

**Development Connections (DVCN)
Margaret Sanger (MSC)
Colectiva Mujer y Salud (CMS)
Comunidad de Mujeres Viviendo con el
VIH (ICW)
Consejo Presidencial del SIDA
UNFPA**

**Informe del curso sobre “Empoderamiento,
VIH y Violencia contra las Mujeres en la
República Dominicana”**

**Abril –Junio de 2007
Santo Domingo**

Mayo, 2007



Tabla de contenido

1. Presentación	3
2. Marco conceptual	4
3. Prevención	9
4. Atención y tratamiento	12
5. Recomendaciones para la acción	17

Anexos:

- a. Agenda del curso
- b. Lista de participantes
- c. Lista de medios de comunicación que cubrieron el evento
- d. Reportajes en prensa escrita

Redacción del informe: Diny Luciano, DVCN

Para mayor información sobre el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe”, dirigirse a: **Development Connections (DVCN)** 1629 K Street NW Suite 300 Washington D.C. 20006 USA
www.dvcn.org Email: info@dvcn.org Tel. (202) 466-0978 Fax (202) 338-0248

Presentación

DVCN, MSC, CMS y ICW, con el apoyo de COPRESIDA y el UNFPA, coordinaron el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana” que se llevó a cabo en el período abril-junio con una sesión presencial los días 25 y 26 de abril en Santo Domingo y una sesión virtual desarrollada en los meses de mayo y junio. El objetivo de esta iniciativa fue desarrollar competencias de los recursos humanos que trabajan en instancias gubernamentales y no gubernamentales para integrar el VIH y la violencia contra la mujer (VCM) en las intervenciones relativas a la prevención, cuidado y tratamiento, así como para responder a problemas de políticas públicas emergentes relativos a ambos temas.

La sesión presencial contó con la participación de noventa y dos (92) representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de todas las zonas geográficas del país y siete (7) medios de comunicación. Las instancias gubernamentales participantes fueron: Secretaría de Estado de la Mujer (SEM), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), COPRESIDA, DIGECITSS, Fiscalía, Unidad Atención Víctima La Vega, Unidad de Violencia de Género/Santiago, Tribunal de Niñas, Niños y Adolescentes. La sociedad civil estuvo representada por la Comunidad de Mujeres Viviendo con el VIH, CEAPA, Profamilia, CMS, INSALUD, Núcleo de Apoyo a la Mujer, Coordinadora Mujeres del Cibao, PROMUS, CIMUDIS, Movimiento para la Educación del Capotillo (MUCECA), ASOLSIDA, PROMUS, MUDHA, CUDEM, ASA, ODEMIHF, Fundación Paloma, Aula Creativa, Facilitadores Asociados, Junta Moralidad y Rescate (JUVENOR), Centro Diana, Fe y Alegría, REDOVIH, Junta de Mujeres de Hato Dama, FUNDEBMUNI, Federación Mama Tingó de Nagua, FUNDAMUSA, y ODESA. Las agencias de cooperación internacional participantes fueron ONUSIDA, UNFPA y Margaret Sanger Center; y los medios de comunicación que cubrieron el evento fueron Listín Diario, Periódico Hoy, Dominicanos Hoy.com, Digital I5, Telemicro Canal 5, Radio Popular, y Radio Libre.

Una vez concluida la sesión presencial, se desarrolló una sesión virtual con número menor de organizaciones que se centró en analizar las implicaciones estratégicas y logísticas de la integración de los programas y servicios de VIH y VCM.

En este documento se presentan los principales temas tratados, los avances y retos, así como las recomendaciones para avanzar hacia el desarrollo de políticas e intervenciones que aborden las intersecciones entre ambos problemas de salud pública y desarrollo humano.

I. Marco conceptual sobre las intersecciones entre el VIH y violencia contra las mujeres

I.1. Situación del VIH en la República Dominicana y respuestas institucionales

La evidencia científica disponible indica que la violencia contra la mujer (VCM) constituye uno de los principales factores asociados al acelerado proceso de feminización del VIH a nivel mundial. En el Caribe, el 51% de los adultos que viven con el VIH son mujeres, y en la República Dominicana, las mujeres entre 15-24 años tienen casi el doble de posibilidad de ser VIH positivas que los varones de la misma edad.¹ Según datos de la Dirección Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (2006), se calcula que la prevalencia de VIH en el país para el 2005, era de 1.1% de la población entre 15 a 49 años (64,440 personas).² Paralelamente, se estima que una de cada tres mujeres en edad reproductiva en el país ha vivido alguna experiencia de violencia por parte de su pareja.³ La relación entre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y violencia en las relaciones de pareja en la República Dominicana ha sido documentada, encontrándose que la proporción de mujeres que tuvo una ITS durante los últimos 12 meses anterior a la encuesta aplicada fue de 3.7% entre las que habían vivido violencia y de 1.0% entre las que no habían vivido esta situación, lo que se traduce en que las sobrevivientes de violencia tienen casi cuatro veces más probabilidades de tener una ITS que las mujeres que no reportan maltrato.⁴

En los resultados del estudio sobre VIH y VCM llevado a cabo por Margaret Sanger, UNFPA y UNICEF (2007) se encontró que las mujeres que fueron víctimas de violencia psicológica y física en la niñez, tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales sin el uso del condón con una pareja formal, (en este caso el novio o prometido) que aquellas que no fueron víctimas de violencia psicológica cuando eran niñas (chi cuadrada: 6.857, $p < 0.05$ y chi cuadrada 7.463).⁵ Este mismo estudio reveló que las mujeres víctimas de violencia física por parte de la pareja fija, estuvieron más expuestas a los siguientes

¹ ONUSIDA, 2006. Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA. El sistema de notificación de *casos individuales de VIH y SIDA (SIS-03)* en la República Dominicana. Citado por Wendy Alba, 2007.

