

# Development Connections

Integrando programas y servicios de VIH y violencia  
contra las mujeres

Dinys Luciano Ferdinand



**Development Connections**  
**Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres**

**Dinys Luciano Ferdinand**

**Washington D.C.**  
**2009**

**Con el apoyo de UNIFEM**



Development Connections (DVCN), 2009

Reservados todos los derechos.

Conectando recursos para el desarrollo sostenible.

1629 K Street NW Suite 300 Washington D.C. 20006 USA

Teléfono (202) 466-0978    Página Web: [www.dvcn.org](http://www.dvcn.org)    Correo electrónico: [info@dvcn.org](mailto:info@dvcn.org)

Comunidad Global de Prácticas sobre VIH y Violencia contra las Mujeres: [www.dvcn.es](http://www.dvcn.es)

### **Puntos Focales de Development Connections**

Argentina: Liliana Bilevich de Gastrón y Silvia Galán

Panamá: Jesús López

Perú: Teresa Ojeda

República Dominicana: Wendy Alba

Diseño y diagramación: Yvette Nevares

Ilustración y diseño de la cubierta: Miguel Luciano, Mesh Project. New York, EE.UU.

### **Con el apoyo de UNIFEM**

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresadas son las de la autora y no necesariamente las de UNIFEM.

## Abreviaturas y Acrónimos

CAFRA	Caribbean Association for Feminist Research and Action e
CIM/OEA	Comisión Interamericana de Mujeres/Organización de Estados Americanos
CPV	Consejería y Prueba Voluntaria
DSSR	Derechos y salud sexual y reproductiva
DVCN	Development Connections
FCI	Family Care International
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTB	Lesbianas, gays, transgéneros y transexuales
MVVS	Mujeres viviendo con el VIH/sida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief-USA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PVVS	Personas viviendo con el VIH/sida
RSMLAC	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud sexual y reproductiva
SV	Sobreviviente de violencia
TAR	Terapia Antirretroviral
TRSX	Trabajadoras/es sexuales
UDI	Usuaría/o de drogas inyectables
VCM	Violencia contra las mujeres
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



# Tabla de Contenido

## Presentación

<b>1. Introducción al manual</b> .....	4
<b>2. Determinantes sociales y los vínculos entre el VIH y la VCM</b> .....	5
2.1. Factores estructurales .....	7
2.2. Factores intermediarios .....	11
2.2.1. Normas, valores y prácticas .....	11
2.2.2. Exposición y vulnerabilidades .....	13
2.2.3. Sesgos en los sistemas de atención .....	16
2.2.4. Sesgos en la investigación .....	17
2.3. Consecuencias sociales, económicas y de salud del VIH y la VCM .....	17
<b>3. Integración de programas/servicios/intervenciones de VIH y VCM</b> .....	19
3.1. Definición .....	19
3.2. ¿Por qué invertir en la integración VIH/VCM? .....	20
3.3. Principios .....	22
3.4. Niveles .....	23
3.5. Pasos para la integración VIH/VCM .....	25
<b>4. Integración de componentes clave de programas de VIH y VCM</b> .....	32
4.1. Prevención .....	32
4.2. Consejería y prueba voluntaria .....	36
4.3. Transmisión perinatal .....	42
4.4. Cuidado y tratamiento .....	43
<b>5. Herramientas para la integración de VIH y VCM</b> .....	47
5.1. Análisis situacional del VIH y la VCM .....	47
5.2. Evaluación del marco legal sobre el VIH y la VCM .....	50
5.3. Mapeo de actores para la integración VIH y VCM .....	52
5.4. Mapeo de servicios de VIH y VCM en contextos de emergencia luego de desastres naturales .....	52
5.5. Evaluación del enfoque de empoderamiento en los servicios y programas de VIH y VCM .....	56
5.6. Evaluación de la factibilidad de integración VIH/VCM en intervenciones seleccionadas .....	58
5.7. Componentes clave de estrategias de autocuidado para prestadores de servicios integrados de VIH y VCM .....	60
5.8. Componentes del modelo de integración VIH/VCM en poblaciones indígenas de América del Sur .....	
5.9. Enfoque estratégico de la OMS aplicado a la integración VIH/VCM .....	60
5.10. Enfoque ecológico para diseñar estrategias de prevención del VIH y la VCM .....	61
5.11. Guía para el diseño de una encuesta a usuarias de servicios de consejería para evaluar necesidades de integración VIH/VCM .....	63
5.12. Evaluación de necesidades para integrar a la VCM en programas de prevención de la transmisión perinatal .....	64
5.13. Planificar el desarrollo de competencias de los recursos humanos para integrar programas y servicios de VIH y VCM .....	66
5.14. Evaluación rápida de métodos para la recolección de datos .....	67
<b>6. Referencias</b> .....	69
<b>Lista de gráficos</b>	
1. Marco conceptual sobre causas, factores intermediarios y consecuencias del VIH y la VCM .....	6
2. Normas de género y vulnerabilidad de las mujeres al VIH .....	12
3. Relaciones entre el VIH, la VCM y el desarrollo humano .....	18
4. Actividades clave para la integración VIH/VCM según niveles .....	24

## Presentación

En la última década, diversas organizaciones a nivel mundial han intensificado sus esfuerzos para describir las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres (VCM) e identificar las mejores vías para integrar políticas y programas que abordan ambos problemas. Debido a las limitaciones metodológicas y al poco tiempo en que estas intersecciones se han estudiado, en la actualidad se cuenta con sólo información parcial sobre las formas en que ambos problemas interactúan en sus causas, consecuencias y respuestas sociales. Sin embargo, aún tomando en consideración estas limitaciones, se puede afirmar que la evidencia disponible es suficiente para justificar un abordaje integrado del VIH y la VCM, al tiempo que se producen nuevos datos, se aprende de las experiencias y se intercambian prácticas.

No hay un modelo único de integración de programas o servicios de VIH y VCM, ya que las dinámicas y características de ambos problemas y los recursos disponibles varían entre las regiones a nivel mundial, así como entre países y en el interior de éstos. Partiendo de esta premisa, Development Connections (DVCN) diseñó en 2007 el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres” que incorpora herramientas conceptuales y prácticas para que los actores involucrados desarrollen programas integrados adaptados a su contexto. En el período 2007-2008, el curso se realizó cuatro veces en América Latina y el Caribe, en colaboración con distintas organizaciones nacionales, redes regionales y organismos internacionales como la Caribbean Association for Feminist Research and Action (CAFRA), Colectiva Mujer y Salud, Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA), Consejo Presidencial del SIDA de la República Dominicana, Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW), Diakonia, Family Care International (FCI), Margaret Sanger Center, Isis Internacional, UNFPA/República Dominicana, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC); y UNIFEM.

El presente manual resume el marco conceptual y algunas de las herramientas utilizadas en las cuatro ediciones del curso. También incluye las contribuciones de nueve artículos que fueron comisionados para ser utilizados como fuente complementaria en la elaboración de este manual:

- a. Explorando las implicaciones económicas y sociales del VIH y la VCM – María Antonia Remenyi
- b. La falta de empoderamiento: El factor impulsor de las epidemias del VIH y la VCM – Anda Samson
- c. Interpretando la violencia desde las experiencias de las mujeres viviendo con el VIH – Nizarindandi Picasso
- d. Intersecciones entre el VIH y la violencia contra las adolescentes y jóvenes – Florencia Aranda
- e. La violencia y el VIH en las mujeres privadas de libertad – Carlos Güida Leskevicius
- f. El VIH y la violencia contra las mujeres indígenas – Silvia Galán
- g. El VIH y la violencia: Implicaciones para las mujeres envejecientes – Liliana Bilevich de Gastrón
- h. Migración, VIH y VCM – Jenny López
- i. El VIH, la VCM y los desastres naturales: El caso del terremoto de 2007 en el Perú – Teresa Ojeda.

## Reconocimientos

Este manual se ha enriquecido con las contribuciones de los facilitadores de las cuatro ediciones del curso: Amaia Pérez, Ana Gloria García, Anda Samson, Bethania Betances, Carlos Güida, Cecilia Claramunt, Cristina Francisco, Diana Aristízabal, Diana Galimberti, Geraldine Mir, Glendene Lemard, Jill Gay, Florencia Aranda, Jeanette Tineo, Leonardo Sánchez, Mabel Bianco, Malena Morales, Marielena Reyes, Martha Arredondo, Mercedes Kremenetsky, Nirvana González, Paulo Lyra, Robert Carr, Roberta Clarke, Sirana Dolis, Teresa Ojeda, y Wendy Alba.

Esta publicación ha sido posible gracias al generoso apoyo de UNIFEM. Un especial agradecimiento a Nazneen Damji por su compromiso con la edición del manual, la publicación de la compilación de artículos sobre las intersecciones entre el VIH y VCM y por hacer posible la creación de la Comunidad Global de Prácticas sobre VIH y VCM. A Amaia Pérez (Casa África/UNIFEM), Marta Val y Roberta Clarke (UNIFEM/Región del Caribe), quienes han apoyado técnica y financieramente distintas ediciones del curso. A Emily Krasnor y Sharon Fleming en la Oficina Central de UNIFEM (Nueva York) por su apoyo permanente a las iniciativas que hemos desarrollado conjuntamente con UNIFEM.

# 1. Introducción al Manual

## Propósito

Este manual tiene como propósito apoyar a las instancias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y redes en el desarrollo de procesos de integración de intervenciones de VIH y VCM en las áreas específicas de prevención, consejería y prueba voluntaria, transmisión perinatal, cuidado y tratamiento. También puede ser aplicado al análisis de problemas de políticas públicas emergentes relativos a ambos temas. Sus objetivos específicos son:

- Apoyar la construcción de un marco conceptual desde una perspectiva de género y derechos humanos sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM en las iniciativas de integración en los niveles regional, nacional, local e institucional.
- Examinar las implicaciones estratégicas y prácticas para la integración de intervenciones en prevención, consejería y prueba voluntaria, transmisión perinatal, cuidado y tratamiento del VIH y la VCM.
- Socializar herramientas para llevar a cabo procesos de integración de intervenciones de VIH y VCM en los niveles institucional e intersectorial.

## Público destinatario

El manual está dirigido a autoridades, personal y organizaciones que trabajan en torno al VIH y la VCM en el ámbito internacional, nacional y local y puede ser utilizado en cualquier contexto, independientemente del escenario epidemiológico del VIH y la VCM. Está diseñado para quienes trabajan en torno a ambos problemas, pero se espera que también sea útil para administradores de programas y trabajadores en distintos sectores, ya que tanto la VCM como el VIH se vinculan con un sinnúmero de problemas clave de desarrollo: educación, salud, trabajo, justicia, migración, desastres naturales, conflictos armados, entre otros.

## Estructura del manual

Los contenidos están distribuidos en cinco secciones. La próxima sección aborda los aspectos conceptuales en que se sustenta el manual, analizando los determinantes estructurales, los factores intermediarios y las consecuencias sociales, económicas y de salud del VIH y la VCM; asumiendo las desigualdades de género como determinante transversal de las intersecciones entre ambos problemas. En la sección tres se presenta la definición, la justificación, los principios que podrían guiar la integración VIH/VCM y los niveles y los pasos para llevar a cabo dicha integración.

En la cuarta sección se presentan las consideraciones para integrar el VIH y la VCM en las estrategias de prevención, consejería y prueba voluntaria, transmisión perinatal y cuidado y tratamiento. La quinta sección incluye catorce herramientas seleccionadas de las utilizadas o desarrolladas en las cuatro ediciones del curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe”.

El marco de análisis y las herramientas presentados en este manual seguirán siendo probados y ampliados en la práctica a través de nuevas ediciones del curso e iniciativas locales. Se invita a sus usuarios a enviar observaciones y sugerencias a Development Connections, [info@dvcn.org](mailto:info@dvcn.org).

## 2. Determinantes sociales del VIH y la violencia contra las mujeres<sup>1</sup>

A nivel mundial, el VIH y la VCM son dos pandemias que se refuerzan mutuamente afectando la salud y el desarrollo de millones de mujeres, familias y comunidades. Según estimaciones del ONUSIDA (2008), en todo el mundo, 33 millones [30 a 36 millones] de personas vivían con el VIH en 2007. Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH mundialmente, y más del 60% de las infecciones por el VIH en el África al sur del Sahara. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre las personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones. <sup>(1)</sup>

Por su lado, la VCM es uno de los problemas de derechos humanos y desarrollo más extendidos a nivel mundial. En el “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica” (OMS, 2005) realizado en 15 entornos ubicados en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia, y la República Unida de Tanzania), se encontró que la proporción de mujeres que había tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15 y el 71 por ciento, destacando que en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24 y el 53 por ciento. Asimismo, la OMS (2002), ha indicado que la mayoría de las agresiones sexuales tienen como sus principales víctimas a mujeres y niñas. <sup>(2)</sup>

El VIH y la VCM comparten una red compleja de factores estructurales e intermediarios, así como consecuencias personales, sociales y económicas que tienen como base común las desigualdades de género, arti-

### Género y VIH

El género se define mediante creencias, expectativas, costumbres y prácticas fuertemente arraigadas en una sociedad que dicta los atributos, comportamientos, roles y responsabilidades “masculinos” y “femeninos”. Es un factor integral a la hora de determinar la vulnerabilidad de un individuo a la infección por el VIH, su posibilidad de acceder a la atención, el apoyo o el tratamiento, y para actuar cuando se ve afectado por el virus. ONUSIDA. Género. <sup>(3)</sup>

### Definición de Violencia contra la Mujer

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

La violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

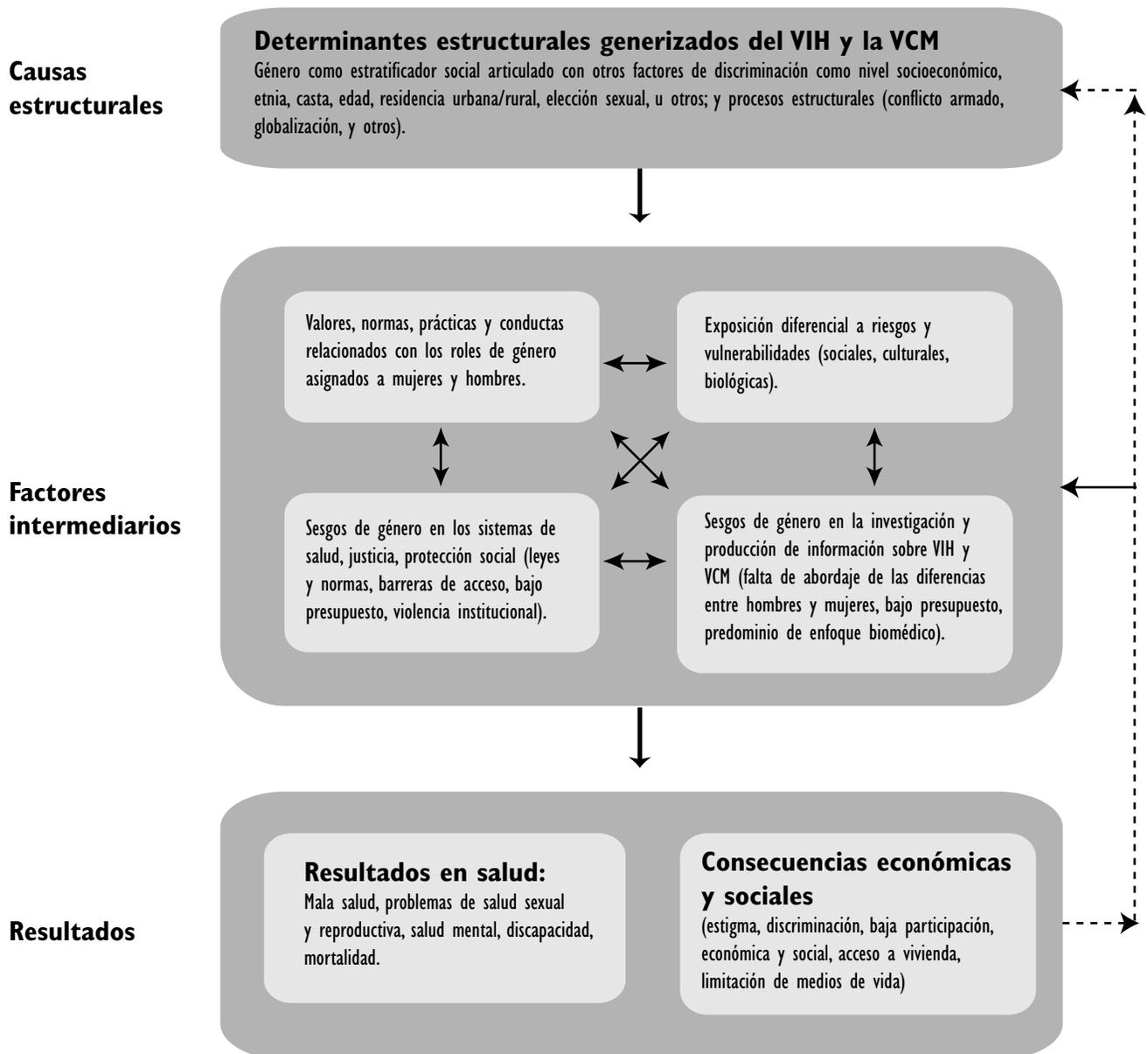
*Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.* <sup>(4)</sup>

<sup>1</sup> Al no existir consenso a nivel mundial sobre las categorías para describir las intervenciones, para los fines de este manual se utiliza el concepto “integración de programas” de manera intercambiable con servicios, intervenciones y proyectos, aunque se reconocen las diferencias entre ellos. En el texto se indicará cuando las fuentes citadas aludan específicamente a determinado tipo de intervenciones.

culadas con otras fuentes de discriminación como la etnia, la edad, la educación, el estatus socioeconómico, la zona de residencia, la orientación sexual, entre otras. Estos condicionantes se combinan entre sí a través de múltiples vías y en diversos contextos, acrecentando la vulnerabilidad y los riesgos de las mujeres frente a ambos problemas. Al mismo tiempo, en la medida en que la prevalencia y la incidencia de ambas epidemias se incrementan, la discriminación y la exclusión social de las mujeres aumentan.

Las intersecciones entre el VIH y la VCM pueden ser agrupadas en tres categorías: a) causas estructurales, b) factores intermediarios y c) las consecuencias económicas, sociales y resultados en salud, que fueron desarrolladas en el modelo de análisis de las inequidades de género en el área de la salud publicado por el Women and Gender Equity Knowledge Network (Gita Sen y Pirooska Östlin, 2007).<sup>(5)</sup>

### Gráfico I: Marco conceptual sobre causas, factores intermediarios y consecuencias del VIH y la VCM



Adaptado de: Gita Sen and Pirooska Östlin. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient – Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Women and Gender Equity Knowledge Network. 2007.

## 2.1 Factores estructurales asociados a los vínculos entre el VIH y la VCM

El género es un estratificador social que interactúa con otras fuentes de discriminación como la clase económica, etnia, casta, edad, educación, residencia urbana o rural, estatus migratorio, entre otras, que de manera combinada funcionan como determinantes sociales de los vínculos entre el VIH y la VCM. Estos factores ayudan a conformar un contexto de vulnerabilidad frente al VIH y la VCM que puede contribuir a aumentar el riesgo individual y comprometer la capacidad de las mujeres para protegerse frente a ambos problemas. <sup>(6)</sup> Estos determinantes no son estáticos y pueden variar en el tiempo. A medida que estos dos problemas avanzan, las respuestas institucionales cambian y se producen transformaciones sociales en las comunidades y a nivel individual. En este sentido, cabe destacar que no hay una sola epidemia del VIH y las dimensiones y características de la VCM presentan variaciones a partir de la interacción de condiciones sociales en la vida de las mujeres.

Diversos estudios muestran que determinadas formas de violencia afectan desproporcionadamente a las mujeres y que en sus características y dimensiones influyen factores estructurales. El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) indica que aunque la violencia en la pareja se produce en todos los países, en todas las culturas y niveles sociales sin excepción, algunas poblaciones (por ejemplo, los grupos de bajos ingresos) corren mayor riesgo que otras. <sup>(8)</sup>

Igualmente, la epidemia del VIH ha afectado de manera diferencial a las regiones del mundo, ya que más del 68 por ciento de adultos viviendo con el VIH residen en el África al sur del Sahara y el 76 por ciento de las defunciones por SIDA se produjeron en esta región, donde se registra la prevalencia en adultos más alta (5%); y es también donde se encuentra el 63 por ciento de los países de ingreso per cápita más bajo a nivel mundial (US\$875 o menos); es decir, que es justamente la región más pobre del mundo la más afectada por la epidemia. <sup>(9)</sup>

Cabe destacar que la asociación directa entre el estatus socioeconómico y la vulnerabilidad al VIH es compleja y presenta variaciones según contextos, ya que incluso dentro de estos países más pobres, los más ricos son los más afectados por el VIH. <sup>(10)</sup> Sin embargo, el estatus socioeconómico a nivel individual puede jugar un rol importante en factores intermediarios como el acceso a servicios, tratamiento y cuidado, así como en las consecuencias económicas y sociales.

### Etnicidad, género, VIH y VCM

La articulación entre etnicidad y género puede influir en la dinámica de la epidemia del VIH en algunos países. En los Estados Unidos de América (2006), la prevalencia de VIH en mujeres afroamericanas (1.122,4 por 100.000; CI = 1.002,2 – 1.242,5) fue cerca de 18 veces la prevalencia en mujeres blancas (62,7 por 100.000; CI = 54,7 – 70,7) y la tasa en mujeres hispanas (263,0 por 100.000; CI = 231,6 – 294,4) fue cuatro veces mayor que en mujeres blancas. <sup>(11)</sup> Aunque los afroamericanos representan el 13 por ciento de la población total del país, en el 2005 constituían el 49 por ciento de las personas diagnosticadas con el VIH. Los afro-

### Retos para hacer operativo el concepto de género en la ayuda internacional para el VIH

Aunque el género ha sido planteado como un determinante clave para abordar ambos problemas, aún se presentan retos para hacerlo operativo.

En este sentido se subraya la necesidad de identificar la mejor plataforma para la acción; por ejemplo, si los temas deberían enmarcarse alrededor del género o audiencias clave (mujeres, hombres que tienen sexo con hombres, etc.).

Fleischman, Janet. 2008. <sup>(7)</sup>

### **Enfoques sobre el VIH desde la perspectiva de los derechos humanos (ONUSIDA, 2008)**

- a. Atención a los vulnerables y marginados en la epidemia del VIH (p. ej., mujeres, jóvenes, personas que viven con el VIH, huérfanos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas, profesionales del sexo, poblaciones móviles, grupos étnicos e indígenas y refugiados).
- b. Igualdad y no discriminación en los gastos en programas y aplicaciones del VIH; programas para facultar a las personas vulnerables al VIH o a quienes viven con el virus, que incluyan reforma legal, asistencia jurídica, educación en derechos humanos, movilización social, comunicación para el cambio social y apoyo para la sociedad civil.
- c. Programas diseñados para lograr los estándares de derechos humanos relativos al VIH (por ejemplo, protección contra la violencia sexual, igualdad entre sexos, educación, información, salud, empleo, acceso al progreso científico).
- d. Participación informada, activa, libre y válida de quienes están afectados por el VIH en el diseño, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas relacionados con el VIH.
- e. Mecanismos de rendición de cuentas para gobiernos, organizaciones intergubernamentales, donantes y sector privado (p. ej., UNGASS y los principios de los “Tres unos”).

ONUSIDA, 2008. <sup>(1)</sup>

americanos que tienen un riesgo mayor de contraer el VIH son: aquellos que no conocen los factores de riesgo de su pareja, quienes tienen una ITS y los que viven en la pobreza (y estos últimos constituyen el 25 por ciento de todos los afroamericanos). De acuerdo con la información de 33 estados de los Estados Unidos de América durante el 2005, entre la población total de mujeres, el 64 por ciento de las que vivían con el VIH eran afroamericanas. <sup>(12)</sup>

Por su lado, las cifras disponibles sobre violencia en las relaciones de pareja presentan diferencias entre los distintos grupos étnicos ya que en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (U.S. Department of Justice and CDC, 2000) se encontró que la proporción de mujeres que había sido víctima de violencia a lo largo de su vida (violación, asalto físico y acoso) alcanzó al 24,8 por ciento en la población de mujeres blancas, el 29,1 por ciento de las afroamericanas, 37,5 por ciento de las indígenas americanas/nativas de Alaska y el 30,2 por ciento de las de origen étnico mixto. <sup>(13)</sup>

El VIH y la VCM comparten características comunes, pero también presentan particularidades en algunas comunidades indígenas. En Australia central, en una muestra de 24 mujeres aborígenes entre 18 y 38 años se encontró un pobre entendimiento de la

transmisión de ITS, acceso limitado a condones y bajos niveles de uso de condones, a pesar del elevado nivel de percepción de riesgo. Los temas más significativos del contexto cultural asociados a estos problemas

### **Áreas de acción para abordar la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH - Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA**

1. Prevenir la infección por el VIH entre las mujeres jóvenes y niñas, centrándose en una mejor asistencia sanitaria en materia de reproducción.
2. Reducir la violencia contra las mujeres.
3. Proteger los bienes y derechos de sucesión de mujeres y niñas.
4. Asegurar a mujeres y niñas un acceso a la atención y el tratamiento en igualdad de condiciones.
5. Favorecer una mejor atención basada en la comunidad, orientada en especial a mujeres y niñas.
6. Promover el acceso a las opciones de prevención existentes, incluido el preservativo femenino, e investigar nuevas tecnologías de prevención como los microbicidas.
7. Apoyar los actuales esfuerzos destinados a universalizar la educación de las niñas.

ONUSIDA, 2005. <sup>(16)</sup>

fueron los efectos del abuso de alcohol por parte de la pareja, la infidelidad, el abuso sexual y la vergüenza de adquirir una ITS. <sup>(14)</sup>

Algunas mujeres indígenas tienen dificultades para abandonar su hogar en caso de ser maltratadas o abusadas, ya que la separación significa para ellas situaciones de amenazas de violencia, desarraigo de su hábitat, su comunidad, su entorno religioso y pérdida de identidad. No obstante, aquellas que lo logran están obligadas a insertarse en un contexto de asimilación forzada, con la discriminación y violencia consecuentes, que aumentan los riesgos con respecto a la violencia y el VIH. <sup>(15)</sup>

### Edad

La edad también juega un rol importante en las tendencias de la transmisión del virus en las mujeres. Según estimaciones del ONUSIDA (2008), a nivel mundial la tasa de mujeres jóvenes (15 a 24 años) que vivía con el VIH en 2007 fue de 0,6 y 0,4 en los hombres del mismo grupo etario. Sin embargo, se registran diferencias significativas entre las regiones, ya que en algunas regiones como en el África al sur del Sahara la proporción de mujeres en comparación con los hombres llega a triplicarse, alcanzando el 3,2 por ciento y el 1,1 por ciento, respectivamente. <sup>(1)</sup> En el siguiente cuadro se presenta la distribución porcentual de mujeres y hombres jóvenes viviendo con el VIH a nivel mundial.

