes Sam ve muchos cambios de comportamiento en las familias que han pasado por el proceso de Paso a Paso: “hay familias que han mejorado la comunicación

63. Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. Eliminar la violencia contra las Mujeres. Luchar contra el SIDA. Boletín Informativo: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1184-stopviolence_es.pdf

entre padres e hijos, parejas que pueden hablar abiertamente de sexualidad, madres e hijas que desarrollaron una relación más cercana después del proceso. En mi experiencia personal también veo cambios positivos: yo sentía que no era capaz de vivir muchas cosas por la violencia que se vivió en mi familia y el hacer parte de este programa me ha transformado en una persona más segura y exitosa. Hoy en día puedo decir que no hay momento en que yo me desprecie a mí misma; ni en mi vocabulario ni en mi forma de pensar.”

Otro de los resultados más interesantes de Paso a Paso en El Salvador y Guatemala es la multiplicación de jóvenes hombres y mujeres interesadas en el tema que se forman en la metodología

para enseñarla a diferentes públicos. De este proceso de gestión del conocimiento van surgiendo nuevas formas de transmitir el mismo mensaje desde la mirada y los contextos de las y los jóvenes quienes estampan en estos nuevos productos un sello único. De acuerdo con Henríquez, “cuando empezamos estos talleres no nos imaginamos hasta dónde podían llegar los grupos que formamos. Se convirtieron en jóvenes expertos en sensibilizar a otros jóvenes. En Chalatenango por ejemplo, tenemos 6 grupos que hacen sensibilización a través del teatro. Sus obras de teatro son de excelente calidad y abordan los temas de prevención del VIH, la violencia contra las mujeres y derechos de la niñez.”

Además de los testimonios directos de las personas que han estado implementando Paso a Paso en Guatemala y El Salvador, la metodología ha desarrollado un sofisticado sistema de evaluación y monitoreo de



Obra de teatro realizadas por los jóvenes que participaron en los talleres de Paso a Paso en El Salvador.

resultados. Se trata del Mapeo de Alcances,⁶⁴ un instrumento de evaluación que se usa en Centroamérica y que evalúa tanto a los y las facilitadoras como a los y las participantes. En el caso de los facilitadores “se busca mantener un estándar de calidad porque el éxito de Paso a Paso depende en gran medida de la calidad del facilitador: si este no tiene un enfoque de derechos, la metodología no va a dar todo lo que podría dar por esto les brindamos una formación de calidad y diseñamos una guía didáctica para la formación de facilitadores, la cual garantizara el enfoque de derechos”, señala Rosa Isabel Garza.

Los facilitadores evalúan su desempeño a través de tres instrumentos incluidos en el Mapeo de Alcances que son el Diario de Alcances, el Diario de Estrategias y el Diario de Desempeño. En el primero, el facilitador o facilitadora va anotando después de cada sesión si está logrando que el grupo progrese en 4 aspectos: 1. construcción de igualdad, 2. rompimiento de mitos y prejuicios, 3. disminución de conductas de riesgo y 4. Mejoramiento de la comunicación. El segundo, se centra en evaluar la calidad de la facilitación, es decir qué tanto el facilitador puede construir un ambiente de confianza, qué tan participativo es el proceso y qué tan centrado está en el enfoque de derechos. El tercero, se centra en el proceso de formación del facilitador(a), quienes reciben capacitación para poder llevar un proceso de calidad.

En el caso de los y las participantes la evaluación se centra en medir cómo ha cambiado la percepción de las personas en cuanto a lo que es ser hombres y ser mujeres, derechos de las mujeres y cambios en actitudes y prejuicios. El instrumento que se utiliza con los participantes se llama “El Cambio más Significativo”, el cual se aplica 6 meses después de su participación en el proceso de Paso a Paso y funciona mediante entrevistas en las que se le pregunta cuál fue el cambio más significativo que el proceso trajo a sus vidas.

64. Centro Latinoamericano para el Mapeo de Alcances CLAMA LACOM. (2009). Mapeando Alcances. Un manual práctico para el uso de Mapeo de Alcances en procesos de Desarrollo en Comunidad: http://www.salamandertrust.net/resources/PasoPasoManual%20Version%201_0.pdf Para mayor información ver: <http://www.steppingstonesfeedback.org/index.php/page/Resources/gb?resourceid=3>

Próximos pasos: Utilizar varios materiales

De acuerdo con Melanie Swan, “queremos seguir apoyando Paso a Paso con los nuevos materiales con que incluyen el “Paso a Paso Plus, que es un manual para trabajar con grupos de personas VIH positivas, una tercera edición del manual inicial de Paso a Paso que tiene nuevos ejercicios, la Guía para la Formación de Facilitadores y la Guía para Mapeo de Alcances”. En la región se está promoviendo un manual complementario que se llama “Tu, Tu vida y Tus Sueños”,⁶⁵ dirigido a jóvenes y enfocado en los temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva. Este manual, que también fue validado en Panamá, no requiere de acompañamiento de adultos, los jóvenes aprenden por su propia cuenta a través de la lectura del mismo.⁶⁶

Paso a Paso en Centroamérica tiene muchos resultados positivos que han permitido acumular experiencia en cuanto qué funciona y qué no. “Una de las lecciones aprendidas más importantes en este sentido es que para abordar temas tan sensibles como la sexualidad, la violencia contra la mujer y el VIH es necesario conocer muy bien el contexto y los autores claves con quienes se quiere trabajar desde el inicio”, señala Melanie Swan. En el Salvador se trabajó desde el comienzo con las iglesias que se convirtieron en aliadas durante el proceso, como señaló Daniel Henríquez.

Para Rosa Isabel Garza, el seguimiento del manual y la calidad de los facilitadores son definitivos para lograr imprimir Paso a Paso con éxito. La riqueza de la metodología se logra haciéndola completa, en el orden que se recomienda y con facilitadores(as) muy bien capacitados porque si se desarrolla en forma aislada no se logra un proceso completo de toma de conciencia y de reflexión profunda.

65. Family Care International. Programa de América Latina y el Caribe . 2007. Tú, tu vida y tus sueños. Un Manual para Gente Joven. Primera edición en español. Paraguay.

Parte 1: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Tu%20Tu%20Vida%20Tus%20Suenos_Part1_optimized.pdf

Parte 2: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Tu%20Tu%20Vida%20Tus%20Suenos_Part2_optimized.pdf

Mayor Información: <http://www.familycareintl.org/en/resources/publications/53>

66. En Panamá las validaciones fueron coordinadas por la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAF) con el apoyo del equipo de la oficina nacional del UNFPA, y bajo el auspicio de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (CNSSR)

Información

Daniel Henríquez

Facilitador de Paso a Paso en El Salvador

Plan Internacional

Daniel.Henriquez@plan-international.org

<http://plan-international.org/where-we-work/americas/el-salvador>

Delia Mercedes Sam

Facilitadora de Paso a Paso en Guatemala

Plan Internacional

deliamercedes.sam@plan-international.org

merchysam@yahoo.com

<http://plan-international.org/where-we-work/americas/guatemala>

Melanie Swan

Plan Internacional

Jefe para las Américas

melanie.swan@plan-international.org

<http://plan-international.org/where-we-work/americas>

Flor de María Reyes Valiente

Participante y Facilitadora del programa Paso a Paso en San Pedro

de Carcha, Alta Verapaz, Guatemala

flor_reyes268@hotmail.com

Alán Josué Pineda

Participante y Facilitadora del programa Paso a Paso en San Pedro

de Carcha, Alta Verapaz, Guatemala

pernillo_0023@hotmail.com

Rosa Isabel Garza

Plan Internacional Honduras

rigarcal@gmail.com

<http://plan-international.org/where-we-work/americas/honduras>

7. Trabajando con hombres el tema de VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador. CONTRASIDA



Ejercicios parte del proceso de educación de CONTRASIDA.