<http://www.dvcn.org/Documents/VIHVBGRD5.pdf>

² Measure EDS y ORC Marco Internacional, 2002. <http://data.unaids.org/pub/Globalreport/2006>. Citado por Wendy Alba, 2007. Ibid...

³ CESDEM et al. 2003. Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Santo Domingo

⁴ Kishor, Sunita and Jonson, Kiersten. 2004. Profiling domestic violence: a multi-country study. ORC Macro. Maryland. June, 2004.

⁵ Betances, Betania. 2007. Dimensiones del VIH/SIDA y la Violencia contra las mujeres en la República Dominicana. Presentado en el curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana". Santo Domingo.

factores de riesgos: a) mayor cantidad de relaciones sexuales con personas diferentes, b) mayor consumo de alcohol; y c) miedo de revelar su estatus serológico. Entre las modalidades de violencia que viven las MVVS se encontró:

- Humillaciones y acusaciones de que ellas fueron las que llevaron el VIH a sus casas, aunque la realidad indica que la mayoría fueron infectadas por sus parejas fijas.
- Violación de la confidencialidad del estatus serológico de las mujeres, como forma de evitar que salgan de la relación.
- Violencia física y sexual violación sexual⁶

Cabe destacar que en el país prevalecen prácticas culturales que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH, entre las que cabe destacar las siguientes:⁷

- Subordinación de la mujer a los intereses de su compañero. Las jóvenes suelen sentirse incapaces para protegerse de embarazos y de ITS.
- El abuso y la coerción sexual, como fenómenos ampliamente extendidos en zonas rurales y urbanas.
- El valor adjudicado al hecho de tener hijos, lo que conduce al matrimonio precoz y a la procreación temprana. Así, es común el inicio de la actividad sexual en niñas de 10 años de edad, con hombres generalmente mayores, con la finalidad de establecer nexos entre familias y asegurarse económicamente.
- La poligamia, que incrementa el riesgo de contraer las ITS, entre ellas del VIH.
- Determinadas prácticas sexuales, como el coito seco (inserción de objetos extraños para secar la vagina o estrecharla), las cuales pueden aumentar su fragilidad y facilitar las heridas a través de las cuales puede penetrar el VIH. Otras prácticas, como la prueba de virginidad, puede adjudicar tan alto valor a la castidad de la mujer, que la no casada, para evitar riesgos futuros, practican el coito anal, lo cual aumenta en forma ostensible la posibilidad de infectarse.

La vulnerabilidad de las mujeres 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 y ambos constituyen importantes causas de morbilidad y mortalidad, con efectos en salud y desarrollo a lo largo de la vida.

⁶ Betances, Betania. 2007. Dimensiones del VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres en la República Dominicana. Ibid...

⁷ Arredondo, Marta. 2007. Violencia doméstica: un factor clave en contagio del VIH. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

La respuesta de país en torno a las vinculaciones entre el VIH y la VCM se ha concentrado en cinco áreas:⁸

- **Normas:** la propuesta de normas de atención a la violencia intrafamiliar y la violencia contra la mujer incluye medidas relativas a la prevención y cuidado de las ITS y el VIH.
- **Abogacía e información para el desarrollo de políticas públicas:** realización de encuentros a nivel nacional visibilizando los vínculos entre VIH y VCM, así como la creación del Comité Nacional VBG y VIH en el que participan SEM, COPRESIDA, SESPAS, MSCI, ONUSIDA, UNFPA, OPS, CMS, Alianza de Genero, entre otros.
- **Gestión del conocimiento:** estudio sobre VIH y VBG coordinado por MSCI/UNFPA/ONUSIDA/UNICEF y otro desarrollado por Profamilia.
- **Proyectos comunitarios:** implementados por la Colectiva Mujer y Salud, ASOLSIDA, CEPROSH y Bra Dominicana.
- **Servicios de atención en salud reproductiva:** implementados por Profamilia.

1.2. Marco legal

a. Compromisos internacionales⁹

Existen mecanismos internacionales que hacen referencia a la atención integral de ambos problemas. En relación con la VCM, la Convención de Belem do Pará y el Plan de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer establecen medidas para apoyar y fortalecer la capacidad nacional de crear y mejorar políticas y programas sobre el VIH/SIDA y otras ITS que tomen en cuenta la cuestión de género, así como elaborar políticas preventivas que prevean formas de ayuda institucionalizada para las mujeres víctimas de violencia. El Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015 de la OPS/OMS (2005) es un instrumento de orientaciones de políticas que abordar explícitamente las intervenciones sobre ambos temas en distintos componentes:

- **Políticas públicas:** Para 2010, las autoridades de salud contarán con estrategias plenamente operativas para abordar los vínculos entre la violencia doméstica (incluso, la violencia sexual) y el VIH y las ITS.
- **Servicios de atención a la VBG como Puntos de Entrada:** Utilizar los servicios existentes como puntos de entrada para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH. Ejemplos de puntos de entrada son el asesoramiento y las pruebas voluntarias, los servicios de tuberculosis, las clínicas médicas, los servicios de atención prenatal y materno infantil, los servicios de ITS, los servicios de violencia doméstica, salud reproductiva (incluida la planificación familiar), los servicios de tratamiento de drogodependencia y reducción del daño, y seguridad de la sangre.

