Development Connections, Diakonia Y Family Care International

Curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra mujeres indígenas"

La Paz, Bolivia

18-20 de junio de 2008

Development Connections, Diakonia y Family Care International

Curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres indígenas"

La Paz, Bolivia 18-20 de junio de 2008

Este curso fue organizado por:

Diakonia -Bolivia: Selina Eriksson y Susana Terrazas. Calle Presbiterio Medina No. 2851 antes de la Romecin Campos-Sopocachi. La Paz, Bolivia. Tel. (591-2) 2414759 Fax (591-2) 2413047. Email: diakonia@diakonia.org.bo Web: www.diakonia.se

Family Care International: Alexia Escobar, coordinadora de FCI en Bolivia. Plaza España. Calle Gregorio Reynolds, No. 5. La Paz, Bolivia. Tel. (591-2) 2416135

Development Connections: Dinys Luciano (Washington D.C.) y Teresa Ojeda (Perú). 1629 K Street NW Suite 300. Washington D.C. 20006. Tel. (202) 466-0978

Email: www.info@dvcn.org Web: www.dvcn.org

Redacción del informe final del curso: Dinys Luciano y Teresa Ojeda.

Revisión del informe: Selina Eriksson (Diakonia)

Tabla de contenido

Presentación **6**

1. Marco conceptual sobre las intersecciones entre el VIH/sida y la violencia contra las mujeres indígenas **8**

1.1. Vulnerabilidad social, VIH y VCM indígenas 8

1.2. Violencia contra las mujeres indígenas 9

1.3. El VIH en las poblaciones indígenas 12

1.4. Formas de vinculación entre el VIH y la VCM 14

1.5. Enfoque de empoderamiento aplicado al VIH y la VCM 17

2. Respuesta de los países en torno al VIH y la VCM en poblaciones Indígenas **19**

2.1. Caso de Bolivia 19

2.2. Caso de Colombia 23

2.3. Caso de Paraguay 26

2.4. Caso de Perú 29

3. Propuesta de modelo de integración del VIH y la VCM en Comunidades indígenas **33**

4. Integrando estrategias de prevención del VIH y la VCM en Comunidades indígenas **35**

4.1. Mejores prácticas en prevención del VIH 36

4.2. Mejores prácticas en prevención de la VCM 36

4.3. Experiencia de prevención del VIH y la VCM en la comunidad de Pando, Bolivia 36

5. Cuidado y tratamiento del VIH y la VCM **38**

5.1. Prueba voluntaria y consejería 38

5.2. Acceso, adherencia al tratamiento y cuidado doméstico 39

5.3. Profilaxis post exposición al VIH en casos de violencia sexual en Bolivia 40

5.3.1. Proceso de atención 41

5.3.2. Tratamiento de las ITS 41

6. Pasos para la integración y propuestas de intervenciones integradas de VIH y VCM por país 43

6.1. Justificación y pasos para integrar intervenciones de VIH y VCM en poblaciones indígenas 43

6.2. Propuestas de país de intervenciones integradas de VIH y VCM 43

6.2.1. Bolivia 44

6.2.2. Colombia 46

6.2.3. Paraguay 48

6.2.4. Perú 50

7. Anexo

Programa del curso 52

Abreviaturas y acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
DVCN	Development Connections
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MVVS	Mujeres viviendo con el VIH/sida
FCI	Family Care International
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud
PVVS	Personas viviendo con el VIH/sida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
VCM	Violencia contra las mujeres
VVCM	Víctimas de violencia contra la mujer

Presentación

A nivel internacional se reconoce que la VCM y el VIH son problemas de salud pública y desarrollo humano que se interconectan entre sí aumentando el círculo de desigualdad e inequidad entre los sexos. A pesar de los avances en identificar las formas en que ambos problemas se articulan, el análisis sobre las especificidades de estas intersecciones a partir de determinantes sociales como la etnicidad; es relativamente nuevo. Las mujeres indígenas viven condiciones específicas de desigualdad y discriminación en las comunidades, en las familias y en su vinculación con otros grupos sociales que las colocan en situaciones de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH y la violencia. Los pocos estudios realizados en las comunidades indígenas indican que se registra una prevalencia de violencia en las relaciones de pareja en algunos casos más elevada o similar a la encontrada en población general; sin embargo, las formas de expresión, la naturalización del hecho, las percepciones prevalecientes y características; presentan variaciones importantes. Los riesgos frente a la violencia sexual en sus comunidades y fuera de ellas también es riesgo adicional que enfrenta este grupo de población. Por otro lado, la presencia del VIH y otras ITS parecen estar incrementando en las comunidades indígenas de América Latina y el Caribe (ALC) y las mujeres son seriamente afectadas por esta situación no solo por las secuelas físicas sino por las implicaciones sociales ya que ellas son percibidas como el vector que introduce el virus en algunas comunidades.

En un esfuerzo por abordar las intersecciones entre el VIH y la VCM en poblaciones indígenas, dos organizaciones que trabajan en la región andina – Diakonia y Family Care International-, unieron esfuerzos con Development Connections para llevar a cabo el curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres indígenas." [1] El objetivo de la iniciativa fue desarrollar competencias de los recursos humanos que trabajan en instancias gubernamentales y no gubernamentales, así como de las comunidades indígenas para integrar VIH y la VCM en las intervenciones relativas a la prevención, cuidado y tratamiento, así como para responder a problemas emergentes relativos a ambos temas. La actividad se llevó a cabo del 18-20 de junio de 2008 en La Paz, Bolivia y contó con la participación de 35

[1] El curso "Empoderamiento, VIH y VCM en América Latina y el Caribe" ha sido diseñado por Development Connections (DVCN). Cuenta con dos ediciones previas: a) En la República Dominicana en la modalidad presencial - virtual, coordinado por DVCN, UNFPA, COPRESIDA, Margaret Sanger Center, Colectiva Mujer y Salud; y la Comunidad de Mujeres Viviendo con el VIH, e implementado en abril-mayo de 2007; y b) Edición virtual con participantes de 15 países de América Latina y el Caribe coordinado por DVCN, UNIFEM, la CIM/OEA, ICW, Isis Internacional y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; durante el período septiembre – diciembre de 2007. La edición para el Caribe Inglés se llevará a cabo de julio – octubre de 2008, coordinado por DVCN, CIM/OEA, CAFRA, y UNIFEM.

representantes de instancias gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones de y que trabajan con indígenas, miembros de la Red contra la Violencia Sexual y equipo de Diakonia Sudamérica. Los países participantes fueron: Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú.

El curso se sustentó en el enfoque de empoderamiento y tomó en consideración los valores y preceptos culturales en las comunidades indígenas; sus hábitos y prescripciones sociales; y la cosmología. La agenda incluyó los siguientes temas:

a. Marco conceptual: datos sobre VCM y el VIH en ALC y en poblaciones indígenas, enfoque de empoderamiento y su aplicación a las intervenciones sobre ambos temas. También se analizaron las respuestas frente al VIH y la VCM en los países participantes y sus implicaciones políticas y programáticas.

b**. Prevención:** lecciones aprendidas sobre la prevención del VIH y la VCM.

c. Cuidado y tratamiento: integración en prueba y consejería voluntarias, acceso, adherencia al tratamiento, cuidado doméstico; e integración del VIH en intervenciones sobre VCM.

d. Modelo integración y creación de redes: modelo de integración adaptado a las comunidades indígenas, pasos para la integración y componentes clave para desarrollar redes comunitarias de atención y prevención de la VCM y el VIH.

Diakonia, FCI y DVCN se comprometieron con el seguimiento al curso en los países participantes a través de actividades de comunicación y educación; así como la integración de ambos temas en las iniciativas actualmente en curso.

1. Marco conceptual sobre las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres indígenas

1.1. Vulnerabilidad social, VIH y VCM indígenas

Las mujeres indígenas en ALC viven acentuados niveles de desigualdad, pobreza y diversas formas de discriminación asociadas a su condición genérica y étnica. Las inequidades de género y étnicas son un elemento crucial para entender las intersecciones entre el VIH y la VCM, en tanto estos determinantes sociales actúan como impulsores de ambas epidemias en las poblaciones indígenas.

Los pueblos indígenas representan el 10% de la población de América Latina y particularmente, la situación de desventaja de las mujeres indígenas refleja la vulnerabilidad generada por la exclusión social.[2] Las mujeres y las y los niños indígenas tienen menos acceso a los servicios básicos de salud ya que indicadores como la mortalidad materna hasta los partos hospitalarios son, de manera reiterada peores entre los pueblos Indígenas.[3] En el caso de Bolivia, según datos del Banco Mundial (2002), las tasas de pobreza rural y urbana eran mucho más altas entre la población indígena que entre la población no indígena (86% comparado con 74% en las zonas rurales y 59% comparado con 47% en las zonas urbanas). Casi dos tercios de la población indígena en este país se encuentran entre el 50% más pobre de la población. La tasa de participación laboral es de 81% para la población no indígena y de 64% para la indígena. Casi un tercio de los indígenas empleados no reciben remuneración por su trabajo, comparado con un 13% de los no indígenas. La mayoría del trabajo sin pago es realizado por las mujeres. Asimismo, la población indígena tiene 3,7 años menos de escolaridad (5,9 años) que la no indígena (9,6 años). El analfabetismo está particularmente concentrado entre la población indígena femenina y afecta a una de cada cuatro mujeres mayores de 35 años.[4]

---

[2] Hall. Gillette y Anthony Patrinos, Harry. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Banco Mundial. Disponible en: http://wbln0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/8d6661f6799ea8a48525673900537f95/3bb82428dd9dbea785257004007c113d/$FILE/PueblosIndigenasPobreza_resumen_es.pdf

[3] Hall. Gillette y Anthony Patrinos, Harry. Ibid…

[4] Banco Mundial. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Disponible en: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20505826~isCURL:Y~menuPK:508626~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489669,00.html

En el Perú, del total de los hogares pobres, 43% son indígenas y del total de los hogares en extrema pobreza, 52% son indígenas. La población indígena empleada gana en promedio sólo la mitad de lo que la población no indígena empleada y; en promedio, los miembros de hogares no indígenas ganan prácticamente el doble que los hogares indígenas. En relación con la educación, los hombres indígenas jefes de hogar tienen casi 2,5 años menos de educación que los hombres no indígenas jefes de hogar, mientras que las mujeres indígenas jefes de hogar tienen 4,6 años menos de educación que sus contrapartes no indígenas.[5]

Analizar los factores impulsores del VIH y la VCM indígenas es un proceso complejo ya que por un lado, no hay una definición única de lo que es ser indígena y por otro lado, las mujeres indígenas se encuentran en todas partes: en sus comunidades, en grandes ciudades, en países distintos a los de origen y distintas áreas del mercado laboral. Tal como fue señalado por el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, en el Tercer Período de Sesiones (New York, 2004), "*Las mujeres indígenas de hoy son difíciles de catalogar. Se las puede encontrar en distintos escenarios: en su medio natural de comunidades rurales, indígenas e independientes, sumidas en la pobreza de una reserva, en torres de apartamentos o tugurios de las grandes ciudades, o participando activamente, marcando el camino en una reunión intergubernamental. Desafortunadamente la mayoría de las mujeres indígenas de hoy aún se encuentran en peligro, ya sea por haber padecido la colonización largo tiempo atrás o por estar sujetas a las fuerzas actuales de la globalización."* [6]

1.2. Violencia contra las mujeres indígenas

Actualmente se cuenta con pocos estudios que exploren la magnitud y características de la violencia contra las mujeres indígenas. En un estudio llevado a cabo en la región de Cuetzalan (México) se encontró que de 50 mujeres entrevistadas 54 por ciento dijo haber sufrido violencia en diferentes

[5] Banco Mundial. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Disponible en: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20505830~isCURL:Y~menuPK:508626~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489669,00.html

[6] Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, en el Tercer Período de Sesiones. DOCUMENTO DE ANTECEDENTES. LAS MUJERES INDÍGENAS HOY: EN PELIGRO Y UNA FUERZA DE CAMBIO. New York. 24 de mayo de 2004. Disponible en: http://www.un.org/spanish/indigenas/2004/mujeres.html

etapas de su vida, el 59 por ciento de este conjunto manifestó haberla sufrido durante su niñez por parte de su padre, madre, o padrastros, el 44 por ciento fueron testigas de violencia contra madre, abuela u otra mujer de su casa, durante su niñez; el 29 por ciento recibió agresiones de sus suegros, y el 68 por ciento de su primer o segundo marido.[7] Asimismo, las mujeres indígenas enfrentan formas de violencia tales como el acoso y la violencia sexual que ejercen los agentes estatales. Tal es el caso en la frontera entre Nicaragua y Honduras contra las mujeres Miskito que se movilizan entre ambos territorios para trabajar la tierra y/o cultivar plantas medicinales.[8]

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas – violencia y discriminación

Artículo 22
2. Los Estados adoptarán medidas, junto con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación.