**Tasa (%) de mujeres y hombres jóvenes (15 a 24 años) viviendo con el VIH según regiones del mundo (2007)**

Región	Mujeres	Hombres
África al sur del Sahara	3,2	1,1
África del norte y Oriente Medio	0,3	0,1
Asia Oriental	<0,1	<0,1
Oceanía	0,2	0,3
Asia Meridional y Sudoriental	0,5	0,3
Europa Oriental y Asia Central	0,1	0,9
Europa occidental y Central	0,2	0,2
América del Norte (Canadá y Estados Unidos de América)	0,7	0,6
Caribe	0,4	0,5
América Latina	0,2	0,7

Elaborado con datos del ONUSIDA, 2008. Estimaciones y datos sobre VIH y SIDA, 2007 y 2001. <sup>(1)</sup>

Las mujeres jóvenes están expuestas a distintas formas de violencia que las coloca en situación de vulnerabilidad frente al VIH. Una encuesta nacional realizada entre alumnas de escuela secundaria en Kenya observó que un 40 por ciento de todas aquellas que dijeron haber tenido una relación sexual, indicaron que su primera experiencia había sido por la fuerza o que “las engañaron para tener relaciones sexuales”. <sup>(17)</sup> En el Caribe, el 47 por ciento de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales, informan que su iniciación sexual fue forzada. <sup>(18)</sup>

En el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica (OMS, 2005), en más de la mitad de los entornos estudiados, más del 30 por ciento de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 15 años declaró haber sido forzada a tener dicha experiencia sexual. <sup>(2)</sup>

Por otro lado, la población de mujeres mayores de 50 años enfrenta riesgos importantes, aunque escasamente explorados. Las mujeres posmenopáusicas no están incluidas dentro de los mensajes de sexo seguro, y erróneamente se les considera de bajo riesgo frente al VIH y la VCM. Al mismo tiempo, algunos autores han planteado que las mujeres mayores son en realidad más susceptibles a las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, ya que la deficiencia de estrógeno hace que el tejido vaginal y del cuello del útero se vuelva más frágil, lo que puede resultar en lesiones que conducen a una mayor susceptibilidad de transmisión. <sup>(19)</sup>

### **Educación formal**

En una revisión sistemática de las investigaciones publicadas entre 1990 y 2006 en el Este, Sur y Centro de África se encontró que en la etapa inicial de la epidemia (antes de 1995), las mujeres con niveles más altos de educación eran más vulnerables al VIH que las mujeres que tenían menos educación formal. Este hecho posiblemente esté asociado a que las mujeres que habían alcanzado un nivel de educación más elevado tenían condiciones económicas más favorables, lo que a su vez influía en sus decisiones de estilos de vida tales como la movilidad territorial y número de parejas. Este grupo también tenía más posibilidades de vivir en zonas urbanas, donde la prevalencia del VIH era más alta. Sin embargo, a medida que la epidemia fue evolucionando, este patrón se fue transformando, y actualmente las mujeres más educadas tienen mayores posibilidades de negociar sexo seguro. Se encontró que la educación formal puede influir en la vulnerabilidad de las niñas frente al VIH en distintas formas: i) las expone a la educación sobre el VIH, lo cual ayuda a prevenirlo, ii) provee beneficios psicológicos en la medida en que les ayuda a desarrollar su autoestima y la capacidad de actuar, iii) puede conducir a una situación económica más favorable que, a su vez, puede influir en estilos de vida que determinan la vulnerabilidad frente al VIH, iv) influye en el poder en las relaciones sexuales y v) afecta sus redes sociales y sexuales.<sup>(20)</sup>

En relación con la VCM, en el estudio de la OMS (2005), se encontró que, en muchos entornos, una relación positiva entre educación formal y nivel de violencia, es decir, las mujeres con niveles educativos más altos reportaron niveles más bajos de violencia. En algunos entornos (entorno urbano de Brasil, Namibia, Perú, Tailandia y la República Unida de Tanzania) se observó que el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de la escuela secundaria, corroborando los hallazgos de estudios anteriores que indicaron el efecto protector de la educación para la mujer, independientemente de sus ingresos y su edad.<sup>(2)</sup>

Asimismo, la educación puede no sólo aumentar la seguridad personal en términos laborales y de ingreso, sino también en el aprovechamiento de los recursos de prevención y atención al VIH y la VCM. Por ejemplo, en la República Dominicana (2002), entre las mujeres de 15 a 49 años que habían vivido violencia en su relación de pareja, el 58,2 por ciento de las que tenían educación superior se había hecho la prueba de VIH, mientras que apenas el 36,3 por ciento sin educación formal se la había realizado.<sup>(21)</sup>

### **Procesos estructurales**

La globalización y otros procesos estructurales también pueden incrementar la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y la violencia, como en el caso de las trabajadoras migrantes, las mujeres objeto de la trata de personas y las desplazadas por situaciones de emergencia. En el caso de las mujeres migrantes, un estudio en China reportó que la prevalencia de sexo casual y comercial entre mujeres migrantes temporales fue sustancialmente más alta que entre mujeres no migrantes, mientras que la práctica de sexo casual o comercial no presentó variaciones entre hombres migrantes y no migrantes.<sup>(22)</sup>

En el caso de las mujeres y niñas objeto de la trata de personas, entre las mujeres sometidas a la explotación sexual que habían sido repatriadas a Nepal se encontró que la prevalencia del VIH era del 38 por ciento, mientras que hasta la mitad de las mujeres y niñas traficadas a Mumbai, India, a las que se les hizo la prueba del VIH resultaron VIH-positivas.<sup>(23)</sup>

Asimismo, en los campamentos para refugiados, la vulnerabilidad está íntimamente asociada a los actos de discriminación y abuso de poder y a las rupturas en las familias y comunidades.<sup>(24)</sup> Las emergencias generan cambios importantes en varios de los factores determinantes de la transmisión del VIH, entre ellos la exposición al virus a través de situaciones asociadas a los desequilibrios de poder y derechos individuales y que se expresa en la violencia sexual. (25,26) La inseguridad alimentaria puede aumentar el riesgo de exposición de las niñas y mujeres a través de prácticas como las relaciones sexuales sin protección para obtener alimentos e ingresos. Ante la escasez de alimentos, muchas mujeres enfrentan retos para alimentarse y alimentar a

sus familias, lo que las hace vulnerables a la explotación sexual, incluso por el mismo personal humanitario. Pueden estar afectadas por distintos factores que varían entre las poblaciones de refugiados, como el grado de interacción con las comunidades de acogida.

En un estudio realizado en Botswana y Swazilandia (2007) se encontró que la insuficiencia de alimentos (no tener suficientes alimentos para comer en los últimos 12 meses) puede ser un importante factor de riesgo que incrementa conductas sexuales de riesgo en las mujeres. Entre 1.050 mujeres en ambos países, controlando las características de las entrevistadas incluidas el ingreso, la educación, el conocimiento sobre el VIH y el uso de alcohol, la insuficiencia de alimentos se asoció con la inconsistencia en el uso de condón con un compañero sexual no primario, el intercambio sexual, las relaciones sexuales intergeneracionales y la falta de control en las relaciones sexuales. Las asociaciones entre la insuficiencia de alimentos y el sexo riesgoso fueron más atenuadas entre los hombres. <sup>(27)</sup>

Asimismo, en los contextos de conflicto armado, los casos de violación sexual masiva pueden incrementar el riesgo de las mujeres frente al VIH. AVEGA calcula que “casi el 70 por ciento de las mujeres violadas durante el genocidio contrajeron el VIH, y que el 80,9 por ciento de las que sobrevivieron los actos de violencia cometidos durante el genocidio siguen traumatizadas; y aunque no todos los casos de VIH/SIDA entre sobrevivientes de violación pueden atribuirse a estos actos de violencia sexual, las violaciones masivas cometidas durante 1994 contribuyeron significativamente a la propagación del virus en Rwanda, ya que durante ellas hubo, según se cree, un elevado índice de transmisión del VIH”. <sup>(28)</sup>

No obstante, en una revisión sistemática en siete países del África al sur del Sahara sobre la prevalencia de VIH en países afectados por conflictos y personas desplazadas (República Democrática del Congo, Sudan del Sur, Rwanda, Uganda, Sierra Leona, Somalia y Burundi) con datos de encuestas de prevalencia del VIH incluyendo la vigilancia centinela en servicios de atención prenatal, se encontró que no se registran incrementos en la prevalencia del VIH en períodos de conflicto, independientemente de la prevalencia al inicio del conflicto. La prevalencia en áreas urbanas afectadas por conflicto decreció en Burundi, Rwanda y Uganda a tasas similares a las de áreas urbanas no afectadas por el conflicto en sus respectivos países. <sup>(29)</sup>

## **2.2. Factores intermediarios**

Los factores intermediarios son aquellos a través de los cuales se tornan operativas las consideraciones de género en los distintos niveles sociales e incluyen las leyes, normas, valores y prácticas, niveles diferenciados de exposición a riesgos y vulnerabilidades, sesgos en los sistemas de atención y en la investigación sobre ambos temas.

### **2.2.1. Leyes, normas, valores y prácticas relacionadas con el VIH y la VCM**

Las conductas consideradas normales en determinado grupo, comunidad u organización están moldeadas por sus valores y prácticas y determinadas por la estructura de sus relaciones sociales, incluyendo las relaciones de poder. <sup>(5)</sup> Las normas son determinantes cruciales de la estratificación social y de manera creciente se produce evidencia que muestra que las leyes, normas de género (expectativas sociales de los roles y conductas consideradas culturalmente apropiadas para hombres y mujeres) están directamente relacionadas con los riesgos y vulnerabilidades al VIH y la VCM.

Las normas asignadas culturalmente a cada sexo constituyen la base de prácticas en la pareja, familias, comunidades e instituciones que colocan a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH y la violencia. El VIH y la VCM comparten barreras culturales comunes que limitan su prevención: las prácticas dañinas para las mujeres relacionadas con la sexualidad, las relaciones de pareja y la reproducción, los obstáculos a la educación de mujeres y niñas, la falta de acceso de las mujeres a la atención e información en salud y el acceso inadecuado al control económico, social, jurídico y político. Asimismo, en muchos de los países

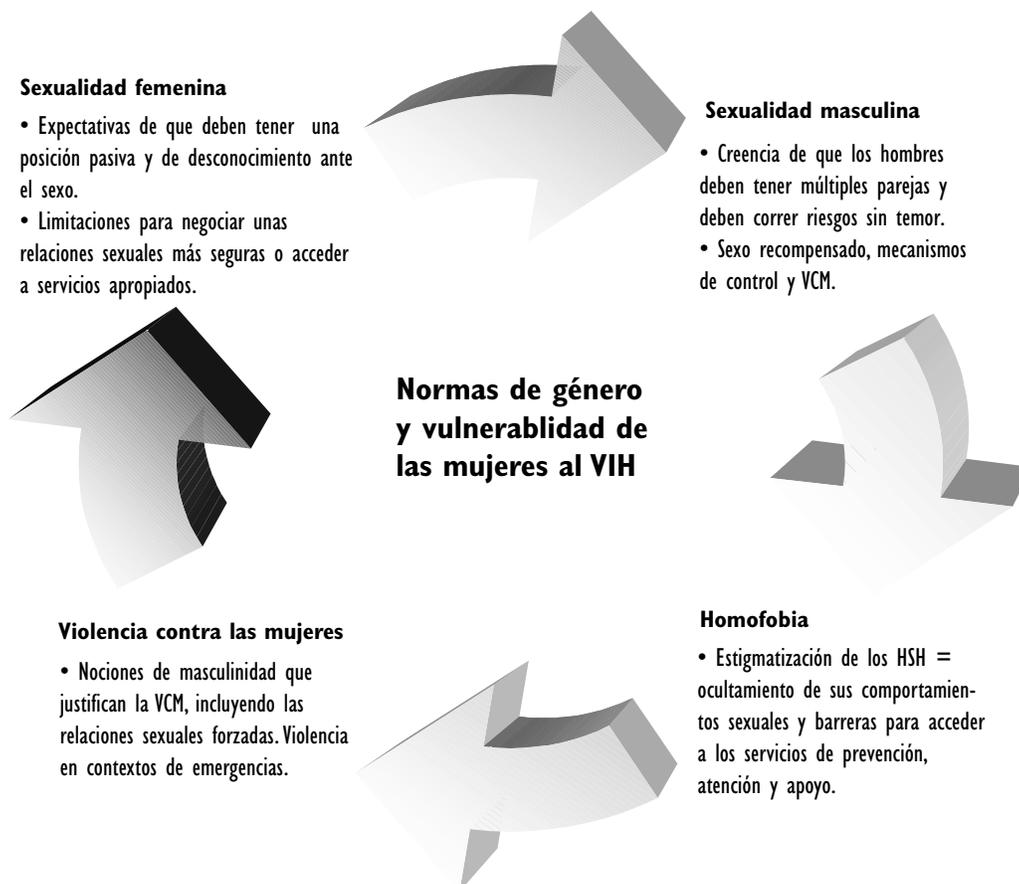
más afectados por el VIH prevalecen leyes y costumbres que restringen el derecho de las mujeres a poseer o heredar propiedades, incluyendo la tierra. A esto se suman prácticas en algunas comunidades que exigen a las viudas casarse con un pariente masculino del difunto.<sup>(30)</sup> En varios países también prevalecen otras prácticas dañinas que exponen a las mujeres a una mayor vulnerabilidad frente al VIH, tales como la mutilación genital en edad precoz y a prácticas rituales de limpieza de viudas en la cual al morir el hombre, se somete a la mujer a lo que denominan “limpieza”, obligando a mantener relaciones sexuales sin protección con hombres que no pertenecen a su casta social.<sup>(31)</sup>

En relación con el VIH y las normas de género, en una revisión sistemática de 246 artículos científicos y 22 libros publicados entre 1990 y 2004 (Marson, C. y King, E. 2006) y que abordan la conducta sexual de los jóvenes de ambos sexos, se encontró que las normas sociales relacionadas con la percepción de la pareja como “limpia” o no, juegan un rol muy importante en la conducta sexual en general, los condones son estigmatizados y su uso se asocia con la “falta de confianza” y las expectativas sociales impiden la comunicación sobre sexo.<sup>(32)</sup> Estudios en Sudáfrica muestran cómo las inequidades de género contribuyen y refuerzan conductas sexuales de riesgo, ya que el apego a las normas tradicionales en las niñas limita su habilidad para dialogar sobre la sexualidad y negociar con sus parejas. Los roles tradicionales se evidencian en las discusiones sobre iniciación sexual y toma de decisiones, el sexo forzado y el uso del condón.<sup>(33)</sup>

### Masculinidad, VIH y violencia contra las mujeres

La violencia es una consecuencia de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y los datos de encuestas que usan escalas de actitud estandarizadas muestran que los hombres y niños que asumen visiones más rígidas sobre la masculinidad (como el creer que los hombres tienen más necesidad de sexo que las mujeres, que los hombres deben dominar a las mujeres, etc.) tienen más probabilidades de informar que

**Gráfico # 2: Normas de género, violencia y vulnerabilidad de las mujeres al VIH**



han recurrido a la violencia contra una pareja, que tienen o han tenido una ITS, que han sido arrestados o que han usado sustancias controladas.<sup>(34)</sup> En la India (2004) se encontró en los hombres una fuerte relación entre auto-reporte de síntomas ITS (un factor de riesgo importante para la transmisión del VIH) y haber perpetrado violencia a la pareja.<sup>(35)</sup>

En relación con los niveles de aceptación en hombres del ejercicio de la VCM, éstos parecen aumentar frente a conductas que transgreden los roles de género asignados a las mujeres en relación con la sexualidad y maternidad. En un estudio realizado en Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá (OPS/OMS, 2005), la proporción de hombres que está de acuerdo con el uso de la VCM en distintas situaciones oscila entre un 2,3 por ciento y 13,3 por ciento. Sin embargo, las proporciones más altas de justificación de la violencia física hacia la mujer alcanzan un 37 por ciento en Belice (si la mujer no cuida bien a los hijos y/o traiciona a su pareja).<sup>(36)</sup>

### **2.2.2. Exposición, riesgos y vulnerabilidades frente al VIH y la violencia**

Entre el VIH y la VCM hay una relación biunívoca en la que, de manera directa o indirecta, se afectan entre sí en una intrincada red de causas y consecuencias. La expansión del VIH está asociada en gran parte a las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el virus y en el “Informe sobre la epidemia mundial de SIDA” (ONUSIDA, 2008), se identificó a la desigualdad entre sexos y la ausencia de empoderamiento de las mujeres y niñas, así como a la discriminación, el estigma y la marginación social, como dos factores claves que determinan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH; al tiempo que se reconoce que los mismos han sido abordados con muy poca eficacia en la mayoría de los países del mundo.<sup>(1)</sup>

El ONUSIDA (2005) define el riesgo como la probabilidad de que una persona pueda contraer el VIH e indica que ciertos comportamientos crean, intensifican y perpetúan el riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas con una pareja cuyo estado del VIH se desconoce, múltiples relaciones sexuales no protegidas o inyección de drogas con agujas y jeringas contaminadas. Por su lado, la vulnerabilidad es el resultado de un conjunto de factores que reducen la capacidad de los individuos o comunidades para evitar la transmisión del VIH. Estos factores, por sí solos o en combinación, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y, en consecuencia, la vulnerabilidad colectiva al VIH.<sup>(38)</sup>

Diversos estudios muestran que la probabilidad de reportar violencia por parte de su pareja es más alta entre mujeres viviendo con el VIH que las que no viven con el virus.<sup>(39)</sup> Asimismo, se han identificado vías directas e indirectas a través de las cuales la VCM aumenta los riesgos y vulnerabilidades de las mujeres frente al VIH, entre las que se incluyen el sexo forzado, la violencia por la pareja, la violencia en la niñez y su

### **Reinterpretando la violencia desde la experiencia de las mujeres viviendo con el VIH – Nizarindandi Picasso (ICW/Latina)**

- Violencia y ciclo de vida: muchas MVVS han vivido diversas formas de violencia en todas las etapas de sus vidas.
- Violencia en las relaciones de pareja: transmisión del VIH por parte de la pareja de manera intencional o por negligencia, episodios de violencia después de comunicar un diagnóstico positivo, limitaciones para negociar sexo protegido.
- Violencia en la familia y la comunidad: agresión contra las MVVS y sus hijos, expulsión de los niños de las escuelas, abandono de patrimonio huyendo de la violencia en la comunidad.
- Violencia autoinfligida: falta de autocuidado, conductas destructivas, ideas e intentos suicidas.
- Violencia inter- e intragenérica y entre pares.
- Violencia en los servicios de salud: violación de la confidencialidad, negación de servicios básicos, trato agresivo y discriminatorio, aborto y anticoncepción forzados.
- Prácticas empresariales discriminatorias: limitaciones para obtener un trabajo, pruebas de VIH sin consentimiento, coacción para renunciar al empleo
- Falta de mecanismos de protección social.

Nizarindandi Picasso, 2008<sup>(37)</sup>

vinculación con conductas de riesgo;<sup>(40)</sup> y las relaciones de poder y violencia que se verifican en las distintas modalidades de sexo recompensado o transaccional.

### **a. Sexo forzado**

La violencia sexual constituye un riesgo frente al VIH ya que el sexo forzado con una PVVS es una de las vías de transmisión del VIH y otras ITS. El riesgo biológico en situaciones de violencia sexual está determinado por el tipo de contacto sexual (anal, vaginal u oral); y las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas, están más expuestas al VIH ya que este tipo de relación causa más lesiones en el tejido vaginal y anal.<sup>(41)</sup> La OPS/OMS (2002) señala que el riesgo de las mujeres aumenta porque fisiológicamente son de dos a cuatro veces más susceptibles al VIH, al tener más superficie mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles al VIH y otras ITS. El riesgo del VIH aumenta en las mujeres con otras ITS no tratadas.<sup>(41)</sup>

Cabe destacar que la Coalición Mundial sobre Mujer y SIDA y la OMS han planteado las dificultades metodológicas para establecer un vínculo directo entre la violación sexual y la transmisión de las ITS y VIH. Dos estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de América sugieren que las mujeres víctimas de violación tienen alto riesgo de ITS preexistente, a la vez que la violación por si misma presenta un riesgo adicional de transmisión de ITS relativamente bajo.<sup>(42)</sup>

### **b. Violencia por parte de la pareja y VIH/ITS**

La vulnerabilidad al VIH de las mujeres puede incrementarse por la experiencia de violencia física por parte de la pareja. En Nairobi, Kenya, entre 520 mujeres usuarias de una clínica de ITS se encontró que las MVVS tenían casi el doble de probabilidad de sufrir violencia por la pareja durante su vida; y las mujeres con más conductas sexuales de riesgo tales como relación sexual a edad temprana, número de parejas sexuales, historia de uso de condón y de ITS habían experimentado más violencia por parte de la pareja.<sup>(43)</sup> Asimismo, en Connecticut, Estados Unidos, se analizó la asociación entre la historia de violencia en una población de 3,156 mujeres encarceladas VIH negativas y se encontró una fuerte asociación entre la experiencia de violencia, particularmente la violencia física, y el sexo no protegido con la pareja masculina primaria.<sup>(44)</sup> Asimismo, las mujeres que viven violencia tienen una probabilidad más alta de tener como compañero/pareja a hombres que tienen un riesgo alto de VIH.<sup>(45)</sup>

En un estudio realizado en 56 mujeres adolescentes urbanas afroamericanas e hispanas se encontró que aquellas que experimentaron mayor violencia por parte de la pareja tenían una mayor probabilidad de reportar uso inconsistente del condón. El sentido de control sexual en sus relaciones no estuvo asociado directamente con el uso inconsistente del condón.<sup>(46)</sup>

### **c. Violencia sexual en la niñez y conductas sexuales de riesgo**

La evidencia disponible vincula la violencia sexual en la niñez con las conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez tales como la actividad sexual sin protección y con múltiples parejas. En la República Dominicana, en los resultados del estudio sobre VIH y VCM llevado a cabo por Margaret Sanger Center, UNFPA y UNICEF (2007) se encontró que las mujeres que fueron víctimas de violencia psicológica y física en la niñez, tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales sin el uso del condón con una pareja formal, (en este caso el novio o prometido) que aquellas que no informan haber vivido estas formas de violencia en la niñez.<sup>(47)</sup> Este mismo estudio reveló que las mujeres víctimas de violencia física por parte de la pareja fija, estuvieron más expuestas a los siguientes factores de riesgo: a) mayor cantidad de relaciones sexuales con personas diferentes, b) mayor consumo de alcohol y c) miedo de revelar su estado serológico.<sup>(47)</sup> En un estudio llevado a cabo con 409 adolescentes en una escuela secundaria multiétnica en Manhattan, Nueva York, se encontró que quienes habían vivido abuso sexual en la niñez o habían sido testigos de violencia familiar tenían hasta cuatro veces más probabilidad de sexo sin uso de condón, sexo después del uso de drogas y

### **Asignación presupuestaria para abordar la igualdad entre sexos y el VIH**

Más del 80% de los gobiernos nacionales declaran prestar atención a las mujeres como parte de su estrategia multisectorial contra el VIH, pero solamente el 52% informa contar con una partida presupuestaria específica para programas que abordan las cuestiones de la mujer (Informes de avance de los países para el UNGASS, 2008). Los porcentajes más elevados de países con presupuestos declarados para tales esfuerzos se registran en Asia (69%) y en África subsahariana (68%). ONUSIDA, 2008 <sup>(1)</sup>

sexo con múltiples parejas. <sup>(48)</sup> Otro estudio realizado en Estados Unidos con 357 hombres y mujeres viviendo con el VIH, el 68% de las mujeres y el 35% de los hombres afirmó haber tenido experiencia de abuso sexual desde la edad de 15 años. Las personas víctimas de abuso sexual presentaron una mayor cantidad de actividad sexual reciente sin protección que las personas que no habían sido abusadas sexualmente. <sup>(49)</sup>

### **d. Sexo recompensado y protección frente al VIH**

El sexo recompensado presenta múltiples variantes, que van desde el tradicionalmente denominado trabajo sexual hasta el intercambio de sexo por bienes, drogas, alimentos, seguridad personal e identidad de grupo. En el caso del trabajo sexual, en el Estado de Karnataka, India, se encontró una prevalencia del VIH del 16 por ciento entre las trabajadoras sexuales que operaban en su domicilio, del 26 por ciento entre las profesionales que ejercían en la calle y del 47 por ciento entre las que trabajaban en prostíbulos. <sup>(50)</sup> Los vínculos entre trabajo sexual, violencia y VIH pueden también combinarse con otros factores como el abuso de drogas ilícitas y la migración. En las Islas Vírgenes (EUA) se encontró que las

trabajadoras sexuales que habían consumido drogas ilegales tenían probabilidades significativamente más altas de informar actividad sexual sin protección, violencia por parte del cliente e ITS, además de haber ejercido el trabajo sexual en una mayor cantidad de países. <sup>(51)</sup>

En las relaciones de sexo recompensado, el hombre es quien generalmente decide sobre prácticas tales como el uso de condón y/o anticonceptivos. En un estudio con hombres jóvenes de Sudáfrica (zona rural de Eastern Cape) se encontró una fuerte asociación entre la perpetración de la violencia de género y el dar y obtener bienes materiales de las mujeres, lo que sugiere que el sexo transaccional en parejas primarias y casuales debe ser visto en un continuo más amplio del ejercicio del poder y control de los hombres. <sup>(52)</sup> En México (2004) se realizó un estudio en población juvenil (15 a 25 años de edad) residente en Cuernavaca, Morelos, encontrándose que “Para mantener oculto el uso de sexo como forma de conseguir bienes sociales o económicos, las jóvenes lo desarrollan dentro de un “noviazgo” y se someten a reglas que las limitan frente al uso del condón y las exponen a las infecciones de transmisión sexual.” Los autores concluyen que aunque el sexo recompensado en sí mismo podría no constituir necesariamente una práctica de riesgo, el contexto de noviazgo en el que las jóvenes lo desarrollan, propicia que adopten comportamientos que las exponen a un riesgo mayor de contraer ITS. <sup>(53)</sup>

Otra modalidad de sexo recompensado ocurre en el marco de ritos de reafirmación de la identidad de grupo. En los adolescentes varones se da la práctica, en sus actividades sociales, de tener relaciones sexuales con una o varias adolescentes, a fin de demostrar que ellos no son vírgenes. En las mujeres adolescentes forma parte del ritual para demostrar que se es amiga/par del grupo de varones. El beneficio es la aceptación como miembro de un determinado grupo. <sup>(54)</sup>

### **Campaña “Las mujeres no esperamos”. ¡Acabemos con el VIH y la violencia contra las mujeres ya!**

“Las Mujeres NO Esperamos” es una coalición de redes y organizaciones internacionales de mujeres comprometidas en la promoción de la salud y los derechos humanos de las mujeres en el marco de la lucha contra el VIH y la violencia contra las mujeres. Esta campaña promueve se den respuestas eficaces a ambas epidemias que hoy afectan la salud y el bienestar de mujeres y niñas en todo el mundo. <sup>(56)</sup>

### 2.2.3. Sesgos en los sistemas de atención (salud, justicia u otros)

Las respuestas al VIH se caracterizan por el predominio de un enfoque biomédico e individualizado que ha relegado el rol del género en la dinámica de transmisión del virus. Otros sesgos se expresan en la inversión, tanto gubernamental como de la cooperación internacional, para abordar las desigualdades de género, el estigma y la discriminación en los proveedores de servicios y los niveles de participación de las MVVS y grupos de mujeres en general en el diseño, implementación y evaluación de los programas de VIH. Las falencias en los contenidos o aplicación del marco jurídico predominante en varios países pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH y la VCM. Algunas leyes no tipifican determinados delitos como la violación conyugal, el acoso sexual o la trata de mujeres. Asimismo, las SV enfrentan limitaciones de acceso a la justicia debido a las barreras de acceso geográfico, económico y cultural y de los sesgos de la administración de justicia y la falta de patrocinio jurídico. Igualmente, en algunos países, la práctica de conciliación de los casos de violencia doméstica puede poner en riesgo a las mujeres, en tanto los desequilibrios de poder en las relaciones entre hombres y mujeres restringen el logro de un acuerdo justo.

Igualmente, las leyes y normas relativas al VIH, los derechos económicos y sociales, la inmigración, las drogas inyectables, el trabajo sexual y la salud sexual y reproductiva, entre otras, pueden hacer a las mujeres vulnerables a la violencia de pareja, institucional (salud, justicia, policía) y en la comunidad, a la vez que limitan el acceso a servicios adecuados de atención, prevención y protección.

Otro ejemplo de los sesgos en la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades específicas de las mujeres en relación con el VIH lo constituye la baja priorización otorgada al condón femenino, aun siendo la única tecnología disponible de protección de la transmisión del VIH que es controlada por la mujer. Los estudios sobre el condón femenino indican altos niveles de aceptación por parte de las mujeres y un incremento en la proporción de actos sexuales protegidos; a la vez que es un método eficaz en términos del costo cuando se provee junto con los condones masculinos.<sup>(55)</sup> Sin embargo, las mujeres todavía no tienen acceso a los condones femeninos y otras nuevas tecnologías controladas por las mujeres, como los microbicidas, no estarán disponibles por varios años, lo que aumenta la vulnerabilidad y los riesgos de las mujeres frente al VIH.