⁸ Betances, Betania. 2007. Respuesta de país en torno al VIH y la VCM. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

⁹ Luciano, Diny. 2007. Acuerdos internacionales sobre VIH y VCM. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

- Integración de servicios VIH y VBG: Para 2010, los servicios sobre violencia doméstica tendrán acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias, así como a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH/ITS.

b. Legislación nacional

- Violencia contra la mujer: la Ley 24-97 sanciona la violencia contra la mujeres y la Violencia Doméstica o Intrafamiliar y garantiza los derechos de toda persona, hombre o mujer, que viva una relación de pareja sin tomar en cuenta que estén unidos legalmente o no, es decir, estén casados o unidos en concubinato, así como los de cualquier persona que conviva en familia, entendiendo por familia, además del padre, madre, hijo/a, esposo/a, ex esposo/a, pareja consensual o ex pareja consensual; a los/as tíos/as, sobrinos/as, abuelos/as, bisabuelo/a, nietos/as, empleada/o doméstica/o, tío, tía, u otros. Las medidas establecidas en dicha son en su mayoría de carácter coercitivo que implican privación de libertad, aunque también incorpora medidas civiles en las órdenes de protección. Entre estas medidas de protección se establece la orden de suministrar servicios de salud y de orientación para toda la familia a cargo de organismos públicos o privados. Esta orden puede potencialmente ser aplicada para servicios especiales de VIH y otras ITS. La Ley 24-97 no hace mención específica sobre VIH/Sida
- VIH/sida: La ley 55-93 del Sida fue promulgada en 1993 y no incluye especificaciones para los casos de violencia. Sin embargo, en sus artículos 4 y 20 indica que en el caso de las personas seropositivas a la prueba de detección del VIH o con SIDA, la institución donde el paciente requiere cuidados médicos deberá presentarle servicios de atención integral de acuerdo con sus necesidades y que las instituciones tanto públicas como privadas que presten servicios de salud están en la obligación de proporcionar atención integral a las personas infectadas por el VIH y a las personas viviendo con el VIH, respetando su dignidad, sin discrimen alguno, con apoyo a las normas éticas, técnico-administrativas y jurídicas. Para los casos de violencia sexual esto implicaría recibir cuidados o ser referida/o a servicios de profilaxis post-exposición al VIH, consejería sobre ITS y VIH, asesoría para desarrollar planes de seguridad, entre otros.

El marco jurídico nacional ofrece también la posibilidad de articular las consideraciones éticas para la atención en ambos temas ya que ambas leyes se sustentan en el marco de los derechos humanos.

1.3. Traduciendo el enfoque de género y empoderamiento en acciones

El marco conceptual en que se sustenta la propuesta de integración de políticas y programas de VIH y VCM se basa en el enfoque de género y empoderamiento, poniendo énfasis en equilibrar el balance de poder entre hombres y mujeres, y abordando las barreras estructurales y sociales a fin de facilitar el empoderamiento de las poblaciones vulnerables para que reclamen sus derechos.¹⁰

Jill Gay, experta en VIH, identificó algunas iniciativas que ejemplifican el uso del enfoque de empoderamiento:¹¹

- Capacitación para personas viviendo con el VIH (PVVS) 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, enfatizando en el derecho a la salud
- Abogacía por los derechos de las trabajadoras sexuales, eliminación de la violencia contra ellas/os, y exigiendo un trabajo para la prevención del VIH mas significativo con este grupo de población apuntando hacia las causas del trabajo sexual.

1.4. Integración de VIH y VCM¹²

La integración de políticas y programas/servicios de VIH y VCM implica el desarrollo de un curso de acción flexible, acorde con la misión de la organización, población meta, y el contexto que implica incorporar dos o mas intervenciones en una sola.

a. Ventajas relativas a la integración de VIH y VCM

Las ventajas de integrar las políticas y programas relativos a ambos problemas son, entre otras, las 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 MVV y las sobrevivientes de VCM

¹⁰ 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.

¹¹ Gay, Jill. 2007. Ibid.

¹² Luciano, Dinys. 2007. Integración de los programas de VIH y violencia contra las mujeres: implicaciones estratégicas y logísticas. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

- 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.

Propuestas de servicios integrados de VIH y VCM en la República Dominicana

Consejería pre y post prueba de VIH: se evalúan riesgos frente al virus se puede incorporar la evaluación de los riesgos de sufrir violencia por parte de la pareja cuando se informa el status VIH+ así como identificar la historia de violencia de la usuaria (violencia sexual en la niñez y adolescencia, violencia por el compañero íntimo, intercambio de sexo por dinero, comercio sexual, abuso sexual en el trabajo, entre otros).

Evaluación de riesgos y plan de seguridad para víctimas de violencia doméstica: evaluación de riesgo frente al VIH así como percepción de riesgo.

Fuente: participantes del curso

b. Potenciales implicaciones de la integración de VIH y VCM para las organizaciones

- Cambios programáticos y de contenidos
- Identificación de áreas/intervenciones que requieren ser fortalecidas
- Recursos y materiales para integración
- Capacitación del personal
- Redefinición del rol de la organización respecto a ambos temas (abogacía para el desarrollo de políticas, cambios en normas y protocolos, registro de casos, coordinación intersectorial, entre otros)

2. Prevención del VIH y la VCM

La prevención juega un rol crucial en la lucha contra la epidemia ya que se estima que tomará unos 5 a 10 años más para contar con una vacuna contra SIDA y que además no sería accesible y efectiva para el 100% de la población. Asimismo, se pronostica que habrá que esperar 5 a 10 años más para desarrollar un microbicida efectivo. Varios países y subregiones han tenido éxito en disminuir las tasas de VIH y la evidencia disponible muestra que las campañas para cambiar prácticas sexuales y aumentar equidad de género han tenido éxito en varios países y lugares en un período relativamente corto. (Pape et al., 2004).