Disponible en:
http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/es/drip.html

En Colombia, en las conclusiones del foro "Mujeres indígenas y sus voces de resistencia" (2006) se indicó que la violencia sexual en contra de las mujeres, en particular por parte de los grupos armados que hacen presencia en nuestros territorios, incluyen violaciones sexuales, acoso, desnudez y embarazo forzado, enamoramiento de niñas y mujeres como estrategia de guerra, y contagio de infecciones de transmisión sexual.[9] Los yanomami de Brasil han denunciado que algunos soldados instalados en su tierra sin su consentimiento, han inducido a jóvenes yanomami menores de edad a la prostitución.[10] En Estados Unidos, los actos de violencia sexual contra mujeres indígenas son generalizados: estas mujeres tienen unas probabilidades al menos 2,5 veces superiores de ser violadas o agredidas sexualmente que las mujeres de Estados Unidos en general.[11]

---

[7] Mejía Flores, Susana. Mujer Indígena y Violencia: Entre esencialismos y racismos. Revista México Indígena No. 5. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=611. Citado por Silvia Galán en: VIH y violencia contra mujeres indígenas. Development Connections y UNIFEM. Washington D.C. Mayo, 2008.

[8] FIMI. 2006. Mairin Iwanka Raya - Indigenous Women Stand against Violence, A Companion Report to the United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Women.

[9] Foro Nacional de Mujeres Indígenas. Bogotá - Septiembre 27 de 2006. Disponible en: onic.org.co/img_upload/.../CONCLUSIONES.doc._fORO_MUJERES.doc

[10] Survival. Las mujeres indígenas son especialmente vulnerables a la violencia. 22 de noviembre de 2007. Disponible en: http://www.servindi.org/archivo/2007/2912

[11] Amnistía Internacional. Violencia contra las mujeres indígenas. 16 de noviembre de 2007. Disponible en: http://www.amnesty.org/es/campaigns/stop-violence-against-women/issues/implementation-existing-laws/indigenous-women

En Australia, en las mujeres indígenas la probabilidad de vivir con el VIH es 18 veces mayor que en las mujeres no indígenas y 3 veces mayor que en los hombres no indígenas. (Wright et al., 2005)[12]

Asimismo, los desplazamientos forzados de las comunidades indígenas y los conflictos generados por esta situación, incrementan los riesgos frente a la violencia física y sexual contra las niñas y adolescentes, fundamentalmente. En América Latina, miles de mujeres y niñas indígenas son víctimas fáciles del comercio sexual y la trata y tráfico de personas. Por ejemplo, la ciudad de Guatemala se ha convertido en un centro internacional de trata de personas, donde se trafica con niñas provenientes clandestinamente de toda América Central. Por otro lado, se calcula que la cantidad de menores brasileños que se prostituyen oscila entre 250.000 y hasta 2 millones.[13]

…Interpretando la violencia desde la perspectiva de las mujeres indígenas

La Federación Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI, 2006) ha cuestionado algunas visiones predominantes sobre la VCM indicando que las mismas deben ser reinterpretadas a partir de la situación de las mujeres indígenas. Un ejemplo de ello lo constituye la idea de que las mujeres que no enfrentan la violencia de pareja a través de la ruptura de la relación son indefensas o tienen una patología, cuando en realidad la separación representa riesgos adicionales para la mujer indígena tales como las amenazas de violencia y disrupción espiritual o cultural. "*El que una mujer indígena abandone a su pareja abusiva requiere que se mude fuera de su comunidad, enfrentando una pérdida de cultura e identidad en un contexto social equivalente a la asimilación forzada, así como también a la discriminación y violencia racista contra ella por ser indígena.*" [14]

En México también las indígenas han planteado cuestionamientos al marco jurídico en torno a la violencia doméstica. Las feministas urbanas de Chiapas lograron en 1998 aumentar la pena para los agresores mediante la modificación del artículo 122 del Código Penal; sin embargo, las mujeres

---

[12] Wright et al., 2005. Citado en: FACT SHEET:HIV/AIDS in Australia and the Region. Disponible en: http://www.ias2007.org/admin/images/upload/840.pdf

[13] Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, en el Tercer Período de Sesiones. DOCUMENTO DE ANTECEDENTES. LAS MUJERES INDÍGENAS HOY: EN PELIGRO Y UNA FUERZA DE CAMBIO. New York. 24 de mayo de 2004. Disponible en: http://www.un.org/spanish/indigenas/2004/mujeres.html

[14] FIMI. Mujeres Indígenas Confrontan la Violencia. INFORME COMPLEMENTARIO AL ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. 2006. Disponible en: http://indigenouswomensforum.org/vaiwreport06-sp.pdf

indígenas han indicado que esta medida las ha afectado ya que ellas no cuentan con independencia económica por lo que son directamente afectadas por las largas permanencias de los maridos en las cárceles en tanto quedan sin su apoyo económico. En este sentido, se ha planteado que el trabajo en contra de la violencia doméstica en contextos multiculturales, valdría la pena retomar la propuesta de Chandra Monhanty quien señala que "*La violencia masculina debe ser teorizada e interpretada dentro de sociedades específicas, para así poder entenderla mejor y poder organizarnos más efectivamente para combatirla." (*Monhanty 1991:67).[15]

Testimonio de indígena guatemalteca viviendo con el VIH

Cuenta una mujer indígena seropositiva de Malacatán (San Marcos) : .....murió mi esposo de SIDA y ahí me quede sufriendo entonces como una niña .Yo no podía manejar dinero, ni trabajo, ni como dar gasto a la familia.
Ya ve, la vida de una mujer cuesta entre los hombres y peor la vida de una mujer enferma y sola con hijos.
Me quedé como un pájaro entre ramas secas...

Fuente: AI Médicos Progresistas. Sida y mujeres indígenas en Guatemala. Disponible en: http://www.medicos-progresistas.org/modules.php?name=News&file=print&sid=224

1.3. El VIH en las poblaciones indígenas

Según el análisis realizado por la OPS/OMS (2004) en Guatemala, un país con más de la mitad de su población de origen directamente maya, se ha incrementado notoriamente el número de casos de SIDA. Tanto en el suroeste, donde el 60% de la gente es maya, como en la costa pacífica, región de reciente migración indígena de otras zonas, como en el ejército que recluta soldados mayas el problema ha empeorado significativamente. (IDEI citado en OPS 2002, Borrador de documento) En el caso de Surinam, la evidencia sugiere que las enfermedades de transmisión sexual han conocido una ascendente expansión entre las comunidades marronas e indígenas. [16]

[15] Hernández, Aida. Mujeres indígenas y feminismos. 24 de mayo de 2005. Disponible en: http://www.modemmujer.org/docs/8.41.htm
[16] OPS/OMS 2006. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Disponible en: http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/FCH/AI/SSIA06.pdf

Por su lado, en los Estados Unidos, las mujeres indio-americanas constituyen 15% de casos femeninos de sida, las mujeres blancas 7%.[17] En Oaxaca (México), "*que concentra 17 grupos étnicos en su territorio, 30% de la población infectada estimada en 2 mil casos es indígena*."[18] En Canadá, la población indígena está afectada desproporcionadamente por el VIH ya que mientras representan el 3% de la población general del país, constituyen entre el 5-8% del total de las PVVS y entre el 6-12% de los nuevos diagnósticos.[19]

La vulnerabilidad de las mujeres indígenas se relaciona, además de factores estructurales, con los roles de género, las características de las relaciones de pareja, factores externos a las comunidades indígenas. Emily Firman ha identificado factores internos en las comunidades indígenas del Perú tales como los roles asignados a las mujeres como amas de casa, ser dependientes de la familia y servir al hombre; mientras que los hombres por su parte, por razones de trabajo y otras oportunidades, salen por determinados períodos fuera de la comunidad. Asimismo, personas de zonas urbanas vienen a las comunidades y tienen contacto con las y los comuneros. Otros factores como la pobreza limitan la capacidad de elegir.[20] En el estudio Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México, los autores plantean que "*La vulnerabilidad para VIH/SIDA/ITS no depende de las preferencias sexuales, sino de escenarios donde el ejercicio violento del poder impide el uso adecuado del condón. Por eso, a manera de hipótesis, la vulnerabilidad para VIH/SIDA/ITS en mujeres indígenas unidas en concubinato con varones migrantes es atribuible a los procesos de vida familiar, conyugal y de identidad masculina que, regidos por el género, difi cultan el uso del condón durante los ciclos de la migración de retorno."*[21]

---

[17] Equidad, Género y la Salud de las Mujeres Indígenas en las Américas. Unidad Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: amro.who.int/Spanish/DD/PIN/Indigenous_Women.ppt

[18] El Universal. México. Preocupa presencia de VIH entre indígenas. 2 de diciembre de 2006. Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/estados/63155.html

[19] HIV InSite. Regional Overview. *Abstracted from Report on the Global AIDS Epidemic, UNAIDS, May 2006* Disponible en: http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=cr07-00-00

[20] Firman, Emily. Rol y género: factores de riesgo por VIH/SIDA en comunidades indígenas de la selva. Disponible en: http://www.saludglobalperu.org/dmdocuments/Forman_GlobalHealthSeminar.pdf

[21] Hernández-Rosete, Daniel et al. Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. Rev Saúde Pública 2008;42(1):131-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6359.pdf

1.4. Formas de vinculación entre el VIH y la VCM[22]

En la literatura disponible sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM se pueden identificar las siguientes formas a través de las cuales ambos problemas se articulan:

a. Transmisión directa a través del sexo forzado: el sexo forzado con un PVVS es una de las vías de transmisión del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (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 a infectarse con el VIH ya que este tipo de relación causa más lesiones en el tejido vaginal y anal.[23]

b. Transmisión indirecta a través de conductas sexuales de riesgo y experiencias de violencia en la niñez y adolescencia: se cuenta con evidencia que vincula las experiencias de violencia en la niñez y adolescencia con conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez tales como la actividad sexual sin protección, y con múltiples parejas.

c. Transmisión indirecta a través de las limitaciones para negociar sexo seguro: en algunos países, las tasas de uso de condón son menores entre aquellas que sufren violencia que las que no enfrentan dicha situación.

d. La violencia puede afectar la percepción de riesgo y las acciones para protegerse: en el Perú (2004) y Bolivia (2003), la percepción de riesgo frente al VIH es más baja en mujeres que no han vivido violencia que entre las que la experimentaron. Esto puede estar indicando que aunque las mujeres tengan niveles más altos de percepción de riesgo, las intermediaciones que impone la relación de violencia, restringen las posibilidades de negociar sexo seguro.[24]

---

[22] Tomado de: Luciano, Dinys. Explorando las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections. Washington D.C. 2007. Disponible en: http://www.dvcn.org/Documents/InterseccionesVIHVCM2.pdf

[23] 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/GenderandHIVFactSheetISpanish.pdf

[24] Luciano, Dinys. Explorando las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Datos extraídos de la base de datos de Macro Internacional de las Encuestas Demográfica y de Salud de los países indicados.

e. La violencia como consecuencia del VIH: la probabilidad de reportar violencia por parte de su pareja es más alta entre mujeres viviendo con el VIH que las no que no viven con el virus.[25] 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.[26]

f. Sexo recompensado, VIH y VCM: en este tipo de relaciones, el hombre generalmente es quien decide sobre prácticas tales como el uso de condón y/o anticonceptivos.

g. La violencia y utilización de servicios de prevención y atención al VIH: la violencia puede actuar como una barrera al acceso a los servicios de prevención y atención al VIH.