En el caso de la VCM, varios estudios han mostrado barreras de acceso a los servicios, como asignación presupuestaria insuficiente, baja calidad de atención, reducida capacidad resolutoria de los problemas que enfrentan las mujeres, actitudes (estigma, discriminación), mecanismos institucionales deficientes o que comprometen la seguridad de las víctimas, limitado acceso a la justicia, concentración de los servicios en zonas urbanas, altos costos de la atención, entre otros.<sup>(57,58)</sup> En el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica (OMS, 2005), se preguntó a las entrevistadas si habían acudido a los diferentes servicios oficiales (servicios de salud, asesoramiento jurídico, refugios) o si se habían puesto en contacto con las autoridades (policía, organizaciones no gubernamentales de mujeres, dirigentes locales, líderes religiosos), encontrándose que entre el 55 por ciento y el 95 por ciento de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física indicó que nunca había utilizado estos servicios. La baja utilización de los servicios se asocia con la escasa disponibilidad de dichos servicios en muchos lugares; sin embargo, incluso en países que disponían de recursos razonables de apoyo a estos casos, el miedo, el estigma y la amenaza de perder a los hijos obstaculizaban la búsqueda de ayuda.<sup>(2)</sup>

Las falencias en las respuestas sectoriales también han producido una sobrecarga de la atención doméstica, generalmente a cargo de mujeres, de las secuelas físicas, psicológicas, económicas y sociales de la VCM y el VIH. Por ejemplo, algunas investigaciones realizadas en países africanos al sur del Sahara indican que el 90 por ciento del cuidado a las PVVS se brinda en los hogares, generalmente por mujeres mayores, más del 60 por ciento de los niños y niñas que quedan en orfandad viven en hogares encabezados por abuelas en los países altamente afectados y que los hogares encabezados por mujeres mayores tienen el doble de probabilidad de incluir huérfanos que los encabezados por hombres mayores.<sup>(59)</sup>

#### **2.2.4. Sesgos en la investigación sobre VIH y VCM**

Desde la aparición de los primeros casos de VIH, diversos autores, partiendo del análisis de los factores sociales y las inequidades que caracterizan la transmisión del virus, preconizaron la feminización del VIH. Paul Farmer (1999) y Bill Rodríguez (1997), entre otros, han criticado el predominio del enfoque biomédico sobre el VIH, en el que las mujeres son caracterizadas a partir de las conductas de riesgo de los hombres o como vectores del virus a las parejas sexuales o sus bebés.<sup>(60,61)</sup> Sin embargo, ha habido una reiterada ausencia del análisis de determinantes como el género, la condición socioeconómica, y la etnia en los sistemas de vigilancia de primera y segunda generación del VIH. El predominio del enfoque biomédico ha constituido una seria barrera para analizar la construcción social, política e histórica del virus. Toda vez que el VIH se asoció con la actividad sexual y grupos socialmente estigmatizados (homosexuales, usuarios de drogas inyectables, haitianos y trabajadoras sexuales), se convirtió en un problema de poblaciones “de riesgo”. Aunque el VIH es un ente biológico cuya transmisión se asocia con factores sociales, económicos y políticos, las interacciones entre estos factores y la epidemia han sido escasamente abordadas.

En relación con la VCM, si bien en varias regiones del mundo y en particular en América Latina y el Caribe se han logrado importantes avances en el desarrollo de políticas y programas de atención y, en menor medida, de prevención primaria, el nivel de desarrollo de la investigación es todavía exiguo. De manera creciente también, una cantidad de autores están produciendo información centrada en mostrar que la violencia en la relación de pareja no es un asunto de poder y que afecta de igual forma a mujeres y hombres. La información que intenta mostrar simetría entre mujeres y hombres en la magnitud, severidad, intenciones, contextos y consecuencias de la violencia en la relación de pareja toma cada vez más fuerza, aunque existen datos que contradicen tal evidencia y que cuestionan su validez y confiabilidad.<sup>(62)</sup>

### **2.3. Consecuencias sociales, económicas y de salud**

El VIH y la VCM comparten un sinnúmero de consecuencias de salud y desarrollo en las mujeres afectadas, en sus familias, en las comunidades, en distintos sectores sociales. El VIH tiene un severo impacto en las personas viviendo con el virus, sus cuidadores, las familias y las comunidades, al tiempo que aumenta la demanda de servicios sociales, reduce la productividad y aumenta los niveles de dependencia. El ONUSIDA ha planteado que la epidemia del VIH ha provocado el mayor revés individual en el desarrollo humano (PNUD, 2005) y que en los países más afectados, el VIH ha reducido la esperanza de vida, ha profundizado la pobreza entre familias y comunidades vulnerables, ha segado el tamaño de las poblaciones, ha socavado los sistemas nacionales y ha debilitado las estructuras institucionales. Igualmente, en regiones donde la prevalencia del VIH es inferior a la de África al sur del Sahara se han producido cambios, aunque menores, en indicadores como la esperanza de vida, que se redujo en 3 años en Camboya y en 1,7 años en Myanmar (Comisión sobre SIDA en Asia, 2008). A pesar de que el acceso a antirretrovirales ha aumentado en los últimos años, ayudando a reducir las muertes asociadas al VIH, es todavía una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA.<sup>(1)</sup> Las consecuencias del VIH en las mujeres se han producido a ritmos diferenciados, aunque con elementos comunes como deterioro en las condiciones de salud, aumento de la exclusión social que se manifiesta a través de la reducción de la interacción social con familiares y vecinos, compañeros de trabajo, amigos, falta de acceso a recursos como vivienda, uso de medios de transporte, pérdida de negocios y medios de vida, y baja autoestima.<sup>(63)</sup>

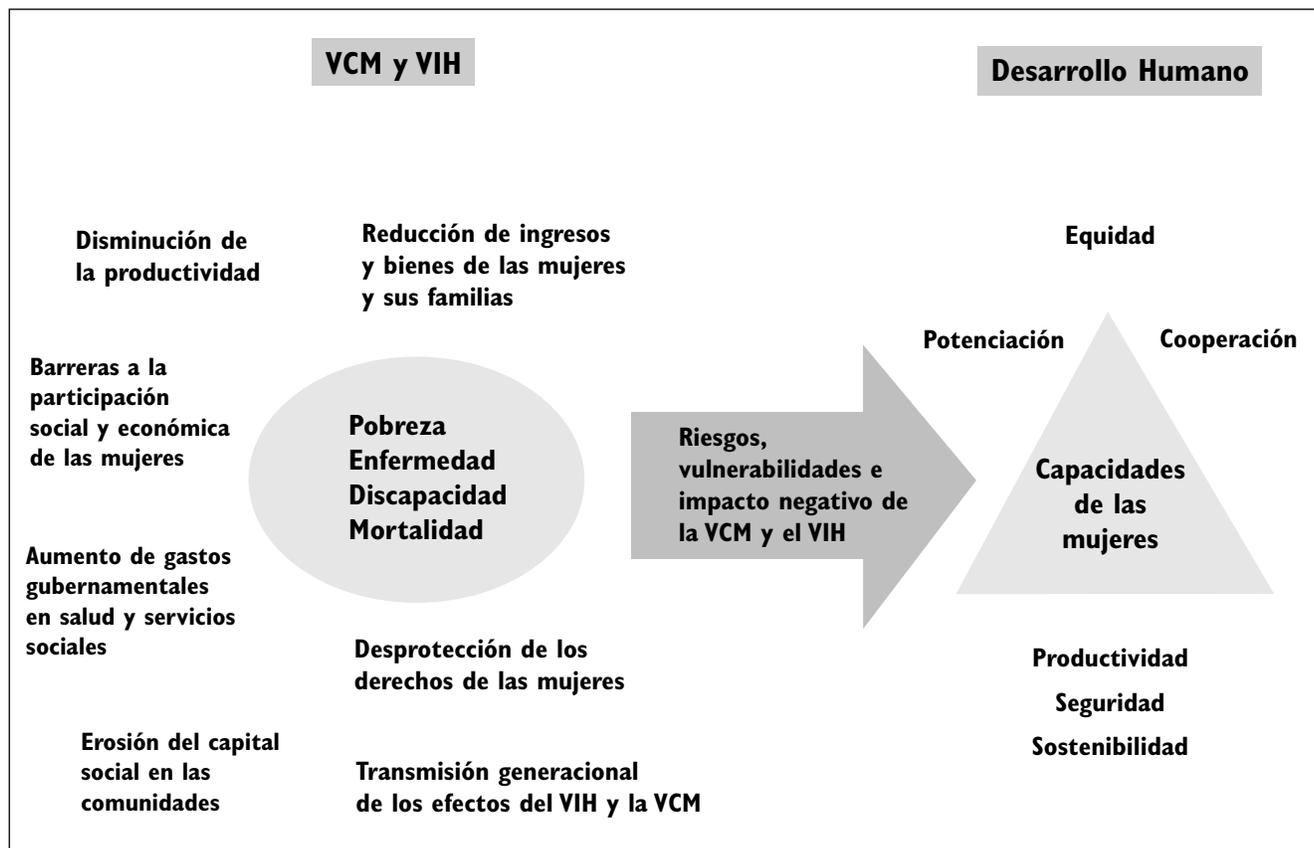
Por otro lado, las mujeres son las principales cuidadoras de las PVVS, son las que tienen mayores probabilidades de dejar la escuela, de sufrir violencia, perder sus propiedades y vivir en la indigencia.<sup>(55)</sup>

En relación con las consecuencias de la VCM, un grupo internacional de expertos calculó que la cuota de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) totales atribuible a la violencia doméstica y a la violación en mujeres en edad reproductiva alcanzó al 5 por ciento en los países que se encuentran demográficamente en desarrollo y al 19 por ciento en los desarrollados. Las diferencias pueden estar asociadas a un sesgo de género

y a la infravaloración de estas causas en los países en desarrollo. (64) María Antonia Remenyi (2008) realizó una aproximación a las relaciones entre el Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Desarrollo de Género, la VCM y el VIH, encontrando que tanto el coeficiente de correlación entre la VCM y el Índice de Desarrollo Humano como el de la VCM y el Índice de Desarrollo de Género muestran una relación inversa (signo -) entre estos índices y la VCM del orden de  $-0,758$  y  $0,762$ , respectivamente. Es decir, a menor desarrollo humano y menor desarrollo de género, mayor es la VCM. La autora señala que dicha relación no es muy fuerte, ya que la VCM afecta a las mujeres de todas las clases sociales y en todos los países del mundo. (65)

Por otro lado, diversos estudios a nivel internacional indican efectos de la violencia por la pareja que incluyen homicidio, suicidio, mortalidad materna, lesiones, alteraciones funcionales, trastornos crónicos, problemas de salud mental (estrés postraumático, depresión, abuso de sustancias psicoactivas), problemas de salud reproductiva (embarazos no deseados, ITS, trastornos ginecológicos, abortos, complicaciones del embarazo, y enfermedad inflamatoria pélvica). También influye en la percepción negativa de las mujeres sobre su futuro, limita su acceso a la educación, restringe su participación laboral, generando ausentismo laboral, reducción en la productividad y bajos ingresos. (66)

**Gráfico # 3: Relaciones entre el VIH, la VCM y el desarrollo humano**



### 3. Integración de programas de VIH y VCM

#### 3.1. Definición de la integración IH/VCM

Los programas de VIH y VCM han trabajado tradicionalmente de manera separada. Dependiendo del escenario epidemiológico, en muchos países los programas de VIH se han concentrado en las llamadas poblaciones clave o en riesgo, mientras que muchos de los servicios de VCM trabajan de manera prioritaria con mujeres en edad reproductiva, niñas y adolescentes. Si bien algunos protocolos de atención a la violencia doméstica y sexual incluyen medidas relativas a las ITS/VIH, con raras excepciones éstas se incorporan en la práctica y donde existen los programas de profilaxis del VIH/ITS para casos de violencia sexual, éstos se desempeñan generalmente de manera aislada de los programas tradicionales de VIH y VCM. En un estudio sobre los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica se encontró que un 70 por ciento de los centros informó que ofrecía consejería en VIH, el 66 por ciento ofrecía servicios de prueba de VIH y apenas un 25 por ciento indicó que ofrecía antirretrovirales. <sup>(67)</sup>

El concepto de integración varía entre las organizaciones y los países y puede ocurrir en distintos niveles. La OMS (2008) indica que la integración de servicios de salud implica la organización, coordinación, y administración de múltiples actividades y recursos para asegurar la entrega de servicios más eficientes y coherentes en términos de costos, resultados, impacto y utilización (aceptabilidad). <sup>(68)</sup>

Otros autores definen la integración de servicios/programas desde el punto de vista operativo como la oferta de dos o más servicios en un mismo centro durante el mismo horario de operaciones, con el proveedor de un servicio alentando activamente a sus usuarios a considerar el uso de otros servicios durante la misma visita, para hacer a estos servicios más convenientes y eficientes (Foreit KGF, Hardee K., Agarwal, K. 2002). <sup>(69)</sup>

Independientemente de la definición, enfoque o modelo que se adopte, la integración VIH/VCM es un proceso de doble vía en el que los programas de VIH incorporan intervenciones de atención y prevención de la VCM y viceversa; y en varios países existen oportunidades para llevarla a cabo:

- La infraestructura requerida para ofrecer algunos de los servicios de atención a la violencia ya existe en los servicios de VIH (consejería, atención en crisis, referencia, lugares de distribución de material educativo, actividades de educación comunitaria, etc.). Por su lado, los servicios de atención y prevención de la VCM en algunos países posiblemente tendrían que producir mayores cambios; particularmente aquellos que están ubicados en programas desvinculados de la salud sexual y reproductiva y/o ITS. Los programas

#### **Instrumentos internacionales relevantes para la integración de programas de VIH y VCM**

- . Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- . Declaración del Milenio - Objetivos, 3, 4, 5 y 6. (2000)
- . Declaración de Compromiso del UNGASS (2001)
- . Revisión Política del UNGASS (2006)
- . Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-1025. OPS/OMS (2005)
- . V Conferencia Mundial de la Mujer. Plan de Acción. Pekín (1995)
- . Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará, 1995).
- . Declaración de San Salvador sobre "Género, VIH y Violencia contra las Mujeres" (CIM/OEA, 2007)
- . El Llamado a la Acción de Gion sobre Planificación Familiar y VIH en Mujeres y Niños (2004)
- . El Llamado al Compromiso de New York: Enlazando el VIH y la Salud Sexual y Reproductiva (ONUSIDA y UNFPA, 2004)

de apoyo legal, apoyo a microempresas y educación comunitaria para la prevención de la violencia podrían no requerir cambios significativos en su infraestructura al momento de incorporar intervenciones sobre el VIH.

- Muchas de las personas que trabajan en VIH y/o VCM tienen experiencia en orientación o consejería, lo que constituye una base importante para desarrollar competencias en torno a la integración VIH/VCM.
- El sistema de logística de los servicios de atención y prevención del VIH/ITS puede utilizarse para las actividades relativas a la VCM. Aunque los programas de salud que abordan la VCM generalmente no incluyen suministros –como kits de pruebas de VIH, TAR, y drogas no antirretrovirales (antivirales, antimicóticos, antibióticos, etc.)– ni distribución de condones (masculinos y femeninos), pruebas de VIH o pruebas de carga viral, esto no constituye una barrera significativa ya que la integración permite complementar recursos, asegurando el acceso a los mismos a través de un buen sistema de referencia y seguimiento.
- Las actividades comunitarias sobre ambos temas pueden ser integradas a través de múltiples vías. Por ejemplo, los promotores legales que trabajan en torno a la VCM pueden desarrollar intervenciones que aborden la promoción de los derechos y acceso a la justicia incluyendo especificidades del VIH, mientras que los educadores comunitarios de VIH/ITS pueden informar a las comunidades sobre las intersecciones VIH/VCM en sus causas y consecuencias.

La integración VIH/VCM también puede implicar retos institucionales importantes tales como la necesidad de recursos humanos y financieros adicionales, lo cual puede también reducir la dotación de dichos recursos de otros servicios. En este sentido, la integración debe ser realizada sin afectar la calidad de otros servicios. Por ejemplo, en lugares en los que la inversión en prevención de la VCM se está reduciendo o depende casi de manera exclusiva de la cooperación internacional, puede ser difícil para quienes administran dichos servicios definir una estrategia para expandir su oferta actual e incluir nuevas intervenciones, aunque también puede ser una oportunidad para movilizar recursos de otras fuentes de financiamiento y fortalecer sus intervenciones. Por otro lado, la sobrecarga de trabajo puede afectar no sólo la calidad de los servicios sino también el estado físico y emocional de los proveedores, por lo que deben establecerse estrategias de autocuidado. De igual manera, el apoyo político puede ser escaso si los tomadores de decisión no perciben la integración VIH/VCM como una estrategia eficaz en términos de costo.

### **3.2. ¿Porqué invertir en la integración de programas y servicios de VIH y VCM?**

a. Dimensiones e implicaciones personales, familiares y sociales de ambos problemas. Una significativa proporción de MVVS experimentan o podrían vivir situaciones de violencia mientras que muchas SV tienen una elevada vulnerabilidad al VIH/ITS. Las intersecciones entre el VIH y la VCM aumentan la desigualdad social y la discriminación contra las mujeres, generando enfermedad, discapacidad, muerte y altos costos personales, familiares y sociales. La integración tiene el potencial de producir resultados no sólo en la prevalencia e incidencia de ambos problemas, sino también en indicadores básicos de desarrollo como la esperanza de vida al nacer, el perfil de morbi-mortalidad, la educación, el acceso al trabajo, la participación social, el ejercicio de los derechos humanos, entre otros.

b. Incrementa la equidad social, el acceso a servicios de VIH y VCM y reduce riesgos, vulnerabilidades y discriminación asociadas a ambos problemas. A pesar de la importancia del acceso a información y servicios en la reducción de ambos problemas, muy pocas SV utilizan los servicios existentes de prevención y apoyo. Para reducir la prevalencia e incidencia de la VCM y el VIH es necesario aumentar el acceso a servicios integrales de atención y prevención. Asimismo, la integración VIH/VCM tiene el potencial de disminuir los riesgos de salud y vida para las mujeres, al tiempo que disminuye el estigma y la discriminación que ambos problemas generan.

### Costos del VIH y la VCM

- Para las mujeres y sus familias: el VIH y la VCM producen gastos de bolsillo en tratamiento, medicamentos, curación de daños físicos y psicológicos; y tiempo invertido en la atención domiciliaria. Ambos disminuyen el ingreso familiar por ausentismo laboral, pérdida de empleo y la mortalidad de las mujeres por ambos problemas implica costos adicionales para el cuidado y crianza de huérfanos.
- Costos para los sistemas de atención, prevención: tratamiento de largo plazo, apoyo psicológico, programas de prevención y control, recursos humanos, infraestructura.
- Costos directos e indirectos para la sociedad en su conjunto: provisión de servicios para niños huérfanos, servicios judiciales, policiales, restricciones del acceso a la educación de las niñas, años de vida perdidos por muerte prematura, pérdidas en la producción.

María Antonia Remenyi, 2008. <sup>(65)</sup>

c. Oportunidades perdidas y eficiencia de las intervenciones. La integración VIH/VCM es posiblemente la vía más eficiente para salvar brechas de acceso a información y servicios y facilitar un proceso de empoderamiento que permita lograr que las mujeres reciban los servicios que necesitan sobre ambos problemas. Las acciones aisladas implican una pérdida de oportunidades para atender a las necesidades de las mujeres afectadas por el VIH y VCM.

d. Eficacia en términos de costo de las intervenciones. La integración puede ser financieramente sustentable y la inversión en la integración puede tener importantes beneficios para los sistemas encargados de las respuestas a las múltiples dimensiones del VIH y la VCM. Una adecuada integración tiene el potencial de aumentar el impacto de las intervenciones y hacerlas más eficaces en términos de costo.

e. Competencias de los recursos humanos. La integración VIH/VCM requiere ciertas competencias y habilidades del personal para evaluar, diagnosticar, apoyar el empoderamiento de las mujeres y referirlas a otros servicios, por lo que, para desarrollar intervenciones integradas, los recursos humanos deben estar adecuadamente preparados y contar con los insumos, el apoyo gerencial suficiente y programas de autocuidado. La integración puede constituir una oportunidad para que los recursos humanos desarrollen nuevas capacidades que, a su vez, permitirán mejorar la calidad de la atención.

f. Mejora la respuesta de los distintos actores en los distintos niveles guiados por principios básicos compartidos. No hay una sola forma o modelo para integrar intervenciones de VIH y VCM, por lo que el éxito en la articulación dependerá de la aplicación de principios amplios, adaptados al contexto y necesidades locales.

g. Fortalece la integración de políticas públicas. La integración VIH/VCM puede ser más eficaz si es apoyada por un marco de políticas (leyes, normas, planes) que facilite la vinculación de programas y servicios en los distintos niveles, con el apoyo de tomadores de decisión y la asignación adecuada de recursos financieros, técnicos y humanos.

h. Favorece la coordinación intersectorial e interprogramática. La integración eficaz y eficiente requiere una red coordinada de servicios en diferentes niveles de prevención y atención, complementada con el desarrollo de los sistemas de salud, justicia y otros que apoyen la articulación intersectorial e interprogramática.

i. La integración VIH/VCM acelerará el logro de compromisos internacionales sobre el desarrollo humano y la equidad de género establecidos en la Declaración del Milenio, UNGASS, Convención de Belem do Pará, CEDAW, entre otras.

### 3.3. Principios de la integración de programas de VIH y VCM

a. La integración VIH/VCM tiene como ejes transversales la igualdad de género, la promoción, protección y respeto de los derechos humanos.

#### **Conectando salud reproductiva, planificación familiar y el VIH en África: Algunos aspectos a considerar para la integración de VIH y VCM**

**a. Definición funcional de integración:** La integración puede tener distintas expresiones que van desde integrar programas y servicios a asignar fondos de un tema hacia otro. Cada una de estas alternativas tiene sus problemas específicos (estigma, políticas de los donantes, etc.). Es necesario diferenciar entre conectar e integrar, especialmente cuando se considera la capacidad, las competencias y la cantidad de los recursos humanos requeridos.

#### **b. Barreras relacionadas con las políticas públicas:**

Aunque la integración de los servicios se ejecute en el terreno a nivel local, la administración de los programas y factores políticos pueden influir en la implementación, particularmente en el acceso y la cantidad de recursos financieros. La experiencia de Family Health International en modelos de integración en Kenya, Zimbabwe, Sudáfrica y Nigeria indica que un contexto de políticas nacionales que apoye la integración no es suficiente. La integración requiere fondos asignados a nivel nacional, provincial, distrital y en los niveles de oferta de servicios en combinación con una adecuada coordinación programática. Asimismo, los servicios deben estar “centrados en los usuarios” más que “centrados en productos” y deben realizarse acuerdos entre donantes (algunos orientados a programas verticales) sobre los roles y responsabilidades de todos los socios, antes de iniciar el proceso de integración.

**c. Burn-out de los recursos humanos:** En Amhara, Etiopía, la mayor barrera a superar en una experiencia de integración de servicios de planificación familiar en centros de prueba voluntaria y consejería y prevención de transmisión perinatal, fue los elevados niveles de “síndrome del quemado” (Burn-out) de los profesionales de salud, debido en parte a la sobrecarga de trabajo.

Department of Community Health, Addis Ababa University, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Ethiopia. 2008 <sup>(70)</sup>

b. Políticas y planes para sustentar la integración VIH/VCM son necesarios, aunque no aseguran por sí mismos su éxito.

c. La abogacía y las intervenciones integradas son esenciales para cambiar normas sociales, actitudes y comportamientos que actúan como impulsores de la VCM y el VIH.

d. Los procesos de integración deben ser adaptados al contexto epidemiológico, económico, social y cultural de cada región, país y localidad en que se lleven a cabo.

e. Capacitación adecuada para el continuo desarrollo de competencias de los proveedores de servicios (formales e informales), acompañados de programas de autocuidado.

f. Las mujeres deben tener acceso a servicios e intervenciones esenciales para ambos problemas, bajo estándares éticos de seguridad y calidad de la atención.

g. La colaboración intersectorial y la participación de todos los sectores involucrados, como las agencias gubernamentales, las ONG, grupos de personas viviendo con el VIH, grupos de mujeres, grupos comunitarios y voluntarios, son esenciales para el éxito de los procesos de integración.

h. Consolidar los enfoques que tengan mayores probabilidades de tener un impacto amplio en salud y el desarrollo y ejercicio de los derechos humanos, al tiempo que se aumenta la eficacia y la efectividad de los programas existentes. La integración debe tener un valor agregado para las intervenciones en curso.

i. Basados en evidencia científica. Se debe partir de la información disponible sobre ambos temas, tomando en consideración la evaluación de las lecciones aprendidas de distintas experiencias en diversos contextos.

j. Asegurar una adecuada asignación de recursos financieros y humanos.

k. Sistemas de información, evaluación y monitoreo que permitan evaluar los procesos de integración y su impacto.

### 3.4. Niveles de integración VIH/VCM

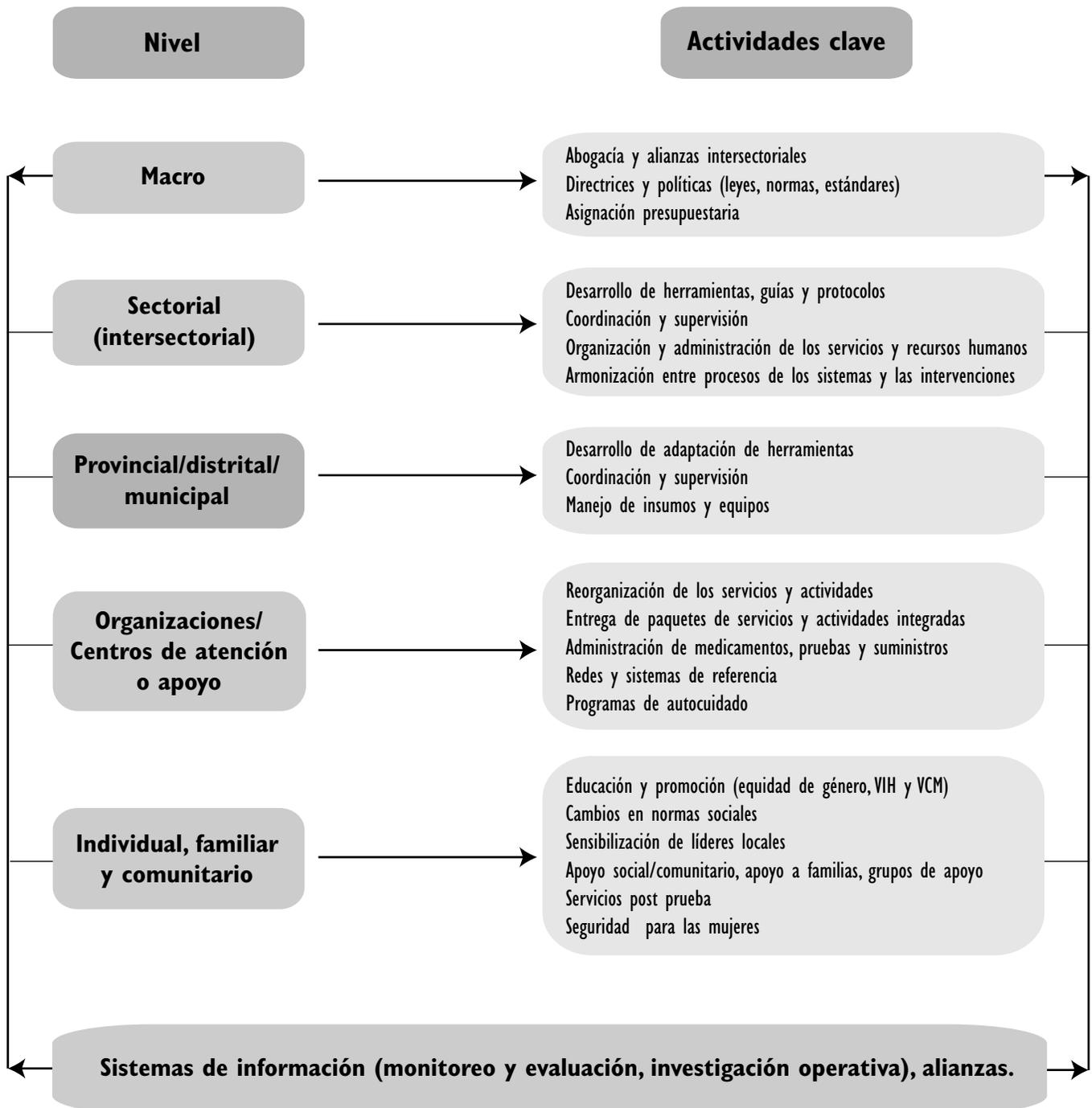
Los procesos de integración de programas o servicios deben estar basados en estrategias multinivel que aseguren su sostenibilidad, aunque no necesariamente aborden todos los niveles.