El contexto

Al igual que en otros países de la región, en El Salvador un alto porcentaje de mujeres tiene que enfrentar la violencia de manera cotidiana. En la mayoría de los casos esta violencia es ejercida por hombres. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador,⁶⁷ el 47% de las mujeres casadas o unidas reportó haber sufrido alguna forma de violencia por parte de su pareja. El 85 % de las víctimas de violación indicaron que el agresor había sido una persona conocida: el ex esposo en un 42% de los casos y el compañero actual en un 24%. Estos altos índices de violencia se combinan con un aumento en el número de mujeres VIH positivas: en el año 2001 había un total de 8.000 casos acumulados, cifra que ascendió a 11.000, en el año 2009.⁶⁸

Muchos de los casos de mujeres VIH positivas pueden coincidir con los de mujeres víctimas de violencia que adquirieron el virus por sus parejas, quienes ignoraron el derecho de las mujeres a decir no o a exigir el uso del condón o creyeron que podían forzar a sus parejas porque estaban celosos o bajo los efectos del alcohol: la misma encuesta revela que el 32% de las mujeres víctimas de violación respondió que la agresión sucedió porque su compañero estaba celoso y el 33% cuando el marido estaba borracho o drogado.⁶⁹

Las raíces de la violencia y el VIH en la población femenina están profundamente arraigadas a las formas de ser hombre, promovidas por un amplio sector de la sociedad. Ser “hombre de verdad”, incluye acciones violentas hacia las mujeres y no considerar las consecuencias de llevar una vida sexual irresponsable. Según un artículo sobre las estrategias

67. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008). Pag 48.

http://elsalvador.usaid.gov/uploaded/mod_documentos/FESAL2009-InformeResumido_1.pdf

68. Datos obtenidos de UNAIDS. (2010). Global Report. UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDSEPIDEMIC 2010. Págs 20 y 21

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf

69. Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008). El Salvador <http://www.fesal.org.sv/2008/informe/resumido/desargar/FESAL2008-InformeResumido.pdf>

de prevención del VIH en Centroamérica, este “ser hombre de verdad se construye sobre la base del poder y el control sobre otros y otras, y entre muchas cosas significa ser fuerte, no negarse a tomar alcohol, tomar riesgos, ser sexualmente “insaciable” y no usar protección”.⁷⁰

A continuación, se analiza la experiencia del equipo de Masculinidades CD4 de CONTRASIDA, una de las organizaciones con mayor trayectoria en el tema de VIH en El Salvador, que promueve formas más justas y saludables de ser hombre que contribuyan a disminuir el machismo, la violencia contra las mujeres y el VIH través de la educación dirigida a los hombres. Si bien CONTRASIDA también desarrolla iniciativas educativas dirigidas especialmente a mujeres, la experiencia presentada a continuación se centra en el trabajo con hombres.

Un programa educación para hombres

El equipo de Masculinidades CD4 de CONTRASIDA surge en el año 2008 al comprobar que las prácticas del maltrato hacia las mujeres y del machismo estaban relacionadas con el aumento del VIH y que por lo tanto era imprescindible comprometer a los hombres en iniciativas de prevención. El tema



Ejercicio de conexión con la tierra.

70. John Bayron Ochoa y Pas Sanne te. 2007. Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica. Intercambio, año 3, n. 4 (2006), 145-160 [ISSN: 1659-0139]. <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/0/1004-145-160.pdf>

central de los procesos de formación es la masculinidad y cómo cada hombre vive e interpreta en su cotidianidad las formas de ser hombre que le han impuesto, lo que implica el auto cuestionamiento a la masculinidad que asimilaron durante su vida.

De acuerdo con John Bayron Ochoa, facilitador del Equipo de Masculinidades CD4 de CONTRASIDA, “el 95 por ciento de los hombres no estamos contentos con el modelo de hombre mujeriego, bebedor y promiscuo que tiene que demostrar continuamente que es hombre y en el que hemos sido formados y construimos nuestra hombría. Sin embargo muchas veces no lo reconocemos.”



Ejercicio de corporalidad y masculinidades.

En los procesos de formación de CONTRASIDA participan hombres mayores de 17 años de zonas rurales y urbanas, jóvenes y adultos, heterosexuales y homosexuales, funcionarios públicos, jueces, policías, personal de ministerios públicos, campesinos y líderes comunitarios

y religiosos entre otros, cuya única característica en común es el hecho de ser hombres y estar inmersos en un sistema cultural que promueve la desigualdad entre hombres y mujeres. Las razones por las cuales participan en estos procesos van desde cumplir con los programas de fortalecimiento de capacidades promovidos en sus lugares de trabajo hasta una búsqueda de respuestas a los altos niveles de violencia contra las mujeres, tal es el caso de muchos sacerdotes que deciden participar en busca de una respuesta a las constantes historias de maltrato que escuchan por parte de sus feligreses mujeres.

El proceso de formación, que se centra en el tema de masculinidades, se realiza durante 2 o 3 días seguidos, generalmente los fines de semana. Como parte de la estrategia se les pide a los participantes que no usen sus celulares y que no tomen café con el fin de lograr que se conecten con sus emociones para poder identificar de donde viene la violencia.

Estrategias para prevenir el VIH y la violencia: Partir de las vivencias y las emociones

En el proceso de estructuración de la estrategia de masculinidades del programa de Prevención Integral de CONTRASIDA se llegó a la conclusión de que para abordar el tema de VIH era necesario abordar el tema de la violencia contra las mujeres porque la forma en que

los hombres interactúan con las mujeres contribuye a aumentar el riesgo de la población femenina a adquirir el virus y a experimentar violencia. Algunas estrategias de prevención como el ABC” (abstinencia, monogamia y condón) no son efectivas en tanto que desconocen las masculinidades dominantes y las realidades que viven muchas mujeres, quienes son forzadas a tener relaciones sexuales, no pueden negociar el uso del condón por temor a experimentar violencia y viven con parejas que tiene varias relaciones sexuales al mismo tiempo.⁷¹



Participación en marcha de respeto a la diversidad sexual.

71. John Bayron Ochoa y Pas Sanne te. 2007. Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica. Intercambio, año 3, n. 4 (2006), 145-160 [ISSN: 1659-0139]. <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/0/1004-145-160.pdf>

El Método: El método del Equipo de Masculinidades CD4 tiene un enfoque vivencial que busca sacar las emociones de cada hombre frente a la vivencia de su masculinidad a través de técnicas sanadoras, juegos, musicoterapia, teatro y ejercicios que hagan fluir la energía con el fin de que puedan expresar estas emociones.



Ritual de carga.

Según Ochoa, quien cuenta con años de experiencia implementando procesos de formación con hombres, “la metodología tradicional se ha enfocado en proporcionar información y capacitación en derechos humanos pero en la práctica lo que vemos es que los

hombres ya tienen la información y saben que maltratar a una mujer es un delito pero lo siguen haciendo. Esto nos ha llevado a concluir que es necesario utilizar métodos más vivenciales y menos informativos que nos permitan llegar a las actitudes y las prácticas de los hombres en su vida cotidiana y privada”.

Esta afirmación de Ochoa sobre cómo los hombres violentos tiene plena conciencia de que están cometiendo un crimen al golpear una mujer, se sustenta en estadísticas que muestran que el 95 % de los agresores ejercen la violencia solamente con su familia en el ámbito de lo privado⁷² y tratan a toda costa de mantenerla oculta.⁷³ “Así mismo, muchos hombres a pesar de tener información adecuada frente al auto-

72. Citado por Ochoa en QUÉ DICEN Y QUE HACEN LOS HOMBRES DENUNCIADOS POR VIOLENCIA CONYUGAL. Pistas y recomendaciones desde la intervención con hombres para la prevención de la violencia de género” PROGRESSIO Centro Bartolomé de las Casas (CBC). Estadística se encuentra en LÁZARO, Luis. La invisibilidad masculina en: Revista de Ciencias sociales. Universidad de Costa Rica.. No 65, Septiembre, 1994, San José. http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/hombres_denunciados.pdf

73. Idem referencia anterior.

cuidado preventivo para no contraer el VIH, dejan a un lado todo lo asimilado racionalmente y asumen el riesgo por “cumplir un mandato social”, fuertemente interiorizado”.⁷⁴

Para Henry Figueroa, joven de 25 años que ha participado en los procesos de formación en masculinidades, lo mejor del proceso es precisamente el aprender a través de la experiencia: “me encanta la metodología del proceso en masculinidades porque deja de lado la teoría y asume un enfoque más vivencial, lo que permite que uno mismo descubra todo lo que es como hombre; la violencia que uno ha ejercido y la que otros han ejercido sobre uno. Es en ese momento cuando uno puede empezar a reconocerla y hacer cambios.”