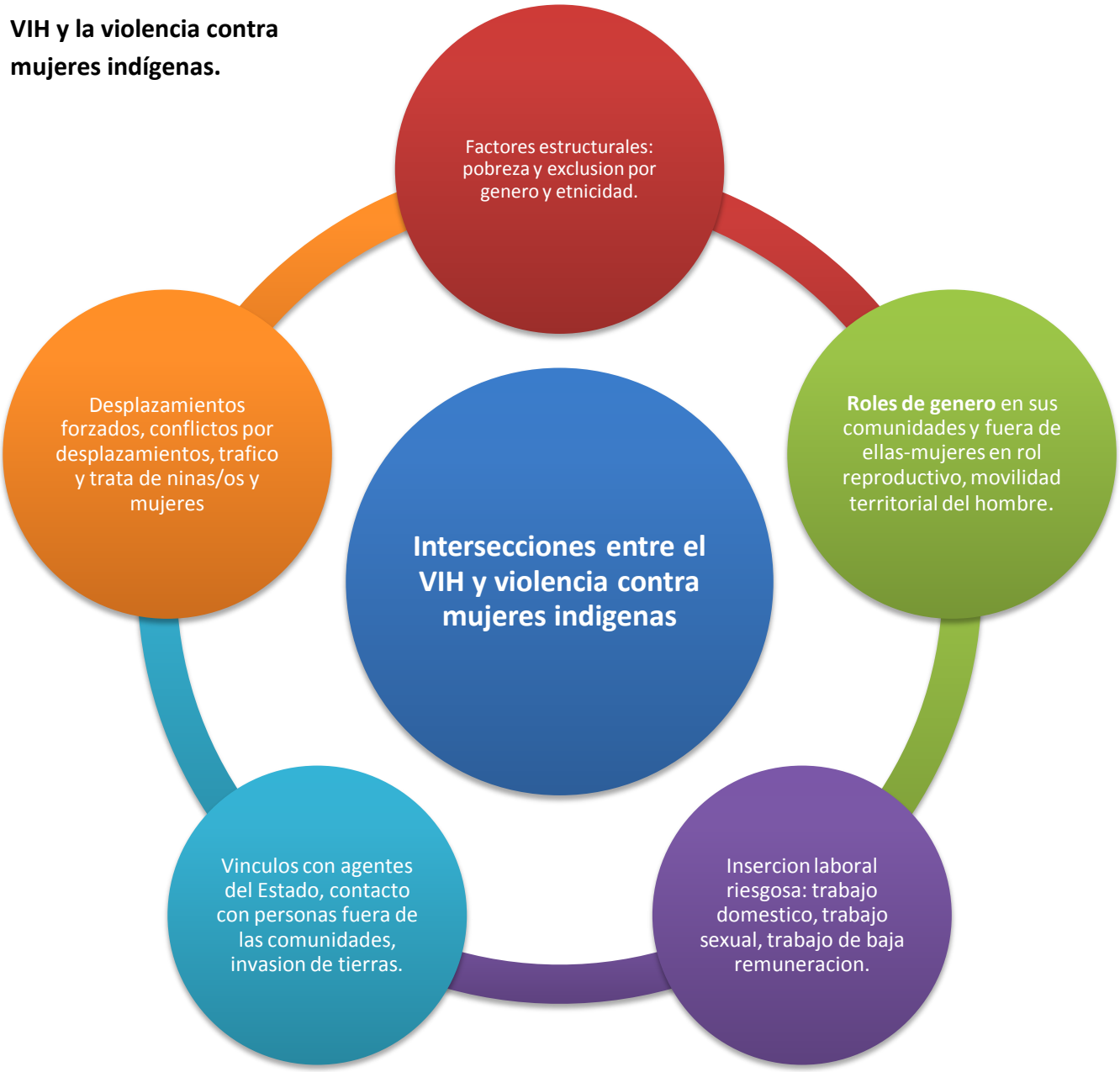
En la siguiente gráfica se presentan los factores asociados a las intersecciones entre el VIH y la violencia contra mujeres indígenas.

Development Connections. Washington D.C. 2007. Disponible en: http://www.dvcn.org/Documents/Intersecciones VIHVCM2.pdf

[25] Luciano, Dinys. 2005. 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. (Mimeo)

[26] WHO. 2003. Gender dimensions of HIV disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes. Geneve

Factores asociados a las intersecciones entre el VIH y la violencia contra mujeres indígenas.



1.5. Enfoque de empoderamiento aplicado al VIH y la VCM

Para abordar el enfoque de empoderamiento aplicado al VIH y la VCM, se asume que ambas problemáticas –además de hallarse vinculadas- se basan en el desequilibrio de poder; por lo que tanto los programas y las políticas que las aborden deben tener como punto de partida el enfoque de empoderamiento; basado en la promoción de la equidad de género y los derechos humanos. Desde la perspectiva de género, el empoderamiento comprende forjar cambios en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, esto es, concibiendo el poder como el acceso, uso y control de los recursos –físicos e ideológicos- en una relación social. Según Margaret Schuler (1997) el empoderamiento constituye *"un proceso mediante el cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones sociales"*.[27]

Aplicar el enfoque de empoderamiento en políticas y programas que integren el VIH y la VCM supone un proceso con cambios paulatinos y progresivos en los siguientes componentes[28]:

a. **La estructura de oportunidades**, abarcando dos niveles:
   - Las políticas públicas y respuesta sectorial
   - Las estructuras sociales en el nivel local y familiar

b. **La agencia de las mujeres en general, de PVVS y VVCM**, incluyendo dos niveles:
   - Capacidades y activos individuales
   - Capacidades y activos en el nivel colectivo

Generar cambios en estos espacios promoverá la participación, autonomía y ejercicio de derechos de las personas, principalmente de las MVVS y VVCM, teniendo como resultados:

- La reducción de la prevalencia de VIH y VCM
- Mejora de las condiciones de vida y salud de MVVS y VVCM

[27] De León, Magdalena. 1997. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá. Región y Sociedad, Vol.XI Nº 18. 1999. Disponible en: http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/18/18_8.pdf

[28] Luciano, Dinys. 2007. Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Development Connections. Washington D.C. Disponible en: http://www.dvcn.org/Documents/Intersecciones VIHVCM2.pdf

- Incremento en el acceso a servicios, recursos e información
- Implementación de servicios funcionales para PVVS y VVCM que respondan a sus necesidades
- Fortalecimiento de los grupos de PVVS y VVCM
- Acceso al mercado de trabajo, capacitación e ingresos propios
- Educación para la vida, abarcando temas como resiliencia, autoestima, plan de vida, entre otros.

De esta forma, el enfoque de empoderamiento se centra en la búsqueda del equilibrio en el balance de poder entre hombres y mujeres, y en el abordaje de las barreras estructurales y sociales con el propósito de facilitar y promover el empoderamiento de las poblaciones vulnerables para que sean capaces de reclamar, defender y ejercer sus derechos.

En la práctica, el enfoque de empoderamiento frente al VIH se plasma en las siguientes acciones[29]:

- Abogacía por los derechos humanos de las trabajadoras sexuales, eliminación de la violencia contra ellas/os, exigiendo un trabajo para la prevención del VIH más significativo con este grupo poblacional y que apunte hacia las causas del trabajo sexual.
- Capacitación para mujeres y hombres viviendo con el VIH sobre sus derechos sexuales y reproductivos
- Campañas públicas para eliminar normas culturales que restringen el acceso a preservativos y exigencia del uso de condones a su pareja por parte de las mujeres jóvenes
- Educación sexual a púberes y pre-púberes basados en la promoción de la equidad de género, y autoestima y sexualidad.
- Políticas públicas para asegurar acceso a tratamiento desde la perspectiva de derechos humanos, derecho a la salud y no como favor del gobierno
- Programas orientados a la participación real de las PVVS desde un enfoque de derechos humanos que promueva su control sobre el curso de la enfermedad
- Promoción del poder de decisión de las PVVS en la relación entre proveedoras/es de servicios y las/os usuarias/os.
- Creación de empleos dignos para mujeres dirigidos a reducir las prácticas de sexo para sobrevivir.
- Educación entre pares sobre sexualidad y relaciones equitativas de género

[29] Gay, Jill. 2007. Principios del enfoque de empoderamiento aplicados al VIH y la VCM. Presentación en el curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana". Santo Domingo.

2. Respuesta de los países en torno al VIH y la VCM en poblaciones indígenas

2.1. Caso de Bolivia

Según el Instituto Nacional de Estadística (2003) el 64.1% de las mujeres alguna vez casadas o unidas experimentó violencia por parte de su pareja; el 53.8% declaró que fue violencia emocional, mientras que el 52.3% y el 15.2% reportaron violencia física y sexual respectivamente. En las zonas rurales las mujeres afectadas por violencia de parte de sus parejas constituyen el 60.6%, mientras que en la zona urbana alcanzan el 65.9%. De otro lado, el 13.2% de mujeres alguna vez unidas o casadas fue víctima de violencia por parte de otra persona diferente a la pareja; el 10.1% fueron casos de violencia física y el 4.0% de violencia sexual. En las zonas rurales este grupo constituye el 10.5% y en las zonas urbanas el 14.5%.[30]

Respecto a la situación del VIH entre 1985 y 2000 se registraron 605 casos de VIH (52% portadores asintomáticos). La tasa media de incidencia anual se mantuvo cercana de 3 casos por millón de habitantes (1990-1997). La razón hombre: mujer bajó de 5:1 a 2:1 y predomina la transmisión sexual heterosexual. La vigilancia centinela ha detectado prevalencias de VIH inferiores a 1% en gestantes y 5% en poblaciones con comportamientos de alto riesgo (epidemia incipiente). En relación a las ITS, en 1999, las tasas de incidencia de gonorrea, sífilis, y hepatitis B en la población general se estimaron en 74, 55 y 5 por 100,000 habitantes, respectivamente.[31]

[30] Instituto Nacional de Estadística - Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2003). Disponible en: http://www.ine.gov.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC30130.HTM

[31] Banco Mundial. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Disponible en: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20505826~isCURL:Y~menuPK:508626~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489669,00.html

Entre las diversas problemáticas enfrentadas por la población indígena de Bolivia destaca la alta incidencia del trabajo infantil, la cual es cuatro veces más alta entre los niños indígenas que entre los no indígenas. En 2002, 31% de los niños indígenas entre 9 y 11 años trabajaban, comparado con 8% de los niños no indígenas. Los adolescentes indígenas entre 12 y 18 años entran a la fuerza laboral en mayor proporción y sobrepasan varias veces las tasas de entrada de la población no indígena. Además cerca del 30% de las mujeres indígenas dan a luz en hospitales, comparado con 55% de las mujeres no indígenas, lo cual puede tener origen en las diferentes tradiciones culturales pero implica menos acceso a cuidados en caso de complicaciones.[32]

Datos socio demográficos de Bolivia

Población: 8.328.700 (2000) habitantes, distribuidos en 9 departamentos, 112 provincias y 314 municipios.

Esperanza de vida al nacer: 61,4 años (2000).

Fecundidad: 4,4 hijos por mujer.

Población urbana: representa 65% de la población total.