Los programas de prevención deberían basarse en un enfoque de salud pública y utilizar las lecciones aprendidas de las intervenciones que se han dirigido a modificar percepciones, conocimientos y prácticas sobre ambos temas. El enfoque de salud pública coloca especial énfasis en desarrollo de intervenciones a nivel comunitario y la participación de diversos sectores, además del sector salud, en tanto la salud es definida como un producto social. Se propone que para el desarrollo de programas de prevención se lleven a cabo los siguientes pasos para la prevención desde un enfoque de salud pública: a) descripción del problema, b) evaluación de los factores protectores y de riesgo, c) desarrollo y evaluación de las intervenciones; y d) implementación generalizada de los programas de prevención efectivos y diseminación de los hallazgos científicos.¹³

2.1. Prácticas exitosas de prevención del VIH¹⁴

- Reducción de la VCM disminuye las tasas de HIV – capacitación de jóvenes en las favelas de Brasil para disminuir violencia con su pareja trajo como resultado una reducción en las ITS.
- Reducción del estigma contra PVVS.
- Uso de condones en trabajadoras/es sexuales (TRSX): un estudio mostró que si los hoteles tienen condones gratis en lugares de trabajo de las TRSX, promueven servicios no punitivos para tratamiento de ITS, y capacitan a las TRSX en sus derechos, las TRSX insisten en el uso del condón con mas frecuencia (Kerrigan et al., 2006).
- Aumentar acceso a servicios voluntarios de consejería y prueba de HIV (Coates, Ruiz) ha sido efectivo para prevenir el VIH en Trinidad y Tobago y otros países.
- Aumentar acceso a medicamentos antiretrovirales con apoyo de los servicios de salud y otros grupos. Un estudio en Sur África mostró que acceso a medicamentos antiretrovirales aumento prácticas preventivas (Coetzee). Es más probable que alguien se haga la prueba y decir que es positivo a su pareja si tiene esperanza de tratamiento.
- Profilaxis post-exposición en sobrevivientes de violencia sexual –Experiencia en Canadá aumentó la cantidad de personas que terminan el programa de profilaxis.

¹³ Arias, Ileana and Ikeda, Robin. 2006. Etiology and surveillance of intimate partner violence. In Preventing violence: research and evidence-based intervention strategies. Edt. John Lutzker. American Psychological Association. Washington DC.

¹⁴ Gay, Jill. 2007. Mejores prácticas en la prevención del VIH. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

2.2. Prácticas exitosas de prevención de la violencia por la pareja y sexual (intra y extrafamiliar)¹⁵

- Campañas públicas (para cambiar conductas o adquirir conocimiento); cambios en potenciales víctimas y personas cercanas. Se han registrado cambios en la actitud en torno a si “dejaría que la pareja resuelva sus dificultades y no intervendría”, incrementándose la proporción de personas que indica que intervendría si es testigo de casos de violencia en la pareja. (Gadmoski et al, 2001, Pag. 268)
- Family Violence Prevention Fund (EUA): evaluó la campaña “No hay excusas”, encontrándose un alto nivel de desaprobación de la violencia en la relación de pareja en población general. La campaña incrementó la proporción de hombres que considera la violencia contra la pareja como un serio problema (de 25% a 33%).
- Combinación de diversos medios y efectividad: TV, radio, brochures, vallas publicitarias, grupos de discusión entre pares. La articulación de mensajes dirigidos a cambiar normas, que no pongan en riesgo a las mujeres y que establezcan claramente cuales son las conductas deseadas.
- Cambio de percepciones y conductas en el largo plazo: combinación de estrategias universales con selectivas e indicadas. Refugios, casas de acogida temporal, abogacía a nivel comunitario, intervenciones en centros de salud, intervenciones legales, programas dirigidos a agresores.
- Cultura y etnicidad: juegan un rol importante en las percepciones sobre la violencia por el compañero íntimo.
- Capacitación de proveedores de servicios (salud y educación) y mensajes a nivel comunitario incrementan acceso a servicios, cambios en percepciones. (OPS/OMS, 2003)
- Programas de prevención de la violencia hacia la pareja en jóvenes: cambios en conocimientos y actitudes, menor impacto en conductas. Programas de prevención de la violencia entre pares y de abuso de sustancias dirigidos a grupos de riesgo mostraron efectos más significativos que aquellos dirigidos a población general. (O’Leary, D., Woodin, E., and Fritz, P. 2006.)
- En relación con el abuso sexual de menores, son identificadas como prácticas prometedoras los programas de prevención en las escuelas: dirigidos al i) fortalecimiento de las habilidades en niñas y niños para reconocer potenciales situaciones abusivas y para enfrentarlo, ii) ayudar a las/os que han vivido abuso a

¹⁵ Luciano, Dinys. 2007. Mejores practicas en la prevención de la violencia domestica y sexual. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

romper el silencio; y iii) mejorar las habilidades de los adultos para responder a las necesidades de las y los niños una vez declaran que han sido abusadas/os.