Las dificultades: Generalmente los hombres son renuentes a participar en un proceso de masculinidades porque piensan que se trata de una actividad para aquellos que no han podido definir cuál es su verdadera orientación sexual o asumen que este tipo de programas está dirigido únicamente a hombres que ejercen la violencia física contra las mujeres. “Al comienzo me parecía sospechoso que solo admitieran hombres y aunque tenía ganas de saber de qué se trataba esto de las masculinidades, me daba miedo de llegar allá. Mis compañeros de la universidad me decían: ¿y



Ejercicio del Camarón Mutante.

¿y

74. John Bayron Ochoa y Pas Sanne te. 2007. Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres: un eficaz camino para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica. Intercambio, año 3, n. 4 (2006), 145-160 [ISSN: 1659-0139]. <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/0/1004-145-160.pdf>

a qué vas a ir a esas reuniones? ¿Es que te van a volver homosexual?”, señala Henry, el participante de 25 años.

Para Junior Orellana, otro de los participantes en la iniciativa de masculinidades organizado por CD4 “el proceso me parece muy bueno porque está abierto a la participación de heterosexuales y homosexuales, ambos encuentran en este método una forma de conocerse a sí mismos, de recordar su pasado y de descubrir lo que realmente son. Al final lo importante es qué independientemente de la orientación sexual, ser hombre no se trata de someter a otros, sino de reconocer los errores y eso es valentía. Este encuentro entre hombres con diferente orientación sexual también permite que los homofóbicos cambien sus actitudes e ideas preconcebidas sobre los homosexuales.”



Ejercicio de tigres y gatos.

Otra dificultad que enfrenta el trabajo de educativo en donde se cuestionan las masculinidades dominantes, es el lograr que los participantes acepten que se trata de método no tradicional. Para algunos hombres acostumbrados a las capacitaciones tradi-

cionales que incluyen vestidos formales, oportunidades para desplegar sus conocimientos, computadora portátil y presentaciones en Power Point, la llegada al proceso de masculinidades es toda una sorpresa al descubrir que se trata de trabajar a través de ejercicios y juegos, lo que también genera sospechas pues para muchos “jugar es perder tiempo” y tienen que hacer un esfuerzo importante por adaptarse a otras formas de aprender.

Si bien los hombres que asisten a estos encuentros cambian sus ideas preconcebidas sobre los procesos de masculinidades, hay algunos que nunca llegan a participar porque deciden engañar a sus empleadores y a sus familias al indicarles que van a asistir al proceso de masculinidades cuando en realidad se van a otra parte y aprovechan el fin de semana para serle infiel a sus parejas. Estas situaciones terminan siendo descubiertas puesto que la evaluación del proceso incluye un seguimiento de meses e incluso años que involucra no solo al participante sino también a las personas que hacen parte de su vida.

Resultados y evaluación

Los resultados de los procesos de formación en masculinidades van desde cambiar las ideas preconcebidas con respecto al mismo proceso y empezar a promover la participación de otros hombres hasta propiciar cambios en sus vidas como eliminar la violencia contra las mujeres, hacerse la prueba del VIH, usar el condón, motivarse a participar en campañas a favor de los derechos de la mujer, cuidarse, conectarse más con sus vidas o dejar de ser infiel a su pareja. “En algunos casos nos llaman las esposas a preguntarnos de qué se trata el proceso de masculinidades porque han notado que sus maridos han cambiado en la forma de tratarlas. Una de ellas mencionó que su pareja ya no se enoja porque la comida no está lista. Los hijos nos cuentan que su padre está asistiendo a las reuniones de padres de familia en la escuela”, señala uno de los facilitadores del grupo CD4.

En el caso de Henry, quien ahora está replicando lo aprendido en su trabajo, el participar en el proceso de masculinidades le ayudó a cambiar varios aspectos de su vida: “yo no me consideraba un hombre machista por haberme criado con mi madre y mis dos hermanas pero cuando llegué al proceso descubrí que si era machista y que inconscientemente tenía parte del modelo hegemónico. Para mí era normal que mi mamá me atendiera, me hiciera la comida y me lavara la ropa pero me di cuenta de que eso

no tiene que ser así, que eso es parte de la construcción machista. Ahora me doy cuenta de que las labores domésticas también son parte de mis responsabilidades porque yo vivo en esa casa y puedo aportar.”

La identificación de estos cambios de comportamiento en los participantes requiere de un trabajo arduo de seguimiento por parte del equipo que incluye realizar entrevistas no solamente con los participantes sino también con sus compañeros de trabajo y sus familias quienes dan testimonio de estos cambios, uno, dos o incluso cuatro años después de haber participado en el proceso.

Si bien los procesos de cuestionamiento de las masculinidades dominantes apuntan a profundas transformaciones en las formas de ser hombre, requieren de tiempo y esfuerzo y llegan a un número limitado de personas, no cabe duda de que son necesarios y de que abordan las causas de la violencia contra las mujeres y de la propagación del VIH en la población femenina y masculina. En estos momentos cuando ambas epidemias persisten e incluso avanzan en la región latinoamericana, los procesos de masculinidades emergen como una estrategia creativa que podría promover grandes cambios en la región.

Pasos a seguir

Dentro de los planes a futuro de CONTRASIDA están el de focalizar territorialmente el trabajo con hombres (masculinidades) y mujeres (feminidades), es decir que donde se realicen procesos de formación con hombres también se inicie un proceso con sus parejas mujeres y viceversa porque hasta el momento se ha venido trabajando estos dos temas por separado y de acuerdo al lugar donde se van solicitando los servicios.

Adicionalmente, se busca que los hombres que ya han participado en procesos de sensibilización básica participen en procesos más avanzados

en donde se profundizan temas como el miedo, la violencia y la incidencia en conductas de alto riesgo.

También se quiere profundizar en el trabajo de evaluación del impacto y seguimiento con los grupos que ya han sido formados con el fin de evaluar más a fondo qué ha pasado en sus vidas después de su participación, en particular en lo relacionado con aspectos específicos como por ejemplo, si se han seguido formando en asuntos de género, si están participando en actividades relacionadas con el tema y qué cambios se han visto a nivel personal, familiar y de pareja.

Adicionalmente, se está desarrollando un video de 12 minutos sobre el trabajo de la organización desde sus inicios en 1993 hasta la fecha, el cual recoge testimonios de sus fundadoras, facilitadores/as y participantes en estos procesos.

Información

John Bayron Ochoa

Facilitador del Equipo de Masculinidades CD4 de CONTRASIDA

<http://fundacioncontrasida.org/>

ochoasocial@yahoo.es

Henry Figueroa

Participante en los procesos de formación de Masculinidades

CD4 de CONTRASIDA

henryanime300@gmail.com

Junior Orellana

Participante en los procesos de formación de Masculinidades

CD4 de CONTRASIDA

juniorsavio@yahoo.com

8. Investigación documenta con cifras los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres en los Países del Mercosur. FEIM, Gestos, EPES y MySU



Grupo de participantes en la presentación de una de las publicaciones.