Indígenas: 4,133,138 habitantes son indígenas, de los cuales el 45% vive en el área urbana y el 55% en el área rural. En las áreas rurales, 72% de la población habla lenguas indígenas, comparado con un 36% en las zonas urbanas.

Pobreza: sólo 48% de la población ocupada en ciudades capitales es asalariada y goza de protección y beneficios sociales.

Fuentes:

OPS/OMS. Base de datos Indicadores Básicos de Salud . Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_068.htm

Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0312&d2=6

Principales problemas relacionados con el VIH y la VCM en las comunidades indígenas en Bolivia – perspectivas de las y los participantes en el taller[33]

a. Roles de género y respuestas sociales

- Existen diferencias de género en las relaciones de pareja, lo cual coloca en una condición de vulnerabilidad a las mujeres.
- El indígena varón es el que manda y suele ser promiscuo, más aún si es líder y recibe/maneja dinero; sin embargo, no toma conciencia de que al estar con otra/s mujer/es puede transmitir el virus a su pareja/esposa.
- El rol de las mujeres no les da opción para que se capaciten; sus responsabilidades las agobian y sobrecargan, no permitiendo que tengan acceso para conocer ni ejercer sus derechos.

[32] Ibid
[33] Esta sección incluye las respuestas de los trabajos en grupos distribuidos por país.

- La dependencia económica restringe y vulnera a las mujeres.
- Existe la Política 5 de Solidaridad que promueve la "VCM Cero" y recalca la responsabilidad del personal de salud de denunciar los casos de violencia. La política gubernamental en salud incluye a pueblos indígenas originarios y también ha incluido los determinantes sociales para realizar el análisis de las problemáticas de salud; además pone énfasis en la estrategia de prevención. No obstante, su implementación aún no se concreta a nivel de las comunidades indígenas.

b. Violencia contra las mujeres

- Es violencia cuando el Estado dispone recursos de atención para grupos específicos y excluyen a comunidades indígenas.
- La invisibilización de la VCM y el VIH es un problema en Bolivia, ya que el Sistema de Información de Salud ofrece poca información sobre ambos temas, no desagrega el tipo de violencia. Se necesita buscar una forma de incidencia efectiva a través de un diagnóstico que permita obtener información válida y con ello generar cambios en las políticas públicas.
- Las distancias que tiene que recorrer las víctimas a buscar atención en un servicio de salud o en alguna instancia de justicia son inmensas.
- En las comunidades indígenas de Santa Cruz el tráfico sexual y la trata de personas son frecuentes; son problemáticas que no son enfrentadas por el Estado.
- En la zona donde se ubican las comunidades indígenas Chiquitanas se mantiene una práctica tradicional denominada "28" que consiste en que los hijos de los ganaderos (más conocidos como "patrones") escogen a cualquier mujer chiquitana y la violan entre 28 varones. La discriminación, racismo y descuido del Estado frente a esta práctica son palpables.
- La violencia es una práctica vista con naturalidad. Los hombres golpean para que la mujer "se componga"; las mujeres asumen que les pegaron por incumplimiento de alguna norma o responsabilidad.
- La violencia es parte de la cultura y por lo tanto se acepta.
- La VCM viene también de los colonizadores; antes de la colonización la vida era diferente.
- El alcohol y machismo influyen sobre la violencia, la incrementan.
- La mayoría de las comunidades indígenas no asumen castigo alguno frente a la violencia o los agresores; no dan importancia a la denuncia que hacen las mujeres.

- En las comunidades indígenas donde existen brigadas, no hay sanción para que vaya disminuyendo esta violencia; es una forma de seguir fomentándola.

c. El VIH

- La Organización Indígena Chiquitana (OICH) que representa a 5 provincias de Santa Cruz recalca que el equipo médico de la zona no registra los casos de VIH, siendo reportados como casos de gonorrea o cualquier otra ITS; la justificación que presenta el personal de salud es que "proceden de esa manera por no alarmar a la población". Existen casos de VIH/sida pero no se registran ni informan.
- En las comunidades indígenas el acceso a las pruebas rápidas son limitadas y cuando es posible acceder no suelen ser gratuitas.
- Hay un retraso en las políticas por cuanto el Estado niega la prueba a los adolescentes / jóvenes.
- El reporte del VIH sigue sosteniendo que la epidemia está concentrada en HSH y en poblaciones urbanas, lo cual además de ser una posición muy cómoda, puede confundir e invisibilizar el caso de las mujeres, particularmente indígenas.
- Existen comunidades indígenas (sobre todo en tierras bajas) en las cuales no se estigmatiza ni discrimina a las PVVS, y el VIH es visto como cualquier otro problema de salud. Sin embargo, cuando la información respecto al VIH no es dada apropiadamente, la PVVS puede ser vista como una "mala persona".
- En las comunidades indígenas existe una falta de información acerca del VIH y más aún respecto a su relación con la VCM.
- Los mensajes de prevención respecto al VIH no son proporcionados o explicados adecuadamente por el personal de salud, generando confusión y hasta "malas actitudes" en la comunidad. De otro lado, los misioneros hablan de "pecado" y de que en la Biblia no dice que se use condón y las mujeres se guían de estas orientaciones.
- Los varones tienen más conocimientos acerca del VIH que las mujeres, pero no son conscientes del problema.

2.2. Caso de Colombia

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2000), del 1996 al 2000 las denuncias por violencia intrafamiliar a nivel nacional pasaron de 51.451 a 68.585 de los cuales, el 79% de los casos corresponde a mujeres.[34] Acorde con los datos de la Encuesta de Demografía y Salud (2005), la prevalencia de violencia física en mujeres de 15- 49 años alcanza el 39,0%. El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años víctimas de violencia sexual por su pareja alcanzan el 7,5%. Un 20,6% de las mujeres afirma haber sido agredida por un desconocido en el año 2005, en Bolivia este porcentaje llegó al 32,8% en 2003.[35] El abuso sexual de menores de 18 años aumentó en un 556% entre 2000 y 2004.[36]

Por otro lado, Colombia es un importante punto de origen y de tránsito de la trata. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la mayoría de los casos de colombianos explotados en la prostitución son trasladados a Japón (65%), España (8%), China-Hong Kong –región administrativa especial de China– (5%), Italia (4%), Jamaica (2%) y el 16% restante a otros países. Fuentes como DAS/INTERPOL y la Policía Nacional coinciden con la OIM en que los dos principales países de destino son Japón y España. Sin embargo, Colombia se convierte en país de destino en el caso de indígenas ecuatorianos, que son víctimas del trabajo forzado y la mendicidad (OIM, 2006b, citado por CEPAL, 2007).

Datos socio demográficos de Colombia

Población: 42.299.000 habitantes (2000) distribuidos en 32 departamentos y 1.076 municipios.

Esperanza de vida al nacer: 70,6 años (2000).

Fecundidad: 2,8 hijos por mujer.

Población urbana: representa 71% de la población total.

Indígenas y afrodescendientes: En el año 2000 se estimó en 2 % la población indígena. Hay también 25% de población de origen étnico africano (más de 10 millones de colombianos).

Pobreza: el 49.2% de la población está por debajo de la línea de pobreza y el 5.3% en condiciones de miseria. (Resultados censo general 2005. DANE www.dane.gov.co)

Fuente: OPS/OMS. Base de datos Indicadores Básicos de Salud . Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_170.htm

[34] CEPAL. ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 2007. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/31407/Niunamas.pdf
[35] CEPAL. ¡Ni una más! 2007. Ibid…
[36] UNICEF. Contexto en Colombia. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_2660.html

En cuanto al VIH, el país presenta un escenario epidemiológico concentrado con una prevalencia estimada en el 2003 de 0,65 y con una tendencia creciente al incremento progresivo en el grupo de mujeres. La relación hombre mujer fue de 1:3.8 para el año 1.998, mientras que en el 2007 se calculó en 1:1.8.

Recientemente se aprobó el Plan Nacional de Respuesta Intersectorial al VIH 2008 – 2011, el cual responde a los lineamientos contemplados en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el Plan Nacional de Salud Pública, establecido mediante decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 3442 de 2006 que contiene el Modelo de Gestión Programática en VIH y Sida y la Guía de Atención Integral en VIH y Sida. Entre los logros destacados por el gobierno colombiano para el período 2004 – 2007 destaca los proyectos preventivos con comunidades afro colombianas en el Departamento de Chocó e indígenas Paeces en el Departamento del Cauca.[37]

Principales problemas relacionados con el VIH y la VCM en las comunidades indígenas en Colombia – perspectiva de las y los participantes en el taller[38]

a. Roles de género y respuestas comunitarias

- Continuo abandono de los hijos y cambio de parejas en las comunidades indígenas.
- Hombres frecuentan bares y tienen relaciones sexuales desprotegidas y luego transmiten el VIH a sus compañeras.
- En la comunidad se cuenta con una política de género que incluye talleres, acompañamiento al fortalecimiento organizativo, y publicación de materiales.

b. El VIH

- Desconocimiento y falta de orientación de las formas de transmisión del VIH.
- El VIH es percibido como un problema de blancos, de los no indígenas. Prevalece la idea de que el VIH no va a llegar a las comunidades indígenas.

[37] UNAIDS. INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS REPUBLICA DE COLOMBIA. Período de cobertura: enero de 2006-diciembre de 2007. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/colombia_2008_country_progress_report_es.pdf
[38] Presentado por Iván Meléndez Santacruz, representante de OIA.

- Falta de acceso a información. Es muy difícil que la información sobre el VIH/ITS llegue a las comunidades indígenas y particularmente a las mujeres ya que la misma está generalmente disponible solo en español.

c. Violencia contra las mujeres

- Temor a denunciar el abuso sexual y por ser ignoradas, rechazadas e incluso castigadas. Las mujeres no denuncian la violencia.
- Hay autoridades implicadas en casos de abuso sexual.
- Alta prevalencia de abuso sexual en las familias. De los 12 casos denunciados la mayoría son parientes. Todos los casos de menores de 15 años de edad.

d. Mecanismos específicos de justicia interna de las comunidades indígenas

En un caso de niña 5 años, violada por su padre, la justicia ordinaria respetó leyes internas de comunidades indígenas. La justicia especial indígena refirió el caso, pero la justicia ordinaria se apoyó en respeto a cultura indígena, dejando de esta forma el caso sin ninguna sanción.

2.3. Caso de Paraguay[39]

Según datos del UNICEF, la prevalencia VIH en adultos fue de 0,5% en el 2003, y se estima que actualmente existen entre 15.000 y 17.000 paraguayos con VIH, de los cuales el 81.1% tiene entre 25 y 49 años. Los niños y niñas menores de 15 años conforman el 14,65% del total, para ambos sexos. Cabe destacar que el país presenta una tendencia hacia la feminización de la epidemia ya que actualmente por cada dos hombres viviendo con el virus existe una mujer, si se compara con los datos de principios de los años 80, en que se registraban 28 hombres por cada mujer con VIH. [40]

En cuanto a la situación de la VCM, la explotación sexual de los niños y niñas y la trata de personas constituyen formas de violencia ampliamente extendidas, particularmente en la denominada "Triple Frontera" compartida por Paraguay, Brasil y Argentina. Las mujeres y las niñas, en particular, son las víctimas más frecuentes de la trata de personas.[41]

Principales problemas relacionados con el VIH y la VCM en las comunidades indígenas en Paraguay – perspectivas de las y los participantes en el taller

a. Roles de género y respuestas sociales

- La vulnerabilidad de las mujeres es el resultado de diferencias de género y al interior de las relaciones de pareja.

Características socio demográficas - Paraguay

Población: 5,7 millones, de las cuales el 48% son menores de 18 años de edad.

Tasa global de fecundidad: Con una muestra de 10% del Censo Nacional de 2002, la TGF se estimó en 3,9 hijos por mujer (3,2 urbana y 5,1 rural). (OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm)

Esperanza de vida al nacer: 70,8 para el período 2000-2005. (OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm)

Residencia urbano/rural: el 43% del total de la población vive en áreas rurales.