- **Macro:** Las acciones en el nivel macro permiten desarrollar las alianzas intersectoriales necesarias para diseñar directrices generales, adaptar el marco legal vigente para favorecer la integración, asegurar la asignación presupuestaria en el nivel central y posibles acuerdos sobre la implementación de un enfoque integrado de programas con los donantes.
- **Sectorial:** Los distintos sectores (salud, justicia, educación, trabajo, mecanismos de asuntos de la mujer y equidad de género, comisiones o consejos nacionales de VIH, mecanismos de manejo de riesgo frente a las emergencias, etc.) deberán crear herramientas conjuntas (guías, protocolos, normas u otras) para desempeñar sus intervenciones, al tiempo que coordinan y administran los aspectos técnicos y gerenciales de cada sector. Igualmente, la integración implica procesos de armonización entre los cambios en los sistemas (gestión) y las intervenciones directas que cada sector realiza.
- **Provincial/Distrital/Municipal:** El nivel local juega un rol importante en la integración VIH/VCM, independientemente de las características de la descentralización en los países. Es en este nivel donde se producen las adaptaciones necesarias de herramientas como guías y protocolos, se coordinan las intervenciones directas en los distintos grupos de población y se manejan insumos y suministros.
- **Institucional/organizacional:** La integración VIH/VCM implica cambios internos en todas las organizaciones participantes, tales como la reestructuración de los servicios y actividades, el diseño de nuevos paquetes de servicios integrados, la administración de medicamentos, pruebas y suministros, el establecimiento de redes y sistemas de referencia, y programas de formación de recursos humanos y de autocuidado para proveedores de servicios (formales e informales).
- **Individual, familiar y comunitario:** Comprende el trabajo a nivel comunitario para modificar normas sociales de género, prevención, apoyo a MVVS y SV y medidas de seguridad para las mujeres.

#### Principios de la integración VIH/VCM

- Derechos humanos y equidad de género
- Políticas públicas que sustenten las intervenciones en los distintos niveles.
- Cambios en normas sociales, actitudes y comportamientos relacionados con el VIH y la VCM.
- Integración adaptada al contexto.
- Desarrollo de recursos humanos y programas de autocuidado.
- Servicios e intervenciones con estándares éticos y seguridad para las mujeres.
- Participación social y coordinación intersectorial.
- Sinergias entre iniciativas en curso.
- Basados en pruebas/evidencia.
- Asignación adecuada de recursos financieros y humanos.
- Sistemas de información y M&E

**Gráfico # 4: Actividades clave para la integración VIH/VCM según niveles**



### 3.5. Pasos para desarrollar procesos de integración VIH/VCM

**a. Análisis situacional:** Para determinar las necesidades y las opciones de integración, es necesario evaluar el escenario epidemiológico del VIH y la VCM, el marco legal y de políticas, las respuestas sectoriales (salud, justicia, trabajo, educación, etc.), las normas prevalecientes sobre sexualidad, los roles de género, los factores de riesgo y las vulnerabilidades, así como los recursos locales existentes. En este sentido, el análisis situacional debe ser participativo y utilizar varios métodos de recolección de datos para responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las dimensiones del VIH y la VCM y las distintas vías a través de las cuales ambos problemas se vinculan en este contexto?
- ¿Cuáles son las perspectivas de los actores clave relacionados con ambas problemáticas, en torno a la integración VIH/VCM? ¿Cuáles son las necesidades que perciben las mujeres para la integración?
- ¿Cuáles son los factores sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en ambos problemas y en las respuestas sociales existentes?
- ¿Cuáles son los servicios y programas disponibles sobre VIH y VCM? ¿Quiénes son sus principales usuarios? ¿Qué poblaciones clave no están siendo alcanzadas por estos programas y servicios? ¿Tienen los servicios y programas existentes un enfoque de empoderamiento que promueva los derechos humanos y la igualdad de género?
- ¿Qué tipo de integración es necesario y posible desarrollar en este contexto?
- ¿Cuáles podrían ser las implicaciones estratégicas y logísticas de la integración VIH/VCM? ¿Cuáles son las implicaciones en términos de recursos humanos, financieros y técnicos? ¿Cuáles son las alianzas estratégicas? ¿Cómo garantizar la participación significativa de las MVVS y de las mujeres organizadas en general?

Para la realización del análisis situacional se recomienda utilizar las siguientes herramientas:

- Herramienta # 1: Análisis situacional del VIH y la VCM
- Herramienta # 2: Evaluación del marco legal sobre VIH y VCM
- Herramienta # 3: Mapeo de actores para la integración VIH/VCM
- En los casos en que la integración se realice en contextos de emergencia luego de desastres naturales, se recomienda utilizar la
- Herramienta # 4: Mapeo de servicios de VIH y VCM en contextos de emergencia luego de desastres naturales.

**b. Planificación:** Utilizando los resultados del análisis situacional realizado previamente, se procede a establecer las poblaciones (grupos específicos o población general) y las áreas geográficas prioritarias. La participación del personal que estará involucrado en el proceso de integración es crucial, así como la orientación de otros proveedores de servicios y tomadores de decisión. Se deberán identificar cuáles serán las intervenciones viables de integrar, la necesidad de adaptar o crear protocolos que respondan a la integración, así como los sistemas de referencia y contrarreferencia necesarios. El plan debe perfilar claramente los siguientes componentes:

- Antecedentes y justificación: Magnitud de la VCM y el VIH, marco legal y otras políticas públicas, respuestas sectoriales.
- Principios, enfoque y estructura técnica de la iniciativa de integración.
- Lógica de la intervención: Objetivos, resultados esperados, indicadores, actividades, supuestos y riesgos.
- Ejecución: Estructura funcional de la iniciativa de integración, instituciones ejecutoras y focalización, formación de recursos humanos y programa de autocuidado para prestadores formales e informales de servicios integrados de VIH/VCM.
- Costos y eficacia: Desglosados según renglones del presupuesto con fuentes de financiamiento identificadas, así como criterios para medir la eficacia de las intervenciones.
- Monitoreo y evaluación: Esquema de monitoreo y evaluación y métodos para la recolección de datos, incluyendo la línea de base.

- Sostenibilidad y gestión de riesgo.

Para la planificación, se sugiere utilizar las siguientes herramientas:

- Herramienta # 5: Evaluación del enfoque de empoderamiento en los servicios existentes de VIH y VCM.
- Herramienta # 6: Evaluación de la factibilidad de integrar VIH/VCM en intervenciones seleccionadas.
- Herramienta # 7: Componentes clave de estrategias de autocuidado para prestadores formales e informales de servicios integrados de VIH/VCM.

Con estos elementos se diseñan los componentes del modelo de integración VIH/VCM priorizado por las organizaciones o actores participantes. El modelo de integración en comunidades indígenas en América del Sur presentado en la Herramienta # 8 puede ilustrar una opción adoptada. Dado que se prevé que las iniciativas de integración se desarrollarán a una escala mayor una vez sean probadas y evaluadas en experiencias piloto, se recomienda también revisar la Herramienta # 9: Enfoque estratégico para el desarrollo de iniciativas de integración del VIH y la VCM.

**c. Implementación:** Debe estar basada en el diseño de cada una de las intervenciones seleccionadas y sustentada en protocolos, medidas éticas y de seguridad; y con recursos humanos e infraestructura adecuados.

Componente	Aspectos a considerar
<b>I. Infraestructura</b>	Espacios para los servicios/intervenciones priorizadas Espacios para actividades grupales o educativas Espacios para pruebas y almacenamiento de suministros Accesibilidad geográfica
<b>II. Materiales</b>	Materiales educativos para salas de espera, actividades comunitarias, movilización social y abogacía Juegos para prueba de VIH y otras ITS, TAR y drogas no antirretrovirales Condomes (femeninos y masculinos) Planes de seguridad para sobrevivientes de violencia Directorio de recursos sobre VIH y VCM
<b>III. Recursos humanos</b>	Recursos humanos con las competencias profesionales necesarias y la motivación para implementar intervenciones integradas de VIH/VCM. Supervisión establecida para apoyar a los recursos humanos trabajando en la integración. Programas de autocuidado para proveedores formales e informales.
<b>IV. Alianzas y coordinación intersectorial</b>	Redes o mecanismos de coordinación intersectorial e interprogramática. Medidas para asegurar la participación significativa y consistente de MVVS, grupos de mujeres en general y de la comunidad.
<b>V. Presupuesto</b>	Asignación presupuestaria en la planificación general de la o las organizaciones Estrategias de sostenibilidad financiera de los programas/servicios integrados Negociación con fuentes de financiamiento (incluyendo donantes) para asegurar apoyo a programas/servicios integrados.
<b>VI. Monitoreo y evaluación</b>	Línea de base, métodos de recolección de datos para M&E, fondos asegurados para M&E.

Las herramientas para trabajar en la implementación dependerán de las intervenciones seleccionadas, pudiendo utilizar las siguientes:

- Herramienta # 10: Aplicar el enfoque ecológico para diseñar estrategias de prevención del VIH y la VCM.
- Herramienta # 11: Guía para el diseño de encuesta de salida a usuarias de servicios de consejería y prueba voluntaria.
- Herramienta # 12: Evaluación de necesidades para integrar VCM en programas de prevención de la transmisión perinatal.

Para el diseño del plan de desarrollo de competencias de los recursos humanos que trabajarán en la integración VIH/VCM se recomienda utilizar la Herramienta # 13: Planificar el desarrollo de competencias de los recursos humanos para integrar programas de VIH y VCM.

**d. Monitoreo y evaluación:** Implica la recolección de información de manera sistemática, y el análisis de los avances, obstáculos y logros del programa, costos, la evaluación desde la perspectiva de las/os usuarias/os; e identificación de las lecciones aprendidas. Para diseñar el sistema de M&E se recomienda revisar la Herramienta # 14: Evaluación rápida de métodos para la recolección de datos.

## **UNIFEM - Fondo Fiduciario de la ONU en apoyo a las Actividades para Eliminar la Violencia contra la Mujer**

En 1996 la Asamblea General de la ONU estableció el Fondo Fiduciario de la ONU en apoyo a las Actividades para Eliminar la Violencia contra la Mujer. Dicho fondo es el único mecanismo de financiamiento multilateral dedicado exclusivamente a apoyar esfuerzos locales, nacionales y regionales de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para enfrentar la violencia de género. Desde que comenzó a operar en 1997, el Fondo Fiduciario ha otorgado más de US\$19 millones a 263 iniciativas orientadas a abordar la violencia contra las mujeres en 115 países. UNIFEM, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, administra el Fondo Fiduciario. Dentro de este fondo se abrió una Ventana para apoyar proyectos que abordan el VIH y la VCM.

### Proyectos de la Ventana de VIH y VCM (2007)

- a. Renaissance Santé Bouaké en Côte d'Ivoire, África – Prevención y protección de la mujer contra la violencia y apoyo a mujeres viviendo con el VIH. En el contexto de post conflicto de Bouaké, esta iniciativa se centra en sensibilizar a las autoridades públicas, miembros de la comunidad y líderes tradicionales sobre el impacto del conflicto en las mujeres, incluyendo la transmisión del VIH. Representantes comunitarios y del Estado serán entrenados en las convenciones internacionales sobre derechos de las mujeres, la VCM y su vínculo con el VIH, con la perspectiva de reducir el VIH en mujeres así como la discriminación contra las mujeres viviendo con el VIH. También proveerá apoyo psicológico a sobrevivientes de violencia y/o mujeres viviendo con el VIH y aumentará el rol de las mujeres en el liderazgo tradicional de Chefferie.
- b. Réseau National des ONGs Pour Le Développement de la Femme, DRC, África – Apoyando la reducción de las epidemias gemelas del VIH y la violencia contra la mujer. En seis áreas geográficas del DRC Este con una alta prevalencia de VCM y VIH (Goma, Bukavu, Uvira, Kindu, Kalemie, y Kisangani), el proyecto trabajará para reducir el impacto de las dos epidemias a través del entrenamiento de 400 actores clave y apoyo a sobrevivientes de violencia afectadas o viviendo con el VIH, ofreciendo cuidado médico y cinco casas de apoyo psicosocial. También apoyará el empoderamiento de estas mujeres a través de microempresas.
- c. Ethiopian Women Lawyers' Association (EWLA), Etiopía, África – Reduciendo la violencia de género en Nazareth, Awassa and Bahir Dar. El proyecto apunta a reducir prácticas dañinas y otras formas de violencia de género en tres áreas de alta prevalencia de VIH. En colaboración con el Grupo de Trabajo sobre Violencia de Género, el proyecto desarrollará capacidades de paralegales, policías, jueces y fiscales para aplicar medidas legales sobre violencia de género y VIH y las intersecciones entre las dos epidemias. Las representantes regionales de EWLA, consejeras legales y sobrevivientes serán capacitadas como entrenadoras de entrenadoras/es en auto-representación legal de sobrevivientes y roles de los profesionales de salud en el marco legal y sus responsabilidades relacionadas con las mujeres que han vivido violencia. El proyecto también fortalecerá la cooperación entre proveedores de servicios en los niveles regional y nacional.
- d. Centre for Gender Studies and Advocacy (CEGENSA), Ghana, África – Investigación, entrenamiento, consejería y apoyo legal para prevenir y aminorar los efectos de la violencia y el VIH en grupos seleccionados en Ghana. En colaboración con la Ark Foundation y la Coalición contra la Violencia Doméstica, el proyecto se centra en la creación de capacidades colectivas a nivel comunitario para la propugnación y formación de redes comunitarias, para promover el entendimiento sobre las intersecciones de las epidemias gemelas y apoyar a las mujeres viviendo con el VIH a ejercer sus derechos. Estas últimas serán entrenadas para defender los derechos de las PVVS y abogar junto con las asambleas distritales para utilizar recursos en VIH articulados a intervenciones sobre la VCM. El proyecto también proveerá asistencia legal para las mujeres viviendo con el VIH y trabajará con estudiantes para que aboguen por la transformación de la conducta de los hombres y acabar con la VCM.

## **UNIFEM - Proyectos de la Ventana de VIH y VCM del Fondo Fiduciario de la ONU en apoyo a las Actividades para Eliminar la Violencia contra la Mujer (Continuación)**

e. SidAlerte-Fria, Guinea, África – Enfrentando la violencia sexual y el VIH entre trabajadoras sexuales en las zonas mineras de Guinea. SidAlerte-Fria, en colaboración con Association Guinéenne pour l'Implication des Femmes dans le Processus Electoral en Guinée (AGUIFPEG) desarrollará actividades de sensibilización con las trabajadoras sexuales y los trabajadores mineros que utilizan sus servicios sobre la relación entre el VIH y la VCM. El proyecto busca empoderar a las trabajadoras sexuales para negociar sexo protegido y crear conciencia sobre sus derechos, al tiempo que mejora su seguridad física y facilita el establecimiento de grupos de apoyo entre pares. Incluye además un componente de abogacía para demandar al Estado la rendición de cuentas sobre la protección de los derechos de las trabajadoras sexuales.

f. Forum Mulher, Mozambique, África – Transformando creencias, prácticas tradicionales y oferta de servicios para eliminar la violencia contra las mujeres y reducir la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas frente al VIH. El proyecto se desarrollará en Chibuto y Xai-Xai para apoyar la implementación del Plan Nacional para el Avance de la Mujer (2007-2009) y el Plan Estratégico Nacional para Combatir el VIH (2006-2009), en colaboración con el gobierno. Apunta a fortalecer el acceso a servicios de las mujeres víctimas de violencia, a través de procedimientos estandarizados de atención médica, psicológica, policial y de asistencia legal. Se desarrollarán diálogos comunitarios con líderes tradicionales y creadores de opinión para transformar creencias tradicionales perjudiciales que incrementan el riesgo de las mujeres y las niñas al VIH. Asimismo, la campaña nacional “de hombre a hombre” será lanzada para promover la activa participación de los hombres en los esfuerzos para erradicar la VCM y niñas y el VIH.

h. Doctor to Children, Rusia, Europa Central y del Este y el CIS. Este proyecto se realizará en colaboración con Médicos del Mundo –Estados Unidos y la administración de Kalininsky Rayon, sucursal de San Petersburgo. Médicos para los Niños (DTC, por sus siglas en inglés), prestará atención a las mujeres embarazadas o que tienen niños pequeños, para prevenir el abandono infantil y asegurar su acceso sostenido a tratamiento, cuidado y apoyo. Se desarrollará un protocolo entre agencias y un modelo de servicios para responder efectivamente a los casos de violencia en MVVS y sus hijos e hijas. El proyecto también trabajará para transformar actitudes y conductas de la pareja, miembros de la familia y la comunidad en general para reducir la violencia en MVVS y sus hijos como resultado del estigma y la discriminación.

i. Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Argentina – Dos caras de la misma realidad, la VCM y el VIH. La FEIM con sus socios Gestos (Brasil), Mujer y Salud (Uruguay), y Educación Popular en Salud (Chile), desarrollará una investigación sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM, promoviendo políticas públicas integrales para enfrentar ambas epidemias en los cuatro países participantes. Se realizará investigación cuantitativa y cualitativa e incluirá entrevistas con mujeres víctimas de violencia, servidores públicos, organizaciones de la sociedad civil y la comunidad académica. Se elaborarán informes nacionales que serán presentados en cada país en eventos con los medios de comunicación, sectores de gobierno y redes de mujeres. Un informe regional será presentado en el V Foro Latinoamericano y del Caribe sobre VIH/ITS en el Perú (2009). También se creará una estrategia de comunicación para la diseminación de sus resultados, incluyendo la creación de una página Web.

j. Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”, Perú – Respuestas locales y comunitarias para la prevención y cuidado del VIH y la VCM en el Distrito de Villa El Salvador. El proyecto busca promover el cambio de actitudes sobre el VIH en mujeres y hombres y estimular conductas sexuales seguras y reducir el estigma y la discriminación relacionado con el estado serológico de las mujeres. Se capacitará a mujeres, jóvenes, profesores y proveedores de servicios para incrementar su conocimiento y habilidades para identificar y prevenir situaciones de riesgo. También abogará en el nivel de políticas públicas para aumentar la conciencia sobre el estigma y la discriminación que enfrentan las MVVS y promover la inclusión de las pandemias gemelas en los planes de desarrollo del distrito. Asimismo, fortalecerá las capacidades de dos centros, proveyendo atención y tratamiento a mujeres y jóvenes en riesgo.

La Coalición Global sobre Mujeres y SIDA ha propuesto a los gobiernos a nivel nacional las siguientes medidas para abordar las intersecciones entre el VIH y la VCM: <sup>(72)</sup>

A. Integrar estrategias para reducir la VCM en los planes de SIDA, y estrategias para incrementar el acceso a servicios esenciales de SIDA en los esfuerzos de prevención de la VCM; y asegurar que estos vínculos cuenten con el financiamiento necesario. Estas estrategias deben incluir:

- Capacitación y campañas de información en las comunidades para modificar normas y conductas dañinas que refuerzan la VCM y su aceptación social. Esto incluye el trabajo con los hombres y las comunidades para abordar la violencia y sus vínculos con el VIH.
- Promover oportunidades económicas para las mujeres a través de microempresas y desarrollo de habilidades que les den herramientas a las mujeres para su independencia económica y evitar o escapar de la violencia y reducir su riesgo frente al VIH.

### **Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA)**

#### ***Proyecto: Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica***

El proyecto se desarrollará durante el período 2008 – 2010 y se centrará en desarrollar modelos de integración de políticas y programas sobre violencia contra la mujer y VIH en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá a través de cuatro componentes:

- a. Estrategias de fortalecimiento de capacidades para asegurar la implementación del modelo integrado en cada país a través de capacitación, fortalecimiento de redes, gestión del conocimiento y herramientas técnicas para el desarrollo institucional.
- b. Medidas de seguridad y estándares de atención y prevención integrados dentro de las organizaciones para asegurar la calidad de las intervenciones prioritarias.
- c. Experiencias piloto implementadas en cada país participante utilizando el modelo integrado de políticas y programas; documentando e identificando lecciones aprendidas que servirán de base para su adaptación en distintos contextos a nivel local y nacional.
- d. Una red para intercambio de información, experiencias exitosas y cooperación técnica a nivel subregional

CIM/OEA, 2008. <sup>(73)</sup>

- Asegurar que los programas de VIH aborden las realidades de la VCM como una barrera al acceso a servicios de VIH, proporcionando entrenamiento para proveedores de servicios a fin de que éstos puedan reconocer los signos de violencia, ofrecer consejería básica y apoyo y la referencia apropiada para apoyo adicional, incluyendo asistencia legal, donde esté disponible.

- Proveer capacitación a los oficiales de administración de justicia y otros que puedan tener contacto con víctimas de violencia sobre el riesgo de VIH y las referencias apropiadas para información sobre prevención, tratamiento médico, y profilaxis post exposición, donde sea apropiado, para reducir el riesgo inmediato de la transmisión del VIH.

B. Fortalecer el contexto legal y de políticas públicas para que se promulguen y refuercen leyes sancionando y previniendo la VCM, que

se establezcan y mantengan sistemas para reportar la prevalencia y la aceptabilidad de la VCM y que estos sistemas de monitoreo efectivamente alimenten los procesos de diseño de los programas nacionales de SIDA.

C. Asegurar que las organizaciones, particularmente aquellas con experiencia en el abordaje de la VCM estén representadas en los consejos nacionales de SIDA y otros foros relevantes para asegurar que los vínculos entre el VIH y la VCM estén abordados efectivamente en el diseño e implementación de los programas nacionales de SIDA.

### **Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)**

#### ***Estudios nacionales sobre violencia doméstica y sexual extrafamiliar y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua***

En el 2006, la OPS/OMS desarrolló estudios sobre los vínculos entre el VIH y la VCM en tres países centroamericanos dirigidos a estimar la proporción de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica y sexual extrafamiliar usuarias de los servicios de VBG (violencia basada en el género) que viven con el VIH y a estimar la proporción de mujeres que viven con el VIH usuarias de los servicios de atención al VIH que viven o han vivido violencia doméstica (violencia física, sexual y emocional) y sexual extrafamiliar. OPS/OMS. 2005. <sup>(74)</sup>

## 4. Integración de componentes clave de programas de VIH y VCM

### 4.1. Prevención del VIH y la VCM

En la mayoría de los países del mundo, en las políticas públicas sobre VIH ha predominado un enfoque clínico e individualizado que se ha traducido en una reducida inversión en estrategias de prevención primaria. El ONUSIDA (2008) ha planteado que aunque la tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables. <sup>(1)</sup> Igualmente, aunque las estrategias de prevención de la VCM han logrado cambios importantes en el nivel de conocimiento sobre el problema en varios países, ésta sigue siendo una práctica ampliamente aceptada en muchas sociedades, particularmente cuando se trata de preservar los roles de género tradicionalmente asignados a las mujeres.

Cabe destacar que desde un enfoque de salud pública, los distintos niveles de prevención (primario, secundario y terciario) están íntimamente conectados y se refuerzan mutuamente, ya que tanto el diagnóstico precoz del VIH y la VCM pueden ayudar a detener el ciclo de la violencia y ofrecer la atención necesaria frente a ambos problemas, como los tratamientos para evitar la muerte o paliar sus efectos pueden evitar nuevas infecciones de VIH y nuevos casos de violencia. La experiencia en prevención en torno a ambos problemas ha mostrado que se requieren intervenciones en los distintos niveles (individual, interpersonal, comunitario, sectorial y macro) y que el conocimiento per se no es condición suficiente para producir cambios de comportamientos sostenibles.

Los enfoques de prevención que hacen énfasis en las llamadas poblaciones o grupos de alto riesgo constituyen una estrategia de carácter paliativo y temporal, en tanto no intenta alterar las raíces de estos problemas sino identificar a los individuos que son particularmente susceptibles a esas causas. <sup>(75)</sup>

Aun reconociendo la importancia que las medidas de prevención tienen en las llamadas “poblaciones puente” para reducir la transmisión del VIH, dadas las condiciones de discriminación, violencia y falta de acceso a recursos de protección de las mujeres, estos enfoques no alcanzan a atender las vulnerabilidades específicas, por lo que no es un hecho casual que la epidemia en las mujeres siga en aumento.

#### Enfoques estructurales sobre prevención del VIH

- a. La prevención del VIH no puede tener éxito en el largo plazo si no aborda los factores subyacentes de las vulnerabilidades y riesgos frente al VIH en diferentes localidades. Los programas de prevención del VIH deben incorporar enfoques estructurales.
- b. Los factores estructurales incluyen el ambiente físico, social, cultural, organizacional, comunitario, económico, legal y de políticas que influyen en la transmisión del VIH. Estos factores operan en los distintos niveles de la sociedad y diferentes distancias para influir el riesgo individual y dar forma a la vulnerabilidad social frente al VIH.
- c. Los enfoques estructurales buscan el cambio en los factores determinantes en los niveles social, económico, político, de la vulnerabilidad frente al VIH. Deben ser implementados desde una perspectiva sensible al contexto, reconociendo la necesidad de la relevancia contextual y la interacción entre los distintos niveles de influencia.
- d. Como todas las estrategias de prevención del VIH, los enfoques estructurales pueden presentar desafíos para su evaluación. No siempre las evaluaciones de los enfoques son fácilmente equiparables a los diseños experimentales porque sus especificidades situacionales y la necesidad de abordar múltiples elementos interactuantes. Existen métodos alternativos para evaluaciones rigurosas, pero se requiere mayor desarrollo en esta área.

Rao Gupta, Geeta et al. 2008. <sup>(10)</sup>

### **a. Prevención del VIH en las mujeres**

Las opciones de prevención del VIH para las mujeres son todavía muy limitadas. Una estrategia integral de prevención del VIH en las mujeres requiere incorporar diversas estrategias que aborden factores estructurales, intervenciones biomédicas (condones femeninos y masculinos, microbicidas, tratamiento antirretroviral para el VIH y antirretroviral para las ITS), cambios de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/ITS, el empoderamiento de las mujeres y la eliminación de la VCM, el fortalecimiento de la justicia social y el ejercicio de los derechos humanos.

La escasa importancia otorgada a los factores de riesgo medio ambientales como la pobreza y las inequidades de género ha resultado en estrategias de prevención que se basan en el concepto de prevención del VIH dirigida a personas que tienen cierto nivel de control individual y autonomía en la toma de decisiones sobre la sexualidad y otras esferas de la vida, lo que no toma en consideración la situación de las mujeres y las niñas (Krishnan et al, 2007).<sup>(76)</sup> Un caso que ejemplifica esta presunción es la denominada estrategia ABC (abstinencia, fidelidad y condones) para la prevención del VIH, la cual no aborda adecuadamente las necesidades de las mujeres, las realidades de los hombres y la relación entre ambos; y por lo tanto ha dejado de lado, los factores fundamentales que impulsan la epidemia.<sup>(77)</sup> Este enfoque no es una respuesta viable para muchas mujeres que están sujetas a la violación o coerción sexual por la pareja, o limitadas por la violencia para negociar el uso de condones.<sup>(78)</sup> Entre mujeres jóvenes entrevistadas en Harare (Zimbabwe), Durban, y Soweto (Sudáfrica), el 66 por ciento informó haber tenido una sola pareja en su vida y el 79 por ciento se abstuvo de tener relaciones sexuales por lo menos hasta la edad de 17 años; sin embargo, el 40 por ciento de estas mujeres estaban viviendo con el VIH.<sup>(79)</sup>

Las prácticas sexuales de los hombres y la percepción de riesgo en torno a las mismas, aumenta la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. Por ejemplo, en un estudio sobre relaciones sexuales extramaritales en hombres mexicanos y el riesgo de sus parejas frente al VIH y otras ITS, se encontró que el 15 por ciento había informado relaciones sexuales con alguien que no era la pareja primaria, en el año anterior a la encuesta, de los cuales apenas el 9 por ciento afirmó haber usado condón durante su última relación sexual y el 80 por ciento no percibe ningún riesgo frente al VIH.<sup>(80)</sup> Asimismo, los niveles de conocimiento varían entre países y en el interior de los mismos.