El contexto

La violencia por parte de la pareja puede duplicar el riesgo de las mujeres a contraer el VIH y en muchas ocasiones puede seguir estando presente después del diagnóstico de VIH.⁷⁵

Las mujeres VIH positivas deben enfrentar no solamente la violencia por parte de sus parejas, sino también, aquella que Fiona Haley MariJo Vázquez llaman una “forma de violencia más indirecta”, que se refleja, entre muchos otros aspectos, en las dificultades de las instituciones para comprender las realidades de las mujeres VIH positivas y para promover entornos solidarios.⁷⁶

A continuación se presenta la investigación sobre los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, que muestra evidencias sobre las diferentes violencias que enfrentan las mujeres VIH positivas en la región del Mercosur. Esta iniciativa fue liderada por la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) en Argentina, Gestos en Brasil, Educación Popular en Salud (EPES) en Chile y Mujer y Salud en Uruguay (MySU).

Aumento en el número de de mujeres VIH positivas entre el 2001- 2009

Argentina de 25.000 a 36.000
Chile de 72.00 a 12.000
Uruguay de 2.100 a 3.100
San Salvador

Fuente: ONUSIDA Global Report 2010

Número de mujeres VIH positivas en Brasil entre 1980 y 2008

432.890

Fuente: Hoja Informativa Brasil Proyecto Dos Caras de una misma realidad

Razón hombres: mujeres afectados/as por el VIH

Argentina	1,7 hombres por mujer
Brasil	1,7 hombres por cada mujer
Chile	3.7 hombres por 1 mujer
Uruguay	1,4 hombres por cada mujer

Fuente: Hoja Informativa Regional Proyecto Dos Caras de una misma realidad

75. Hale Fiona y Vázquez MariJo. 2011. Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes. Development Connections y la Comunidad de Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW Global) con el apoyo de ONU Mujeres. Washington.

76. Idem

La investigación: Se empiezan a explorar los vínculos entre VIH y violencia contra las mujeres en los países del Mercosur



Presentación de la publicación en Bs.As.: desde la izquierda: Katy del MLLCM+, Diputada María Luisa Storani, Adriana Duran de UNICEF, Ana Falú de ONU Mujeres, representante de Mujeres Argentinas Positivas y Mabel Bianco.

De acuerdo con Mabel Bianco, directora de FEIM, las primeras investigaciones sobre los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres surgieron inicialmente en África y Asia. En la región América Latina para el

año 2006 todavía no se contaba con información que analizara estas dos epidemias en los países del Mercosur. “Si bien los testimonios de las mujeres nos indicaban que en nuestra región también existían estos vínculos, no contábamos con investigaciones que nos permitieran documentar con cifras el problema, lo cual nos motivó a iniciar una investigación sobre el tema en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay”, afirma Bianco.

En el año 2008 se inicia la investigación “Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR”, que tenía como objetivo visibilizar la magnitud de las intersecciones entre la violencia hacia las mujeres y el VIH/SIDA y promover políticas públicas que enfrentaran de manera integral la atención y la prevención de ambas epidemias.

Para la realización de esta investigación se recopiló información secundaria y se realizaron 399 encuestas a mujeres mayores de 18 años, VIH positivas, que estaban recibiendo tratamiento en algunos de los hospitales públicos de los países incluidos en el estudio. La mayoría de las mujeres recibieron el diagnóstico del VIH entre los 20 y 34 años y, en una alta proporción, este estaba asociado al control de un embarazo.

Estrategias: se incluye a las mujeres VIH positivas en todas las etapas de la investigación

Una de las estrategias del proyecto “Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR”, fue la de incorporar a las mujeres con VIH en todos los procesos de la investigación: diseño, realización de encuestas, análisis y elaboración de resultados, lo cual se logró gracias a una alianza con el Movimiento Latinoamericano de Mujeres Positivas. Según Eugenia Gilligan, investigadora del proyecto y miembro de Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH, “el hecho de que las encuestas fueran hechas por mujeres que vivimos con VIH a mujeres que viven con VIH fue importante porque las participantes se identificaron con nosotras y se abrieron a contar sus experiencias en un ámbito de más confianza.”

Esta dinámica entre investigadoras y participantes pares generó un fuerte vínculo entre ambos grupos: “muchas se acercaron a nuestras organizaciones para colaborar y otras se sumaron a nuestros grupos de reflexión a través de los cuales las mujeres empiezan a conocer sus derechos y se enteran de los programas existentes como la línea de micro-emprendimientos o de los trámites que les podemos ayudar a gestionar para acceder a programas del gobierno como el subsidio habitacional, la pensión para las personas discapacitadas, la tarjeta para conseguir alimentos y el pase de transporte entre otros” agrega Gilligan.

Otra estrategia en términos metodológicos fue el partir de instrumentos de investigación que ya existían adaptándolos a las necesidades del proyecto. Se partió de la encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia y de una investigación sobre violencia en Argentina que se complementó con el tema del VIH y salud sexual y reproductiva.

Resultados: Las mujeres con VIH se ven expuestas a varios tipos de violencia

Uno de los resultados más importantes de la investigación fue el haber podido documentar con cifras la relación entre la propagación del VIH en la población femenina y la violencia contra las mujeres: en los 4 países estudiados un alto porcentaje de mujeres encuestadas indicó que habían tenido que enfrentar algún tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH: en Argentina el 84.2%, en Brasil el 64.1%, en Chile el 55.9% y en Uruguay el 76.5%.⁷⁷ Los agresores la mayoría de las veces fueron sus



Grupo de participantes en la presentación de una de las publicaciones.

parejas o ex parejas. Sin embargo, la experiencia de la violencia en los casos estudiados también se presentó durante la niñez. Muchas de las participantes indicaron que fueron víctimas de abuso sexual durante su infancia: en Argentina el 37%, en Brasil el 26,6%, en Chile el 28,4% y en Uruguay el 40,0%.⁷⁸ Adicionalmente, muchas venían de familias donde sus madres también habían sido víctimas de violencia por parte de su pareja o cónyuge y ellas tuvieron que presenciar los actos violentos: en Argentina y Brasil el 70%, en Chile el 65.7% y en Uruguay el 56%.⁷⁹ El testimonio de una de las participantes en Argentina refleja la experiencia que muchas vivieron, “fue duro, vi cosas feas, golpes, maltratos. Él la maltrataba mucho física y verbalmente... cuando ellos discutían no podíamos hacer nada para defender a mi mamá porque éramos chiqui-

77. FEIM, EPES, MYSU, GESTOS Y UNIFEM. 2009. “Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el MERCOSUR” Hoja Informativa Regional: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_hi_regional_nov09.pdf.

78. Idem

79. Idem

tas”.⁸⁰ Para Guillian, quien además de realizar entrevistas para el proyecto se desempeña como acompañante terapéutica de mujeres VIH positivas, “se trata del aprendizaje de la violencia desde la infancia que las hala hacia una autodestrucción que las hace más propensas a adquirir el VIH y a no cuidarse.”

Además de la violencia en las diferentes etapas de sus vidas en el ámbito familiar, las participantes han tenido que enfrentar episodios de la violencia institucional. Si bien algunas mujeres encontraron profesionales de la salud que les prestaron ayuda y atención eficaz, muchas indicaron haber tenido que enfrentar maltrato institucional. Por un lado, son culpabilizadas por ser mujeres y haber adquirido el VIH. Tal como lo expresa una de las participantes de Uruguay, “cuando me diagnosticó la Dra. XX yo estaba leyendo la Biblia que me regalaron mis padres. Ella me dijo “mucho leer la Biblia pero no sos ninguna santa. Ya me estaba juzgando por tener esta enfermedad...”.



En la presentación de las publicaciones en el Foro de Sida en Lima, muchas de las asistentes son mujeres viviendo con VIH.



Aquí están las 4 coordinadoras regionales de Brasil, Chile, Argentina y Uruguay.