Población indígena: 89.000 personas distribuidas en 19 grupos étnicos. Aunque solamente representan el 2% de la población, poseen los peores indicadores de desarrollo social en comparación con cualquier otro segmento poblacional del país.

Inequidad: En América Latina, a Paraguay le corresponde el segundo puesto con relación a la mayor inequidad en la distribución del ingreso.

Fuente: UNICEF – Paraguay. Disponible en: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/overview_2975.htm

[39] Presentación realizada por María José Duran (CODEHUPY) y Lidia Ruiz (Tierra Viva).
[40] UNICEF. Situación de la Infancia en Paraguay. Disponible en: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/children.html
[41] UNICEF. Situación de la Infancia en Paraguay. Ibid…

- Ley contra todas las formas de discriminación incluye a las mujeres, las PVVS, colectivo de indígenas. Se ha formado una red contra la discriminación, pero todo está en proyecto y casi nada concreto.
- Ausencia de registros de VIH y VCM en comunidades indígenas.
- Roles de género son transversales a procesos como la restitución territorial y los derechos humanos en comunidades indígenas.

b. Violencia contra las mujeres

- No existen datos estadísticos -gubernamentales o no - sobre la VCM en poblaciones indígenas y en escasos existentes no están actualizados.
- Se han reportado casos de líderes que violentan físicamente a sus esposas. Aunque los líderes fueron expulsados de la institución, las mujeres compañeras de estos líderes no quisieron denunciar. En el caso específico de una mujer violentada por un líder; él llamó a la institución (Tierra Viva), la mujer llegó a la institución y pidió ayuda para llegar a la comunidad de sus padres; sin embargo, no quiso presentar la denuncia.

c. El VIH

- Niñas y mujeres migrantes son altamente vulnerables frente al VIH.
- En el 2007 se implementó la campaña de prevención de VIH con énfasis en la transmisión madre-hijo. Es la segunda campaña desde el área gubernamental, sin embargo, la misma debería complementarse con otras acciones que trasciendan el rol de madre de las mujeres.
- 18,000 casos de VIH han sido diagnosticados y se estima que unas 12,500 PVVS desconocen su estado serológico.
- No se ha llegado a comunidades indígenas con la información sobre el VIH.
- Existe un registro de discriminación y estigmatización a PVVS, sin embargo, las denuncias no fueron judicializadas. Hace un mes se lanzó un sistema de registro de denuncias. Sin registro es difícil diseñar políticas adecuadas sobre el VIH.
- En el espacio escolar hay mucha discriminación contra niños, niñas y adolescentes viviendo con el VIH. Esto se asocia con el temor al contagio, lo que se traduce en una total discriminación al momento de matrícula escolar.

- Las y los PVVS mueren en sus casas ya que cuentan con pocos recursos para acceder a servicios.
- Marco normativo: la Ley 102 ley del SIDA discrimina y estigmatiza a las PVVS. Es una ley desfasada en tanto las y los trabajadores están obligados a declarar su estado serológico y no establece medidas para respetar la confidencialidad. Actualmente se busca hacer cambios en dicha ley.
- La discriminación contra las mujeres viviendo con el VIH es frecuente. Dentro de una comunidad indígena se informó que una mujer vivía con el VIH y querían echarla ya que desconocían las implicancias de la epidemia. Se hizo un taller de sensibilización y capacitación sobre el VIH para facilitar el apoyo a esta mujer en su comunidad. La mujer no se había hecho el test de Elisa, sin embargo, el médico de la comunidad le dijo que tenía VIH, lo que trajo como consecuencia que le quitaran a sus hijos. El médico supuso que tenía VIH por otros síntomas que presentaba en consulta. El caso fue difundido a la comunidad por una emisora local y los pobladores quisieron protegerse, echándola. Paraguayos vecinos de comunidad indígena atentaron contra la vivienda de mujer, querían matarla, pero no lo consiguieron.

2.4. Caso de Perú

En el Perú, un estudio poblacional, llevado a cabo simultáneamente en otros siete países, determinó que alrededor del 50% de las mujeres de Lima y más del 60% de las mujeres del Cuzco han sufrido violencia física por parte de su pareja, y que entre el 23% y el 47% de las mujeres de Lima y Cuzco, respectivamente, han sufrido violencia sexual.[42]

De acuerdo a los registros del Ministerio del Interior, entre enero y agosto del 2007 se registraron 57 mil 472 denuncias por violencia familiar; de estos el 89,9% (51,678 casos) las víctimas son mujeres. Los principales departamentos del Perú donde se registran mayor cantidad de denuncias por violencia familiar a mujeres son: Lima 39,9% (20,650 casos), Arequipa 13,9% (7,188 casos) y Cuzco 6,5% (3,370 casos). En el 66% (38,066) de los casos el agresor se encontraba en estado ecuánime. Las mujeres de 18 a 50 años son las que sufren de mayor violencia (83,7% de los casos). Cada hora 9 mujeres son víctimas de violencia familiar.[43]

El Ministerio del Interior refiere también que de enero a agosto del 2007 se registraron 4,910 casos de violación sexual, la mayoría de los cuales están en Lima 38.2% (1,740 casos) , Arequipa 7.5% (342 casos) y Cuzco 6.8% (311 casos). Las víctimas suelen ser mujeres (93%), donde las jóvenes entre los 14 y 17 años son las principales afectadas por violencia sexual (44% de los

Características socio demográficas - Perú

Población: 28,220,764 habitantes (2007), distribuidos en 25 departamentos, 193 provincias y 1,828 distritos. (INEI, Perú (2007) http://www.inei.gob.pe/)

En 2000, 72% de la población era urbana; 33,4% menor de 15 años y 7,2% de 60 y más años.

Tasa global de fecundidad: bajó de 3,4 hijos/mujer en 1993 a 2,9 en 2000 (2,3 urbana y 4,6 rural; 5,1 en mujeres sin instrucción). (OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_604.htm)

Esperanza de vida al nacer: 68,3 años. (OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_604.htm)

Residencia urbano/rural: el 24.1% del total de la población vive en áreas rurales.

Población indígena: Entre un 25% y un 48% de los hogares peruanos pueden ser considerados indígenas.

Pobreza: del total de los hogares pobres y en extrema pobreza, 43% y 52% son indígenas, respectivamente.

Fuente: Banco Mundial. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Disponible en: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20505830~isCURL:Y~menuPK:508626~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489669,00.html

[42] Palomino N, Ramos M., Guezmes A. (2002) Violencia sexual y física contra mujeres en el Perú Estudio multicéntrico de la OMS sobre violencia de pareja y salud de las mujeres. Lima. CMP. Flora Tristán, Universidad Peruana Cayetano Heredia; OMS.

[43] Ministerio del Interior. Perú (2007) Disponible en: http://www.mininter.gob.pe/index.php

casos). Cada 4 horas 3 personas son víctimas de violencia sexual.[44] En relación a la trata de personas, a Febrero de 2008 la Policía Nacional del Perú reporta 4 casos; en el año 2007 la cifra asciendió a 46 casos denunciados.[45]

El Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público revela que en el Perú, durante el primer semestre del 2007 se realizaron 53 mil 289 exámenes en violencia familiar e integridad sexual, de las cuales 42 mil 276 son mujeres, representando el 79% del total de personas atendidas. El servicio por violencia familiar, representa el 52% de los servicios prestados por el Instituto de Medicina Legal. Las mujeres de 30 a 40 años son las que mayormente acuden a los servicios por violencia psicológica (3581 casos). Según estos datos, en el Perú cada hora 10 mujeres son víctimas de violencia familiar. [46]

En relación con el VIH, hasta el año 2000 se había acumulado 11.310 casos de SIDA (1.189 en 1996); la razón hombre: mujer pasó de 11:1 en 1990 a 3:1 en 2000. En la serie histórica, 96% fue por transmisión sexual; 70% fue en adultos jóvenes (20-39 años). En 1999 se estimó en 76.000 el número de personas con infección por VIH (18.000 mujeres). La seroprevalencia de VIH en trabajadoras sexuales subió de 1% en 1994 a 2% en 2000; en hombres que tienen sexo con otros hombres fue 11% en 2000; en gestantes 0,3% en 1999. Respecto a las ITS, en 2000 se reportó 629 casos de sífilis congénita en todo el país; 266 en 1999. La prevalencia de sífilis en bancos de sangre del Ministerio de Salud fue 1,0% en 2000. [47]

Respecto a la población indígena, los hombres jefes de hogar tienen casi 2,5 años menos de educación que los hombres no indígenas jefes de hogar, mientras que las mujeres indígenas jefes de hogar tienen 4,6 años menos de educación que sus contrapartes no indígenas. En cuanto a ingreso y empleo, la población indígena empleada gana en promedio sólo la mitad de lo que la población no indígena empleada gana, es decir que en promedio, los miembros de hogares no indígenas ganan prácticamente el doble que los hogares indígenas.[48]

---

[44] Ibid
[45] Ministerio del Interior. Perú (2007) Disponible en: http://www.mininter.gob.pe/contenidos/archivos/200805061844160.Cuadros%20Estadisticos%20del%20Sistema%20Reta%20(Feb%202008).doc?web=56&cat=25
[46] Ministerio Público – Fiscalía de la Nación. Perú. Disponible en: http://www.mpfn.gob.pe/iml/index.php
[47] OPS/OMS. Base de datos Indicadores Básicos de Salud . Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_604.htm
[48] Banco Mundial. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Disponible en: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:20505830~isCURL:Y~menuPK:508626~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:489669,00.html

Principales problemas relacionados con el VIH y la VCM en las comunidades indígenas en Perú – perspectivas de las y los participantes en el taller[49]

a. Roles de género y respuestas sociales

- Existe una jerarquía muy marcada al interior de los hogares indígenas, donde el varón es privilegiado y goza de poder.
- El machismo es muy marcado.
- La sexualidad es vista como tabú, sobre todo para las mujeres.
- La mayor valorización del hombre respecto a la mujer, hace que se priorice la asistencia de los varones a la escuela; por lo tanto existe un alto índice de analfabetismo en las comunidades indígenas focalizado en las mujeres.
- Existen leyes que protegen a las mujeres y sus derechos, pero no llegan a cumplirse, menos en las comunidades indígenas.

b. Violencia contra las mujeres

- No se cuentan con datos sobre VCM en las comunidades indígenas.
- Las diferentes formas de VCM no siempre son reconocidas como conductas violentas por las mismas mujeres indígenas; naturalizan la violencia.
- La violencia al interior de la familia es invisibilizada pues se considera un tema privado.
- Existen muchos casos de incesto que no se registran.
- La violencia sexual es vista como tabú.
- Muchos varones líderes de las comunidades indígenas golpean a sus parejas, entonces no hay garantía de que las mujeres acudan a ellos para pedir ayuda y justicia.
- La violencia política ha dejado muchas secuelas y las víctimas aún no reciben atención desde el sector salud. Adicionalmente las mujeres que fueron violadas sea por las fuerzas armadas, por los "ronderos" de las comunidades y/o por los subversivos, han sido discriminadas, maltratadas y finalmente expulsadas de sus comunidades.

c. El VIH

- No existen estadísticas respecto al VIH en comunidades indígenas.

[49] Presentación realizada por Eutropia Medina Ortiz (CEDAP Ayacucho) y Elida Ramírez Villagaray (SISAY).

- La percepción de riesgo frente al VIH es errada, se percibe que el VIH no es un problema y por ello mantienen una actitud indiferente, no se toma conciencia del verdadero riesgo.
- Existen comunidades indígenas que no conocen acerca del VIH y otras que no siempre reciben la información de manera adecuada. Además se piensa que el VIH es un problema de las ciudades, de “los otros”.
- Existe mucha migración de niñas y mujeres hacia las ciudades, por lo que se hallan más vulnerables frente a las ITS y el VIH.
- La promiscuidad de los hombres indígenas son otra forma de vulnerar a las mujeres frente al VIH.