Por otro lado, aunque se ha avanzado en los niveles de conocimiento de las mujeres sobre formas de protegerse del VIH/ITS, persisten importantes atrasos en muchos países. En la India, en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar III (National Family Health Survey, 2006 – NFHS III) se encontró que el nivel de conciencia de las mujeres sobre el VIH había aumentado al 57 por ciento, en comparación con el 40 por ciento en la edición anterior de la encuesta (NFHS II). Sin embargo,

#### **Campaña Global por los Microbicidas (PATH)**

A pesar de que algunos de los microbicidas candidatos están en fase avanzada de ensayos clínicos, en caso de que uno resultase eficaz, sólo podría estar listo para su distribución dentro de 2 a 3 años y se estima que pueden pasar entre 5 y 10 años entre el descubrimiento de un producto prometedor y su disponibilidad en el mercado.

Es probable que la primera generación de microbicidas reduzca el riesgo de transmisión por no más del 40 al 60 por ciento. Sin embargo, un microbicida parcialmente eficaz puede proporcionar una protección sustancial al VIH, particularmente si se usa de forma consistente.

Un microbicida 60 por ciento VIH/ITS eficaz podría evitar 2,5 millones de infecciones de VIH en tres años, si se introduce en 73 países de nivel de ingreso bajo o medio, según las estadísticas del London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Los microbicidas serán un método de prevención controlado por las mujeres.

PATH. Como gestionar expectativas en relación a los microbicidas. 2008.<sup>(82)</sup>

apenas el 34,7 de las mujeres conocía que el uso consistente del condón puede reducir las probabilidades de transmisión del VIH. <sup>(81)</sup>

### **Tecnologías para la prevención del VIH – condón femenino y microbicidas**

Algunas mujeres prefieren el condón femenino en comparación con el condón masculino, ya que ofrece mayor flexibilidad en términos del momento para quitarlo y ponerlo. Sin embargo, algunos donantes y formuladores de políticas permanecen escépticos acerca de que exista una demanda suficiente de condones femeninos, aunque los proyectos de condones femeninos revelan que hay una demanda significativa. En este sentido, la expansión del acceso a los condones femeninos no depende de las usuarias, sino de cuán dispuestos están los donantes y gobiernos a invertir en comprarlos, desarrollar programas de apoyo para su distribución y uso, así como en el desarrollo de condones femeninos baratos. A nivel mundial, por cada 423 condones masculinos se produce un condón femenino y actualmente cada unidad de condón femenino cuesta 18 veces más que el condón masculino. Aunque no hay un seguimiento mundial del gasto en condones femeninos, se ha estimado que el financiamiento total en 2007 no fue más del 0,3 por ciento del financiamiento global para responder al VIH. <sup>(55)</sup>

Las nuevas estrategias y tendencias en prevención del VIH apuntan hacia la combinación de intervenciones de carácter conductual o comportamental, biomédicas y estructurales.

#### **b. Prevención de la VCM**

La evaluación de programas de prevención de la VCM reafirman lo encontrado en las estrategias de prevención del VIH: el conocimiento no se traduce necesariamente en cambios de comportamiento y en caso de que se produzcan, tampoco asegura que las transformaciones individuales se mantengan en el tiempo. En este sentido, el suministro de información no es suficiente para que se genere un cambio de conducta positivo y sostenido en el tiempo. <sup>(83)</sup> Asimismo, “el cambio de actitudes y la sensibilización parecen ser mucho más sencillos que la modificación de las conductas violentas.” <sup>(84)</sup> Algunas evaluaciones indican que las estrategias de prevención pueden ser más eficaces si son de carácter multinivel, incorporando intervenciones en los niveles individual, interpersonal y comunitario para cambiar pautas culturales, a la vez que se mejoran las leyes que sancionan la violencia, protegen a las mujeres y aumentan su acceso a la justicia. Igualmente eficaces pueden ser los programas centrados en el empoderamiento de las mujeres, la oferta de servicios para prevenir nuevos episodios de violencia y reparar los daños producidos por experiencias previas de violencia, así como la dotación de recursos de seguridad y apoyo para las víctimas. <sup>(85)</sup>

Algunos programas de prevención que abordan la VCM desde el sector de salud reproductiva y VIH han integrado estrategias de comunicación para el cambio de

#### **Criminalización de la transmisión del VIH y violencia contra las mujeres**

- Muchas mujeres son las primeras en reconocer públicamente que están viviendo con el VIH, por lo que podrían ser acusadas de haber transmitido el virus a sus parejas y con ello un incremento de la violencia hacia ellas por la pareja, la familia y la comunidad.
- Riesgos de enfrentar violencia laboral y económica: pérdida de trabajo, acoso, estigma y discriminación por parte de compañeros de trabajo y supervisores, pérdida de negocios y medios de vida y barreras al crédito.
- Violencia en los servicios: aumento de la discriminación, barreras adicionales relacionadas con la confidencialidad y la disposición de las mujeres a hablar sobre el VIH y de las restricciones que enfrentan en sus relaciones de pareja para protegerse.
- Desincentiva el uso de la prueba en las mujeres.
- Frena la participación y respuestas honestas sobre la conducta sexual en investigaciones.
- Las trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables y otros grupos de población podrían enfrentar persecución policial.

Fuente: adaptado de Ruth Lowbury and George R Kinghorn. Criminal prosecution for HIV transmission. *BMJ* 2006; 333;666-667 <sup>(89)</sup>

conducta, encontrándose que éstos incorporan los niveles individual y comunitario a través de alianzas con otras organizaciones y abordan diversos temas, incluyendo el VIH, la equidad de género y pequeñas empresas, entre otros. Algunas iniciativas han logrado medir cambios en los niveles de sensibilización y actitudes, aunque no han podido medir los cambios en el comportamiento. <sup>(86)</sup>

En una revisión sistemática de las intervenciones de prevención primaria de la violencia por parte del compañero íntimo, dirigidas a estudiantes de nivel intermedio y secundaria, se encontró que todas utilizaron una combinación de la teoría feminista y de la teoría de aprendizaje social y que las que tuvieron un impacto positivo medible fueron aquellas que utilizaron intervenciones a nivel individual combinadas con otras de base comunitaria. <sup>(87)</sup>

El trabajo con hombres en diversos países ha mostrado cambios en las actitudes machistas, incluyendo un incremento en su participación en las tareas del hogar y en conductas más solidarias con las mujeres. También se han desarrollado experiencias prometedoras de prevención de la violencia en el marco de programas de salud reproductiva, prevención del VIH y formación de actitudes para la vida en los jóvenes. <sup>(84)</sup> Asimismo, los programas de entretenimiento y educación a través de medios de comunicación (radio y TV) como Sexto Sentido en Nicaragua muestran cambios en los niveles de conocimiento sobre la VCM, desarrollo de actitudes favorables en torno a la distribución equitativa del trabajo doméstico y rechazo a la VCM. <sup>(88)</sup>

Los talleres “Stepping Stones” han sido implementados en más de 40 países y se centran en modificar comportamientos y normas relacionadas con el VIH, los sexos y las relaciones. Esta iniciativa ha logrado reducir los niveles de aceptación y la prevalencia de la violencia contra la mujer y promovido la sensibilización sobre el VIH y el uso de preservativos mediante el fomento del diálogo comunitario. <sup>(90)</sup> Asimismo, el programa Men as Partners (Hombres como compañeros) en Sudáfrica, ejecutado por Engender Health produjo cambios en la percepción de los hombres en torno a la igualdad de derechos y que no era correcto golpear a las esposas. <sup>(91)</sup> Igualmente en Brasil, el Programa H del Instituto Promundo ha producido mejoras en las actitudes de los hombres jóvenes hacia la igualdad entre los sexos y la disminución en el riesgo de contraer VIH e infecciones de transmisión sexual. <sup>(92)</sup>

UNIFEM (2003) propuso consideraciones éticas en estrategias de comunicación sobre VCM aplicables a las estrategias de prevención del VIH y la VCM: <sup>(93)</sup>

- Reconocer que la inequidad y desigualdad de género y la discriminación son la base en la que se sustenta la VCM y que estos temas deben ser abordados.
- Los mensajes y materiales deben tener como primera prioridad la seguridad y el bienestar de todas las mujeres, individual y colectivamente.
- Utilización de mensajes directos y gráficos, pero nunca mensajes o materiales que exploten, estigmaticen o refuercen estereotipos sobre mujeres y hombres. Los mismos deben reflejar modelos positivos, así como interacciones y conductas positivas en relación con el VIH y la VCM.
- Utilización de formas constructivas y positivas para involucrar a los hombres en la prevención del VIH y la VCM, sin poner en riesgo la seguridad de las mujeres ni la confidencialidad.
- Articulación entre las estrategias de prevención primaria con las secundarias y terciarias, para asegurar una respuesta integral a las demandas de atención que puedan generarse a través de estrategias de prevención primaria (sobrevivientes de violencia, MVVS con necesidades insatisfechas de atención, etc.).

### **Programa con mujeres adolescentes afroamericanas que habían experimentado violencia**

Esta iniciativa tuvo como objetivo medir la eficacia de una estrategia de prevención del VIH en adolescentes afroamericanas que declararan historia de violencia. Se desarrolló en Birmingham, Alabama, con una duración de un año y contó con una evaluación inicial (línea de base) y un seguimiento a los 6 y 12 meses. Se utilizaron dos enfoques complementarios, la teoría social cognitiva y la teoría de género y poder en un grupo de 146 mujeres adolescentes afroamericanas (14 a 18 años) que habían tenido experiencia de sexo forzado alguna vez por un novio o que habían sido físicamente abusadas (patadas, empujones, bofetones, golpes). Fueron divididas en dos grupos (73 participantes en cada uno), uno expuesto a una intervención de prevención de VIH (estrategias para reducir el riesgo frente al VIH/ITS, mitos sobre el VIH, uso del condón, habilidades para la comunicación, roles de género, influencia de la pareja) y el otro a una intervención sobre promoción de salud general (nutrición, actividad física e información sobre lugares donde adquirir alimentos saludables). Ambas intervenciones constaron de 4 sesiones grupales interactivas de cuatro horas de duración y se realizaron pruebas para la detección de ITS. En el grupo que había sido expuesto a las intervenciones sobre VIH se encontró que tenían más probabilidad de informar un uso consistente del condón en su última relación sexual. También tenían menos probabilidad de haber adquirido una ITS que las que habían participado en la intervención de promoción de salud general. También presentaron una mayor puntuación en los niveles de conocimiento sobre prevención del VIH, tenían actitudes más favorables al uso del condón y reportaron menos barreras percibidas para el uso del condón con la pareja. También demostraron mayores habilidades en la aplicación del condón, y obtuvieron una mayor puntuación en autoeficacia relacionada con el uso del condón. No se informaron diferencias entre ambos grupos en la frecuencia con que negociaron sexo protegido.

Wingood, Gina et al. 2006. <sup>(94)</sup>

#### **4.2. Consejería y prueba voluntaria**

La OMS ha señalado que en varios países las mujeres embarazadas rehúsan utilizar servicios de prueba y consejería de VIH por temor a la violencia. Estudios en Uganda muestran que las mujeres tienen miedo de pedir dinero o permiso a sus esposos para visitar un centro de servicios de VIH o buscar información; y en algunos casos, las parejas han prohibido explícitamente que las mujeres se hagan la prueba de VIH. <sup>(95)</sup> En Tanzania, entre mujeres usuarias de un servicio de CPV en Dar es Salaam, las mujeres jóvenes viviendo con el VIH (menores de 30 años) tenían diez veces más probabilidad de informar violencia por la actual pareja que las mujeres del mismo grupo de edad que no vivían con el virus. <sup>(96)</sup>

En los Estados Unidos de América, 4 de 20 estudios informan que las mujeres estudiadas experimentaron violencia como consecuencia de la notificación de los resultados de la prueba de VIH, en promedio un 8 por ciento, entre el 3,2 al 24 por ciento. Algunos autores indican que las mujeres con historial de violencia física o sexual tienen más probabilidad de sufrir violencia como resultado de la notificación de su estado serológico. <sup>(97)</sup>

En algunos países se presentan algunas variaciones en el uso de la prueba de VIH y el conocimiento del lugar donde realizarla. En Haití (2000) y Colombia (2004), la proporción de mujeres que ha vivido violencia y que conoce dónde hacerse la prueba de VIH es del 23,7 y 49,9 por ciento respectivamente, mientras que entre las que no han vivido violencia es del 21,8 y 54,6 por ciento. Sin embargo, la proporción de mujeres que se ha hecho la prueba entre las que han vivido violencia en ambos países es del 3,6 y 20,4 por ciento, mientras que entre las que no la han experimentado es del 3,7 y 17,1 por ciento, respectivamente. <sup>(21)</sup>

Por otro lado, la OMS (2003) ha señalado que la notificación a la pareja sexual sobre los resultados de la prueba de VIH puede producir un aumento en las conductas preventivas, incluyendo el uso del condón. Información proveniente de varios países indica que, además de que la violencia actúa como una barrera al acceso,

también limita que las mujeres notifiquen los resultados de la prueba de VIH a sus parejas. La OMS (2003) indica que la tasa de notificación de resultados de la prueba a las parejas sexuales entre mujeres en países desarrollados es en promedio del 71 por ciento, mientras que en países en vías de desarrollo es el 52%. Entre las barreras a la notificación del estado serológico se encuentran el miedo al abandono, al rechazo o a la discriminación, miedo a la violencia, miedo de enfadar a la familia y temor a ser acusada de infidelidad.<sup>(97)</sup>

Aunque se ha encontrado en algunos estudios que la violencia como consecuencia de la comunicación del resultado de la prueba de VIH ha sido declarada por una proporción pequeña de mujeres, hay que considerar este riesgo, especialmente para las mujeres. Un estudio reciente utilizando una prueba probabilística en pacientes VIH positivos en servicios de atención primaria en los Estados Unidos encontró que la proporción de mujeres que declararon haber experimentando riesgo físico después de su diagnóstico (20,5%) casi duplica el porcentaje de HSH (11,5%) y casi se triplica en comparación con otros hombres (7,5%).<sup>(98)</sup>

En algunos países, apenas el 1 por ciento de los adultos ha buscado CPV y apenas una de cada diez PVVS conoce su estado serológico (UNAIDS, citado por Panos). Los servicios de CPV son un medio idóneo para la prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM. Sin embargo, varios autores han planteado preocupaciones por algunas estrategias dirigidas a aumentar el acceso a la prueba de VIH, como el “opt-out” (opción de exclusión), ya que implica la prueba sin consejería y sin evaluación de riesgo para las personas con resultado negativo. Aunque se reconocen los beneficios que el incremento en el acceso a la prueba tiene para ofrecer tratamiento a las PVVS, se han analizado sus potenciales implicaciones en relación con el estigma, el riesgo de enfrentar violencia o abandono en las mujeres, el posible impacto psicológico y la falsa sensación de seguridad que puede producir un resultado negativo si se mantienen conductas de alto riesgo.<sup>(99)</sup> Las mujeres tienen más probabilidad de ser afectadas por medidas que eliminan el consentimiento individual informado y que se centran en que el o la usuaria se niegue activamente a hacerse la prueba después de una sesión informativa previa a la prueba, a causa de su riesgo elevado al VIH, así como de hacer un mayor uso de los servicios de salud. Las mujeres también podrían ser más susceptibles a estos cambios en el consentimiento y proceso de consejería debido a su marginalización social en muchos lugares.<sup>(100)</sup>

#### **Beneficios de preguntas rutinarias sobre VCM en los servicios de prueba y consejería de VIH**

- . Permite identificar los casos de violencia encubiertos.
- . Puede constituir una oportunidad para reducir las barreras de acceso a prevención, tratamiento y cuidado de VIH asociadas a la VCM.
- . Cambia la aceptación de la VCM como un problema natural, tanto en MVVS como las que tienen un resultado negativo a la prueba de VIH.
- . Es un medio para que los proveedores de salud que trabajan en VIH cambien sus actitudes y nivel de conocimiento sobre la VCM y ayuden a reducir el estigma social frente a la VCM y el VIH.
- . Ayuda a mantener la seguridad de las sobrevivientes de violencia, estén viviendo o no con el VIH.

Dada la magnitud de las diversas formas de VCM, la indagación sobre estas experiencias en los servicios de consejería previa y posterior a la prueba puede ser un medio idóneo para dar el apoyo que necesitan. El estigma social que rodea la violencia y el VIH hace que muchas mujeres rechacen hablar de estos temas o no sepan cómo y dónde buscar ayuda. Una evaluación sistemática de identificación de casos de violencia doméstica en centros de salud concluyó que, a pesar de que no hay suficiente evidencia para recomendar programas de identificación rutinaria, los centros de salud deben apuntar a identificar y ofrecer apoyo a las mujeres que viven violencia.<sup>(101)</sup> Otros autores han planteado que la identificación en los centros de salud incrementa la referencia a otros servicios y la aceptabilidad de esta estrategia parece alta entre las mujeres abusadas y no abusadas.<sup>(102)</sup>

### Beneficios potenciales de la integración de la VCM en los servicios de prueba y consejería de VIH

Mujeres con resultado negativo de la prueba de VIH	Mujeres viviendo con el VIH	Comunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser un factor importante de motivación para enfrentar la violencia como un medio para mantenerse en su condición de VIH negativa.</li> <li>• Facilita la decisión informada y el desarrollo de habilidades sobre relaciones sexuales y la negociación de sexo protegido.</li> <li>• Puede ser una vía para identificar casos de violencia sexual y prevenir posibles conductas o situaciones de riesgo asociadas.</li> <li>• Oportunidad para evaluar riesgos frente al VIH.</li> <li>• Mejora el acceso a servicios de atención a la VCM a través de sistemas de referencia.</li> <li>• Oportunidad para acceder a la prueba de VIH.</li> <li>• Prevención de la transmisión perinatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso temprano a servicios de apoyo para atender o prevenir la VCM.</li> <li>• Promueve cambios de conductas y ofrece apoyo para prevenir la re-infección a causa del sexo forzado o conductas sexuales de riesgo asociadas a las experiencias previas de violencia sexual.</li> <li>• Oportunidad para evaluar riesgos frente a la violencia.</li> <li>• Facilita el desarrollo de un plan de seguridad frente a la VCM.</li> <li>• Identificación de problemas de salud mental generados por la VCM y el VIH.</li> <li>• Apoya la adherencia al tratamiento reduciendo los riesgos de abandono asociados a la VCM.</li> <li>• Prevención de la transmisión perinatal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promueve el conocimiento sobre la relación entre el VIH y la VCM y, potencialmente, la reducción de la transmisión del VIH debido a la VCM.</li> <li>• Cambios en la percepción de riesgo de las mujeres.</li> <li>• Facilita un ambiente social de apoyo para la prevención de la VCM.</li> <li>• Promueve la apertura y reduce el miedo y estigma sobre el VIH.</li> <li>• Estimula respuestas comunitarias para el apoyo de PVVS y SV.</li> <li>• Apoya la defensa de los derechos humanos y su relación con el VIH y la VCM.</li> </ul>

## **Consideraciones prácticas para profesionales trabajando en los campos de prevención de la violencia por parte de la pareja y cuidados relativos al VIH**

**Estigma:** La prueba y el diagnóstico de VIH se mantienen todavía altamente estigmatizados en muchas comunidades. Es necesario considerar que las/os usuarias/os en riesgo podrían estar enfrentando luchas internas con el estigma que rodea al VIH o a la violencia, o a ambos, provocando que la persona crea en los estereotipos negativos asociados a los dos problemas. Esto puede influir sustancialmente en la apertura sobre su estado serológico, miedos o condiciones. Asimismo, los proveedores de servicio deben estar atentos a sus propias creencias sobre el VIH y la violencia por parte de la pareja, lo cual puede influir en su conducta. Los proveedores que trabajan en salud reproductiva deberían evaluar rutinariamente el riesgo de VIH y violencia, mientras que los que trabajan en servicios de VIH deben incorporar la identificación de la violencia y recursos de referencia en los cuidados rutinarios para todos.

**Alerta a señales de traslape:** Los trabajadores de salud y otros profesionales deben estar conscientes de los signos de potenciales traslapes entre el VIH y la VCM. Si la usuaria presenta conductas de riesgo relacionadas con el VIH, se niega a hacerse la prueba de VIH o presenta resistencias para comunicar un resultado positivo a la prueba de VIH, es posible que tenga miedo al maltrato de la pareja. Si una PVVS enfrenta dificultades para adherirse al régimen del tratamiento, es posible que haya problemas subyacentes de violencia. Si la usuaria es identificada como alguien que experimenta o ha experimentado violencia, esto puede indicar que tiene un riesgo mayor al VIH. Los grupos que abogan en contra de la violencia doméstica, que están conscientes de los vínculos entre el VIH y la violencia en la pareja, deben animar a sus usuarias a hacerse la prueba. Los proveedores de servicios de salud deben también considerar estas posibilidades cuando trabajan con sus usuarias y discutir estrategias de sexo protegido.

**Planes para la notificación a la pareja:** Debe otorgarse especial atención a la notificación si la mujer vive violencia por la pareja. No todas las víctimas están listas o quieren dejar una relación abusiva, razón por la que deben elaborarse planes de seguridad para la notificación de los resultados de la prueba que tengan esto en cuenta. Los consejeros que incorporan la identificación de casos de violencia de pareja en sus sesiones de consejería después de la prueba de VIH, pueden ayudar a las usuarias a desarrollar planes de seguridad para comunicar los resultados de la prueba, en el entendimiento de que la comunicación puede resultar en un incremento de la violencia.

**Experiencias previas de violencia:** Debido a la frecuencia de experiencias traumáticas entre MVVS, los/as facilitadores de grupos de apoyo deben abordar estas vivencias como parte de la consejería.

**Prueba de VIH y consejería para parejas:** Este nuevo enfoque de CPV ha mostrado ser prometedor en algunos países africanos y fue agregado en las prioridades del PEPFAR en 2006. Para este enfoque se debe considerar que no es apropiado, si hay evidencia de violencia en la relación, que cada persona debe sentirse lista y consentir en este enfoque sin coerción; y la comunicación de los resultados debe ser mediatizada y llevarse a cabo a través de un consejero/a. Esta mediación puede servir para proveer información fidedigna sobre la transmisión y prevención del VIH, despejar la culpa y las tensiones y crear un ambiente seguro para comunicar los resultados de la prueba.

## Consideraciones para el desarrollo de servicios integrados de CPV y VCM

a. Consejería previa a la prueba: En algunos casos se combinan las modalidades individual, de pareja, de familia, y en grupo. En ellas se debería incluir los riesgos asociados a la VCM: transmisión del VIH y VCM, opciones de consejería mediada y otras para comunicación de resultados de prueba, acceso a tratamiento y atención, prevención de la transmisión perinatal, autocuidado y cuidado de PVVS. También incluye información sobre las opciones de tratamiento disponibles y atención a la VCM. Entre las consideraciones estratégicas y prácticas relacionadas con la VCM en el uso de la prueba rápida de VIH debe incluirse el evaluar con la usuaria qué sería lo más conveniente, si prefiere un período de tiempo más largo para recibir los resultados de la prueba, permitiendo de esta forma contar con más tiempo para pensar en los temas abordados en la consejería pre-prueba y las implicaciones de involucrar a la pareja. <sup>(104)</sup>

### Consejería y prueba voluntaria de VIH para jóvenes

Preguntas sobre género en sesiones de consejería

- a. ¿Tienen las mujeres el derecho de rechazar tener sexo?
- b. ¿Piensas que es buena idea tener relaciones con un hombre mayor que tú (“sugar daddy”)?
- c. ¿Son los hombres más varoniles si tienen varias parejas sexuales?

Fischer, Suzanne et al. 2005. <sup>(105)</sup>

b. Prueba: La prueba debe ser voluntaria, confidencial, acompañada de consejería y realizada con consentimiento informado. Debe proporcionarse asistencia médica y psicológica a las que tengan un resultado positivo. El seguimiento posterior a la prueba debe estar asegurado.

c. Consejería posterior a la prueba: Incluye referencias, apoyo para la comunicación oportuna de los resultados a través de consejería mediada u otras opciones, para proteger a la mujer de la violencia. Las que obtengan un

resultado negativo deberán recibir consejería para mantenerse libres del VIH a través del empoderamiento para negociar sexo protegido y comunicación con la pareja sobre la sexualidad, reduciendo las conductas de riesgo asociadas a experiencias de violencia sexual a través de la referencia a servicios de apoyo emocional.

### Consejería sobre VIH para sobrevivientes de violencia doméstica

Si está asesorando a una sobreviviente de violencia doméstica que vive o sospecha que vive con el VIH, es necesario evaluar las necesidades y preocupaciones relacionadas con su estado serológico:

1. Explore su nivel de conocimiento sobre el VIH, sus creencias, actitudes. Corrija cualquier información incorrecta que pueda tener y asegúrese que ella obtiene un conocimiento correcto sobre el VIH, formas de transmisión y sus efectos.
2. Si la usuaria está preocupada sobre estar posiblemente viviendo con el virus, explore las razones de su preocupación. Ayúdele a identificar los riesgos de transmisión del VIH asociados a su estilo de vida y las formas de reducir los riesgos. Discuta la posibilidad de hacerse la prueba de VIH y háblele de los servicios de prueba y consejería disponibles. Suministre información correcta de referencia si ella quiere hacerse la prueba.
3. Si la usuaria ya sabe que está viviendo con el VIH, ayúdele en su proceso de ajuste emocional. La transmisión del VIH no es una sentencia de muerte. Asesore acerca de técnicas para vivir de manera positiva y para revelar su estado serológico. Infórmele sobre los grupos existentes de personas viviendo con el VIH y si ella está interesada, refiérala al grupo más apropiado a sus necesidades.

The Southern African AIDS Trust. 2004. <sup>(106)</sup>

## Oferta de consejería y prueba voluntarias sobre VIH y violencia contra la mujer de manera rutinaria

### Consejería previa a la prueba

- . Identificación de casos de violencia.
- . Evaluación de relaciones entre el VIH y la violencia.
- . Evaluación de riesgos de violencia y resultado positivo de la prueba.
- . Violencia, acceso a tratamiento y cuidado para el VIH.
- . Temas de salud sexual y reproductiva, VIH y VCM, incluyendo prevención de transmisión perinatal.
- . Opciones de servicios disponibles para la atención y prevención de la VCM.

### Si la mujer rechaza hacerse la prueba

- . Asesoría sobre la reducción de riesgo.
- . Opciones de servicios disponibles para la atención y prevención de la VCM y prevención del VIH.

### Prueba

- . Voluntaria, confidencial, acompañada de consejería y realizada con consentimiento informado.
- . Evaluación de los casos de violencia sexual.
- . Debe proveerse asistencia médica y psicológica para quienes tengan un resultado positivo.
- . El seguimiento posterior a la prueba debe estar asegurado.
- . Medidas de protección para víctimas de violencia por parte de la pareja.

### Consejería posterior a la prueba

#### Resultado positivo a la prueba de VIH

- . Referencias para tratamiento y cuidado del VIH.
- . Apoyo para informar los resultados y protegerse de la violencia, incluyendo consejería mediada.
- . Medidas de prevención de la violencia.
- . Nutrición y violencia.
- . Salud mental (depresión, ansiedad, uso de drogas).

#### Resultado negativo a la prueba de VIH

- . Asesoramiento para protegerse del VIH.
- . Violencia y situaciones de riesgo al VIH.
- . Violencia sexual y conducta sexual de riesgo.
- . Referencia a servicios de apoyo emocional (individual y/o grupal).