80. DOS CARAS DE UNA MISMA REALIDAD. Estudio cuanti-cualitativo en cuatro países del MERCOSUR. Informe Nacional Argentina. Violencia hacia las mujeres y feminización del VIH/SIDA. Recopilación del texto: Dra. Mabel Bianco y Lic. Andrea Mariño Año: 2009 <http://www.feim.org.ar/pdf/2carasInformeArgentina.pdf>

Por el otro lado, los profesionales de la salud no siempre tienen en cuenta el contexto del cual vienen las mujeres, lo que se evidencia en la recomendación del uso del condón como método único de protección por tratarse de mujeres VIH positivas. Sin embargo, esta medida de protección no siempre se ajusta a las realidades de las mujeres encuestadas puesto que muchas terminan siendo golpeadas al solicitarle a sus parejas que usen el preservativo. Según una participante de Uruguay, “se genera violencia en los hombres porque no querés tener relaciones sin preservativo y eso ellos no lo entienden...”.⁸¹ Así mismo, muchos hombres relacionan la solicitud de usar el condón con la infidelidad, de acuerdo con una de las encuestadas de Argentina, “... si le pedía que usara preservativo él decía que yo andaba con otro, entonces dejé de pedirle que los usara”. Según Gilligan, muchas mujeres preferirían usar otros métodos para evitar quedar embarazadas como las pastillas anticonceptivas o el dispositivo intrauterino pero no encuentran una oferta de este tipo de métodos.

Ante las distintas manifestaciones de violencia institucional, las participantes acuden a algunas personas amigables dentro del personal de salud que si responden a sus necesidades y les brindan una atención más humana. Sin embargo, asegura Bianco, la atención eficiente y cálida no puede depender de la buena voluntad de unos cuantos sino que debería estar presente en todo el personal de manera uniforme por esto la importancia de contar con protocolos de atención a las mujeres víctimas de violencia y VIH positivas.

Las consecuencias de la falta de una atención humana a las pacientes de VIH pone en alto riesgo la salud de las mujeres. Tal como lo afirma una de las participantes de Argentina, “me fui al Hospital Fernández, ahí no me gustaba la atención, me trataban mal, y en el 97 abandoné el tratamiento. Estuve con mucha fiebre durante varios meses, así hasta el 98. Y después me empecé a tratar en el Hospital de Haedo y no dejé nunca más.”

81. Fundación Mujer y Salud en Uruguay. UNIFEM(2009). Dos Caras de una misma Realidad: Violencia Contra Las Mujeres y Feminización del VIH/Sida en el Mercosur. Informe Uruguay. http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/informe_violencia_sida.pdf

La discriminación a nivel laboral también surgió en los datos analizados a través del estudio: la mayoría de las encuestadas (49,7%) refiere haber deteriorado su participación laboral, asociada principalmente a la discriminación laboral de las personas que viven con el VIH y, en mayor medida, las mujeres.

En relación a las medidas gubernamentales y legislativas, el estudio encontró que si bien los países tienen legislación, políticas y programas sobre los dos temas, no existen programas gubernamentales que articulen estrategias para mitigar ambas pandemias con un enfoque integrador, ni financiamiento para programas de investigación y/o intervención.⁸² Tampoco existen protocolos de atención que integren ambas problemáticas con un enfoque de género.

Próximos pasos: Abriendo caminos hacia protocolos y servicios integrados que incluyan la voz de las mujeres VIH positivas

Según Bianco, “se necesitan protocolos y servicios integrales y por lo tanto, el paso a seguir es que las mujeres con VIH puedan establecer un diálogo con las autoridades de salud y el ONUSIDA que incluya sus perspectivas sobre cómo debe ser la atención integral. Cada día las mujeres están más consientes de sus derechos y empiezan a hacer solicitudes concretas sobre la atención que esperan encontrar como por ejemplo el acceso al preservativo masculino y femenino sin restricción, el derecho a vivir sin violencia, empezando por el estigma y discriminación que experimentan en los servicios de salud, y el respeto a la confidencialidad del diagnóstico de VIH.”

El informe regional concluye que “es mucho más fácil para los servicios médicos de atención de VIH/SIDA tratar solamente la infección y no la

82. DOS CARAS DE UNA MISMA REALIDAD: VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y VIH/SIDA EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y URUGUAY: Evidencias y propuestas para la reorientación de las políticas públicas. FEIM - Compilado por Mabel Bianco y Andrea Mariño .2010. <http://www.feim.org.ar/pdf/doscaras2010.pdf>

violencia, pero es necesario entender que no se puede tratar solamente el VIH si se quiere dar una atención integral. Esto implica no solo atender el efecto de la violencia; el VIH/SIDA, sino también atender la causa; es decir, la violencia. Esto debe ser incorporado en los protocolos de atención.”⁸³

Información

Mabel Bianco

Directora de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

<http://www.feim.org.ar/>

feim@feim.org.ar

Eugenia Gilligan

Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH

<http://www.ramvihs.org.ar/>

eugeniagilligan@yahoo.com.ar

83. Idem

9. Mujeres, violencia y VIH: Fortaleciendo una respuesta articulada en México. Equipo conjunto sobre VIH/SIDA de Naciones Unidas



Plenaria durante la Sesión Técnica para la elaboración de la Agenda Jalisciense Mujeres y VIH.

El contexto: Situación de las mujeres víctimas de violenciaviviendo con VIH

Se estima que en México viven 225.000 personas adultas con VIH,⁸⁴ cerca del 26% son mujeres.⁸⁵ Al igual que en otros países de la región, en México el número de casos de mujeres VIH positivas ha aumentado: mientras que en el año 2001 había 41.000 mujeres con el virus, en 2009 la cifra ascendió a 59.000.⁸⁶ Simultáneamente, el 47.1% de las mujeres mexicanas han experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja.⁸⁷ La situación de dependencia económica de muchas mujeres dificulta su salida de este tipo de relaciones. Más de la mitad de las mujeres agredidas por sus parejas (56.1%) son catalogadas como económicamente inactivas.⁸⁸

Número estimado de mujeres viviendo con VIH (de 15 años o más) en México*

2001	2009
41 000	59 000

Número estimado de adultos viviendo con VIH (de 15 años o más) en México

2001*	2009*	2010**
180 000	220 000	225.000*

Fuentes: Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

**CENSIDA Mujeres y VIH/SIDA en México. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/EPI_MujeryVIH-Izazola.pdf

Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia***	47.1%
Emocional	29.5 %
Económica	40.6%
Física	13.1%
Sexual	16.8%

Distribución porcentual de las mujeres violentadas, según condición de actividad***

Económicamente activas	40.1%
Económicamente inactivas	56.1%

84. CENSIDA. 2011. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio de 2011. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos_acumulados_junio2011_1.pdf

85. CENSIDA Mujeres y VIH/SIDA en México. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/EPI_MujeryVIH-Izazola.pdf

86. Informe Global de ONUSIDA 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf.

87. INEGI. Mujeres Violentadas por su pareja en México: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/muj_viol.pdf

88. Idem

El país empieza a identificar los vínculos entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Se estima que el 80.64% de las mujeres VIH positivas, que participaron en una investigación identificada por la organización Balance, han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida.⁸⁹ Así mismo, al revelar que tenían el virus, un 9.67% sufrió violencia física y sexual y un 22.58% violencia psicológica, por parte de su pareja.⁹⁰

Distribución porcentual de las mujeres Violentadas que no cuentan con dinero para sus gastos personales***

Emocional	28.7%
Económica	31.1%
Física	48.8%
Sexual	49.3%

Distribución porcentual de las mujeres violentadas que solicitan ayuda cuando son agredidas por su pareja***

Emocional	45.7%
Económica	48.1%
Física	51.2%
Sexual	59.3%

***Fuente: Mujeres Violentadas por su pareja en México INEGI: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/muj_viol.pdf

Según Balance, “frecuentemente, esta violencia fue ejercida por parte de la pareja masculina que les transmitió el VIH. Las mujeres VIH positivas que fueron entrevistadas describieron la violencia como una barrera para ejercer su autonomía física para decidir sobre las relaciones sexuales en general, y en específico, para el uso del condón... Vivir una relación violenta es un motivo para no insistir en el uso del condón con el hombre que les transmitió el VIH; algunas mujeres reportaron que a pesar de que usaron condón en otros momentos con esas parejas, durante el coito forzado no lo hicieron.”⁹¹