3. Propuesta de modelo de integración del VIH y la VCM en comunidades indígenas

Dado que no existen propuestas de modelos para integrar el VIH y la VCM en comunidades indígenas, a partir de los resultados del análisis contextual por país para desarrollar estrategias de prevención de la VCM y el VIH, se diseñó una propuesta con las siguientes características:

a. Sustentación conceptual: Se basa en la cosmología de las comunidades indígenas y sus valores sobre la salud-enfermedad, la sexualidad y utiliza como punto de entrada a las autoridades comunitarias. Utilizará también la evidencia científica disponible sobre el VIH y la VCM en las comunidades indígenas, el enfoque de derechos humanos y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

b. Comunidad como eje transversal de la integración: la educación y movilización a nivel comunitario constituyen el eje transversal que sustenta las intervenciones de prevención, cuidado y tratamiento, consejería y orientación y apoyo social; al tiempo que asegura su sostenibilidad.

c. Continnum de la atención: Integra intervenciones de prevención, cuidado y tratamiento, consejería y orientación y apoyo social en un continuum de atención, prevención y apoyo, más que acciones aisladas.

d. Redes y puntos de entrada: se basa en una red de puntos de entrada de servicios, espacios sociales y programas dentro y fuera de las comunidades. Tomando en consideración la diversidad de las comunidades en términos de existencia programas, servicios y espacios comunitarios donde puedan integrarse el VIH y la VCM, se plantea que cada comunidad deberá seleccionar los componentes prioritarios y posibles de ser integrados.

En la siguiente gráfica se describen los distintos componentes del modelo de integración de intervenciones sobre VIH y VCM en poblaciones indígenas**.**

Componentes del modelo de integración de intervenciones sobre VIH y VCM en poblaciones indígenas

Cosmología de las comunidades indígenas, conceptos de salud-enfermedad y sexualidad; y alianzas con autoridades comunitarias. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Derechos Humanos y evidencia científica sobre VIH y VCM en poblaciones indígenas.

Prevención: cambio en normas sobre relaciones de género, sexualidad, información sobre VIH y VCM, reforzamiento de factores protectores en familias y comunidad, empoderamiento de las mujeres.

Cuidado y tratamiento: medicamentos, laboratorio, nutrición, adherencia, salud sexual y reproductiva, asistencia médica y emocional para sobrevivientes de VCM.

Educación y movilización comunitarias (incluyendo eliminación de estigma sobre VIH y VCM)

Consejería y prueba voluntarias, orientación, identificación de casos de VCM y apoyo emocional a nivel comunitario.

Apoyo social: legal, acceso a la justicia, apoyo financiero, hij@s, protección comunitaria contra la violencia, cuidado de hij@s.

4. Integrando estrategias de prevención del VIH y la VCM en comunidades indígenas

4.1. Mejores prácticas en prevención del VIH[50]

Tanto varones como mujeres de toda sociedad se encuentran vulnerables frente al VIH; sin embargo existen factores como la edad, el sexo, la etnia, lengua, status, entre otros que colocan a la mujer en una posición de desventaja y en condiciones de mayor vulnerabilidad frente al VIH. Al igual que la VCM, el VIH es una pandemia muy extendida en todo el mundo, cuyas consecuencias son graves y mortales. De ahí que se hayan puesto en práctica diversas estrategias de prevención para detener su expansión y bajar su incidencia.

Diversas son las experiencias que a nivel internacional han logrado tener éxito en disminuir las tasas de VIH. La abstinencia, tener relaciones sexuales con un/a solo/a persona donde uno/sabe que su pareja no tiene otros/as relaciones sexuales y es seronegativo y usar condones masculinos pueden ser altamente efectivas en términos de prevención del VIH, las mujeres no siempre cuentan con la autonomía y el poder necesarios para optar por su práctica.

Existen estrategias exitosas cuya práctica se recomienda, por ejemplo las campañas para cambiar prácticas sexuales e incrementar, a la vez, la equidad de género; el uso del condón en cualquier acto sexual, así como la promoción de la utilización del condón femenino. También se ha demostrado que la reducción de la VCM ha disminuido las ITS, incluido el VIH y de forma similar; igualmente, el promover el uso de preservativos en las trabajadoras sexuales, ofrecerles un servicio de salud libre de actos punitivos y capacitarlas respecto a sus derechos, incrementó el uso del condón en este grupo poblacional. Aumentar el acceso tanto a servicios voluntarios de consejería y prueba de VIH, como a medicamentos antirretrovirales; reducir el estigma contra las PVVS, brindar profilaxis a los proveedores de servicios y a sobrevivientes de violencia sexual, etc., son otras prácticas exitosas en términos de prevención y reducción de la incidencia del VIH.

[50] Resumen basado en la presentación de Teresa Ojeda: Mejores prácticas sobre prevención de VIH. Development Connections. Junio de 2008.

4.2. Mejores prácticas en prevención de la VCM[51]

La vulnerabilidad de las mujeres indígenas frente al VIH y la VCM es el resultado de la interacción de diversos factores que interconectan en diferentes niveles: macro, sectorial, comunitario, familiar e individual. Ambos problemas constituyen importantes causas de morbilidad y mortalidad y tienen efectos en salud y desarrollo a lo largo de la vida. Las experiencias a nivel internacional han mostrado que las campañas públicas sobre violencia en las relaciones de pareja pueden cambiar la actitud en población general de aceptación de la VCM; y que la combinación de diversos medios (TV, radio, brochures, vallas publicitarias, grupos de discusión entre pares) aumenta la efectividad de las intervenciones. También se ha identificado que la cultura y etnicidad juegan un rol importante en las percepciones sobre la violencia por el compañero íntimo y que la capacitación de proveedores de servicios (salud y educación) y mensajes a nivel comunitario incrementan acceso a servicios, cambios en percepciones.

En cuanto a la prevención del abuso sexual de menores se ha mostrado efectividad de los programas de prevención en las escuelas. Asimismo, han mostrado ser efectivas las estrategias para la prevención de la violencia sexual en citas (contra las adolescentes) centradas en cambiar actitudes frente a la violencia en la pareja por parte de actores de la comunidad y desarrollar habilidades para la comunicación en varones y reducción de tácticas de control hacia la pareja; consejería entre pares y servicios de apoyo.

4.3. Experiencia de prevención del VIH y la VCM en la comunidad de Pando (Bolivia)[52]

El estudio *"Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: Una aproximación a los conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes"* realizado por FCI / Bolivia, tuvo como objetivo contribuir a que se amplíen los esfuerzos para que la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH sean accesibles a poblaciones de 30 comunidades indígenas.

---

[51] Resumen basado en la presentación de Dinys Luciano: Mejores prácticas en la prevención de la violencia contra las mujeres. Development Connections. Junio de 2008.

[52] Resumen basado en la presentación y el informe del estudio: *"Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: Una aproximación a los conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes"*. Junio de 2008.

Con un diseño cualitativo[53], se investigó en cinco pueblos indígenas afiliados a la Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonía de Pando (CIPOAP): Tacana, Cavineño, Ese-ejja, Yaminahua y Machineri. Esta zona de Bolivia es frontera amazónica con Brasil y Perú, lugar donde existe una alta exposición a las ITS y el VIH debido a elevados niveles de migración temporal. Dichas comunidades no tienen acceso fácil ni regular a servicios de salud en general, salud sexual y salud reproductiva gratuitos y de calidad; tampoco acceden a insumos ni información elemental sobre anticoncepción, educación en sexualidad, prevención de y atención a ITS, incluido el VIH.

Entre los principales hallazgos en términos de prevención del VIH se encontró que la falta de acceso a información y atención a ITS y VIH genera diferentes grados de vulnerabilidad; sin embargo, se encuentra que por lo general los varones cuentan con mayor y mejor información. Conocen, por ejemplo, que el condón protege de las enfermedades sexuales y que debería utilizarse al menos en las relaciones sexuales ocasionales; no obstante esta pauta es dejada de lado y se prioriza la idea que es costumbre en los varones de estas comunidades indígenas no usar el condón. Las mujeres estas ideas también están presentes. Mas en la práctica no hay acceso a condones gratuitos y cuando las postas cuentan con los insumos, no siempre realizan acciones adecuadas para lograr su distribución.

Respecto a las mujeres, conocen y confían más en métodos anticonceptivos distintos al condón –y que no protegen del virus- y la mayoría de ellas accede a dichos insumos; sin embargo la preocupación de ellas se centra más en evitar el embarazo no deseado que evitar una ITS, incluido el VIH. Otros hallazgos datan que algunas mujeres confunden el papanicolau con un método preventivo y que la información de las mujeres jóvenes sobre MAC y prevención de ITS es insuficiente y hasta nula.

El estudio revela que casi ninguna comunidad conoce acerca de las formas de transmisión de las ITS y el VIH, tienen información imprecisa y mezclan síntomas y formas de transmisión de otras enfermedades (se habla de la picadura de mosquitos, por ejemplo). Las comunidades reconocen y señalan básicamente tres formas de transmisión de ITS y VIH:

1) Cualquier forma de contacto o convivencia con una persona viviendo con el VIH.
2) Sentarse en un lugar que aún se mantiene caliente donde estuvo sentada una mujer que tiene una infección con secreciones.

[53] Las técnicas de recolección de información empleadas fueron grupos focales y entrevistas semi-estructuradas.

3) Contacto sexual con mujeres, particularmente con quienes estuvieron fuera de la comunidad, que son de fuera de la comunidad y del Brasil.

De otro lado, la prestación de servicios de salud se caracteriza por ser deficiente. No hay acceso ni disponibilidad de servicios y las postas y centros de salud no están habilitados para atender los problemas relacionados con la SSR. No tienen servicios de orientación y consejería y tampoco se dispone de prueba rápida o personal capacitado para brindar consejería. Los programas de prevención y atención de las ITS y VIH no son implementados en las postas y centros de salud que se hallan en las zonas aledañas a las comunidades indígenas. No obstante, los y las jóvenes, los padres y madres de adolescentes demandan más información sobre: a) prevención del embarazo, de las ITS y el VIH; b) prevención de la VCM; c) prevención del abuso del alcohol ligado a la VCM.

Cabe recalcar que existen importantes factores socio-culturales que agudizan la condición de vulnerabilidad de estas comunidades frente a las ITS y el VIH, entre los que figuran: a) El gran desequilibrio de poder entre los sexos y que favorece al hombre. b) La VCM y el abuso del alcohol por parte de los hombres. c) la elevada fecundidad deseada y la desconfianza en el uso del condón. d) La baja percepción de riesgo ante el VIH, e) Responsabilizar y culpar a la mujer de la propagación de las ITS y VIH; y f) Escasos y hasta inexistentes diálogos intergeneracionales y al interior de la pareja sobre sexualidad, prevención del embarazo, ITS, etc.

5. Cuidado y tratamiento del VIH y la VCM

5.1. Prueba voluntaria y consejería[54]

Los servicios de prueba voluntaria y consejería (PVC) constituyen un espacio y un medio óptimo para la prevención, atención y tratamiento tanto del VIH como de la VCM. Resulta frecuente que las mujeres no acudan a los servicios de PVC debido al temor a que sus parejas las violenten, las rechacen, abandonen, pierdan a sus hijos/as y sus bienes. Sin embargo los servicios de PVC que integran el VIH y la VCM podrían tener enormes ventajas para: a) *Mujeres VIH-* (pueden enfrentar la violencia, tomar decisiones informadas y negociar el sexo protegido, es una oportunidad para acceder a la prueba de

[54] Resumen basado en la presentación de Teresa Ojeda: Prueba voluntaria y consejería. Development Connections. Junio de 2008.