- Los programas de prevención de la violencia sexual en citas contra las adolescentes se ha identificado que han producido cambios importantes en las percepciones, programas de desarrollo de habilidades para la comunicación en varones y reducción de tácticas de control hacia la pareja; consejería entre pares y servicios de apoyo y en los programas para las adolescentes el abordaje de temas tales como mitos sobre la violación sexual, empatía con las víctimas, identificación de situaciones de riesgo, autodefensa, comunicación, asertividad y manejo de los límites.¹⁶

3. Atención y tratamiento

3.1. Prueba voluntaria y consejería y VCM^{17, 18}

- Los servicios de prueba voluntaria y consejería (PVC) son un medio idóneo para la prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM. No son un fin en si mismos.
- Muchas mujeres no acceden a los servicios de PVC por temor a la violencia por parte de sus parejas, miedo al rechazo, abandono y la pérdida de su casa y sus hijos/as.
- Las experiencias de violencia doméstica y sexual afectan la percepción de riesgo y las definen las posibilidades de las mujeres de negociar sexo protegido.
- Los programas de PVC pueden ayudar a las mujeres que viven o han vivido experiencias de violencia: a) reconocer el riesgo asociado a la VCM, b) analizar las barreras para reducir el riesgo, c) motivar para el cambio; y d) elaborar plan para reducir los riesgos frente al VIH.

¹⁶ Schewe, Paul. 2004. Guidelines for developing rape prevention and risk reduction interventions. In Preventing violence in relationships. American Psychological Association. Washington DC.

¹⁷ Luciano, Diny. 2007. Violencia contra la mujer y su vinculación con el acceso y adherencia al tratamiento con antiretrovirales. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

¹⁸ Garcia, Ana Gloria. 2007. Experiencia de Profamilia frente a la relación del VIH y la Violencia Basada de Género. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

Vínculos entre VIH y la violencia de género: experiencia de los servicios clínicos de Profamilia

Consejería pre y post- prueba: Oportunidad para detectar casos de VBG.

- Actitud frente posible resultado. ¿Qué harías si sales positiv@? Evaluación de riesgos de violencia
- Evaluación probabilidad de suicidio/homicidio
- Prevención violencia de género, violencia conyugal y violencia intrafamiliar
- La cadena del VIH y percepción de riesgo
- Embarazo: baja percepción de riesgo en la pareja
- Infertilidad y violencia
- Adolescentes y jóvenes
- Parejas discordantes: Sumisión- abandono
- Mujer seropositiva: Renuncia ejercicio sexualidad, atención hijos e hijas, derecho a propiedad

Contenidos durante la entrega de los resultados de la prueba

- Manejo de emociones
- Período de ventana
- Relaciones de poder – uso del condón y práctica de sexo seguro
- Aceptación seropositiva
- Fase de negación
- Desculpabilización
- La reinfección
- Contactos sexuales
- ARV- Reinfección y vulnerabilidad de las mujeres

Testimonio de usuaria de Profamilia que ejemplifica los vínculos entre VIH y VCM

“Tengo mucho miedo de que ese resultado me salga positivo porque yo vivo con un hombre mucho mayor que yo y es muy violento. El problema es que mis padres me obligaron a meterme con él porque es un hombre de dinero, pero yo no lo quiero y desde hace dos meses estoy saliendo con el que fue mi primer novio –que es el amor de mi vida- pero lo que mas me preocupa es que él es casado y sale con mujeres, y yo se que él no se protege” (Joven de 19 años que sostiene una relación con un militar de alto rango de 52 años de edad)

3.2. Profilaxis post-exposición (PPE) en casos de violencia sexual

La profilaxis antiretroviral ha sido exitosa en otras situaciones tales como la transmisión del VIH durante el parto, y en accidentes de trabajo.¹⁹ Se realiza dentro de las 72 horas después del episodio de violencia sexual y los medicamentos deben ser mantenidos, sin interrupción por 4 semanas consecutivas (28 días). Se recomienda el uso de drogas potentes desde el punto de vista serológico, con bajo potencial de toxicidad y buena perspectiva de adhesión. El esquema de primera elección debe combinar tres drogas por la reconocida eficacia en la reducción de la carga viral plasmática.

En un estudio con víctimas de violencia sexual en Sao Paulo, Brasil, en mujeres que utilizaron servicios antes de las 72 horas después del episodio de violencia. Las que utilizaron los servicios después de las 72 horas no participaron en el PPE. De las 180 mujeres que recibieron tratamiento ninguna registró seroconversión, mientras que de las 145 que no recibieron tratamiento, 2.7% registró seroconversión.²⁰ Los estudios indican que la posibilidad de infección en caso de violencia sexual está entre 0.8 y 2.7%. El riesgo es similar al observado con otras formas de exposición sexual (heterosexual) única o accidentes percutáneos por exposición profesional.²¹ No hay evidencia que muestre que el uso de PPE conduzca a un aumento de las conductas de riesgo.

3.3. Vinculación entre violencia doméstica, acceso y adherencia al tratamiento²²

Las condiciones específicas que viven las MVVS que enfrentan violencia pueden constituir una importante barrera para el acceso a tratamiento y una adecuada adherencia al mismo. Las restricciones de la pareja para visitas a centros de salud, grupos de apoyo y visitas domiciliarias por parte de trabajador@s comunitari@s de salud reducen las posibilidades de que las mujeres puedan acceder a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. Asimismo, la sobrecarga de trabajo doméstico, cuidado de niños y otros enfermos en la casa, disminuye las posibilidades de auto cuidado, incluyendo nutrición, descanso. Por otro lado, la falta de control de recursos financieros en el hogar limita el acceso de la mujer a fondos para gastos en transporte, medicinas y otros insumos necesarios. En algunas ocasiones la pareja controla el uso de medicamentos o los consumen ya que, debido al estigma, no quieren asistir a los servicios de salud.

¹⁹ Galimberti, Diana. 2005. Protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual. OPS/OMS. (documento de trabajo)

²⁰ CDC. 2005. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the US Department of Health and Human Services. MMWR 2005;54(No. RR-2
Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5402.pdf>

²¹ Galimberti, Diana. 2005. Ibid...

²² Luciano, Diny. 2007. Violencia contra la mujer y su vinculación con el acceso y adherencia al tratamiento con antiretrovirales. Presentado en el curso "Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana". Santo Domingo.