A pesar de esta situación, solamente un 51.2% de las mujeres que sufren violencia física y un 59.3% de aquellas que son víctimas de violencia sexual solicitan algún tipo de ayuda.⁹² En algunos casos cuando deciden

89. BALANCE. PROMOCION PARA EL DESARROLLO DE LA JUVENTUD: Violencia de Género y Vulnerabilidad al VIH <http://www.redbalance.org/doctos/factsheet%20violencia%20finalok.pdf>

90. Idem

91. BALANCE. PROMOCION PARA EL DESARROLLO DE LA JUVENTUD: Violencia de Género y Vulnerabilidad al VIH <http://www.redbalance.org/doctos/factsheet%20violencia%20finalok.pdf>

92. INEGI. Mujeres Violentadas por su pareja en México: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/muj_viol.pdf

solicitar dicha ayuda, son maltratadas por las instituciones a las que acuden. De acuerdo con Hege Wagan de ONUSIDA, “las mujeres que viven con VIH no son diferentes a las demás mujeres pero al acudir a las entidades prestadoras de servicios, experimentan una doble discriminación porque además de ser víctimas de violencia también tienen VIH.”

La vulnerabilidad de las mujeres a experimentar violencia y a adquirir el virus está relacionada no solamente con factores estructurales como su situación económica, sino también por factores intermedios como la violencia institucional que pueden enfrentar.

A continuación se presenta la experiencia del Equipo Conjunto sobre VIH/SIDA de Naciones Unidas,⁹³ que bajo el liderazgo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha venido implementando el proyecto “Mujeres, violencia y VIH. Fortaleciendo la respuesta articulada en México”, que busca mejorar la atención brindada a las mujeres VIH positivas y víctimas de violencia, partiendo de las experiencias y necesidades identificadas por las mujeres.

El proyecto

El lanzamiento de la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH⁹⁴ en el 2010, permitió reforzar el trabajo que se venía realizando en México en materia de vinculación de los temas de violencia y VIH, orientado específicamente a mujeres y facilitó el trabajo conjunto de varias agencias de las Naciones Unidas y el diseño e implementación

93. Este equipo está formado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) y ONU Mujeres con el apoyo de ONUSIDA.

94. Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. 2010 http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1825_community_brief_es.pdf

del proyecto “Mujeres, violencia y VIH. Fortaleciendo la respuesta articulada en México”.

El Equipo Conjunto sobre VIH/SIDA de Naciones Unidas empieza a trabajar inicialmente con algunas de las instituciones del gobierno nacional que abordan los temas de igualdad de género, VIH y derechos, entre las cuales están, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Centro



Lanzamiento en México de la Agenda para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. Diciembre 2010.

Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Adicionalmente, el equipo convoca a 3 redes de mujeres que viven con VIH en México (Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, ICW México y Mexicanas en Acción Positiva) y a organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema de mujeres y VIH.

En coordinación con estas instituciones y organizaciones y con una amplia participación de mujeres viviendo con VIH, se llevó a cabo a finales del 2010 un foro para identificar las principales necesidades de las mujeres VIH positivas y determinar las medidas que se podían tomar para mejorar su situación. El foro generó información clave para elaborar el plan de trabajo a 5 años de la Mesa de Mujeres y VIH que hace parte del Comité de Prevención del Consejo Nacional para el VIH/SIDA y para desarrollar las líneas estratégicas del proyecto.

A nivel estatal el programa decide trabajar inicialmente en Jalisco, Guerrero y Oaxaca a través de una alianza con la organización Salud Integral para la Mujer (SIPAM). La información recabada sobre los

estados incluidos en el proyecto indica que, Jalisco es el estado que registra el índice más alto de violencia contra las mujeres de todo el país (1.00); Guerrero está dentro de los estados considerados en alerta roja (0.73) y Oaxaca, se encuentra en un nivel medio (0.38).⁹⁵ El VIH también es un problema grave en Jalisco, estado que ocupa el cuarto lugar en número de casos nuevos y acumulados de VIH (11.256), después de Veracruz (13.792), México (16.567) y Distrito Federal (23.949).⁹⁶ El número de casos de VIH en Guerrero asciende a 6.442 y en Oaxaca a 5.172.⁹⁷

Estrategias para abordar la problemática de las mujeres VIH positivas y víctimas de violencia

En base al trabajo inicial y a las recomendaciones de la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH, el proyecto retoma tres áreas de acción: I) investigación sobre violencia contra las mujeres y VIH, II) prestación de servicios de prevención y atención y III) fortalecimiento de capacidades de las mujeres.

Investigación: El proyecto, inició recientemente una investigación sobre las características específicas de la epidemia del VIH y sus vínculos con la violencia contra las mujeres en Jalisco, Guerrero y Oaxaca. La investigación analiza además las políticas y programas existentes en materia de VIH y violencia contra las mujeres e incluye como parte de su metodología, el desarrollo de grupos focales y entrevistas con prestadores de servicios y mujeres.

95. Cívicas. 2009. Estudio "Diseño Conceptual y Metodológico del Sistema Integral de Indicadores para la Declaración de Alerta de Violencia de Género. <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/diseño-conceptual-y-metodologico-IAVG.pdf>

97. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio de 2011

(CENSIDA) http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos_acumulados_junio2011_1.pdf

98. Idem

Servicios: El proyecto ha empezado a promover servicios integrados, lo que incluye saber a dónde derivar a las mujeres con VIH que estén viviendo una situación de violencia y viceversa, es decir, que aquellas mujeres que acuden a una institución por



Sesión Técnica para la elaboración de la Agenda Jalisciense Mujeres y VIH. Tlaquepaque, Jalisco, México. Junio 2011.

estar viviendo una situación de violencia y resulten VIH positivas, tengan acceso a una red de instituciones de soporte y ayuda. Esto contribuye además a una detección oportuna para ambos grupos. Según Wagan, “si los centros que prestan servicios a personas que han sufrido violencia saben cómo atender estos casos, pueden prevenir la transmisión del VIH. Por esto es tan importante el conocimiento mutuo de las instituciones que manejan ambas problemáticas.”

Fortalecimiento de capacidades de las mujeres: El proyecto viene trabajando con las organizaciones de mujeres VIH positivas, quienes han hecho una priorización de tres necesidades básicas: I) tener acceso a mejores servicios, II) lograr que sus derechos sean respetados y III) conseguir que sus propuestas sean llevadas a los niveles de toma de decisiones para que se traduzcan en acciones concretas.

A partir de esta priorización de necesidades que hicieron las mujeres, el proyecto empezó a trabajar con entidades prestadoras de servicios. En el campo de derechos humanos, se han venido realizando capacitaciones que les brindan a las mujeres las herramientas necesarias para que ellas mismas se conviertan en defensoras y promotoras de sus derechos. En estos espacios tienen la oportunidad de adquirir conocimientos sobre sus derechos, las normas que regulan dichos derechos y los lugares

a los que pueden acudir en busca de ayuda en caso de que estos no sean respetados. Por ejemplo, ahora saben que en cada estado existe una representación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la cual a su vez tiene un programa específico para VIH que puede atender sus denuncias. En el campo de la gestión política las mujeres están haciendo incidencia para se destinen recursos y programas que atiendan sus necesidades. Según Mónica Rodríguez, Punto Focal de ONUSIDA en México, “es importante que las mujeres estén preparadas para incidir en este momento crucial que atraviesa el país puesto que el 2012 habrá cambio de gobierno y eso significa que se va a diseñar el nuevo programa nacional de salud, el nuevo plan de desarrollo y por supuesto, el nuevo plan de VIH, en el que la voz de las mujeres tiene que ser escuchada.”