VIH, previene la transmisión madre-hijo/a, mantenerse en su condición de VIH-, entre otros). b) *Mujeres VIH-* (acceso temprano a servicios de apoyo, previene la re-infección a causa de sexo forzado, evaluar riesgos frente al VIH y a la VCM y elaborar plan de seguridad; identificar problemas de salud mental generados por el VIH y/o la VCM, facilita la adherencia al tratamiento antirretroviral, etc.) c) *Las comunidades* (conocer la relación entre el VIH y VCM y reducir la transmisión del virus, cambiar la percepción de riesgo de las mujeres, apertura y reducción del miedo y estigma sobre el VIH, dar respuestas comunitarias para el apoyo a PVVS y VVCM, entre otros).

Implementar un modelo integrado de PVC de VIH y VCM implica considerar los siguientes componentes:

- Consejería pre-prueba: para informar y explicar acerca de la infección por VIH y VCM, la comunicación de resultados, el acceso al tratamiento, prevención de transmisión vertical, etc.
- Prueba: debe ser voluntaria, confidencial, acompañada de consejería y con consentimiento informado.
- Consejería post-prueba: para brindar referencias y apoyo para la comunicación de resultados; paralelamente proteger frente a posibles violencias.

5.2. Acceso, adherencia al tratamiento y cuidado doméstico[55]

Algunos estudios muestran que la probabilidad de reportar violencia por parte de su pareja es más alta entre mujeres viviendo con el VIH que las no viven con el virus.[56] Tanto la VCM como el VIH pueden generar estados depresivos; y algunas investigaciones indican que casi un 60% de las MVVS presentan signos clínicos de depresión y hasta un 75% de ellas presentan como mínimo algunos síntomas depresivos. Las MVVS tienen un 20% más de probabilidades de tener depresión que los hombres VIH+. Cabe destacar que algunas investigaciones han determinado que las MVVS con depresión tienen dos veces más probabilidades de morir que aquéllas que tienen pocos o ningún síntoma de depresión.

Por otro lado, en el análisis sobre la VCM y los cuidados y el tratamiento es necesario considerar la violencia contra cuidadoras domésticas ya que ante la falta de apoyo gubernamental institucional y

[55] Resumen de presentaciones de Dinys Luciano: a) Acceso, adherencia al tratamiento y VCM, Junio, 2008; y b) Salud mental, autocuidado y VCM en MVVS. Junio, 2008. Development Connections.

[56] Luciano, Dinys. 2005. 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. (Mimeo)

comunitario, las PVVS dependen exclusivamente de las mujeres que les cuidan. Se han reportado conflictos en las relaciones entre cuidadoras y PVVS. Las múltiples demandas de atención y cuidado, la generación de ingresos para el sostenimiento de la familia, entre otras responsabilidades.

5.3. Profilaxis post exposición al VIH en casos de violencia sexual en Bolivia[57]

En diciembre de 2005 se aprobaron en Bolivia, mediante la Resolución Multiministerial No. 03 las normas, protocolos y procedimientos para la atención integral de la violencia sexual que comprenden aspectos de salud, biopsicosociales, y legales; y prevén el flujo entre los servicios de salud, justicia y psicosociales. Incluye el trabajo con cuatro tipos de casos: a) casos de denuncia inmediata, b) casos de denuncia tardía, c) casos de silencio descubierto; y d) casos de violencia intrafamiliar. Los roles de los componentes son: salud, justicia, apoyo psicosociolegal y participación social.

Se establecen las medidas específicas para el Instituto de Investigaciones Forenses tales como la exploración de la víctima con fines periciales, el lugar y momento de la exploración forense, el consentimiento y los detalles de la acusación. El procedimiento del examen forense incluye la historia médica y sexual, el examen físico, el examen ginecológico en una mujer virgen y/o desflorada, la exploración anorectal, y la violación anal. La atención clínica incorpora los exámenes de laboratorio, traumatismos genitales y extragenitales, las lesiones específicas de la violencia sexual; así como las lesiones genéricas. También establece medidas para el examen del supuesto victimario de violencia sexual, el cual no incluye la prueba de VIH.

En la colección de indicios biológicos en el cuerpo de la víctima se incluye manchas de sangre, semen u otros fluidos biológicos, saliva en marcas de mordeduras, uñas, y pelos dubitados.

[57] Resumen de presentación de Malena Morales, Ipas/Bolivia. Miembra de la Red Nacional contra la Violencia Sexual.

5.3.1. Proceso de atención

a. Dentro de las 72 horas: anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS-VIH, tratamiento de los traumatismos extra genitales y genitales, contención emocional y recolección de evidencia médico legal.

b. Después de las 72 horas: tratamiento de ITS-VIH, interrupción del embarazo (Aborto impune), terapia psicológica; y recolección de evidencia médico legal.

5.3.2. Tratamiento de las ITS

Entre un 28% a 68% de las víctimas de violencia sexual pueden ser afectadas por una ITS. La tasa de infección por Gonorrea (0.8% -9.6%), Clamidia (1.5% - 26%), Tricomoniasis (3,1% - 22%), Vaginosis Bacteriana (12% - 50%), Sífilis (1.6%-40%), HPV (2% - 40%)

- **Esquema de atención para la Hepatitis B**: a) Inmunización pasiva- Inmunoglobina hiperinmune para hepatitis B 0,06 a 0,08 ml/kg/IM, dosis única; y, b) inmunización activa -Vacuna contra hepatitis B1 ampolla / IM, admisión, 3 meses y 6 meses.
- **Profilaxis de ITS:** Sífilis, Gonorrea, Donovanosis, Clamidia, Micoplasma, Urea plasma, Chancroide, linfogranuloma venéreo, Tricomonas y Vaginosis bacteriana

Ceftriaxone	Uso adulto	100 mg	IM, dosis única
	Uso pediátrico	50 mg/kg	IM, dosis única
Azitromicina	Uso adulto	1000 mg	VO, dosis única
	Uso pediátrico	10 a 20 mg/kg	VO, dosis única
Metronidazol	Uso adulto	2000 mg	VO, dosis única
	Uso pediátrico	30 mg/kg	VO, dosis única

Propuesta de administración de la Quimioprofilaxis Antirretroviral para el VIH en mujeres adultas

Zidovudine	300 mg. VO por la mañana y 300 mg. VO en el almuerzo
Lamivudine	150 mg. VO por la mañana y 150 mg. VO en el almuerzo
Nelfinavir	750 mg. VO cada 8 horas Tratamiento por cuatro semanas

Cabe destacar que en el artículo 31 de la Ley para la prevención del VIH, protección de los Derechos Humanos y la Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH de Bolivia (Ley No. 3729) establece que *"Toda persona que hubiera sido víctima de delitos de violación y/o estupro, deberá recibir de inmediato el tratamiento antirretroviral establecido para estos casos, así como el seguimiento previsto en este caso. En caso de no existir el riesgo real de adquirir el VIH, se deberá realizar la prueba diagnóstica previa consejería."*[58]

[58] Ley para la Prevención del VIH/sida, Protección de los Derechos Humanos y la Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH de Bolivia (Ley No. 3729). Pag. 15.

6. Pasos para la integración y propuestas de intervenciones integradas del VIH y VCM por país

6.1. Justificación y pasos para integrar intervenciones de VIH y VCM en poblaciones indígenas

Los beneficios de la integración de las intervenciones sobre VIH y VCM en poblaciones indígenas incluyen, entre otros, los siguientes:

- Para reducir la incidencia de la VCM y el VIH es necesario aumentar el acceso a servicios integrales de atención y prevención.
- Disminuye los riesgos de salud y vida para las MVVS y las VVCM
- Las acciones aisladas implican una pérdida de oportunidades para atender a las necesidades de las mujeres y otras personas afectadas por el VIH y VCM. La integración hace más costo-efectivas las intervenciones.
- Reduce las barreras de acceso, mejorando la equidad social, y disminuye el estigma y discriminación que ambos problemas generan.
- Aumenta el impacto de las intervenciones.

Los pasos para llevar a cabo un proceso de integración incluye: a) análisis de necesidades, b) planificación, c) implementación; y d) monitoreo y evaluación.

6.2. Propuestas de país de intervenciones integradas de VIH y VCM

Las y los representantes de país trabajaron en grupos para diseñar una propuesta preliminar de integración en sus respectivos países. Cada grupo seleccionó un programa/actividad actualmente en curso en su país e identificó las prioridades de integración de intervenciones de VIH y VCM en el mismo. Luego propusieron una red de prevención y atención al VIH y VCM en la comunidad indígena seleccionada. A continuación se presentan las propuestas distribuidas por país.

6.2.1. Bolivia

- **Objetivo general:** empoderar a las mujeres que integran la OICH para poder visibilizar la temática del VIH y la VCM en la comunidad y trabajar de forma integrada para lograr un mayor impacto.
- **Objetivos específicos:**

  . Informar a las comunidades sobre VIH.

  . Sensibilizar a toda la comunidad sobre la VCM.
- **Criterios de selección de las prioridades:** trabajar con la cobertura que abarca la OICH, es decir, las 5 provincias donde existen 450 comunidades afiliadas: Chávez, Ángel Sandoval, Chiquitos, Germán Bush y Velasco.

- **Población beneficiaria:** Indirectamente se alcanzaría a aproximadamente a 7000 personas; de forma directa a 600 personas a través de los cabildos comunitarios donde se empezaría a trabajar la visibilización, capacitación y formación sobre VIH y VCM. Luego se continuaría el trabajo en cascada a través de los cabildos.
- **Contenido de las intervenciones:**

  a) Capacitación y sensibilización con actores identificados dentro de la comunidad: promotores en VIH y VCM.

  b) Promover el acceso a las pruebas de VIH y asegurar que sean voluntarias.
- **Estrategias de implementación:**

  a) Implementación ambulatoria de pruebas rápidas voluntarias, a través de los promotores comunitarios. La partera es una persona clave que tendría que formar parte del equipo que promociona las pruebas voluntarias, llegar a las diferentes comunidades y lograr un convenio con las autoridades locales.

  b) Equipo legal móvil de denuncia de casos de VCM. Si bien se estaría separando un poco lo que es VIH de VCM, en ambos casos se llevaría a cabo de manera ambulatoria.

c) Realizar investigaciones que recojan los intereses y necesidades de la comunidad para elaborar materiales que integren el VIH y la VCM, respetando el lenguaje y las costumbres del lugar.

d) Unir esfuerzos con el equipo integral conformado al interior de la OICH y realizar un trabajo conjunto.

- **Potenciales fuentes de financiamiento de estas intervenciones:** FCI, Diakonia, UNICEF, UNIFEM, Fondo Mundial y otras ONGs que trabajen en el tema de VIH y VCM.

Red de prevención y atención al VIH y la VCM

- **Comunidad seleccionada:** las 450 comunidades afiliadas a la OICH. Tener en cuenta que los varones -y en ciertos casos las mujeres- se desplazan temporalmente debido a la cosecha y la zafra, por lo que los niños se establecen en las casas comunales.
- **Puntos de entrada clave**.

  . Los caciques

  . Las parteras

  . La escuela y los docentes

  . Asambleas comunales

- **Potenciales barreras de acceso de las mujeres a los puntos de entrada indicados**.

  . Multiplicidad de los roles domésticos

  . Crianza de hijos

  . Machismo

- **Estrategias que utilizaran para que estas organizaciones se vinculen entre si y trabajen en la prevención y atención al VIH y la VCM.**

  . Incluir y asegurar el cuidado de los niños para que las mujeres puedan asistir a sus talleres y capacitaciones. Realizar convenios con autoridades, con voluntarios y universidades, alentando el trabajo comunitario por parte de los estudiantes como parte de su formación. Buscar la sostenibilidad.