En cuanto a la adherencia varios estudios han mostrado que el apoyo por parte de la pareja (o la falta del mismo) puede estar asociado a la adherencia al tratamiento.²³ La adherencia es crucial ya que reduce el riesgo de transmisión de la infección por VIH. La adherencia inadecuada está relacionada con la resistencia viral, la falla de la profilaxis y surgimiento de cepas virales multiresistentes. Esta relacionada con varios factores como aspectos socioeconómicos, efectos del trauma de la violación, escolaridad y calidad del servicio, incluyendo la comunicación entre el/al proveedor/a del servicio y la sobreviviente de violación sexual. Los especialistas explican que la adherencia no depende sólo del acceso a la medicación sino también del marco familiar y de los rituales que acompañan las tomas. Es importante apuntalar los recursos sociales y familiares que permitan que la medicación llegue, que la tome con responsabilidad. La discriminación no sólo está afuera, en la sociedad: también está en la familia, que lo oculta o no sabe qué decir. Favorecer un espacio donde no se sientan estigmatizadas es esencial para garantizar la adherencia.²⁴

Por otro lado, cabe destacar que la VCM contribuye al estado depresivo de las VIH+. Según The Well Project (2003), algunos estudios indican que un bajo ingreso familiar, el uso activo de drogas y de alcohol y el maltrato sexual y físico pueden aumentar el riesgo. El estado de las relaciones y el apoyo social también pueden relacionarse con la depresión. Aunque los científicos han vinculado la depresión crónica en mujeres con una disminución en las células CD4, la relación específica todavía no es clara. Sin embargo, la depresión clínica es una de las principales causas de no adherencia a los medicamentos anti-VIH. Los estudios han determinado que las mujeres VIH+ con depresión tienen dos veces más probabilidades de morir que aquéllas que tienen pocos o ningún síntoma de depresión.²⁵

²³ Power, Rachel. 2003. Social Support, Substance Use, and Denial in Relationship to Antiretroviral Treatment Adherence among HIV-Infected Persons. *Journal of AIDS Patient Care and STDs*. May 2003, Vol. 17, No. 5 : 245 -252

²⁴ Arredondo, Marta. 2007. Violencia doméstica: un factor clave en contagio del VIH. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

²⁵ Adaptado de: Shari Margolese. 2003. Mujeres y depresión. Disponible en: http://www.thewellproject.org/es_US/Diseases_and_Conditions/Other_Diseases_and_Conditions/Women_and_Depression.jsp?sessionId=GVqYj412PPHgsYnphfVR7lvZl6JtJ76vz2VcGzbDCT6GTSFmhnHG!-512318635

3.4. VIH y transmisión vertical²⁶

- **Violencia durante el embarazo es alta en América Latina:** los resultados del estudio de la OMS (2005) indican que entre las mujeres que habían estado embarazadas al menos una vez, el 8 por ciento en São Paulo y el 11 por ciento de Pernambuco afirmaron haber sufrido violencia física durante un embarazo. De estas a su vez, el 29 por ciento de las mujeres de São Paulo y el 38 por ciento de Pernambuco habían sido golpeadas con el pie o el puño en el abdomen. Cerca de la mitad de las mujeres de ambos lugares también habían sido golpeadas antes del embarazo, y un tercio de ellas afirmó que la situación empeoró durante el embarazo. En Perú, entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 15 por ciento en Lima y el 28 por ciento en Cusco habían sufrido violencia física durante al menos un embarazo. Tanto en Brasil como en Perú las mujeres que habían sido víctimas de actos de violencia de parte de sus parejas tenían probabilidades significativamente mayores de haber tenido abortos provocados o espontáneos que las mujeres no maltratadas.²⁷
- **Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas:** en la República Dominicana, en 1997, la prevalencia nacional media en embarazadas fue de 1,7%, más de cinco veces mayor que en 1991.²⁸ y Actualmente, estudios en puestos centinelas en mujeres embarazadas muestran que en la ciudad de Santo Domingo la tendencia de la epidemia es de 1.1 en ese grupo de población (aproximadamente 52,930).
- **Prueba de VIH y acceso a atención prenatal:** si la prueba de VIH se hace obligatoria durante atención prenatal, habrá mujeres que no querrán asistir a los servicios de atención prenatal. Estudios han encontrado que un porcentaje de mujeres no le cuentan a su pareja que han tenido la prueba de VIH porque temen violencia a la violencia.
- **Aborto forzado en MVVS:** algunas mujeres VIH positivas han sido forzadas a abortar; lo cual es una violación a los derechos humanos.
- **Embarazo no deseado y VCM:** en varios países de América Latina, la probabilidad de que las mujeres que viven violencia doméstica enfrenten un embarazo no deseado es más alta que en las mujeres que no han sufrido

²⁶ Gay, Jill. 2007. VIH y transmisión perinatal. Presentado en el curso “Empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en la República Dominicana”. Santo Domingo.

²⁷ Organización Mundial de la Salud. 2005. Estudio Multicéntrico sobre Salud de la Mujer y Violencia contra la Mujer. Ginebra

²⁸ OPS/OMS. 2000. *ibid*...

violencia; verificándose diferencias entre ambos grupos desde 9.3 puntos porcentuales en Nicaragua hasta 13.7 en Colombia.²⁹

- **Servicios post-aborto:** todas mujeres – seropositivas o seronegativas deberían tener derecho legal a servicios post-aborto. Igualmente es un derecho humano poder escoger si quiere tener hijos o no, sea una persona positiva/o o no. Si no quiere tener hijos, se recomienda usar condón y otros métodos anticonceptivos.