Enfoque ético: Es importante anotar que el proyecto ha tenido un enfoque ético en particular, en su trabajo con las mujeres VIH positivas, al ser cuidadoso en respetar la confidencialidad de aquellas que sienten temor de revelar su situación por miedo a la discriminación. De tal manera que las declaraciones las hacen solamente las mujeres activistas que están listas para mostrarse públicamente y ellas son quienes llevan la voz. La intención del proyecto no es generarles más dificultades de las que ya tienen que enfrentar por vivir con VIH, por el contrario, se espera que encuentren el acompañamiento de mujeres que han tenido experiencias similares y han logrado resolver una serie de desafíos que trae el hecho de ser VIH positivas. Según Rodríguez “recuerdo una mujer en particular que me dijo que estaba asustada de pensar que podría morir pronto porque en la clínica a la que asistía, ella era la persona que había sobrevivido un mayor número de años. Al entrar en contacto con redes de mujeres VIH positivas se dio cuenta de que habían mujeres que llevaban 18 años viviendo con el virus que tenían buena salud y esto le abrió panorama de posibilidades totalmente diferente.”

Resultados: Intercambio, trabajo en equipo e inclusión de las mujeres VIH positivas

Si bien todavía es pronto para hablar de resultados debido a que se trata de un proyecto que apenas está comenzando, hasta el momento uno de los resultados más importantes es haber logrado desarrollar un trabajo en equipo entre instancias, gubernamentales y no gubernamentales y organizaciones de mujeres que viven con VIH. Así mismo, se considera un logro importante el hecho de incluir a las mujeres VIH positivas, partir de sus necesidades y desarrollar un plan concreto basado en las prioridades establecidas por ellas.

Simultáneamente, se ha abierto la posibilidad de generar un trabajo de coordinación entre las unidades de atención de violencia contra las mujeres y las encargadas de ofrecer servicios a las mujeres VIH positivas. Esta ventana de oportunidades permitirá vincular los servicios, derivar casos y ofrecer servicios a los que actualmente las mujeres no tienen pleno acceso. Adicionalmente, “permitirá contribuir a evitar el tema recurrente de que las mujeres se enteran que viven con VIH solamente cuando mueren sus maridos. Logrando detectar e incluso prevenir a tiempo el VIH por el hecho de conocer el alto riesgo al que se exponen por permanecer en una situación de violencia”, señala Rodríguez.

Próximos pasos

El proyecto es un primer esfuerzo por conocer mejor las características y necesidades específicas de las mujeres víctimas de violencia y VIH positivas, así como los mecanismos necesarios para generar mejores servicios y para fortalecer a las mujeres que quieren tomar un rol activo en la respuesta.

Se espera que el trabajo en Jalisco, Oaxaca y Guerrero sirva de piloto para poder adoptar acciones en otros estados. Si bien el gobierno

mexicano ha mostrado una actitud positiva y voluntad política para el desarrollo de esta iniciativa, responder a las necesidades generadas de las epidemias del VIH y la violencia contra las mujeres todavía es un gran desafío en el país.

Información

Mónica Rodríguez punto focal de ONUSIDA en México
rodriguez@unids.org

Hege Wagan
wagan@unids.org

10. Fortalecimiento de capacidades para el desarrollo de políticas y programas integrados en VIH y violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género y derechos humanos. Development Connections



Taller de Development Connections en Panamá.

El contexto

Al igual que en otras regiones del mundo, en América Latina y el Caribe se han empezado a acumular evidencias que prueban la relación que existe entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Las investigaciones indican que en el caso de las mujeres VIH positivas, la violencia puede ser un factor de riesgo a adquirir el VIH y a la vez una consecuencia del virus. Por un lado, existen una serie de estudios que muestran que un alto porcentaje de mujeres VIH positivas han sido víctimas de violencia en algún momento de su vida, antes del diagnóstico (en Argentina el 76.2%, en Brasil el 57.5%, en Chile 31.4%, en Uruguay el 57%, en México, el 80.64% y en República Dominicana el 60%)⁹⁸ y que el riesgo de contraer el virus puede ser hasta tres veces mayor en las mujeres víctimas de violencia que en aquellas que no han experimentado violencia.⁹⁹ Por el otro lado, las mujeres con el virus viven la violencia de manera cotidiana por el hecho de ser VIH positivas. Un estudio reciente sobre la situación de las mujeres VIH positivas en 14 países de la región, reveló que las mujeres experimentan discriminación en diversos espacios como el trabajo, los servicios de salud e incluso los servicios para mujeres víctimas de violencia.¹⁰⁰

A pesar de la evidencia, los vínculos entre ambas epidemias no son conocidos por muchos gestores/as de programas y políticas públicas y por muchos trabajadores/as que ofrecen servicios sociales y de salud a mujeres víctimas de violencia y/o VIH positivas. Esta situación hace que las políticas y los servicios no siempre ofrezcan una respuesta integrada que atienda las necesidades de las mujeres víctimas de violencia tanto VIH positivas como VIH negativas. De tal manera que capacitar a las personas que diseñan y ejecutan políticas, programas y servicios

98. Datos de la investigación de FEIM incluida en la página 50 de este documento y del trabajo en México en la página 55. Para los datos de República Dominicana ver: *Vidas Vividas en Riesgo*: http://www.unicef.org/republicadominicana/hiv_aids_13763.htm

99. UNAIDS, *Women, Girls and HIV Fact Sheet* (Geneva: UNAIDS, 2010). Pag 1 http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2010/20100302_fs_womenhiv_en.pdf

100. Andrea Mariño. 2012. *Nuestras Historias, Nuestras Palabras: Situación De Las Mujeres Que Viven Con Vih En 14 Países De América Latina*. Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+) y ONUSIDA

en materia de VIH y violencia contra las mujeres se convierte en una necesidad apremiante.

A continuación se presenta la experiencia de Development Connections, una organización no gubernamental que desde hace 5 años viene ofreciendo cursos de capacitación para el desarrollo de respuestas integradas al VIH y la violencia contra las mujeres con un enfoque de género y derechos humanos. Desde el año 2007 hasta el 2012 Development Connections ha ofrecido 7 ediciones del curso Empoderamiento, VIH y Violencia contra las Mujeres, en el cual han participado 341 personas de 33 países de América Latina, el Caribe, Norteamérica, África, Asia y Australia.

El programa

El curso “Empoderamiento, VIH y Violencia contra las Mujeres” se empieza a implementar en el año 2007 con el objetivo de desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes sobre el VIH y la violencia contra las mujeres que faciliten un desempeño adecuado y oportuno de las y los participantes para integrar intervenciones sobre ambos temas en diversos contextos sociales e institucionales.

El curso busca que los participantes desarrollen tres competencias centrales:

1. Capacidades para analizar las interconexiones entre VIH y violencia contra las mujeres y para aplicar el enfoque de derechos humanos, género e inter-sectorialidad
2. Conocimiento sobre prácticas promisorias por su abordaje integrado de VIH y violencia contra las mujeres y habilidad para desarrollar propuestas que se ajusten a la realidad del país y contexto de los y las participantes

3. Conocimiento de las necesidades de poblaciones específicas, por ejemplo trabajadoras sexuales, indígenas, inmigrantes, adolescentes, etc., con el fin de desarrollar iniciativas que respondan a dichas necesidades.

El perfil de los y las participantes en el curso incluye, gestores de políticas públicas y programas, prestadores de servicios en entidades gubernamentales, funcionarios de ministerios, personal de la cooperación internacional, estudiantes universitarios, representantes de organizaciones no gubernamentales, organizaciones de mujeres indígenas, organizaciones de mujeres VIH positivas y grupos comunitarios, entre otros.