- **Actores comunitarios que podrían influir positiva o negativamente en la creación de una red de prevención y atención al VIH y VCM en la comunidad seleccionada.**

  . Positivamente: líderes comunitarios, multiplicadores de la OICH

  . Negativamente: misioneros, grupos religiosos (niegan un intercambio de información)

- **Rol de los grupos de mujeres y de PVVS en esta red**:

  . Testimonios de las PVVS para sensibilizar a la comunidad

  . Intercambio de información

  . Brindar referencia

  . Proporcionar acompañamiento y apoyo

  . Trabajar como par de aquellos casos de VIH identificados

- **Características del funcionamiento de esta red.**

  . Intercambio de información

  . Intercambio de servicios

  . Funcionar como una red comunitaria

6.2.2. Colombia

- **Objetivo:** fortalecer la articulación del Programa de Género y Salud para lograr una mayor sensibilidad y respuesta institucional frente al VIH y la VCM.
- **Criterios de selección de las prioridades:** mejorar el impacto y la participación social, disminuir los costos y ampliar la cobertura de los servicios de VIH y VCM existentes.
- **Población beneficiaria:** hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes de Cristianía (sureste de Antioquia) y Jaikerazabi (Mutatá). Se prevé que en el futuro las estrategias se extenderán hacia otras comunidades.
- **Contenido de las intervenciones:** en VIH (modos de transmisión, sintomatología, causas, prevención y atención); y en VCM (que es la VCM, manifestaciones, causas, efectos en salud y desarrollo humano, prevención y atención.)
- **Estrategias de implementación:** talleres de información y formación, reuniones permanentes entre salud y género, participación de las autoridades tradicionales.

- **Potenciales fuentes de financiamiento de estas intervenciones:** Diakonia, Christian Aid, Sistema General de Participación, Alcadías Municipales, Gobernación, Ministerio de Salud.

Red de prevención y atención al VIH y la VCM

- **Comunidad seleccionada:** El resguardo indígena de Cristianía está ubicado en el municipio de Jardín, zona suroeste del Departamento de Antioquia, Colombia. Tiene una población de 1668 habitantes que pertenecen al grupo étnico Emban Chamí.
- **Puntos de entrada clave** en los que las mujeres viviendo con el VIH y/o sobrevivientes de VCM donde pueden recibir ayuda, información, servicios.

  . Sede de Cabildo Indígena

  . Sede de la Asociación de Mujeres

  . Escuela/colegio Karmatarua.

- **Potenciales barreras de acceso de las mujeres a los puntos de entrada indicados**.

  . Épocas de las cosechas

  . Cierre del colegio por vacaciones de verano

  . Limitaciones para hablar de manera abierta sobre el tema de la sexualidad.

- **Estrategias que utilizaran para que estas organizaciones se vinculen entre si y trabajen en la prevención y atención al VIH y la VCM.**

  . Sensibilización a las autoridades tradicionales en el tema de la sexualidad.

  . Conformación del equipo de trabajo en el tema de VIH y VCM.
- **Actores comunitarios que podrían influir positiva o negativamente en la creación de una red de prevención y atención al VIH y VCM en la comunidad seleccionada.**

  . Positivamente: gobernador, rector del colegio, promotores de salud, Jaibana (médico ancestral) y representante de las mujeres.

  . Negativamente: hombres que ejercen VCM.

- **Rol de los grupos de mujeres y de PVVS en esta red**. Servirán como punto de referencia. Las PVVS compartirán sus experiencias.

- **Características del funcionamiento de esta red.**

  . Motivación para la participación en intervenciones integradas de VIH y VCM.

  . Apoyo y reconocimiento a cuidadoras y cuidadores.

  . Uso de múltiples medios para el desarrollo de campanas (folletos, radio, afiches, volantes)

6.2.3. Paraguay

- **Objetivo:** implementar programas de información y capacitación en VIH y VCM en comunidades indígenas del Bajo Chaco.
- **Criterios de selección de las prioridades:** a) fortalecimiento de la participación comunitaria y b) ampliación de la cobertura y acceso a los servicios existentes.
- **Población beneficiaria:** comunidades indígenas.
- **Contenido de las intervenciones:** a) talleres de capacitación de promotores de salud y líderes y liderezas comunitarias y docentes, b) elaboración de cunas radiales preparadas y validadas con los promotores en sus respectivos idiomas; y c) afiches.
- **Estrategias de implementación:** convenios con el Ministerio de Salud Pública, organizaciones indígenas; y para la difusión radial de spots educativos.
- **Potenciales fuentes de financiamiento de estas intervenciones:** Diakonia, Cruz Roja Suiza, ICCO, PRONASIDA.

Red de prevención y atención al VIH y la VCM

- **Comunidad seleccionada:** la comunidad Toba QOM situada a 1500 mts del casco urbano, en la ciudad de Cerrita, Cuaco Pyo. Existen alrededor de 800 familias distribuidas en aldeas y al menos 50% de ellas no posee tierras. Al estar cerca del casco urbano se encuentra en contacto y tiene relacionamiento con blancos y otras comunidades indígenas lo que los coloca en una situación de alta vulnerabilidad ante el total desconocimiento y manejo de información sobre el VIH y la VCM.

- **Puntos de entrada clave** en los que las mujeres viviendo con el VIH y/o sobrevivientes de VCM donde pueden recibir ayuda, información, y servicios.

  . Dentro de la comunidad: Organización de mujeres rosarinas y la Asociación de Artesanas

  . Fuera de la comunidad: Región Sanitaria de Villa Hayes, Fiscalía, Tierra Viva, Fundación Vencer y CODEHUPY.
- **Potenciales barreras de acceso de las mujeres a los puntos de entrada indicados**.

  . Distancia y costos de acceso a las organizaciones fuera de la comunidad.

  . Falta de información en las comunidades.

  . Barreras culturales.
- **Estrategias que utilizaran para que estas organizaciones se vinculen entre si y trabajen en la prevención y atención al VIH y la VCM.**

  . Red para articular esfuerzos entre las organizaciones internas de la comunidad y las ONGs.

  . Involucrar a los organismos del Estado para dar una respuesta efectiva a ambos problemas.
- **Actores comunitarios que podrían influir positiva o negativamente en la creación de una red de prevención y atención al VIH y VCM en la comunidad seleccionada.**

  . Líderes y liderezas comunitarias

  . Pastores

  . Promotoras/es de salud

  . Docentes
- **Rol de los grupos de mujeres y de PVVS en esta red.** Promoción de los Derechos Humanos (dar información, contención, hacer denuncias y fortalecer la exigibilidad).

6.2.4. Perú

- **Objetivo:** visibilizar y poner en agenda la problemática de la VCM/VIH en el distrito de Chungui, Ayacucho, Perú.
- **Criterios de selección de las prioridades:** alto nivel de necesidad de información por ser mujeres de poblaciones aisladas y que sufrieron violencia sexual durante el conflicto armado.
- **Población beneficiaria:** (directa) 200 mujeres campesinas del distrito de Chungui, provincia La Mar, Región Ayacucho
- **Contenido de las intervenciones:** las acciones a desarrollar son:

  . Encuestas y entrevistas

  . Programas de capacitación: normatividad, VCM, VIH/ ITS, empoderamiento.

  . Campañas de sensibilización

  . Aplicación de prueba

  . Materiales de difusión
- **Estrategias de implementación:**

  . Trabajo articulado con aliados (Salud, Educación, organizaciones de base, autoridades tradicionales)

  . Tomar en cuenta su realidad socio-cultural y lingüística (interculturalidad)

  . Incidencia en presupuesto participativo.
- **Potenciales fuentes de financiamiento de estas intervenciones:** Diakonia e instituciones que tienen como prioridad el VIH y la VCM.

Red de prevención y atención al VIH y la VCM

- **Comunidad seleccionada:** población andina con escasa información sobre el VIH y la VCM, con limitaciones en el acceso a servicios y que viven en permanente conflicto.
- **Puntos de entrada clave** en los que las mujeres viviendo con el VIH y/o sobrevivientes de VCM donde pueden recibir ayuda, información, servicios.

  . Instituciones educativas en los diversos niveles.

  . Autoridades de las comunidades (agentes, tenientes, presidentes comunitarios, jueces, autoridades tradicionales)

. Organizaciones de mujeres afectadas por la violencia

. Sector Salud.

- **Potenciales barreras de acceso de las mujeres a los puntos de entrada indicados**.

. Docentes que tratan solamente la currícula escolar.

. La violencia sexual (considerada como tabú).

. Desconocimiento del VIH

. Trabajo desarticulado de autoridades y sectores.

. Marginación de las mujeres indígenas de parte de los prestadores de salud.

- **Estrategias que utilizaran para que estas organizaciones se vinculen entre si y trabajen en la prevención y atención al VIH y la VCM.**

. Sensibilización a los diversos actores

. Institucionalización de la red de prevención y atención al VIH y la VCM (convenios, plan de trabajo, seguimiento, participación en espacios de concertación)

- **Actores comunitarios que podrían influir positiva o negativamente en la creación de una red de prevención y atención al VIH y VCM en la comunidad seleccionada.**

. Positivamente: Comités de autodefensa, organizaciones de mujeres.

- **Rol de los grupos de mujeres y de PVVS en esta red**.

. Difusión

. Acompañamiento

. Seguimiento

- **Características del funcionamiento de esta red.**

. Concertación.

7. Anexo

Programa del curso

18 de junio

9:00 **Apertura del evento:** Dr. Vice ministro de Cultura del Ministerio de Salud, Alexia Escobar (FCI) y Selina Eriksson (Diakonia)

9:15 **Explicación del programa y metodología de trabajo**

Módulo 1: Marco conceptual

9:20 **Panel**

- Intersecciones entre VIH y VCM y compromisos internacionales – Dinys Luciano
- Dimensiones del VIH y la VCM y respuesta nacional- participantes de Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú

10:20 **Sesión de preguntas y comentarios**

11:25 **Refrigerio**

11:40 **Plenaria**

12:20 **Principios del enfoque de empoderamiento aplicados al VIH y la VCM - Teresa Ojeda**

1:00 **Almuerzo**

2:15 **Trabajo en grupos**: aplicación de la lista de verificación sobre "Análisis del uso de enfoque de empoderamiento en los programas de VIH y VCM"

3:15 **Presentación en plenaria**

3:45 **Refrigerio**

4:00 **Discusión sobre experiencias de país**

5:00 **Cierre del día**

Día 2

Módulo II: Prevención

9:00	**Panel**
	Enfoque de la prevención en salud desde la perspectiva de las comunidades indígenas: **Resultados CAP Pando**
	Mejores prácticas sobre prevención de VIH –Teresa Ojeda
	Mejores prácticas en prevención de la VCM – Dinys Luciano
11:00	**Refrigerio**
11:20	**Sesión de preguntas y comentarios**
12:00 pm.	Trabajo en grupos sobre prevención de VIH y VCM
1:00	Almuerzo
2:15	Plenaria –presentación de resultados de trabajo en grupos

Módulo III: Atención y tratamiento

3:00	Prueba voluntaria y consejería – Teresa Ojeda
	Profilaxis post-exposición al VIH en casos de violencia sexual – Dinys Luciano y **CL (Red VS Bolivia)**
4:00	Refrigerio
4:15	Preguntas y comentarios
5:00	Cierre del día

Día 3

Continuación - Módulo III: Atención y tratamiento

9:00	Transmisión perinatal y VCM – Dinys Luciano
	Acceso a tratamiento, adherencia al tratamiento, cuidado doméstico y VCM - Dinys Luciano
11:00	Refrigerio

11:20	Integración del VIH en los servicios de VCM: identificación de casos, atención, tratamiento, sistemas de referencia y grupos de apoyo – Teresa Ojeda
11:50	Trabajo en grupos sobre integración del VIH en los servicios de VCM
1:00 pm.	Almuerzo

Módulo IV: Consideraciones sobre poblaciones especiales

2:00	Plenaria sobre trabajo en grupos
2:45	Consideraciones sobre mujeres embarazadas, niñas/os, adolescentes y jóvenes Dinys Luciano
3:30	Mujeres indígenas y migrantes.
4:40	Evaluación del curso y acuerdos
5:00	Cierre