### 4.3. Programas de prevención de la transmisión perinatal y VCM

La violencia es un tema de crucial importancia para los programas de prevención de la transmisión perinatal, en tanto puede constituir una barrera de acceso a los servicios y puede también producir resultados que afecten la salud y el bienestar de la madre y el feto. La violencia durante el embarazo afecta a una importante proporción de mujeres a nivel mundial. Según los datos del estudio multicéntrico de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, la proporción de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5 por ciento en 11 de los 15 entornos examinados, alcanzando el porcentaje más bajo en Japón (1%) y el más alto en el entorno provincial de Perú (28%). En todos los entornos estudiados, más del 90 por ciento de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación y en casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión. <sup>(2)</sup>

Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos informaron en febrero de 2005 que el homicidio fue la principal causa de muerte entre primíparas y mujeres embarazadas, con mayores riesgos para mujeres menores de 20 años o afroamericanas. <sup>(107)</sup> La violencia durante el embarazo puede estar asociada a problemas como abortos espontáneos y muerte materna. La OPS/OMS (2005) indica que las embarazadas o púerperas pueden morir debido a las complicaciones obstétricas producidas por el trauma abdominal, por ejemplo, hemorragias o abrupcio placentae (desprendimiento de la placenta), cualquiera de las cuales puede a su vez puede causar la muerte al feto o a la mujer. Asimismo, el estrés y el temor generados por la violencia pueden conducir a resultados obstétricos adversos a causa de respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés mismo (por ejemplo, respuesta hormonal), por la adopción de ciertos comportamientos peligrosos por parte de las mujeres o por el control del comportamiento de la mujer por parte del autor de la violencia. De igual forma, cuando la capacidad de las mujeres para tomar decisiones o desplazarse está comprometida, por situaciones de control de la pareja o restricciones económicas, las mujeres enfrentan limitaciones para buscar ayuda frente a complicaciones obstétricas. <sup>(108)</sup>

#### La violencia como una barrera de acceso a servicios de prevención de la transmisión perinatal

Algunos estudios indican que la violencia o el miedo a la misma pueden impedir que las mujeres accedan a la prueba de VIH y/o al condón en los servicios de atención prenatal. En el hospital Mbale de Kampala, Uganda, se había informado una muy baja aceptación de la CPV prenatal, encontrándose en 457 mujeres una prevalencia de violencia por la pareja alguna vez del 54 por ciento y de violencia física en el último año del 14 por ciento. Acorde con los resultados de los grupos focales, las mujeres temen a la prueba de VIH, a compartir los resultados de la prueba y a solicitar el uso de condones por miedo a la violencia de pareja. <sup>(109)</sup> Igualmente, en Nairobi se encontró que la experiencia de violencia puede limitar la participación de las mujeres en los programas de prevención de la transmisión perinatal. <sup>(110)</sup>

La percepción de que compartir los resultados de la prueba de VIH puede generar violencia es común entre los hombres y los proveedores de servicios. En Tanzania se evaluó la percepción de hombres, mujeres y consejeros sobre la consejería de pareja y la prueba de VIH en las clínicas prenatales a través de grupos focales, encontrándose que varios participantes coincidieron en la importancia de incorporar la CPV en los servicios de atención prenatal, mientras otros expresaron reservas debido a las creencias culturales de que dichos servicios son sólo para mujeres y muchos anticiparon que la comunicación del estado serológico a una pareja seronegativa podía resultar en abandono, divorcio o violencia contra la mujer, fuese ella seronegativa o positiva. <sup>(111)</sup>

La violencia por la pareja puede constituir una barrera de acceso a la atención prenatal, particularmente en aquellos países donde la misma no es universal. En una revisión de los resultados de las encuestas demográficas y de salud de Camboya, Colombia, Egipto, Haití, India, Nicaragua, Perú, República Dominicana, y Zambia se encontró que en la mayoría de los países no se presentan diferencias significativas en el acceso a la atención prenatal entre las mujeres que han vivido violencia y las que no; sin embargo, en Egipto, sólo el 32 por ciento de

los nacimientos recibieron atención prenatal entre las que fueron abusadas en comparación con el 41 por ciento de nacimientos en madres no abusadas. En la India, las proporciones fueron del 58 y 67 por ciento, respectivamente. Las autoras indican que los datos sugieren que la experiencia de violencia no es un obstáculo para el acceso a la atención prenatal en los países donde esta es universal, pero sí en aquellos en que no lo es.<sup>(112)</sup>

Cabe destacar que la proporción de mujeres que acceden a la prueba de VIH y que retornan a los servicios a buscar los resultados, es baja en muchos países y puede estar mediatizada por factores sociales. En una encuesta llevada a cabo por el Policy Project para la USAID (2003) en 73 países con más de 10.000 PVVS se encontró que se había ofrecido consejería y prueba voluntaria de VIH, terapia antirretroviral para prevenir la transmisión perinatal o consejería sobre las opciones de lactancia al recién nacido sólo a cerca de una de cada diez mujeres embarazadas.<sup>(113)</sup> En un estudio comparativo sobre oportunidades de prevención perinatal del VIH para mujeres hispanas y no hispanas en California se encontró que las hispanas tenían menos probabilidades de informar acceso a cuidado prenatal oportuno, de haber recibido la oferta de la prueba y de haberse hecho la prueba de VIH.<sup>(114)</sup> Asimismo, las mujeres que asisten a servicios de CPV prenatal pueden enfrentar problemas como la realización de la prueba sin previa consejería documentada, como en el caso de Barbados (2004), cuya proporción alcanzó el 14,3 por ciento.<sup>(115)</sup>

### **Oportunidades para integrar la atención y prevención de la VCM en los programas de prevención de la transmisión perinatal**

Las intervenciones de prevención de la transmisión perinatal pueden constituir oportunidades para abordar el tema de la violencia, particularmente en intervenciones como la consejería, actividades de apoyo a la reducción del estigma y la discriminación en la comunidad, nutrición y atención postnatal. La integración de intervenciones sobre VCM en los programas de prevención de la transmisión perinatal puede ser un medio para lograr los siguientes objetivos:

- Prevenir futuros embarazos no deseados en MVVS.
- Promover la integración de los hombres en la salud materna, la comunicación en la pareja, el uso de condón como medio de doble protección (VIH y embarazos no deseados).
- Ampliar el intervalo intergenésico en MVVS y con ello proteger la salud de las mujeres.
- Reducir la mortalidad materna e infantil asociada a la violencia.
- Reducir otras ITS, que suelen ser más comunes en las mujeres que han vivido violencia que entre las que no han sido abusadas.
- Atender las necesidades de embarazos producto de violación sexual, previniendo el VIH, ITS y la transmisión perinatal.

Se sugiere que la integración VIH y VCM en los programas de prevención de la transmisión perinatal debe partir de una evaluación de las necesidades y perspectivas de las usuarias de los servicios y estar acompañada de intervenciones sistemáticas en el nivel comunitario y familiar para promover el apoyo y reducir el estigma y la discriminación relacionados con el embarazo en MVVS.

#### **4.4. Cuidado, tratamiento y apoyo del VIH y VCM**

Las MVVS enfrentan una diversidad de necesidades que van desde apoyo psicológico, tratamiento para “infecciones oportunistas”, tratamiento con fármacos antirretrovíricos y drogas no antirretrovirales hasta apoyo para su participación social, laboral y comunitaria. Sin embargo, la gran mayoría de las MVVS todavía no tiene acceso a los servicios y apoyo que necesitan, lo cual no sólo tiene un impacto a nivel individual sino que amplía el impacto negativo en las familias, en las comunidades y en las empresas; a la vez que limita la prevención del VIH. En una evaluación del programa LifeLine en Sudáfrica en una muestra de 304 mujeres que participaron en un proyecto comunitario de VIH y VCM se encontró que había una menor disponibilidad de cuidado y apoyo para mujeres que sólo vivían violencia. El apoyo para MVVS y MVVS que experimentaron violencia era provisto mayormente (74%) por instituciones de salud, mientras que las que sólo sufrían violencia mencionaron con mayor frecuencia la policía y servicios sociales.<sup>(116)</sup>

La ICW y la Coalición Global sobre Mujer y SIDA han planteado que el acceso al cuidado, tratamiento y apoyo implica la capacidad de las mujeres para tener acceso consistente a todos los servicios existentes, teniendo en cuenta las barreras de acceso específicas que enfrentan las mujeres, así como sus necesidades particulares. <sup>(117)</sup> Entre los servicios e intervenciones prioritarias cabe destacar:

- Contextos de apoyo en los hogares, la comunidad, el lugar de trabajo, centros de aprendizaje, espacios públicos y los servicios de salud.
- Sensibilización, información y tratamiento para enfermedades y problemas específicos de género.
- Información y orientación en prevención de la transmisión perinatal.
- Cuando sea necesario, apoyo financiero para cubrir gastos de tratamiento y pago por servicios.
- Políticas en los centros de salud y otros centros de trabajo (factorías, tiendas, escuelas, bancos, cooperativas agrícolas, etc.).
- Diagnóstico y tratamiento para problemas de salud sexual y reproductiva, incluyendo ITS.
- Consejería previa y posterior a la prueba de VIH.
- Antirretrovirales acompañados de orientación y tratamiento para los efectos secundarios de los medicamentos.
- Profilaxis y tratamiento para infecciones oportunistas acompañados de orientación y tratamiento de los efectos secundarios o complicaciones de la medicación.
- Maternidad y embarazo saludable.
- Apoyo continuo en forma de consejería.
- Apoyo domiciliario y otras modalidades de apoyo comunitario y cuidados paliativos.

### **Barreras de acceso a servicios y apoyo**

Algunas barreras institucionales, económicas, culturales y geográficas limitan el acceso de las MVVS a los servicios que necesitan. En la India (2007), las mujeres viviendo con el VIH indican que no buscan atención en salud por la falta de personal médico femenino, las grandes distancias para acceder a los servicios de salud y los costos. Aunque las mujeres representan el 40 por ciento de las PVVS, constituyen menos del 33 por ciento del total de personas bajo tratamiento. <sup>(118)</sup> En Kenya, aunque los hospitales públicos proveen tratamiento de TAR gratuitamente, los usuarios deben pagar una cuota de registro equivalente a Kshs. 100 (US\$ 1,50). <sup>(119)</sup> Las mujeres enfrentan severas restricciones financieras y sociales asociadas a la violencia que pueden limitar el acceso al cuidado y tratamiento una vez diagnosticadas con el virus. Asimismo, el estigma y la discriminación constituyen barreras importantes para el acceso a servicios y la calidad de los mismos. En un estudio realizado en México con 373 prestadores de servicios de salud se encontró que el aislamiento de las PVVS por parte del personal, el registro de VIH en expedientes, pruebas obligatorias y demora en los procedimientos quirúrgicos de las PVVS constituían prácticas constantes y que la percepción de que los HSH y los/as trabajadores/as sexuales deciden sus prácticas sexuales establecía una división entre víctimas inocentes y culpables e influye en la estigmatización y la discriminación en los servicios. <sup>(120)</sup>

### **Necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con el VIH y violencia**

Las MVVS tienen necesidades y aspiraciones sexuales y reproductivas que son centrales en su vida y que deben ser reconocidas como un derecho humano de las PVVS al igual que las del resto de la población. Atender a estas necesidades debe ser un componente central de los esfuerzos de prevención del VIH y del apoyo y el cuidado de las MVVS. Varios obstáculos relacionados con la fragmentación de los sistemas de atención a la salud sexual y reproductiva, los tabúes sobre la sexualidad, las inequidades de género y el estigma y la discriminación limitan el ejercicio de estos derechos. <sup>(121)</sup>

Por otro lado, es necesario abordar los vínculos entre el VIH, los embarazos no deseados y el aborto (IPAS, 2008) ya que:

- La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW) ha advertido que MVVS han sido forzadas o se sienten presionadas por los proveedores de salud a abortar.

- El VIH puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo, por lo que se requiere atención post aborto.
- Las MVVS pueden tener embarazos no deseados como producto de la violación o el incesto, pueden no querer tener hijos en un contexto de relaciones de violencia en la pareja, o no contar con los recursos económicos para sustentar otro hijo. Otras tienen miedo al rechazo, temen por posibles efectos negativos en su salud y la de su hijo, mientras que otras quieren posponer el embarazo.
- A algunas MVVS se les ha negado atención segura al aborto o se les ha solicitado “consentir” ser esterilizadas como condición para obtener un aborto.
- Ausencia de investigación clínica sobre la provisión de servicios de aborto a MVVS. <sup>(122)</sup>

Otro aspecto a considerar son las implicaciones del cuidado de los hijos de las MVVS y el estrés psicológico, con intervenciones específicas de salud mental para ellas y sus hijos. Algunos estudios vinculan la no adherencia al tratamiento y la no asistencia a citas médicas con el rol de madres y padres en PVVS. <sup>(123)</sup> Se requiere más investigación sobre los vínculos entre el cuidado de los hijos, la violencia actual y pasada y el cuidado y tratamiento en MVVS.

### **Mujeres que viven violencia en la pareja**

La violencia por la pareja puede afectar las visitas de seguimiento de las mujeres a los centros de salud. Asimismo, la sobrecarga de trabajo doméstico o el cuidado de niños y otros enfermos en la casa puede disminuir el tiempo de las MVVS para el autocuidado, incluyendo nutrición y descanso. También la falta de control de los recursos financieros en el hogar puede constituir una limitante para el acceso a dinero para gastos en transporte y otras necesidades. La violencia por la pareja también puede implicar restricciones para visitas a centros de salud, grupos de apoyo y visitas domiciliarias por parte de trabajadores comunitarios de salud, al tiempo que algunas parejas controlan el uso de medicamentos o los consumen ellos. Cabe destacar que varios estudios en diversas poblaciones indican que el apoyo de la pareja puede estar asociado a la adherencia al tratamiento. <sup>(124)</sup>

### **Necesidades específicas de huérfanos y niñas y niños vulnerables**

La prevención de la violencia, incluyendo el abuso sexual en huérfanos (niñas, niños y adolescentes) debe constituir parte integral de los programas de apoyo y cuidado a este grupo de población. Asimismo, deben incluir estrategias para reducir la carga de cuidado y responsabilidades domésticas en las mujeres (niñas, adolescentes y mujeres mayores) que muchas veces quedan a cargo de los huérfanos. Experiencias de Botswana, Sudáfrica y Zimbabwe (2007) muestran que la forma más eficaz y sustentable de proteger y apoyar a los huérfanos y niños vulnerables en granjas agrícolas es desarrollando capacidades en la comunidad, desarrollando medios de vida significativos, manteniendo madres y padres vivos y saludables, fortaleciendo el sistema de apoyo psicológico y desarrollando la resiliencia en los niños, más que dándoles material de apoyo. <sup>(125)</sup>

### **Mujeres mayores**

Las mujeres de edad sufren de violencia física por la pareja y muchas son obligadas a mantener relaciones sexuales aún contra su voluntad. Asimismo, sufren violencia económica y pérdida de derechos al tener que abandonar sus trabajos para responder a las demandas de sus hijos enfermos y de sus nietos en situación de orfandad, sin ningún tipo de compensación. En este grupo debe también considerarse que los síntomas de la infección suelen ser inespecíficos, como fatiga, anorexia, pérdida de peso, una menor función física y una deficiente función cognitiva. Las infecciones oportunistas que suelen presentar estos pacientes suelen ser: Neumonía por *Pneumocystis Carini*, la tuberculosis, el complejo del *Mycobacterium avium*, el herpes zoster y el citomegalovirus. También ciertas características de la demencia provocada por el HIV pueden ayudar a no distinguir a ésta de la enfermedad de Alzheimer. Respecto a su asociación con tumores, están descritos el sarcoma de Kaposi, linfomas, mieloma múltiple y neoplasias sólidas. Se presentan trastornos hematológicos acompañados de trombocitopenia o pancitopenia. <sup>(59)</sup>

**Mujeres con síntomas depresivos:** El estado psicológico que generan eventos traumáticos (abuso sexual en niñez, violencia por la pareja, explotación sexual comercial, etc.) puede generar olvidos o dificultades para tomar medicamentos. Varios estudios han mostrado una asociación entre la depresión y resultados adversos en pacientes viviendo con el VIH. De acuerdo a Lima et al (2007), la depresión es común especialmente en mujeres, en aquellas con historial de uso de drogas inyectables o que no completaron la educación secundaria, entre otros, encontrando que la combinación de síntomas depresivos con la no adherencia estaba asociada a una elevada tasa de mortalidad. (126) Asimismo, los desórdenes de ansiedad de algunas MVVS pueden estar asociados al estrés postraumático producido por eventos traumáticos que involucran amenazas serias a su vida o lesiones físicas. Las MVVS que tienen experiencia de violación sexual pueden experimentar desórdenes psiquiátricos. (127) Las tasas de violencia y abuso que enfrentan o han enfrentado a lo largo de sus vidas las MVVS son muy altas. (128)

**Mujeres usuarias de drogas:** En un estudio en Estados Unidos (2003) sobre adherencia en personas usuarias de drogas, se encontró que una menor tasa de adherencia al tratamiento en mujeres que en hombres (18% mujeres y 25% los hombres) y que el cuidado de la salud mental estaba asociado a la adherencia en las mujeres. (129)

## 5. Herramientas para diseñar programas, servicios y proyectos integrados de VIH y VCM

### 5.1. Herramienta # 1: Análisis situacional del VIH y la VCM

El análisis situacional es un paso fundamental en el proceso de integración VIH/VCM en tanto permite:

- a. Describir el contexto general de país y zona geográfica en que se llevará a cabo el proceso de integración VIH/VCM.
- b. Analizar las dimensiones de la VCM y el VIH (prevalencia e incidencia) e impactos en las mujeres (distintos subgrupos de población), familias y comunidades.
- c. Identificar las fortalezas y debilidades de las políticas y estrategias nacionales y del marco institucional u organizacional sobre la VCM/VIH.
- d. Evaluar las prácticas o experiencias de integración VCM/VIH en el área geográfica seleccionada e identificar formas a través de las cuales la integración podría fortalecer y utilizar las iniciativas existentes.
- e. Identificar potenciales aliados y oportunidades para hacer más efectiva la integración en el o los niveles seleccionados.

<b>Nivel/Tipo de información</b>
<p><b>Contexto del país</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Extensión territorial</li> <li>. Población total</li> <li>. Población total según sexo, edad, etnicidad y residencia urbana/rural</li> <li>. Nivel de educación y analfabetismo (desagregado por sexo)</li> <li>. Empleo (desagregado por sexo)</li> <li>. Acceso a servicios básicos (medios de alumbrado usados regularmente, fuente de agua potable, servicio sanitario, eliminación de la basura, combustible para cocinar)</li> <li>. Bienes durables y servicios de comunicación (radio, TV, video/VHS, computadora, Internet, teléfono residencial, teléfono celular)</li> <li>. Nivel socioeconómico (Índice de riqueza): quintiles de riqueza según área de residencia.</li> <li>. Posición del país en el Índice de Desarrollo Humano y de Género.</li> </ul>

<b>Situación del VIH y la VCM</b>	
<b>Nivel/Tipo de información</b>	
<p><b>VCM</b></p> <p><b>Violencia por la pareja</b></p> <p>a. Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o unidas que han sufrido violencia emocional, física o sexual por su actual o ex esposo o pareja</p> <p>b. Porcentaje de mujeres en unión que reporta algún tipo de violencia por la pareja durante el último año</p> <p>c. Porcentaje de mujeres viviendo con el VIH que reporta violencia por parte de la pareja</p> <p>d. Porcentaje de mujeres que está de acuerdo en que la esposa o compañera se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo o compañero por razones específicas (sabe que tiene una ITS, tiene relaciones con otras mujeres, ella no está dispuesta o no quiere tener relaciones sexuales con él)</p> <p>e. Entre mujeres alguna vez unidas, porcentaje que experimentó situaciones de control por parte del esposo o compañero según edad, estado conyugal, educación, condición de empleo y educación del esposo.</p> <p>Violencia sexual</p> <p>a. Proporción de mujeres que informa violencia sexual alguna vez en su vida</p> <p>b. Proporción de mujeres que informa violencia sexual antes de los 15 años</p> <p>c. Proporción de mujeres que informa violencia sexual por parte de la pareja durante el último año</p> <p>En los casos en que haya información disponible, incluir datos sobre: Femicidio, acoso sexual en el trabajo, calles y centros educativos, tráfico y trata de mujeres y formas específicas de violencia según grupos poblacionales: grupos étnicos, inmigrantes, pandillas, entre otros. También sobre costos de la VCM, efectos individuales, familiares, comunitarios y sociales.</p>	<p><b>VIH/ITS</b></p> <p>Prevalencia de ITS/VIH (en grupos de población seleccionados)</p> <p>a. Población general (desagregada por sexo y edad)</p> <p>b. Mujeres embarazadas</p> <p>c. Trabajadores/as sexuales</p> <p>d. Privados/as de libertad (en prisión)</p> <p>e. Inmigrantes</p> <p>f. Usuarios/as de drogas inyectables</p> <p>g. Víctimas de violencia sexual (incesto, violación, hostigamiento sexual, u otras formas)</p>
<p><b>I. Nivel Macro</b></p> <p>a. Políticas y estrategias sobre VCM y VIH (planes nacionales, leyes, normas, mandatos presidenciales, reglamentos, presupuestos públicos asignados anualmente, compromisos Internacionales ratificados por el país)</p> <p>b. Sistemas de información e investigación: VIH y la VCM en las cifras oficiales en salud, educación, trabajo, en los programas de investigación y desarrollo financiados por los distintos sectores.</p> <p>c. Coaliciones o comisiones nacionales que abordan ambos problemas</p>	
<p><b>II. Nivel sectorial (salud, educación, justicia, trabajo)</b></p> <p>a. Inclusión del VIH y la VCM entre las prioridades sectoriales y su ubicación dentro de sus estructuras.</p> <p>b. Estrategias de estos sectores para abordar el VIH y la VCM en el marco de sus políticas de atención, prevención y promoción de salud.</p> <p>c. Existencia de programas específicos sobre VIH o VCM en cada uno de estos sectores.</p> <p>d. Coaliciones intersectoriales que abordan ambos problemas.</p>	

<b>Nivel/Tipo de información</b>	
<b>III. Nivel provincial</b>	
a. Políticas y estrategias locales relacionadas con la VCM y VIH b. Sistemas de información e investigación a nivel local: VIH y la VCM en las cifras oficiales c. Las ONG, grupos de PVVS, MVVS y de mujeres que trabajan en torno a la VCM	
<b>IV. Nivel organizacional/institucional</b>	
a. Servicios/programas existentes sobre VIH y VCM (analizando su capacidad de respuesta y nivel de coordinación con otros servicios al interior de las organizaciones y con otras organizaciones)	
VCM: Prevención primaria, identificación de casos, asistencia psicológica, orientación y primera acogida, asistencia legal, protección judicial y policial, atención médica, refugios, grupos de apoyo, rehabilitación de agresores, u otras.	VIH: Prevención, consejería y prueba voluntaria, y tratamiento y cuidado, niños vulnerables y huérfanos, programas para grupos específicos de población, prevención de la transmisión perinatal, grupos de apoyo, iniciativas para la reducción del daño, protección social y servicios sociales, investigación relacionada al VIH, u otras.
b. Sistemas de información o investigación: Vigilancia, grupo normalizado de indicadores; directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos; una estrategia para evaluar la calidad de los datos; y estrategia de divulgación y uso de los datos.	
<b>V. Nivel comunitario:</b> Percepciones, conocimientos y prácticas sobre el VIH y la VCM, las ONG, grupos de PVVS, MVVS y de mujeres que trabajan en torno a la VCM, normas de género, costumbres y tradiciones, niveles de participación de las mujeres en la comunidad, rol de los trabajadores tradicionales de salud (parteras, comadronas, curanderos) en relación con el VIH y la VCM.	
<b>VI. Nivel individual</b>	
a. Participación económica, social y política de las mujeres b. Toma de decisiones específicas en el hogar, sexualidad y reproducción b. Actitudes frente a la violencia contra las mujeres c. Situaciones de control por parte del esposo, compañero o novio d. Conocimiento sobre VIH/ITS: Porcentaje de mujeres que conoce 3 formas específicas de evitar el VIH según edad, zona de residencia y nivel educativo; porcentaje que conoce un lugar para hacerse la prueba de VIH según zona de residencia y nivel educativo; y porcentaje que conoce un lugar donde una PVVS puede recibir ayuda sobre el VIH según zona de residencia, ingreso y nivel educativo. e. Prácticas y actitudes en torno al VIH/ITS (desagregadas entre las que han vivido violencia y las que no): Uso de condón, percepción de riesgo frente al VIH, número de personas con quienes han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, intercambio de sexo por dinero, drogas, alimentos, comunicación sobre VIH/ITS con la pareja, prevalencia de ITS o síntoma asociado en los últimos 12 meses. f. Utilización de servicios de VIH y VCM Porcentaje de mujeres que ha hecho la prueba de VIH y, entre aquellas que no se la han hecho, porcentaje que conoce lugar donde hacérsela según edad, lugar de residencia, estado de embarazo y estado conyugal Porcentaje de mujeres que se ha hecho la prueba de VIH y que ha buscado los resultados por edad, zona de residencia y nivel educativo Porcentaje de mujeres que informó cualquier tipo de violencia, si buscaron ayuda y para quiénes la buscaron, dónde la solicitaron según persona que las agredió y la frecuencia con que lo hizo Porcentaje de mujeres que informó cualquier tipo de violencia, por razones para no buscar ayuda frente a situaciones de violencia según edad, zona de residencia y nivel educativo.	

## 5.2. Herramienta # 2: Evaluación del marco legal sobre el VIH y la VCM

Del listado de leyes y normas existentes en el país, estado o provincia, evalúe las implicaciones de sus contenidos para un posible proceso de integración de programas, servicios o proyectos de VIH y VCM.

Leyes/normas			Implicaciones para la integración VIH/VCM
	Si	No	
<b>I.VIH</b>			
No discriminación			
. ¿Utiliza el concepto de “grupo de riesgo”?			
. ¿Incluye pruebas de detección obligatorias en determinadas circunstancias (trabajadoras sexuales, mujeres objeto de la trata y tráfico de personas, UDI u otros.)?			
. ¿Incluye a las mujeres entre los grupos vulnerables/clave?			
. ¿Permite la prueba de VIH en procesos de reclutamiento y selección de personal sin consentimiento del postulante?			
¿Obliga al empleado a notificar a su empleador sobre su estado serológico?			
¿Permite que un proveedor de salud se niegue a ofrecer servicios a una PVVS?			
Derecho a la privacidad			
¿Permite pruebas para sobrevivientes de violencia o mujeres embarazadas sin su consentimiento?			
Derecho a la confidencialidad			
¿Exige consentimiento del usuario del servicio para compartir información sobre su estado serológico u otra información clínica?			
Notificación a parejas sexuales o de drogas inyectables			
. ¿Incluye medidas que obligan a las personas a notificar a sus parejas sexuales o de drogas inyectables su estado serológico?			

Leyes/normas			Implicaciones para la integración VIH/VCM
	Si	No	
. ¿Incluye medidas que asignan facultad al proveedor de servicio o autoridad sanitaria de notificar a parejas sexuales o de drogas inyectables sobre la condición serológica del usuario del servicio?			
. ¿Incluye medidas punitivas para quienes por negligencia o intencionalmente expongan a otra persona al VIH?			
Profilaxis post exposición en casos de violencia sexual (PPE)			
. ¿Incluye medidas de PPE para casos de VCM?			
. ¿Establece los derechos de las personas en régimen de PPE?			
. ¿Describe quiénes estarían sujetos a la prueba de VIH y bajo qué circunstancias?			
Acceso a medios técnicos de protección			
. ¿Incluye alguna medida que restrinja el mercadeo, venta o acceso a condones?			
Inmigración y viajes			
. ¿Establece restricciones de entrada al país para PVVS?			
. ¿Incluye restricciones de acceso a servicios de prevención y tratamiento para inmigrantes indocumentados?			
<b>II. VCM</b>			
. ¿La ley incluye la violación en el matrimonio o en relaciones de pareja?			
. ¿Las leyes y normas de VCM incluyen consideraciones sobre ITS/VIH?			
<b>III. Otras leyes y normas</b>			
a. Trabajo sexual			
¿Es penalizado el trabajo sexual?			
¿Existen normas que regulen el trabajo sexual?			
b. Tráfico y trata de personas			

Leyes/normas			Implicaciones para la integración VIH/VCM
	Si	No	
¿Existen normas que otorguen derechos a quienes han sido objeto de la trata y tráfico de personas?			
c. Educación			
¿Las normas educativas imponen restricciones de acceso a las escuelas a niñas y niños viviendo con el VIH?			
d. Derechos económicos ¿Existen leyes que restrinjan el derecho de las mujeres a la herencia, propiedad o el acceso al crédito?			
e. Derechos sexuales y reproductivos ¿Existen leyes o normas que reconozcan y protejan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres? (libertad reproductiva, acceso a recursos que favorezcan las elecciones reproductivas y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones reproductivas)			
f. Prácticas tradicionales ¿Existen leyes o normas comunitarias aceptadas legalmente que aumenten la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH? (Herencia y “limpieza” de las viudas, mutilación genital, u otras)			
h. Drogas inyectables			
¿Se restringe el acceso a jeringas limpias? ¿Existen medidas que limiten el desarrollo de programas de intercambio de jeringas y programas de sustitución de drogas?			