Edición	Año	Mes	Título	Modalidad	No de Participantes
1a	2007	Abril -Junio	"Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres"	Virtual y presencial República Dominicana	92
2a	2007	Sep- Dic	"Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe"	Virtual	30
3a	2008	Junio	"Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres indígenas"	Presencial Bolivia	35
4a	2008	Agos-Dic	Virtual Course "Empowerment, HIV and VAW in the Caribbean"	Virtual	40
5a	2009	Julio-Nov	Global Virtual Course on Empowerment, HIV and VAW - Moving Toward a Global Perspective, Locally Grounded	Virtual	36
6a	2011	Feb-Mayo	"Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres" "Edición VIH y violencia contra las mujeres" en Ecuador	Virtual	42
7a	2011	Octubre	Derechos humanos, VIH y violencia contra las mujeres	Presencial Panamá	56
8a	2011	Noviembre	Derechos humanos, VIH y violencia contra las mujeres	Presencial Guatemala	40

Estrategias para promover el aprendizaje sobre las interconexiones entre VIH y violencia contra las mujeres y el desarrollo de iniciativas integrales

Las estrategias educativas del curso para promover el desarrollo de iniciativas integrales incluyen, el aprendizaje orientado a la acción, el enfoque intersectorial, el abordaje de las causas estructurales del VIH y la violencia contra las mujeres, el reconocimiento de las experiencias y saberes de los participantes sobre las poblaciones con quienes interactúan o a las que pertenecen y el suministro de herramientas especializadas.

El curso promueve un aprendizaje orientado a la acción en tanto que los y las participantes desarrollan un trabajo final que se centra en realizar una propuesta de intervención en las áreas activismo e incidencia política, diseño de programas, investigación o capacitación. Las propuestas pueden abordar el desarrollo de programas o servicio en VIH y violencia contra las mujeres, el análisis de una política pública sobre estos temas, el desarrollo de una investigación basada en información primaria y/o secundaria, la exploración de los estudios existentes, el diseño de indicadores de evaluación o una iniciativa de formación para multiplicar los conocimientos aprendidos en el curso.

Simultáneamente, el enfoque intersectorial e integral que promueve el curso ayuda al desarrollo de iniciativas ligadas a la realidad de las personas a quienes se dirige determinada política, programa o servicio. De acuerdo con Diny Luciano, directora de Development Connections, “esto es importante porque la realidad no funciona en compartimientos separados unos de otros. A un servicio para mujeres víctimas de violencia puede llegar una madre adolescente, quien además es indígena, sufre violencia por parte de su pareja, vive en una comunidad apartada donde ya se ha empezado a propagar el VIH y no tiene un ingreso propio. Entonces para poder brindarle una atención adecuada, es necesario ver a esta mujer de manera integral. De lo contrario, cada institución

le ofrece un servicio que ha sido diseñado de manera aislada, lo cual puede ocasionar que la usuaria sea remitida de un lugar a otro sin encontrar una respuesta apropiada”.

Así mismo, el curso parte del aprendizaje de las causas del VIH y la violencia con el fin de que las intervenciones propuestas aborden los factores que contribuyen a su propagación (como las desigualdades de género asociadas a los valores culturales) o factores estructurales que aumentan la vulnerabilidad a adquirir VIH o experimentar violencia entre ellos, la etnicidad, el género, el ingreso y la edad, entre otros.

Otra estrategia que utiliza el curso es el reconocimiento de los saberes y experiencias que traen los participantes sobre las poblaciones con quienes trabajan y/o a las que pertenecen. Por ejemplo, en el curso sobre VIH y violencia contra las mujeres indígenas en Bolivia, se tuvo en cuenta que dentro de los valores de algunas culturas indígenas, el “hablar mal del esposo” es muy mal visto y la mujer puede resultar siendo expulsada de su comunidad por tal razón, lo cual limita que las mujeres que experimentan violencia por la pareja busquen ayuda o cuenten a otras personas sobre la situación de maltrato. Esta particularidad de algunas culturas indígenas debe ser tenida en cuenta a la hora de diseñar intervenciones. El conocimiento de los participantes sobre estos temas es básico para el desarrollo de propuestas pertinentes.

De otro lado, los cursos ofrecen 14 herramientas cuyos contenidos se enfocan hacia diversos sectores, lo que facilita que los y las participantes tengan acceso a instrumentos específicos según su área de interés y trabajo.

Resultados

La calidad del curso de Development Connections ha sido evaluada de manera positiva con un puntaje de 8.9 sobre 10 y la mayoría de sus participantes (9 de cada 10) afirma que lo aprendido les ha sido de utilidad para el desarrollo de intervenciones integrales en el las áreas de activismo e incidencia política, investigación y capacitación.

En el área de activismo e incidencia política las intervenciones de los participantes incluyen, presentaciones en seminarios para visibilizar el tema, procesos de diálogo con gestores de políticas públicas sobre el abordaje integrado del VIH y la violencia contra las mujeres, preparación de materiales de difusión y gestiones para integrar el tema dentro de las Naciones Unidas.

En el área de investigación, las y los participantes del curso han reportado que lo aprendido ha servido de base para producir estudios sobre la situación de poblaciones específicas (ver por ejemplo este análisis sobre las mujeres de Villa El Salvador, en Perú donde se explora la violencia contra las mujeres como un factor de riesgo a adquirir el VIH¹⁰¹), han diseñado protocolos de investigación sobre VIH y violencia, sistematizaciones, revisiones de la literatura y tesis de maestría y doctorado.

Finalmente, en el campo de la capacitación, los participantes han diseñado proyectos de prevención del VIH y la violencia contra las mujeres en las escuelas y la comunidad y han desarrollado materiales educativos y procesos de formación para funcionarios de entidades públicas, líderes comunitarios, trabajadores del sistema de justicia, proveedores de servicios de salud y trabajadores sociales. Adicionalmente, el contenido del curso ha sido incorporado en programas de formación de recursos humanos en los temas de igualdad de género y salud.

101. Reyes Meléndez, María Elena. 2008. Situación de los derechos humanos de las mujeres de Villa El Salvador. La violencia contra la mujer como factor de riesgo frente al VIH/SIDA. Flora Tristán. Centro para la Mujer Peruana. http://www.flora.org.pe/pdfs/SITUACION_VIH_VIOL.pdf

Para Dinys Luciano, quien lleva trabajando los temas de VIH y violencia contra las mujeres desde el año 2003, uno de los resultados más gratificantes fue la creación del foro de Mujeres Positivas Libres de Violencia que impulsa DVCN y la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW Global).¹⁰² “Esta iniciativa nos ha permitido reunir en un espacio a médicas y consejeras que brindan apoyo y asesoría a las mujeres que participan en el foro y nos deja ver cuáles son las necesidades de las mujeres con VIH. Los temas que han surgido en este espacio reflejan que la violencia que enfrentan las mujeres VIH positivas no solo se manifiesta en las relaciones de pareja, sino que van más allá. La cotidianidad de una mujer con el virus puede incluir la discriminación a sus hijos en las escuelas, el maltrato institucional en servicios de salud y situaciones difíciles en sus lugares de trabajo”.

Otro resultado importante del curso es que ha producido una gran cantidad de materiales educativos como el Manual Integrando de programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres¹⁰³ que ha sido utilizado y adaptado a nivel mundial y se ha convertido en una referencia para el trabajo integrado en VIH y violencia contra las mujeres.

Próximos pasos

El plan para el año 2012 es empezar a ofrecer cursos centrados en temas específicos (prevención, atención derechos humanos, intervenciones con poblaciones específicas) orientados a las necesidades de los participantes en términos de tiempo e intereses. Esto permitirá disminuir costos y tiempos. Para el 2012 se tiene programado realizar 3 cursos. También se sistematizarán las evaluaciones del curso con el objetivo de examinar la pertinencia del enfoque pedagógico del curso y los contenidos priorizados. De igual forma, a través de la Comunidad de

102. Para mayor información vea video disponible en You Tube: <http://www.youtube.com/watch?v=vSMi2u3DuUo>

103. Luciano, Dinys. Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. 2009. Development Connections. Washington. http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMSPPdf

Prácticas de VIH y violencia contra las mujeres que coordinan la CIM/OEA y DVCN se prevé diseminar las experiencias desarrolladas por las y los participantes del curso.

Información

Dinys Luciano
Development Connections
<http://spanish.dvcn.org/>
lucianod@dvcn.org

Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres



Organización de los
Estados Americanos



Comisión Interamericana de Mujeres