4. Recomendaciones para la acción y próximos pasos

4.1. Cambios de políticas públicas

- Desarrollar una estrategia nacional sobre el VIH y la VCM que transversalice acciones integradas en políticas públicas clave tales como salud, educación, administración de justicia, desarrollo social, juventudes, entre otras.
- Incluir intervenciones dirigidas a fortalecer el vínculo en los siguientes instrumentos: PEN de la Comisión Nacional de Prevención y Lucha contra la Violencia Intrafamiliar, PEN de las ITS/VIH/Sida, PLANEG # 2, Plan Decenal de Educación, y el Plan de intervenciones del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- En el marco del proceso de revisión al Código Procesal Penal Dominicano, para introducir algunas modificaciones que contribuyan al establecimiento del vínculo entre VIH y VCM. Asimismo, en la revisión de la Ley 55/93 para introducir cambios dirigidos a tal fin.
- En coordinación con SESPAS, la SEM, el Instituto de Ciencias Forenses, COPRESIDA, DIGECITSIS y ONG del campo de la VCM y VIH, iniciar un proceso de revisión de las normas, instrumentos y protocolos de atención para garantizar el establecimiento del vínculo entre VCM y VIH/Sida en la prestación de servicios.

4.2. Revisión de programas e instrumentos de atención

- Revisar los instrumentos de evaluación de víctimas de violencia intrafamiliar, para establecer preguntas directas y específicas sobre VIH/Sida
- Adaptar los instrumentos utilizados para el peritaje psicológico forense, las historias clínicas de las PVVS y las Normas Nacionales para la Consejería en ITS/VIH/Sida, para integrar ambos temas.

²⁹ Luciano, Dinys. 2007. Empoderamiento de las mujeres, violencia de género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. UNIFEM. New York. (Mimeo)

- Crear redes de referencia: directorios, mecanismos de coordinación interinstitucional y contrarreferencia.

4.3. Desarrollo de los recursos humanos

- Establecer un conjunto de competencias centrales sobre las intersecciones entre VIH y la VCM que todo el personal que trabaja sobre ambos temas debería manejar y en base a ello, desarrollar un plan de capacitación a nivel nacional.
- Revisar las curriculas y planes de formación sobre el VIH/Sida y VCM de manera separada e incluir el análisis de sus intersecciones. Por ejemplo, los planes de formación implementa DIGECITSS para la formación de RH de la UAI, los planes de formación del Ministerio Público para el personal del área de violencia, los planes que realizan las ONG, la SEM y las universidades que desarrollan programas de formación en violencia.

4.4. Información y estadísticas

- Utilizar las fuentes de información continuas y por intervalos para generar información sistemática sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM.
- Trabajar en la revisión de registros existentes en ambos campos para incorporar aspectos que puedan ayudar a establecer el vínculo.

Anexos

a. Agenda del curso

25 de abril

9:00 am. Apertura del evento

- Jeannette Tineo, Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)
- Dinys Luciano, Development Connections, (DVCN).
- Bethania Betances, Margaret Sanger Center (MSC).
- Felipa García, Comunidad de Mujeres Viviendo con el VIH (ICW).
- Sergia Galván, Colectiva Mujer y Salud, (CMS).
- Luz Mercedes Abreu, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

9:15 Explicación del programa y metodología de trabajo

Módulo I: Marco conceptual

9:20 Panel

- Intersecciones entre VIH y Violencia contra la Mujer (VCM) y compromisos internacionales – Dinys Luciano (DVCN)
- Dimensiones del VIH y VCM en la República Dominicana – Bethania Betances (MSC)
- Marco jurídico nacional sobre VIH y VCM: avances y agenda inconclusa – Marielena Reyes: Progressio/Colectiva Mujer y Salud.
- Principios del enfoque de empoderamiento aplicados al VIH y la VCM Jeannette Tineo (COPRESIDA) y Jill Gay.

10:20 Sesión de preguntas y comentarios

10:45 Trabajo en grupos: aplicación de la lista de verificación sobre “Análisis del uso de enfoque de empoderamiento en los programas de VIH y VCM”

11:25 Refrigerio

11:40 Plenaria

12:20 pm Pasos para integrar el VIH y la VCM

- Estrategias de integración – Dinys Luciano
- Ejercicio sobre integración de VIH y VCM

1:00 Almuerzo

Módulo II: Prevención

2:00 Estrategias de prevención desde el enfoque de salud pública: Dinys Luciano.

2:20 Mejores prácticas basadas en evidencia sobre prevención de VIH –Jill Gay

3:00 Mejores prácticas en prevención de la VCM – Dinys Luciano

3:20	Ejercicio sobre percepción de riesgo
3:40	Refrigerio
4:00	Respuestas de país en torno al VIH y la VCM: Ana Gloria García, PROFAMILIA y Bethania Betances, Margaret Sanger Center International.
4:40	Preguntas y comentarios
5:00	Cierre del día