### 5.3. Herramienta # 3: Mapeo de actores para la integración VIH y VCM

El mapeo permite:

- Identificar las instituciones y sectores clave que asegurarán la viabilidad de la integración VIH/VCM en el o los niveles seleccionados.
- Analizar el perfil institucional de los sectores clave (finalidad, objetivos, iniciativas), sus capacidades institucionales, experiencia de coordinación intersectorial y motivación frente a la integración VIH/VCM.
- Explorar la viabilidad del establecimiento de redes para desarrollar experiencias de integración VIH/VCM.

Los actores son seleccionados atendiendo a su rol en el o los niveles de integración priorizados y pueden incluir a agencias gubernamentales, grupos de la sociedad civil (incluyendo grupos de PVVS, MVVS y de mujeres, grupos comunitarios), líderes comunitarios, medios de comunicación, universidades, agencias internacionales, entre otros.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Perfil institucional</b>	Tipo de organización, misión y objetivos; y temas o problemas en los que trabaja
<b>Capacidades Institucionales</b>	. Actividades y proyectos sobre VIH o VCM ejecutados . Población beneficiaria . Competencias técnicas de los recursos humanos en la integración VIH/VCM . Articulación de VIH y VCM en estrategias y programas . Producción de información y sistemas de vigilancia epidemiológica sobre VIH o VCM
<b>Coordinación interinstitucional</b>	. Articulación con otras organizaciones en relación con el VIH o la VCM. . Actividades intersectoriales . Modalidades de coordinación
<b>Actitudes y motivación frente a la integración VIH/VCM</b>	. Percepción sobre la relevancia de la integración VIH/VCM . Motivación para participar en un proceso de integración VIH/VCM . Percepción sobre las implicaciones logísticas y estratégicas de la integración VIH/VCM para su organización . Organizaciones o grupos prioritarios con los que desea coordinar . Estrategias de coordinación . Compromiso institucional con la integración VIH/VCM

### 5.4. Herramienta # 4: Mapeo de servicios de VIH y VCM en contextos de emergencia luego de desastres naturales

El objetivo del mapeo es registrar la disponibilidad de servicios de VIH y VCM existentes en el área geográfica seleccionada para desarrollar acciones integradas en torno al VIH/VCM en contextos de emergencias luego de desastres naturales. Al completar la matriz, se indicarán los componentes que estén funcionando al momento en que se realice el mapeo.

#### Información sociodemográfica de la provincia/municipio

Población total (desagregada por sexo, edad, nivel socio-económico, etnicidad)	
Tasa de fecundidad	
Nivel de educación y analfabetismo	

Acceso a servicios básicos	
Prevalencia de violencia sexual y doméstica contra las mujeres (previa al desastre)	
Prevalencia de VIH (desagregada por sexo y previa al desastre)	
Prevalencia de ITS (desagregada por sexo y previa al desastre)	
Población ubicada en refugios temporales (desagregada por sexo y edad)	
Cantidad y tipo de refugios disponibles (explorar capacidad)	

### Disponibilidad de los servicios de VIH/ITS y VCM luego de desastre

Servicios			¿Existía(n) antes del desastre?		Observaciones (incluir detalles sobre las organizaciones gubernamentales, ONGs y grupos comunitarios que ofrecen estos servicios y especificaciones sobre las poblaciones clave)
	Si	No	Sí	No	
Violencia contra las mujeres					
Apoyo psicológico					
Peritaje médico-legal					
Grupos de apoyo					
Destacamentos policiales y/o apoyo legal para casos de VCM					
Programas o intervenciones de prevención de la VCM (especificar acciones en refugios)					
Profilaxis post exposición a ITS y VIH para casos de violencia sexual					
Medidas de seguridad (incluyendo órdenes de protección) para sobrevivientes de VCM					
ITS/VIH					
Diagnóstico y tratamiento de ITS (Sindrómico o laboratorio)					
Prueba voluntaria y consejería de VIH					
Prevención de infecciones oportunistas para PVVS					
TAR					
Prevención de la transmisión perinatal					
Consejería para mujeres embarazadas VIH+					
Planificación familiar para PVVS					

			¿Existía(n) antes del desastre?		Observaciones (incluir detalles sobre las organizaciones gubernamentales, ONGs y grupos comunitarios que ofrecen estos servicios y especificaciones sobre las poblaciones clave)
			Sí	No	
Servicios	Si	No	Sí	No	
Nutrición					
Actividades comunitarias/refugios de prevención del VIH (incluyendo distribución de condones)					
Redes de apoyo para PVVS					
Programas de prevención de ITS/VIH para poblaciones clave (niños, niñas, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, migrantes, grupos étnicos, u otros)					

### 5.5. Herramienta # 5: Evaluación del enfoque de empoderamiento en los servicios o programas de VIH y VCM

Esta lista de verificación está orientada a identificar: a) los aspectos del empoderamiento que deberían estar incorporados en los programas y servicios de VIH y VCM, b) las áreas institucionales que necesitan ser reforzadas; y b) las necesidades de capacitación y sensibilización. Inicialmente esta lista puede apoyar la evaluación del enfoque de empoderamiento que se utilizaría en un proceso de integración de VIH y VCM en algunos servicios y, posteriormente, como un instrumento para monitorear el progreso en dicho proceso.

Componentes	Sí	No
<b>Participación</b>		
a. ¿Participan los usuarios en el diseño de los programas?		
b. ¿Existen mecanismos para recibir sugerencias y quejas de usuarias sobre los servicios?		
c. ¿Coordina actividades con organizaciones de PVVS, MVVS o sobrevivientes de VCM?		
d. ¿Se promueven los derechos de los usuarios?		
e. Dentro de las intervenciones para familias y la comunidad, ¿se incluyen contenidos relacionados con la equidad entre los sexos, la autonomía y participación de las mujeres?		
<b>Atención voluntaria</b>		
a. Para los servicios de VCM, ¿se prioriza la asistencia psicológica a la pareja?		
b. ¿La prueba de VIH es voluntaria?		
c. ¿Los servicios de atención a la VCM (grupos de apoyo, asistencia psicológica, legal, médica y social, apoyo a los hijos y referencia) son voluntarios?		
<b>Confidencialidad</b>		
a. ¿Se realiza denuncia obligatoria a las instancias de administración de justicia de los casos de violencia doméstica y sexual a mujeres adultas?		
b. ¿Se comparte la información que se recibe en consejería y otros servicios con otras personas?		
c. ¿Se informan los resultados de la prueba de VIH a otras personas, además de a su usuario?		
<b>Consejería y orientación</b>		
a. Para los servicios de VCM, ¿se explora el riesgo de VIH y cómo reducirlo?		
b. Para los servicios de VIH, ¿se explora el riesgo de VCM y cómo enfrentarlo?		
c. ¿Se exploran riesgos de VIH y VCM con todas las usuarias?		
d. ¿Se ofrece información sobre VIH: modos de transmisión, prevención, prueba, formas de acceso a servicios, y referencia?		
e. ¿Se ofrece información sobre VCM: causas, efectos, fortalecimiento de autoestima, opciones de servicios, incluyendo grupos de apoyo; y plan de seguridad?		
f. ¿Se discute con los usuarios sobre salud y bienestar general?		

<b>Consentimiento informado</b>		
a. ¿Se realizan pruebas de VIH con consentimiento escrito?		
b. ¿Se realizan acuerdos terapéuticos en casos de VCM?		
<b>Privacidad</b>		
a. ¿El ambiente del programa permite conversar bajo condiciones de privacidad con sus usuarios?		
b. ¿La información de los usuarios se mantiene en un lugar privado (acceso restringido)?		
c. ¿Cómo se protege la identidad de los usuarios?		
<b>Referencia</b>		
a. ¿Se realizan las referencias según las necesidades de los usuarios a todos los servicios disponibles?		
b. ¿Se realizan las referencias protegiendo a los usuarios? (referencias a casos de VCM sin poner en riesgo a la usuaria)		
c. ¿Se coordinan las intervenciones con los grupos de PVVS o MVVS?		
d. ¿Se coordinan las intervenciones con grupos de sobrevivientes de VCM?		
<b>Monitoreo y evaluación</b>		
a. ¿Se monitorea la calidad de los servicios desde la perspectiva de sus usuarios?		
b. ¿Participan los grupos de PVVS, MVVS o sobrevivientes de VCM en el monitoreo y evaluación de los servicios?		

### 5.6. Herramienta # 6: Evaluación de la factibilidad de la integración VIH/VCM en intervenciones seleccionadas

Intervenciones	Componentes	Criterios para la priorización					
		Recursos disponibles	Impacto potencial	Basado en fortalezas existentes (organizaciones comunitarias)	Nivel de necesidad	Seguridad para las mujeres	Valor total asignado
<b>Identificación de casos de VCM y riesgo frente al VIH</b>	<p>Indagación de historial de distintas formas de violencia, conductas de control por parte de la pareja</p> <p>Exploración sobre prácticas de riesgo y condiciones especiales (sexo por dinero, alimentos o refugio, etc., migrantes, trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables, víctima de trata de personas, u otra)</p> <p>Indagación de estado serológico</p>						
<b>Orientación/ consejería</b>	<p>Información sobre VIH</p> <p>Análisis de riesgos frente al VIH</p> <p>Medidas de protección frente al VIH y la VCM</p> <p>Conductas de riesgo asociadas a las experiencias previas de violencia sexual</p> <p>Información sobre opciones de servicios de VIH (CPV, tratamiento, cuidado, apoyo social)</p> <p>VCM durante el embarazo, VIH y transmisión perinatal.</p>						
<b>Intervención en crisis</b>	<p>Evaluación de riesgos frente al VIH</p> <p>Consideraciones sobre patrón de violencia y VIH/ ITS</p> <p>Habilidades para protegerse frente al VIH</p> <p>Estabilidad emocional y depresión/ansiedad</p> <p>Planes de seguridad</p>						

<b>Atención médica</b>	<p>CPV y TAR</p> <p>Atención a VIH/ITS, lesiones producidas por la violencia y problemas de salud relacionados</p> <p>Esquemas de PPE para distintos grupos de edad</p> <p>VCM y transmisión perinatal</p> <p>Adherencia al tratamiento de VIH y VCM, incluyendo atención a la depresión o ansiedad</p> <p>Nutrición</p>						
<b>Apoyo social</b>	<p>Servicios para MVVS</p> <p>Redes comunitarias trabajando para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH o VCM y acceso a servicios</p> <p>Adherencia al tratamiento de VIH, apoyo social y VCM</p> <p>Apoyo a la participación social y económica</p>						
<b>Asistencia legal</b>	<p>Asesoría y acompañamiento a la justicia</p> <p>Información sobre marco legal sobre VIH, VCM y leyes conexas</p> <p>Recursos de asistencia legal</p>						
<b>Apoyo psicológico</b>	<p>Estrategias para el incremento de la competencia comportamental y la autoeficacia</p> <p>Manejo de síntomas de ansiedad y depresión</p> <p>Planes de seguridad</p>						
<b>Referencia</b>	<p>Redes de atención incluyendo servicios de VIH y VCM</p> <p>Sistemas de referencia y contrarreferencia con normas de seguridad y confidencialidad</p> <p>Participación de MVVS en actividades de prevención y atención a la VCM</p> <p>Incentivos para referencia y seguimiento</p>						
<b>Grupos de apoyo</b>	<p>Normas de funcionamiento incorporando necesidades relativas al VIH y la VCM</p> <p>Contenidos de sesiones incluyendo el VIH y VCM</p> <p>Colaboración con grupos de MVVS y de mujeres</p>						

### **5.7. Herramienta # 7: Componentes clave de estrategias de autocuidado para prestadores de servicios integrados de VIH y VCM<sup>2</sup>**

Los programas de autocuidado deben considerar a los cuidadores informales (familiares, amigos, pares) y cuidadores formales (personal que trabaja en organizaciones en las áreas de VIH/VCM: médicos, enfermeros, servicios ambulatorios, apoyo a huérfanos, equipos de rescate o de primera respuesta –policías, paramédicos, médicos de servicios de emergencias, entre otros) y otros prestadores que atienden a personas afectadas por estos problemas.

#### **I. Evaluación de aspectos individuales**

Nivel emocional (empatía, involucramiento afectivo, pérdida de confianza en las relaciones con otros, sentimientos y emociones, u otros)

Sentimientos y expectativas personales como parte del sentir grupal (resonancia grupal)

Aspectos cognitivos (pensamientos e ideas sobre VIH y VCM)

Conductas (pautas de comportamiento cotidianas o habituales)

Revisión y trabajo de la propia historia (experiencias de violencia o como PVVS)

Experiencias personales (relacionadas con la violencia o el VIH) y su impacto en el desarrollo de la tarea

Actitudes frente a la tarea de brindar atención a PVVS y sobrevivientes de violencia

Identificación de fuentes de sobrecarga y tensión durante el desempeño de las funciones como proveedor

Manejo del poder en el desarrollo de sus tareas y con las usuarias

#### **II. Prácticas individuales y del equipo de trabajo relativas al autocuidado**

Cuidado físico y cuidado corporal

Identificación de las fortalezas adquiridas y valoración del propio trabajo

Identificación de procesos de desgaste y desmotivación

Vinculación entre los ideales del prestador y la auto-exigencia en el cumplimiento de sus responsabilidades

Revisión de debilidades y fortalezas en el funcionamiento del equipo de trabajo

#### **III. Respuestas institucionales/comunitarias/sociales**

Capacitación continua

Espacios de relajación y salidas frente al agotamiento

Medidas de apoyo y contención emocional

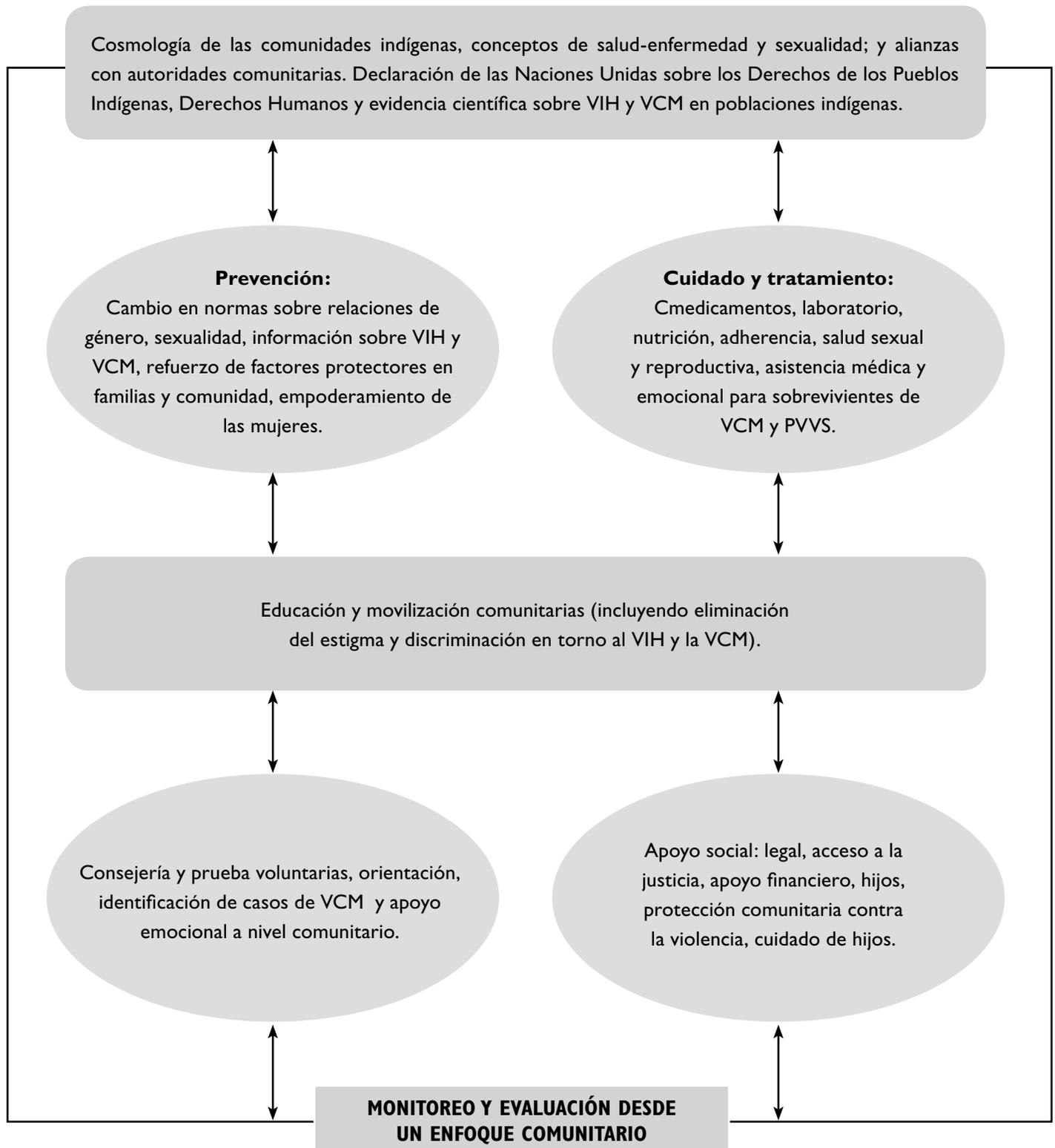
Supervisión y apoyo/trabajo en equipo

Fortalecimiento de redes de apoyo social y profesional

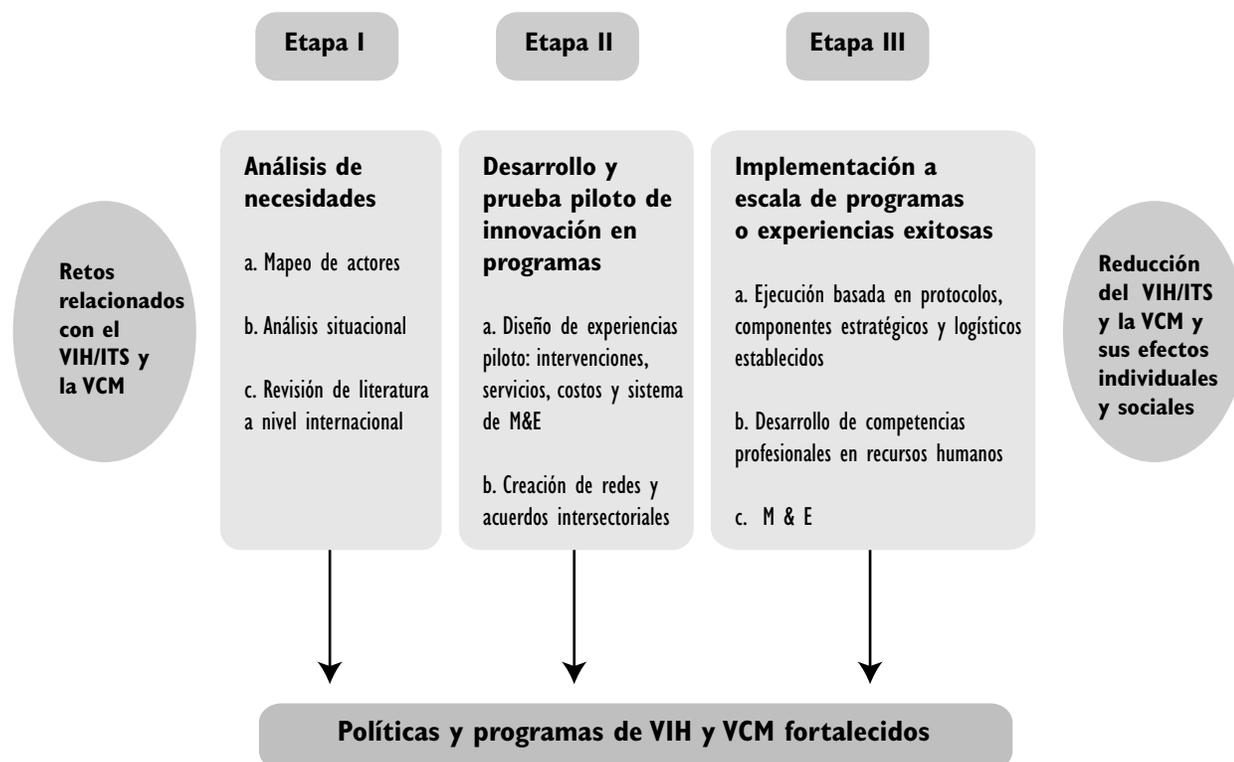
Monitoreo y evaluación de las estrategias de autocuidado.

<sup>2</sup> Adaptado de: Ojeda, Teresa. Las propuestas de autocuidado para prestadores de servicios que trabajan en el campo de la violencia contra las mujeres. OPS/OMS. 2005 (Versión preliminar).

## Herramienta # 8: Componentes del modelo de integración VIH/VCM en poblaciones indígenas en América del Sur



### 5.9. Herramienta # 9: Enfoque estratégico para el desarrollo de iniciativas de integración de VIH y VCM



### 5.10. Herramienta # 10: Enfoque ecológico para analizar riesgos y vulnerabilidades frente al VIH y la VCM

Los riesgos, la vulnerabilidad y el impacto de las intersecciones entre el VIH y la VCM son el resultado de la interacción de diversos factores que se interconectan en diferentes niveles. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, (2005), el marco ecológico que define la violencia interpersonal y que proponemos aplicar a las intersecciones entre el VIH y la VCM, es el resultado de interacciones entre factores que concurren en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social.

- En el nivel individual, la historia personal y los factores biológicos influyen en los riesgos y vulnerabilidades frente al VIH y la VCM.
- Las relaciones sociales cercanas: familia, amigos, la pareja, u otros.
- Los contextos de la comunidad en los que se desarrollan las relaciones sociales, por ejemplo, la escuela, el vecindario, el lugar de trabajo u otros.
- Los factores sociales: las desigualdades sociales, económicas y de sexo, redes de seguridad económica insuficientes, la aplicación deficiente de la legislación, y las normas culturales, entre otros.

Utilizando el siguiente gráfico, analice los factores asociados a las intersecciones entre el VIH y la VCM en cada uno de los niveles indicados.



Adaptado de: Heise, Lori. 1998. Violence against Women: An Integrated, Ecological Framework. In Violence against Women, Vol. 4, No. 3, June 1998. 262-290. Sage Publications, Inc. USA.

A partir de los factores descritos en el gráfico anterior, desarrolle una propuesta de estrategias de prevención con los siguientes componentes:

- Objetivos, tomando en consideración el enfoque de empoderamiento y la promoción de los derechos humanos.
- Problemas prioritarios a los que intenta atender la estrategia de prevención según los niveles del marco ecológico.
- Audiencias, según el nivel de vinculación o influencia con los problemas prioritarios identificados.
- Estrategias de prevención.
- Diseñar una estrategia de coordinación intersectorial para la prevención.

Describir las entidades e individuos con los que se establecerían alianzas a fin de ampliar la cobertura de las estrategias seleccionadas en las audiencias priorizadas. Algunos criterios para establecer las prioridades en términos de colaboración podrían ser los siguientes:

- Potencial de la entidad para alcanzar a las audiencias establecidas
- Credibilidad entre los grupos de población prioritarios
- Interés en los contenidos seleccionados
- Existencia de recursos humanos, técnicos, financieros y de infraestructura para aportar a las estrategias seleccionadas.

f. Establecer el sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia de prevención

### 5.11. Herramienta # 11: Guía para el diseño de una encuesta a usuarias de servicios de consejería para evaluar las necesidades de integración VIH/VCM<sup>3</sup>

Presentación: a) la encuesta indaga sobre temas de interés de las usuarias de los servicios, b) sus respuestas ayudarán a mejorar la calidad del servicio y atender mejor a sus necesidades, c) la participación es voluntaria, d) las respuestas son confidenciales; e) preguntas y dudas sobre la entrevista.

Fecha	N° de entrevista
Lugar	
Entrevistador/a	
<b>I. Datos generales</b> (Edad, estado civil, zona de residencia, etnicidad, fecundidad, educación formal, empleo.) También especificar el tipo de servicio que utilizó el día de la entrevista (prevención de VIH/ITS, prueba de VIH, entrega de resultados de la prueba de VIH, temas que surgieron después de la prueba realizada anteriormente, otro).	
<b>II. Percepción sobre la oferta actual de servicios</b>	
2.1. ¿El o la consejera le explicó todo lo que esperaba saber o conocer? 2.2. ¿Se sintió libre y cómoda para hablar sobre sus preocupaciones y temas personales? 2.3. ¿Conversó acerca de compartir los resultados de la prueba con su pareja? En caso afirmativo, ¿conversó sobre posibles reacciones de la pareja, las opciones para compartir los resultados? 2.4. ¿Conversó acerca de conductas sexuales o situaciones de riesgo? En caso afirmativo, ¿conversó sobre conductas de su pareja (múltiples parejas, relaciones sexuales con otros hombres, maltrato, conductas de control, u otros)? 2.5. ¿Conversó acerca del uso del condón (limitaciones para negociar uso de condón)?	
<b>III. Problemas y temas de interés para la usuaria y porqué</b> Conductas de control de la pareja Toma de decisiones en el hogar; uso de servicios, sexualidad y reproducción Comunicación con la pareja sobre sexualidad y decisiones reproductivas Percepción de riesgo frente al VIH/ITS Miedos y dudas para hablar con la pareja sobre los resultados de la prueba Experiencias de violencia (distintas formas de violencia y en las diferentes etapas del ciclo vital) Violencia en la pareja (incluyendo durante el embarazo) Participación de la pareja en los servicios de CPV Normas de género a nivel comunitario y en la familia Estigma y discriminación Alternativas de incremento de la participación económica y social de las mujeres Referencia a otros servicios Opciones reproductivas para MVVS Otros	

<sup>3</sup> Esta lista debe ser adaptada a las características del servicio y a las necesidades de información del contexto en que se llevará a cabo la integración.