26 de abril

Módulo III: Atención y tratamiento

9:00 am.	Prueba voluntaria y consejería – Dinys Luciano
9:20	Profilaxis post-exposición al VIH en casos de violencia sexual – Dinys Luciano y Geraldine Mir, PROFAMILIA.
9:40	Preguntas y comentarios
10:00	Transmisión perinatal y VCM – Jill Gay
10:20	Acceso a tratamiento, adherencia al tratamiento, cuidado doméstico y VCM - Dinys Luciano y Martha Arredondo Instituto Dermatológico Dominicano.
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 – Dinys Luciano
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 – Jill Gay
3:15	Mujeres migrantes y víctimas de la trata de personas: Sirana Dolis, Programa Salud MUDHA y Dinys Luciano.
4:00	Trabajadoras sexuales y Hombres que tienen sexo con hombres – Jacqueline Montero, Coordinadora MODEMU y Leonardo Sánchez, Amigos Siempre Amigos (ASA). Mujer, Discapacidad y las Barreras para recibir servicios de Salud y Orientación sobre VIH-SIDA y las ITS” Cristina Francisco, Consultora Nacional sobre Discapacidad, COPRESIDA/CIMUDIS.
4:40	Evaluación del curso y acuerdos sobre la sesión virtual del curso
5:00	Cierre

b. Lista de participantes

Nombre y Apellido	Institución
1. Edna Nadal Bargalló	Colectiva Mujer y Salud
2. Elena Teresa Reinoso	Fe y Alegria
3. Maria Luisa Romero	Colectiva Mujer y Salud
4. Eva Romero	Progressio Colectiva Mujer y Salud
5. Altagracia Carvajal	CMS/GI
6. Vivian Espinal	Unidad de Violencia de Género/Santiago
7. Disnalda Ant. Estevez	REDOVIH
8. Margarita Pérez	Insalud
9. Dilenia Garcia	Coordinadora Mujeres del Cibao
10. Argelys Paniagua	Aula Creativa
11. Mercedes Heredia	PROMUS
12. Elsa Cuevas	MUCECA
13. Joaquina Pacheco	Colectiva Mujer y Salud
14. Fior Maria de los Santos	Junta de Mujeres de Hato Dama
15. Altagracia Concepción	Colectiva Mujer y Salud
16. Clara Hutchison	SESPAS/Salud Mental
17. Gelen Sanchez	ASOLSIDA
18. Nely Mejia	CEAPA
19. Lorena Espinosa	CMS
20. Andria Brazoban	CUDEM
21. Xiomara García	NAM
22. Gloria Ramos	NAM
23. Gertrude Leonard	ODEMIHF
24. Clara Luna	SEM
25. Clarissa Valdez	SEM
26. Beatriz Cespedes	Fundación Paloma
27. Gloria Jeréz	Unidad Atención Víctima La Vega
28. Angela Moreno	DIGECITSS
29. Germania Galvan	Colectiva Mujer y Salud
30. Juana Baez	Facilitadores Asociados
31. Rosmery Salcedo	CEAPA
32. Maria Sierra	CMS
33. Maria Cristina Castillo	CMS
34. Milka Uribe	CEAPA
35. Yazmin Guzmán	DIGECITSS
36. Lidia Minier	Digemia/SESPAS
37. Tamara Santana	FUNDAMUSA
38. Maria Nicida Beltré	SEM
39. Reisi Santana	CMS
40. Mairlena Reyes	CMS

41. Horal O. Mejia	Fundación Paloma (La Romana)
42. Maria de Los Santos	CUDEM
43. Carmen Rosa Lorenzo P.	Colectiva Mujer y Salud
44. Liliana Cruz Pichardo	CEAPA
45. Mildred Ramirez	SEM
46. Juliana Martínez	SESPAS
47. Sujei de Jesús	CIMUDIS
48. Sergia Galvan	Colectiva Mujer y Salud
49. Angela Cuevas Guzman	FUNDEBMUNI
50. Luisa Reyes	NAM
51. Mayra Garó	INSALUD
52. Susana Hernández	PROFAMILIA
53. Grisperci Heredia	Aula Creativa Innova
54. Ana Gloria García	PROFAMILIA
55. Edilia Natera	PROFAMILIA
56. Silvia Caro	ONUSIDA
57. Patria Develaux	REDOVIH
58. Maria Susana García	PROFAMILIA
59. Carolina Uribe	PROFAMILIA
60. Juan Antonio Acosta	Fundación Paloma
61. Elizabeth Moreno	Fundación Paloma
62. Miriam Ant. José García	Tribunal NNA
63. July Betances	Colectiva Mujer y Salud/GI
64. Addis Dominguez	SESPAS
65. Elli Rodríguez	Federación Mama Tingó (Nagua)
66. Eladia J. S.	CIMUDIS
67. Mondy Ambrosio	CMS
68. Maria Díaz	
69. Liliana Quezada	CEAPA
70. Juana Herrera	FUNDEBMUNI
71. Yeimi Rivas	FUNDAMUSA
72. Gisela Ventura	DIGECITSS
73. Maria Perez Díaz	ODESA
74. Justina Rivera Cabral	ODESA
75. Gloria Beltré	Distrito 01 Azua
76. Janet Camilo	PROFAMILIA
77. Candida Martínez	J. M. M. Tingó
78. Jeannette Tineo	COPRESIDA
79. Jacqueline de la Cruz	CUDEM
80. Fior D'Alisa Teleman	Fe y Alegria
81. Florida Rosis	ASOLSIDA
82. Martha Arredondo	ASA
83. Leonardo Sánchez	ASA
84. Dayanara Hernández	Colectiva Mujer y Salud
85. Sirana Dolis	MUDHA

86. Cristina Francisco	COPRESIDA/Discapacidad
87. Geraldine Mir	PROFAMILIA
88. Betania Betances	MSC
89. Wendy Alba	Development Connections
90. Jill Gay	Consultora -USA
91. Luz Mercedes Abreu	UNFPA
92. Diny Luciano	Development Connections

c. Lista de medios de comunicación que cubrieron el evento

1) Anny Duarte	Dominicanos Hoy.com
2) Altagracia Ortiz	Hoy
3) Yasmiry Rodríguez	Digital 15 y Telemicro Canal 5
4) Doris Pantaleón	Listin Diario
5) Felissa La Socí	Radio Popular
6) Erick Montilla	Diario Libre