## 5.12. Herramienta # 12: Evaluación para la integración de VCM en los programas de prevención de la transmisión perinatal

<b>I. Escenario epidemiológico del VIH y la VCM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Prevalencia de VIH en mujeres en edad reproductiva y en los distintos grupos de población (jóvenes, UDI, trabajadoras sexuales, migrantes, grupos étnicos, u otros)</li> <li>b. Prevalencia de violencia por parte de la pareja (de vida y en el último año)</li> <li>c. Prevalencia de violencia por cualquier persona y por la pareja durante el embarazo.</li> </ul>
<b>II. Acceso a servicios de VIH y VCM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Proporción de mujeres en población general que utiliza atención pre- y post natal</li> <li>b. Proporción de partos institucionales</li> <li>c. ¿Constituye una barrera la ubicación geográfica de los servicios para que las mujeres embarazadas accedan a los servicios de atención prenatal?</li> <li>d. Nivel de participación de proveedores tradicionales (parteras, comadronas, curanderos) en la atención al embarazo, parto y puerperio.</li> </ul>
<b>III. Recursos existentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Recursos disponibles o accesibles para integrar intervenciones sobre VCM en los programas actuales de prevención de la transmisión perinatal.</li> <li>b. ¿La integración de VCM en los programas de prevención de la transmisión perinatal implica crear nueva infraestructura?</li> <li>c. Analizando el nivel de recursos financieros y de infraestructura disponibles en la comunidad seleccionada, la integración VCM en los programas de prevención de la transmisión perinatal ¿tendría costos muy altos, posibles de financiar movilizando nuevos recursos o pueden ser absorbidos con los existentes?</li> <li>d. ¿Cuáles serían las mejores estrategias para asegurar la participación consistente y significativa de grupos de MVVS y de otros grupos de mujeres?</li> </ul>

<p><b>IV. Necesidades para intervenciones focalizadas</b></p>	<p>a. ¿Cuáles serían las poblaciones prioritarias a atender y cuáles son sus necesidades específicas? (jóvenes, trabajadoras sexuales, migrantes –incluidas desplazadas y refugiadas)</p> <p>b. ¿Qué enfoques serían los más apropiados para la prevención y atención de la violencia en las mujeres embarazadas que viven con el VIH?</p> <p>c. ¿Qué estrategias podrían desarrollarse para prevenir el VIH/ITS en mujeres embarazadas que sufren violencia?</p> <p>d. ¿Quiénes estarían involucrados en los servicios? ¿Pareja, familiares?</p>
<p><b>V. Cambios en la organización de servicios, programas o intervenciones</b></p>	<p>a. ¿Qué medidas se tomarían para asegurar la calidad de los servicios integrados VIH/VCM en los programas de prevención de transmisión perinatal?</p> <p>b. ¿Pueden las organizaciones participantes en la integración VIH/VCM desarrollar actividades a nivel comunitario para incrementar el conocimiento y cambiar actitudes hacia las mujeres embarazadas que viven con el VIH?</p> <p>c. ¿Cómo se coordinarían acciones con proveedores tradicionales (parteras, comadronas, trabajadores comunitarios)?</p> <p>d. ¿Qué medidas se desarrollarán para asegurar que la perspectiva de las usuarias esté incluida en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas?</p>

### 5.13. Herramienta # 13: Planificar el desarrollo de competencias de los recursos humanos para integrar programas y servicios de VIH y VCM

I. Título del puesto o actividad:				
II. Tareas principales del puesto o actividad				
a.				
b.				
c.				
III. Planificación del plan para el desarrollo de competencias				
Habilidad, conocimientos y actitudes requeridos	Objetivos de aprendizaje	Método de evaluación del logro de la competencia	Actividades y recursos de aprendizaje	Enfoque de la instrucción
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				

Fuente: Adaptado del esquema del plan de aprendizaje del curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres”. Development Connections, 2007.

### 5.14. Herramienta # 14: Evaluación rápida de métodos de recolección de datos para diseñar la línea de base y el sistema de monitoreo y evaluación de intervenciones integradas de VIH/VCM

Método	Características generales	Aspectos a considerar
a. Revisión de documentación	<p>Se realizan revisiones periódicas de informes y documentos existentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Estadísticas de fuentes continuas o por intervalos regulares sobre VCM y VIH (registros administrativos del sector salud, justicia, educación, policía; encuestas)</li> <li>. Registros de capacitaciones de recursos humanos trabajando en VIH o VCM</li> <li>. Estudios y evaluaciones sobre programas e intervenciones</li> <li>. Inventarios de suministros, equipos e infraestructura disponible.</li> </ul>	<p>Permite obtener información para cuantificar los resultados de la integración VIH/VCM.</p> <p>La obtención de datos para evaluar tendencias es factible cuando se cuenta con sistemas que recolectan periódicamente datos sobre las variables e indicadores seleccionados.</p>
b. Mapeo de actores	<p>Ayuda a definir las opciones de coordinación entre distintos actores y sus roles, evalúa el poder de influencia de cada uno en el proceso de integración y analiza los riesgos potenciales que se pueden enfrentar en el mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Es apropiado cuando la integración se desarrolla con base en redes intersectoriales.</li> <li>. Los roles, poderes y vínculos entre actores podrían cambiar en el tiempo.</li> <li>. Seleccionar indicadores prioritarios sobre los intereses y necesidades de los distintos actores puede constituir un reto importante para el sistema de M&amp;E.</li> </ul>
c. Mapeo institucional	<p>Matriz para registrar la disponibilidad de servicios de VIH y VCM existentes en el área geográfica determinada para la integración VIH/VCM. Puede incluir una evaluación cualitativa rápida de dichos servicios y se utiliza en distintos contextos, incluyendo emergencias. Incorpora un mapeo geográfico que ubica territorialmente los servicios evaluados.</p>	<p>Es útil para recolectar información sobre servicios existentes y también ubicarlos geográficamente. Ayuda a identificar barreras geográficas potenciales de acceso a los mismos.</p>
d. Grupos focales	<p>Un número de participantes no superior a 12-15 con características similares participan en una discusión facilitada a través de una guía. Cuenta con un co-facilitador que observa y registra aspectos específicos del debate.</p>	<p>Puede ser útil cuando el tiempo, el financiamiento y los recursos humanos son limitados y se requiere información en profundidad sobre determinados tópicos, a la vez que aborda temas no sensibles que pongan en riesgo la seguridad de las/os participantes.</p>

<b>Método</b>	<b>Características generales</b>	<b>Aspectos a considerar</b>
e. Análisis de eficacia en términos de costo	Permite comparar el impacto de las distintas intervenciones integradas de VIH y VCM, analizando las asignaciones alternativas por tipo de intervención y grupo poblacional y puede llevarse a cabo incluyendo otros criterios, como las consideraciones relativas a la equidad y derechos humanos.	Es útil para sustentar la asignación presupuestaria de programas integrados que utilizan un enfoque de género y derechos humanos. Ayuda a medir los costos directos e indirectos de las intervenciones y puede servir para mostrar la eficacia en indicadores claves como cambios de comportamientos, acceso a servicios, prevención de nuevas infecciones, etc.
f. Observación directa	Se utiliza una matriz de observación para registrar lo que se ve y escucha en determinado contexto (servicio, actividad comunitaria, hogar, u otros). La información a recolectar puede incluir actividades en curso, procesos, análisis, interacciones sociales en distintos ámbitos; y resultados observables.	Es apropiado cuando se requiere observar organizaciones, grupos, personas o dinámicas en contextos específicos (hogares, comunidades, servicios, etc.). Puede ser útil para medir el tiempo y las actividades de cuidado de PVVS, interacción en servicios de consejería, procedimientos clínicos, de grupos de apoyo, entre otros.
g. Entrevista a informantes clave	Entrevistas cualitativas, en profundidad y semiestructuradas, con individuos seleccionados según conocimiento o experiencia en determinada área de interés para la integración VIH/VCM. Pueden aplicarse a tomadores de decisión, proveedores de servicios, usuarias de servicios, líderes u otros.	Es apropiado en los casos en que se abordan temas sensibles, o cuando el tiempo, los recursos y el personal son limitados. Aborda un número limitado de temas.
h. Encuestas	Cuestionario estructurado con preguntas cerradas (o abiertas que posteriormente se agrupan en categorías), administrado a una población específica con características predeterminadas (criterios de inclusión/exclusión).	Es importante para cuantificar los resultados de la integración. Reduce los sesgos en las respuestas que se pueden generar en los grupos focales. Puede ayudar a establecer el peso de los factores en el problema.

## 6. Referencias

1. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008. Ginebra, 2008.
2. García – Moreno, Claudia. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Ginebra, 2005.
3. ONUSIDA. Género. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/Gender/default.asp>
4. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp)
5. Sen, Gita and Östlin, Pirooska: Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient – Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Women and Gender Equity Knowledge Network. 2007.
6. Samson, Anda. Lack of Empowerment: A Driving Force Behind the HIV and Violence Against Women Epidemics. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
7. Fleischman, Janet. An Analysis of the Gender Policies of the Three Major AIDS Financing Institutions: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, the World Bank and the President's Emergency Plan for AIDS Relief. UNAIDS. 2008.
8. OPS/OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C. 2007. Pág. 21.
9. World Bank (2007), página 287. Citado por Remenyi, María Antonia. Explorando las implicaciones económicas y sociales del VIH y la violencia contra la mujer. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
10. Rao Gupta, Geeta, et al. Structural approaches to HIV prevention. The Lancet. August 2008.
11. CDC. HIV Prevalence Estimates -- United States, 2006. October 3, 2008 / 57(39);1073-1076. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5739a2.htm>
12. CDC. HIV/AIDS and African Americans. 2007. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/index.htm>
13. Tjaden, Patricia and Thoennes, Nancy. Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence. Findings From the National Violence Against Women Survey. U.S. Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention. USA. 2000. Disponible en: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>
14. Stark A M and Hope A. Aboriginal women's stories of sexually transmissible infections and condom use in remote central Australia. Sex Health. 2007 Dec;4(4):237-42.
15. Galán, Silvia. El VIH y la violencia contra las mujeres indígenas. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008
16. ONUSIDA. Intensificación de la prevención del VIH. Documento de posición de política del ONUSIDA. Ginebra, 2005. Pág. 19.
17. UNICEF. Las niñas, el VIH y la educación. Nueva York: UNICEF; 2004. Citado por Aranda, Florencia. Intersecciones entre el VIH y la violencia contra mujeres adolescentes y jóvenes. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008
18. OPS. OMS. Descubriendo las voces de las Adolescentes. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. OMS; Borrador 2006. Citado por Florencia Aranda, Intersecciones entre el VIH y la violencia contra mujeres adolescentes y jóvenes. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud

- y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008
19. Mahar F. & Sherrard J., 2005, Sexually transmitted infections en Sexual Health and The Menopause, The Royal Society of Medicine Press, London. Citado por Liliana Bilevich, El VIH y la violencia: Implicaciones para las mujeres envejecientes. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
  20. Hargreaves, James and Boler, Tania. The Impact of Girls' Education on HIV and Sexual Behavior. Actionaid International. 2006.
  21. Luciano, Diny. Mitos sobre la violencia contra las mujeres y el VIH. Washington D.C. 2007 (mimeo).
  22. Yang, X and G. Xia. 2006. Gender, Migration, Risky Sex and HIV Infection in China. Studies in Family Planning. 37: 241-250. Citado por Krishnan et al.: Poverty, Gender and HIV Risk. Annals of The New York Academy of Sciences. 2007.
  23. Silverman et al., 2006; Silverman et al., 2007. Citado por ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008.
  24. López, Jenny. Migración, VIH y violencia contra las mujeres. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008
  25. ONUSIDA, ACNUR, Programa Mundial de Alimentos. Desarrollo de estrategias programáticas para la integración de las actividades relacionadas con el VIH, la alimentación y la nutrición en entornos de refugiados. Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA.
  26. Ojeda, Teresa. El VIH, la violencia contra la mujer y los desastres naturales: El caso del terremoto de 2007 en el Perú. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
  27. Weiser, Sheri et al. Food Insufficiency is Associated with High-Risk Sexual Behavior Among Women in Botswana and Swaziland. PLoS Med. 2007;4(10):1589-1597.
  28. Amnistía Internacional (2004) Ruanda: "Marcadas para morir". Sobrevivientes de violación afectadas de VIH/SIDA. Resumen. Citado por Guida, Carlos. La violencia y el VIH en mujeres privadas de libertad. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
  29. Spiegel, Paul B. et al. Prevalence of HIV Infection in Conflict-affected and Displaced People in Seven Sub-Saharan African Countries: A Systematic Review. The Lancet Vol. 369, June 2007.
  30. Carpano, Izumi y Mathieson, 2007. Citado por ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008.
  31. FIMI Mujeres indígenas confrontan la violencia. Informe complementario al estudio sobre violencia contra las Mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas. www.indigenouswomensforum.org. Citado por Galán, Silvia en: El VIH y la violencia contra las mujeres indígenas. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
  32. Marston, C. and King E. Factors that Shape Young People's Sexual Behavior: A Systematic Review. Lancet, 368, 1581-6. 2006. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69662-1/fulltext?\\_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69662-1/fulltext?_eventId=login)
  33. Mantell, Joanne et al. The Mpondombili Project: Preventing HIV/AIDS and Unintended Pregnancy among Rural South African School-Going Adolescents. Reproductive Health Matters 2006: 14(28):113-122.
  34. Courtenay, 1998 and Pulerwitz. Citado por: Guedes, Alessandra. Behavior Change Strategies for Addressing Gender-based Violence in Latin America and the Caribbean. OXFAM. 2007
  35. Population Council. "What's a Real Man? India study examines perceptions of masculinity as entry point for addressing HIV. Horizons Report, December 2004.
  36. OPS/OMS. La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. Washington D.C. 2005.
  37. Picasso, Nizarindandi. Reinterpretando la violencia desde la perspectiva de las mujeres viviendo con el

VIH. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.

38. ONUSIDA. Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Ginebra. 2005. pág. 4.

39. Luciano, Diny. Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua. OPS/OMS. Washington D.C. 2005. (Mimeo).

40. Maman, Suzane, et al. The Intersections of HIV and Violence: Directions for Future Research and Interventions. *Social Science and Medicine* 50 (2000) 459-478.

41. OPS/OMS. Género y VIH/SIDA. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C. s/f. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVFactSheetSpanish.pdf>

42. The Global Coalition on Women and AIDS and WHO. 2004. Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections. Intimate Partner Violence and HIV/AIDS. Informative Bulletin Series, Number 1.

43. Fonck, K; Leye, E; Els, L; Kidula, N; Ndinya-Achola, J; and Temmerman, M. Increased Risk of HIV in Women Experiencing Physical Partner Violence in Nairobi, Kenya. *AIDS Behav.* 2005; 9(3):335-9.

44. Ravi, Anita, Blankenship, K., and Altice, F. The Association between History of Violence and HIV Risk – A Cross-Sectional Study of HIV-Negative Incarcerated Women in Connecticut. *Women's Health Issues* 17 (2007) 210-216.

45. World Health Organization. Addressing Violence against Women in HIV Testing and Counseling. A meeting report. Geneva, 16-18 January 2006.

46. Teitelman, Anne et al. Sexual Relationship Power, Intimate Partner Violence, and Condom Use among Minority Urban Girls. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 23, No. 12, 1694-1712 (2008)

47. Betances, Betania. Dimensiones del VIH/SIDA y la Violencia contra las mujeres en la República Dominicana. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Development Connections, COPRESIDA, Colectiva Mujer y Salud, ICW y UNFPA. Santo Domingo. 2007.

48. Voisin, Dexter. The Relationship between Violence Exposure and HIV Sexual Risk Behaviors: Does Gender Matter? *American Journal of Orthopsychiatry* 2005, Vol. 75, No. 4, 497-506.

49. Kalichman, Seth et al. Emotional Adjustment in Survivors of Sexual Assault Living with HIV/AIDS. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 15, No. 4, August 2002, pp. 289-296. 2002. USA.

50. Ramesh et al., 2006. Citado en: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008.

51. Surratt H. Sex work in the Caribbean Basin: Patterns of Substance Use and HIV risk among Migrant Sex Workers in the US Virgin Islands. *AIDS Care.* 2007 Nov; 19(10):1274-82.

52. Dunkle KL; Jewkes R; Ndunna M; Jama N; Levin J; Sikweyiya Y; Koss MP. Transactional Sex with Casual and Main Partners among Young South African men in the Rural Eastern Cape: Prevalence, Predictors, and Associations with Gender-based Violence. *Soc Sci Med.* 2007; 65(6):1235-48.

53. Théodore, Florence et al. El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Pública de México* / vol. 46, no. 2, marzo-abril de 2004. México D.F.

54. Krauss, Beatrice. Who Wins in the Status Games? Violence, Sexual Violence, and an Emerging Single Standard among Adolescent Women. The Hunter College Center for Community and Urban Health, New York, New York, USA. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1087: 56–73 (2006). C\_2006 New York Academy of Sciences. doi: 10.1196/annals.1385.001.

55. Oxfam and World Population Foundation. Failing Women, Withholding Protection. Oxfam Briefing Paper, August, 2008.

56. Women Won't Wait. Disponible en: [http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

57. Luciano, Diny. Violencia contra las mujeres y protección social. OPS/OMS. Washington D.C. 2004, (Mimeo).

58. Luciano, D., Esim, S., and Duvvury, N. (2005) How to Make the Law Work? Budgetary Implications of Domestic Violence Laws in Latin America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics and Policy*, 27, 123-133.

59. Bilevich, Liliana. El VIH y la violencia contra las mujeres: implicaciones para las mujeres envejecientes. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y

- del Caribe. Washington D.C. 2008.
60. Farmer, Paul. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. University of California Press. USA. 1999, pág. 98.
61. Rodriguez, Bill. *Biomedical Models of HIV and Women*. In *The Gender Politics of HIV/AIDS in Women. Perspectives on the Pandemic in the United States*. Edited by Nancy Goldstein and Jennifer L. Manlowe. New York University Press. 1997.
62. Russell P. Dobash; R. Emerson Dobash; Margo Wilson; Martin Daly. *The Myth of Sexual Symmetry in Marital Violence*. *Social Problems*, Vol. 39, No. 1. (Feb., 1992), pp. 71-91.
63. ICRW. *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*. Washington D.C. 2003.
64. Hanson, Kara. *La medición del estado de salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud*. OPS/OMS y Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health. Washington D.C. 2000. Pág. 21.
65. Remenyi, María Antonia. *Explorando las implicaciones económicas y sociales del VIH y la violencia contra la mujer*. En: *Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres*. Development Connections, UNIFEM, Organización Panamericana de la Salud y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington D.C. 2008.
66. Luciano, Diny. *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. (Documento de trabajo). OPS/OMS. 2004.
67. Cecilia Claramunt. *Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centro América*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Género y Salud Pública. San José, Costa Rica, 2003.
68. World Health Organization. 2008. *Technical Consultation on the Integration of HIV Interventions into Maternal, Newborn and Child Health Services*. Report of a WHO Meeting. Geneva, Switzerland, 5-7 April 2006. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_MPS\\_08.05\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_MPS_08.05_eng.pdf)
69. Foreit KGF, Hardee K, Agarwal K. *When does it Make Sense to Consider Integrating STI and HIV Services with Family Planning Services?* *Int Fam Plann Perspect* 2002;28(2):106-7. Citado por *Family Health International in Network*, Volume 23, Number 3, 2004.
70. Department of Community Health, Addis Ababa University, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Linking Reproductive Health, Family Planning and HIV/AIDS in Africa (Conference summary)*. October 9-10, 2008. Addis Ababa, Ethiopia.
71. UNIFEM. *Trust Fund Grantees. HIV/AIDS Window*. Disponible en: [http://www.unifem.org/gender\\_issues/violence\\_against\\_women/trust\\_fund\\_grantees.php](http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/trust_fund_grantees.php)
72. The Global Coalition on Women and AIDS. *Stop Violence Against Women Fight AIDS*. Issue # 2. s/f.
73. CIM/OEA, 2008. *Resumen del proyecto "Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica"*. Washington D.C. Octubre de 2008.
74. OPS/OMS. 2005. *Protocolo de investigación sobre VIH y violencia contra las mujeres en países seleccionados en Centroamérica*. Washington D.C.
75. Rose, Geoffrey. *Sick Individuals and Sick Populations*. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:427-432.
76. Krishnan et al.: *Poverty, Gender and HIV Risk*. *Annals of The New York Academy of Sciences*. 2007.
77. Simoni, Alicia. *Gender Dynamics and HIV/AIDS: Engaging Ugandan Men in Disease Prevention*. *Journal of Women for Women International*. Volume 5 – Number 1, 2007.
78. Chineze J. Onyejekwe. *The interrelationship Between Gender-based Violence and HIV/AIDS in South Africa*. *Journal of International Women's Studies* Vol. 6 # 1 November 2004.
79. The Global Coalition on Women and AIDS. *Increase women's control over HIV prevention: Fight AIDS*. Ginebra.
80. Pulerwitz, J., Izazola-Licea, J., and Gortmaker, S. *Extrarrelational Sex Among Mexican Men and Their Partners' Risk of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases*. *American Journal of Public Health*. October 2001, Vol 91, no. 10.
81. Panos. *Antiretroviral Drugs for All? Obstacles in Accessing Treatment, Lessons from India*. 2007. Disponi-

ble en: <http://www.panossouthasia.org/pdf/Antiretrovirals.pdf>

82. PATH. Como gestionar expectativas en relación a los microbicidas. La Campaña Global por los Microbicidas. Ficha Técnica # 19. Agosto 2008.
83. Breinbauer, Cecilia y Maddaleno, Matilde. Youth: Choices and Change. Washington D.C. 2005.
84. Morrison, A., Ellsberg, M., y Bott, Sara. Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones, 2005, pág. 65.
85. Hyman, I., Guruge, S., Stewart, D., and Ahmad, F. Primary Prevention of Violence against Women. Jacobs Institute of Women's Health. Women's Health Issues Vol. 10 No. 6 November/December 2000.
86. Guedes, Alessandra. Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis. IGWG. Washington D.C. 2004.
87. Whitaker, Daniel et al. A Critical Review of Interventions for the Primary Prevention of Perpetration of Partner Violence. Journal on Agression and Violent Behavior 11 (2006) 151-166. United States.
88. Vega, Sheila. Estrategia Somos iguales, somos iguales, Nicaragua. Informe de la "Reunión regional de redes y organizaciones que trabajan en prevención de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". 6 - 8 de febrero de 2008, Bogotá, Colombia. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y Oxfam-Novib.
89. Lowbury, Ruth and Kinghorn, George R. Criminal prosecution for HIV transmission. BMJ 2006; 333;666-667
90. Jewkes et al., 2007. Citado en: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008.
91. Kruger, 2003; Peacock y Levack, 2004; Bott, Morrison y Ellsberg, 2005. Citado en: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008.
92. Pulerwitz, 2006. Citado en: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2008.
93. UNIFEM. Making a difference: Strategic Communications to End Violence against Women. New York. 2003.
94. Wingood, Gina et al. Efficacy of an HIV Prevention Program among Female Adolescents Experiencing Gender-Based Violence. American Journal of Public Health Vol. 96, No. 6, 2006. Disponible en: <http://www.ajph.org/cgi/content/full/96/6/1085>
95. Human Rights Watch. 2003. Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda. Vol. 15, No. 15 (A). New York: Human Rights Watch.
96. Population Council. Preventing HIV and Partner Violence: Research Guides Design of Peer Education and Drama Components in Tanzania. Horizons Report, December 2004.
97. WHO. 2003. Gender Dimensions of HIV Disclosure to Sexual Partners: Rates Barriers and Outcomes. Geneva.
98. Mills, Stephen. The Serostatus Approach to HIV Prevention and Care: Cautions and Caveats. Am J Public Health. 2002 March;92(3):331-332.
99. Holtgrave, David R.. Cost and Consequences of the US Centers for Disease Control and Prevention's Recommendations for Opt-Out HIV Testing. PloS Med. 2007;4(6):e1194.
100. Maman, Suzanne and King, Elizabeth. Changes in HIV Testing Policies and the Implications for Women. J Midwifery Womens Health. 2008;53(3):195-201.
101. Tabet, Ann et al. Routinely Asking Women about Domestic Violence in Health Settings. BMJ Volume 327 September 2003.
102. Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., and Feder, G. Should Health Professionals Screen Women for Domestic Violence? Systematic Review. BMJ 2002; 325; 314.
103. Baty, Marguerite L. The Intersection of HIV and Intimate Partner Violence: Considerations, Concerns, and Policy Implications. Family Violence Prevention Fund. 2006. Disponible en: [http://endabuse.org/health/ejournal/archive/1-7/hiv\\_ipv.php](http://endabuse.org/health/ejournal/archive/1-7/hiv_ipv.php)
104. World Health Organization. 2004. Rapid HIV Tests: Guidelines for Use in HIV Testing and Counseling Services in Resource-constrained Settings. Geneva.
105. Fischer, Suzanne et al. HIV Counselling and Testing for Youth. FHI, YouthNet. Virginia, 2005.
106. The Southern African AIDS Trust. Counseling Guidelines on Domestic Violence. Zimbabwe, 2004.
107. George, Dona. "CDC Explores Pregnancy-Homicide Link." The Washington Post, 23 February, 2005. Washington D.C.

108. OPS/OMS. Muertes maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: repensando la salud materna en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/MM-violencia-MDGs.pdf>
109. Kamamagi CA; Rumwine JK; Tyleskar T; Heggenhougen K. Intimate Partner Violence against Women in Eastern Uganda: Implications for HIV Prevention.
110. Klaire JN et al. Domestic Violence and Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1. *AIDS*. 2006 Aug 22;20(13):1763-9.
111. Mlay R; Lugina H; Becker S. Couple Counseling and Testing for HIV at Antenatal Clinics: Views from Men, Women and Counselors. *AIDS Care*. 2008; 20(3):356-60.
112. Kishor, Sunita and Johnson Kiersten. Profiling Domestic Violence: A Multi-Country Study. ORC Macro. 2004.
113. Guttmacher Institute. The Role of Reproductive Health Providers in Preventing HIV. In Brief. 2004.
114. Kropp RY, Sarnquist CC, Montgomery ET, Ruiz JD, Maldonado YA. A Comparison of Perinatal HIV Prevention Opportunities for Hispanics and non-Hispanic Women in California. *AIDS Educ Prev*. 2006 Oct; 18(5):430-43.
115. Kumar, Alok et al. Antenatal Voluntary Counseling and Testing for HIV in Barbados. Success and Barriers to Implementation. *Pan American Journal of Public Health* Volume 15 (4) April 30, 2004 pages 242-8.
116. Jansen van Rensburg, M S. A Comprehensive Programme Addressing HIV/AIDS and Gender based Violence. *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*. Vol. 4 N° 3 Noviembre 2007.
117. ICW and Global Coalition on Women and AIDS. Access to Care, Treatment and Support.
118. Panos. Antiretroviral Drugs for All? Obstacles in Accessing Treatment, Lessons from India. 2007. Disponible en: <http://www.panossouthasia.org/pdf/Antiretrovirals.pdf>
119. Center for Reproductive Rights and Federation of Women Lawyers. Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities. United States. 2008.
120. Infante, Cesar et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México*/vol.48, no.2, marzo-abril de 2006.
121. Guttmacher Institute. Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs of People Living with HIV. In Brief 2006. Series, No. 6.
122. IPAS. HIV/AIDS, Unwanted Pregnancy and Abortion. The situation today – and what needs to be done. Draft May 2008, USA.
123. Goldstein, Rise et al. Psychological Distress, Substance Use, and Adjustment among Parents Living With HIV. *J Am Board Fam Med*. 2005; 18(5):362-373. American Board of Family Medicine.
131. Power, Rachel. 2003. Social Support, Substance Use, and Denial in Relationship to Antiretroviral Treatment Adherence among HIV-Infected Persons. *Journal of AIDS Patient Care and STDs*. May 2003, Vol. 17, No. 5: 245 -252.
124. Power, Rachel. 2003. Social Support, Substance Use, and Denial in Relationship to Antiretroviral Treatment Adherence among HIV-Infected Persons. *Journal of AIDS Patient Care and STDs*. May 2003, Vol. 17, No. 5: 245 -252.
125. Setswe, G. et al. Report and policy brief from the 4th Africa Conference on Social Aspects of HIV/AIDS Research: Innovations in Access to Prevention, Treatment and Care in HIV/AIDS, Kisumu, Kenya April 29 – May 3, 2007.
126. Lima VD et al. The Effect of Adherence on the Association between Depressive Symptoms and Mortality among HIV-Infected Individuals first initiating HARRT. *AIDS*. 2007; 21:1175-1183. Citado por Ian Everall. Impact of Psychiatric Disorders on HIV Management.
127. Olley BO, Abrahams N, Stein DJ. Association between Sexual Violence and Psychiatric Morbidity among HIV-Positive Women in South Africa. *Afr J Med Sci*. 2006 Dec; 35 Suppl:143-7.
128. Basu, Sanyay, Chwastiak, Lydia and Bruce, Douglas. Clinical Management of Depression and Anxiety in HIV-Infected Adults. *AIDS*. 2005; 19(18):2057-2067.
129. Turner, Barbara, et al. Relation of Gender, Depression and Health Care Delivery with Antiretroviral Adherence in HIV-Infected Drug Users. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18-248-257. 2003. USA.

Washington D.C.  
2009

